

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS INSTITUTAS

Laura Žalnierūnaitė
**MOTERŲ, SERGANČIŲ KRŪTIES VĖŽIU, GYVENIMO KOKYBĖ PO
CHIRURGINIO GYDYMO**

„Women with Breast Cancer: Quality of Life after Surgical Treatment“

Magistro baigiamasis darbas

Leidžiama ginti _____

Visuomenės sveikatos instituto direktorius,

Prof. Dr. R. Stukas

Studentė

(parašas)

Darbo vadovas
Dr. G. Bulotienė

(parašas)

Darbo įteikimo data _____

Registracijos Nr. _____

Vilnius 2010

TURINYS

1. SANTRAUKA.....	4
SUMMARY	5
2. ĮVADAS	6
3.LITERATŪROS APŽVALGA.....	8
3.1. Gyvenimo kokybės samprata.....	8
3.2. Gyvenimo kokybės tyrimai.....	10
3.2.1. Gyvenimo kokybės tyrimų praktinis pritaikymas.....	10
3.2.2. Onkologinių ligonių gyvenimo kokybės tyrimų aspektai.....	11
3.3. Dažniausia moterų ES ir Lietuvoje onkologinė liga – krūties vėžys.....	12
3.4. Krūties vėžio rizikos veiksniai, gydymo metodai bei jų įtaka gyvenimo kokybei	13
3.5. Onkologinių ligonių patiriamas distresas, jo tyrimo metodas	15
3.6. Nerimo, depresijos paplitimas krūties vėžiu sergančių moterų tarpe: po chirurginio gydymo.....	16
3.7. Spindulinio gydymo ir chemoterapijos įtaka moterų, sergančių krūties vėžiu, emocinei būsenai.....	18
3.8. Onkologinio skausmo gydymo psichologiniai ypatumai, turintys įtakos moterų emocinei būsenai.....	19
3.9. Psichosocialinė adaptacija po krūties chirurginio gydymo, jo įtaka moters emocinei būsenai.....	19
4. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI	21
4.1. Tyrimo objektas ir apimtis.....	21
4.2. Tyrimo metodika.....	22
4.3. Duomenų analizė	24
5. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	24
5.1. Tiriamųjų apibūdinimas.....	24
5.2. Moterų su nešalinta krūtimi po chirurginės operacijos gyvenimo kokybės ypatumai.....	28
5.3. Moterų su šalinta krūtimi po chirurginės operacijos gyvenimo kokybės ypatumai	34
5.4. Moterų su nešalinta ir šalinta krūtimi grupių gyvenimo kokybės palyginimas ...	40
5.5. Gyvenimo kokybę įtakojančių veiksnių nustatymas	42
5.5.1. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo amžiaus	42
5.5.2. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo chemoterapijos	43

5.5.3. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo chirurginės operacijos apimties ..	44
5.5.4. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo krūties vėžio stadijos.....	45
5.5.5. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo bendros sveikatos būklės	45
5.5.6. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo šeimyninės padėties	46
5.5.7. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo išsilavinimo.....	47
5.5.8. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo emocinės būsenos	47
5.6. Tiriamųjų emocinė būsena po chirurginio gydymo	49
5.6.1. Nerimo paplitimas tarp tiriamųjų po chirurginio gydymo.....	49
5.6.2. Depresijos paplitimas tarp tiriamųjų po chirurginio gydymo	50
5.6.3. Streso paplitimas tarp tiriamųjų po chirurginio gydymo	50
5.7. HADS ir DT skalių įverčių ryšio nustatymas	56
6. REZULTATŲ APTARIMAS	57
7. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI	61
7.1. IŠVADOS	61
7.2. PASIŪLYMAI.....	62
8. LITERATŪRA	63
PRIEDAI.....	70
1 priedas. Anketos, pateiktos tiriamosioms, pavyzdys	70
2 priedas. Leidimas taikyti Distreso Termometro metodiką.....	77

1. SANTRAUKA

Krūties vėžys – pastaruoju metu dažniausia moterų onkologinė liga, susijusi su gyvenamos ir aplinkos pokyčiais. Ankstyvos diagnostikos ir taikomų naujų efektyvių ligos gydymo būdų dėka, krūties vėžiu sergančiosios moterys turi galimybę ilgiau išgyventi, tačiau svarbu ne tik išsaugoti krūties vėžiu sergančių moterų gyvybę, bet ir užtikrinti kokybišką jų gyvenimą: gerą savijautą, optimalias psichines ir socialines galimybes.

Tyrimo tikslas: Įvertinti krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybę po chirurginio gydymo. Šiam tikslui pasiekti iškelti tokie uždaviniai: įvertinti ir palyginti moterų, kurioms taikytas skirtingas krūties vėžio chirurginis gydymas (šalinta ar nešalinta krūtis) gyvenimo kokybės ypatumus, nustatyti gyvenimo kokybės priklausomybę nuo moterų amžiaus, krūties vėžio stadijos, gydymo metodo, šeimyninės padėties, išsilavinimo, emocinės būsenos ir streso bei nustatyti krūties vėžiu sergančių moterų nerimo ir depresijos lygį ir jų patiriamą stresą po chirurginio gydymo.

Tyrimo objektas ir metodika: Apklaustos 126 krūties vėžiu sergančios moterys po chirurginio gydymo, ambulatoriškai besigydančios Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Aukštųjų energijų spindulinės terapijos skyriuje. Tyrimui naudotas klausimynų rinkinys: gyvenimo kokybė buvo vertinama pagal EORTC QLQ-C30 ir QLQ-BR23 klausimynų atsakymus, emocinės būsenos vertinimui taikyti Ligoninės nerimo ir depresijos skalė (HADS) ir Distreso termometras (Distress Thermometer).

Tyrimo rezultatai: Atlikta palyginamoji gyvenimo kokybės rodiklių vidurkių analizė parodė, kad moterys su šalinta krūtimi po chirurginio gydymo bendrą gyvenimo kokybę vertino kiek geriau, nei su nešalinta krūtimi. Moterų su šalinta krūtimi grupės vidurkis yra 57,22 balo, o moterų su nešalinta krūtimi – 53,92 ($p=0,00$). Nustatyta, kad pagal socialinį, emocinį, vaidmens funkcionavimą, išskyrus fizinį funkcionavimą, geriau jautėsi moterys, kurioms chirurginio gydymo metu buvo šalinta krūtis. Nerimas ir depresija buvo nustatyta atitinkamai 19,8% ir 22,2% moterų su šalinta krūtimi ir 21,4% ir 13,6% moterų su nešalinta krūtimi. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp abiejų pacienčių grupių nenustatyta. 84% moterų su nešalinta krūtimi ir 73,3% su šalinta krūtimi jautė nežymų distresą. Likusios jautė vidutinį ar stiprų distresą. Distreso pasireiškimą daugiausia nulėmė emocinės ir su fiziniais nusiskundimais susijusios problemos. Atlikus HADS ir DT skalių palyginimą, nustatyta, kad tarp tiriamųjų jaučiamo streso lygio ir depresijos lygio yra vidutinis ryšys ($r=0,345$; $p=0,00$), o tarp nerimo lygio – silpnas ($r=0,170$; $p=0,06$) ir šis ryšys statistiškai nepatikimas.

Išvados: Krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybę, gaunant spindulinę terapiją po chirurginio gydymo, įtakoja operacijos apimtis, amžius, sveikatos būklė, emocinė būseną, stresas ir gauta chemoterapija. Tyrimas nenustatė šeimyninės padėties, išsilavinimo ir ligos stadijos įtakos tiriamųjų gyvenimo kokybei. Pooperaciniu laikotarpiu krūties vėžiu sergančioms moterims būtina psichosocialinė pagalba, atsižvelgiant į jų pažeidžiamumą: patiriamą nerimą, depresiją ir distresą.

Raktažodžiai: krūties vėžys, gyvenimo kokybė, nerimas, depresija, distresas, chirurginis gydymas.

Women with Breast Cancer: Quality of Life after Surgical Treatment

SUMMARY

Breast cancer has become the most common oncological disease among women, it is associated with lifestyle and environmental changes. Early diagnosis and effective new treatment for breast cancer provide a possibility to live longer, but it is important not only to save lives of women who are diagnosed with breast cancer, but also to ensure the quality of their lives: well-being, optimal mental and social opportunities.

The aim of the research: *to evaluate quality of life after surgical treatment of women with breast cancer. Objectives: to evaluate and compare aspects of quality of life of women who had different breast cancer surgery (breast removed or unremoved after surgery); to establish quality of life depending on age, breast cancer stage, treatment method, marital status, education, emotional condition and stress to determine anxiety, depression and stress after surgical treatment in women with breast cancer.*

Material and methods: *A survey of 126 women with breast cancer receiving treatment in the Department of the High-energy radiation therapy of the Institute of Oncology, Vilnius University. A set of questionnaires was used: EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 for assessment of quality of life and Hospital and Depression Scale (HADS) and the Distress Thermometer (DT) for assessment of emotional condition.*

Results: *Analysis showed that women who had mastectomy consider the overall quality of life to be better than women with breast conserving treatment (BCT): the mastectomy group average is 57,22 points, while BCT group – 53,92 ($p=0,00$). It was established that after mastectomy women felt better with regard to social, emotional and role functioning, except for physical functioning. In the mastectomy group anxiety and depression were found to be 19,8% and 22,2% respectively and in BCT group – 21,4% and 13,6%. The difference wasn't statistically significant. 84% of women after BCT and 73,3% after mastectomy felt a slight distress. The remaining felt medium or severe distress. Distress is mainly due to problems related with emotional and physical complaints. Comparisons showed moderate correlation ($r=0,345$; $p=0,00$) between the DT scales and HADS depression subscale and low correlation ($r=0,170$; $p=0,06$) between the DT and HADS anxiety subscale.*

Conclusions: *Quality of life of women with breast cancer receiving radiotherapy after surgical treatment is influenced by the extent of operation, patient's age, health and emotional condition, stress and received chemotherapy. The research did not establish the influence of marital status, education and disease stage on quality of life. Women with breast cancer in the postoperative period need psychosocial support, taking into account their vulnerability: anxiety, depression and distress.*

Key words: *breast cancer, quality of life, anxiety, depression, distress, surgical treatment*

2. ĮVADAS

Vienas iš svarbiausių valstybės uždavinių yra asmens ir visuomenės sveikatos stiprinimas, siekiant fizinės, psichinės ir socialinės gerovės, aukštesnės žmonių gyvenimo kokybės. Gyvenimo kokybės gerinimas numatytas Lietuvos Sveikatos programoje [1], yra vienas iš Lietuvos Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos [2] tikslų bei minimas kituose teisiniuose dokumentuose.

Krūties vėžys – onkologinė liga, susijusi su gyvenamosios ir aplinkos pokyčiais, turinti bene didžiausią įtaką pastaruosiu metu moterų sveikatai. Pastebėta, kad nepaisant tobulėjančių diagnostikos metodų ir gydymo būdų, Lietuvoje, kaip ir Europos Sąjungoje (ES), krūties vėžys išlieka viena dažniausių moterų ligų. Lietuvoje kasmet diagnozuojama 1300 naujų krūties vėžio atvejų. Ankstyvos diagnozės ir taikomų naujų efektyvių ligos gydymo būdų dėka krūties vėžiu sergančioji turi galimybę ilgiau išgyventi. Vis daugiau moterų gyvena, žinodamos apie krūties vėžio diagnozę. Dažna moteris patiria didžiulį sukretimą, gydymo metu ir po jo jaučiamas stresas, pasimetimas, mirties baimė, nemiga, apetito pasikeitimas bei kiti simptomai. Moterys jaučiasi išsekintos – pirmiausia vėžio, po to – gydymo ir emocinių išgyvenimų. Jaučiamą palengvėjimą, kad vėžys pašalintas, lydi pyktis, pasididžiavimą, kad nugalėjo ligą, seka jos atsinaujinimo baimė. Nerimas ir depresija įtakoja krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybę (GK). Psichologinės adaptacijos problemos pablogina moterų dvasinę sveikatą ir jų GK, todėl svarbu ne tik kuo ilgiau išsaugoti krūties vėžiu sergančių moterų gyvybę, bet ir užtikrinti šių metų kokybę, kuri reikštų gerą savijautą, optimalias psichines, socialines galimybes.

Psicho-onkologijos srities tyrinėtojai parodė, kad ankstyvųjų stadijų krūties vėžiu sergančių moterų GK bei psichologinę būseną skirtingai įtakoja įvairūs socialiniai ir demografiniai veiksniai bei taikyto gydymo būdai. Šiais laikais, ir Lietuvoje, kai maksimaliai toleruojamas krūties vėžio gydymas keičiamas tausojančiu, bet veiksmingu ir radikaliu, moterų GK problema tampa aktuali, atkreipiant dėmesį į psichosocialinius onkologijos aspektus, kurie gali turėti įtakos GK, o jos užtikrinimas, kaip ir visiems onkologiniams pacientams, laikoma vienu iš prioritetinių onkologijos uždavinių.

Šis darbas prisideda prie psicho-onkologijos krypties tyrinėjimų (Lietuvoje ši disciplina, nagrinėjanti vėžio ligos psichologinius, socialinius, ir etinius aspektus, žengia pirmuosius žingsnius) bei psichologinės pagalbos sistemos kūrimo pagrindimo. Taip pat prie krūties vėžiu sergančių moterų sveikatos bei GK pokyčių stebėjimo, kuris suteikia galimybę konkrečiomis priemonėmis pagerinti gyvenimo kokybę.

Darbo tikslas

Įvertinti krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybę po chirurginio gydymo.

Darbo uždaviniai

1. Įvertinti ir palyginti moterų, kurioms taikytas skirtingas krūties vėžio chirurginis gydymas (krūtis šalinama ar nešalinama) gyvenimo kokybės ypatumus.
2. Nustatyti gyvenimo kokybės priklausomybę nuo moterų amžiaus, krūties vėžio stadijos, gydymo metodo, šeimyninės padėties, išsilavinimo, emocinės būsenos ir streso.
3. Nustatyti krūties vėžiu sergančių moterų po chirurginio gydymo nerimo ir depresijos lygį, patiriamą stresą (emocinę būseną).

Darbo mokslinis naujumas:

1. Šiame darbe įvertinama krūties vėžiu sergančių moterų emocinė būseną bei gyvenimo kokybę po chirurginio gydymo praėjus 4 savaitėms ir daugiau. Šio laikotarpio moterų emocinė būseną ir gyvenimo kokybę mokslinėje literatūroje iki šiol beveik neanalizuota.
2. Darbo naujumas – tai, kad moterų gyvenimo kokybę ištirta aukštųjų energijų spindulinio gydymo metu, t.y. tuo laikotarpiu, kai moterys, atsigavusios po patirto psichologinio sukrėtimo (dėl ligos diagnozės, operacijos ir pan.), ima jausti baimę dėl ligos atsinaujinimo. Prasidėjus spindulinės terapijos kursui, kasdien atvykdamos į ligoninę ir susidurdamos su kitais vėžiu sergančiais pacientais, moterys vėl gali patirti psichologinių sutrikimų, t.y. gali išryškėti nerimas, depresija ir patiriamas stresas, sąlygojantis pablogėjusią emocinę būseną ir gyvenimo kokybę.
3. Pirmą kartą taikyta Distreso termometro metodika ambulatoriškai besigydančių krūties vėžiu moterų psichologinio distreso (streso) vertinimui, distresą nulėmusių veiksnių (problemų) nustatymui. Tai pirmas žingsnis – bandymas trumpą ir pacientams priimtina, daugelyje šalių onkologinių centrų naudojamą ir plėtojamą validizuotą metodiką pritaikyti mūsų šalyje.

Savarankiškai atlikti darbai:

➤ parengtas tyrimui klausimynų rinkinys: naudota HAD (Hospital Anxiety and Depression) skalė, EORTC QLQ-C30 (Europos vėžio tyrimų ir gydymo organizacijos gyvenimo kokybės klausimynas), EORTC QLQ-BR23 (EORTC-QLQ-C30 klausimyno krūties vėžio modulis), Distreso Termometras (Distress Thermometer), papildytas 14 klausimais apie tiriamosios socialinę padėtį ir demografinius veiksnius;

- atliktas tyrimas;
- duomenys suvesti į kompiuterį;
- atlikta duomenų analizė.

Atliekant darbą, konsultavausi:

- Dr. G. Bulotienė Vilniaus universiteto Onkologijos institutas

3.LITERATŪROS APŽVALGA

3.1. Gyvenimo kokybės samprata

GK terminas pirmą kartą pavartotas A.C. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerbūvį. Tačiau ši sąvoka mokslo visuomenėje didesnio susidomėjimo nesukėlė ir buvo dažniausiai vartojama kaip paaiškinimo nereikalaujanti sąvoka. Apie GK prabilta po Didžiosios depresijos JAV ir po Antrojo pasaulinio karo, kai Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) 1948 m. pateikė svarbią konceptualią reikšmę iki šiol turintį sveikatos apibrėžimą: „Sveikata – tai visapusiškas fizinis, dvasinis ir socialinis gerovės, o ne tik ligų ir negalavimų nebuvimas“ [3, 4, 5].

Septintojo dešimtmečio viduryje GK paminėta Prezidento komisijos nacionaliniams JAV tikslams ataskaitoje. Tuo pat metu GK terminas pirmą kartą paminėtas žurnale „Annals of Internal Medicine“, Elkington J. R. straipsnyje „Medicina ir gyvenimo kokybė“. Jame nagrinėta medikų atsakomybė už žmonių, patyrusių inkstų transplantaciją, GK idėja. Mokslinio požiūrio į GK raidos pradžia galima būtų laikyti sociologo Allard E. 1978 m. atliktą tyrimą „Turėjimas, mylėjimas ir buvimas“, kurio metu buvo užsiminta apie suminę objektyvių ir subjektyvių aplinkybių įtaką žmogaus gyvenimo gerovei. Aštuntojo dešimtmečio viduryje Mičigano universiteto sociologai atliko įvairių grupių gyventojų GK tyrimą, nagrinėdami tokių veiksnių, kaip išsilavinimas, sveikata, šeima, asmeninis gyvenimas, darbas, aplinka ir materialinės sąlygos įtaką žmonių gerovei. Pasitenkinimas ir laimė buvo pagrindiniai žmogaus GK vertinimo kriterijai [3, 5].

GK kasdienėje kalboje ir mokslinėje literatūroje pakankamai plačiai vartojama sąvoka, tačiau GK samprata iki šiol išlieka diskusijų objektu. PSO 1993 m. pasiūlė tokį GK apibrėžimą: „**Gyvenimo kokybė** – tai individualus savo vietos gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, kontekste, susijęs su individo tikslais, viltimis, standartais bei interesais“. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka“ [6].

Mokslininkai pažymi, kad GK yra vertinama daugeliu aspektų ir turi apimti visas individo gyvenimo sritis. GK tyrimas grindžiamas plačia sveikatos perspektyva: fiziniu, psichologiniu ir socialiniu funkcionavimu bei gerove [5]. GK reikia analizuoti kaip daugelio kintamųjų sąveiką. Jeigu sveikatą būtų galima apibūdinti kaip fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, tai liga visa tai pažeidžia. Tuomet gyvenimo kokybę galima būtų vertinti kaip skirtumą tarp norų ir galimybių [7].

GK klausimus nagrinėja daugelis specialistų: medikai, psichologai, sociologai, filosofai. Socialiniai mokslai GK apibrėžia dviem reikšmėmis: materialia ir nematerialia gerove. Pragyvenimo lygis (turėjimas) – pasitenkinimo (subjektyvu) materialiais poreikiais (objektyvu) laipsnis; gerovė (mylėjimas ir buvimas) suvokiama kaip individų pasitenkinimas nematerialiniais poreikiais bendraujant su kitais žmonėmis, visuomene, gamta. Psichologija GK apibrėžia kaip objektyvią psichinę gerovę. Medicininis aspektas GK taip pat apibrėžiama daugiareikšmiškai, tačiau dėmesys sutelkiamas į sveikatos kriterijus [4]. Kartais visi neklinikiniai duomenys apie žmogų prilyginami GK ir tai sukelia neaiškumą, nes sveikata ir žmogaus funkcinė būklė – tai tik 2 GK dimensijos/kriterijai. Sveikatos būklė veikia GK, bet jos nelemia [7].

Pagal E. Ferrans, GK koncepcija apima keturias dimensijas, sveikatos ir funkcionavimo, dvasinę, psichologinę, socialinę/ekonominę bei šeimos, kurios tarpusavyje susijusios ir gali įtakoti asmens gerovę, nežiūrint į tai, kad skirtingi žmonės nevienodai vertina minėtų gyvenimo sričių svarbą [8].

Daugelis mokslininkų pažymi, kad šiuolaikinis GK modelis yra pernelyg platus, apimantis daug gyvenimo sričių, tiesiogiai neveikiamų sveikatos ar jos priežiūros. Medicinoje GK dažniausiai vadinama su sveikata susijusi GK ir nagrinėjama siauresniu aspektu, apimančiu fizinį, psichologinį ir socialinį sveikatos lygmenį, kaip atskiras sritis, įtakojamas asmens patirties, įsitikinimų, lūkesčių ir pojūčių [9]. Tiriant GK siekiama gauti dvejopą informaciją: sužinoti apie paciento funkcinę būklę (fizinį pajėgumą, gebėjimą bendrauti ir emocinę būseną) ir jo paties įvertinimą, kaip sveikata veikia jo GK [3, 10].

B. Haas, išanalizavusi 1997 m. mokslo literatūroje spausdintus straipsnius apie GK, atliko jos koncepcijos analizę. Buvo nustatyti šią sąvoką atspindintys penki požymiai: GK yra dabartinių individo gyvenimo aplinkybių įvertinimas; GK savo pobūdžiu yra daugialypė; GK yra pagrįsta individualiomis vertybėmis ir kintanti; GK apima subjektyvius ir objektyvius vertinimus; GK geriausiai gali įvertinti asmenys, gebantis atlikti subjektyvią savianalizę.

Remdamasi šiais kriterijais, B. Haas suformulavo savitą GK apibrėžimą: “GK yra įvairiapusis kiekvieno žmogaus esamų gyvenimo aplinkybių įvertinimas kultūros, kuriai priklauso, bei jo vertybių kontekste“ [3, 5].

Be to, B. Haas siūlo keletą empirinių blogos GK požymių: prievartos požymiai; gyvenimo sąlygos, nesuderinamos su gyvybe; gyvybės palaikymas nepagydomos ligos, lydimos didelių kančių, atveju [11].

Kiek kitoks yra teorinis su sveikata susijusios GK modelis, pagrįstas skirtumu tarp lūkesčių ir patirties. Pagal K.C. Calman GK lemia tai, kiek patirtis atitinka viltis ir troškimus. Su sveikata susijusi GK yra neatitikimas tarp sveikatos, kokios mes tikimės ir kokia ji yra [11, 12]. Jis paaiškina, kodėl GK kiekvienas žmogus supranta skirtingai: skiriasi jų lūkesčiai, kurie priklauso

ir nuo įgytos patirties sergant, tampančios atskaitos tašku naujoms viltims kitais ligos etapais. To paties žmogaus GK suvokimas, laikui bėgant, kinta (žmogus adaptuojasi), todėl nebūtinai sunkia liga sergantis žmogus savo GK apibūdins kaip blogą [12, 13].

M. Bullinger ir kt. su sveikata susijusią GK apibrėžia kaip sveikatos suvokimo poveikį žmogaus gebėjimui gyventi visavertį gyvenimą [14].

Taigi, GK sąvokos samprata yra labai plati ir apimanti ne vieną žmogaus gyvenimo sritį. Plačiąja prasme GK – subjektyvus gerovės pojūtis apimantis fizinį, socialinį ir dvasinį lygius bei objektyvius veiksnius, kurie visi suteikia svarbios informacijos apie paciento gyvenimą.

3.2. Gyvenimo kokybės tyrimai

Užsienio šalyse gyvenimo kokybė tiriama jau du dešimtmečius, o Lietuvoje susidomėta palyginti neseniai, gyventojų GK tyrimai pradėti tik antroje paskutiniojo praėjusio amžiaus dešimtmečio pusėje. Kol kas nėra atlikta visos populiacijos grupės ir ligų grupės vertinančių GK tyrinėjimų, nors 1998 m. Lietuvos sveikatos programoje GK gerinimas yra vienas iš programos tikslų. Programoje nurodyta, kad „GK – svarbi visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti esminio prioritetų koregavimo ir sveikatos priežiūros resursų perskirstymo“ [5, 15].

Lietuvoje tirta ir nustatyta GK, sveikatos, ypač dvasinės bei religingumo sąsajos [16], sveikatos ir aplinkos ryšys su GK [17], analizuota cerebraliniai paralyžiumi sergančių vaikų bei jų šeimų GK [18], įvertinta krūties vėžiu [19], osteoporozė [20], išemine širdies liga [21], išsėtinė sklerozė [22], kepenų cirozė [23], reumatoidiniu artritu [24], depresija ir miego sutrikimais sergančiųjų GK [25].

B. Hass nurodo, kad GK tyrimai yra sveikatos priežiūros kokybės tyrimai yra sveikatos priežiūros kokybės, gydymo veiksmingumo ir ligonių gydymo tikslingumo įvertinimo priemonė [11]. M. Chren pastebi, kad GK tyrimai pasitarnauja racionaliai paskirstant sveikatos priežiūros lėšas, kuriant naujus medikamentus [26].

3.2.1. Gyvenimo kokybės tyrimų praktinis pritaikymas

Ligos, susijusios su gyvenimo ir aplinkos pokyčiais, tokios kaip onkologinės ligos, širdies ir kraujagyslių ligos, nelaimingi atsitikimai ir traumos, psichinės būklės, turi bene didžiausią įtaką žmonių sveikatai pastaruosiu metu. Pastebėta, kad nors pailgėjo gyvenimo trukmė, tačiau daugelis paskutinius gyvenimo metus pragyvena nekokybiškai, skūsdamiesi įvairiais negalavimais bei GK pablogėjimu tiek fizinės, tiek psichinės gerovės srityse [5].

Literatūros duomenimis, medicinoje pagrindinė GK panaudojimo paskirtis yra klinikiniai eksperimentiniai tyrimai. Atliekant klinikinius tyrimus, GK, kaip viena iš ligų bei gydymo baigčių, naudojama skirtingų gydymo metodų veiksmingumui įvertinti, jų šalutiniam poveikiui objektyvizuoti.

Bonkovsky H. L. tyrinėjo sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu GK prieš gydymą ir po gydymo interferonu. Buvo vertintos fizinės, protinės funkcijos, miegas ir kitos GK sritys bei nustatytas teigiamas gydymo poveikis GK. Moore K. A. ir kt., tyrė sergančiųjų lėtinėmis kepenų ligomis GK, įrodė, kad ir praėjus 3 mėnesiams po kepenų transplantacijos šių ligonių GK smarkiai pagerėjo. Lietuvoje klinikinių eksperimentinių tyrimų, kurių metu naudoti specialūs GK tyrimo instrumentai, atlikta nedaug. Grigonienė J., tyrusi vaikų, sergančių epilepsija, GK, įrodė, kad vartojusieji trijų ar daugiau rūšių vaistų nuo epilepsijos jautė didesnę nepageidaujamą vaistų poveikį ir blogesnę GK nei vartojusieji vienos ar dviejų rūšių vaistų.

Sveikatos ekonomikoje GK naudojama kainos naudingumo analizei, kurios metu tiriamas ekonominis medicininių procedūrų naudingumas, įvertinant jo poveikį ne tik paciento gyvenimo trukmei, bet ir jo kokybei. Ekonominiai skaičiavimai tampa ypač svarbūs, kai gydymo metodai yra brangūs – organų transplantacija, gydymas brangiais medikamentais.

Visuomenės sveikatos srityje GK žymenys naudojami gyventojų grupių sveikatos pokyčiams stebėti, vykdomos sveikatos apsaugos ir socialinės politikos programų poveikiui visuomenei įvertinti. GK klausimynai taikomi epidemiologiniams ir klinikiškiams tyrimams, kurių metu siekiama vertinti GK normas skirtingo amžiaus, lyties, rasės, išsimokslinimo žmonėms, nustatytoms įvairiais instrumentais, palyginti skirtingų ligų ar sveikatos būklių įtaką ligoniui, žvelgiant iš jo požiūrio taško.

Sveikatos, gyvenimo ir GK žymenų stebėseną turi padėti vertinti įvairių gyventojų grupių būklę ir nustatyti sveikatos priežiūros ir ekonomikos prioritetus. Populiarių ir didelės rizikos prevencinės strategijos priemonių taikymo efektyvumą leis įvertinti pakartotiniai GK tyrimai [3, 5].

3.2.2. Onkologinių ligonių gyvenimo kokybės tyrimų aspektai

D. Cella teigia, kad priešvėžinis gydymas vertinamas pagal jo poveikį pacientų GK[27]. Priešvėžinio gydymo veiksmingumas ilgą laiką buvo sėkmingai matuojamas pacientų išgyvenamumu. Tačiau dabar, kai yra sukurta daug patikimų ir praktiškų GK klausimynų, vėžio gydymo veiksmingumas vertinamas, atsižvelgiant ne tik į gyvenimo trukmę, bet ir į GK. GK nustatymas patikslina, ar dėl gydymo prailgėjusi gyvenimo trukmė pakankamai pagrindžia gydymo išlaidas, ir taip pat įvertina kitų gydymo būdų tikslingumą. Kartais gydymas, kuris neprailgina gyvenimo trukmės, gali sušvelninti ligos simptomus. Netgi turintys daug šalutinių reiškinių ir toksiškai veikiančius organizmą kai kurie priešvėžinio gydymo būdai pagerina pacientų GK.

Onkologiniai pacientai yra apklausiami, taikant įvairius GK klausimynus, kurie vertina virš 30 skirtingų GK sričių. Dažniausiai tiriamos yra šios sritys: fiziniai nusiskundimai (įvairūs ligos

simptomai, tame tarpe skausmas), ligo funkcinis pajėgumas (sugebėjimas aktyviai veikti), jo šeiminė gerovė, psichinė arba emocinė gerovė, pasitenkinimas gaunamu gydymu, seksualinis gyvenimas bei socialinis funkcionavimas (socialinė veikla). Kai kuriuose klausimynuose būna ir apibendrinanti sritis, apibūdinanti bendrą GK. Vertinant bendrą GK, galima užduoti atskirą klausimą apie tai, kaip pats pacientas vertina savo bendrą GK arba susumuoti atskirų sričių įverčius.

Vertinant GK, būtina įvertinti šias tris paciento funkcionavimo sritis: fizinę, psichinę ir socialinę. Fizinė sritis atskirai dalijama į simptomų sritį, apibūdinančią asmens pojūčius, ir funkcionavimo sritį, apibūdinančią aktyvumą bei fizinis pajėgumą. Psichinę/emocinę gerovę dažniausiai nusako nuotaika. Sunkiausia yra įvertinti socialinę gyvenimo kokybės sritį.

Onkologijoje dažniausiai taikomi GK klausimynai, išlaikantys pusiausvyrą tarp ligai specifinio ir bendro klausimyno. Ligai ir gydymui specifiniai klausimynai dažniausiai taikomi kaip priedas prie bendro gyvenimo kokybės klausimyno. Jie atspindi konkrečiai ligai ar jos gydymui būdingas specifines problemas ar simptomus bei leidžia atlikti palyginimus tarp skirtingų grupių.

Kultūra taip pat įtakoja žmogaus elgesį. Ji formuoja asmens supratimą apie ligą, apie socialinę poziciją ir gyvenimo prasmę. Skirtingose kultūrose šis supratimas įvairuoja [28].

3.3. Dažniausia moterų ES ir Lietuvoje onkologinė liga – krūtis vėžys

Nepaisant tobulėjančių diagnostikos metodų ir gydymo būdų, Lietuvoje, kaip ir ES, krūtis vėžys išlieka viena dažniausių moterų ligų. Statistikos duomenimis, ES kasmet diagnozuojama apie 275000 krūtis vėžio atvejų ir 88000 moterų nuo šios ligos [29]. Lietuvoje kasmet diagnozuojama apie 1300 naujų krūtis vėžio atvejų, 2001 m. užregistruoti 1229 nauji krūtis vėžio atvejai, sergamumas šia liga buvo 66,7 atvejo 100 tūkst. moterų [30], o 2008 m. – 1357 atvejai, 0,8 atvejo 1000 [31, 32].

Sergamumo krūtis vėžiu įvairiose pasaulio šalyse vidurkis – 65 atv.100 tūkst. moterų. Ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse šis rodiklis žymiai didesnis negu besivystančiose valstybėse. Kiekvienais metais ši liga pasiglemžia šimtus gyvybių.

Krūtis vėžys užima pirmą vietą onkologinėmis ligomis sergančių moterų mirtingumo rodiklių struktūroje – jis yra 1/5 nuo onkologinių ligų mirstančių moterų mirties priežastis. Sergamumas krūtis vėžiu nuolat didėja. 1995 m. Lietuvoje sergamumas šia liga buvo 57 atv. 100 tūkst. moterų, 2001 m. – 66,7, o 2005m. – 72,4 atv. 100 tūkst. moterų [33]. Dažnas sergamumas krūtis vėžiu nustatytas Europoje ir JAV: šis rodiklis Europos šalyse 2000 m. svyravo nuo 39,8 atv. 100 tūkt. iki 91,6 atv.100 tūkst. moterų.

Tarp visų moterų mirčių nuo piktybinių navikų mirtys nuo krūties vėžio sudaro 31%. Europos šalyse šis rodiklis svyruoja nuo 14,3 atv. 100 tūkst. moterų iki 36,8 atv. 100 tūkst. moterų. Lietuvos mirtingumas nuo krūties vėžio panašus į Europos šalių mirtingumo nuo krūties vėžio vidurkį [34].

3.4. Krūties vėžio rizikos veiksniai, gydymo metodai bei jų įtaka gyvenimo kokybei

Krūties vėžio išsivystymo veiksnius galima suskirstyti į 3 dideles grupes: 1. Rizikos veiksniai, kurių negalima pakeisti. Tai lytis (moters krūties vėžiu serga 100 kartų dažniau nei vyrai), vyresnis amžius (daugiausia susergama peržengus 50 metų amžiaus ribą), jau patirtas vienos krūties vėžys, spindulinis krūties ląstos ir krūties gydymas praeityje, šeimos anamnezė ir genetiniai veiksniai (toms, kurių artimiausios giminaitės sirgo krūties vėžiu, rizika didesnė), kai kurios nepiktybinės krūties ligos (rizika didėja, jei prieš tai atliekant krūties audinio biopsijas buvo nustatyta atipinė hiperplazija), ilgalaikis estrogenų poveikis organizmui (mėnesinės prasidėjo anksti ir/ar menopauzė prasidėjo vėlai). 2. Kai kuriuos rizikos veiksnius galima veikti. Tai: rūkymas, negimdymas, nežindymas, peroraliniai kontraceptikai, nutukimas, daug riebalų turinti dieta, nutikimas pomenopauziniu laikotarpiu, mažas fizinis aktyvumas, alkoholio vartojimas, pakaitinė estrogenų terapija, jei vartojimo trukmė viršija 10 metų, sukelti abortai. 3. Aplinkos rizikos veiksniai. Tai: organiniai chloro junginiai, elektromagnetiniai laukai, pesticidai, kiti chemikalai [28, 34].

Krūties vėžio gydymas yra kompleksinis, gali būti taikomi tokie priešvėžinio gydymo būdai: operacija, spindulinė terapija, chemoterapija ir (arba) hormonų terapija. Krūties vėžio gydymas gali būti lokalinis arba sisteminis. Lokalinis gydymo būdas pašalina arba sunaikina vėžio ląsteles tame organe, kuriame vėžys atsiranda. Chirurgija ir radioterapija yra lokaliniai gydymo būdai. Chemoterapija ir hormonų terapija yra sisteminiai gydymo būdai. Jų metu vėžio ląstelės naikinamos visame kūne. Pacientai gali būti gydomi vienu būdu arba kombinuojant kelis būdus. Sprendimą, kokį gydymą taikyti lemia keli veiksniai: moters amžius, bendra sveikatos būklė, menopauzė, naviko dydis, lokalizacija ir ligos stadija ir diferenciacijos laipsnis. Šis veiksnys yra svarbiausias. Stadiją apsprendžia naviko dydis ir pasklidimas į kitas kūno vietas.

Dažniausiai krūties vėžys pradamas gydyti atliekant krūties operaciją, t.y. chirurginiu būdu pašalinant piktybinį naviką. Su naviku gali būti šalinta dalis ar visa krūtis. Krūtis gali būti atkuriamą atliekant rekonstrukcinę operaciją iš karto arba praėjus tam tikram laikui. Kartais prieš operaciją, siekiant sumažinti naviko apimtį, taikoma chemoterapija. Tai vadinama neoadjuvantiniu gydymu. Po operacijos sugijus žaizdai gali būti taikoma radioterapija – apšvitinama krūties operacinio rando sritis, artimųjų limfmazgių sritys, kad būtų sunaikintos operacijos lauke galimai likusios vėžio ląstelės. Kai ligos atsinaujinimo galimybė labai menka,

kito gydymo, kaip operacija, gali ir nereikėti. Tačiau daugeliui pacienčių po operacijos rekomenduojama chemoterapija, hormonų terapija ar biologinė terapija, kad kuo labiau sumažėtų ligos atsinaujinimo galimybė. Tai vadinama adjuvantiniu gydymu [28, 29, 34].

Kalbant apie krūties vėžio operacijas, daugiausia diskusijų kyla apie krūties operacijos apimties pasirinkimą. Galimi šie krūties vėžio chirurginio gydymo būdai: radikali modifikuota mastektomija (su arba be rekonstrukcijos), tausojanti krūties kvadrantektomija (su radioterapija). Šešios prospektyvinės randomizuotos studijos įrodė, kad tiek po mastektomijos, tiek po kvadrantektomijų išgyvenamumas vienodas [35]. Kai gydymo taktika tinkama, tausojamos krūties operacijos (KTO) maksimaliai kontroliuoja ligą, moters GK lieka gera, jatrogeniniai funkciniai ir psichologiniai sutrikimai esti minimalūs. Yra nustatyta, kad esant ankstyvam krūties vėžiui KTO, mastektomija ar mastektomija su rekonstrukcija yra vienodai veiksmingos operacijos, pagrindimui pasirinkimo kriterijumi tampa GK klausimai. Ligonų, kurioms krūtis išsaugota, gydymo rezultatai būna geri, per 50% jų, susirgusių ankstyvos stadijos krūties vėžiu, renkasi mastektomiją.

Tirdami veiksnius, lemiančius tokį pasirinkimą, mokslininkai nustatė, kad labiausiai apsisprendimą skatino vėžio baimė. Tiriant psichologinius pokyčius po gydymo, nustatyta, kad pacientės kosmetiniais rezultatais labiausiai patenkintos po KTO, palyginti su ligonių grupėmis, kurioms padaryta mastektomija ar mastektomija ir krūties rekonstrukcija [36]. J. Nissen'as su bendraautorais teigia, kad nors KTO ir sukėlė mažiau nuotaikų svyravimų, bet ilginiui moterys nesijautė geriau nei po mastektomijos [37].

Retrospektyviai randomizuoto tyrimo rezultatai parodė, kad moterys, kurioms buvo atlikta radikaline operacija, mažiau nerimavo dėl ligos atsinaujinimo [38]. Moterų grupėje, kurioms dėl ligos atsinaujinimo atlikta keletas operacijų, praėjus 15-16 mėn. po operacijos, nustatyta ženkli depresija. Tyrimo, kurio metu analizuota moterų, kurioms buvo randomizuotai atlikta mastektomija ar KTO, ir kurioms buvo leista pasirinkti operaciją, psichologinė būseną, rezultatai parodė, kad tarp pacienčių, kurios pasirinko KTO nerimo lygis po operacijos praėjus 3 mėnesiams, buvo didesnis nei pasirinkusių mastektomiją. Apibendrinus tyrimo rezultatus, paaiškėjo, kad moterų po mastektomijos emocinė savijauta buvo blogesnė nei po krūties tausojančios operacijos, be to, šios moterys sulaukė mažesnio savo šeimos palaikymo [39]. Kitame tyrime, moterims buvo pasiūlyta pasirinkti operacijos apimtį, buvo apklaustos prieš ir po operacijos praėjus 8 mėnesiams, nenustatyta koreliacija tarp operacijos apimties ir tiriamųjų GK, jų išgyvenamo netikrumo jausmo bei funkcinės būklės [40]. Tyrime, kuriame moterys galėjo pasirinkti operacijos apimtį [41], per 15 mėnesių stebėjimo laikotarpį sumažėjo psichologinis stresas ir pagerėjo funkcinė būklė. Vertinant iš karto po operacijos, moterys po mastektomijos, ypač jaunesnio amžiaus, patyrė didesnę stresą, lyginant su vyresnio amžiaus moterimis. Kitų

tyrimų metu nenustatyta reikšmingo skirtumo tarp moterų psichosocialinės adaptacijos po mastektomijos ir po krūtį tausojančios operacijos [42, 43, 44]. Tačiau, yra duomenų, kad moterys, kurioms atlikta mastektomija, turi didesnę riziką psichosocialiniams sutrikimams [45].

3.5. Onkologinių ligonių patiriamas distresas, jo tyrimo metodas

Streso dėka žmogus sugeba prisitaikyti prie aplinkybių. Skiriamos dvi prisitaikymo rūšys: prisitaikymas gali būti malonus (eustresas) ir nemalonus (distresas), keliantys pyktį, išgąstį, nevilį, neapykantą. Tarptautinių žodžių žodynas, distresą įvardija, kaip kenksmingą, trikdančią veiklą stresą. Jis turi neigiamų padarinių sveikatai.

Distresas yra daugiafaktorinis nemalonus emocinis, psichologinis (pažinimo, elgesio, emocijų) potyris, socialinio, dvasinio pobūdžio, galintis sutrikdyti paciento prisitaikymą prie ligos, pvz. vėžio, jo simptomus ir gydymą. Ilgiau trunkantis distresas gali prisidėti prie depresijos, nerimo, panikos priepuolių, socialinės izoliacijos, egzistencijos ir dvasinės krizės [46].

Emocinis distresas – labai dažnas onkologinės ligos šalutinis reiškinys. Nemaloni patirtis gali paveikti kognityvinį, socialinį, dvasinį, emocinį funkcionavimą bei elgesį. Emocinis distresas gali kliudyti efektyviai įveikti onkologinę ligą, jos fizinius simptomus bei apsunkinti gydymą, jis retai pacientų išsakomas gydytojams bei pastarųjų retai diagnozuojamas. 47 proc. pacientų patiria stiprų distresą į kurį reikia rimtai atkreipti dėmesį [47].

Apie krūties vėžiu sergančių pacienčių patiriama psichologinį stresą atlikta nemažai tyrimų. Dar 1980 m. BE. Meyerowitz [48] išskyrė 3 krūties vėžio psichologinio poveikio moterims sritis: psichologinį diskomfortą (nerimą, depresiją ir pyktį), gyvenimo būdo pasikeitimus (pasikeitęs fizinis aktyvumas ir šeimos bei seksualinis gyvenimas) ir baimę bei nuogaštavimus (dėl krūties netekimo, galimo ligos pasikartojimo ar mirties). Ilgalaikio psichologinio distreso paplitimas tarp vėžiu sergančių pacientų svyruoja nuo 20 iki 66 proc. [49]

Roth su kolegomis sukūrė Distreso termometrą (DT) [50]. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) parengtos distreso valdymo rekomendacijos pateikia DT lydinčių problemų (veiksnių) grupių, kaip emocinės ir socialinės, sąrašą [51]. DT naudojimo privalumas – trumpumas ir priimtinumumas žmonėms, kurie mažiau jaučia buvimą kitokiu (stigma) [52]. NCCN nariai rekomenduoja naudoti lengvą priemonę distreso lygio nustatymui. Ši rekomendacija pagrįsta įrodymais, rodančiais, kad kliniškai reikšmingas distresas dažnai lieka neatpažintas, nors jis yra tarp onkologinių ligonių [53]. Laiku nustatyti distresą yra svarbu dėl kelių priežasčių. Viena jų, – padidėjęs distresas, susijęs su neigiamais rezultatais, kuriuos galėjo nulemti netinkamos gydymo rekomendacijos [49], netinkama priežiūra [54], prastesnė gyvenimo kokybė [55]. Antra, gali būti nepanaudotos farmakologinės ir ne tik intervencinės priemonės, kurios

žinomos, kaip veiksmingos, mažinant tokių pacientų distresą [56, 57]. Tyrėjai teigia, kad DT – efektyvi skalė, kuri leidžia vertinti vėžiu sergančių pacientų psichologinį distresą ir atskirti sergančius su ar be kliniškai pasireiškusiu distresu [52].

Atliktas distreso paplitimo tarp vėžiu sergančių pacientų po chemoterapijos tyrimas, kuriame dalyvavo 168 pacientų, kurių amžiaus vidurkis buvo 50. DT ištirtas distreso paplitimas buvo 51 proc., o HADS ištyrus, nustatytas depresijos/nerimo paplitimas – 32 proc. Nerasta reikšmingo ryšio tarp distreso ir pirminės vėžio vietos, chemoterapijos fazės ir amžiaus ($r = -0.21$; $p = 0.007$). Distresas susijęs su realiomis, šeimos ir emocinėmis problemomis, kaip pvz. fizine išvaizda, kvėpavimo ir šlapinimosi pokyčiai, vidurių užkietėjimu, mitybos sutrikimais, nuovargiu, atmintimi, pykinimu, skausmu, miegu ir baime [49]. M. Hegel ir bendraautorai, pasitelkę DT ir PHQ-9 metodus atliko tyrimą, kuriuo siekta nustatyti depresijos pasireiškimą moterims, kurioms diagnozuota I-III stadijos krūties vėžys, kuris galėtų vėliau išprovokuoti didžiosios depresijos epizodą [58]. Taip pat DT taikytinas tiriant ir sergančių vėžiu pacientų šeimos narių patiriamą psichologinį distresą. 2007 m. atliktas tyrimas, kurio metu siekta pagrįsti DT tinkamumą vėžiu sergančių pacientų šeimos nariams tirti nerimo ir depresijos simptomus. Duomenys parodė, kad DT yra geras diagnostikos įrankis palyginus su HADS [59].

Iš paminėtų atliktų distreso(streso) nustatymo tyrimų, matyti, jog svarbu laiku nustatyti sergančioms krūties vėžiu patiriamą stresą, kuris gali peraugti į emocinę įtampą, o ši esant kitoms veikiančioms aplinkybėms, gali neigiamai paveikti pacienčių emocinę būseną ir tokiu būdu apsunkinti sveikimo, ligos eigą po chirurginio gydymo.

3.6. Nerimo, depresijos paplitimas krūties vėžiu sergančių moterų tarpe: po chirurginio gydymo

Mokslinių tyrimų, kuriuose nagrinėta krūties vėžiu sergančių pacienčių depresija, apžvalgos duomenimis, depresijos dažnis svyravo nuo 1,5 iki 50% [60]. Tokių depresijos paplitimo dažnį greičiausiai nulėmė – tyrėjų taikytos skirtingos metodologijos. Sergančiųjų vėžiu depresijos tyrimuose buvo naudojami įvairūs metodai. Massie J.M. nurodo, kad tokiuose tyrimuose dažniausiai naudojama Ligoninės nerimo ir depresijos skalė (HADS), Becko depresijos skalė (BDI), Europos vėžio tyrimo ir gydymo organizacijos GK klausimynas (EORTC QLQ-C30) ir kiti, o klinikinio įvertinimo metu dažniausiai remtasi DSM kriterijais [44]. Burgess ir kiti tyrėjai, atlikę 222 ankstyvų stadijų krūties vėžiu sergančių moterų psichiatrinį ištyrimą, nustatė, kad apie 50% iš jų pirmais metais po vėžio diagnozavimo suserga depresija, nerimo sutrikimu, arba abiem šiais sutrikimais kartu [61].

Sachs atliko tyrimo duomenimis, 46% moterų prieš krūties operaciją sirgo depresiniu sutrikimu arba joms anksčiau yra buvęs depresinis sutrikimas, o 57% tirtų moterų buvo stebimi

depresijos simptomai [62]. Lasry, ištyręs 123 krūties vėžiu sergančias pacientes hospitalizacijos metu, Epidemiologijos centro depresijos skalės (CES-D) pagalba nustatė, kad 50% pacienčių po mastektomijos ir 50% pacienčių po krūtį tausojančios operacijos ir spindulinio gydymo patiria depresiją. Šio tyrimo duomenimis, depresijos paplitimas nuo gydymo skiriasi [63].

Tyrėjai, kurie taikė HAD skalę po operacijos ir chemoterapijos, tačiau prieš spindulinį gydymą, ištyrė 2181 pradinių stadijų krūties vėžiu sirgusią moterį, nustatė, kad 32% tiriamųjų jautė ribinį ir kliniškai reikšmingą nerimą ir 12% depresiją [42].

Fallowfield kliniškai ištyrė 58 ankstyvų stadijų krūties vėžiu sergančias pacientes tris kartus: praėjus dviem savaitėms, trims mėnesiams ir dvylikai mėnesių po krūties operacijos. Depresija buvo nustatyta 21% pacienčių po mastektomijos ir 19% po krūtį tausojančios operacijos [64].

Tyrėjai, taikydami klinikinį vertinimą, ištyrė 201 krūties vėžiu sirgusią moterį ir nustatė, kad 26% moterų po mastektomijos patiria vidutinę ir kliniškai išreikštą depresiją [65].

1992 m. atliktas tyrimas išanalizavo psichologinį moterų pažeidžiamumą praėjus 12 mėn. po chirurginio krūties vėžio gydymo: depresiją nurodė 16% moterų po mastektomijos ir 26% moterų po kvadrantektomijos. Statistiškai patikimo skirtumo nenustatyta [66]. Tai patvirtina ir G. Bulotienės ir bendraautorių atliktas tyrimas, kurio metu buvo taikoma HAD skalė. Šio tyrimo duomenimis, po kvadrantektomijos ribinis ir kliniškai reikšmingas nerimo lygis buvo 21,05% moterų, o po mastektomijos – 20,83% palyginus moterų po mastektomijos ir po kvadrantektomijos depresijos lygį, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp abiejų grupių negauta [67]. Vienok, J. Deadmanas ir bendraautoriai, ištyrė 44 pacientes, nustatė, kad, praėjus vieneriems metams po operacijos, moterys po mastektomijos buvo labiau linkusios į depresiją nei po krūtį tausojančios operacijos [68]. Okamura ir kt. 2000 m. atlikę 55 krūties vėžiu sirgusių moterų, kurioms liga atsinaujino, klinikinį psichinės būklės ištyrimą pagal DSM-III kriterijus bei pritaikę Nuotaikos klausimyną (Profile of Mood States arba POMS), 42% tiriamųjų nustatė depresiją; iš jų 7% – išreikštą depresiją, o 33%. – adaptacijos sutrikimą [45]. G. Butolienė 2006 m., taikydama tyrimui HAD skalę ir FACT-An, nustatė, kad prieš operaciją pasireiškė tiriamosioms 19% depresija ir 42% nerimas, o savaitė po operacijos – 10% depresija ir 28% nerimas [28].

Tiriant nerimą ir depresiją tarp pacienčių, galėjusių pasirinkti operacijos apimtį, nebuvo konstatuota statistiškai patikimo skirtumo tarp pasirinkusių mastektomiją ir pasirinkusių krūtį tausojančią operaciją [64].

2003 metais buvo paskelbti Lietuvoje atlikto mokslinio tyrimo rezultatai apie ryšį tarp krūties vėžiu sergančių pacienčių gyvenimo kokybės bei jų nerimo ir depresijos [19]. Nustatyta, kad nerimas ir depresija koreliavo su blogesne bendra gyvenimo kokybe, blogesniu emociniu bei

kognityviniu funkcionavimu. Depresija koreliavo su krūties vėžiu sergančių moterų miego sutrikimais ir finansiniais sunkumais. Šio tyrimo rezultatai parodė pacienčių nerimo ir depresijos nustatymo svarbą.

Apžvelgus mokslinių tyrimų duomenis, galima teigti, kad nerimas ir depresija yra krūties vėžiu sergančių moterų problema.

3.7. Spindulinio gydymo ir chemoterapijos įtaka moterų, sergančių krūties vėžiu, emocinei būsenai

Po operacinio gydymo lieka nemaža lokalaus naviko recidyvo rizika, todėl po mastektomijos ar KTO taikomas spindulinis gydymas. Jo tikslas – vidutine jonizuojančios spinduliuotės doze sunaikinti likusias navikines ląsteles [34].

Iki spindulinio gydymo pradžios moterys, sergančios krūties vėžiu, gali nejaušti emocinės būsenos pablogėjimo. Prasidėjus spindulinės terapijos kursui, moterys kasdien atvyksta į ligoninę, susiduria su kitais vėžiu sergančiais ir kartais jaučia lėtinį nuovargį, kuris veikia emocinę būseną. Ištyrus 60 krūties vėžiu sergančių moterų nustatyta, kad 88 proc. moterų nuovargis buvo sunkus ir netikėtas šalutinis chemoterapijos reiškinys [69]. Yra nustatyta, kad spindulinio gydymo metu padidėja rizika psichologiniams sutrikimams, tarp jų ir depresijos simptomams, gali išryškėti prieš tai buvęs užslopintas nerimas, taip pat jį gali kelti vis retėjantys vizitai pas gydytojus ir baimė, kad negydant navikas atsinaujins, stresą gali sukelti ir gydymo pabaiga [28].

Tyrimo, kurio metu tirta moterų psichologinė adaptacija ir GK po spindulinio gydymo, rezultatai, parodė, kad iš karto po spindulinio gydymo pasireiškia nerimo ir depresijos simptomai ir pablogėja GK, vėliau pacienčių būseną stabilizuoja [70]. Rowland ir Massie duomenimis, chemoterapijos metu ir tuoj po jos krūties vėžiu sergančios moterys patiria nerimą ir depresiją nei ankstesniu laikotarpiu [71].

Pooperacinis spindulinis gydymas dažniausiai derinamas su pagalbiniu sisteminiu gydymu: chemoterapija ar/ir hormonoterapija. Skirtingi tyrėjai nurodo nevienodą chemoterapijos įtaką psichologinei būsenai ir GK po krūties vėžio chirurginio gydymo. Tyrimo, kurio metu ištirtos sirgusios I-III stadijų vėžiu moterys, nustatyta, kad chemoterapija pablogina žemesnio išsilavinimo moterų GK [72].

Pykinimas, vėmimas, plaukų slinkimas, svorio pokyčiai ir sunkiai sukoncentruojamas dėmesys yra nepageidaujami, pašaliniai chemoterapijos reiškiniai. Dažnai moterims plaukų slinkimas sukelia didelį stresą, kuris gali būti didesnis už pačios krūties operacijos sukeltą stresą. Moterys pažymėjo, kad nuplikimas joms prilygo vėžio diagnozės sukeltam stresui [71]. Tyrimų duomenimis, 2/3 moterų, sergančių krūties vėžiu chemoterapijos metu ar po jos, dažniausiai

nukenčia atmintis, gebėjimas sukcentruoti dėmesį, naujos informacijos suvokimas ir išmokimo greitis [73].

Taigi, chemoterapijos ir spindulinio gydymo poveikis krūties vėžiu sergančių moterų emocinei būsenai yra įvairus ir nevienareikšmiškas, galintis kisti laike.

3.8. Onkologinio skausmo gydymo psichologiniai ypatumai, turintys įtakos moterų emocinei būsenai

Plačiai pripažįstama, kad skausmas yra emocinis potyris, kuris dažnas onkologinių ligonių susirgimų palydovas. Onkologijos skausmo paplitimo rodikliai priklauso nuo pažeidimo lokalizacijos bei ligos stadijos. Klinikinė patirtis sako, kad onkologijos susirgimo diagnozės nustatymo metu net 45% ligonių kenčia vidutinį ar stiprų skausmą. Toli pažengusio vėžio stadijose skausmą kenčia 75% ligonių, o 25 – 30% atvejų skausmas būna labai stiprus ir nepakenčiamas. Nekontroliuojamas onkologinis skausmas sukelia dvasinį vienišumą, atitolina nuo visuomenės ir visuomeninio gyvenimo bei pablogina GK [74]. Onkologinių ligonių patiriamas skausmas labai dažnai būna lėtinis, tačiau slaugant onkologinį ligonį tenka susidurti ir su ūmiais skausmais: pooperaciniu, vystantis grėsmingoms komplikacijoms, taikant spindulinę ar chemoterapiją [75]. Onkologinį skausmą dažnai lydi kančios išgyvenimas. Kentėjimas atsiranda dėl patiriamos grėsmės gyvybei, kontrolės jausmo netekimo ir bejėgiškumo [76].

Skausmas onkologiniams ligoniams sukelia psichologinį distresą, o psichologiniai veiksniai, kaip nerimas ir depresija ir subjektyvi skausmo prasmė sustiprina onkologinio skausmo jutimą. Menkai malšinamas skausmas turi neigiamas pasekmes tiek vėžiu sergančiajam, tiek jo artimiesiems [77]. Skausmą patiriantis žmogus jaučiasi pavargęs, irzlus, neretai prislėgtas. Skausmo priežastys kai kuriais atvejais gali būti labiau psichologinės ir socialinės nei fizinės [78].

Skausmas, kurį dėl pačių įvairiausių priežasčių patiria krūties vėžiu sergančios moterys, ir, ypač reagavimo į jį būdai įtakoja moterų psichologinę adaptaciją gydymosi metu. Skausmas gali pabloginti GK ir padidinti riziką klinikiniam nerimo ir depresijos pasireiškimui [79].

3.9. Psichosocialinė adaptacija po krūties chirurginio gydymo, jo įtaka moters emocinei būsenai

Vertinant moterų psichosocialinę adaptaciją po krūties chirurginio gydymo, atsižvelgiama į įvairius veiksnius: amžių, socialinę padėtį, psichosocialinę paramą, psichosocialinių sutrikimų riziką, patiriamą stresą, lytinių santykių pokyčius, kūno ar išvaizdos vertinimą ir kt.

Literatūros duomenimis, psichosocialinės adaptacijos skirtumai po mastektomijos ir KTO priklauso nuo pacienčių amžiaus, užimtumo, išsilavinimo bei šeimyninės padėties. 2004 m. paskelbti išplėstinio tyrimo duomenys, gauti, apklausus 990 pacienčių po krūties vėžio

chirurginio gydymo, parodė, kad amžius įtakoja gyvenimo kokybę po operacijos: jaunesnių pacienčių buvo blogesnis emocinis ir socialinis funkcionavimas bei didesnis nerimas dėl ateities [80]. 1999 m. atlikto tyrimo duomenimis, sąsaja tarp operacijos apimties ir gyvenimo kokybės priklauso nuo pacienčių amžiaus. Iki 55 metų moterų gyvenimo kokybė beveik pagal visas Gydytojų pasekmių klausimyno (Medical Outcomes Survey Short Form) subskales po mastektomijos buvo blogesnė, nei po krūtų tausojančios operacijos. Tuo tarpu ligonių virš 50 metų gyvenimo kokybė pagal visas šio klausimyno subskales buvo blogesnė po krūtų tausojančios operacijos, nei po mastektomijos [81]. Kito, 1998 metais atlikto, tyrimo duomenimis, moterys iki 50 metų po kvadrantektomijos patyrė mažesnę stresą, nei po mastektomijos. Priešingai, moterims turėjusioms daugiau kaip 50 metų, kvadrantektomija siejosi su didesniu psichologiniu stresu [82]. 2000 m. Australijoje atlikto išplėstinio vienerių metų tyrimo rezultatai patvirtino, kad gyvenimo kokybė po krūtų vėžio chirurginio gydymo skiriasi priklausomai nuo amžiaus, išsilavinimo ir šeimyninės padėties. Jaunesnių, vienišų, mažesnio išsilavinimo moterų gyvenimo kokybė yra blogesnė. Mastektomija labiau neigiamai veikia ištekėjusių, ypač jaunesnio amžiaus, moterų kūno įvaizdį [83]. Atlikto prospektyvinio tyrimo rezultatai parodė, kad gyvenimas su sutuoktiniu padeda moterims išvengti pooperacinių psichosocialinių problemų [84].

Išplėstinio tyrimo rezultatai neatskleidė statistiškai patikimų skirtumų tarp moterų, kurioms atlikta mastektomija ir moterų po krūtų tausojančios operacijos psichosocialinės adaptacijos, tačiau parodė, kad statistiškai patikimai skyrėsi jų galėjimas nešioti įprastus rūbus. Taip pat moterys, kurioms atlikta mastektomija, dažniau, nei moterys po krūtų tausojančio gydymo, iš karto po operacijos nebeturėjo lytinių santykių su partneriu [85]. Iš kito atlikto tyrimo paaiškėjo, kad jaunesnės pacientės yra labiau susirūpinusios savo išvaizda ir dažniau renkasi krūtų tausojančią operaciją [86]. Kitame tyrime pažymima, kad po krūtų tausojančios operacijos moterys jaučia didesnę pasitenkinimą savo kūnu, nei po mastektomijos ar po mastektomijos su rekonstrukcija [46]. Tačiau yra duomenų, kad moterys po mastektomijos jautėsi mažiau seksualiai geidžiamos ir mažiau patrauklios, negu po krūtų tausojančios operacijos [87].

Pirmieji moksliniai darbai apie Lietuvos moterų, sergančių krūtų vėžiu, psichologinę adaptaciją paskelbti 2002 metais. G. Bulotienės, L. Pralėikienės ir J. Vesėliūno 2002 metais atliktas krūtų vėžiu sergančių moterų tyrimas parodė, kad šių moterų, nerimo ir depresijos lygis yra aukštas [88]. Ištyrus 61 krūtų vėžiu sergančią pacientę, iš kurių 30 buvo konsultuotos psichiatro, o 31 – atsitiktinai parinkta (kontrolinė grupė), taikant Ligoninės nerimo ir depresijos skalę (HADS), buvo nustatyta, kad 37% psichiatro konsultuotų moterų būdingas išreikštas

nerimas ir 27% – depresija. Kontrolinėje grupėje išreikštas nerimas ir/arba depresija stebėtas 20% tiriamųjų.

Ištyrus 99 moteris po mastektomijos ar krūtį tausojančios operacijos, nustatyta, kas ištekėjusios moterys, gyvenančios drauge su vyru, turi mažiau su krūties vėžiu susijusių psichologinių problemų, negu, netekėjusios, išsiskyrusios ar našlės [84].

Tyrimai, kurie analizavo, kaip krūties vėžiu sergančių moterų socialinė padėtis įtakoja jų psichologinį pažeidžiamumą, parodė, kad jaunesnis pacienčių amžius, gyvenimas be partnerio, nepalanki socialinė padėtis ir bloga sveikata yra veiksniai, didinantys psichologinį pažeidžiamumą [89, 90].

Sėkmingas prisitaikymas prie ligos labai priklauso nuo artimų žmonių: partnerio, šeimos narių bei draugų palaikymo. K. Roberts ir kiti, tyrinėdami emocinę paramą vieno mėnesio laikotarpiu po aktyvaus krūties vėžio gydymo, moterų, gaunamą iš šeimos, draugų arba sutuoktinio, nustatė sąsają tarp psichologinio streso ir socialinio palaikymo lygio [91]. Malis ir kiti bendraautoriai, ištyrė 222 vyresnes nei 55 m. amžiaus krūties vėžiu sergančias moteris, nustatė, kad partnerių ir suaugusių vaikų palaikymas mažina nerimą ir depresiją [92]. R. Zemore ir L. Shepel nustatė, kad socialinis palaikymas įtakoja geresnę psichologinę ir socialinę adaptaciją. Anot šių tyrėjų, socialinės paramos stoka gali turėti įtakos, sunkiau prisitaikant prie krūties vėžio [93].

4. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

4.1. Tyrimo objektas ir apimtis

Gavus Vilniaus universiteto Onkologijos instituto bioetikos komiteto leidimą atlikti tyrimą, buvo apklaustos 126 krūties vėžiu sergančios moterys po chirurginio gydymo, gydytos 2009 m. liepos mėn. – 2010 m. kovo mėn. Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Aukštųjų energijų spindulinės terapijos skyriuje, sutikusios dalyvauti tyrime, suprantančios lietuvių kalbą ir galinčios atsakyti į joms pateiktus klausimus lietuvių kalba. Vidutinis tirtų moterų amžius – 53,58 metų (jauniausia tiriamoji – 30 metų, vyriausia – 82 metų, Std. paklaida =11,796 metai).

Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Aukštųjų energijų spindulinės terapijos skyriaus duomenimis 2008 m. ambulatoriškai gydytos 343 moterys, sergančios krūties vėžiu, 2009 m. – 278 ligonės.

Siekiant atlikti reprezentatyvų gyvenimo kokybės po chirurginio gydymo įvertinimo tyrimą, Aukštųjų energijų spindulinės terapijos skyriuje buvo paliktos 150 anketos (kas mėnesį surenkamos, susegamos į segtuvą ir saugomos), sugrįžo 134 (atsako dažnis 89,33%). Tolimesnei analizei naudotos 126 tiriamųjų anketos. 8 anketos atmestos, nes tiriamosios nepilnai atsakė klausimynus. Anketos preambulėje moterys buvo informuojamos apie tyrimo tikslą. Anketos

anonimiškos, tai turėjo užtikrinti duomenų konfidencialumą, ir šio tyrimo dalyvės neturėjo patirti rizikos susijusios su tyrimu. Anketas pildė pačios moterys.

4.2. Tyrimo metodika

Tyrimui naudotas anketinės apklausos metodas. Tyrimo duomenų gavimui buvo parengtas klausimynų rinkinys „Moterų, sergančių krūties vėžiu, gyvenimo kokybė po chirurginio gydymo“. Klausimyno struktūrą sudarė gyvenimo kokybės vertinimui skirti standartizuotas Europos vėžio tyrimų ir gydymo organizacijos gyvenimo kokybės klausimynas (EORTC QLQ-C30), jo modulis (QLQ-BR23), Ligoninės nerimo ir depresijos skalė (HADS), Distreso termometras (Distress Thermometer) skirti emocinei būsenai vertinti, ir socialinius ir demografinius rodiklius atspindintys klausimai (žr. 1 priedą).

Anketos bendrąją dalį sudaro 14 klausimų apie respondenčių amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, šeimyninę padėtį, su chirurginiu gydymu bei su atrankinės mamografijos patikros dėl krūties vėžio programa susiję klausimai.

EORTC QLQ-C30 gyvenimo kokybės klausimyną sudaro bendros gyvenimo kokybės skalė, funkcionavimo ir simptomų skalės. Bendros gyvenimo kokybės skalę sudaro klausimyno 29 ir 30 klausimai (kl.). Funkcionavimą apibūdina fizinio (1-5 kl.), vaidmens (6, 7 kl.), emocinio (21-24 kl.), kognityvinio (20, 25 kl.), socialinio (26, 27 kl.) funkcionavimo skalės. Simptomų skalėmis vertinamas nuovargis (10, 12, 18 kl.), pykinimas ir vėmimas (14, 15 kl.), skausmas (9, 19 kl.), dusulys (8 kl.), miego sutrikimai (11 kl.), apetito sutrikimai (13 kl.), vidurių užkietėjimas (16 kl.), viduriavimas (17 kl.) ir finansiniai sunkumai (28 kl.).

Klausimynas įvertina, kiek krūties vėžys trukdė pacienčių kasdieninę veiklą per praėjusią savaitę. Kiekvienas klausimo atsakymas vertinamas nuo 1 iki 4 balų („visai ne“, „nedaug“, „vidutiniškai“, „labai“). Paskutiniai du klausimai apibendrinantys ir vertinami nuo 1 (labai blogai) iki 7 (puikiai) balų.

EORTC QLQ-BR23 modulis yra pritaikytas krūties vėžiu sergančių ligonių tyrimui. Juo papildomai buvo įvertintos funkcionavimo ir simptomų skalės, kuriose vertintas tiriamųjų kūno įvaizdis (klausimyno 9-12 kl.), seksualinis funkcionavimas (14,15kl.), seksualinis pasitenkinimas (16 kl.), baimė dėl ateities (13 kl.), pašalinis poveikis (1-4, 6, 7 ,8 kl.) su krūtimi susiję simptomai (20-23 kl.), su rankos funkcionavimu susiję simptomai (17, 18, 19 kl.) ir pergyvenimai dėl plaukų slinkimo (5 kl.).

Gyvenimo kokybės analizė atlikta pagal EORTC QLQ-C30 ir jo modulio BR23 klausimynus ir jų vertinimo metodikas, kuriomis naudotis buvo gautas leidimas iš „EORTC Data Center“. Pagal šias metodikas,

Funkcionavimo skalės apskaičiuotos pagal tokią formulę:

$$\text{Score} = \{1 - ((RS-1) / \text{range})\} \times 100$$

Simptomų skalės ir bendros gyvenimo kokybės skalė apskaičiuotos pagal tokią formulę:

$$\text{Score} = \{(RS-1) / \text{range}\} \times 100$$

kur: RS – klausimų suma/klausimų skaičius;

Range – didžiausios ir mažiausios klausimo vertinimo balų reikšmių skirtumas, – gyvenimo kokybės atveju 6, o kitų skalių – 3;

Skalių vertinimas – nuo 0 iki 100 balais. Jei funkcionavimo skales įvertintos didesniais balais, tada respondentės būklė buvo geresnė, o kai kiti požymiai įvertinti daugiau balų, būklė buvo prastesnė.

Tiriamųjų emocinė būseną vertinta pagal pacienčių nerimo ir depresijos lygį. Jo nustatymui naudota Ligoninės nerimo ir depresijos arba HAD (Hospital Anxiety and Depression) skalė. HAD skalė yra plačiai taikomas klausimynas, skirtas tirti ligoniams bendro profilio ir specializuotose ne psichiatrijos medicininėse įstaigose, taip pat taikoma onkologinių pacientų, turinčių nerimo ir depresijos simptomų, atrankai ir moksliniuose tyrimuose [28]. Tyrimai parodė, kad HAD skalė yra tinkamas metodas krūties vėžiu sergančių moterų nuotaikos sutrikimams nustatyti pirmaisiais metais po chirurginio (operacinio) gydymo [81]. Ji padeda atrinkti ligonius, kurie gali sirgti depresija ir nerimo sutrikimais. Šią skalę pildo patys pacientai.

HAD skalę (HADS) sudaro keturiolika teiginių: 7 iš jų skirti nerimo, 7 – depresijos simptomams įvertinti. Kiekvienam teiginiui pateikti keturi galimi atsakymo variantai. Iš jų reikia pasirinkti tą, kuris tiksliausiai atspindi savijautą. Lietuviškos HAD skalės versijos tyrimų rezultatai parodė, kad HAD depresijos subskalės vertinimas gerai koreliuoja su klinikiu depresijos vertinimu ($r=0,70$), o nerimo subskalės – su klinikiu nerimo vertinimu ($r=0,74$).

Standartiškai HADS duomenys interpretuojami, laikant, kad kiekvienoje subskalėje balų suma iki 8 yra norma, nuo 8 iki 10 – ribinis nerimas ar depresija, 11 ir daugiau – kliniškai reikšmingas nerimas ir depresija. Gali būti naudojamos skirtingos HADS nerimo ir depresijos subskalių normatyvinės ribos. Mūsų tyrime kiekvienos tiriamosios balų suma, viršijanti 7 balus, rodė esant ribinį ir kliniškai reikšmingą nerimo ir/ar depresijos lygį, o 7 ir mažiau balų – normą.

Tiriamųjų emocinė būseną taip pat vertinta pagal patiriamą streso lygį. Jo nustatymui naudotas Distreso termometro (Distress Thermometer) metodas. Kadangi šis tyrimo metodas Lietuvoje dar nebuvo naudotas, gautas leidimas jį taikyti mūsų tyrime (žr.2 priedą).

Šis metodas susideda iš dviejų dalių – pirmojoje dalyje prašoma tiriamųjų pažymėti skaičių nuo 0 („nėra streso“) iki 10 („didelis stresas“) nupieštame termometre, kuris geriausiai atspindinti jų patirtą stresą per praėjusią savaitę, įskaitant ir anketos pildymo dieną. Antroje

dalyje tiriamosios nurodė problemas (simptomus) iš pateikto 5 problemų skalių sąrašo, kurios, jų subjektyvia nuomone, galėjo nulemti jaučiamo streso lygį. Sąrašė pateiktos praktinės, šeimos, emocinės, dvasinės/religinės (tikėjimo) ir fizinės problemos (simptomai). Ties kiekviena tinkančia problema (simptomu) moteris pažymėjo „taip“ arba „ne“.

Nežymus/nedidelis streso lygis laikytas tuomet, kai termometre buvo pažymėti 0-4 skaičiai, vidutiniškas/vidutinis streso lygis – 5-7, o žymus/aukštas/stiprus streso lygis – 8-10.

4.3. Duomenų analizė

Surinktų anketų duomenys buvo koduojami ir suvedami į kompiuterį. Statistinė analizė buvo atlikta naudojantis statistiniu paketu SPSS for Windows 15.0 programa (*Statistical Package for Social Sciences Software*, 15 versija). Prieš įvedant ir koduojant anketos duomenis į kompiuterį kiekviena anketa buvo patikrinama.

Grupių atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas tikrintas χ kvadrato kriterijumi, reikšmių dažniai pateikti procentais, kiekybiniai požymiai pateikti vidurkiais. Grupių palyginimui naudotas t-testas nepriklausomiems dydžiams, statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha=0,05$; $p<0,05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas.

HADS ir EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR23, DT klausimynų įverčiai buvo vertinami ir lyginami atskirai.

5. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

5.1. Tiriamųjų apibūdinimas

Pirmojoje lentelėje pateikiami ambulatoriškai besigydančių Aukštųjų energijų spindulinės terapijos skyriuje moterų (n=126) duomenys apie amžių, išsilavinimą, užimtumą, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą ir taikytus priešvėžinio gydymo būdus.

1lentelė. Visų tiriamųjų (n=126) pasiskirstymas pagal sociodemografines savybes ir gydymo būdus

Charakteristika	Tiriamųjų grupė	Tiriamųjų skaičius	Tiriamųjų proc.
Amžiaus grupės	Iki 39 m.	13	10,3
	40-49 m.	42	33,3
	50-59 m.	37	29,4
	60-69 m.	18	14,3
	70 ir daugiau metų	16	12,7
Išsilavinimas	Pradinis	3	2,4
	Nebaigtas vidurinis	0	0
	Vidurinis	14	11,1
	Aukštesnysis	34	27,0
	Nebaigtas aukštasis	9	7,1
	Aukštasis	66	52,4

Charakteristika	Tiriamųjų grupė	Tiriamųjų skaičius	Tiriamųjų proc.
Socialinė grupė	Darbininkė	16	12,7
	Tarnautoja	50	39,7
	Studentė	0	0
	Pensininkė	27	21,4
	Neigali	21	16,7
	Kita	12	9,5
Gyvenamoji vieta	Miestas	95	75,4
	Rajono miestelis	21	16,7
	Kaimas	10	7,9
Šeimyninė padėtis	Netekėjusi	12	9,5
	Ištekėjusi	71	56,3
	Išsiskyrusi	15	11,9
	Našlė	19	15,1
	Gyvenate nesusituokę (partnerystėje)	9	7,2
Krūtis chirurginio gydymo metu	Šalinta	81	64,3
	Nešalinta	45	35,7
Chemoterapija	Taikyta	100	79,4
	Netaikyta	26	20,6

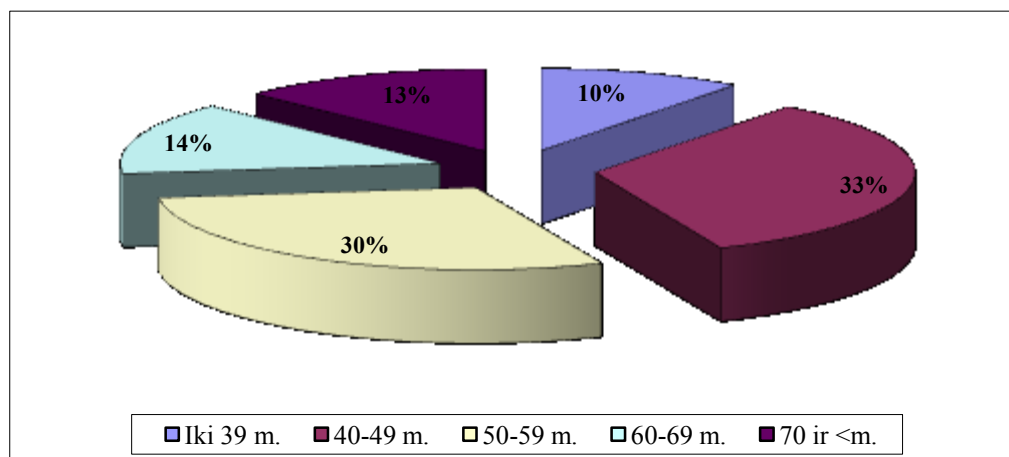
Didžioji tiriamųjų dalis apie tai, kad serga krūties vėžiu sužinojo prieš 2 – 6 mėnesius. Apklaustos moterys, sergančios I-II stadijos vėžiu, atitinkamai I-os stadijos – 57,9%, II-os stadijos – 39,7%. 2,4% moterų nurodė, jog joms krūtyje buvo nustatyti pakitimai.

Be išimties visos apklaustos moterys nurodė, jog jaučia šeimos narių palaikymą. Paprašius nurodyti, kuris šeimos narys palaiko labiausiai, 47,6% tiriamųjų dažniausiai paminėjo vaikus, antroje vietoje – brolius/seseris – atsakiusių 16,7% moterų. Kad palaiko labiausiai vyras, motina, nurodė atitinkamai 11,9%, 11,1%. Tarp kitų asmenų, iš kurių moterys jaučia palaikymą, buvo įvardinta draugai, bendradarbės,- taip atsakė 9,5% tiriamųjų. Tik 3,2% moterų nurodė, kad jas palaiko labiausiai tėvas. Tai patvirtina kitų tyrėjų duomenis. N. Pistrangas ir C. Barker nustatė, kad moterims ypač svarbus yra artimiausios aplinkos palaikymas, gaunamas iš partnerių, draugių ar moteriškos lyties giminaičių [38].

Kadangi Lietuvoje vykdoma Atrankinė mamografinės patikros programa [94], norėta sužinoti, kiek iš jau sergančių moterų dalyvavo šioje programoje, kas jas paskatino dalyvauti. Į pateiktą klausimą, ar dalyvavote atrankinės mamografinės patikros programoje, – 61,1% moterų atsakė, kad nedalyvavo, o iš dalyvavusių – 38,9%. Pasiteiravus, dalyvavusių atrankinės mamografinės patikros programoje, kas paskatino dalyvauti šioje programoje, daugelis moterų nurodė gydytoją, – taip atsakė 23% respondenčių. 11,1% tiriamųjų teigė, jog nutarė pati

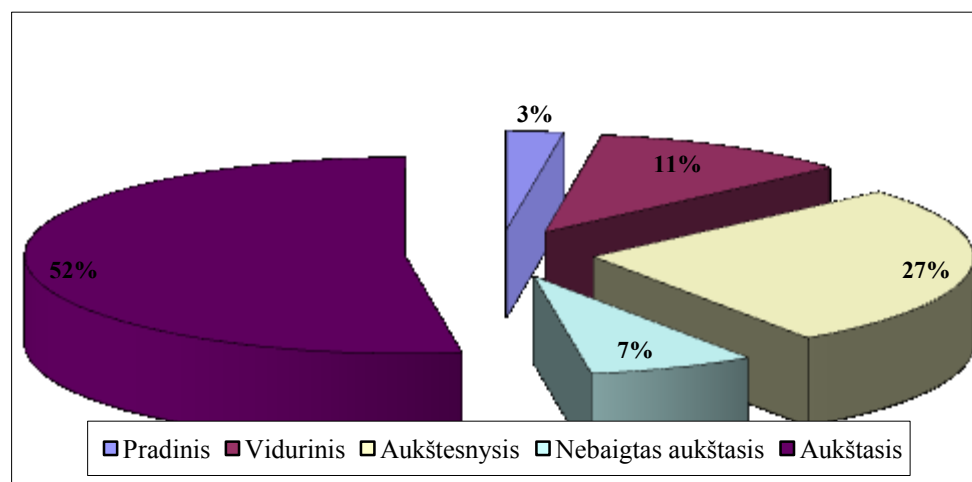
sudalyvauti atrankinėje patikros programoje, 3,2% nurodė, kad patarė giminaitė, tik 1,6% – pasitikrinti krūtis mamografinio tyrimo būdu paskatintos draugės.

Moterų, sergančių krūties vėžiu, po chirurginio gydymo amžius svyravo nuo 30 iki 82 metų. Tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 53,58 metų. Didžiausią tiriamųjų dalį (62,7%) sudarė moterys, kurių amžius buvo nuo 40 iki 59 metų, iš jų nuo 40 iki 49 metų buvo 33,3% ir nuo 50 iki 59 metų – 29,4 % (1 pav.).

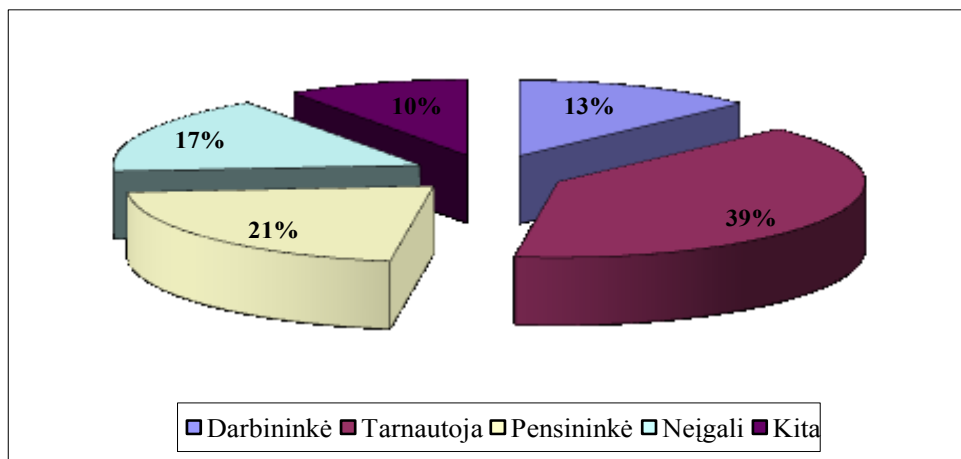


1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (%)

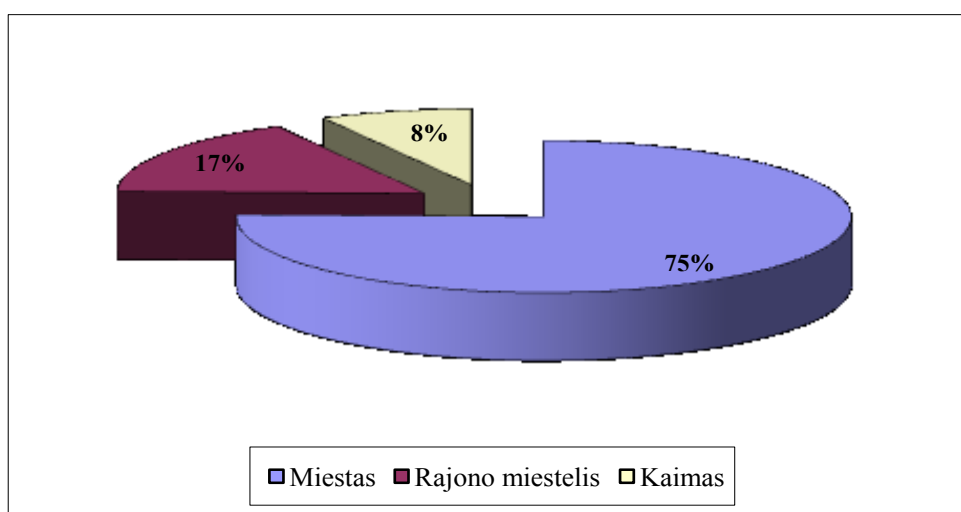
Pagal išsilavinimą, užimtumą, gyvenamąją vietą ir šeimyninę padėtį, vyravo moterys su aukštuoju išsilavinimu, dirbančios (iš jų daugiausia tarnautojų), gyvenančios mieste ir ištekėjusios (2, 3, 4, 5 pav.).



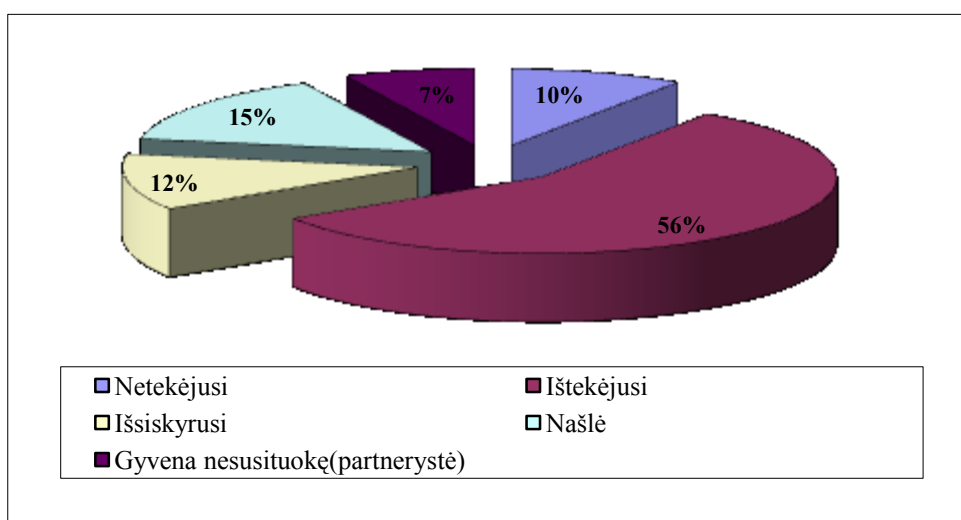
2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą (%)



3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal socialinę grupę (%)

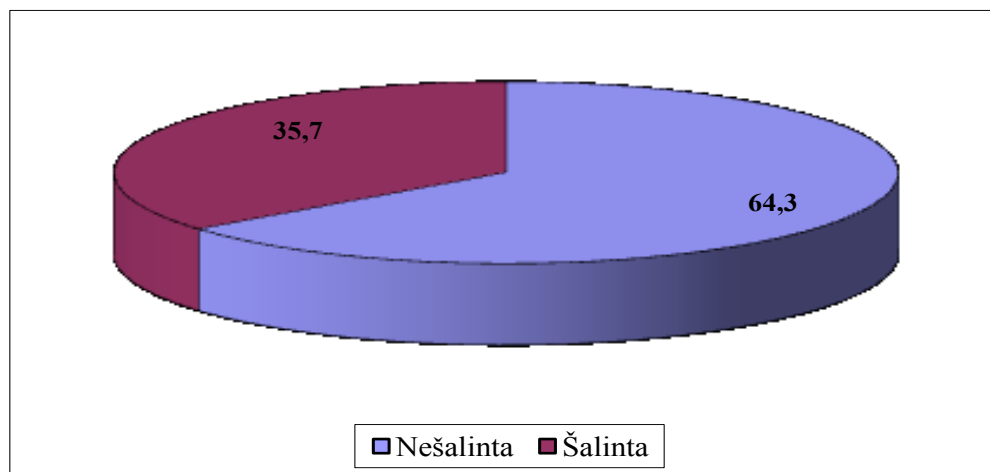


4 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą (%)



5 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį (%)

Visoms tiriamosioms chirurginis gydymas atliktas prieš 4 savaites ir daugiau, kurio metu buvo krūtis nešalinta 81 (64,3%) tiriamajai ir šalinta – 45 (35,7%) tiriamosioms (6 pav.).



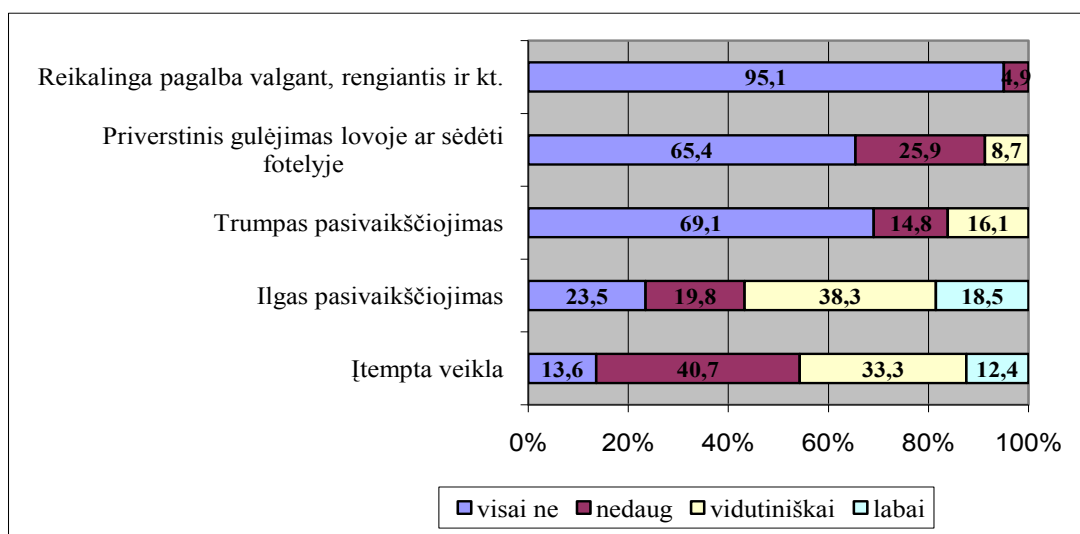
6 pav. Tiriamųjų su šalinta ir nešalinta krūtimi pasiskirstymas (%)

5.2. Moterų su nešalinta krūtimi po chirurginės operacijos gyvenimo kokybės ypatumai

Į klausimą, ar Jums sukelia sunkumų įtempta veikla, pvz. sunkaus krepšio ar lagamino nešiojimas, iš visų šios grupės tiriamųjų, 13,6% atsakė visai ne, 40,7% – pasirinko atsakymą nedaug, vidutiniškai – 33,3% ir 12,4% moterų atsakė, kad labai sukėlė sunkumų per praėjusią savaitę.

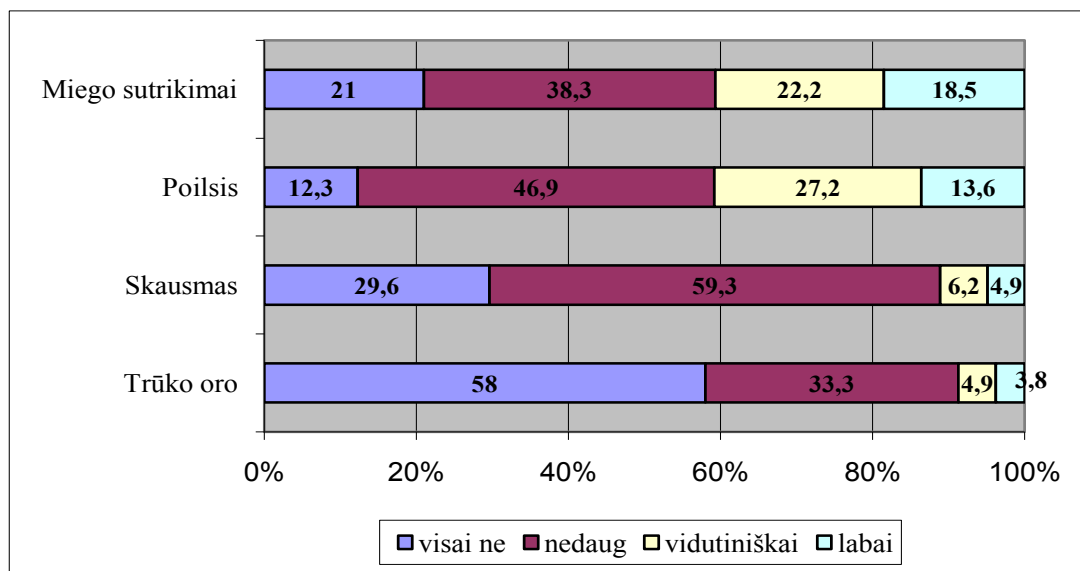
Ilgas pasivaikščiojimas vidutiniškai nuvargino 38,3% moterų, visai ne – 23,5%. Kitas moteris – nedaug ir labai nuvargino ilgas pasivaikščiojimas, atitinkamai 19,8% ir 18,5%. Tuo tarpu 69,1% tiriamųjų galėjo be jokių sunkumų trumpai pasivaikščioti, likusios šiai grupei priklausančios moterys jautė nuovargį ir po tokio pasivaikščiojimo per praėjusią savaitę.

Dauguma 65,4% respondenčių su nešalinta krūtimi nebuvo priverstos gulėti lovoje ar sėdėti fotelyje dienos metu. 95,1% moterų neprarado savarankiškumo kasdieninėje veikloje per praėjusią savaitę (7 pav.).



7 pav. Moterų su nešalinta krūtimi fizinį funkcionavimą sąlygojančių veiksnių pasiskirstymas

4,9% moterų nurodė, jog buvo labai apribotos savo tarnyboje ar atliekant kasdieninius darbus, 74,1% respondenčių atsakė, kad nedaug ir vidutiniškai 6,2% buvo per praėjusią savaitę apribotos savo tarnyboje ar atliekant kasdieninius darbus. Dauguma tiriamųjų nedaug ir vidutiniškai, atitinkamai 45,7% ir 25% nurodė, jog jautė apribojimus savo mėgstamame užsiėmime arba kitoje laisvalaikio veikloje.

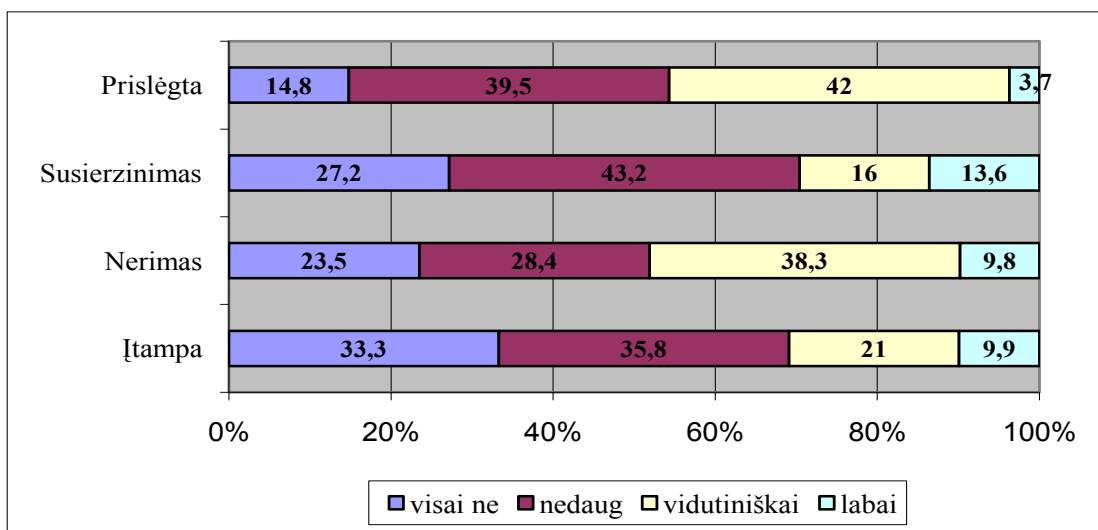


8 pav. Moterų su nešalinta krūtimi fizinių nusiskundimų pasiskirstymas

Iš fizinių nusiskundimų dažniausiai pasitaikantis tarp šios grupės moterų buvo su miegu susiję sutrikimai. Tik 21% tiriamųjų visai neturėjo tokių sutrikimų. Dauguma tiriamųjų atsakė, kad joms visai netrūko oro, 26,9% visai nejuto skausmo ir tik 4,9% nurodė, kad labai vargino skausmas per praėjusią savaitę. Daugelis moterų per šį laikotarpį jautė poilsio poreikį, jo labai reikėjo 13,6% šios grupės respondenčių (8 pav.).

Pasiteiravus apie jaučiamą silpnumą, didesnė dalis tiriamųjų nurodė, jog nedaug ir vidutiniškai buvo silpna, atitinkamai 42,2% ir 33,3% tiriamųjų su nešalinta krūtimi po chirurginės operacijos. Dauguma 77,7% moterų nešalinta krūtimi nesiskundė sutrikusiu apetitu, 91,3% jų nepykino, likusias vidutiniškai arba labai vargino pykinimas, 81,5% visai nevėmė per praėjusią savaitę. Su viduriais susijusių problemų dauguma šios grupės moterų nejutusios, labai užkietėję viduriai buvo 8,6% respondenčių, 16% nedaug viduriavo iš apklaustųjų moterų, kurioms chirurginio gydymo metu nebuvo šalinta krūtis.

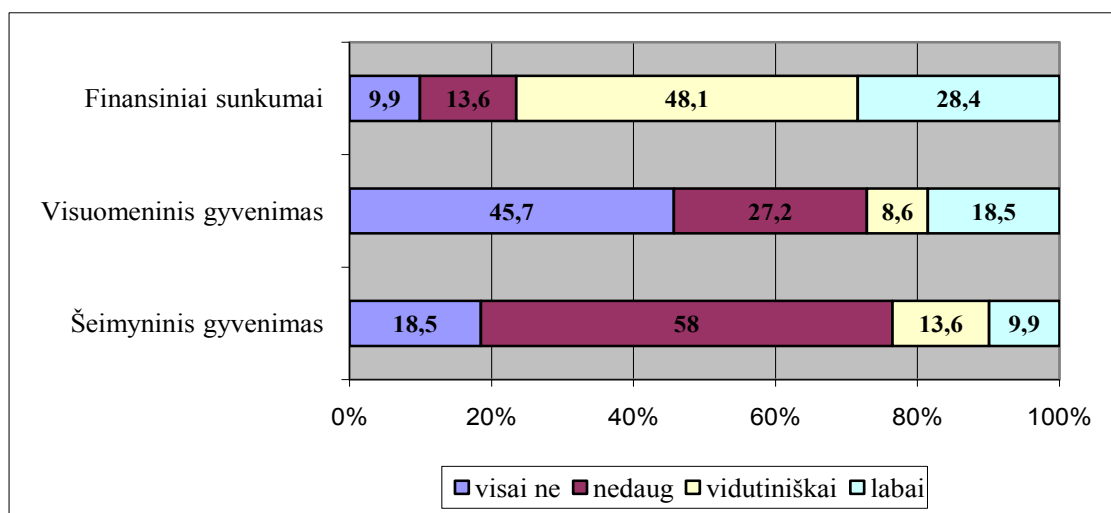
Tačiau dauguma 80,2% respondenčių su nešalinta krūtimi jautė nuovargį per pastarąjį laikotarpį, 46,8% moterų nurodė, kad nedaug skausmas įtakojo kasdieninę veiklą, visai neįtakojo per praėjusią savaitę – 38,3% tiriamųjų. 64,23% šios grupės moterims visai nebuvo sunku susikaupti skaitant laikraštį ar žiūrint televizorių per praėjusią savaitę.



9 pav. Moterų su nešalinta krūtimi psichologinių nusiskundimų pasiskirstymas

Moterys su nešalinta krūtimi iš psichologinių nusiskundimų per šį laikotarpį labiausiai jautė susierzinimą, 13,6% jų nurodė, kad labai buvo susierzinusios. Beveik vienodai juto stiprų nerimą ir įtampą, atitinkamai 9,8% ir 9,9% moterų. Labai prislėgtos jautėsi 3,7% moterų, vidutiniškai ir nedaug jautėsi prislėgtos atitinkamai 42,0% ir 39,5%, o visai nesijautė prislėgtos 14,8% respondenčių (9 pav.).

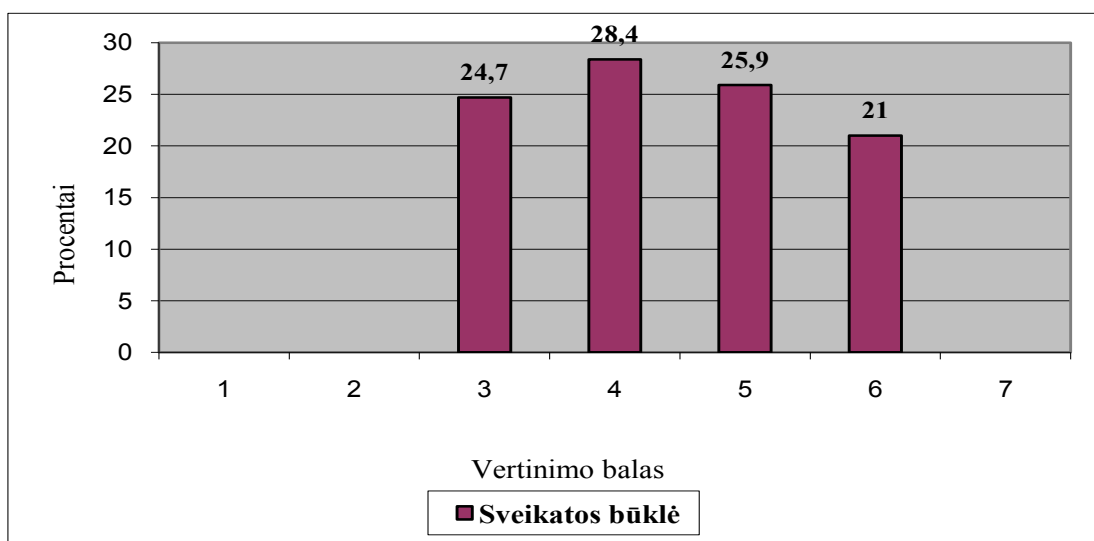
Pagal subjektyvų moterų su nešalinta krūtimi vertinimą, didesnė dalis nepastebėjo tiriamuoju laikotarpiu atminties sutrikimų, tik 4,9% jų turėjo didelių atminties sutrikimų.



10 pav. Moterų su nešalinta krūtimi fizinės būklės ar medicininio gydymo įtaka šeimyniniam, visuomeniniam gyvenimui bei sukelti finansiniai sunkumai

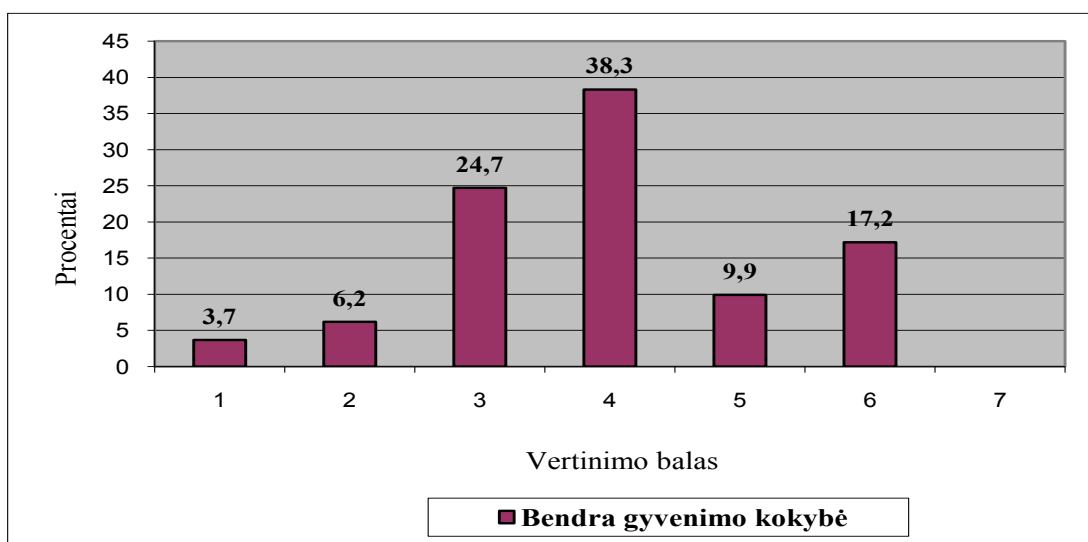
Daugumai moterų su nešalinta krūtimi, kaip matome 10 paveiksle tiriamuoju laikotarpiu fizinė būklė ar medicininis gydymas sukėlė labiausiai finansinių sunkumų, – 28,4% šios grupės respondenčių nurodė, kad labai, vidutiniškai – 48,1%, nedaug – 13,6%. Labai visuomeninį

gyvenimą įtakojo 18,5% respondenčių, o šeimyniniam gyvenimui labiausiai įtaką darė 9,9% tiriamųjų su nešalinta krūtimi po chirurginės operacijos.



11 pav. Moterų su nešalinta krūtis, sveikatos būklės vertinimas per praėjusią savaitę

Tiriamosios savo bendrą sveikatos būklę per praėjusią savaitę vertino nuo 1 (labai blogai) iki 7 (puikiai) skalėje. Moterų, kurioms chirurginio gydymo metu nešalinta krūtis, bendros sveikatos būklės vertinimo vidurkis 4,43. Puikiai kaip ir labai blogai savo bendros sveikatos būklės neįvertino nei viena respondentė, 28,4% šios grupės respondenčių įvertino 4 balais, o 6 balais savo sveikatos būklę įvertino 21% respondenčių (11 pav.).



12 pav. Moterų su nešalinta krūtimi bendros gyvenimo kokybės vertinimas per praėjusią savaitę

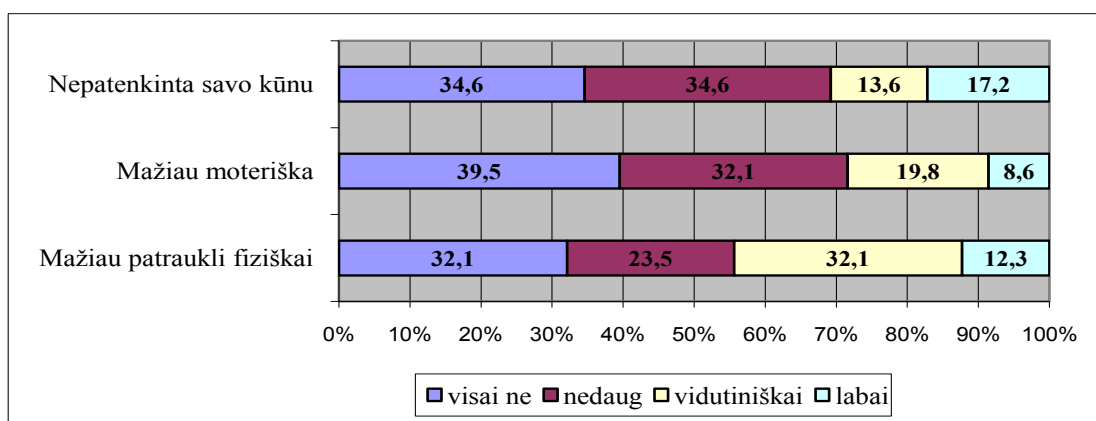
Tiriamosios, kurioms buvo nešalinta krūtis chirurginio gydymo metu, bendros gyvenimo kokybės per praėjusią savaitę vertinimo vidurkis – 3,96. Dauguma 38,3% moterų savo bendrą gyvenimo kokybę įvertino 4 balais, labai blogai bendrą gyvenimo kokybę įvertino 3,7% moterų iš 81 tyrime dalyvavusių, kurioms nebuvo šalinta krūtis (12 pav.).

Terapijos sukeltus šalutinius požymius per praėjusią savaitę juto dalis moterų. 64,2% tiriamųjų nurodė, jog daugiau mažiau džiuvo burna, tik 4,9% jų juto maisto ir gėrimų neįprastą skonį. 64,2% moterų su nešalinta krūtimi visai nebuvo skausmingos, sudirgusios arba ašarojančios akys per praėjusią savaitę.

Pasiteiravus apie plaukų slinkimą ir pergyvenimą dėl plaukų slinkimo, 44,4% moterų atsakė, kad visai neslinko plaukai, 25,9% pažymėjo, kad labai slinko plaukai per praėjusią savaitę. Dėl plaukų slinkimo nepergyveno 65,4% šios grupės respondenčių.

Per praėjusią savaitę vidutiniškai ir nedaug jautėsi serganti arba besveikstanti 34,6% ir 28,4% tiriamųjų, kuriai nebuvo šalinta krūtis. Dauguma moterų labai ir vidutiniškai „pylė“ karštis per praėjusią savaitę.

Dauguma 46,9% respondenčių per praėjusią savaitę turėjo malšinti galvos skausmą, nors tik 4,9% moterų nurodė jautusios stiprų galvos skausmą.

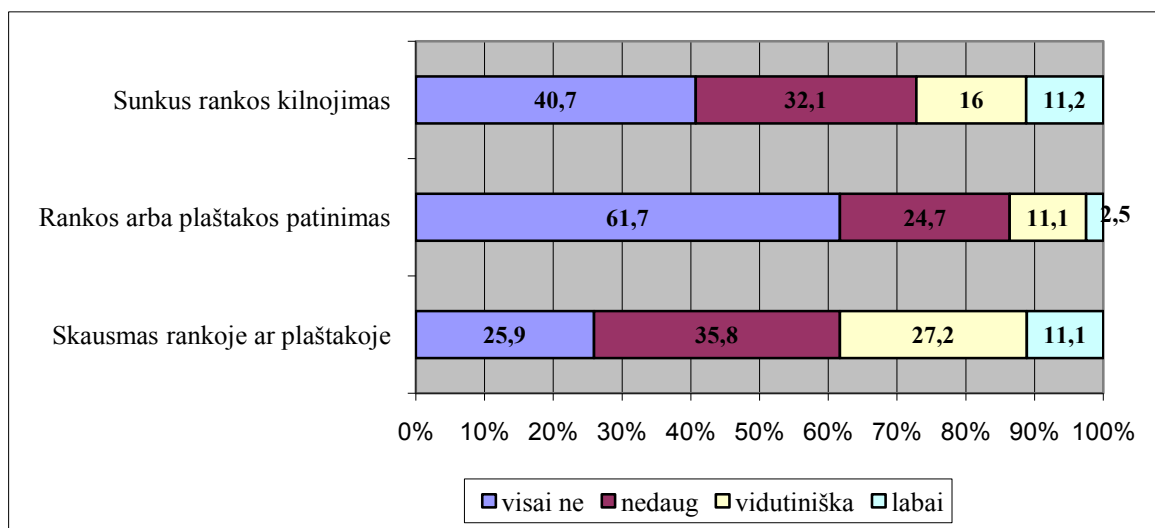


13 pav. Moterų su nešalinta krūtimi mažesnio patrauklumo, moteriškumo ir kūno vertinimas

Dėl ligos ar gydymo mažiau patraukliomis labai jautėsi 12,3% moterų, tuo tarpu labai nepatenkintos savo kūnu buvo 17,2% šios grupės moterų tiriamuoju laikotarpiu. Didesnė dalis moterų nejuto arba nedaug juto praradusios moteriškumo per praėjusią savaitę (13 pav.).

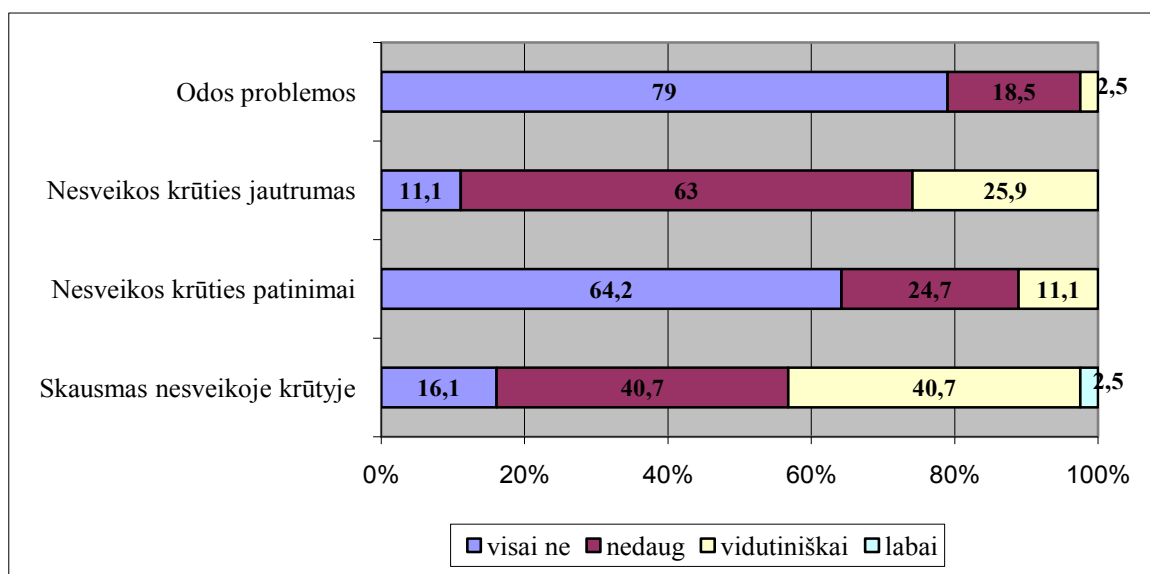
40,7% moterų su nešalinta krūtimi teigė, kad tiriamuoju laikotarpiu jų nuogas kūnas joms nesukėlė jokių neigiamų potyrių, tačiau 32,1% moterų labai jaudinosi dėl savo būsimos sveikatos.

Pasiteiravus tiriamųjų moterų, kaip seksas svarbus buvo joms per praėjusias keturias savaites, dauguma 93,8% moterų nurodė, kad nebuvo svarbus, 46,9% moterų per šį laikotarpį visai nebuvo lytiškai aktyvios, iš 81 atsakiusių 54,3% nurodė neturėjusios lytinių santykių. Tik 6,2% tiriamųjų atsakė, kad joms seksas buvo labai svarbus.



14 pav. Moterų su nešalinta krūtimi rankos skausmo, patinimo, sunkaus kilnojimo vertinimas

Kaip matome iš 14 paveikslo, visai nebuvo patinusi ranka ar plaštaka per praėjusią savaitę 61,7% šios grupės tiriamųjų. Apylygiai moterų, atitinkamai 11,2% ir 11,1% nurodė, jog buvo labai sunku kilnoti ranką ir juto skausmą rankoje ar plaštakoje.



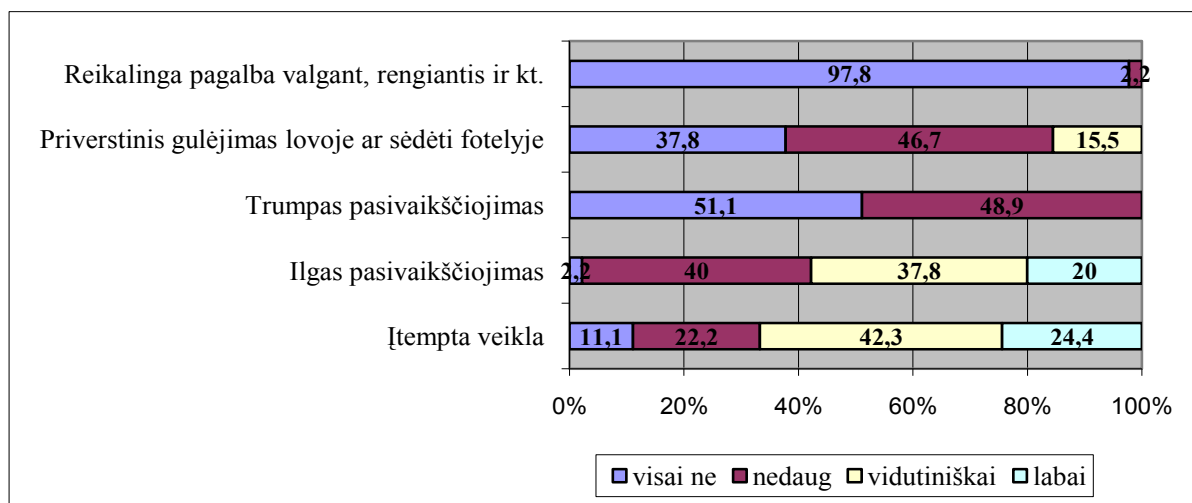
15 pav. Moterų su nešalinta krūtimi nesveikos krūties skausmas, patinimai, jautrumas ir odos problemų vertinimas

Bet kokį skausmą nesveikos krūties srityje jautė vidutiniškai ir nedaug po lygiai 40,7% moterų su nešalinta krūtimi, daugumai 64,2% šios grupės respondenčių ši sritis nebuvo patinusi, panašiai 63% moterų nurodė, jog vidutiniškai nesveikos krūties sritis buvo jautri.

Didžioji tiriamųjų dalis su nešalinta krūtimi per praėjusią savaitę neturėjo krūties srityje odos problemų (15 pav.).

5.3. Moterų su šalinta krūtimi po chirurginės operacijos gyvenimo kokybės ypatumai

Tyrimė dalyvavo 45 moterys, kurioms buvo šalinta krūtis chirurginės operacijos metu.



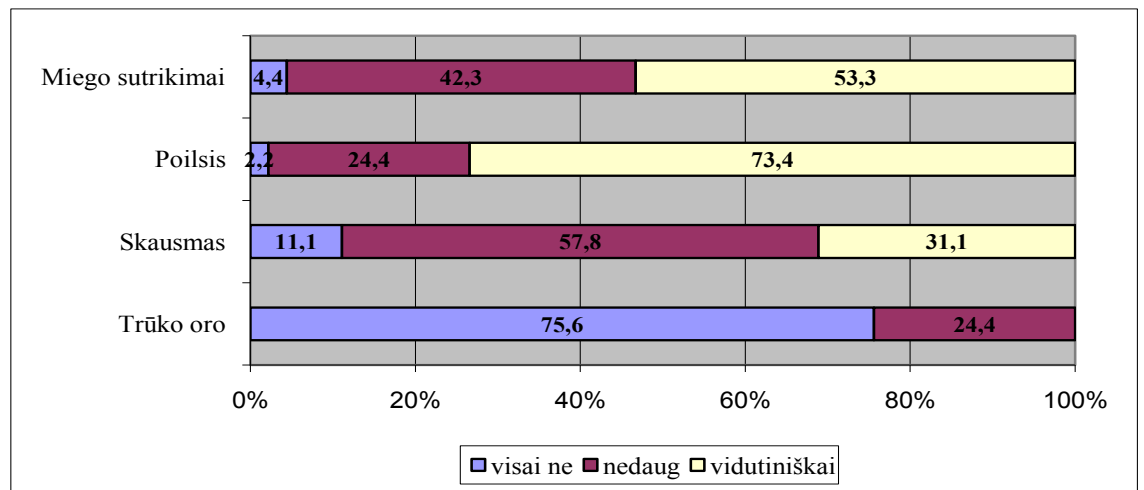
16 pav. Moterų su šalinta krūtimi fizinį funkcionavimą sąlygojančių veiksmų pasiskirstymas

Dauguma šios grupės respondenčių nurodė, kad vidutiniškai įtempta veikla sukėlė sunkumų, visai sunkumų, kuriuos sąlygojo įtempta veikla, neturėjo 11,1% moterų.

Daugiau tiriamąsias nuvargino ilgas pasivaikščiojimas tiriamuoju laikotarpiu nei trumpas. Po trumpo pasivaikščiavimo didesnė moterų su šalinta krūtimi dalis visai nejuto nuovargio. Visai nebuvo priverstos gulėti lovoje ar sėdėti fotelyje dienos metu 37,8% respondenčių per praėjusią savaitę.

Kaip ir moterys su nešalinta krūtimi, taip ir šios respondentės taip pat neprarado savarankiškumo, tik viena jų nurodė, kad per praėjusią savaitę buvo reikalinga pagalba kasdieninėje veikloje (16 pav.).

Vidutiniškai apribota savo tarnyboje ar kasdiniuose darbuose jautėsi 6,7% moterų, mėgstamoje veikloje ar kitoje laisvalaikio veikloje – 15,6%. Tuo tarpu nedaug ir visai nebuvo apribotos po lygiai 46,7%. 48,9% moterų nurodė, kad nedaug jautė apribojimus mėgstamame užsiėmime ar kitoje laisvalaikio veikloje, 28,9% visai neturėjo tokių problemų.



17 pav. Moterų su šalinta krūtimi fizinių nusiskundimų pasiskirstymas

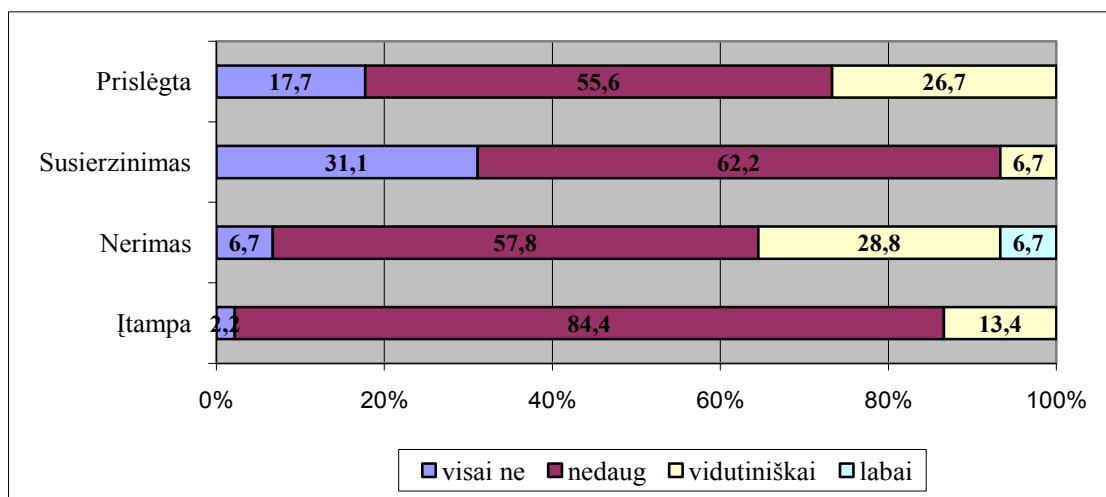
Iš fizinio funkcionavimo sumažėjimą sąlygojančių simptomų po chirurginės krūties operacijos 75,6% šios grupės moterų visai netrūko oro, tačiau tik 11,1% nejautė skausmo, vidutiniškai ilsėjosi dienos metu 73,4% moterų su šalinta krūtimi.

Vidutiniškai ir nedaug įvardino turėjusios miego sutrikimų per praėjusią savaitę, atitinkamai 53,3% ir 42,3% tyrime dalyvavusių respondenčių su šalinta krūtimi (17 pav.).

Nedaug ir vidutiniškai silpnos jautėsi iš viso 80% šios grupės moterų, didesnė dalis jų neturėjo nedaug ir vidutiniškai apetito tiriamuoju laikotarpiu. Nežymiai daugiau 53,3% moterų su šalinta krūtimi jautė pykinimą, tik 20% įvardino, kad nedaug vėmė per praėjusią savaitę. Didesnė dalis moterų su šalinta krūtimi jautė su viduriais susijusius kitimus. 66,7% respondenčių turėjo problemų su užkietėjusiais viduriais, po lygiai 8,9% moterų per praėjusią savaitę vidutiniškai ir nedaug viduriavo.

Praktiškai visos moterys su šalinta krūtimi po chirurginės operacijos juto pavargimą, tik viena respondentė teigė, kad visai nesijautė pavargusi.

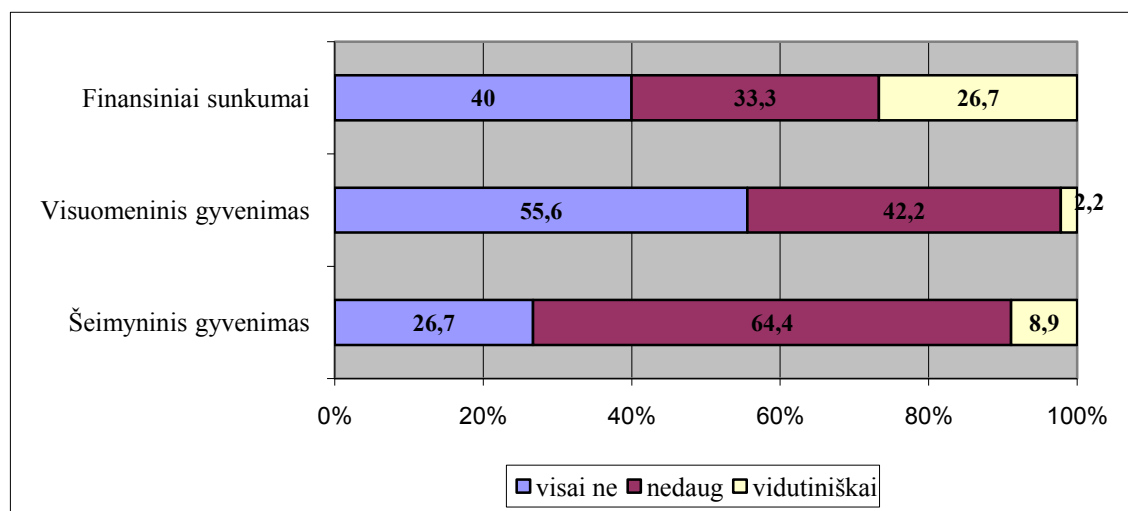
62,2% moterų skausmas nedaug įtakojo kasdieninę veiklą, didesnei šios grupės daliai, 53,3% atsakiusiųjų, visai nebuvo sunku susikaupti skaitant laikraštį ar žiūrint televizorių, nors nežymiai mažiau moterų buvo sunku susikaupti.



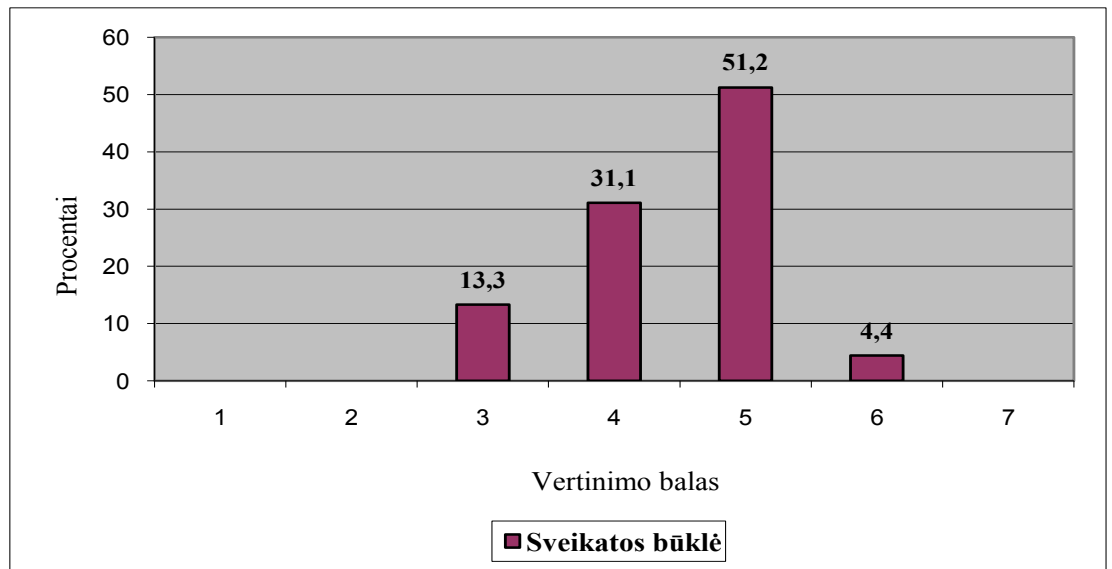
18 pav. Moterų su šalinta krūtimi psichologinių nusiskundimų pasiskirstymas

97,7% moterų su šalinta krūtimi juto stipresnę ar silpnesnę įtampą per praėjusią savaitę. Labai jautė ir visai nejautė nerimo po lygiai 6,7% moterų, didesnė dalis šios grupės 62,2% tiriamųjų per praėjusią savaitę buvo nedaug susierzinusios, visai nejautė susierzinimo 31,1%. Tuo tarpu 82,3% moterų jautėsi nedaug ir vidutiniškai prislėgtos (18 pav.) ir 62,2% moterų su šalinta krūtimi vidutiniškai ir nedaug per tiriamąjį laikotarpį susidūrė su atmintimi susijusiais pokyčiais.

Šios grupės moterys, kaip ir moterys su nešalinta krūtimi, nurodė, jog fizinė būklė ar medicininis gydymas labiausiai sukėlė finansinius sunkumus. Kad fizinė būklė ar medicininis gydymas visai neturėjo įtakos šeimyniniam gyvenimui nurodė 26,7% respondenčių su šalinta krūtimi ir 55,6% – kad neturėjo įtakos visuomeniniam gyvenimui (19 pav.).

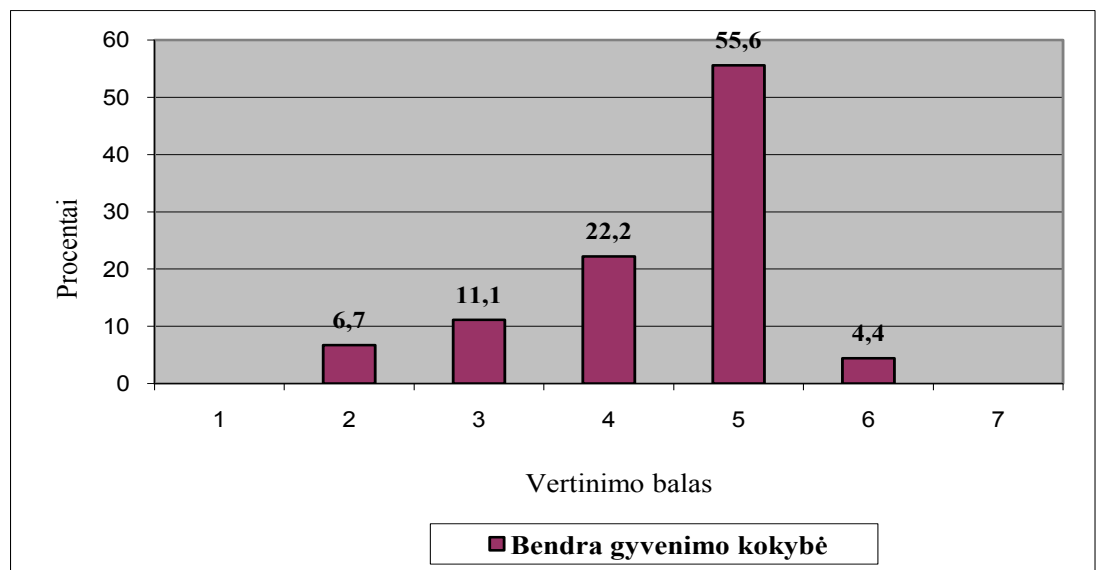


19 pav. Tiriamųjų su šalinta krūtimi fizinės būklės ar medicininio gydymo įtaka šeimyniniam, visuomeniniam gyvenimui ir finansinių sunkumų sukėlimui



20 pav. Moterų su šalinta krūtimi sveikatos būklės vertinimas per praėjusią savaitę

Bendrą savo sveikatos būklę 51,2% šios grupės moterų įvertino per praėjusią savaitę 5 balais, jog buvo labai gera sveikatos būklė (6balai) teigė 4,4% tiriamųjų. Moterų su šalinta krūtimi grupės vertintos bendros sveikatos būklės vidurkis – 4,47 balai (20 pav.).



21 pav. Moterų su šalinta krūtimi bendros gyvenimo kokybės vertinimas per praėjusią savaitę

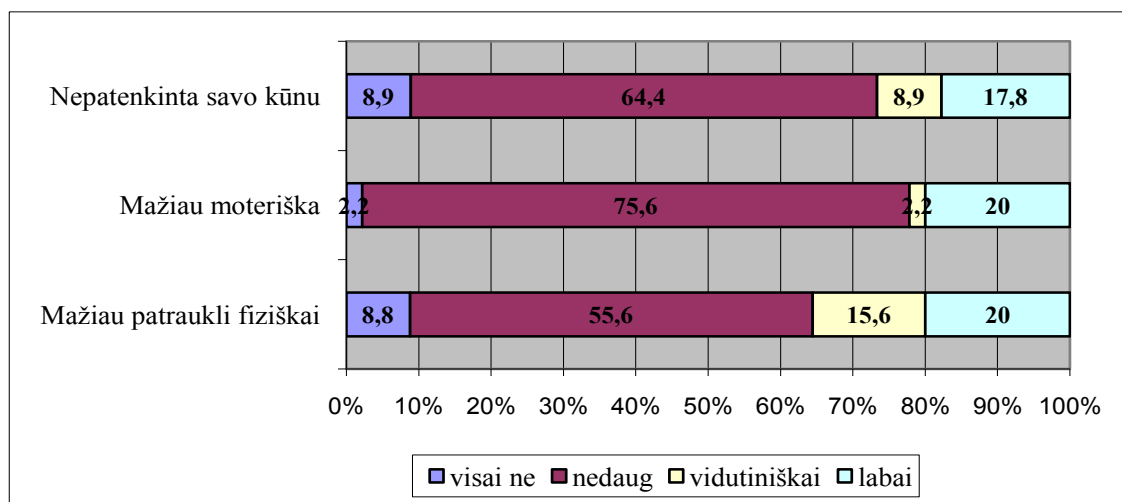
Moterų su šalinta krūtimi grupės bendros gyvenimo kokybės įvertinimo vidurkis 4,40 balai. Dauguma 55,6% moterų įvertinimo savo bendrą gyvenimo kokybę 5 balais (21 pav.).

Didesnė dalis moterų juto burnos džiuvimą, 28,9% juto pakitusį maisto ir gėrimų skonį. 31,1% tiriamųjų su šalinta krūtimi per praėjusią savaitę akys buvo skausmingos, sudirgusios arba ašarojančios.

Per praėjusią savaitę plaukai neslinko 51,1% šios grupės moterų, nepergyveno dėl plaukų slinkimo 46,7% respondenčių. Labai slinko plaukai ir dėl jų slinkimo pergyveno po lygiai, 13,3% moterų.

Dauguma 55,6% moterų jautėsi vidutiniškai sergančios arba besveikuojančios. Visai „nepylė“, nedaug ir vidutiniškai karštis „pylė“ per praėjusią savaitę, atitinkamai 26,7%, 31,1% ir 35,6% moterų su šalinta krūtimi. Visai nesiskundė galvos skausmu per praėjusią savaitę 26,7% moterų su šalinta krūtimi.

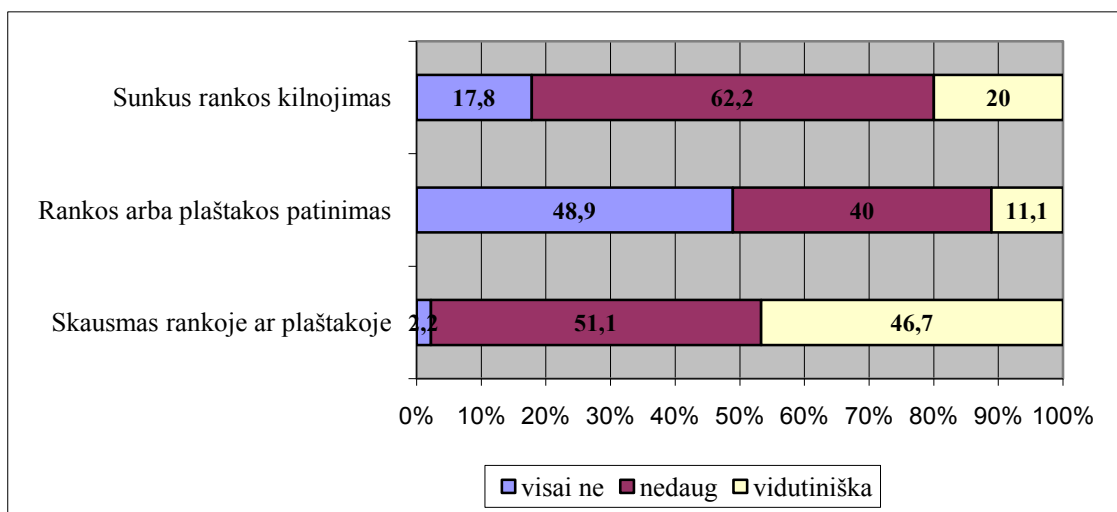
Paklausus, ar per praėjusią savaitę moterys jautėsi mažiau patrauklios fiziškai dėl ligos ar gydymo, didesnė dalis jų atsakė, kad nežymiai jautėsi mažiau patrauklios. 75,6% moterų iš 45 tiriamųjų su šalinta krūtimi chirurginės operacijos metu per praėjusią savaitę nedaug jautėsi mažiau moteriškesnės, labai nepatenkintos savo kūnu buvo 17,8% šios grupės atsakiusiųjų (22 pav.).



22 pav. Moterų su šalinta krūtimi mažesnio patrauklumo, moteriškumo ir kūno vertinimas

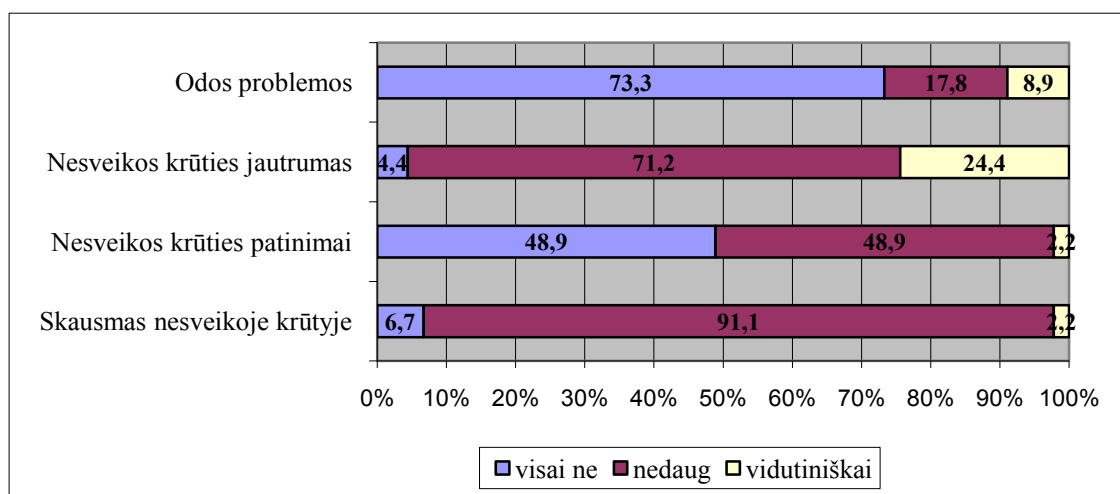
Į klausimą, ar buvo sunku žiūrėti į save nuoga, kad nedaug arba visai nebuvo sunku tai daryti, atsakė 37,8% ir 31,1% moterų, tačiau tik 15,5% respondenčių nedaug ir visai nesijaudino dėl savo būsimos sveikatos per praėjusią savaitę.

Paklausus moterų su šalinta krūtimi apie jų seksualumą, lytinį aktyvumą bei seksualinį pasitenkinimą, iš 45 tiriamųjų 73,3% teigė, kad joms visai nesvarbus buvo seksas per praėjusias keturias savaites. Dauguma, 77,8% šiai grupei priklausančių moterų visai nebuvo lytiškai aktyvios šiuo laikotarpiu. Pasiteiravus, kiek lytiniai santykiai teikė pasitenkinimą, praktiškai visos, 97,8% moterų, kurioms buvo šalinta krūtis, nurodė, kad neteikė visai pasitenkinimo arba nedaug jautė pasitenkinimą.



23 pav. Moterų su šalinta krūtimi rankos arba plaštakos skausmo, patinimo, sunkaus kilnojimo vertinimas

Tiriamuoju laikotarpiu, buvo jaučiamas skausmas rankoje ar petyje nedaug 51,1% ir vidutiniškai 46,7% moterų. 51,1% moterų pasireiškė rankos arba plaštakos patinimas, 17,8 % moterų su šalinta krūtimi nebuvo sunku kilnoti rankos (23 pav.).



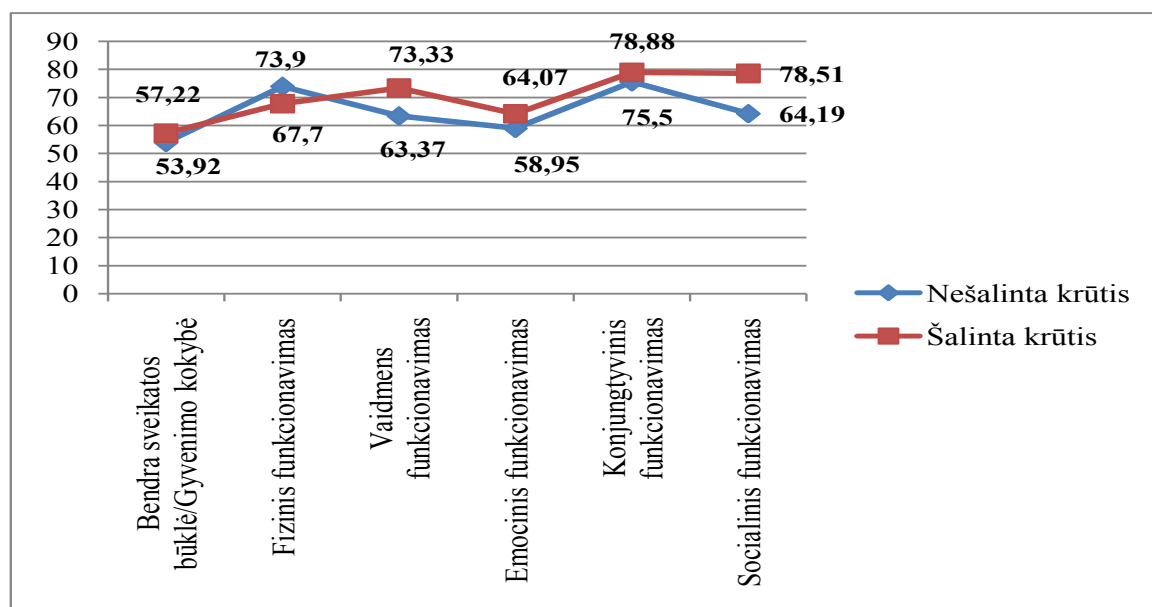
24 pav. Moterų su šalinta krūtimi nesveikos krūties skausmas, patinimai, jautrumas ir jos srities odos problemų vertinimas

Skausmą nesveikos krūties srityje nežymiai jautė per praėjusią savaitę 91,1% moterų su šalinta krūtimi. Ši sritis nebuvo arba buvo nedaug patinusi po lygiai 48,9% respondenčių. Taip pat didesnė šios grupės moterų dalis 71,1% nurodė, jog nesveikos krūties sritis šiuo laikotarpiu buvo nedaug jautri, panašiai 73,3% moterų nurodė, jog visai neturėjo odos problemų šioje srityje per praėjusią savaitę (24 pav.).

5.4. Moterų su nešalinta ir šalinta krūtimi grupių gyvenimo kokybės palyginimas

Išanalizavus moterų su nešalinta ir šalinta krūtimi gyvenimo kokybės rezultatus, taikant EORTC QLQ-C30 ir QLQ-BR23 klausimynus, nustatyta, kad bendros gyvenimo kokybės, simptomų ir funkcionavimo skalės abiejose grupėse skyrėsi. (25, 26, 27 pav.).

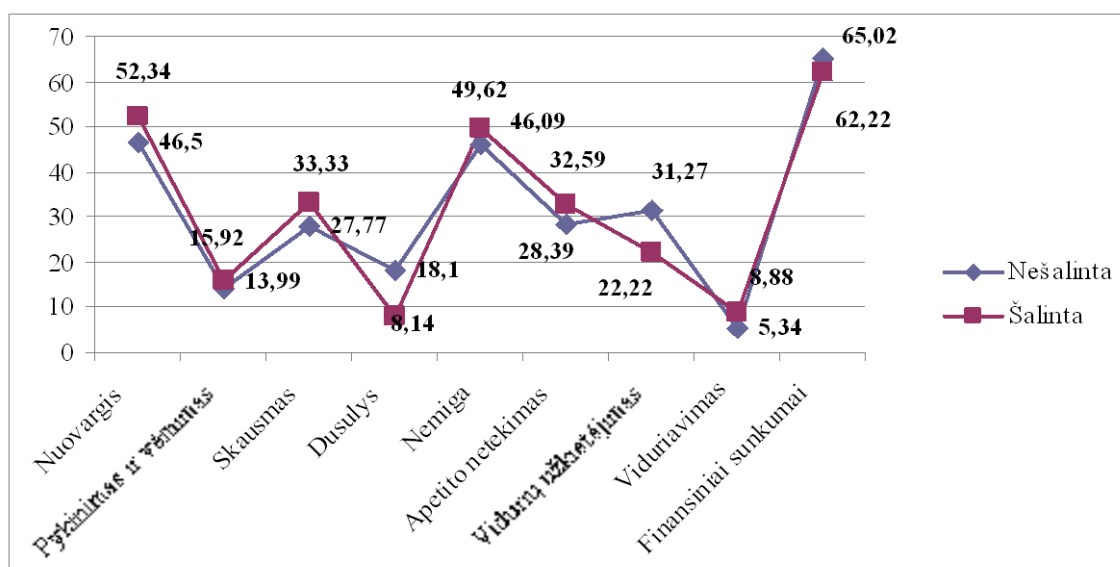
Kaip matyti iš 25 pav. pateikto grafiko, abiejų grupių bendra sveikatos būklė/ Gyvenimo kokybė vertinama panašiai, kiek daugiau, 57,22 balus surinko moterų, kurioms chirurginio gydymo metu šalinta krūtis, grupė, o 53,92 balus su nešalinta krūtimi ($p=0,00$).



25 pav. Moterų su šalinta ir nešalinta krūtimi EORTC QLQ-C30 klausimyno bendros gyvenimo kokybės ir funkcionavimo skalių rezultatų vidurkiai (balais)

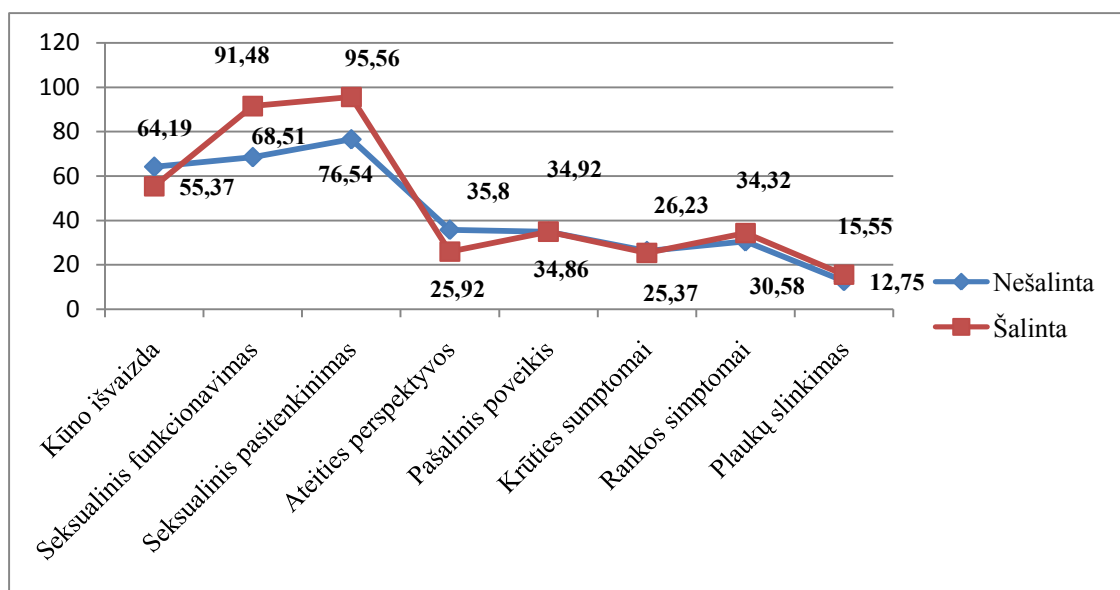
Fiziškai geriau funkcionavo moterys su nešalinta krūtimi (73,9 balai), kiek mažiau, 67,7 balus surinko su šalinta krūtimi moterų grupė. Didesnis vaidmens funkcionavimas pasireiškė moterų, kurioms chirurginio gydymo metu šalinta krūtis. Emociškai labiau funkcionavo taip pat šios grupės moterys. Apylygiai abiejose grupėse surinko konjungtyvinis funkcionavimas balų, – moterų su šalinta krūtimi – 78,8 ir 75,5 balus nešalinta krūtimi. Tiriamosios su šalinta krūtimi per praėjusią savaitę geriau funkcionavo socialiai.

EORTC QLQ-C30 klausimyno simptomų skalių duomenys buvo panašūs abiejose moterų grupėse. Didesnį nuovargį jautė per praėjusią savaitę moterų su šalinta krūtimi grupė, surinko 52,34 balus, o moterų su nešalinta krūtimi grupė – 46,50 balus. Pykinimas ir vėmimas vargino per praėjusią savaitę nežymiai, bet labiau (15,92 balai) taip pat moteris su šalinta krūtimi. Skausmas, nemiga, apetito netekimas, viduriavimas labiau pasireiškė per praėjusią savaitę moterims su šalinta krūtimi nei moterims su nešalinta krūtimi, tačiau dusulys ir vidurių užkietėjimas per praėjusią savaitę labiau vargino moteris su nešalinta krūtimi (26 pav.).



26 pav. EORTC QLQ-C30 klausimyno simptomų skalių vertinimo duomenų vidurkiai (balais)

Visos tiriamosios panašiai vertino savo kūną, kiek geriau su šalinta krūtimi, tačiau didesnis pasitenkinimas seksualiniu gyvenimu, geresnis funkcionavimas ir mažiau varginantys su ranka susiję simptomai buvo būdingesni moterims su nešalinta krūtimi. Panašiai surinko balų krūties simptomai tarp moterų su šalinta ir nešalinta krūtimi, atitinkamai 25,37 ir 26,23 balus. Dėl plaukų slinkimo labiau pergyveno moterys su šalinta krūtimi. Labai panašiai tiek moterys su šalinta, tiek su nešalinta krūtimi jautė po terapijos sukeltus šalutinius požymius per praėjusią savaitę, atitinkamai 34,92 ir 34,86 balai (27 pav.).



27 pav. Moterų su nešalinta ir šalinta krūtimi QLQ-BR23 klausimyno funkcionavimo ir simptomų skalių rezultatų vidurkiai (balais)

Kaip matome iš gautų rezultatų, pagal daugumą parametrų, t.y. socialinį, emocinį, vaidmens funkcionavimą, išskyrus fizinį funkcionavimą, geriau jautėsi tos moterys, kurioms buvo šalinta krūtis. Gan įdomūs rezultatai, kuriuos galėjo sąlygoti keletas priežasčių. Viena jų – moterys, kurioms šalinta krūtis (pašalinta visa krūtis), jaučiasi labiau užtikrintos, kad jų liga neprogresuos, jaučia mažiau vidinės įtampos ir nerimo, „tvirčiau stovi ant žemės“, todėl geresnė jų gyvenimo kokybė (išskyrus fizinį funkcionavimą ir simptomus). Kita priežastis – moterys, gyvenime besančios „tvirtesnėje pozicijoje“, labiau pasitikinčios savimi, savo kūnu (labiau jaučia seksualinį pasitenkinimą) ir, jeigu siūloma rinktis operacijos apimtį ir būdą, dažniau renkasi krūties šalinimo operaciją, todėl jų gyvenimo kokybė aukštesnė.

5.5. Gyvenimo kokybę įtakojančių veiksnių nustatymas

5.5.1. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo amžiaus

Vienas iš gyvenimo kokybę lemiančių veiksnių gali būti amžius. Tiek jaunas, tiek vyresnis moterų amžius gali skirtingai nulemti krūties vėžiu sergančių moterų GK įvairiose jos srityse. Grėsmė pacientės moteriškumui iškyla nepriklausomai nuo amžiaus, tačiau dažnai ligą daug sunkiau pakelia jaunesnės moterys, ypač netekėjusios ar neturinčios partnerio. Iš kitos pusės, kai moteriai daugiau nei 65 metai, ši gali būti patyrusi kitų didelių sukrėtimų, pvz. pergyvenusi sutuoktinio mirtį, ir todėl būti labiau pažeidžiama.

2 lentelė. Gyvenimo kokybės per praėjusią savaitę vertinimas penkiose amžiaus grupėse

Amžiaus grupės	Atvejų skaičius	Gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis	Std. Nuokrypis	Std. Paklaida	Vidurkio 95% pasikliautiniai intervalai		Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
					Apatinė riba	Viršutinė riba		
Iki 39 m.	13	3,92	1,188	0,329	3,21	4,64	2	6
40-49 m.	42	4,43	1,107	0,171	4,08	4,77	2	6
50-59 m.	37	3,35	1,296	0,213	2,92	3,78	1	6
60-69 m.	18	4,72	0,752	0,177	4,35	5,1	2	5
70 ir <m.	16	4,56	0,629	0,157	4,23	4,9	3	5
Iš viso	126	4,12	1,197	0,107	3,91	4,33	1	6

$$\chi^2=83,541; df=4 \text{ ir } p=0,00$$

Iš 2 lentelėje pateikto moterų, sergančių krūties vėžiu, po chirurginio gydymo pasiskirstymo penkiose amžiaus grupėse, matome, kad bendras, nepriklausomas nuo amžiaus GK vertinimo vidurkis buvo $4,12 \pm 0,107$ balo. Trejose vidutinio ir vyresnio amžiaus grupėse GK vertinimas didesnis už bendrojo vidurkį (4,12) ir varijavo nuo 4,43 balo 40-49 iki 4,72 balo 60-69 metų, 70 ir daugiau metų amžiaus grupėje GK vertino 4,56 balu. Visose amžiaus grupėse

savo GK mažiausia reikšmė buvo du balai, o didžiausia – šeši balai. Atlikus analizę nustatyta, jog GK vertinimas per praėjusią savaitę priklauso nuo moterų, sergančių krūties vėžiu, amžiaus ($p=0,00$). Kaip matome, jaunesnių moterų GK blogesnė nei vidutinio ir vyresnio amžiaus moterų. Taip yra greičiausiai, todėl, kad jų gyvenimą labiau paveikia krūties vėžio diagnozė ir ligos gydymas: sutrikdomas darbas, nukenčia šeima. Tyrimo, kurio metu buvo išskirti rizikos veiksniai, bloginantys jaunesnių moterų adaptaciją, duomenimis, jaunesnės pacientės ligą suvokia kaip atėjusią „ne laiku“, nukenčia jos „šeimos išlaikytojos“ vaidmuo šeimoje, be to, ji jaučiasi „turinti ką prarasti“, pvz. karjerą arba galimybę pamatyti užaugusius savo vaikus [95]. Tuo tarpu vyresnės moterys dažnai jau būna sirgusios kitomis ligomis, jų gyvenimo kokybę vėžys mažiau paveikia, jos ramiau reaguoja. 50-59 m. amžiaus moterų grupės GK vertinimo vidurkis, jų reakciją tarsi artimesnė jaunesnėms. Tai patvirtina ir kiti tyrimai. 1999 metais atlikto tyrimo duomenimis, sąsaja tarp operacijos apimties ir gyvenimo kokybės priklauso nuo pacienčių amžiaus. Iki 55 metų moterų gyvenimo kokybė beveik pagal visas Gydymo pasekmių klausimyno (Medical Outcomes Survey Short Form) subskales po mastektomijos buvo blogesnė, nei po KTO. Tuo tarpu ligonių virš 50 metų gyvenimo kokybė pagal visas šio klausimyno subskales buvo blogesnė po KTO nei po mastektomijos [81]. Gali būti, kad šio „klimakterinio“ amžiaus moterys išgyvena „moteriškumo praradimo“ krizę, o vėžio liga ir kūno vaizdo pasikeitimas ją dar paaštrina.

5.5.2. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo chemoterapijos

Taikytas priešvėžinis gydymas – be galo svarbus faktorius, lemiantis pacienčių GK sergant krūties vėžiu. Priklausomai nuo to, koks gydymas jau buvo taikytas, GK gali būti geresnė ar blogesnė. Kiekvienas iš priešvėžinio gydymo būdų turi savo teigiamų ir neigiamų veiksnių, įtakančių moterų GK. Pavyzdžiui, chemoterapija gali sukelti pašalinius reiškinius, kaip viduriavimą, pykinimą, žymiai pablogina bendrą moterų būseną ir tuo pačiu jų GK.

Gali sutrikti moterų psichologinė būseną, kas atsispindi gyvenimo kokybės emocinio funkcionavimo lygmenyje.

Toliau nagrinėdami GK priklausomybę nuo ją galimai sąlygojančių veiksnių, pastebėjome dėsnį tarp GK vertinimo ir anksčiau taikytos chemoterapijos (3 lent.).

3 lentelė. Gyvenimo kokybės per praėjusią savaitę vertinimas pagal chemoterapiją

Chemoterapija	Atvejų skaičius	Gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis	Std. Nuokrypis	Std. Paklaida	Vidurkio 95% pasikliautiniai intervalai		Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
					Apatinė riba	Viršutinė riba		
Netaikyta	26	4,77	0,951	0,187	4,39	5,15	3	6
Taikyta	100	3,95	1,201	0,12	3,71	4,19	1	6
Iš viso	126	4,12	1,197	0,107	3,91	4,33	1	6

$$\chi^2=10,386; df=1; p=0,00$$

Nagrinėjant 3 lentelėje pateiktus duomenis, matome, kad moterų po chirurginio gydymo bendras GK vertinimo vidurkis buvo $4,12 \pm 0,107$ balo. Už bendrąjį vidurkį mažesnis yra po taikytos chemoterapijos (3,95 balo) ir didesnis po netaikytos (4,77 balo) vidurkiai. Abiejų grupių respondentės GK per praėjusią savaitę aukščiausiai vertino 6 balais. Mažiausia reikšmė išsiskyrė, – moterys, kurioms nebuvo taikyta chemoterapija įvertino savo GK 3 balais, o tos, kurioms buvo taikyta, – 1balu. Nustatyta, kad GK vertinimas per praėjusią savaitę priklausė nuo taikyto priešvėžinio gydymo – chemoterapijos ($p=0,00$). Matome, kad geriau vertino savo bendrą GK per praėjusią savaitę ambulatoriškai besigydančios Aukštųjų energijos spindulinės terapijos skyriuje, kurioms nebuvo taikyta chemoterapija.

5.5.3. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo chirurginės operacijos apimties

Kitas svarbus veiksnys, galintis sąlygoti geresnį ar blogesnį bendrą GK vertinimą, yra chirurginio gydymo metu šalinta krūtis. Iš žemiau pateiktos 4 lentelės, matome, kad respondenčių bendras GK vertinimo vidurkis $4,12 \pm 0,107$ balo. Prasčiau savo bendrą GK vertino per praėjusią savaitę moterys su nešalinta krūtimi. Tiek moterų su šalinta ir nešalinta krūtimi grupėse GK vertinimo didžiausia reikšmė buvo 6 balai, o mažiausia reikšmė – 1 balas buvo pažymėta tarp moterų su nešalinta krūtimi. Mažiausiai 2 balais savo bendrą GK per praėjusią savaitę tiriamosios su chirurginio gydymo metu šalinta krūtimi.

4 lentelė. Gyvenimo kokybės vertinimas per praėjusią savaitę pagal chirurginės operacijos apimtį

Krūtis	Atvejų skaičius	Gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis	Std. Nuokrypis	Std. Paklaida	Vidurkio 95% pasikliautiniai intervalai		Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
					Apatinė riba	Viršutinė riba		
Nešalinta	81	3,96	1,279	0,187	3,68	4,25	1	6
Šalinta	45	4,40	0,986	0,12	4,10	4,70	2	6
Iš viso	126	4,12	1,197	0,107	3,91	4,33	1	6

$$\chi^2=33,459; df=4; p=0,05$$

Tarp gyvenimo kokybės vertinimo ir chirurginės operacijos apimties nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,05$).

5.5.4. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo krūties vėžio stadijos

5 lentelė. Gyvenimo kokybės vertinimas per praėjusią savaitę pagal krūties vėžio stadiją

Krūtis	Atvejų skaičius	Gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis	Std. Nuokrypis	Std. Paklaida	Vidurkio 95% pasikliautiniai intervalai		Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
					Apatinė riba	Viršutinė riba		
I	73	4,08	1,244	0,146	3,79	4,37	1	6
II	50	4,06	1,077	0,152	3,75	4,37	2	6
Iš viso	123	4,12	1,197	0,107	3,91	4,33	1	6

$$\chi^2=34,675; df=5; p=0,07$$

Trys tiriamosios nurodė, kad joms nustatyti pakitimai krūtyje. Likusios moterys, sergančios ankstyvosios stadijos krūties vėžiu. Kaip matome iš 5 lentelės, tiriamosios bendrą savo gyvenimo kokybę įvertino panašiai, atsižvelgiant į vėžinio proceso išplitimą. Nežymiai geriau vertino GK moterys su I stadijos krūties vėžiu. Mažiausia šios grupės moterų reikšmė, kuria įvertino bendrą GK -1 balas, o didžiausia – 6 balai.

Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp GK ir krūties vėžio stadijos nenustatyta ($p=0,07$).

5.5.5. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo bendros sveikatos būklės

6 lentelė. Gyvenimo kokybės per praėjusią savaitę vertinimas priklausomai nuo bendros sveikatos būklės vertinimo

Bendros sveikatos būklės vertinimas	Atvejų skaičius	Gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis	Std. Nuokrypis	Std. Paklaida	Vidurkio 95% pasikliautiniai intervalai		Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
					Apatinė riba	Viršutinė riba		
Patenkinama	26	2,73	0,962	0,189	2,34	3,12	1	4
Vidutiniška	37	3,73	0,769	0,126	3,47	3,99	2	5
Gera	44	4,73	0,624	0,094	4,54	4,92	3	6
Labai gera	19	5,73	0,955	0,219	4,91	5,83	4	6
Iš viso	126	4,12	1,197	0,107	3,91	4,33	1	6

$$\chi^2=146,621; df=4; p=0,00$$

Išanalizavus gyvenimo kokybės vertinimo vidurkius atsižvelgiant į bendros sveikatos būklės vertinimo reikšmę, iš viršuje pateiktos 6 lentelės matome, kad moterų savo bendrą sveikatos būklę vertinančių labai gerai, gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis $5,73 \pm 0,2019$ balo yra gerokai didesnis už bendrą visų tiriamųjų gyvenimo kokybės vertinimo vidurkį $4,12 \pm 0,107$ balo. Gerai bevertinančių savo bendrą sveikatos būklę moterų gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis taip pat didesnis už bendrą GK vertinimo vidurkį. Moterų, nurodžiusių patenkinamą ir vidutinišką bendrą sveikatos būklę per praėjusią savaitę GK vertinimo vidurkiai yra mažesni už

bendra GK vertinimo vidurkį. Šios moterys nurodė, atitinkamai mažiausią reikšmę 1 vertindamos patenkinamai ir 2 vidutiniškai bei didžiausios reikšmės buvo pažymėtos, atitinkamai 4 ir 5 balai. Nustatyta, kad moterų po chirurginio gydymo gaunančių spindulinę terapiją, GK vertinimas per praėjusią savaitę priklauso nuo tiriamųjų subjektyvaus bendros sveikatos būklės vertinimo ($p=0,00$).

5.5.6. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo šeimyninės padėties

7 lentelė. Gyvenimo kokybės per praėjusią savaitę vertinimas priklausomai nuo tiriamųjų šeimyninę padėties

Šeimyninė padėtis	Atvejų skaičius	Gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis	Std. Nuokrypis	Std. Paklaida	Vidurkio 95% pasikliautiniai intervalai		Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
					Apatinė riba	Viršutinė riba		
Netekėjusi	12	4,83	1,03	0,297	4,18	5,49	3	6
Ištekėjusi	71	4,11	1,202	0,143	3,83	4,4	1	6
Išsiskyrusi	15	4,13	1,727	0,446	3,18	5,09	1	6
Našlė	19	3,95	0,848	0,195	3,54	4,36	2	5
Gyvena nesusituokę (partnerystėje)	9	3,56	0,527	0,176	3,15	3,96	3	4
Iš viso	126	4,12	1,197	0,107	3,91	4,33	1	6

$$\chi^2=31,039; df=2; p=0,06$$

Analizuojant respondenčių bendrą GK per praėjusią savaitę atsižvelgiant į jų šeimyninę padėtį, paaiškėjo, kad ištekėjusios ir išsiskyrusios moterys beveik vienodai vertino per praėjusią savaitę bendrą GK, atitinkamai $4,11 \pm 0,143$ ir $4,13 \pm 0,446$ ir jų vertinimo vidurkis praktiškai nesiskyrė nuo visų bendros GK vertinimo vidurkio. Geriausiai per praėjusią savaitę GK vertinimo netekėjusios moterys, jų bendras GK vidurkis $4,83 \pm 0,297$ buvo didesnis už bendrą GK vidurkį. Našlių ir gyvenusių nesusituokusių moterų GK vertinimo vidurkis yra mažesnis palyginus su visų respondenčių GK vertinimo vidurkiu $4,12 \pm 0,107$. Visose pagal šeimyninę padėtį moterų grupėse bendros GK vertimo mažiausia reikšmė buvo nuo 1-3 balo, o didžiausia reikšmė – nuo 4-6 balo.

Manau, kad GK turėtų būti tuo geresnė, kuo moters šeimyninė padėtis stabilesnė ir kuo mažiau ją paveikia vėžio liga. Tai liudija gauti tyrimo rezultatai, – netekėjusių GK geresnė už ištekėjusių ir išsiskyrusių. Našlių ir nesusituokusių grupės pasižymi stresiniais išgyvenimais, tai gali įtakoti blogesnę GK, prisidėjus papildomam vėžio ligos sąlygotam stresui.

Atlikus analizę, nustatyta, jog moterų po chirurginio gydymo gaunančių spindulinę terapiją, kaip priešvėžinį gydymą, GK vertinimas per praėjusią savaitę nepriklauso nuo pacienčių šeimyninės padėties ($p=0,06$) (7 lent.).

5.5.7. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo išsilavinimo

Prieš atliekant analizę, tiriamosios buvo suskirstytos į grupes pagal išsilavinimą: turinčios aukštesnį ir žemesnį (pradinis, vidurinis, aukštesnysis) ir aukštąjį ar nebaigtą aukštąjį. Kaip matome, iš 8 lentelės moterys, turinčios aukštąjį išsilavinimą ar jo nebaigusios savo GK vertino prasčiau nei aukštesnį ar dar žemesnį turinčios. Pirmosios grupės GK vertinimo vidurkis $4,39 \pm 0,143$, o antrosios – $3,93 \pm 0,147$. Mažiausia reikšmė, kuria įvertino savo bendra GK moterys, turinčios aukštesnį ar dar žemesnį išsilavinimą – 2, o didžiausia, kaip ir turinčios aukštąjį išsilavinimą, – 6 balais iš 7 galimų. Tarp bendros GK vertinimo ir išsilavinimo statistiškai reikšmingo skirtumo negauta ($p=0,06$) (8 lent.).

8 lentelė. Gyvenimo kokybės per praėjusią savaitę vertinimas priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo

Išsilavinimas	Atvejų skaičius	Gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis	Std. Nuokrypis	Std. Paklaida	Vidurkio 95% pasikliautiniai intervalai		Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
					Apatinė riba	Viršutinė riba		
Aukštesnysis ir žemesnis	51	4,39	1,021	0,143	4,18	4,60	2	6
Aukštasis ir nebaigtas aukštasis	75	3,93	1,277	0,147	3,79	4,07	1	6
Iš viso	126	4,12	1,197	0,107	3,91	4,33	1	6

$$\chi^2=10,684; df=5; p=0,06$$

5.5.8. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo emocinės būsenos

Mokslinės literatūros duomenimis, didelė dalis ankstyvųjų krūties vėžio stadijų sergančių moterų iki spindulinio gydymo gali nejausti emocinės būsenos pablogėjimo. Prasidėjus spindulinės terapijos kursui, moterys atvyksta į ligoninę, susiduria su kitais vėžiu sergančiais pacientais bei neretai patiria lėtinį nuovargį. Spindulinio gydymo metu padidėja rizika psichologiniams sutrikimams, tarp jų depresijos simptomams. Šie simptomai įvairuoja. Spindulinės terapijos metu moterims gali išryškėti prieš tai buvęs užslopintas nerimas. Stresą gali sukelti artėjanti gydymo pabaiga. Nerimą gali kelti vis retėjantys vizitai pas gydytojus ir juos lydėti baimė, kad ne gydant navikas atsinaujins.

Siekiant įvertinti gyvenimo kokybę sąlygojančius veiksnius, išanalizavome tiriamųjų nerimo, depresijos bei patiriamo streso lygius. Kaip matome iš žemiau esančios 9 lentelės pateiktų duomenų, moterų, kurioms nustatytas ribinis ir kliniškai reikšmingas nerimo lygis savo gyvenimo kokybę vertino prasčiau nei visos tiriamosios, atitinkamai GK vertinimo vidurkiai – $3,55 \pm 0,169$ ir $4,12 \pm 0,107$. Šios moterys GK vertino 1-5 balų reikšmėmis. Analogiškai mažesnis gautas ir moterų, kurioms pasireiškė depresijos ribinis ir kliniškai reikšmingas lygis, GK vertinimo vidurkis $3,05 \pm 0,21$ už bendrą GK vertinimo vidurkį. Vertindamos GK moterys

su ribiniu ir kliniškai reikšmingu depresijos lygiu nurodė mažiausią reikšmę 1 ir 5 – didžiausią reikšmę (10 lent.).

9 lentelė. Gyvenimo kokybės per praėjusią savaitę vertinimas nuo nerimo lygio

Nerimo lygis	Atvejų skaičius	Gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis	Std. Nuokrypis	Std. Paklaida	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
Normalus	79	4,46	1,095	0,123	2	6
Ribinis ir kliniškai reikšmingas	47	3,55	1,157	0,169	1	5
Iš viso	126	4,12	1,197	0,107	1	6

$$\chi^2=23,876; df=4; p=0,00$$

10 lentelė. Gyvenimo kokybės per praėjusią savaitę vertinimas atsižvelgiant į tiriamųjų depresijos lygį

Depresijos lygis	Atvejų skaičius	Gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis	Std. Nuokrypis	Std. Paklaida	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
Normalus	105	4,33	1,132	0,11	1	6
Ribinis ir kliniškai reikšmingas	21	3,05	0,921	0,21	2	5
Iš viso	126	4,12	1,197	0,107	1	6

$$\chi^2=39,552; df=4; p=0,00$$

Analizuojant respondenčių patiriamą stresą, nustatyta, kad moterys, kurioms pasireiškė vidutinis ir aukštas streso lygis, savo gyvenimo kokybę vertino prasčiau nei visos tiriamosios. Jaučiančių vidutinį stresą moterų GK vertinimo vidurkis $3,55 \pm 0,246$, o žymiai jaučiamą – $3,8 \pm 0,735$, kai bendras GK vertinimo vidurkis – $4,12 \pm 0,107$ balo. Jaučiančių nežymų stresą, GK vertinimo vidurkis yra didesnis už bendrą GK vertinimo vidurkį (11 lent.). Žymų stresą jaučiančios moterys pažymėjo, vertindamos bendrą GK 2-5 balų reikšmes.

11 lentelė. Gyvenimo kokybės per praėjusią savaitę vertinimas atsižvelgiant į tiriamųjų jaučiamo streso lygį

Streso lygis	Atvejų skaičius	Gyvenimo kokybės vertinimo vidurkis	Std. Nuokrypis	Std. Paklaida	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
Nežymus	101	4,25	1,17	0,116	1	6
Vidutinis	20	3,55	1,099	0,246	2	6
Aukštas	5	3,8	1,643	0,735	2	5
Iš viso	126	4,12	1,197	0,107	1	6

$$\chi^2=26,745; df=4; p=0,00$$

Atliktos analizės duomenimis, nustatytas tarp moterų, kurioms pasireiškęs ribinis ir kliniškai reikšmingas nerimo ($p=0,00$) ir depresijos ($p=0,00$) lygis bei patiriamas spindulinio gydymo metu stresas ($p=0,00$) ir gyvenimo kokybės vertinimo, yra statistiškai reikšmingas skirtumas. Tai yra egzistuoja priklausomybė ir ji nėra atsitiktinė.

5.6. Tiriamųjų emocinė būseną po chirurginio gydymo

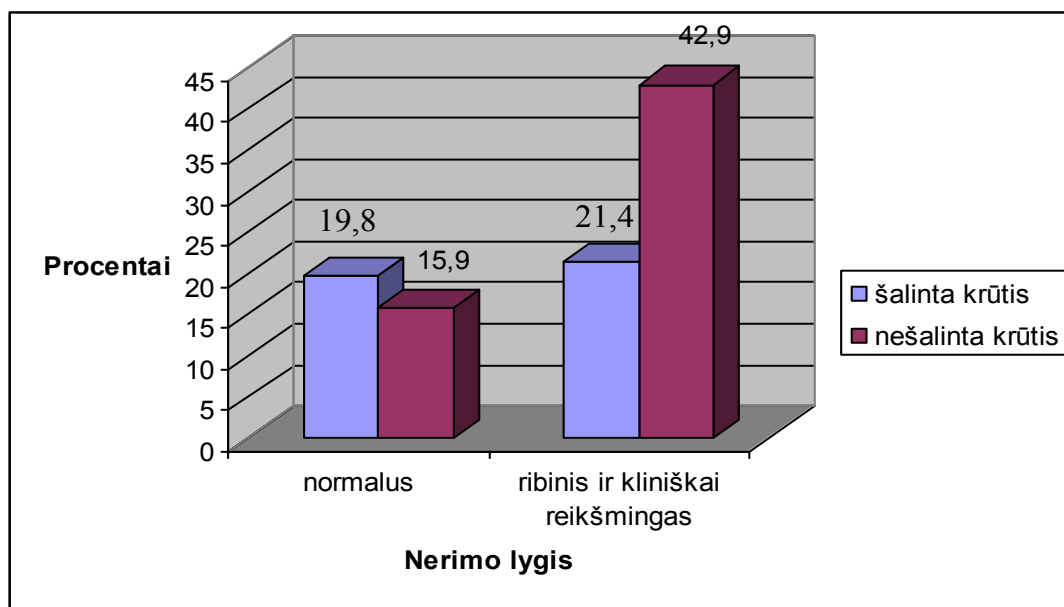
5.6.1. Nerimo paplitimas tarp tiriamųjų po chirurginio gydymo

Taikant HADS klausimyną, kiekvienos tiriamosios balų suma, viršijanti 7 balus, rodė esant ribinį ir kliniškai reikšmingą nerimo lygį, o 7 ir mažiau balų – normą.

Ištyrėme, kokia tiriamųjų dalis jaučia ribinį ar kliniškai reikšmingą nerimą ar depresiją, praėjus po chirurginio gydymo 4 savaitėms ir daugiau.

Nerimo subskalės duomenimis, ribinis ir kliniškai reikšmingas nerimo lygis buvo nustatytas 47 (37,3%) moterų, normalus – 79 (62,7%) tiriamųjų.

25 (19,8%) moterims su šalinta krūtimi buvo nustatytas ribinis ir kliniškai reikšmingas nerimo lygis, 20 (15,9%) tiriamųjų – normalus. Iš respondenčių su nešalinta krūtimi ($n=81$) ribinis ir kliniškai reikšmingas nerimo lygis nustatytas 27 (21,4%) ir 54 (42,9%) normalus (28 pav.).



28 pav. Nerimo paplitimas (%) tiriamųjų grupėse pagal tai ar chirurginio gydymo metu buvo šalinta ar nešalinta krūtis

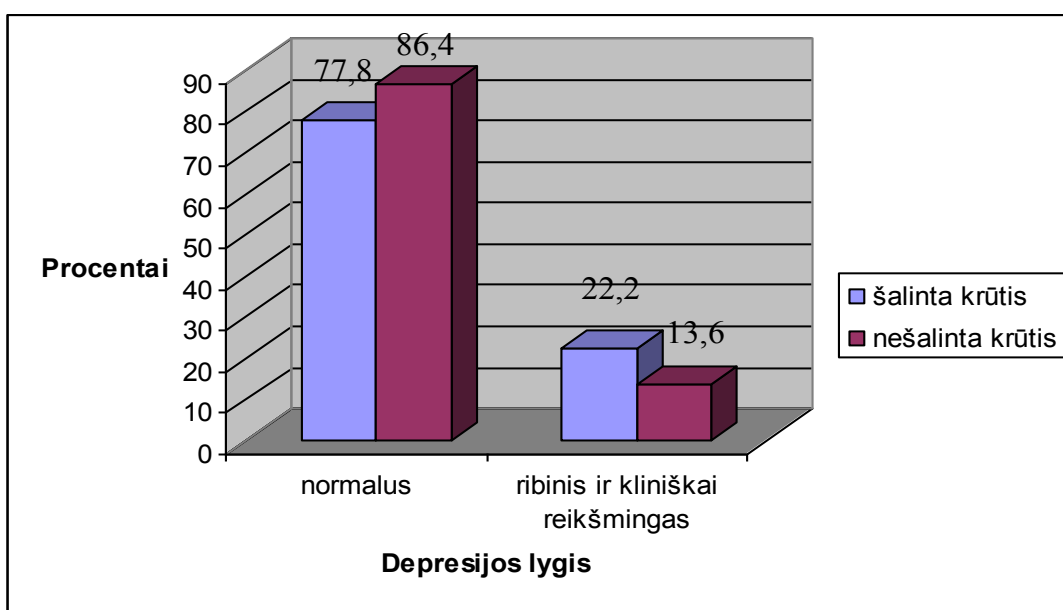
Nenustatyta statiškai reikšmingo skirtumo ($p=0,27$) tarp šių dviejų moterų grupių – kurioms buvo šalinta ir nešalinta krūtis – nerimo lygis.

5.6.2. Depresijos paplitimas tarp tiriamųjų po chirurginio gydymo

Vertinant depresijos lygį analogiškai nerimo vertinimui, balų suma, viršijusi 7 balus, rodė esant ribinį ir kliniškai reikšmingą depresijos lygį, balų suma, lygi 7 ir mažiau balų – norma.

Tyrimu, buvo nustatyta, kad iš visų tiriamųjų (n=126) 105 (83,3%) turėjo normalų depresijos lygį, o ribinį ir kliniškai reikšmingą depresijos lygį – 21 (16,7%) moterų.

HADS depresijos subskalės duomenimis, po chirurginio gydymo, kurio metu buvo šalinta krūtis, nustatytas 35 (77,8%) moterims normalus depresijos lygis ir 10 (22,2%) pacienčių turėjo ribinį ir kliniškai reikšmingą depresijos lygį. 70 (86,4%) moterų su nešalinta krūtimi turėjo normalų depresijos lygį, o likusioms 11 (13,6%) šios grupės moterims nustatytas ribinis ir kliniškai reikšmingas depresijos lygis (29 pav.).



29 pav. Depresijos paplitimas (%) tiriamųjų grupėse pagal tai ar chirurginio gydymo metu buvo šalinta ar nešalinta krūtis

Palyginus moterų su šalinta ir nešalinta krūtimi depresijos lygį, statistiškai reikšmingo skirtumo ($p=0,21$) tarp abiejų grupių negauta.

Taigi atskirai įvertinus pacienčių nerimą ir depresiją, kai buvo šalinta ir nešalinta krūtis, praėjus daugiau nei 4 savaitėms po chirurginio gydymo, matome, kad duomenys patvirtina kitų tyrėjų duomenis apie moterų depresijos lygį. Tyrimas atliktas išanalizavus psichologinį moterų pažeidžiamumą praėjus 12 mėnesių po chirurginio krūties vėžio gydymo: depresiją nurodė 16% moterų po mastektomijos ir 26% moterų po kvadrantektomijos. Statistiškai patikimo skirtumo nenustatyta[67].

5.6.3. Streso paplitimas tarp tiriamųjų po chirurginio gydymo

Taikant Distreso Termometro metodą, nustatytas patiriamo streso paplitimas tarp ambulatoriškai besigydančių Aukštųjų energijų spindulinės terapijos skyriuje moterų, kurios

dalyvavo tyrime. Paprašius moterų, pažymėti skaičių, kuris geriausiai apibūdintų jų patirtą stresą praėjusią savaitę, įskaitant ir anketos pildymo dieną, visos tiriamosios (n=126) patiriamo streso per praėjusią savaitę vertinimo skalėje pažymėjo nuo 0 iki 8 reikšmes iš 0-10 galimų (12 lent.).

12 lentelė. Patirto streso per praėjusią savaitę, įskaitant anketos pildymo dieną vertinimo reikšmių (%) pasiskirstymas tarp tiriamųjų

Streso vertinimo reikšmė	Atvejų skaičius	%	
0-4 (nežymus lygis)	0	30	23,8
	1	19	15,1
	2	19	15,1
	3	17	13,5
	4	16	12,7
5-7 (vidutinis lygis)	5	3	2,4
	6	10	7,9
	7	7	5,6
8-10 (aukštas/žymus lygis)	8	5	4
	9	-	-
	10	-	-
Iš viso		126	100

Dauguma, 30 (23,8%) moterų, atvykusių spinduliniam gydymui po chirurginio gydymo, nejautė streso, po lygiai moterų 19 (15,1%) pažymėjo patirto streso lygį ties 1 ir 2 reikšmėmis. 3 – 4 reikšmes nurodė atitinkamai 17 (13,5%) ir 16 (12,7%) respondentėms.

Pagal tyrimo metodiką, 0-4 reikšmės atspindi moterų patirto nežymaus streso lygį per praėjusią savaitę, įskaitant ir anketos pildymo dieną. 5-7 reikšmės žymi vidutinį streso lygį, o 8-10 reikšmės – aukštą/žymų patirto streso lygį. Iš vidutinį streso lygį jaučiančių tyrime dalyvavusių moterų daugiausia 10 (7,9%) nurodė 6 reikšmę, 3 (2,4%) tiriamosios – 5, o 7 – 7 (5,6%) tiriamųjų. Iš aukštą streso lygį atspindinčių reikšmių tyrime dalyvavusios 5 (4,0%) respondentės pažymėjo 8 reikšmę.

Taigi mažiausia patirto streso reikšmė 0, o didžiausia – 8 balai. Visų tiriamųjų streso lygio vidurkis lygus $2,67 \pm 0,212$, vidurinioji variacijos eilutės reikšmė (mediana) lygi 2,00, o dažniausiai pasitaikanti patirtą stresą per praėjusią savaitę, įskaitant ir apklausos dieną, atspindinti reikšmė distreso termometre yra 0.

Iš 81 (100%) moterų su nešalinta krūtimi 68 (84%) per praėjusią savaitę, įskaitant anketos pildymo dieną juto nežymų stresą, tuo tarpu 33 (73,3%) su šalinta krūtimi. Vidutiniškai jautė stresą iš visų tiriamųjų 20 (15,9%). Moterų su šalinta krūtimi grupėje 9 (20%) respondentės iš 45 (100%) ir 11 (13,6%) iš 81 (100%) su nešalinta krūtimi moterų grupės. Didesnis moterų skaičius, t.y. 3 (6,7%) tiriamosios su šalinta krūtimi jautė aukštą/žymų stresą

per praėjusią savaitę, įskaitant ir apklausos dieną nei su nešalinta chirurginio gydymo metu krūtimi. Palyginus patirto streso lygį su chirurginio gydymo būdu statistiškai reikšmingo skirtumo negauta ($p=0,121$) (13 lent.).

13 lentelė. Patirto streso lygio pasiskirstymas (%) pagal chirurginį gydymą

Patirto streso lygis	Bendrai		Nešalinta krūtis		Šalinta krūtis	
	n=126		n=81		n=45	
	Atvejų skaičius	%	Atvejų skaičius	%	Atvejų skaičius	%
0-4 (nežymus lygis)	101	80,2	68	84	33	73,3
5-7 (vidutinis lygis)	20	15,9	11	13,6	9	20
8-10 (aukštas/žymus lygis)	5	4	2	2,5	3	6,7
Iš viso	126	100	81	100	45	100

Atlikus patirto streso lygio su amžiaus grupių palyginimą, nustatyta, kad tarp patirto streso per praėjusią savaitę, įskaitant ir apklausos dieną ir tiriamųjų amžiaus, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,008$). Dauguma 40-49 ir 50-59 metų moterys jautė nežymų stresą per praėjusią savaitę, atitinkamai 38,9% ir 26,7% tiriamųjų. Kad vidutiniškai jautė stresą pažymėjo 50% iš 50-59 metų amžiaus grupės moterų. Labiausiai stresas pasireiškė 70 metų ir vyresnėms respondentėms, iš 5 tiriamųjų 3 nurodė aukšto streso lygio 8 balų reikšmę.

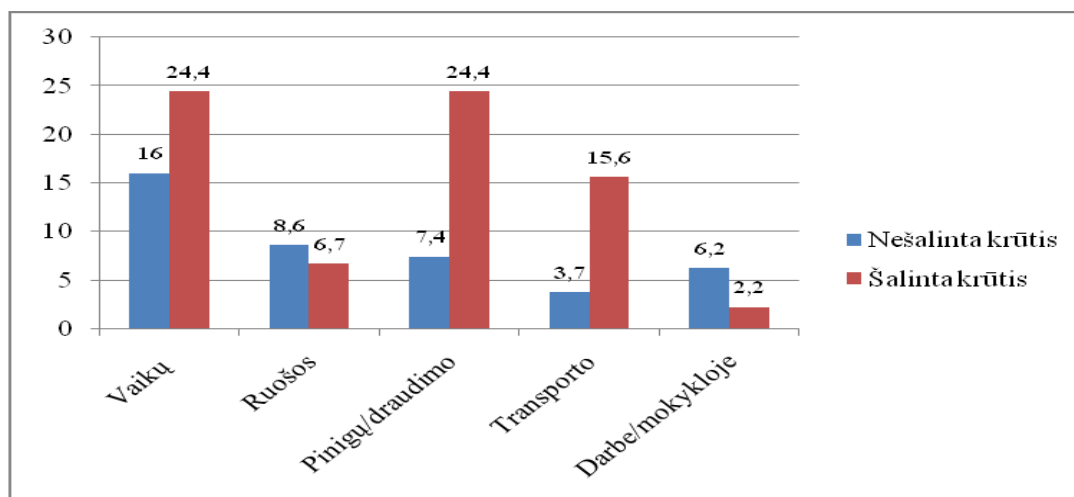
Dauguma 50 (49,5%) moterų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, nurodė, jog per praėjusią savaitę, įskaitant ir anketos pildymo dieną, juto nežymų stresą. Iš 20 (100%) ambulatoriškai besigydančių Aukštųjų energijų spindulinės terapijos skyriuje tiriamųjų, nurodžiusių, kad jautė vidutinišką stresą, aukštąjį išsilavinimą turėjo 13 (65%) pacienčių. Likusios 3 tyrime dalyvavusios moterys, turinčios aukštąjį išsilavinimą, pažymėjo patirto streso aukšto lygio 8 balų vertinimo reikšmę. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp jaučiamo streso stiprumo ir išsilavinimo nenustatytas ($p=0,929$). Taip pat nustatyta, jog priklausomybės nuo moterų socialinės grupės nėra ($p=0,104$), galima teigti, jog patiriamo streso stiprumas nėra pastovus ir gali kisti.

63 (62,4%) ištekėjusios moterys iš visų respondenčių, nurodžiusių per praėjusią savaitę, įskaitant anketos pildymo dieną jautusios nežymų stresą, 4 (80,0%) iš 5 (100%) moterų nurodė jautusios stiprų stresą. Vidutinį stresą labiausiai juto našlės ir gyvenusios partnerystėje, po lygiai 6 (30%) iš 20 (100%) respondenčių, pažymėjusių vidutinio streso lygiui priskiriamas 5-7 reikšmes.

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp patiriamo streso lygio ir šeimyninės padėties ($p=0,000$). Tačiau ryšio tarp jaučiamo streso ir krūties vėžio stadijos ($p=0,762$) bei chemoterapijos ($p=0,299$) nėra. Iš 101 (100%) tiriamųjų 60 (59,4%) su pirma krūties vėžio stadija ir 38 (37,6%) su antra krūties vėžio stadija nurodė, jautusios nežymu stresą per praėjusią savaitę, įskaitant ir anketos pildymo dieną. Nedaug, bet šiek tiek daugiau 11 (55%) moterų su pirmos stadijos vėžiu iš 20 (100%) tyrimo respondenčių nurodė jautusios vidutinį streso lygį nei moterys, sergančios antros stadijos krūties vėžiu. Iš 100 (100%) tyrime, dalyvavusių moterų, kurioms buvo atlikta chemoterapija, 81(80,2%) jautė nežymų streso lygį per praėjusią savaitę. Visoms 5 respondentėms, pažymėjusioms aukšto streso lygio reikšmę, buvo atlikta chemoterapija. Didesnis moterų skaičius 14 (70%) iš 20 (100%) su vidutiniškai pasireiškusiu stresu taip pat turėjo chemoterapijos kursą.

Be prašymo pažymėti skaičių streso vertinimo skalėje, kuris geriausiai apibūdino moterų patirtą stresą per praėjusią savaitę, įskaitant ir anketos pildymo dieną, buvo prašoma nurodyti problemas, kurios nulėmė streso pasireiškimą.

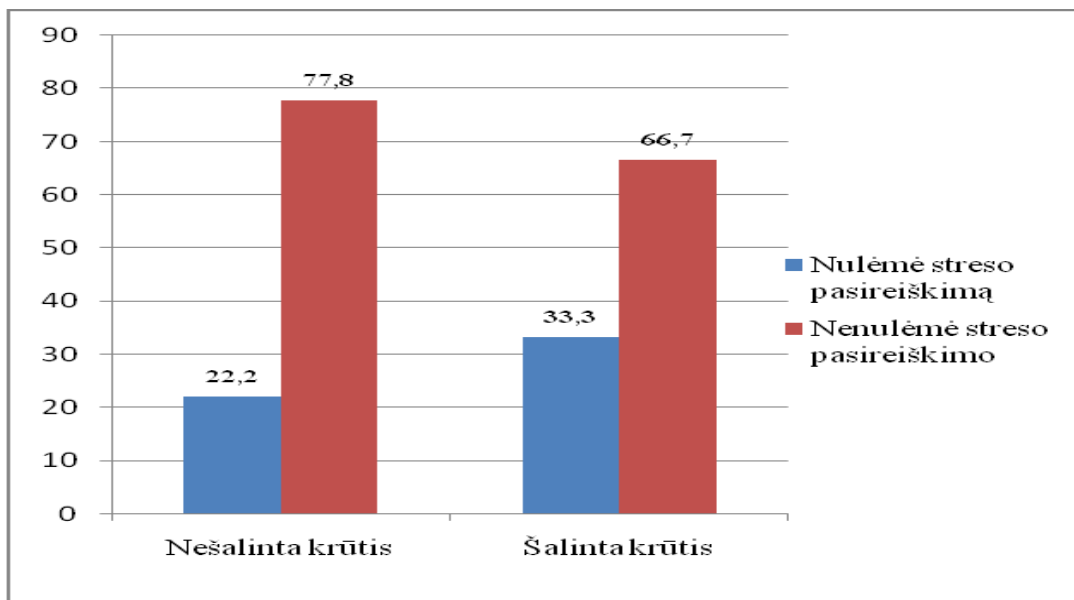
Aukštųjų energijų spindulinės terapijos skyriuje ambulatoriškai besigydančių moterų, sergančių krūties vėžiu, po chirurginio gydymo iš nurodytų praktinių problemų, kurios nulėmė streso pasireiškimą, po lygiai 11 (24,4%) respondenčių su šalinta krūtimi daugiausia pažymėjo vaikų, pinigų/draudimo ir 7 (15,6%) transporto problemas. Iš tyrime dalyvavusių moterų su nešalinta krūtimi 13 (16,0%) nurodė, jog vaikų problemos labiausiai nulėmė streso pasireiškimą (30 pav.).



30 pav. Tiriamųjų streso pasireiškimą nulėmusios praktinės problemos (%)

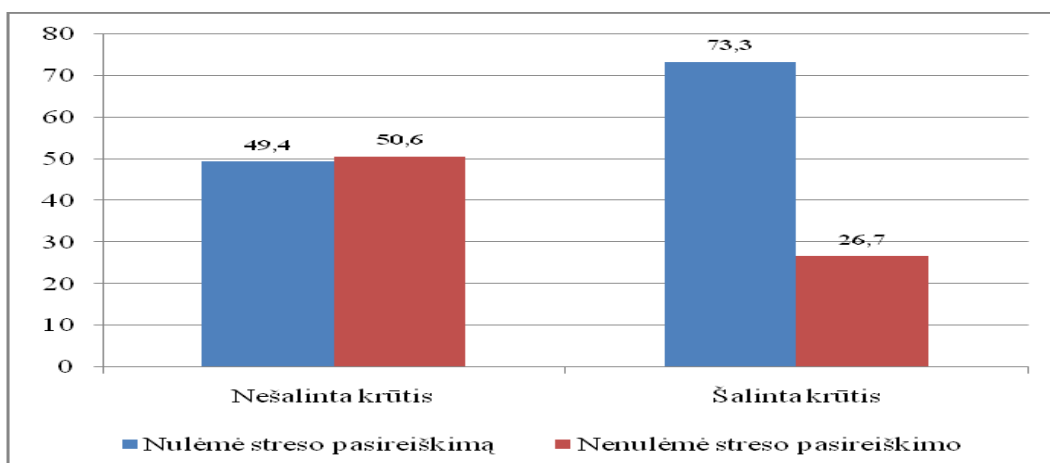
Nenustatyta tarp streso pasireiškimo ir praktinių problemų statistiškai reikšminga priklausomybė ($p=0,802$). Streso lygis priklauso nuo šeimos problemų, emocinių ir fizinių problemų ($p=0,000$).

Kaip matome iš žemiau pateikto 31 pav. daugiau šeimyninės problemos nulėmė streso pasireiškimą 15 (33,3%) moterų su šalinta krūtimi.



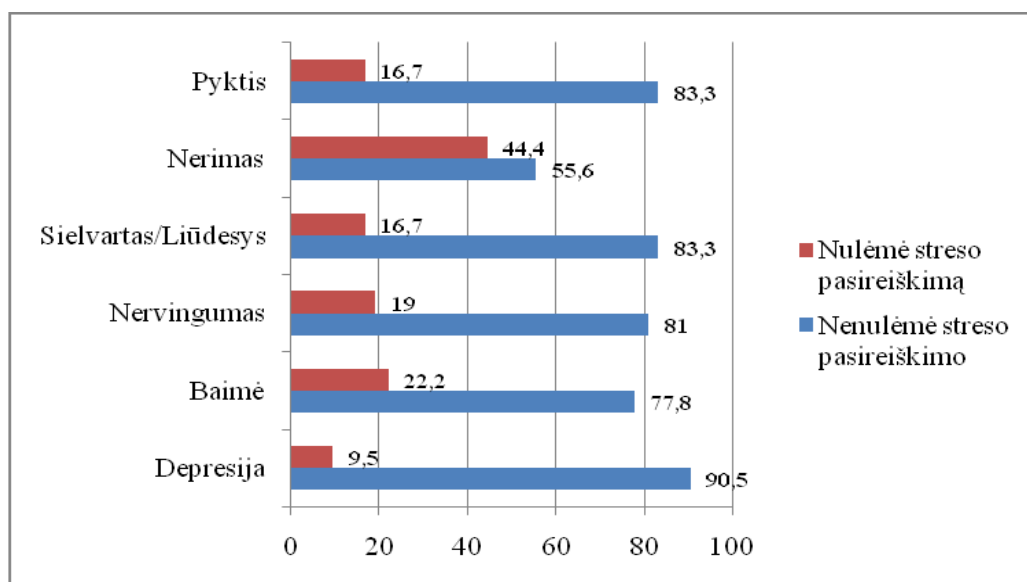
31 pav. Tiriamųjų su šeima susijusių problemų, nulėmusių ir nenulėmusių streso pasireiškimą, procentinė išraiška (%)

Iš visų 126 (100%) respondentų emocinės problemos nulėmė 73 (58%) moterų streso pasireiškimą. Iš su nešalinta krūtis moterų grupės 40 (49,4%) ir iš su šalinta krūtimi moterų grupės 33 (73,3%) moterys nurodė, kad jų jaučiamo per praėjusią savaitę, įskaitant anketos pildymo dieną streso pasireiškimą nulėmė emocinės problemos (32 pav.).

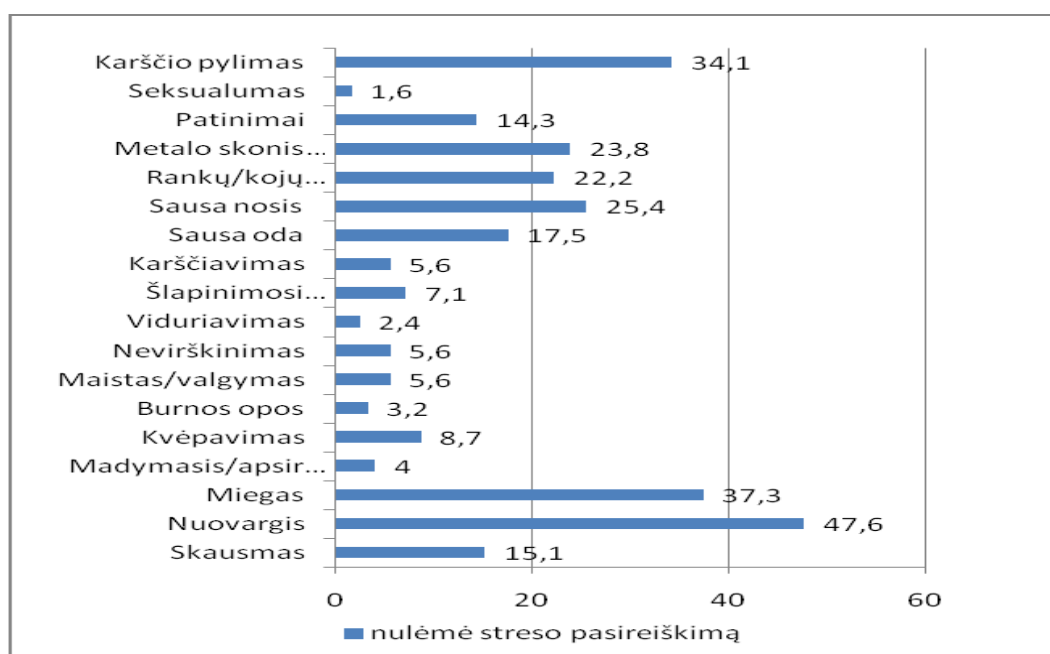


32 pav. Tiriamųjų emocinių problemų stresą nulėmusių ir nenulėmusių procentinė išraiška (%)

Tarp moterų, sergančios krūties vėžiu, po chirurginio gydymo nurodytų emocijų problemų, daugiausia nulėmusį per praėjusią savaitę jaučiamo streso pasireiškimą buvo nerimas. Iš 126 (100%) tiriamųjų 56 (44,4%) pacientės nurodė, kad streso pasireiškimą nulėmė nerimas. Kita dažniausiai tarp tiriamųjų nurodyta emocinė problema, nulėmusi streso pasireiškimą – baimė. Ją iš visų respondentų 28 (22,2%) pažymėjo, nervingumą – 24 (19%), o kad sielvartas/liūdesys sąlygojo streso pojūtį nurodė 21 (16,7%) moterų. Nustatyta, kad tarp šių emocijų problemų ir streso yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,000$) (33 pav.).



33 pav. Tiriamųjų streso pasireiškimą lemiančios emocinės problemos (%)



34 pav. Tiriamųjų nurodytų fizinių problemų, nulėmusių streso pasireiškimą procentinė išraiška(%)

Dauguma 60 (47,6%) tyrime dalyvavusių moterų, sergančios krūties vėžiu, po chirurginio gydymo praėjusius 4 savaites ir daugiau, iš fizinių nusiskundimų, kurie nulėmė streso pasireiškimą, daugiausia nurodė nuovargį ($p=0,001$). Nemaža dalis tiriamųjų – 47 (37,3%) nurodė su miegu susijusias problemas ($p=0,006$). Moterų beveik po lygiai buvo pažymėti sausos nosies, rankų/kojų dilgčiojimo, metalo skonio burnoje ($p=0,000$) nusiskundimai, atitinkamai 32 (25,4%), 28 (22,2%), 30 (23,8%) ir sausa oda 22 (17,5%) respondenčių ($p=0,037$). Karčio pylimas ir jaučiamas skausmas taip pat buvo nurodyti kaip galimos streso pasireiškimų priežastys, atitinkamai karčio pylimą nurodė 43 (100%), o skausmą – 19 (15,1%) respondentės (34 pav.).

Tik 3 (2,4%) moterys iš visų 126 (100%) tiriamųjų nurodė, kad dvasines/religines problemas nulėmė streso pasireiškimą.

5.7. HADS ir DT skalių įverčių ryšio nustatymas

Atlikus HADS ir DT skalių palyginimą, nustatyta, kad tarp tiriamųjų jaučiamo streso lygio ir depresijos lygio yra vidutinis ryšys ($r=0,345$; $p=0,00$), o tarp nerimo lygio – silpnas ($r=0,170$; $p=0,06$) ir šis ryšys statistiškai nepatikimas.

Iš 79 (62,7%) pacienčių su normaliu nerimo lygiu 63 nurodė per praėjusią savaitę, įskaitant anketos pildymo dieną jaustą nežymų stresą, vidutinio stiprumo stresą juto 13, o 3 pažymėjo 8 balų reikšmę, kuri nusako stipraus streso pasireiškimą. 38 moterys su ribiniu ir kliniškai reikšmingu nerimo lygiu iš 47 (100%) nurodė jautusios nežymų stresą, 7 tiriamosios – vidutinį ir 2 – stiprų stresą ($\chi^2=0,065$; $df=2$; $p=0,968$).

92 respondentės, sergančios krūties vėžiu po chirurginio gydymo su nustatytu normaliu depresijos lygiu, iš 105 (100%) nurodė per praėjusią savaitę jautusios nežymų stresą, vidutinį – 10, o stiprų – 3. Moterys, kurioms pasireiškė ribinis ir kliniškai reikšmingas depresijos lygis, nurodė 9 jautusios nežymų, 10 – vidutinį ir 2 – stiprų stresą per praėjusią savaitę, įskaitant apklausos dieną.

6. REZULTATŲ APTARIMAS

Moterims, sergančioms krūties vėžiu po chirurginio gydymo, gyvenimo kokybė yra aktuali. Todėl analizuoti ambulatoriškai besigydančių aukštųjų energijų spindulinės terapijos skyriuje, gyvenimo kokybės ypatumai.

Tyrimo duomenys parodė, kad tiriamosios kai kuriose kasdieninėse veiklose jautėsi nelabai gerai, tačiau savarankiškumo neprarado, daugelis moterų nesijautė besančios apribotos savo tarnyboje, atliekant kasdieninius darbus ar laisvalaikio veikloje. Kitų tyrėjų atlikti tyrimai rodo, jog vieni dažniausių fizinės gyvenimo kokybės negalavimų būna skausmas ir nuovargis. Mūsų tyrimo duomenimis, didesnė dalis tiriamųjų tiriamuoju laikotarpiu taip pat jautė skausmą, silpnumą, įtampą, nerimą, jautėsi pavargusios, susierzinusios, prislėgtos. Taip pat daugelis turėjo su miegu susijusius sutrikimus. Pasak Kvale, tarp vėžiu sergančių žmonių nemiga paplitusi maždaug dvigubai dažniau nei visoje populiacijoje [96]. Tiriamosioms pasireiškė ir atminties sutrikimai, tačiau didesnei moterų, sergančių krūties vėžiu, daliai visai nesunku buvo susikaupti tiriamuoju laikotarpiu. Moterų subjektyvia nuomone, fizinė būklė ar medicininis gydymas šiuo laikotarpiu labiausiai nulėmė finansinius sunkumus, taip pat turėjo įtakos šeimyniniam gyvenimui, mažiausiai darė įtaką moterų visuomeniniam gyvenimui.

Dažniausiai moterys juto terapijos šalutinius požymius, kaip burnos džiuvimą, plaukų slinkimą, galvos skausmą, karščio „bangas“. Didesnė dalis moterų jautėsi besančios mažiau patraukliomis, moteriškesnėmis dėl ligos ar gydymo. Taip pat ne visos buvo patenkintos savo kūnu ir ne visada buvo lengva daugeliui žiūrėti į save nuoga. Dauguma tiriamųjų jautėsi tiriamuoju laikotarpiu sergančios ar besveikstančios, jaudinosi dėl savo būsimos sveikatos. Daugiau nei pusė moterų, sergančių krūties vėžiu, praėjus po chirurginės operacijos 4 savaitėms ir daugiau, neturėjo lytinių santykių ir nebuvo lytiškai aktyvios.

Per praėjusią savaitę tiriamosios jautė rankos, krūties srityje jautrumo, skausmo pokyčius, praktiškai visos neturėjo nesveikos krūties srityje ar apie ją odos problemų.

Apibendrinus moterų su šalinta ir nešalinta krūtimi po chirurginės operacijos praėjus 4 savaitėms ir daugiau, gyvenimo kokybės ypatumus, galima teigti, kad bendra sveikatos būklė/Gyvenimo kokybė vertinta panašiai abiejose grupėse. Kiek geriau įvertino savo bendrą sveikatos būklę/Gyvenimo kokybę per praėjusią savaitę moterų su šalinta krūtimi grupė. Įdomu pastebėti, kad tyrimo rezultatais, pagal socialinį, emocinį, vaidmens funkcionavimą, geriau jautėsi moterys su šalinta krūtimi, išskyrus fizinį funkcionavimą ir simptomus. Tokius rezultatus galėjo sąlygoti keletas priežasčių. Viena jų – moterys, kurioms šalinta krūtis (pašalinta visa krūtis), jaučiasi labiau užtikrintos, kad jų liga neprogrsuos, jaučia mažiau įtampos ir nerimo, todėl jų gyvenimo kokybė ir geresnė, nepaisant labiau jaučiamų fizinį funkcionavimą

sąlygojančių veiksnių. Kita priežastis – asmeninės moterų savybės, - tos, kurios gyvenime yra labiau pasitikinčios savimi, „myli“ save tokia, kokia yra, jei siūloma rinktis operacijos apimtį ir būdą, dažniau renkasi krūties šalinimo operaciją, todėl jų gyvenimo kokybė aukštesnė. G. Bulotienė ir kt., atlikto tyrimo metu, nustatė, kad moterys po kvadrantektomijos šiek tiek geriau funkcionavo socialiai. Joms buvo būdingas didesnis pasitenkinimas seksualiniu gyvenimu, geresnis jo funkcionavimas ir mažiau vargino su ranka susiję simptomai negu po mastektomijos [67].

Iš daugelio mokslinėje literatūroje esančių tyrimų, žinome, kad gyvenimo kokybė gali būti įtakojama įvairių veiksnių, kaip sociodemografinių, ekonominių, asmeninių lūkesčių. Siekiant įvertinti gyvenimo kokybę sąlygojančius veiksnius, darėme prielaidą, kad savo gyvenimo kokybės vertinimas sergant krūties vėžiu turėtų priklausyti nuo amžiaus, vėžio proceso išplitimo, gydymo metodo, šeimyninės padėties, išsilavinimo, emocinės būsenos ir streso.

Mūsų tyrimo duomenys parodė, kad jaunesnių moterų GK blogesnė nei vidutinio ar vyresnio amžiaus moterų ($p=0,00$) ir tai patvirtina kitų tyrėjų tyrinėjimus. Tyrėjai, išanalizavę 211 krūties vėžiu sirgusių moterį, nustatė, kad jaunesnių nei 50 metų pacienčių buvo blogesnė bendra GK, emocinis ir socialinis funkcionavimas [97]. 2005 metais Janz, Mujahid su bendraautoriais atliktas tyrimas, naudojant tuos pačius EORTC QLQ-C30 ir BR23 klausimynus, nustatė, kad krūties vėžys labiau įtakoja jaunų moterų gyvenimo kokybę. Jaunesnių moterų, palyginus su moterimis, kurioms daugiau nei 70 metų, GK prastesnė tokiose srityse kaip emocinis ir socialinis funkcionavimas, kūno suvokimas, ateities perspektyvos. Minėti autoriai prastesnę jaunesnių krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybę aiškina keliais būdais: labiau sutrikdomas kasdieninis gyvenimas, darbo grafikas ir finansinis stabilumas, jaunesnės moterys turi mažiau įveikos įgūdžių bei resursų grėsmingoms ligoms, kaip vėžys, kontroliuoti [98].

Tarp krūties vėžio stadijos ir moterų subjektyvaus GK vertinimo nenustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas. Nors nuo bendro GK vertinimo vidurkio mažai skyrėsi krūties vėžio I-II stadijų diagnozę išgirdusių moterų įvertinimas savo GK. Taip pat šio tyrimo duomenimis, nustatyta, kad moterys, kurioms buvo taikyta chemoterapija, GK vertino prasčiau nei tos, kurioms nebuvo tokios terapijos kurso tiriamuoju laikotarpiu. Žemesnė GK gali būti susijusi ne tik su chemoterapija, bet ir jos lydima didesne ligos atsinaujinimo baime, prastesniu vaidmens atlikimu. Tyrimo, kurio metu nagrinėti sociodemografinių veiksnių ir gydymo įtaka pradinių stadijų krūties vėžiu sergančių moterų GK, duomenimis, chemoterapija pablogino gyvenimo kokybę [83, 98].

Mūsų tyrimo metu, rasta priklausomybė tarp GK vertinimo ir krūties operacijos apimties ($p=0,05$). Su šalinta krūtimi geriau vertinimo bendrą gyvenimo kokybę nei su nešalinta krūtimi. Nustatyta, kad moterų po chirurginio gydymo gaunančių spindulinę terapiją, GK vertinimas per praėjusią savaitę priklauso nuo tiriamųjų subjektyvaus bendros sveikatos būklės vertinimo ($p=0,00$). Kuo geriau moterys subjektyviai vertino savo sveikatos būklę, tuo geresnė buvo jų gyvenimo kokybė.

Įvairių tyrimų metu nustatyta geresni gyvenimo kokybės rodikliai tarp vėžiu sergančių ištekėjusių ar gyvenančių partnerystėje, palyginus su netekėjusiomis, vienišomis moterimis. Tačiau mūsų tyrimo duomenimis, gautas ne visai tradicinis rezultatas palyginus su kitų tyrėjų atliktais tyrimais, - netekėjusių moterų GK geresnė nei ištekėjusių ir išsiskyrusių. Darome prielaidą, jog gyvenimo kokybė geresnė turi būti tų moterų, kurių šeimyninė padėtis stabilesnė. Našlių, nesusituokusių grupės pasižymi stresiniais išgyvenimais, o tai gali įtakoti jų blogesnę gyvenimo kokybę, prisidėjus papildomam vėžio ligos sąlygotam stresui. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp GK vertinimo ir šeimyninės padėties negautas ($p=0,06$). Taip pat nėra priklausomybės nuo moterų išsilavinimo ($p=0,06$). Kitų tyrėjų atliktais tyrimais, pvz. JAV atlikto tyrimo duomenimis, žemesnis išsilavinimas turėjo neigiamos įtakos pradinių stadijų krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybei [98]. Kiti tyrėjai, 2000 metais atlikto tyrimo metu nustatė, kad moterų, kurių išsilavinimas yra aukštesnis, emocinis ir fizinis funkcionavimas yra geresni, jos teigė patiriančios mažiau įvairių simptomų. Visa tai gali būti susiejama su tuo, kad turinčios aukštesnį išsilavinimą sugeba geriau ieškoti joms svarbios ir reikalingos informacijos, pvz. kaip pasirūpinti savimi [83]. Tuo tarpu mūsų tyrimas, priešingai, parodė - moterys, turinčios aukštesnį ir žemesnį išsilavinimą geriau vertino savo GK per praėjusią savaitę nei moterys su aukštesniu išsilavinimu. Gali būti, kad moterys, turinčios vidurinį ir aukštesnį išsilavinimą, dažniau nei moterys su aukštesniu išsilavinimu, renkasi tokias ligos įveikas, kaip religingumas ar pasitikėjimas gydytojais, kurios šioje situacijoje būna pakankamai efektyvios.

Siekiant įvertinti gyvenimo kokybę sąlygojančius veiksniai, išanalizavome tiriamųjų nerimo, depresijos bei patiriamo streso lygius. Moterų, kurioms nustatytas ribinis ir kliniškai reikšmingas nerimo lygis savo gyvenimo kokybę vertino prasčiau nei visos tiriamosios, analogiškai mažesnis gautas ir moterų, kurioms pasireiškė depresijos ribinis ir kliniškai reikšmingas lygis, GK vertinimo vidurkis. Analizuojant respondenčių patiriamą stresą, nustatyta, kad moterys, kurioms pasireiškė vidutinis ir aukštas streso lygis, savo gyvenimo kokybę vertino prasčiau nei visos tiriamosios. Atliktos analizės duomenimis, nustatytas tarp moterų, kurioms pasireiškęs ribinis ir kliniškai reikšmingas nerimo ($p=0,00$) ir depresijos ($p=0,00$) lygis bei patiriamas aukštųjų energijų spindulinės terapijos gydymo metu stresas ($p=0,05$) ir gyvenimo

kokybės vertinimo, yra statistiškai reikšmingas skirtumas, t.y. egzistuoja priklausomybė ir ji nėra atsitiktinė.

Mūsų tyrimo rezultatai papildo kitų tyrėjų pateiktus rezultatus. Nerimas ir depresija mūsų tyrime ištirti praėjus 4 savaitėms ir daugiau po krūties chirurginės operacijos. Nerimas ir depresija buvo nustatyta atitinkamai 19,8% ir 22,2% moterų su šalinta krūtimi ir 21,4% ir 13,6% moterų su nešalinta krūtimi. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp abiejų pacienčių grupių negauta. G. Bulotienė ir kt. naudojant taip pat HAD skalę, nustatė, kad po krūties šalinimo operacijos nerimas buvo 20,83%, o depresija – 8,33% moterų [67]. J. Deadman su kitais, atliko studija, kurios metu buvo ištirtos 44 pacientės, nustatė, jog praėjus vieneriems metams po operacijos moterys po mastektomijos yra labiau linkusios į depresiją nei po kvadrantektomijos [68].

Iš 81 moterų su nešalinta krūtimi 84% per praėjusią savaitę, įskaitant anketos pildymo dieną juto nežymų stresą, tuo tarpu 73,3% su šalinta krūtimi. Vidutiniškai jautė stresą iš visų tiriamųjų 15,9%. Didesnis moterų skaičius, t.y. 6,7% tiriamųjų su šalinta krūtimi jautė aukštą/žymų stresą per praėjusią savaitę, įskaitant ir apklausos dieną nei su nešalinta chirurginio gydymo metu krūtimi. Palyginus patirto streso lygį su chirurginio gydymo būdu statistiškai reikšmingo skirtumo negauta ($p=0,121$). Tyrimo duomenimis nustatyta, kad vyresnės moterys labiau juto stresą tiriamuoju laikotarpiu. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp jaučiamo streso stiprumo ir išsilavinimo nenustatytas ($p=0,929$). Turinčios aukštą išsilavinimą, nurodė jautusios vidutinį ir stiprų distresą per praėjusią savaitę, įskaitant ir anketos pildymo dieną. Taip pat nustatyta, jog priklausomybės nuo moterų socialinės grupės nėra ($p=0,104$). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp patiriamo streso lygio ir šeimyninės padėties ($p=0,000$). Tačiau ryšio tarp jaučiamo streso ir krūties vėžio stadijos ($p=0,762$) bei chemoterapijos ($p=0,299$) nėra. Taigi galima teigti, jog patiriamo streso stiprumas nėra pastovus ir gali kisti.

Distreso pasireiškimą daugiausia nulėmė emocinės ir su fiziniais nusiskundimais susijusios problemos/simptomai. Atlikus HADS ir DT skalių palyginimą, nustatyta, kad tarp tiriamųjų jaučiamo streso lygio ir depresijos lygio yra vidutinis ryšys ($r=0,345$; $p=0,00$), o tarp nerimo lygio – silpnas ($r=0,170$; $p=0,06$) ir šis ryšys statistiškai nepatikimas.

7. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

7.1. IŠVADOS

1. Nustatyta, kad bendros gyvenimo kokybės, simptomų ir funkcionavimo skalės abiejose grupėse skyrėsi. Bendra gyvenimo kokybė buvo geresnė moterų su šalinta krūtimi (moterų su šalinta krūtimi grupės vidurkis 57,22 balo, moterų su nešalinta krūtimi – 53,92 balo, ($p=0,00$)). Moterys, kurioms chirurginio gydymo metu buvo šalinta krūtis, geriau jautėsi pagal socialinį, emocinį, vaidmens funkcionavimą, išskyrus fizinį funkcionavimą.
2. Ribinis ir kliniškai reikšmingas nerimo lygis buvo nustatytas 37,3% moterų, depresijos – 16,7%. Nerimas ir depresija buvo nustatyta atitinkamai 19,8% ir 22,2% moterų su šalinta krūtimi ir 21,4% ir 13,6% moterų su nešalinta krūtimi. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp abiejų pacienčių grupių negauta.
3. Nustatyta, kad krūties vėžiu sergančiųjų ligonių bendras savo gyvenimo kokybės vertinimas per praėjusią savaitę priklauso nuo moterų amžiaus ($p=0,00$), chemoterapijos ($p=0,00$), bendros sveikatos būklės vertinimo ($p=0,00$), emocinės būsenos ($p=0,00$), o nepriklauso nuo chirurginės operacijos apimties ($p=0,05$), ligos stadijos ($p=0,07$), pacienčių šeimyninės padėties ($p=0,06$), išsilavinimo ($p=0,06$).
4. Iš moterų su nešalinta krūtimi grupės 84% moterų juto nežymų stresą, 73,3% – iš su šalinta krūtimi grupės. Iš tų tiriamųjų, kurios jautė vidutiniškai stresą (15,9%), daugiau respondenčių buvo su nešalinta krūtimi. Aukštą/žymų stresą per praėjusią savaitę, įskaitant ir apklausos dieną, jautė 6,7% tiriamosios su šalinta krūtimi. Palyginus patirto streso lygį su chirurginio gydymo būdu statistiškai reikšmingo skirtumo negauta ($p=0,121$).

7.2. PASIŪLYMAI

1. Pooperaciniu laikotarpiu krūties vėžiu sergančioms moterims būtina psichosocialinė pagalba, atsižvelgiant į jų pažeidžiamumą.
2. Toliau tyrinėti krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybės ypatumus įvairiais laikotarpiais po chirurginio gydymo, kas padėtų pagerinti tokių moterų būseną, prisitaikymą.
3. Plėtoti krūties vėžiu sergančiųjų moterų, jų artimųjų tyrimus, taikant Distreso termometro metodą.

8. LITERATŪRA

1. Lietuvos sveikatos programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. Nr. VIII-833;
2. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. liepos 27 d. nutarimas Nr. 941 "Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos patvirtinimo" (Žin., 2001, Nr. 66-418);
3. Furmonavičius T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. *Biomedicina* 2001;1(2); 128-132;
4. Vaitkaitienė E., Makaris J., Zaborskis A. Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos nulemtos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai. *Medicina (Kaunas)* 2007; 43(7);
5. Šumskienė J. Gyvenimo kokybės įvertinimas ir praktinė reikšmė. *Gydymo menas.* 2005; 10;
6. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas: Šviesa; 1999;
7. Donner C.F., Carone M., Bertolotti G. Methods of assessment of quality of life. *Eur Respir Review* 1997; 7:43-45;
8. Ferrans, C.E. Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum.* 1990; 17(3);15-19;
9. Testa M.A., Simonson D.C. Assessment of quality of life outcomes. *New Eng.J.Med.*1996; 334, 835-840;
10. Muldon M.F., Barger S.D. What are quality of life measurements measuring? *BMJ* 1998; 316:542-545;
11. Haas B.K. Multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research.* 1999; 21, 6, 728-742;
12. Carr A.J., Gibson B., Robinson P.G. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ.* 2001; 322, 1240-1243;
13. Carr A. J., Higginson I.J. Are quality of life measures patient centered? *BMJ.* 2001; 322, 1357-1360;
14. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bullinger M. et al. The EORCT core quality of life questionnaire: Interim results of an international field study. In: *Effects of Cancer on Quality of Life/Ed. D. Osoba.* Boca Raton, CA: CRC press. 1991; 293-305;
15. Kazlauskaitė M., Rėklaitienė R. Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė. *Medicina.* Kaunas.2005; 41:155-161;
16. Puzaras P., Ančerytė D., Martinkėnas A., Varoneckas G. Katalikiškasis tikėjimas ir gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai.*2000; 2:28-35;
17. Jatulienė N., Čepienė J., Kalibatas J., Juozulynas A. Sveikatos ir aplinkos ryšys su gyvenimo kokybe.*Sveikatos mokslai.* 2003; 7:8-10;

18. Gradeckienė S., Zaborkis A. Lietuvos neįgalių cerebriniu paralyžiumi sergančių vaikų ir jų šeimų gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai*. 2003; 7:64-69;
19. Bulotienė G., Pralėikienė L., Vesėliūnas J. Krūties vėžiu sergančių ligonių gyvenimo kokybės vertinimas. *Sveikatos mokslai* 2003; 7:26-30;
20. Alekna V., Tamulaitienė M., Būtėnaitė V. Sergančiųjų osteoporoze kaulų lūžių įtaka gyvenimo kokybei. *Sveikatos mokslai*. 2003; 7:22-25;
21. Rėklaitienė R., Juozulynas A., Kazlauskaitė M., Lukšienė A., Petrylaitė D., Virvičiūtė D. Quality of life and perceived health among CHD patients and in general population. *Acta Medica Lithuania* 2004; 11:39-44;
22. Malcienė L., Kazlauskaitė M. Išėkine skleroze sergančių ligonių gyvenimo kokybės tyrimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004; 8:1-6;
23. Sumskienė J., Sumskas L., Petrauskas D., Kupcinskas L. Disease-specific health related quality of life and its determinants in liver cirrhosis patients in Lithuania. *World J Gastroenterol* 2006; 12:7792-7797;
24. Rugienė R., Dadonienė J., Venalis A. Gyvenimo kokybės klausimyno adaptavimas, jo tinkamumo kontrolinei grupei ir reumatoidiniu artritu sergantiems ligoniams įvertinimas. *Medicina*. Kaunas. 2005;41:232-239;
25. Varoneckas G., Blevieščiūnienė L., Čepukienė L., Duobinis D., Gadeikis E., Jocienė J. ir kt. Ligonų su miego sutrikimais ir depresija gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai* 2003; 7:39-44;
26. Chren M. Understanding research about quality of life and other health outcomes. *J Cutan Med Surg* 1999; 3(6):312 -316;
27. Cella D. Quality of life. In: *Psycho-Oncology*. Ed. Holland JC. New York: Oxford University Press. 1998: 1135-1146;
28. Bulotienė G. Ankstyvųjų stadijų krūties vėžiu sergančių moterų emocinę būseną ir gyvenimo kokybę įtakojantys veiksniai. *Daktaro disertacija*. Vilnius, 2007;
29. Buyle P., et al. Cancer Incidence and Mortality in Europe. *Anal of Oncology* 2004; 16: 481-488;
30. Pagrindiniai onkologinės pagalbos rezultatai Lietuvoje. 2001 m. (ataskaitinių formų f.12 ir f.24 duomenys). (The main result of oncological care in Lithuania. 2001 year.) Vilnius, 2002;
31. Vėžio informacijos centras. Internetinė prieiga: www.vuoi.lt;
32. Lietuvos sveikatos informacijos centras Internetinė prieiga: www.hi.lt;
33. Pagrindiniai onkologinės pagalbos rezultatai Lietuvoje. 2005 metai. Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Vėžio registras. Vilnius 2006;
34. Juozaitytė E., Juodžbalienė E.B., Boguševičius A. ir kt. Krūties vėžys. Vilnius, UAB "Vaistų žinios", 2004;

35. Small W.Jr., Lurie R.H. Current status of radiation in the treatment of breast cancer. *Oncology (Huntingt)*. 2001; 15(4):469-476;
36. Al-Ghazal S.K., Fallowfield L., Blamey R.W. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur. J Cancer* 2000; 36:1938-1943;
37. Nissen M.J., Swenson K.K., Ritz L.J. et al. Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. *Cancer* 2001; 91:1238-1246;
38. Pistrang N., Barker C. Disclosure of concerns in breast cancer. *Psycho Oncology* 1992; 1: 183 – 192;
39. Levy S.M., Haynes L.T., Herberman R.B., Lee J., McFeeley S., Kirkwood J. Mastectomy versus breast conservation surgery: mental health effects at long-term follow-up. *Health Psychol.* 1992; 11(6): 349-354;
40. Hoskins C.N., Budin W.C., Maislin G. Medical factors and patterns of adjustment to breast cancer. *Psycho Oncology* 1996; 5: 31-44;
41. Lenox R. Adjuvant therapy for breast cancer: a longitudinal quality of life study. Masters' thesis. Yale University School of Nursing; 1995;
42. Hopwood P., Mills J., Sumo G., Bliss J.M. Prevalence and predictors of mood disorders in early breast cancer: results from 2181 women in the START (Standardisation of Breast Radiotherapy) trial. *Psycho-Oncology* 2006; 15(2): S127;
43. Ganz P.A., Kwan L., Stanton A.L., et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2004; 96(5): 376-387;
44. Massie J.M. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004; 32: 57-71;
45. Okamura H., Watanebe T., Narabayashi M., Katsumata N., Ando M., Adachi I., et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment* 2000; 61: 131-137;
46. NCCN 1.2007 Distress Management The Complete Library of NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Jenkin, Pennsylvania. National Comprehensive Cancer Network;
47. Birbilaitė S. Psichologinis prisitaikymas prie onkologinės ligos: galimi psichologiniai sunkumai ir kaip juos įveikti. Prieiga: www.kraujas.lt/files/psichooginis_prisitaikymas.ppt;
48. Meyerowitz B.E. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychol Bull.* 1980; 87-108;
49. Zainal N., Koh H., Ting H., A. Bustam. Prevalence of distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *Asia-Pacific of Clinical Oncology* 2007; 3:219-223;

50. Roth A.J., Kornblith A.B., Bastel-Copel, Peabody E., Scher H.I., Holland J.C., Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 1998; 82:1904-1908
51. National Comprehensive Cancer Network. Distress Management Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Comp Cancer Network* 2003; 1:344-374
52. Özalp E., Cankurtaran E.S., Soygür H. , P. Özdemir Geyik , Jacobsen P. B. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psycho-Oncology*,2007; 16:304- 311;
53. Dabrowski M., Boucher K., Ward J.H. et al. Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. *J Natl Compr Canc Netw* 2007; 5: 104–111;
54. Von Essen L., Larsson G., Oberg K., Sjoden P.O.,‘Satisfaction with care’: associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours.*Eur J Cancer Care*.2002; 11:91-99;
55. Skarstein J., Aass N., Fossa S.D., Skovlund E., Dahl A.A. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire.*J Psychosom Res.* 2000; 49:27-34;
56. Newell S.A., Sanson-Fisfher R.W., Savolainen N.J. Systematic review of psychological therapies for patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst.* 2002; 94:558-584;
57. Fich M. Treatment of depression in cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004; 32:105-111;
58. Hegel M.T., Collins E.D., Kearing S., Gillock K.L., Moore C.P. and Ahles T.A. Sensitivity and specificity of The Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. *Psycho-Oncology*.2008; 17:556-560;
59. Zwahlen D., Hagenbuch N., Carley M.I., Recklitis C.J.and Buchi S. Sreening cancer patients‘ families with the distress thermometer(DT): a validation study.*Psycho-Oncology*.2008;
60. DeFlorio M., Massie M.J. A review of depression in cancer: gender differences. In: *Depression.* 1995: 3-66;
61. Burgess C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M., Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ.* 2005; 330(7493):702;
62. Sachs G., Rasoul-Rockenschaub S., Aschauer H., Spiess K., Gober I., Staffejn A., et al. Lytic effector cell activity and major depressive disorder in patients with breast cancer: a prospective study. *J Neuroimmunol.* 1995; 59: 83-89;

63. Lasry J.C.M., Margolese R.G., Posson R., Shibata H., Fleischer D., Lafleur D., et al. Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. *J Chronic Dis.* 1987; 40: 529-534;
64. Fallowfield L.J., Hall A., Maguire G.P., Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside of clinical trial. *BMJ* 1990; 301: 575-580;
65. Maguire G.P., Lee E., Bevington D., Kuchman C., Crabtree R., Cornell C. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *BMJ* 1978; 1: 963-965;
66. Goldberg J.A., Scott R.N., Davidson P.M., et al. Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *Eur. J. Surg. Oncol.* 1992; 18(4):327-331;
67. Bulotienė G., Raskatov D., Ostapenko V., Vesėliūnas J. Nerimas, depresija ir gyvenimo kokybė po I-II stadijos krūties vėžio chirurginio gydymo. *Sveikatos mokslai* 2005; 15(1): 51-55;
68. Deadman J.M., Dewey M.J., Owens R.G., Leinster S.J. et al. Threat and loss in breast cancer. *Psychological Medicine* 1989; Vol 19(3): 677-681;
69. Tierney A., Leonard R., Taylor J., et al. Side effects expected and experienced by women receiving chemotherapy for breast cancer. *Br Med J.* 1991; 302: 272
70. Deshields T., Tibbs T., Fan M.Y., Bayer L., Taylor M., Fisher E. Ending treatment: the course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care Cancer* 2005; 13(12): 1018-26
71. Rowland J.H., Massie M.J. Breast cancer. In: *Psycho-Oncology*. Ed. Holland JC. New York: Oxford University Press. 1998: 380-401;
72. Janni W., Rjosk D., Dimpfl T.H., Haertl K., Strobl B., Hepp F., Hanke A., Bergauer F., Sommer H. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Ann Surg Oncol.* 2001; 8(6): 542-8;
73. Wefel J.S. Chemotherapy associated cognitive dysfunction. *Psycho-Oncology* 2006; 15(2): S81;
74. Kauno medicinos universitetas, Slaugos ir rūpybos katedra, Lietuvos skausmo draugija, mokomojo seminaro „Onkologijos skausmo ligonių sveikatos priežiūros ir slaugos ypatumai“ pranešimų santraukos. Kaunas, 2003;
75. Buraitienė A. Skausmo ligonių priežiūra ir slauga neurologijoje bei neurochirurgijoje. Mokomojo seminaro-konferencijos „Skausmo ligonio priežiūros ir slaugos ypatumai“ paskaitos santrauka. Kauno medicinos universitetas. Kaunas, 2001;
76. Skarin A. T., Lynch M., Ktaz N.P. Cancer Pain Management. *Oncology Board Review Manual.* Oncology. 2002; Vol 5. Part I;

77. Cleeland C. S., Syrjala K. L. How to assess cancer pain. In: Handbook of Pain Assessment. New York: Guilford Press, 1992; 362-387;
78. Birblaitė S. Sargautytė R. Onkologinio skausmo gydymo psichologiniai trukdžiai. Skausmo medicina. 2005; 4(13);
79. Love A.W., Kissane D.W., Bloch S., Clarke D. Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer. Aust N Z Psychiatry. 2002; 36(2): 246-250;
80. Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab A., Sauer H., Holzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. Breast J. 2004; 10(3): 223-231;
81. Pusic A., Thompson T.A., Kerrigan C.L., Sargeant R., Slezak S., Chang B.W., Kelzlsouer K.J., Manson P.N. Surgical options for the early-stage breast cancer: factors associated with patient choice and postoperative quality of life. Plast Reconstr Surg. 1999; 104(5): 1325-1333;
82. Dorval M., Maunsell E., Deschenes L., Brisson J. Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. Cancer 1998; 83(10): 2130-2138;
83. King M.T., Kenny P., Shiell A., Hall J., Boyages J. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. Qual Life Res. 2000; 9(7): 789-800;
84. Omne-Ponten M., Holmberg L., Burns T., Adami H.O., Bergstrom R. Determinants of the psycho-social outcome after operation for breast cancer. Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation. Eur J Cancer 1992; 28A(6-7): 1062-1067;
85. Lasry J.C.M., Margolese R.G. Fear of recurrence, breast-conserving surgery, and the trade-off hypothesis. Cancer 1992; 69: 2111-2115;
86. Lee M.S., Love S.B., Mitchell J.B., Parker E.M., Rubens R.D. et al. Mastectomy or conservation for early breast cancer: psychological morbidity. Eur J Cancer 1992; 28A(8-9): 1340-1344;
87. Maraste R., Brandt L., Olsson H., Ryde B.B. Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. Relations to age and type of surgery. Acta onco. 1992; 3(6): 641-643;
88. Bulotienė G., Pralėikienė L., Vesėliūnas J. Assessment of the emotional status of breast cancer patients. Acta medica Lituanica 2002; 9 (Suppl): 107-109;
89. Schag C.A., Ganz P.A., Polinsky M.L., Fred C., Hirji K., Petersen L. Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. J Clin Oncol. 1993; 11(4): 783-793;

90. Ganz P.M., Hirji K., Sim M., Schag C.A. et al. Predicting psychosocial risk in patients with breast cancer. *Medical Care* 1993; 31(5): 419-431;
91. Roberts C.S., Cox C.E., Rentgen DS., et al. Influence of physician communication on newly diagnosed breast cancer patients' psychological adjustment and decision making. *Cancer* 1994 (a); 74 (suppl): 336-341;
92. Maly R.C., Umezawa Y., Leake B., Siliman R.A. Mental health outcomes in older women with breast cancer: impact of perceived family support and adjustment. *Psychooncology*. 2005; 14(7): 535-545;
93. Zetmore R, Shepel LF. Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Soc Sci and Med*. 1989; 28(1): 19-27;
94. SAM 2005 m. rugsėjo 23d. 5sakymas Nr. V-729 "Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo" (Žin., 2005m. Nr. 117-4249);
95. Mor V., Malin M., Allen S., Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *Manogr.Natl Cancer Inst*. 1994; 16-191;
96. Kvale E. Principles for Managing Cancer – Related Sleep Disturbances. *Journal of Supportive Oncology* 2005; 3(5): 356-366;
97. Wenzel L.B., Fairclough D., Brady M., Cella D., Garret K., Klubsman B., Marcus A. Age-related differences in the quality of life of breast cancer patients after treatment. *Cancer*. 1999; 86: 1768-1777;
98. Janz N.K., Mujahid M., Lantz P.M., Fagerhin A., Salen B. et al. Population-based study of the relationship of treatment and demographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research*. 2005; 14: 1467-1479;

PRIEDAI

1 priedas. Anketos, pateiktos tiriamosioms, pavyzdys

ANKETA

MOTERŲ, SERGANČIŲ KRŪTIES VĖŽIU, GYVENIMO KOKYBĖ PO CHIRURGINIO GYDYMO

Gerbiamoji,

Šiuo tyrimu siekiame išsiaiškinti gyvenimo kokybės pokyčius po krūties vėžio chirurginio gydymo, todėl mus domina kai kurie klausimai apie Jus ir Jūsų sveikatą.

Gauti duomenys bus naudojami VU Medicinos fakulteto visuomenės sveikatos studentės Lauros Žalnierūnaitės magistrinio baigiamojo darbo rašymui.

Maloniai kviečiame dalyvauti apklausoje.
Anonimiškumą garantuojame.

Anketos Nr. _____

Anketos pildymo data (įrašykite) _____

I dalis. INFORMACIJA APIE JUS:

Prašome Jūsų atsakyti į keletą klausimų apie save (tinkantį atsakymą pažymėkite X arba įrašykite).

1. Jūsų gimimo metai *(įrašykite)* _____

2. Jūsų išsilavinimas:

- pradinis
- nebaigtas vidurinis
- vidurinis
- aukštesnysis
- nebaigtas aukštasis
- aukštasis

3. Jūsų socialinė grupė:

- darbininkė
- tarnautoja
- studentė
- pensininkė
- neįgali

Kita *(įrašykite)* _____

4. Jūsų gyvenamoji vieta:

- miestas
- rajono miestelis
- kaimas

5. Jūsų šeimyninė padėtis:

- netekėjusi
- ištekėjusi
- išsiskyrusi
- našlė
- gyvenate nesusituokę (partnerystėje)

6. Kokios stadijos krūties vėžys Jums diagnozuotas?

- I
- II
- III
- IV

7. Ar Jums buvo atlikta chemoterapija?

- taip
- ne

8. Ar chirurginio gydymo metu Jums krūtis buvo:

- pašalinta
- nepašalinta

9. Prieš kiek laiko Jums buvo atlikta operacija?

- prieš savaitę
- prieš 2-3 savaites
- prieš 4 savaites ir daugiau

10. Kada sužinojote, kad sergate krūties vėžiu?

- mažiau kaip prieš 1 mėn.
- prieš 1–2 mėn.
- prieš 2–6 mėn.
- daugiau kaip prieš 6 mėn.

Kita (*irašykite*) _____

11. Ar jaučiate šeimos narių palaikymą?

- taip
- ne

12. Jeigu taip, kuris šeimos narys Jus palaiko labiausiai?

- vaikas/ai
- vyras
- motina
- tėvas
- broliai/seserys

Kita (*irašykite*) _____

13. Ar dalyvavote atrankinės mamografinės patikros programoje?

- taip
- ne

14. Jeigu taip, kas paskatino dalyvauti atrankinės mamografinės patikros programoje?

- nutariau pati
- patarė giminaitė
- sutuoktinis/gyvenimo draugas
- draugė
- gydytojas

Kita (įrašykite) _____

II dalis. EORTC OLO- C30

Prašome atsakyti į visus klausimus, geriausiai tinkantį atsakymą apveddami rutuliuku.

Pabrėžiame, kad nėra „gerų“ ar „blogų“ atsakymų. Jūsų pateikta informacija bus tikrai saugoma paslapyje.

Per praėjusią savaitę:	Visai ne	Nedaug	Vidutiniškai	Labai
1. Ar Jums sukelia sunkumų įtempta veikla, pvz. sunkaus krepšio ar lagamino nešimas?	1	2	3	4
2. Ar Jūs nuvargina <u>ilgas</u> pasivaikščiojimas?	1	2	3	4
3. Ar Jūs nuvargina <u>trumpas</u> pasivaikščiojimas išėjus iš namų?	1	2	3	4
4. Ar Jūs priversta gulėti lovoje ar sėdėti fotelyje dienos metu?	1	2	3	4
5. Ar Jums reikalinga pagalba valgant, rengiantis, prausiantis arba naudojantis tualetu?	1	2	3	4
Per praėjusią savaitę:				
6. Ar Jūs buvote apribota savo tarnyboje arba atlikdama kitus kasdieninius darbus?	1	2	3	4
7. Ar Jūs jautėte apribojimus savo mėgstamame užsiėmime arba kitoje laisvalaikio veikloje?	1	2	3	4
8. Ar Jums trūko oro?	1	2	3	4
9. Ar Jūs jautėte skausmą?	1	2	3	4
10. Ar Jums reikėjo poilsio?	1	2	3	4
11. Ar Jūs esate turėjusi miego sutrikimų?	1	2	3	4
12. Ar Jūs jautėte silpnumą?	1	2	3	4
13. Ar Jūs neturėjote apetito?	1	2	3	4
14. Ar Jūs pykino?	1	2	3	4
15. Ar Jūs vėmėte?	1	2	3	4
16. Ar Jums buvo užkietėję viduriai?	1	2	3	4
17. Ar Jūs viduriavote?	1	2	3	4
18. Ar Jūs jautėtės pavargusi?	1	2	3	4
19. Ar skausmas įtakojo Jūsų kasdieninę veiklą?	1	2	3	4
20. Ar sunku buvo susikaupti skaitant laikraštį ar žiūrint televizorių?	1	2	3	4

21. Ar Jūs jautėte įtampą?	1	2	3	4
22. Ar Jūs jautėte nerimą?	1	2	3	4
23. Ar Jūs jautėte susierzinimą?	1	2	3	4
24. Ar Jūs jautėtės prislėgta?	1	2	3	4
25. Ar Jūs turėjote atminties sunkumų?	1	2	3	4
26. Ar Jūsų fizinė būklė arba medicininis gydymas įtakojo <u>šeimyninį</u> gyvenimą?	1	2	3	4
27. Ar Jūsų fizinė būklė arba medicininis gydymas įtakojo <u>visuomeninį</u> gyvenimą?	1	2	3	4
28. Ar Jūsų fizinė būklė arba medicininis gydymas sukėlė finansinių sunkumų?	1	2	3	4

Atsakant į kitus klausimus, apibraukite labiausiai Jums tinkamą atsakymą (skalėje nuo 1 (labai blogai) iki 7 (puikiai)):

29. Kaip Jūs įvertintumėte savo bendrą sveikatos būklę per praėjusią savaitę?

1	2	3	4	5	6	7
Labai blogai						Puikiai

30. Kaip Jūs vertinate savo bendrą gyvenimo kokybę praėjusią savaitę?

1	2	3	4	5	6	7
Labai blogai						Puikiai

III dalis. EORT OLO – BR23

Prašome pažymėti, kaip Jūs jautėte šiuos simptomus ar problemas per paskutinę savaitę. Prašome apibraukti atsakymą, kuris geriausiai Jums tinka.

Per parėjusią savaitę:	Visai ne	Nedaug	Vidutiniškai	Labai
1. Ar Jums džiūvo burna?	1	2	3	4
2. Ar maistas ir gėrimas turėjo neįprastą skonį?	1	2	3	4
3. Ar Jūsų akys buvo skausmingos, sudirgintos arba ašarojančios?	1	2	3	4
4. Ar Jums slinko plaukai?	1	2	3	4
5. Atsakykite į šį klausimą, jei slinko plaukai: Ar Jūs pergyvenote dėl plaukų slinkimo?	1	2	3	4
6. Ar Jūs jautėtės serganti arba besveikuojanči?	1	2	3	4
7. Ar Jus "pylė" karštis?	1	2	3	4
8. Ar Jums skaudėjo galvą?	1	2	3	4
9. Ar Jūs jautėtės mažiau patraukli fiziškai dėl ligos ar gydymo?	1	2	3	4
10. Ar Jūs esate pasijutusi mažiau moteriška dėl ligos ar jos gydymo?	1	2	3	4
11. Ar Jums buvo sunku žiūrėti į save	1	2	3	4

Per parėjusią savaitę:	Visai ne	Nedaug	Vidutiniškai	Labai
nuoga?				
12. Ar Jūs buvote nepatenkinta savo kūnu?	1	2	3	4
13. Ar Jūs jaudinotės dėl savo būsimos sveikatos?	1	2	3	4
Per praėjusias <u>keturias</u> savaites:				
14. Kaip svarbus Jums buvo seksas?	1	2	3	4
15. Kiek Jūs buvote lytiškai aktyvi (su/be lytinio akto)?	1	2	3	4
16. Atsakykite į šį klausimą tik jei turėjote lytinius santykius: kiek lytiniai santykiai teikė Jums pasitenkinimą?	1	2	3	4
Per praėjusią savaitę:				
17. Ar Jūs jautėte bet kokį skausmą rankoje arba petyje?	1	2	3	4
18. Ar Jums buvo patinusi ranka arba plaštaka?	1	2	3	4
19. Ar Jums buvo sunku kilnoti ranką, ją pajudinti į šonus?	1	2	3	4
20. Ar Jūs jautėte bet kokį skausmą nesveikos krūties srityje?	1	2	3	4
21. Ar nesveikos krūties sritis buvo patinusi?	1	2	3	4
22. Ar nesveikos krūties sritis buvo jautri?	1	2	3	4
23. Ar esate turėjusi odos problemų nesveikos krūties srityje arba apie ją, pvz. niežėjimas, sausumas, pleiskanojimas?	1	2	3	4

IV dalis. HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

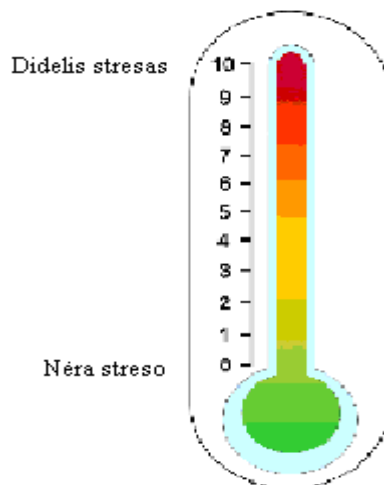
Perskaitykite kiekvieną teiginį ir pabraukite atsakymą, kuris artimiausias Jūsų savijautai per praėjusią savaitę. Ilgai nesvarstykite, nes pirma reakcija į kiekvieną klausimą, tiksliau atspindi Jūsų savijautą, nei ilgai apgalvotas atsakymas.

1. (N) Jaučiu įtampą ir nerimą	Beveik visą laiką, pastoviai	Didelę liko dalį	Laikas nuo laiko, retkarčiais	Niekada nejaučiu
	3	2	1	0
2.(D) Mane ir dabar džiugti tai, kas teikė džiaugsmą anksčiau	Visiškai tiek pat	Mažiau nei anksčiau	Žymiai mažiau	Beveik visai nedžiugino
	0	1	2	3
3.(N) Aš jaučiu baimę, lyg kažkas	Labai aiškiai ir stipriai	Taip, bet nestipriai	Nežymiai, bet tai manęs nejaudina	Visiškai ne

siaubingo turėtų atsitikti	3	2	1	0
4.(D) Aš galiu juoktis ir suprasti humorą	Taip pat kaip anksčiau	Mažiau ir sunkiau	Žymiai mažiau ir sunkiau	Visiškai negaliu
	0	1	2	3
5.(N) Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai	Didžiąją laiko dalį, pastoviai	Daug laiko, dažnai	Laikas nuo laiko, bet ne dažnai	Tik retkarčiais
	3	2	1	0
6.(D) Man linksma	Niekada	Labai retai	Kartais	Didžiąją laiko dalį
	3	2	1	0
7.(N) Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti	Visada	Dažnai	Retai	Niekada
	0	1	2	3
8.(D) Aš jaučiuosi užslopinta ir sulėtėjusi	Beveik visą laiką	Labai dažnai	Kartais, nežymiai	Visiškai ne
	3	2	1	0
9.(N) Mane apima baimė lydima vidinio virpulio ar spaudimo po krūtine	Visiškai ne	Kartais	Gana dažnai	Labai dažnai, pastoviai
	0	1	2	3
10.(D) Aš nustojau rūpintis savi išvaizda	Pradėjau visiškai nesirūpinti	Nesirūpinu tiek kiek reikėtų	Rūpinuo si, bet mažiau nei anksčiau	Rūpinuo si tiek pat kiek visuomet
	3	2	1	0
11.(N) Jaučiu, kad nenurimstu vietoje	Labai stipriai	Gana stipriai	Trupučių	Visiškai ne
	3	2	1	0
12.(D) Iš gyvenimo aš laikiu kažko malonaus	Tiek pat kiek visada	Mažiau nei anksčiau	Žymiai mažiau nei anksčiau	Visiškai nelaukiu
	0	1	2	3
13.(N) Mane staiga apima didelis nerimas ar baimė	Tikrai labai dažnai	Pakankamai dažnai	Retai	Visiškai ne
	3	2	1	0
14.(D) Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo ar TV laida	Dažnai	Kartais	Retai	Labai retai
	0	1	2	3

V dalis. DISTRESO TERMOMETRAS

Prašome pažymėti skaičių, kuris geriausiai apibūdintų Jūsų patirtą stresą praėjusią savaitę, įskaitant ir šiandieną.



Nurodykite kuris iš žemiau išvardintų problemų nulėmė streso pasireiškimą (tinkamą atsakymą pažymėkite X) :

Taip	Ne	Praktinės problemos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaikų
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruošos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pinigų/Draudimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Darbe/mokykloje
		Šeimos problemos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Susijusios su vaikais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Susijusios su partneriu
		Emocinės problemos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresija
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baimė
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervingumas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sielvartas/Liūdesys
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerimas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pyktis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dvasinės/Religinės (tikėjimo) problemos

Taip	Ne	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nuovargis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miegas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maudymasis/Apsirėngimas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kvėpavimas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Burnos opos/Burnos ertmės pokyčiai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maistas/Valgymas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nevirškinimas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vidurių užkietėjimas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viduriavimas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Šlapinimosi pokyčiai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Karščiavimas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sausa oda/niežulys
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sausa nosis/užsikimšusi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rankų/kojų dilgčiojimas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metalo skonis burnoje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patinimai

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fizinės problemos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seksualumas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skausmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Karščio pylimas

Kitos problemos (*įrašykite*) _____

Dėkojame už informatyvius ir sąžiningus atsakymus!

2 priedas. Leidimas taikyti Distreso Termometro metodiką



National
Comprehensive
Cancer
Network®

275 Commerce Drive
Suite 300
Fort Washington, PA 19034
215.690.0300
Fax: 215.690.0280
www.nccn.org

August 20, 2009

Giedre Bulotiene, MD, PhD

Institute of Oncology, Vilnius University

Santariskiu 1

Vilnius LT-08660

Lithuania

Dear Dr. Bulotiene:

On behalf of the National Comprehensive Cancer Network (“NCCN”) I am writing to grant you limited one time permission to translate the **Distress Thermometer Screening Tool FIGURE (DIS-A)** from the NCCN **2.2009 Distress Management** Guidelines for use in your study of breast cancer patients at your institution. Permission is granted solely for the purposes described herein which you represent and warrant to be for non-promotional educational use only. The following qualifications also apply to the permission granted by this letter:

1. You agree to include a citation giving full credit to the NCCN for these Guidelines as follows:

Reproduced with permission from The NCCN 2.2009 **Distress Management** Clinical Practice Guidelines in Oncology. ©National Comprehensive Cancer Network, 2009. Available at: <http://www.nccn.org>. Accessed [Month and Day, Year] To view the most recent and complete version of the guideline, go online to www.nccn.org

2. Permission is for one time use only and expires after one year.

3. You agree that you will not change, adapt, delete, extract portions, or modify the content of the NCCN **2.2009 Distress Management** Guidelines.

4. Permission is for reproduction of the Guidelines in print media only. **No Electronic Rights** (including CD-ROM and Internet) are granted. Reproduction of the Guidelines into any other medium, including but not limited to electronic media, is explicitly prohibited. You further agree that any reproduction of the Guidelines will include NCCN’s URL address www.nccn.org, to link to the most updated version of the NCCN **Distress Management** Guideline.

5. Permission is granted for reproduction in the Lithuanian language only.

6. You agree that the following statements shall be conspicuously included in all guideline reproductions:

“These Guidelines are a work in progress that will be refined as often as new significant data becomes available.”

“The NCCN Guidelines are a statement of consensus of its authors regarding their views of currently accepted approaches to treatment. Any clinician seeking to apply or consult any NCCN guideline is expected to use independent medical judgment in the context of individual clinical circumstances to determine any patient’s care or treatment. The National Comprehensive Cancer Network makes no warranties of any kind whatsoever regarding their content, use or application and disclaims any responsibility for their application or use in any way.”

“These Guidelines are copyrighted by the National Comprehensive Cancer Network. All rights reserved. These Guidelines and illustrations herein may not be reproduced in any form for any purpose without the express written permission of the NCCN.”

7. You acknowledge that the NCCN is sole owner of the Guidelines, and any derivative works created from the Guidelines. You further acknowledge that the NCCN is the owner of the name “National Comprehensive Cancer Network, Inc.®,” and “the NCCN®” and any derivatives thereof (the “Marks”). You agree that you shall not use the Marks in any manner or for any purpose other than to acknowledge ownership of the Guidelines by the NCCN as described in this letter. Your use of the Marks and/or Guidelines for the purposes described herein in no way constitutes an endorsement of your works or opinions by the NCCN. You acknowledge that use of the Marks and reprinting of the Guidelines pursuant to the permission granted hereunder shall not create in your favor any right, title, or interest in or to the Marks and/or the Guidelines. The permission granted hereunder is for a one-time use of the Marks and/or Guidelines. You agree that each use of the Marks and/or the Guidelines by you, beyond or in addition to that described herein, shall require written approval by the NCCN.

8. Your use of the Marks and/or Guidelines as described herein shall signify your acceptance of the terms and conditions of this letter. The NCCN reserves the right to at any time revoke the permission granted hereunder if, in its discretion, the NCCN determines that you have violated or are in violation of the terms of this letter of permission.

Thank you for your interest in the work of the NCCN.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Lynn Cherrin".

Lynn Cherrin, MS

CE Program Manager NCCN