

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO  
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO  
SLAUGOS KATEDRA**

**ONKOLOGINĖMIS LIGOMIS SERGANČIŲ  
PACIENTŲ GYVENIMO KOKYBĖS IR  
DEPRESIJOS SAŠAJOS**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL19 stud. Rimantė Damašauskienė

Vadovas

Prof. dr. Jonas Sąlyga

Klaipėda, 2021

## SANTRAUKA

Damašauskienė R. Onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. dr. J. Sąlyga, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2021. - 75 p.

Onkologijos srityje pasiekta, jog įrodymais grįsta medicinos pažangos plėtra padarė didelę įtaką pacientų išgyvenamumui ir onkologinių ligonių priežiūrai. Gyvenimo kokybės vertinimas pasaulyje tapo toks pats svarbus kaip ir biometriniai duomenys ar klinikiniai kriterijai, o veiksmingas psichikos sveikatos sutrikimų valdymas tapo kertine vėžio gydymo dalimi. Pasaulyje pradėjus plačiai nagrinėti papildomų priemonių naudą, šalia tradicinio vėžio gydymo, pastebėtas teigiamas poveikis pacientų gyvenimo kokybei, simptomų valdymui, o taip pat ir depresijos paplitimo mažinimui tarp onkologinėmis ligomis sergančių pacientų.

**Tyrimo tikslas** - nustatyti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas.

**Tyrimo metodai:** Atliktas kiekybinis tyrimas, naudojant standartizuotus klausimynus. Duomenų analizei naudotas statistinių programų paketas *SPSS 24.0 for Word*. Imtį sudarė 344 pacientai. Tyrimas atliktas laikantis visų etikos principų.

**Tyrimo rezultatai:** Nustatyta, kad pacientų bendra gyvenimo kokybė bei visos funkcinės gyvenimo kokybės sritys buvo statistiškai reikšmingai geresnės, taikant ne tik tradicinio gydymo metodus, bet ir teikiant integracinės onkologijos paslaugas, lyginant su pacientais, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas. Integracinės onkologijos paslaugomis besinaudojantiems pacientams statistiškai reikšmingai mažiau buvo išreikšti su liga ar jos gydymu susiję simptomai. Tik tradicinį vėžio gydymą gaunantys pacientai 3-4 kartus dažniau buvo varginami aukštesnio lygio depresijos nei pacientai, kuriems šalia tradicinio gydymo buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos. Nustatytas kintančio intensyvumo ryšys tarp depresijos ir visų gyvenimo kokybės sričių abejose pacientų grupėse, tačiau integracinės onkologijos paslaugomis besinaudojantys pacientai į depresijos lygio pokyčius jautriau reaguoja emocinių bei fizinių funkcijų srityse lyginant su tik tradicinį vėžio gydymą gaunančiais pacientais.

**Išvada:** Pacientų, kuriems šalia tradicinio vėžio gydymo buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos, gyvenimo kokybė geresnė ir jų depresijos lygis mažesnis nei pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas. Abejose pacientų grupėse nustatyti kintančio intensyvumo depresijos ir gyvenimo kokybės skalių ryšiai įrodo egzistuojančias depresijos ir gyvenimo kokybės sąsajas.

**Raktiniai žodžiai:** onkologija, integracinė onkologija, gyvenimo kokybė, depresija.

## SUMMARY

Damašauskienė R. Connection Between Quality of Life and Depression of Patients with Oncological Diseases. Master Thesis in Nursing study program. Academic advisor prof. dr. J. Sąlyga, Klaipėda university: Klaipėda, 2021. - 75 p.

Evidence-based medical advances in oncology have had a major impact on patient survival and care of oncological patients. All over the world assessing quality of life has become as important as biometrics or clinical criteria, as well as effective management of mental health disorders has become an integral part of cancer treatment. The widespread research into the benefits of additional measures in addition to traditional cancer treatments has shown positive effects on both patients' quality of life, symptom management, and reducing the prevalence of depression among cancer patients.

**The aim of the study** is to determine the links between quality of life and depression in patients with oncological diseases.

**Research Methodology:** Quantitative research was carried out using standardized questionnaires. The statistical software package *SPSS 24.0 for Word* was used for data analysis. The sample consisted of 344 patients. The research was conducted in accordance with all ethical principles.

**The findings of the study:** It was found that the overall quality of life and all functional areas of quality of life of patients receiving integrative oncology services in addition to traditional treatment were statistically significantly better than that of those receiving only traditional cancer treatment, as well as patients receiving integrative oncology services had statistically proven significantly lower symptoms associated with the disease or its treatment. Patients receiving only traditional cancer treatment were 3-4 times more likely to suffer from higher levels of depression than patients receiving integrative oncology services in addition to traditional treatment. A link between depression and all areas of quality of life has been found in both patient groups, but patients using integrative oncology services are more sensitive to changes in depression levels in terms of emotional and physical function than patients receiving traditional cancer treatment alone.

**Conclusion:** Patients who received integrative oncology services in addition to traditional cancer treatment had a better quality of life and lower levels of depression than patients who received only traditional cancer treatment. Relationships between variable intensity depression and quality of life scales were established in both patient groups, demonstrating the existing link between depression and quality of life.

*Key words:* oncology, integrative oncology, quality of life, depression.

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

| Eil. Nr. | Paveikslo pavadinimas  | Puslapis |
|----------|--|----------|
| 1.       | Pacientų grupių depresijos lygis   | 49       |
| 2.       | Pacientų pasiskirstymas atsakant į klausimą „Kaip šios problemos apsunkino jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais, arba sutarti su kitais žmonėmis?“ | 49       |

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

| Eil. Nr. | Lentelės pavadinimas   | Puslapis |
|----------|--|----------|
| 1.       | Pacientų demografinė charakteristika, proc. (n)                      | 39       |
| 2.       | Anketos sudedamosios dalys   | 40       |
| 3.       | Klausimynų vidinis suderinamumas                                     | 42       |
| 4.       | Gyvenimo kokybės skalių charakteristika                              | 45       |
| 5.       | Gyvenimo kokybės skalių vidurkių palyginimas pagal pacientų grupes   | 46       |
| 6.       | Depresijos skalės vidurkių palyginimas pagal pacientų grupes         | 48       |
| 7.       | Depresijos skalės vidurkių palyginimas pagal pacientų grupes ir lytį | 50       |
| 8.       | Gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos pacientų grupėse              | 51       |

## PRIEDŲ SĄRAŠAS

| Eil. Nr. | Priedai   | Puslapis |
|----------|---|----------|
| 1.       | Klausimynas   | 76       |
| 2.       | Sutikimas naudoti EORTC QLQ-C30 (3 versija) klausimyną                                  | 79       |
| 3.       | Leidimas naudoti PHQ-9 klausimyną mokslo tikslais                                       | 80       |
| 4.       | Gyvenimo kokybės sąsajos su pacientų amžiumi, išsilavinimu abiejuose pacientų grupėse   | 81       |
| 5.       | Gyvenimo kokybės skalių vidurkių palyginimas skirtingose respondentų grupėse pagal lytį | 82       |
| 6.       | Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė   | 83       |
| 7.       | Paraiškos pateikimas Karalienės Silvijos slaugos apdovanojimams                         | 84       |

## TURINYS

|  |    |
|--|----|
| <b>IVADAS</b> .....  | 6  |
| <b>I. ONKOLOGINĖMIS LIGOMIS SERGANČIŲ PACIENTŲ GYVENIMO KOKYBĖ IR DEPRESIJOS ŠAŠAJOS</b> .....   | 9  |
| 1.1. Gyvenimo kokybė ir depresija sergant onkologine liga .....  | 9  |
| 1.1.1. Gyvenimo kokybė sergant onkologine liga .....   | 9  |
| 1.1.2. Depresija sergant onkologine liga .....   | 10 |
| 1.2. Onkologinio gydymo ar ligos sukelti šalutiniai reiškiniai .....   | 12 |
| 1.2.1. Virškinimo sistema .....  | 12 |
| 1.2.2. Nervų sistema .....   | 18 |
| 1.2.3. Kvėpavimo sistema.....  | 20 |
| 1.2.4. Nuovargis ir nemiga .....   | 21 |
| 1.2.5. Skausmas .....  | 24 |
| 1.3. Integracinė onkologija ir jos įtaka pacientų gyvenimo kokybei ir depresijai .....   | 25 |
| 1.3.1. Integracinės onkologijos paslaugos ir jų nauda pacientų gyvenimo kokybei ir depresijai .....  | 29 |
| <b>II. EMPIRINĖ DALIS</b> .....  | 36 |
| 2.1. Tyrimo metodika .....   | 36 |
| 2.1.1. Tyrimo imties charakteristika .....   | 37 |
| 2.1.2. Tyrimo metodai .....  | 39 |
| 2.1.3. Tyrimo instrumentas .....   | 40 |
| 2.1.4. Tyrimo procesas / eiga.....   | 42 |
| 2.1.5. Tyrimo etika.....   | 44 |
| 2.2. Tyrimo rezultatai .....   | 45 |
| 2.2.1. Pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas ir pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas kartu su integracinės onkologijos paslaugomis, gyvenimo kokybės palyginimas.....                       | 45 |
| 2.2.2. Pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas ir pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas kartu su integracinės onkologijos paslaugomis, depresijos lygio palyginimas .....                      | 48 |
| 2.2.3. Pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas ir pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas kartu su integracinės onkologijos paslaugomis, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajų palyginimas ..... | 50 |
| 2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas .....  | 53 |
| <b>IŠVADOS</b> .....   | 57 |
| <b>REKOMENDACIJOS</b> .....  | 58 |
| <b>LITERATŪRA</b> .....  | 59 |
| <b>PRIEDAI</b> .....   | 75 |

## ĮVADAS

Vėžys yra viena iš sunkiausiai gydomų ligų pasaulio istorijoje. Pasaulio sveikatos organizacijos apskaičiavimais, 2021 m. naujų vėžio atvejų pasaulyje bus užfiksuojama apie 18,1 milijono, o mirčių, susijusių su vėžiu, 9,6 milijono (Siegel, Miller & Jemal, 2019). Kasmet Lietuvoje naujų vėžio atvejų užregistruojama apie 3,8 procento daugiau nei ankstesniais metais (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas, Nr.V-814). Tokie skaičiai kelia didelį susirūpinimą ir skatina mokslininkus bei visą medicinos bendruomenę ieškoti vis naujų būdų, kaip kovoti su šia vis dar nepažabojama liga.

Didėjant vėžinių susirgimų skaičiams JAV, gydytojų asociacija pastebėjo, jog ne visi pacientai vienodai reaguoja į gydymą, kalbant tiek apie gydymo efektyvumą, tiek apie šalutinių reiškinių atsiradimą bei jų kontrolę. Todėl Harvardo mokslininkui D. Eisenbergui kilo idėja išsiaiškinti, kas lemia pacientų nevienodą atsaką į gydymą. Tyrimas buvo atliekamas 7 metus (1990–1997), kuriuo išsiaiškinta, jog 42 % tyrime dalyvavusių pacientų prie tradicinio gydymo savarankiškai sau taiko papildomas priemones, tokias kaip akupunktūra, mitybos korekcija, žolelių vartojimas, meno terapija bei kitas. Svarbu paminėti, jog gydančiam gydytojui apie šių papildomų priemonių taikymą užsiminė tik 2 % tyrime dalyvavusių pacientų. Po šio atlikto tyrimo 1998 m. JAV nacionalinis sveikatos institutas nusprendė pirmasis pasaulyje įsteigti papildomos ir alternatyviosios medicinos centrą, kurio tikslas teikti onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams bei jų artimiesiems kvalifikuotą ir saugią pagalbą (Micozzi, 2019).

**Tyrimo aktualumas:** 2016 metais JAV buvo atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo 2474 pacientai. Šie pacientai buvo padalinti į dvi grupes: vienai grupei prie tradicinio chemoterapinio gydymo buvo taikomas visas papildomų gydymo priemonių paketas (meno terapija, onkologinis masažas, akupunktūra ir pan.), o kitai tyrime dalyvaujančiai grupei taikomas tik chemoterapinis gydymas. Tyrimo metu buvo stebimas patiriamas pacientų skausmas, bendras nuovargis, pykinimas, miegas, dusulys, apetito stoka, nerimas. Išsiaiškinta, kad pacientams, kuriems taikomos papildomos gydymo priemonės, apie 40 % rečiau pasireiškė skausmas, apetito bei nerimo sutrikimai. Apie 30 % pacientų išreiškė sumažėjusį nuovargį, pagerėjusią miego kokybę, sumažėjusį dusulį (Lopez et al., 2017).

Dėl gyvenimą pakeitusios diagnozės bei užsitęsusio ir sekinančio gydymo neretai vėžiu sergantys pacientai kenčia nuo įvairių fizinių ir psichologinių simptomų. Grapp, Terhoeven, Nikendei, Friederich, Maatouk (2019) teigimu, maždaug 32 % vėžiu sergančių pacientų kenčia nuo bent vieno psichikos sutrikimo ir 30 % iš jų yra nustatoma įvairaus sunkumo depresijos forma (Grapp et al., 2019).

**Tyrimo naujumas:** Lietuvoje integracinė onkologija yra visiškai nauja ir menkai tyrinėta sritis. 2019 metų rudenį duris atvėrė pirmasis integracinės onkologijos centras, paremtas JAV

mokslininkų ir medicinos centrų patirtimis. Tačiau tai yra visiškai nauja sritis, kuri Lietuvoje dar tik sieks savo vietos asmens sveikatos priežiūros sistemoje (Sohail, Arshad, Akbar & Nutini A, 2019). Kadangi Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, žmonių, sergančių onkologiniais susirgimais yra daug, manau, kad mano darbas ne tik padės plėstis integracinės onkologijos centrui, bet ir padės pacientams bei jų artimiesiems daugiau sužinoti apie papildomų gydymo priemonių naudą kelionėje sergant vėžiu.

**Tyrimo problema:** 2012 m. JAV atlikta nacionalinė apklausa, kurios metu paaiškėjo, jog aštuoni iš dešimties pacientų sirgę onkologine liga, šalia tradicinio vėžio gydymo naudojami papildomomis priemonėmis, tačiau tik kas antras pacientas apie tai pranešė savo gydytojui onkologui. Todėl papildomų priemonių nauda ir jų saugumas nėra visiškai aiškus. Tačiau tyrimo metu buvo sužinota, kad nepakanka duomenų apie papildomų priemonės naudojimą, o daugelis pacientų išsako norą gauti papildomas paslaugas, kurios pagerintų jų gyvenimo kokybę, sumažintų vartojamų vaistų kiekį bei padėtų geriau kontroliuoti atsiradusius simptomus (Greenlee & Shi, 2019). Latte-Naor ir Mao (2019) savo straipsnyje aprašo papildomų priemonių naudojimą šalia tradicinio vėžio gydymo, jų naudojimo kliniškes patirtis bei pacientų nuostatas į vienas ar kitas priemones, kurios vėliau buvo apibrėžiamos kaip integracinės onkologijos komponentas (Latte-Naor & Mao 2019).

Lietuvoje integracinės onkologijos sritis pakankamai nauja ir trūksta tyrimų šioje pasaulyje vis labiau populiarėjančioje medicinos kryptyje. Todėl darbe siekiama atsakyti į probleminį klausimą: Ar integracinės onkologijos paslaugų derinimas kartu su tradiciniu vėžio gydymu gali pagerinti gyvenimo kokybę, sumažinti riziką susirgti sunkia ar vidutinio sunkumo depresija?

**Tyrimo subjektas:**

1. Onkologinėmis ligomis sergantys pacientai, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas.
2. Onkologinėmis ligomis sergantys pacientai, kuriems šalia tradicinio vėžio gydymo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos.

**Tyrimo objektas** – gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos.

**Tyrimo tikslas** – nustatyti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Palyginti pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas, su pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas kartu su integracinės onkologijos paslaugomis, gyvenimo kokybę.
2. Palyginti pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas, su pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas kartu su integracinėmis onkologijos paslaugomis, depresijos simptomų pasireiškimo lygį.

3. Palyginti pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas, su pacientų, kuriems šalia tradicinio vėžio gydymo papildomai teikiamos integracinės onkologijos paslaugos, jų gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas.

**Tyrimo hipotezė** – tikėtina, kad pacientų, kuriems šalia tradicinio vėžio gydymo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos, gyvenimo kokybė yra geresnė ir mažesnis depresijos lygis, negu pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas.

**Tyrimo metodai:**

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas.

# I. ONKOLOGINĖMIS LIGOMIS SERGANČIŲ PACIENTŲ GYVENIMO KOKYBĖ IR DEPRESIJOS SĄSAJOS

## 1.1. Gyvenimo kokybė ir depresija sergant onkologine liga

### 1.1.1. Gyvenimo kokybė sergant onkologine liga

Onkologijos srityje įrodymais grįsta medicinos pažangos plėtra padarė didelę įtaką pacientų išgyvenamumui ir onkologinių ligonių priežiūrai. Tuo pat metu pacientų gyvenimo kokybė tapo pagrindiniu onkologinių ligonių priežiūros įrankiu, parodančiu viso gydymo įtaką pacientų sveikatai ir ligos kontrolei (Sibeoni et al., 2018). Tai skatina būtinybę suprasti ir teisingai įvertinti bei kontroliuoti pacientų gyvenimo kokybę. Gyvenimo kokybės vertinimas yra sudėtinga užduotis, todėl mokslo bendruomenė daugelį metų kryptingai dirba, siekiant sukurti jautrius instrumentus, kurie leistų kuo objektyviau įvertinti gyvenimo kokybės sąvoką. (Campos, Spexoto, da Silva, Serrano, & Marôco, 2018). Nuo 1980 atlikta daugybė mokslinių tyrimų apie onkologinių pacientų gyvenimo kokybę, įrodančių gydymo sukeltų simptomų įtaką bendram išgyvenamumui. Gyvenimo kokybės vertinimas pasaulyje tapo toks pat svarbus kaip biometriniai duomenys ar klinikiniai kriterijai (Park, Y., Park, E. & Kim, 2017). Nors medicinos visuomenei gerai žinoma, jog gyvenimo kokybės pablogėjimas gali turėti įtakos pacientų išgyvenamumui, tačiau iki šių dienų nebuvo imtasi pakankamai priemonių, ženkliau gerinančių onkologinių pacientų gyvenimo kokybę. Vis dar nustatomi dideli su sveikata susijusios gyvenimo kokybės blogėjimo požymių mastai onkologinių ligonių tarpe (Peters, Schulz & Reuss-Borst, 2016).

Pacientams dėl ilgėjančio išgyvenamumo onkologinė liga tampa lėtine. Neretai gydymas tęsiamas 3 ir daugiau metų, tuomet kyla didelė pablogėjusios gyvenimo kokybės rizika, nuolatinis ir ilgalaikis fizinis bei psichologinis neigiamas gydymo poveikis (Park et al., 2017). Sibeoni ir kiti bendra autoriai (2018) teigia, jog gyvenimo kokybės terminas moksliniuose tyrimuose suprantamas kaip kiekybinė priemonė sveikumo lygiui įvertinti, t. y. nustatyti vėžio poveikį, naudojant psichometrinį metodą, siekiant įvertinti fizinį funkcionavimą, skausmą, bendrą sveikatos suvokimą, socialinį bei emocinį funkcionavimą ir psichinę sveikatą kaip pavienius aspektus, bei nustatyti jų tarpusavio ryšius ar įtaką gyvenimo kokybei (Sibeoni et al., 2018). Peters ir kiti bendra autoriai (2016) išskyrė pagrindinius faktorius, neigiamai veikiančius onkologinių pacientų gyvenimo kokybę:

- *Didėjantys naujų susirgimų onkologinėmis ligomis skaičiai bei ilgėjantis išgyvenamumas sąlygoja nekokybiškas paslaugas, susijusias su medicinos personalo dideliu darbo krūviu ir sveikatos sektoriaus neprisitaikymu teikti šias paslaugas.*

- *Gydymo agresyvumas* bei neadekvati gydymo sukeltų šalutinių reiškinių, tokių kaip pykinimas, vėmimas, skausmas, miego sutrikimai, apetito ir svorio pokyčiai, dusulys, vidurių užkietėjimas ir viduriavimas, periferinė neuropatija, kontrolė.
- Nepakankamas *psichologinis komfortas*, siekiant susitaikyti su ligos diagnoze, dažnai lydymas bejėgiškumo ir nevilties.
- *Nuolatinis nuovargis*, kuris pasireiškia kaip fizinis, pažintinis ar emocinis kasdienis išsekimas, labiausiai paveikiantis pacientų fizinį ir emocinį funkcionavimą.
- Pasikeitusi *socialinė aplinka*, ribotas fizinis funkcionavimas dėl ligos, kuri sąlygoja nesaugumo jausmo atsiradimą bei nenorą suteikti rūpesčio aplinkiniams. Ne tik patys ligoniai riboja savo socialinius kontaktus, tačiau ir žmonės, supantys sergantįjį, dažnai pasitraukia iš jų socialinės aplinkos dėl nežinojimo, kaip bendrauti su žmogumi, sergančiu vėžiu, ar padėti jam nepakenkiant.
- *Finansiniai iššūkiai*, pajamų sumažėjimas dėl nedarbingumo, ar atsiradusios papildomos išlaidos, susijusios su gydymu (Peters et al., 2016).

Vertinant gyvenimo kokybę, yra svarbu pažvelgti į atskirus žmogaus gyvenimo aspektus, tokius kaip bendrą paciento sveikatą, funkcinius pajėgumus, jaučiamus simptomus, psichosocialinę gerovę ir pasitenkinimą gyvenimu, bei į juos pažvelgti kaip į visumą. Tinkamas ir savalaikis gyvenimo kokybės įvertinimas klinikinėje praktikoje gali turėti didelės įtakos klinikiniam sprendimams ar gydymo pagal protokolus įgyvendinimui (Campos et al., 2018).

### 1.1.2. Depresija sergant onkologine liga

Vėžio diagnozė dažnai sukelia psichologinę kančią, kuri ilgainiui, laiku nepastebėjus, gali išsivystyti į sunkią psichikos problemą (Poon, Wang, Goh, Chan, & Lim, 2019). Pacientai, sergantys onkologiniais susirgimais, dažnai skundžiasi įvairaus intensyvumo nerimu. Užsitęsęs ir nekontroliuojamas nerimas gali būti pagrindine sunkios depresijos priežastimi. Nerimo priežastys onkologiniams pacientams yra skirstomos į tris grupes. *Nerimas, susijęs su onkologinės ligos diagnoze*: liga suvokiama kaip nepagydoma, kančios, susijusios su liga ar jos gydymu, skausmo, ligos progresavimo, metastazavimo, priešlaikės mirties baimė. *Nerimas, susijęs su gydymo procesu*: chemoterapijos, radioterapijos, chirurginio gydymo, šalutinių poveikių, tokio kaip vėmimas, silpnumas, plaukų slinkimas, fizinis ir estetinis žalojimas ir deformacija, potencijos bei seksualinio funkcionavimo sutrikimų, baimė. *Nerimas dėl pakitusio socialinio funkcionavimo ir santykių su aplinkiniais*: pablogėjusių šeimos santykių, aplinkinių suvokimo stokos, profesinio ir socialinio statuso praradimo, socialinės izoliacijos, socialinio atstūmimo baimė (Prakash Saxen et al., 2018).

Literatūroje be nerimo išskiriami dar keli pagrindiniai onkologinius ligonius varginantys simptomai, susiję su psichikos sveikata: depresija, adaptacijos ir miego sutrikimai (Papachristou et

al., 2018). Taivane atlikto tyrimo duomenimis 39% sergančiųjų vėžiu patiria adaptacijos sutrikimus, 33,9% depresijos sutrikimus, 22% psichologinę kančią ir 7% nerimo sutrikimus (Poon et al., 2019). Vienas iš labiausiai paplitusių psichologinių sutrikimų, varginančių onkologinius pacientus, yra depresija (Hallet et al., 2020). Skaičiuojama, jog depresijos paplitimas tarp onkologinių pacientų yra 10 kartų didesnis nei depresijos rodikliai nesergančiųjų onkologinėmis ligomis žmonių populiacijoje (Poon et al., 2019). Mokslo pasaulyje sukurtas ne vienas instrumentas, leidžiantis kokybiškai identifikuoti psichikos sveikatos sutrikimus. Labai svarbu juos tinkamai naudoti profilaktiškai, kad pirmieji psichikos sveikatos sutrikimai nebūtų praleisti, ir laiku būtų imtasi priemonių šiai problemai suvaldyti (Mackenzie et al., 2018).

Itin svarbu laiku nustatyti didelės rizikos turinčius pacientus, taikyti tinkamas edukacijos priemones, siekiant pagerinti prevenciją ir personalizuotų simptomų savalaikį valdymą (Papachristou et al., 2018). Pacientams, kuriems nustatomi gretutiniai psichikos sveikatos sutrikimai, turi žymiai didesnę riziką netinkamai laikytis paskirto gydymo režimo, o tai sąlygoja trumpesnę išgyvenamumą (Saracino et al., 2020). Nepaisant bauginančių skaičių, psichikos ligų diagnozavimas ir savalaikis gydymas, sergant vėžiu, išlieka žemas. Poon ir kitų bendraautorių (2019) atlikto tyrimo duomenimis, tik 32% pacientų, sergančių vėžiu, nustatytus nuotaikos, nerimo ar psichikos sutrikimas gydėsi pas specialistus (Poon et al., 2019). Cohen ir kiti bendraautoriai (2018) išskiria tris pagrindinius veiksnius, lemiančius psichikos sveikatos paslaugų naudojimą onkologinių pacientų tarpe: *predisponuojantys veiksniai* (amžius, lytis, išsilavinimas), *įgalinantieji veiksniai* (paslaugų finansavimas, paslaugų teikimo vieta), *poreikio veiksniai* (subjektyvus suvokimas, gebėjimas įvertinti poreikį). Autoriai išskiria ir keletą pagrindinių priežasčių, turinčių įtakos mažai psichikos sveikatos paslaugų paklausai onkologinių ligonių populiacijoje: nepakankamos žinios apie teikiamas paslaugas, klaidingi įsitikinimai, daugelis pacientų mano, jog jų problema nėra tokia opi, kad reiktų kreiptis pagalbos, mitai ir stigmos, nepakankama psichikos sveikatos paslaugų integracija į klinikinę onkologinę praktiką, pacientams nepatogi teikiamų paslaugų vieta ar darbo laikas bei žemas psichikos sveikatos raštingumas (Cohen et al., 2018). Psichikos sveikatos raštingumas apima žinias apie psichikos ligų simptomus, etiologiją, galimas pagalbos kryptis atsiradus simptomams, šių simptomų valdymą ir prevenciją (Poon et al., 2019).

Veiksmingas psichikos sveikatos sutrikimų indentifikavimas ir valdymas yra kartinė vėžio gydymo dalis (Papachristou et al., 2018). Klinikinėje praktikoje yra begalė būdų, galinčių padėti suvaldyti onkologinių pacientų patiriamą nerimą ir depresiją. Tačiau svarbu dažnai ir tinkamai naudoti priemones ir strategijas, galinčias padėti nustatyti onkologinės ligos sukeltus psichikos sveikatos sutrikimus ir laiku juos kontroliuoti (Mackenzie et al. 2018).

## 1.2. Onkologinio gydymo ar ligos sukelti šalutiniai reiškiniai

Chemoterapija yra labai svarbus, o kartais net ir vienintelis daugelio onkologinių ligų gydymo būdas. Tačiau gerai žinoma, kad chemoterapija, veikdama vėžines ląsteles, pažeidžia ir sveikąsias, taip sukeldamos nepageidaujamą (šalutinį) poveikį, kuris turi tiesioginės įtakos asmens fizinei sveikatai, gyvenimo kokybei, emocinei būsenai (Papadopoulou et al., 2017). Australijoje atliktame retrospektyviniame kohortiniame tyrime vidutiniškai 5 mėnesius buvo stebėti 449 pacientai jų gydymo eigoje. Tyrimas parodė, kad didžiajai daugumai (86%) pacientų, nepriklausomai nuo vėžio lokalizacijos, pasireiškė vienas ir daugiau gydymo sukeltų šalutinių reakcijų. Tarp dažniausiai pasireiškiančių šalutinių reakcijų buvo minimas pykinimas ir vėmimas, skausmas, periferinė neuropatija, nuovargis, dusulys, viduriavimas, vidurių užkietėjimas bei miego sutrikimai. Tyrimas taip pat atskleidė, kad amžius yra vienintelis demografinis veiksnys, turintis reikšmingos įtakos šalutinių reiškinų dažniui. Vyresnio amžiaus žmonės (> 50m.) yra mažiau linkę pranešti apie patiriamus šalutinius reiškinus nei jaunesnio amžiaus pacientai (Pearce et al., 2017).

Radioterapija, arba kitaip vadinama spindulinė terapija, onkologiniams susirgimams gydyti dažnai naudojama derinyje su chemoterapija. Kartais gydyme atlieka pagrindinį vaidmenį ir yra naudojama kaip pirmo pasirinkimo gydymo galimybė. Kaip ir chemoterapija, taip ir spindulinė terapija, veikdama vėžinių ląstelių audinius, pažeidžia ir sveikuosius audinius. Tačiau, veikdama lokaliai, spindulinė terapija šalutinius reiškinus sukelia specifiskai, priklausomai nuo gydomo vėžio lokalizacijos (Smith & Prewett, 2020). Daugiau kaip 95% spinduline terapija gydomų pacientų pasireiškia įvairūs odos pažeidimai, panašūs į saulės nudegimus (Wei et al., 2018), apie 84.9% pacientų pasireiškia bendras nuovargis (McKenzie et al., 2019). Priklausomai nuo gydomos srities, pacientams atsiranda valgymo sutrikimų, susijusių su apsunkintu rijimu, seilių mažėjimu, virškinimo ir žarnyno problemomis, burnos išopėjimais, apetito mažėjimu (Hopkinson, 2018). Dažnai onkologinėmis - ginekologinėmis ligomis sergančios moterys bei onkologiniais - urologiniais susirgimais sergantys vyrai patiria ir įvairių su seksualumu ir su vaisingumu susijusių problemų (Turner, 2019).

Kompleksinių ar pavienių šalutinių reiškinų varginami pacientai nuolat būna blogos nuotaikos, jaučiasi prislėgti, juos kamuoja įvairaus laipsnio depresija. Labai dažnai nekontroliuojamų šalutinių gydymo ar ligos sukeltų reiškinų varginamiems pacientams nustatoma blogėjanti gyvenimo kokybė (Jitender, Mahajan, Rathore, & Choudhary, 2018).

### 1.2.1. Virškinimo sistema

**Mitybos pokyčiai:** nepakankama mityba yra dažna onkologinių pacientų problema. Skaičiuojama, jog dėl nepakankamos mitybos kenčia iki 40% pacientų, sergančių pradinėmis vėžio stadijomis, o pažengusios ligos atvejais iki 80% pacientų. 20% pacientų, sergančių pažengusiomis

onkologinėmis ligomis, dėl nepakankamos mitybos miršta. Neretai apetito sutrikimų turintys onkologiniai pacientai blogiau toleruoja jiems skirtą gydymą, dažniau pasireiškia šalutinės gydymo reakcijos bei yra viena iš priežasčių, sąlygojanti blogesnę gyvenimo kokybę (Barajas Galindo et al., 2017). Viena iš dažniausių nepakankamos mitybos priežasčių onkologinių pacientų tarpe yra su gydymu susijęs toksiškumas. Pacientai apetito pokyčius apibūdina kaip nenorą valgyti, maisto skonio pokyčius, kas sąlygoja mažesnę maisto suvartojimą, ar ankstyvą sotumo jausmą. Prie bendrų onkologinėmis ligomis sergančių pacientų apetito pokyčių ženkliai prisideda ir kiti gydymo sukelti šalutiniai reiškiniai, tokie kaip pykinimas, vėmimas, vidurių užkietėjimas ar viduriavimas (Caccialanza et al., 2020). Apetito sutrikimai ir svorio kritimas yra bendros ir nerimą keliančios problemos, kalbant apie pažengusiomis onkologinėmis ligomis sergančius pacientus, tęsiant aktyvų agresyvų gydymą, jei liga atsinaujina, bei tuos, kuriems yra nepakankamas atsakas į onkologinį gydymą. Spexoto, Serrano, Halliday, Maroco, ir Campos (2016) atlikto tyrimo duomenimis, onkologiniai pacientai, kurių apetitas buvo geresnis viso gydymo metu, gyvenimo trukmė buvo ilgesnė, lyginant su pacientais, kurių apetitas buvo blogesnis. Taip pat, autorių teigimu, mažo kūno svorio pacientų išgyvenamumas, palyginti su normalaus kūno svorio pacientais, neatsižvelgiant į naviko lokalizaciją, yra statistiškai reikšmingai besiskiriantis. Mažo kūno svorio pacientų išgyvenamumas yra statistiškai reikšmingai mažesnis. (Spexoto et al., 2016). Nepaisant to, jog yra parengtos tarptautinės sergančiųjų vėžiu mitybos gairės bei rekomendacijos, Caccialanza ir kitų bendraautorių (2020) atliktoje mokslinių straipsnių apžvalgoje teigiama, jog beveik visi į apžvalgą įtraukti tyrimai rodo, jog onkologinėmis ligomis sergančių pacientų ir jų gydytojų onkologų požiūris į apetito sutrikimus labai skiriasi, o šių požiūrių išsiskyrimas sudaro sąlygas nepakankamai pacientų mitybai. Nepakankamos mitybos priežastimis įvardijama nepakankama informacija pacientui apie mitybą, sergant onkologinėmis ligomis, nesavalaikis maisto papildų paskyrimas, mitybos svarbos ignoravimas iš gydytojo ir paciento pusių. Tokios šalys, kaip Škotija ar Nyderlandai, supratę ir įvertinę mitybos svarbą onkologinių pacientų gydyme, nustatė privalomus reikalavimus rutiniškai tikrinti pacientus sergančius onkologiniais susirgimais dėl netinkamos mitybos, pagal iš anksto paruoštus klausimynus, kurie leidžia tinkamai įvertinti paciento mitybą ir laiku daryti prielaidas bei intervencijas siekiant užkirsti kelią anoreksijai ir kacheksijai (Caccialanza et al., 2020).

Apetito pokyčiai, sergant onkologine liga, daro įtaką mitybos įpročiams, ankstyvo sotumo jausmo ar anoreksijos atsiradimui ir tiesiogiai veikia pacientų gyvenimo kokybę (Barajas Galindo et al., 2017). 2016 metais Brazilijoje atlikto tyrimo duomenimis nustatyta, jog pacientų, kuriems yra išreikšta nepakankama mityba bei yra žemas kūno masės indeksas, gyvenimo kokybės balai buvo mažesni, bei statistiškai reikšmingai skyrėsi ( $p < 0,05$ ) nuo pacientų, kuriems nebuvo nustatyta nepakankama mityba (Maia, Silva, Generoso & Correia, 2020). Daly ir kitų bendraautorių (2016)

atlikto tyrimo duomenimis, nepakankama mityba ir  $> 5\%$  kūno svorio netekimas, buvo reikšmingai siejamas ( $p < 0,005$ ) su blogesne absoliučia gyvenimo kokybe bei fizinių, emocinių ir socialinių vaidmenų atlikimu (Daly et al., 2016). Nepakankama mityba onkologiniams ligoniams dažnai atsiranda dėl keleto ar net keliolikos faktorių vienu metu, tačiau psichologinės problemos ar psichiniai sutrikimai, tokie kaip depresija - vienas iš faktorių, galinčių nulemti pacientų, kenčiančių nuo nepakankamos mitybos blogesnę ligos eigą ir trumpesnį išgyvenamumą (Zhu, Wang, Gao, & Ma, 2018). 2019 metais Ispanijoje atlikto tyrimo duomenimis, pacientų, kurių mityba yra nepilnavertė, tikimybė susirgti sunkia ar vidutinio sunkumo depresija yra 3,5 karto didesnė, nei pacientų, kurie maitinasi pilnavertiškai. Nerimo simptomus pajauti 2,4 karto didesnę šansą turi taip pat pacientai, kurių mityba yra skurdi ir nepilnavertė (Sanchez-Torralvo et al., 2019).

Daugelis pacientų neretai informacijos apie mitybą ieško internete, negaudami tinkamų ir kokybiškų patarimų iš savo gydančio gydytojo. Šiaudo besigriebiantys žmonės išbando įvairiausių mitybos būdus, apie kuriuos sužino internete iš straipsnių skambiomis antraštėmis, kartais net kraštutiniai pavojingus sveikatai. Pavyzdžiui, šarminė dieta, kaip teigiama, gydanti vėžį, plačiai paplitusi tarp pacientų, sergančių onkologiniais susirgimais, tačiau šiai dietai vis dar stokojama mokslinių tyrimų, kurie pagrįstų arba atmestų šios dietos naudą onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams. Gersono terapija, kartu su terapijai būdinga filosofija, neretai netgi kenksminga pacientams dėl skatinimų atsisakyti tradicinio vėžio gydymo ir taikyti Gersono terapiją kaip pagrindinį onkologinį gydymą (Mehra, Berkowitz & Sanf, 2017). Dėl nuolat didėjančių onkologinėmis ligomis sergančių pacientų srautų, dažnai gydytojai onkologai susikoncentruoja tik į skiriamą gydymą, nekreipdami dėmesio į šalia lydinčius simptomus, kurie pastebimi tik priėjus kritinę ribą. Latte-Naor ir Mao (2019) teigia, jog, siekiant visapusiško paciento gydymo, į tradicinį gydymą reikėtų įtraukti ir integracinės onkologijos specialistus, kurie galėtų preciziškiau kontroliuoti pacientų mitybą. Svarbu, jog pacientai nenukryptų į kraštutinumus, nuolat būtų sekami jų mitybos įpročių pokyčiai, sukurti reguliarūs valgymo įpročiai, kuriuose dominuotų daržovės, vaisiai, neskaldyti grūdai bei ankštiniai augalai, ribojant raudonos mėsos produktus, cukrų, perdirbtus maisto produktus ir alkoholį. Autorių teigimu, tinkama mitybos kontrolė ir fizinis aktyvumas šalia tradicinio onkologinio gydymo gali ženkliai pagerinti pacientų išgyvenamumą bei gyvenimo kokybę, taip pat užkirsti kelią ligos recidyvavimui (Latte-Naor & Mao, 2019).

**Pykinimas ir vėmimas:** tai labiausiai nerimą keliantys šalutiniai gydymo sukelti reiškiniai. Skaičiuojama, jog apie 40-80% pacientų, gydomų chemoterapija, patiria šiuos nepageidaujamus reiškinius (Mellin, Lexa, Bryant, Mason & Mayer, 2018). Chemoterapija pagal savo polinkį sukelti šį nepageidaujamą reiškinį yra skirstoma į 4 kategorijas: labai emetogeniška chemoterapija, vidutinio emetogeniškumo, mažo emetogeniškumo ir minimalaus emetogeniškumo chemoterapija. Tikimybė pacientui patirti pykinimo ir vėmimo nepageidaujamą reiškinį pagal chemoterapijos

emetogeniškumo laipsnį atitinkamai sudaro 90%, 30-90%, 10-30%, <10% (Morita et al., 2017). Chemoterapijos sukeltas pykinimas ir vėmimas yra skirstomas į tris kategorijas: tai ūmus pykinimas ir vėmimas (pasireiškia per 24 val. nuo chemoterapijos), užsitęsęs pykinimas ir vėmimas (atsiranda po 24 val. nuo chemoterapijos) bei priešlaikinis pykinimas ir vėmimas (tai psichologinis atsakas į psichologinius dirgiklius, susijusius su chemoterapija, pavyzdžiui, patalpa, kurioje taikoma chemoterapija ar tos patalpos kvapas, sunkiai kontroliuotas pykinimas ir vėmimas ankstesnių chemoterapijos ciklų metu, gali sukelti blogus vizualinius prisiminimus), (Tahir, khokhar, Ilyas & Qamar, 2019). Labai emetogeniška chemoterapija dažniausiai taikoma pacientams, sergantiems minkštųjų audinių sarkomomis, bei moterims, sergančioms krūties vėžiu. Neretai citostatiniai preparatai skiriami derinyje su kitu preparatu, taip didindami emetogeniškumą. Amerikoje atlikto tyrimo metu, kuriame dalyvavo 1296 įvairios lokalizacijos vėžiu sergantys pacientai, buvo tiriama pykinimo ir vėmimo įtaka pacientų gyvenimo kokybei. Tyrimo metu 15% respondentų pykinimą ir vėmimą įvertino kaip sunkų, tačiau kontroliuojamą šalutinį reiškinį, o 23% respondentų kaip ypatingai varginantį ir nekontroliuojamą. Tyrimo metu išsiaiškinta, jog tokie veiksniai kaip išsilavinimas, moters buvimas vaiko priežiūros atostogose, blogesnė funkcinė būklė, aukštesnio lygio depresija, nuolatinis nuovargis bei įkyrios mintys turėjo tiesioginį ryšį su pykinimo ir vėmimo pasireiškimo dažniu bei kontrole. Taip pat nustatyta, jog šie veiksniai turėjo kliniškai reikšmingą įtaką gyvenimo kokybės sumažėjimui (Singh et al., 2018).

Gydymo sukeltas pykinimas ir vėmimas yra daugiausiai nerimo pacientams sukeliantis šalutinis reiškinys. Kanadoje atlikto tyrimo duomenimis, onkologinio gydymo sukeltas pykinimas ir vėmimas neigiamai veikia pacientų gyvenimo kokybę, fizinį funkcionavimą bei mitybos būklę. Šis nepageidaujamas reiškinys ženkliai didina sveikatos priežiūros išteklių naudojimą ir neigiamai veikia gydymo režimo laikymąsi (Warr, Chambers, Cusano, Cuthbert & Mah, 2015). LaPorte ir kitų autorių (2019) Džordžijoje atliktas tyrimas taip pat įrodė gydymo sukulto pykinimo ir vėmimo reikšmingą įtaką gyvenimo kokybės sumažėjimui (LaPorte et al., 2019). Veiksmingas gydymo sukulto pykinimo ir vėmimo kontroliavimas turi būti pagrindinis tikslas siekiant pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, o tai turėtų optimizuoti bendrus gydymo rezultatus ir galiausiai sumažinti išlaidas susijusias su sveikatos priežiūra (Aapro, Ruffo, Panteri, Costa & Piovesana, 2018). Gydymo sukulto pykinimo ir vėmimo šalutinius reiškinus jaučiantys pacientai neretai išsako ir apie depresijai būdingus simptomus. Singh ir kitų bendraautorių (2018), atlikto tyrimo duomenimis pacientams kuriems buvo stipriai išreikštas pykinimas ir vėmimas dažniau buvo nustatoma įvairaus laipsnio depresija, nekontroliuojamas nuovargis ir miegos sutrikimai (Singh et al., 2018) Mahdizadeh, Tirgari, Abadi ir Bahaadinbeigy (2019), atlikto tyrimą kurio metu naudojant HAD bei simptomų distreso skales buvo siekiama įvertinti onkologinių ligonių gydymo sukeltų simptomų įtaką depresijai, grupėje pacientų kuriems buvo stipriai išreikštas gydymo sukeltas pykinimas ir

vėmimas buvo statistiškai reikšmingai labiau išreikšta depresija nei pacientų grupėje kurioje pykinimo ir vėmimo simptomai nebuvo dominuojantys (Mahdizadeh et al., 2019).

Nepaisant daugybės atliktų įvairių tyrimų, taip pat ir esamų gairių, kurios numato, kokių priemonių reikėtų imtis, siekiant suvaldyti pykinimą ir vėmimą chemoterapijos metu, tačiau skaičiai rodo, jog šis šalutinis reiškinys vis dar nėra tinkamai kontroliuojamas. Meillin ir kitų bendraautorių (2018) straipsnyje „Antiemetic guidelines“ teigiama, jog tik apie 7% pacientų gauna tinkamą profilaktiką, susijusią su pykinimu ir vėmimu pirmos chemoterapijos metu, ir tik 22% pacientų profilaktinių priemonių imasi, jei buvo sunkiai kontroliuojamo pykinimo ir vėmimo epizodų ankstesnių chemoterapijos ciklų metu (Meillin et al., 2018). Barni, Fausto ir Cabiddu (2016) teigimu, antiemetiniai vaistai palengvina, tačiau pykinimo ir vėmimo ilgalaikėje perspektyvoje tinkamai nekontroliuoja. Šių vaistų sukeliama kiti šalutiniai poveikiai, tokie kaip galvos skausmas, vidurių užkietėjimas, apetito praradimas bei kardiotoksiškumas, verčia susimąstyti apie šių vaistų skyrimą bei dozavimą, atsižvelgiant į polifarmaciją, bei dėl jos atsirandančius papildomus šalutinius poveikius (Barni et al., 2016). Siekiant ilgalaikio tinkamo pykinimo ir vėmimo kontroliavimo minimaliomis vaistų dozėmis, vien antiemetinių preparatų nepakanka. Kothari ir kitų bendraautorių (2019) atlikto tyrimo metu buvo tiriama jos įtaka pacientams, kuriems taikoma labai emetogeniška ir vidutinio emetogeniškumo chemoterapija, bei kaip šių simptomų kontroliavimas veikia gyvenimo kokybę. Tyrimo metu nustatyta, pacientams, kuriems šalia antiemetinio gydymo buvo skiriama joga, nežymiai sumažėjo chemoterapijos sukeltas pykinimas (90% palyginti su 78%,  $p = 0,35$ ), bei reikšmingai sumažėjo chemoterapijos sukeltas vėmimas (42% palyginti su 22%  $p = 0,01$ ), lyginant su grupe, kuriai buvo taikomas tik antiemetinis gydymas, taip pat jos grupėje buvo stebima žymiai pagerėjusi gyvenimo kokybė (Kothari et al., 2019). Arslan ir Ozdemir (2015) atliktas tyrimas apie imbiero vartojimo įtaką derinyje su antiemetiniais medikamentaisis parodė, jog imbiero miltelių vartojimas po 500 mg du kartus per dieną sumažina pykinimo sunkumą ir vėmimo epizodų skaičių, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp kontrolinės ir tiriamosios grupės nenustatyta ( $p > 0,05$ ). Tačiau, atliekant tyrimą, nepastebėtas joks šalutinis imbiero poveikis, todėl, autorių teigimu, jį saugu vartoti, siekiant mažinti antiemetinių vaistų dozes ir vėta išbandyti (Arslan et al., 2015). Kiernan, Stark ir Vallerand (2018) atliktoje sisteminėje literatūros apžvalgoje aprašoma muzikos terapijos įtaka pacientams, kenčiantiems nuo chemoterapijos sukulto pykinimo ir vėmimo. Autoriai pabrėžia, jog atliktų tyrimų pakanka teigti, kad muzikos klausymasis stimuliuoja neuromediatorius, susijusius su chemoterapijos sukeltu pykinimu ir vėmimu, tačiau vienas muzikos stilius ar atsitiktiniai garsai netinka visai populiacijai. Dėl duomenų nenuoseklumo yra ribojamas muzikos terapijos taikymas praktikoje, pacientams kenčiantiems nuo pykinimo ir vėmimo, tačiau ši metodika, derinant su

antimetiniu gydymu, yra vienas iš pasirinkimų, galinčių padėti pacientams lengviau valdyti šiuos gydymo sukeltus nepagedaujamus reiškinius (Kiernan et al., 2018).

**Viduriavimas ir vidurių užkietėjimas:** šalutinis chemoterapijos poveikis, pasireiškiantis virškinamajame trakte dažnai yra sekinantis ir pacientų nuslepiamas. Chemoterapijos sukeltas vidurių užkietėjimas ir viduriavimas yra priežastys, sąlygojančios dozės redukciją, laikinai sustabdytą ar visam laikui nutrauktą gydymą dėl aukšto laipsnio netoleravimo (McQuade, Stojanovska, Abalo, Bornstein & Kulmira, 2016). Naviko lokalizacija pilvo srityje, vadovaujantis pasaulinėmis rekomendacijomis, dažnai lemia kombinuotą chemoterapijos ir spindulinės terapijos gydymo pasirinkimą, toks gydymo derinys iki 98% pacientų sukelia sunkiai kontroliuojamą viduriavimą. Ilgainiui nekontroliuojamas viduriavimas išsekina organizmą, kas sąlygoja imuniteto susilpnėjimą bei itin aukšto laipsnio gydymo sukeltą toksiškumą (Reijtenbagh et al., 2020). Fukushi ir kiti bendraautoriai (2017) atliko tyrimą, kurio metu buvo siekiama palyginti gydytojų pateikiamus duomenis apie pacientų patiriamus chemoterapijos sukeltus šalutinius reiškinius su pacientų pranešimais apie jaučiamus šalutinius reiškinius. Tyrimo metu paaiškėjo, jog 72% pacientų yra linkę manyti, kad pasireiškęs šalutinis poveikis yra nereikšmingas, todėl neinformuoja gydytojo apie jų atsiradimą. Tarp dažniausiai pasireiškiančių simptomų, apie kuriuos nėra informuojamas gydytojas, buvo: viduriavimas (44%), apetito praradimas (39%), vidurių užkietėjimas (33%) bei pykinimas (22%). Analizuojant gydytojų pateiktus duomenis, pastebėta, jog, pacientui patiriant 5 ir daugiau simptomų, bent vienas šalutinis reiškinys ataskaitoje apie paciento būklę yra nepaminitas. Esminė tyrimo išvada ta, kad sveikatos priežiūros specialistai nedetaliai apklausia pacientus dėl patiriamų šalutinių reiškinių, todėl negali būti nustatomi visi atsiradę gydymo sukelti šalutiniai reiškiniai ir gali būti netinkamai parenkama dozė, kas sąlygotų dar didesnę toksiškumą (Fukushi et al., 2017).

Wijovi ir kiti bendraautoriai (2019) atliko tyrimą, kurio metu siekė išsiaiškinti gydymo sukeltą viduriavimo ir vidurių užkietėjimo įtaką pacientų gyvenimo kokybei. Tyrimo metu nustatyta viduriavimo ir vidurių užkietėjimo įtaka pacientų funkciniai gyvenimo kokybei, kuri buvo 0,254 ( $p = 0,161$ ), tuo tarpu ryšys tarp simptominės gyvenimo kokybės ir vidurių užkietėjimo bei viduriavimo buvo 0,308 ( $p = 0,08$ ). Šie duomenys leidžia teigti, kad viduriavimas ir vidurių užkietėjimas reikšmingai paveikia pacientų gyvenimo kokybę (Wijovi et al., 2019). Ballou ir kiti bendraautoriai (2019) atliko tyrimo metu siekė išsiaiškinti depresijos įtaką viduriavimui ir vidurių užkietėjimui. Tyrimo metu buvo patvirtinta hipotezė, jog depresija sergantys pacientai turi didesnę polinkį patirti lėtinį viduriavimą ar vidurių užkietėjimą nei pacientai, kuriems nėra nustatyta depresija, tačiau pastebėta, jog depresijos lygis neturi statistiškai reikšmingo ryšio tarp viduriavimo ir vidurių užkietėjimo dažnio (Ballou et al., 2019). Cherwin ir Kwakkeboom (2016) teigė, jog, nepaisant farmakologinės intervencijos, žmonės, sergantys onkologiniais susirgimais, vis tiek

patiria virškinamojo trakto šalutinių reakcijų, sukeltų onkologinio gydymo. Šių simptomų paplitimas ir dažnis tarp gydomų onkologinių pacientų ženkliai prisideda prie depresijos, trumpėjančio išgyvenamumo bei skurdžios gyvenimo kokybės. Autoriai pabrėžia, jog mokslininkams būtina imtis priemonių, siekiant į klinikinę praktiką įtraukti naujų simptomų valdymo metodų, kurie, kartu su farmakologinėmis intervencijomis, leistų geriau užtikrinti simptomų kontrolę (Cherwin & Kwekkboom, 2016).

Šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje vis labiau susilieja tradicinė medicina ir moksliskai pagrįsta integracinė medicina. Šių dviejų medicinos šakų sintezė leidžia hoslistiškai žvelgti į pacientą ir ieškoti būdų, kurie padėtų pacientui išgyventi sunkiausias jaučiamas simptomus. Cherwin, Nakad, Albashayreh (2019), atliktoje sisteminėje literatūros apžvalgoje buvo nagrinėjama papildomų priemonių nauda onkologinio gydymo sukeltoms virškinamojo trakto nepageidaujamoms reakcijoms valdyti. Išnagrinėtuose literatūros šaltiniuose didžiausią įtaką užkietėjusių vidurių kontrolei turėjo akupunktūra, akupresūra bei nuoseklus paciento mokymas (Cherwin et al., 2019). Qiu, Yu, Wang & Wang (2019) atliktame placebo kontroliuojamame tyrime aprašė profilaktiškai vartojimų probiotikų prieš skiriamą onkologinį gydymą, bei viso gydymo metu naudą. Tyrimo metu buvo lyginamos kontrolinė grupė, kuriai buvo skiriami probiotikai, su placebo grupe. Išanalizavus duomenis matomas teigiamas probiotikų poveikis onkologinio gydymo sukeltam viduriavimui kontroliuoti, tai rodo kontrolinės ir placebo grupės palyginimas gydymo sukulto viduriavimo aspektu 0,61 (95% CI 0,46-0,81;  $p = 0,0007$ ). Šie duomenys leidžia daryti išvadą, jog probiotikų įtraukimas kaip papildomos priemonės šalia tradicinio gydymo leistų ženkliai geriau kontroliuoti viduriavimą, kuris dažnu atveju tampa priežastimi daryti pertraukas gydyme ar visai nutraukti gydymą (Qiu et al., 2019).

### **1.2.2. Nervų sistema**

Chemoterapijos sukelta periferinė neuropatija yra rezultatas chemoterapijos metu padarytos žalos periferinei nervų sistemai. Tai turi įtakos jutimo, motorinių ir autonominių neuronų funkcijoms. Chemoterapinis neurotoksiškumas gali sukelti tokius simptomus kaip galūnių tirpimą, ūmiai užplūstančius, dažniausiai nemalonius šilumos ar šalčio pojūčius galūnėse, skausmą be aiškios lokalizacijos, raumenų silpnumą, klausos ir regos sutrikimus bei galvos svaigimą (Chan et al., 2018). Raumenų silpnumą ar atrofiją, šlapimo ir išmatų nelaikymą, erekcijos disfunkcijas bei žarnyno nepraeinamumą (Park, et al., 2017). Šie simptomai gali apriboti pacientų kasdieninio bei socialinio gyvenimo funkcijas. Dažnai pacientai, kuriems pasireiškia periferinė neuropatija, išsako nusivylimo jausmą, užsibrėžtų tikslų praradimo jausmą bei jiems dažniau yra nustatoma depresija nei pacientams, kuriems nėra gydymo sukeltos periferinės neuropatijos. Pirmaisiais gydymo mėnesiais periferinė neuropatija pasireiškia apie 30-40% pacientų. Praėjus 3 gydymo mėnesiams

pacientų, besiskundžiančių šiuo simptomu skaičius didėja iki 60% o po 6 mėnesių siekia 70-80% (Chan et al., 2018).

Bonhof ir kitų bendraautorių (2018) atliktame tyrime buvo siekiama išsiaiškinti periferinės neuropatijos įtaką pacientų gyvenimo kokybei. Tyrimo metu nustatyta, kad pacientai, kuriems buvo stipriai išreikšta jutiminė periferinė neuropatija, nustatytas blogesnis fizinis, vaidmens, emocinis, socialinis ir pažintinis funkcionavimas, lyginant su pacientais, kuriems jutiminė periferinė neuropatija buvo mažai išreikšta arba jos nebuvo visai (Bonhof et al., 2018). Oh, Lee, Kim, S-K., Kim, J-H (2020) atliko tyrimą, siekdami išsiaiškinti chemoterapijos sukeltos periferinės neuropatijos ryšį su depresija. Tyrimas buvo atliekamas dviem etapais, ištiriant pacientų depresijos lygį prieš chemoterapiją, ir atliekant antrąjį matavimą po 3 mėnesinių. Tyrimo metu, atrinkus pacientų, kuriems pasireiškė skirtingo stiprumo periferinė neuropatija duomenis, buvo atlikti papildomi skaičiavimai. Pirminio testavimo metu pagal HAD depresijos skalę, kurios jautrumas šiame tyrime buvo  $\alpha = 0.88$ , 75,6% pacientų nebuvo nustatyta jokių nerimo ar nuotaikos simptomų, 12,8% buvo išreikšti lengvi depresijos simptomai ir 11,6% pacientų buvo nustatyta vidutinio sunkumo ar sunkūs nerimo ir depresijos simptomai. Kito testavimo metu, praėjus trimis mėnesiams nuo pirminio testavimo, 64% pacientų nebuvo nustatyta nerimo ar nuotaikos sutrikimų, 15,1% lengvi depresijos simptomai, o 20,9% nustatyta vidutinio sunkumo ir sunkūs nerimo ir depresijos simptomai. Atlikus pakartotinių matavimų dispersijos analizę, nustatytas reikšmingas depresijos ir periferinės neuropatijos padidėjimas po chemoterapijos, kuris išliko aukštas ir po 3 mėnesių stebėjimų (Oh et al., 2020).

Chemoterapijos sukelta periferinė neuropatija - vienas iš nepageidaujamų reiškinių, kurių atsiradimas gali sąlygoti gydymo dozės redukavimą ar gydymo nutraukimą, todėl labai svarbu tinkama šių nepageidaujamų reiškinių kontrolė. Bami, Bao ir Deng (2016) atliktoje sisteminėje literatūros apžvalgoje aprašomas teigiamas onkologinio masažo, akupunktūros, jogos, meditacijos, fizinio aktyvumo ir mankštos poveikis periferinės neuropatijos vystymuisi ir kontrolei. Taip pat apžvelgiama maisto papildų, tokių kaip vitamino-E, acetil-l-karnitino, alfa lipinės rūgšties ir omega-3, nauda pacientams, susiduriantiems su chemoterapijos sukelta periferine neuropatija (Bami et al., 2016). Izgua ir kiti bendraautoriai (2019) taip pat pabrėžė onkologinio masažo naudą pacientams, kenčiantiems nuo periferinės neuropatijos, tačiau išskyrė pacientus, kuriems yra taikomas spindulinės terapijos gydymas, šiems pacientams onkologinis masažas yra kontraindikuotinas dėl spindulinės terapijos gydymo sukeltos odos reakcijos. Todėl šiems pacientams pirminiu pasirinkimu turėtų būti tinkamai koordinuojamas ir nuolat prižiūrimas fizinis aktyvumas dėl pavojaus susižeisti, nes pacientai su periferine neuropatija nejaučia nei skausmo nei temperatūrų pokyčių (Izgua et al., 2019).

### 1.2.3. Kvėpavimo sistema

Neretai dusulį sunku identifikuoti, nes tai vienas iš gydymo sukeliamų šalutinių reiškinių, tačiau kartais atsiradęs dusulys gali rodyti ir ligos progresavimą ar metastazių atsiradimą (Islam et al., 2019). Mumbajuje atlikto tyrimo duomenimis apie 49-64% onkologinėmis ligomis sergančių pacientų, kuriems taikomas intensyvus gydymas, patiria įvairaus sunkumo dusulį. Didelis procentų skirtumas atsiranda dėl skirtingų gydymo metodų ir gretutinių pacientų ligų. Tačiau akivaizdu, kad šis šalutinis reiškinys yra vienas iš svarbiausių ir pakankamai įtakojančių pacientų gyvenimo kokybę bei emocinę būseną (Damani, Ghoshal, Salins, Deodhar & Muckaden, 2017). Dažniausios priežastys, sukeliančios dusulį, besigydant skirtingų lokalizacijų vėžį, gali būti sisteminis chemoterapijos poveikis, kai dėl jos poveikio plaučiuose gali kauptis skystis, kuris apsunkina kvėpavimą (Islam et al., 2019). Spindulinė terapija gali sukelti plaučių fibrozę, kai audiniai apmiršta dėl radiacijos poveikio, ir atsiranda kvėpavimo funkcijos nepakankamumas (McKenzie et al., 2019). Neretai dusulys pasireiškia, kai dėl chemoterapijos yra pažeidžiami pacientų kraujo komponentai, ir jiems išsivysto anemija, mažas hemoglobino kiekis organizmą aprūpina mažesniu deguonies kiekiu, todėl šiems pacientams iš lėto vystosi dusulys (Pearce et al., 2017).

Pacientai, kuriems pasireiškia lėtinis ar ūmus dusulys, būna ištikti panikos, baimės jausmo, nerimauja dėl savo būklės, praėjus dusulio priepuoliui jie dažnai jaučia įtampą dėl galimo naujo priepuolio, tai provokuoja didėjančią depresijos tikimybę (Islam et al., 2019). Unsar, Kurt, Yacan & Sut (2017) atlikto skerspjūvio tyrimo duomenimis dusulys kaip šalutinis gydymo reiškinys turėjo ženklios neigiamos įtakos pacientų gyvenimo kokybei ir turėjo statistiškai reikšmingą skirtumą ( $p < 0.001$ ), vertint pacientų gyvenimo kokybę prieš chemoterapinį gydymą ir po jo (Unsar et al., 2017).

Tinkama kvėpavimo funkcija yra gyvybiškai svarbi visoms organizmo sistemoms. Tačiau onkologiniams pacientams ne tik dėl ligos sukulto kvėpavimo funkcijos nepakankamumo, bei ir dėl gydymo sukeltų komplikacijų neretai atsiranda nuolatinis ar epizodinis dusulys. Dažnu atveju dusulys kontroliuojamas deguonies terapija arba medikamentais, tačiau pacientai, kurie jaučia protarpinį dusulį, nėra aprūpinami portatyviniais deguonies aparatais, o, vengiant polifarmacijos, atsisako medikamentinio dusulio gydymo, todėl jiems reikia kitokių priemonių, galinčių padėti kontroliuoti dusulio epizodus (Liu, Wang, & Xie, 2019). Wanchai ir Armer (2020) atliktoje sisteminėje apžvalgoje apie refleksologijos įtaką vėžio sukeltų simptomų valdyme ir šalutinių reiškinių kontroliavimą teigė, jog pakanka tyrimo duomenų, leidžiančių teigti, kad refleksologija yra tinkamas būdas, siekiant suvaldyti dusulio atsiradimo epizodų skaičių ir jo sunkumą (Wanchai & Armer, 2020). Tačiau vis tik daugiausia moksliniais įrodymais paremtų duomenų yra apie kvėpavimo pratimų įtaką onkologinio gydymo sukulto dusulio kontroliavimą. Svarbu, jog pacientą tinkamai prižiūrėtų ir nuolat kontroliuotu tam kvalifikaciją turintis specialistas, nes pacientai,

susidūrę su kvėpavimo sunkumais, dažniausiai stengiasi vengti fizinės veiklos, siekiant nutolinti pasikartojantį dusulio priepuolį. Tačiau tinkamai nelavinami kvėpavimo raumenys susilpnėja bei sąlygoja dažnesnius dusulio priepuolius, vis mažėjantį fizinį krūvį, vėliau dusulys atsiranda ir ramybės būsenoje, todėl nuolatinis bei teisingas kvėpavimo pratimų atlikimas ženkliai sumažina kvėpavimo takų distresą ir pagerina kvėpavimo funkciją (Liu et al., 2019).

#### 1.2.4. Nuovargis ir nemiga

**Nuovargis:** vienas labiausiai paplitusių simptomų, kurį pacientai patiria nuo onkologinės diagnozės sužinojimo dienos iki gyvenimo pabaigos. Šis simptomas pacientų apibūdinamas kaip nuolatinis/niekada nepraeinantis, kankinantis, subjektyvus fizinis, emocinis išsekimo jausmas, kuris siejamas su vėžio diagnoze arba vėžio gydymu, dažnu atveju nuovargis nėra proporcingas fiziniam aktyvumui ir trukdo įprastoms gyvenimo veikloms. Su vėžiu susijęs nuovargis skiriasi nuo kitų rūšių nuovargio dėl jo sunkumo ir atkaklumo, šis nuovargis nesumažėja ilsintis ar miegant (Chidinma, Yongchang, Carmen, & Escalante, 2017). ESMO parengtose gairėse kaip kovoti su onkologinio gydymo sukeltu nuovargiu teigiama, jog su vėžiu susijęs nuovargis pasireiškia apie 65% onkologinėmis ligomis sergančių pacientų, du trečdaliai šių pacientų teigia, kad su onkologine liga susijęs nuovargis sekina mažiausiai šešis mėnesius, o likęs trečdalis, jog daugiau kaip metus, pasibaigus vėžio gydymui. Apie 80-90% pacientų gydomų chemoterapija įvardija šį simptomą kaip labai varginantį ir ypatingai trukdantį užsiimti kasdienėmis veiklomis. Pacientų, gydomų tik radioterapija, nuovargio pojūtis šiek tiek mažesnis nei pacientų, kuriems gydyti taikoma chemoterapija ir sudaro tik 33-53%, tačiau jie taip pat įvardija nuovargį kaip sunkiai kontroliuojamą simptomą (Fabi et al., 2020).

Su onkologine liga susijęs nuovargis yra labiausiai paplitęs ir varginantis su gydymu susijęs šalutinis reiškinys. Dėl sisteminio gydymo poveikio šis nepageidaujamas reiškinys gali išlikti ilgus metus net ir po pasibaigusio gydymo. Nuolatinis jaučiamas nuovargis ir poilsio trūkumas riboja fizinį aktyvumą, o tai sąlygoja blogėjančią gyvenimo kokybę (Witlox et al., 2018). 2016 metais Kipre atlikto tyrimo metu buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp pacientų, kuriems pasireiškė gydymo sukeltas nuovargis ir žemesnė gyvenimo kokybė (vidurkis 49,1 balo), ir pacientų, kuriems nepasireiškė gydymo sukeltas nuovargis ir geresnė gyvenimo kokybė (vidurkis 72,1 balo). Atliekant tyrimą buvo naudotas gyvenimo kokybės klausimynas bei atliktas kiekybinis tyrimas. Interviu metu pacientai, jaučiantys gydymo sukeltą nuovargį, labiausiai akcentavo, jog nuovargis labiausiai paveikia tokias gyvenimo kokybės sritis kaip: "priklausomybė nuo kitų", "galios praradimas, sprendimų priėmimas", "kasdieninių veiklų atlikimas" (Charalambous & Kouta, 2016). Ribotas socialinis bei fizinis funkcionavimas dėl nuovargio neretai pacientams sukelia ir psichologinius bei psichinius sutrikimus. Dažnai pacientams, kuriems pasireiškia įvairaus lygio

gydymo sukeltas nuovargis, stebimi varijuojančio intensyvumo depresijos simptomai (Hughes, Suleman, Rimes, Marsden & Chalder, 2020). 2015 metais Izraelyje atlikto tyrimo metu nustatytas teigiamas ryšys tarp depresijos ir onkologinės ligos sukulto nuovargio. Išanalizavus duomenis nustatyta, kad 67% tyrime dalyvavusių pacientų jautė įvairaus intensyvumo depresiją, kuriai atsirasti, atlikus statistinius skaičiavimus, ženklios įtakos turėjo gydymo sukeltas nuovargis bei apribotos socialinės funkcijos (Levkovich, Cohen, Pollack, Drumea, & Fried, 2015).

Mohandas, Thevi, Jaganathan, Mani, ir Ayyar (2017) atliko 27 mokslinių straipsnių analizę apie onkologinio gydymo sukeltą nuovargį ir pateikė atskaitą. Straipsnyje aprašoma papildomos ir alternatyviosios medicinos nauda onkologinės ligos sukulto nuovargio gydyme. Straipsnyje aprašomas tyrimas, kuomet atsitiktinai buvo parinkti 47 nuovargio simptomą išsakantys pacientai. Šiems pacientams buvo taikoma vienu laikotarpiu akupresūra, kitu laikotarpiu akupunktūra derinyje su numatytu onkologiniu gydymu, reikšmingas skirtumas buvo stebimas šalia tradicinio gydymo taikant akupunktūros procedūras. Sumažėjusį nuovargį išsakė 37 pacientai, kuriems šalia tradicinio onkologinio gydymo buvo taikoma akupunktūra, pagerėjimas buvo stebimas po 6-8 akupunktūros procedūrų pacientų tarpe, kuriems onkologinis gydymas tęsiamas vidutiniškai du metus, akupresūra šiuo atveju reikšmingos įtakos nuovargio sumažėjimui neturėjo (Mohandas et al., 2017).

**Nemiga:** žmogus miegodamas vidutiniškai praleidžia apie trečdalį savo gyvenimo, miegas vaidina pagrindinį vaidmenį biologiniame ir psichiniame atsinaujinimo procese. Mokslininkų teigimu, miego trūkumas yra tiesiogiai susijęs su įvairiais psichiniais, fiziniais sveikatos sutrikimais, dėl miego stokos didėja mirtingumo rizika. Pasaulyje skaičiuojama, kad dėl lėtinės nemigos kenčia apie 6-10% darbingo amžiaus žmonių (Schieber et al., 2019). Nekokybiškas miegas blogina gyvenimo kokybę, silpnina imuninę sistemą, apsunkina kasdieninių veiklų įgyvendinimą (Mahtani, 2017). Ruel ir kiti bendraautoriai (2020) atliko tyrimą, kuriame dalyvavo 962 įvairių lokalizacijų vėžiu sergantys pacientai. Tyrimo metu paaiškėjo, jog 59% kenčia nuo lengvo ar vidutinio sunkumo nemigos ir 28% pacientų pasireiškė sunkus nemigos sindromas. Dažniausiai nemiga skundėsi pacientės moterys, sergančios krūties ir ginekologiniais onkologiniais susirgimais (Ruel et al., 2020). Nepaisant vyraujančios nemigos problemos masto tarp onkologinių pacientų, ši problema nėra pakankamai akcentuojama tarp onkologines gydymo paslaugas teikiančių medicinos darbuotojų, manant, kad nemiga - tai normali žmogaus reakcija į patirtą stresą dėl sužinotos vėžio diagnozės. Tačiau ilgainiui nemiga gali tapti lėtine, kuri pacientams gali išlikti metų metus net ir pasiekus vėžio remisiją. Lėtinė nemiga kaip ir kiti gydymo sukelti šalutiniai reiškiniai yra vienas nuo kito priklausomi ir kompleksiški, tačiau miegas yra vienas iš svarbiausių žmogaus poreikių aspektų, todėl, nesprendžiant nemigos problemos, gali kilti sunkumų kovojant su lėtiniu nuovargiu ar tinkama skausmo kontrole (Mahtani, 2017).

Vėžio sukeltos fizinės, psichologinės ir socialinės pasekmės, tokios kaip ankstyvo mirtingumo ar atsinaujinusios ligos baimė, finansinės problemos bei fiziniai ir socialiniai apribojimai, yra glaudžiai susijusios su miego kokybe. Bloga miego kokybė ar atsiradę miego sutrikimai dėl onkologinės ligos ar jos gydymo yra tiesiogiai susijusios su pacientų gyvenimo kokybe (Strollo, Fallon, Gapstur & Smith, 2020). 2019 metais Vokietijoje buvo atliktas tyrimas su 1547 onkologiniais pacientais, vertinant miego kokybės įtaką gyvenimo kokybės sritims. Atlikus statistinius skaičiavimus nustatyta, jog nemiga turi įtakos visoms gyvenimo kokybės sritims, tačiau didžiausia koreliacija gauta emocinio ir fizinio funkcionavimo srityse, todėl, siekiant pagerinti onkologinių pacientų gyvenimo kokybę, labai svarbu nuolat ir reguliariai kontroliuoti miego pokyčius (Hofmeister, Schulte & Hinz, 2019). Itin svarbų vaidmenį onkologinių pacientų gyvenime vaidina psichologiniai aspektai, susiję su pačia vėžio diagnoze ir gydymu. Cha ir kitų bendraautorių (2017) atliktame tyrime teigiama, kad net 30% pacientų, kuriems nustatomi įvairaus laipsnio miego sutrikimai, kartu išsako ir įvairius depresijai būdingus simptomus (Cha et al., 2017). Lėtinė nemiga, atsirandanti dėl nuolatinio nerimo, tiesiogiai veikia onkologinio gydymo ar ligos sukeltą nuovargį bei skausmą, ir komplekse sukelia įvairaus intensyvumo depresiją (Schieber et al., 2019).

Dažniausias nemigos korekcijos sprendimas - farmakologiniai preparatai, nors preparatai nemigai gydyti yra rekomenduojami tik trumpalaikiam vartojimui, net 30% onkologinėmis ligomis sergančių pacientų šiuos preparatus vartoja dar apie vienerius metus po vėžio remisijos. Ilgalaikis migdomųjų vartojimas gali sukelti nuolatinis su miegu susijusius sutrikimus, atminties sutrikimus, apsunkinti vairavimą, didinti avarijų tikimybę, sukelti priklausomybę bei sunkumų kasdinių veiklų atlikime, padidinti griuvimų riziką (Strollo et al., 2020). Garland, Gehrman, Barg & Sharon (2016), atlikto kokybinio tyrimo metu atskleidė priežastis, kodėl pacientai nesirenka vaistinio preparato nemigai gydyti. Tyrimo metu paaiškėjo, jog dažniausiai pacientai medikamentų miegui gydyti atsisako dėl polifarmacijos, nes neretai, gydant onkologinius susirgimus, tenka vartoti 10 ir daugiau skirtingų vaistinių preparatų, todėl miegui šie pacientai geriau norėtų rinktis natūralius produktus ar priemones, kurios palengvintų nemigą (Garland et al., 2016). Latte-Naor ir Mao (2019), atliktoje naujausių mokslinių tyrimų, susijusių su integracinės onkologijos taikymu praktikoje, buvo apžvelgtos skirtingų integracinės onkologijos metodikų įtaka pacientų, sergančių ir besigydančių onkologinius susirgimus, miego kokybei, straipsnyje apžvelgiami Thai-Chi, akupunktūros, relaksacijos ir miego kognityvinės elgesio terapijos bei jų įtaka miego kokybei. Iš tyrime dalyvavusių 160 pacientų kognityvinė miego elgesio terapija vidutiniškai 10,91 balų pagerino bendrą miego kokybę, lyginant su pirminiu įvertinimu prieš pradėdant taikyti kognityvinę miego elgesio terapiją, tuo tarpu akupunktūra 3,51 balo pagerino bendrą miego kokybę, lyginant su pirminiu įvertinimu prieš pradėdant taikyti akupunktūrą. Išanalizavus duomenis, autorių teigimu,

miego kognityvinę elgesio terapiją reikėtų laikyti auksiniu standartu, siekiant padėti žmonėms, kenčiantiems nuo nemigos susijusios su onkologine liga ir jos gydymu (Latte-Naor & Mao, 2019).

### 1.2.5. Skausmas

Skausmas yra subjektyvi patirtis, kurios neįmanoma objektyviai įvertinti, skausmo intensyvumas ir lygis grindžiamas paciento savianalize. Skaičiuojama, jog iki 90% onkologinėmis ligomis sergančių pacientų patiria skirtingo intensyvumo skausmą. Dažnu atveju skausmas sukelia pagrįstą baimę pasikartojančiam skausmo priepuoliui, kas sąlygoja paciento funkcijų apribojimą. Todėl tinkamas ir savalaikis skausmo valdymas tampa vienu iš prioritetų, kalbant apie onkologinių ligonių priežiūrą (Blackburn et al., 2018). Dar 1986 metais Pasaulio sveikatos organizacija parengė gaires vėžio sukeltam skausmui gydyti - šios rekomendacijos nuolat atnaujinamos, tačiau mokslo pasaulyje vis dar gausu įrodymų, kad onkologinio skausmo kontrolė nėra pakankama (Caraceni & Shkodra, 2019). Onkologinis skausmas yra skirstomas į keletą rūšių, tai yra: *naviko sukeltas skausmas* - dažniausiai šis skausmas atsiranda, kai navikas spaudžia kaulus, nervus ar greta esančius organus. Skausmo intensyvumas ir atsiradimo dažnis labai priklauso nuo vietos, kurioje yra navikas, pvz., nedidelis navikas šalia nervo ar nugaros smegenų gali būti labai skausmingas ir nuolatinis, tuo tarpu didesnis navikas, esantis kitoje kūno vietoje, kurioje nėra skausmingų organų ar praeinančių nervų, gali sukelti neintensyvų skausmą arba būti priklausomas nuo tam tikrų judesių ar padėties. Ferreira ir kitų (2019) bendraautorių atliktame tyrime Brazilijoje nurodoma, kad tokį skausmą vidutiniškai patiria apie 40% pacientų sergančių vėžiu. *Gydymo sukeltas skausmas* onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams dažnai gydomas kompleksiskai. Todėl visas kompleksas gydymo priemonių gali turėti ženklios įtakos atsirandančiam skausmui. Chirurginės intervencijos net ir ne onkologine liga sergantiems pacientams sukelia skausmą, tačiau tai yra būtina procedūra, siekiant suvaldyti ligą. Chemoterapija ir radioterapija turi ženklios įtakos pacientų imuninei sistemai bei gali būti rimta priežastimi pacientams patirti skausmą. Ferreira ir kitų bendraautorių (2019) atlikto tyrimo duomenimis, su gydymu susijusį skausmą patiria daugiau kaip 50% visų besigydančių onkologinius susirgimus pacientų. (Ferreira et al., 2019).

Serbijoje atlikto tyrimo metu buvo siekiama nustatyti skausmo įtaką pacientų, sergančių onkologiniais susirgimais, gyvenimo kokybei. Tiriant skausmo įtaką gyvenimo kokybei reikšminga koreliacija buvo gauta tarp tokių gyvenimo kokybės sričių kaip apetitas, nuotaika, miego kokybė, nuovargis bei socialinė sąveika. Atlikus regresinę analizę nustatyta, jog skausmo intensyvumas buvo statistiškai reikšmingas ( $p < 0,001$ ) visose anksčiau išvardintose gyvenimo kokybės srityse, taip pat ir absoliučios gyvenimo kokybės srityje. Tyrimo duomenys leidžia daryti išvadą, jog skausmas ir jo intensyvumas turi tiesioginės įtakos pacientų gyvenimo kokybei bei jų motyvacijai gydytis, todėl tinkama skausmo kontrolė yra ypatingai svarbus aspektas, siekiant pagerinti pacientų,

sergančių onkologiniais susirgimais, gyvenimo kokybę (Dunjić & Ljubisavljević, 2018). Skausmas ir depresija yra glaudžiai susiję ir turi stiprią priklausomybę vienas nuo kito, skausmo ir depresijos derinys gali ženkliai pabloginti pacientų, sergančių vėžiu, klinikinę būklę. Apie 65% pacientų, sergančių vėžiu, kuriems nustatomas vidutinio stiprumo ar stiprus skausmas, kartu yra nustatoma ir įvairaus intensyvumo depresija (Anna et al., 2015). Alemayehu, Deyessa, Medihin & Fekadu (2018), atlikto tyrimo duomenimis nustatyta, kad pacientai, patiriantys skausmą, turi net keturis kartus didesnę tikimybę sirgti įvairaus intensyvumo depresija (Alemayehu et al., 2018).

Įprastinis medikamentinis skausmo gydymas kartais neužtikrina tinkamos skausmo kontrolės, kiti pacientai sąmoningai vengia didelių dozių nuskausminimo, baimindamiesi nuskausminamųjų vaistų sukeliama šalutinio poveikio. Vis dažniau vėžiu sergantys pacientai dėmesį atkreipia į papildomus skausmo valdymo būdus (Lee, Kim, Yeo, Kim, & Lim, 2015). Viename Taivano onkologijos centre atlikus apklausą paaiškėjo, jog 33,3% pacientų norėjo, kad jiems būtų suteikta informacija bei paslaugos, galinčios padėti valdyti onkologinio gydymo sukeltą skausmą be medikamentinio gydymo, tačiau to negavo (Lin, Shiu, Chen & Chiu, 2016). JAV nacionaliniuose vėžio centruose, kuriuose pakankamai plačiai išplėtotą integracinės onkologijos sritis, nuo onkologinio skausmo kenčiantiems pacientams yra skiriamas susitikimas su integracinės onkologijos konsultantu, su kuriuo detaliam aptariamam numatytas medikamentinis gydytojo onkologo paskirtas gydymas ir papildomos priemonės, kurios bus taikomos, siekiant suvaldyti skausmą. Integracinės onkologijos centrai turi parengtas gaires, kuriomis vadovaujantis paskiriamos procedūros pacientams. Dažniausiai nuo onkologinio skausmo kenčiantiems pacientams siūloma akupunktūra, masažas, meditacija, muzikos terapija bei kiti proto ir kūno atsipalaidavimo pratimai (Grant et al., 2019). Lee ir kitų bendraautorių (2015) atliktoje tyrimų meta-analizėje teigiama, jog, išanalizavus 17 atskirų klinikinių tyrimų, pakanka duomenų teigti, kad onkologinis masažas, akupunktūra ir pėdų refleksologija turi statistiškai reikšmingos įtakos onkologinio skausmo valdymui, derinant šias procedūras su nuskausminamuoju gydymu. Tačiau, autorių teigimu, norint šias priemones pritaikyti platesniam klinikiniam naudojimui, reikėtų atlikti ilgesnius laiko atžvilgiu tyrimus su didesnės imties populiacija (Lee et al., 2015).

### **1.3. Integracinė onkologija ir jos įtaka pacientų gyvenimo kokybei ir depresijai**

Integracinės medicinos ištakomis laikomi 1970-1980-ieji metai, kai New York Times žurnale buvo plačiai aprašoma Amerikos viceprezidento Nixono istorinė kelionė į Kiniją, kurios metu jam skubiai buvo atlikta apendektomija, ir Kinijos medikai kaip pooperacinės priežiūros dalį skyrė akupunktūrą, stebint teigiamą akupunktūros poveikį gijimo rezultatams. Tačiau tai įvyko laikmetyje, kuomet buvo gaji paradigma, kad viskas, kas nėra įprasta, tai yra „alternatyvu“ ir iš esmės nieko verta, ir tokioms idėjoms dėl tam tikrų politinių sprendimų nebuvo leista išvysti dienos

šviesos (Ng, Boon, Thompson, & Whitehead, 2016). Gydytojai ar studentai, kurie norėjo aptarti ar iširti papildomų priemonių įtaką pacientų sveikimui, būdavo ignoruojami arba išjuokiami, ypač akademinuose medicinos centruose (Ko & Schiffman, 2016). Neilgai trukus, jau 1990 m., kai sąmoningumas ir papildomų priemonių naudojimas stipriai išaugo, imta daugiau dėmesio skirti papildomų priemonių įtakai. Prie šio proveržio ženkliai prisidėjo Harvardo gydytojas Eisenbergas D. 1993 žurnale „The New England journal of medicine“ paskelbęs, kad net 33% gyventojų naudojami bent viena integracinės medicinos paslauga kasdieniniame gyvenime (Block, 2016). Ir kitas svarbus jo tyrimas atliktas 1997 m. publikuotas tame pačiame žurnale teigė, jog net 42% visų onkologinėmis ligomis JAV sergančių ligonių šalia įprasto gydymo naudoja integracinės onkologijos paslaugas. 2005 šių paslaugų vartojimas Australijoje, Kanadoje bei JAV padidėjo 49%, lyginant su devintuoju dešimtmečiu (Grant et al., 2019). Eisenbergo D. dar vienas 2006m atliktas tyrimas atskleidė, kad apsilankymų skaičius pas integracinės medicinos specialistus viršijo visų apsilankymų skaičių pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, o pacientų patirtos išlaidos, susijusios su integracinės medicinos paslaugomis, gerokai viršijo išlaidas gydytojų suteiktoms paslaugoms apmokėti (Nao-Latte & Mao, 2019). Mokantis gerosios praktikos iš Amerikos Europa taip pat atkreipė dėmesį į integracinės onkologijos teikiamą naudą. 2019 atlikto tyrimo duomenimis nustatyta, jog Vakarų Europoje integracinės onkologijos paslaugomis naudojasi 37%, Vokietijoje 41%, Viduržemio regione 39%, Jungtinėje karalystėje 32%, Skandinavijoje 31% pacientų sergančių onkologinėmis ligomis (Grant et al., 2019).

Didėjant integracinės medicinos paklausai JAV nacionalinė sveikatos sistema įsteigė Integracinės medicinos tarnybą su 2 milijonų JAV dolerių pradiniu biudžetu, vėliau tais pačiais metais įkurtas tinklas vienijantis 27 institucijas ir centrus kuriems buvo skirta virš 100 milijonų JAV dolerių iš įvairių klinikinių profilių tarp jų ir onkologijos, taip pradėjo kurtis pirmosios integracinės onkologijos ištakos (Moral-Munoz, Carballo-Costa, Herrera-Viedma & Cobo, 2019). 2013 m. kartografinio tyrimo metu buvo apklausti 236 vėžio centrai visoje Europoje, kurie teikė integracinės onkologijos paslaugas tyrimo metu nustatyta, kad 69,9 % šių įstaigų yra asmens sveikatos priežiūros centro dalis ir tik 19,6 % yra privačios iniciatyvos (Grant et al., 2019).

Dažnai patiriami šalutiniai vėžio gydymo simptomai reikalauja dėmesio ir susitelkimo, ieškant būdų adekvačiai jų kontrolei. Integracinė onkologija yra į pacientą orientuota ir įrodymais pagrįsta visapusiška onkologinių pacientų priežiūros sritis. Pagrindinis bruožas – holistinis požiūris į žmogų (Mūge, 2019), kartu pasitelkiant proto ir kūno praktiką, natūralius produktus ir įvairių pasaulio kultūrų bei tradicijų gyvenimo būdo modifikacijas kartu su įprastiniais vėžio gydymo būdais. Integracinė onkologija teikia pirmenybę saugumui ir priemonėms, turinčioms geriausių mokslinius įrodymus, kad būtų galima pasiūlyti tinkamą terapiją ar jos elementą kartu su įprastiniu vėžio gydymu. Integracinė onkologija siekia įtraukti pacientus ir jų šeimas kaip aktyvius savo

sveikatos priežiūros dalyvius, pradedant prevencija ir baigiant išgyvenimais po remisijos. Šis procesas optimizuoja sveikatos stiprinimą ir simptomų bei neigiamo šalutinio poveikio, atsirandančio dėl vėžio ar jo gydymo reiškinių, kontrolę (Naor-Latte & Mao, 2019). Šiuolaikinė medicinos pažanga leido padidinti pacientų, sergančių vėžiu, išgyvenamumą, tačiau ilgėjantis gyvenimas nepaliaujamai atneša papildomų kliūčių, tokių kaip su gydymu susijusių nepageidaujamų reiškinių dažnis ir aštrumas. Dažnai pacientai yra varginami ne tik fizinių, bet ir psichinių bei socialinių problemų. Siekiant užtikrinti aukštą pacientų gyvenimo kokybę ir gyvenimą be šalutinių reiškinių, būtina pacientams teikti multidisciplininiu požiūriu grįstus sprendimus ir priemones (Ramamoorthy, Janardhanan, Jeevakarunyam, Jeddy & Eagappan, 2015).

Stebint integracinės onkologijos paslaugų vartojimo didėjimą pasaulyje, imta kaupti mokslinių įrodymų bazes, apjungiančias tradicinį onkologinį gydymą ir integracinės onkologijos paslaugų svarbą ne tik gydymo rezultatams, bet ir atitikimą paciento nuostatoms bei vertybėms. Tačiau, net ir įrodžius integracinės onkologijos naudą pacientams, sergantiems vėžiu, bei didėjant šių paslaugų vartojimo mastui, kai kuriose šalyse vis dar išlieka paciento poreikių neatitinkančios integracinės onkologijos paslaugos. Šios paslaugos dažnai yra fragmentiškos ar atspindinčios tik pavienius veiksnius, o ne koordinuotos regioninės ar nacionalinės programos, ar sveikatos sistemos politikos atšakos (Greenlee & Shi, 2019).

Daugelis onkologinių pacientų, kuriems taikomas vienoks ar kitoks gydymas, neretai kenčia nuo vieno ar net keleto šalutinių gydymo ar ligos sukeltų reiškinių, kartais vien medikamentinio gydymo šiems simptomams suvaldyti nepakanka, arba dėl tam tikrų priežasčių medikamentinis gydymas yra netaikomas. Nepatenkinti simptominiai poreikiai ir holistinio požiūrio į sveikatą ar gydymą troškimas yra pacientų priežastis motyvacijai ieškoti jų poreikius patenkinančių papildomų ir alternatyvių medicinos priemonių. Apie 80% pacientų naudojami įvairiomis integracinės onkologijos paslaugomis, tačiau tik 14% pacientų apie tai praneša savo gydančiam gydytojui, tai gali sąlygoti faktas, jog apie integracinės onkologijos paslaugas pacientai dažniausiai sužino ne iš medicinos personalo (Stefanek & Jordan, 2020). 2018 ASCO nustatė nerimą keliančius duomenis, kad net 40% Amerikiečių, iš kurių 22% su nustatyta vėžio diagnoze, mano, kad vėžį galima išgydyti vien tik naudojant alternatyvius gydymo metodus. Taip pat tyrimo metu nustatyta, kad jaunesnio amžiaus žmonės labiau linkę manyti, jog vėžį galima išgydyti tik alternatyviais gydymo metodais, netaikant įprastinių gydymo metodų. Integracinė onkologija neretai yra painiojama su alternatyviają medicina, kurios siekis tam tikrais metodais, netaikant įprastinio gydymo, pasiekti visiško pasveikimo nuo ligos. Integracinės onkologijos prioritetą yra teikti saugias geriausias turimas įrodymais pagrįstas paslaugas, kartu su įprastiniais gydymo metodais siekti visapusiško vėžio gydymo. Siekiant visuomenei paaiškinti, jog integracinė onkologija, tai nėra tas pats kaip alternatyvioji medicina, ir jos siekiai kitokie, buvo priimtas ryžtingas sprendimas, 2003 m

Amerikoje įsikūrė Integracinės onkologijos draugija, kuri įsipareigojo atlikti ir dokumentuoti kruopščius mokslinius tyrimus apie integracinės onkologijos naudojimą kartu su įprastais vėžio gydymo metodais. 2009 m išleido pirmąjį bendrosios klinikinės praktikos gairių rinkinį, 2010 pradėjo leisti gairių rinkinius, susijusius su vėžio gydymo gairėmis, ir neilgai trukus ASCO patvirtino ir priėmė į klinikinę praktiką klinikinės gaires krūties vėžiu sergančioms moterims. 2019 m duomenimis 91% JAV Nacionalinių vėžio institutų centrų teikia: konsultacijas susijusias su mitybos klausimais, 84% konsultacijas apie maisto papildų vartojimą, 73% akupunktūros bei onkologinio masažo paslaugas, 69% meditacijos bei jogos užsiėmimų paslaugas, 67% konsultuoja vaistažolių vartojimo klausimais visos šios paslaugos yra teikiamos tik remiantis tvirtais klinikiniais moksliniais tyrimais ir su ASCO patvirtintomis praktinio taikymo gairėmis (Naor-Latte & Mao, 2019).

2018 metais Amerikoje buvo atliktas eksperimentinis tyrimas, kurio metu buvo siekiama išsiaiškinti integracinės onkologijos įtaką moterų, sergančių krūties vėžiu, gyvenimo kokybei. Moterys buvo suskirstytos į dvi kuo labiau homogeniškas grupes, grupės buvo parenkamos pagal demografinius duomenis, daug dėmesio skiriant amžiui, išsilavinimui, gyvenamajai vietai. Bendrai tyrime dalyvavo 1400 pacienčių. Tiriamąją grupę sudarė 680 dalyvių. Eksperimentinėje grupėje buvo 720 dalyvių. Tiriamajai grupei buvo taikomas tradicinis gydymas, o eksperimentinei grupei šalia tradicinio gydymo buvo taikomos integracinės onkologijos priemonės. Tyrimo metu buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai ( $p < 0,05$ ) šiose gyvenimo kokybės sudedamosiose dalyse: fizinio vaidmens, socialinės funkcijos atlikimo, emocijų valdyme, psichinėje sveikatoje. Pacienčių, kurioms prie tradicinio onkologinio gydymo (chirurginio gydymo, chemoterapijos, spindulinės terapijos) buvo taikoma bent viena integracinės onkologijos priemonė, gyvenimo kokybės indeksas, vertinant bendrai visas sudedamąsias gyvenimo kokybės dalis, buvo geresnis vidutiniškai 9 balais, ir tai Andersen ir kitų bendraautorių (2018) teigimu yra džiuginantis rezultatas, patvirtinantis integracinės onkologijos naudą onkologinių ligonių gydyme (Andersen et al., 2018).

Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, didėjant onkologinių susirgimų skaičiams ir stebint ilgėjantį išgyvenamumą bei sunkėjančius gydymo sukeltus šalutinius reiškinius, vis daugiau dėmesio skiriama pacientų gyvenimo kokybei. Siekiant visapusiškos pacientų priežiūros ir kokybiškų paslaugų, kurias įvairios nevyriausybinės nepelno siekiančios ar privačios įstaigos, norinčios padėti pacientams bei jų artimiesiems šioje nelengvoje kelionėje per vėžį.

Integracinės onkologijos sritis Lietuvoje žengia pirmuosius žingsnius, 2019 m spalį vykusioje integracinės onkologijos asociacijos konferencijoje Jungtinėse Amerikos Valstijose New York mieste, kurioje dalyvavo įvairių šalių mokslininkai tyrėjai bei gydytojai klinicistai, pacientų atstovai, kiti sveikatos priežiūros specialistai. Lietuva, kartu su Ispanija, prisijungė prie jau esančių

29 šalių integracinės onkologijos asociacijos veiklos (Sveikata, 2020). Ir 2019 lapkričio mėnesį duris atvėrė pirmasis specializuotas integracinės onkologijos centras Lietuvoje, paremtas JAV mokslininkų ir medicinos centrų patirtimi. Šiame centre pacientams teikiamos aromaterapijos, fizinio aktyvumo, jogos, meno terapijos ir onkologinio masažo paslaugos bei veikia pagalbos sau mokykla, kuri apima įrodymais pagrįstus teorinius užsiėmimus pacientams ir jų artimiesiems aktualiais klausimais, tokiais kaip streso valdymas, mitybos ypatumai, miego kokybės gerinimas. Integracinės onkologijos centre dirba patarėjas – koordinatorius, kuris nuolat prižiūri pacientus, betarpiškai su jais bendrauja bei padeda pasirinkti paslaugas, labiausiai atitinkančias pacientų poreikius, reaguodamas į naujai atsiradusius šalutinius reiškinius ar gydymo netoleravimą, nedelsiant imasi priemonių, konsultuodamas ne tik pacientus, bet ir jų artimuosius (IOC, n.d.). Šiuo metu integracinės onkologijos paslaugos pacientams yra visiškai nekompensuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, tačiau centras, matydamas didelį pacientų aktyvumą ir susidomėjimą, bendradarbiaudamas su nevyriausybinėmis organizacijomis, plečia savo veiklą ir praktinius užsiėmimus vykdo grupėms žmonių, tačiau, anot centro vadovės D. Mačiulienės “ Tai nėra tas pats kas individuali konsultacija ir nėra visapusiškas įsigilinimas į žmogaus lūkesčius ir pagalbą jam, tačiau tai yra geriau nei nieko, nes žmonės, susirinkę į grupes, sužino daug naudingos informacijos, kuri juos skatina domėtis ir tobulėti dėl savo sveikatos,, (LRT, 2019).

### **1.3.1. Integracinės onkologijos paslaugos ir jų nauda pacientų gyvenimo kokybei ir depresijai**

**Aromaterapija** yra augalų eterinių aliejų naudojimas pacientų proto, kūno ir dvasios savijautai gerinti (Özkaraman, Dügüm, Yılmaz & Yeçilbalkan, 2018). Onkologiniams pacientams šalia tradicinio vėžio gydymo naudojama, siekiant suvaldyti tokius gydymo sukeltus šalutinius reiškinius kaip stresas, nerimas, skausmas, pykinimas ir vėmimas. Pagrindinis tikslas derinyje su įprastiniais gydymo metodais, tinkamai kontroliuojant atsiradusius gydymo ar ligos sukeltus šalutinius reiškinius, pagerinti pacientų gyvenimo kokybę. Aromaterapija gali būti naudojama ir su kitomis integracinės onkologijos paslaugomis, tokiomis kaip masažo terapija ar akupunktūra bei kitomis įprastinėmis medicininėmis procedūromis, padedančiomis valdyti atsiradusius simptomus (Gubili, Emerzian & Miner, 2018). Aromaterapijoje yra naudojami daugybės skirtingų augalų eteriniai aliejai, kiekvieno augalo eterinis aliejus turi skirtingą cheminį pagrindą, žmogaus organizme jis veikia per juslinius organus ar per organizmo gebėjimą pasisavinti cheminius junginius (Özkaraman et al., 2018). Aromaterapija gali būti kelių rūšių: *Netiesioginė aromaterapija* – kai keletas lašų eterinio aliejaus yra įlašinama į difuzorių ir pacientas būna patalpoje, pripildytoje eterinio aliejaus aromatų. *Tiesioginė aromaterapija (inhaliacija)* – keletas eterinio aliejaus lašų yra įlašinama į karštą vandenį ir, naudojant individualų inhaliatorių, pacientas tiesiogiai įkvepia garus

(Reis & Jones, 2017). *Aromaterapinis masažas* – kai vienas ar kelių eterinių aliejų mišinys masažo judesiais yra įtrinami į odą (Gubili et al., 2018).

Onkologijoje naudojami papildomi gydymo metodai, kaip ir visi tradiciniai medicininiai vaistiniai preparatai ar procedūros, privalo praeiti ilgą kelią, kol gali būti taikomi praktikoje su žmonėmis, todėl eterinių aliejų poveikis prieš jį naudojant klinikinėje praktikoje pradžioje yra išbandomi laboratorijoje su navikinėmis ląstelėmis bei gyvūnais. Po nuoseklių bandymų laboratorijoje atliekami klinikiniai tyrimai, siekiant įvertinti jų naudą žmonėms (Mannucci et al., 2018). Jungtinėse Amerikos Valstijose atlikto klinikinio tyrimo metu nustatyta, kad pacientams, kuriems buvo taikoma aromaterapija, pagerėjo nuotaika bei miego kokybė, sumažėjo nerimas, buvo geriau kontroliuojamas pykinimas ir vėmimas bei skausmas (Johnson et al., 2016). Eterinių aliejų gausa yra išties plati, tačiau integracinės onkologijos praktikoje dažniausiai naudojami keletas eterinių aliejų (Farahani et al., 2019):

Levandų bei snapučio eterinis aliejus – naudojami, siekiant sumažinti stresą, lengvinti depresijos bei nerimo simptomus, ar pagerinti miego kokybę.

Eukaliptų eterinis aliejus – naudojamas kaip tonizuojanti priemonė.

Arbatmedžio eterinis aliejus – turi antibakterinių savybių, padeda kontroliuoti skausmą

Citrinų eterinis aliejus – naudojamas siekiant palengvinti pykinimą ir vėmimą

Ramunėlių eterinis aliejus – pasižymi raminančiu poveikiu, gerina miego kokybę, palaiko imuninę sistemą.

Bergamoto eterinis aliejus – naudojamas siekiant sumažinti stresą, nerimą, depresiją, veikdamas tonizuojančiai padeda valdyti nuovargį.

Pipirmėtės eterinis aliejus – turi tonizuojančių savybių todėl gali turėti įtakos nuovargio simptomams lengvinti, skatinti psichinį budrumą, naudojamas pykinimui bei kitiems virškinimo sutrikimams malšinti.

Imbiero eterinis aliejus – naudojamas skatinti apetitui, pykinimo ir vėmimo bei žarnyno problemoms lengvinti.

Kedro eterinis aliejus – mažina stresą, padeda atsipalaiduoti

Bosvelijos eterinis aliejus – mažina uždegiminius procesus, veikia skausmą, stiprina imuninę sistemą, švelnina odos sudirgimus, mažina nerimą, pasižymi imuninę sistemą skatinančiomis savybėmis (Farahani et al., 2019).

Klinikinėje praktikoje, siekiant pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, tinkamai kontroliuojant atsiradusius gydymo ar ligos sukeltus šalutinius reiškinius, svarbu tinkama pacientų priežiūra, individualus įvertinimas bei nuoseklus gydymo plano sudarymas. Stengiantis išvengti polifarmacijos svarbu apgalvoti visas įmanomas gydymo galimybes, kurios yra ne medikamentinės, skiriant nemedikamentines priemones svarbu įvertinti medikamentinio gydymo atsisakymo naudą ir

galimą žalą pacientui, į sprendimo priėmimą būtina įtraukti pacientą ir jo artimuosius, detaliai paaiškinti galimus pasirinkimo variantus (Jones et al., 2018).

**Fizinis aktyvumas:** Fizinio aktyvumo ir sporto nauda onkologinėmis ligomis sergantiems žmonėms yra dvejopa: *fizinė* – stiprėja kūno raumenys, gerėja kraujotaka bei kita; *psichologinė* – nukreipiamos mintys, gerėja bendra savijauta. Vis daugejant tyrimų apie fizinio aktyvumo naudą onkologiniams pacientams, neretai klinikinėje praktikoje fizinio aktyvumo terapija yra taikoma derinyje su įprastiniu gydymu ir tęsiama jam pasibaigus. Mankšta bei intensyvesnės treniruotės gali būti įtraukiamos į pacientų laisvalaikį, tačiau būtina kontroliuoti jų dažnį, intensyvumą bei laiką. Skiriant fizinį aktyvumą kaip terapiją svarbu atskirti kitas fizinio aktyvumo rūšis, tokias kaip: atvykimas iki gydymo įstaigos, profesinė veikla ar namų ruošą (Bouillet et al., 2015).

Hirshey ir kitų bendraautorių (2020) atliktoje meta-analizėje, kuri apėmė 25 nepriklausomas fizinio aktyvumo vėžiu sergantiems žmonėms studijas, bendrai apimančias 5897 pacientus. Atliktoje analizėje teigiama, jog fizinio aktyvumo taikymas šalia tradicinio onkologinio gydymo žymiai sumažino su vėžiu susijusį nuovargį ( $p < 0,001$ ), pagerino su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ( $p < 0,001$ ), sumažino nerimo ( $p = 0,006$ ) bei depresijos simptomus ( $p < 0,001$ ) (Hirshey et al., 2020).

Fizinis aktyvumas, sergantiems vėžiu, gali sumažinti riziką onkologinės ligos recidyvui ir sumažinti mirtingumą nuo onkologinių susirgimų. Sheeran ir kitų bendraautorių (2019) atliko meta-analizę, kuri apėmė 38 nepriklausomus klinikinius testus, kuriuose dalyvavo 13050 pacientų, sergančių įvairių lokalizacijų vėžiu. Atlikus analizę padaryta išvada, kad fizinis aktyvumas turi įtakos pacientų, sergančių prostatos, kolorektaliniu bei krūties vėžiu, išgyvenamumui. Tarp moterų, kurioms buvo taikomas fizinis aktyvumas, šalia tradicinio gydymo buvo nustatytas 32% mažesnė ligos recidyvavimo rizika, 38% sumažėjo mirtingumo nuo krūties vėžio rizika. Pacientams vyrams, sergantiems prostatos vėžiu, fizinis aktyvumas kartu su tradiciniu vėžio gydymu 23% sumažino ligos recidyvavimo riziką ir 38% sumažino mirtingumo nuo prostatos vėžio riziką (Sheeran et al. 2019).

Atliktų tyrimų duomenys leidžia teigti, kad fizinis aktyvumas yra unikali integracinė onkologijos priemonė, gerinanti pacientų gyvenimo kokybę ir prisidedanti prie pacientų išgyvenamumo ilgėjimo. Vis plačiau atliekami klinikiniai ir moksliniai tyrimai skirtingose kultūrose, geografinėse vietovėse, socialinėse bei ekonominėse aplinkose leidžia kaupti mokslinius įrodymus, ir juos susisteminti pateikti gaires, naudojamas klinikinėje praktikoje. Pagal individualius poreikius pritaikytas fizinis aktyvumas pacientams suteikia galimybę vėžio diagnozę ir su ja susijusius pašalinius reiškinius išgyventi lengviau (Brown & Ligibel, 2017).

**Joga:** Pasaulyje augant susidomėjimui holistiniais gydymo metodais onkologinių pacientų priežiūroje, imta daugiau dėmesio skirti ir jogos terapijai. Joga yra proto ir kūno praktikos

kompleksas, apimantis kvėpavimą, atsipalaidavimą, meditaciją bei fizines pozas (asanas). Integracinėje onkologijoje joga gali būti taikoma individualios terapijos pagrindu arba grupinių užsiėmimų metu. Joga pagerina pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis bendrą sveikatą, gyvenimo kokybę, padeda kontroliuoti miego sutrikimus, depresiją, nerimą bei nuovargį (Lopez et al., 2018).

Teorinis jogos naudos mechanizmas, mažinantis pasikartojančio nerimo ir nuovargio simptomus, bei pagerėjusi miego kokybė yra siejama su jogos metu ugdomu pacientų sąmoningumu bei fiziologiniais pokyčiais, kuriuos skatina joga, kuomet pakeičiamas simpatinės nervų sistemos dominavimas į parasimpatinės nervų sistemos dominavimą (Lin et al., 2019). Sąmoningumu pagrįstas streso mažinimas pasaulyje žinomas nuo aštuntojo dešimtmečio pabaigos, tinkamas kvėpavimas ir gebėjimas atsipalaiduoti bei sąmoningai valdyti mintis mokslininkų teigimu yra tiek pat naudingas pacientams, sergantiems vėžiu, kiek ir vidutinio intensyvumo fizinės treniruotės, todėl onkologiniams pacientams siūloma jogos intensyvumą pritaikyti prie jų fizinių galimybių (Koula & Knight, 2018).

Viena didžiausių onkologinių pacientų grupių yra moterys, sergančios krūties vėžiu, itin agresyvus šios lokalizacijos vėžio gydymas moterims sukelia daugybę su gydymu susijusių šalutinių reakcijų. Didžiąją dalį moterų, kurioms yra nustatytas krūties onkologinis susirgimas, yra taikomas chirurginis gydymas, kurio metu, siekiant išvengti ligos plitimo, yra pašalinami pažastiniai limfmazgiai, kas sąlygoja limfinės edemos atsiradimo riziką. Po chirurginės intervencijos susidarę randai sukelia ribotą judesių amplitudę, o limfos sąstovis sukelia skausmą bei sunkumo jausmą galūnėje. Greenlee ir kitų bendraautorių (2017) pateiktose praktinėse gairėse teigiama, jog prie fizinių galimybių pritaikyto intensyvumo joga turi teigiamos įtakos limfos nutekėjimui bei padidėjusiai judesių amplitudei viršutinėje kūno dalyje pacientėms po atliktos limfadenektomijos (Greenlee et al., 2017).

Jogos terapija yra neinvazinis bei neskausmingas metodas, leidžiantis tinkamai kontroliuoti tam tikrus su gydymu ar liga susijusius šalutinius reiškinius, derinyje su įprastiniais gydymo metodais. Jogos terapija tinkama įvairaus amžiaus grupių pacientams su skirtingu fiziniu aktyvumu, todėl pakankamai populiari JAV integracinės onkologijos centruose. Siekiant maksimalios jogos terapinės naudos, būtinas pacientų pozityvus, motyvuotas ir sąmoningas apsisprendimas priimti teikiamas paslaugas. Todėl prieš skiriant papildomas priemones, siekiant suvaldyti atsiradusius šalutinius reiškinius, labai svarbus asmeninis paciento įsitikinimas bei emocinis nusiteikimas orientuotas į paslaugą (DiScipio, 2016).

**Meno terapija** yra priemonė, apimanti meninės raiškos būdus fizinei ir psichinei savijautai bei suvokimo ir pažinimo funkcijoms gerinti. Meno terapija, naudojama integracinėje onkologijoje, skatina išreikšti tam tikrus giliai paslėptus jausmus, tokius kaip baimė, viltis ir pan., stimuliuodama

atmintį ir prisiminimus. Meno terapijos užsiėmimų metu pacientai gali išreikšti save net ir neturėdami talento, kai jiems tiesiog pritrūksta žodžių. Pagrindinis meno terapijos tikslas yra padėti vėžiu sergantiems žmonėms atskleisti savo jausmus ir būti bent šiek tiek laimingesniems (Bilgin, Kirca, Ozdogan, 2018).

Vėžiu sergantys pacientai dažnai patiria įvairaus pobūdžio kančias, susijusias su fiziniu skausmu, psichologinėmis ar egzistencinėmis problemomis. Meno terapija - viena iš efektyviausių terapijų integraciniėje onkologijoje, galinti įtakoti pacientų psichologinę būklę (Glinzak, 2016). Ando ir Hayashida (2017) atliko kokybinį tyrimą su 8 onkologinėmis ligomis sergančiais pacientais. Pacientams meno terapija buvo taikoma nuo 2 iki 4 kartų per savaitę, terapijos metu pacientai piešė paveikslus bei darė koliažus tam, kad išreikštų savo jausmus. Po kiekvieno užsiėmimo šiuos savo darbus aptarė ir išsakė, kokius jausmus jautė piešdami, terapeutas užsirašinėjo kiekvieno paciento mintis apie patį piešinį bei emocijas, kokios dominavo, kalbant apie atliktą darbą. Po paskutinio užsiėmimo pacientų duomenys buvo susisteminti, siekiant įvertinti dailės terapijos naudingumą. Susistemintus duomenis, išskirtos kelios kategorijos: „Terapija skatina bendrauti su kitais onkologine liga sergančiais pacientais ir pasidalinti asmenine patirtimi“, „Pagerina asmeninius šeimos santykius, besidalijant įspūdžiais“, „Suteikia vilčių ateičiai“, „Sukuria psichologinę erdvę, kuri bent trumpam leidžia užsimiršti apie ligą“, „Stimuliuojami prisiminimai leidžia prisiminti senus gerus laikus“, „Dvasinis poilsis“. Autorių teigimu šie rezultatai leidžia teigti, kad meno terapija yra psichologiškai naudinga pacientams ir gali būti taikoma pacientams, varginamiems depresijos, nuotaikos sutrikimų bei kitokių psichologinių sunkumų (Ando & Hayashida 2017).

Turkijoje buvo atliktas tyrimas, siekiant išsiaiškinti meno terapijos naudą pacientams, sergantiems onkologinėmis ligomis. Tyrime dalyvavo 48 pacientai, kuriems šalia tradicinio gydymo buvo taikoma 6 savaitių meno terapijos užsiėmimai. 26 tyrime dalyvavę pacientai jau buvo turėję dailės terapijos užsiėmimų praeityje, o 22 - ne. Kontrolinę grupę sudarė 24 pacientai. Išanalizavus tyrimo duomenis nustatyta, kad pacientų, kuriems šalia įprastinio vėžio gydymo kartu buvo taikoma dailės terapija, statistiškai reikšmingai pagerėjo gyvenimo kokybė ( $p = 0,001$ ) bei sumažėjo depresijos balai pagal HAD skalę ( $p = 0,001$ ), lyginant su kontroline grupe. Tyrimo metu taip pat nustatyta, kad pacientų, kurie praeityje neturėjo užsiėmimų meno terapijoje, gyvenimo kokybė pagerėjo daugiau, o depresijos balai pagal HAD buvo mažesni nei tų pacientų, kuriems anksčiau buvo taikyta meno terapija, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (Bozcuk et al., 2017).

Meno terapija pakankamai nauja medicinos sritis, vis dėlto menas, nepriklausomai nuo to, ar į jį yra žiūrima ar jis atliekamas, jau nuo seno manoma, kad turi gydomųjų savybių. Meno terapija onkologiniams pacientams gali padėti atpalaiduojančiai ne tik pabėgti nuo gydymo ar ligos sukkelto

nerimo, ateities baimės, bet ir padėti suprasti bei suvaldyti daugybę emocijų, kurios gali kilti, išgirdus diagnozę ar susiduriant su kankinančiais gydymo ar ligos sukeltais simptomais. Taip pat gali padėti išreikšti emocijas, kurias kartais sunku išreikšti žodžiais, tačiau neišsakytos jos neduoda ramybės ir neleidžia atsipalaiduoti (Holland & Wiesel, 2017).

**Onkologinis masažas** viena iš integracinės onkologijos paslaugų, skatinanti į pacientą žvelgti holistiniu požiūriu, pagrįsta empatija bei specializuotomis masažo procedūromis, siekiant padėti žmonėms, susidūrusiems su onkologinės ligos ar gydymo varginamais simptomais. Onkologinis masažas nuo įprasto masažo skiriasi masažo specialisto pasirengimu bei individualios masažo technikos pritaikymu prie paciento fizinės ar medicininės būklės (Spinu et al., 2020). Onkologinio masažo specialistas papildomai turi būti išklausęs kursus ir įgyti specialių žinių, susijusių su vėžio gydymu bei jo poveikiu pacientams (Cowen, Miccio & Parikh 2017), turi mokėti specifinių masažo technikų, tinkamų onkologinėms ligoms, susijusioms su klinikinėmis būklėmis, tokiomis kaip: limfoedema, sunkus nuovargis, neprognozuojamas pykinimas ir vėmimas, poodiniai ar intraveniniai kateteriai, porto sistemos ar šalinimo organų stomos (Seu & Hunter, 2020). Masažo technika keičiama, atsižvelgiant į visas realiu laiku esančias paciento problemas: fizines, psichologines ir socialines vėžio ar jo gydymo pasekmes, nepaliekant nuošalėje individualių asmens tikslų bei lūkesčių (Spinu et al., 2020).

2017 metais JAV buvo atliktas tyrimas su 1090 pacientų, kuriems šalia tradicinio onkologinio gydymo buvo atliekama masažo terapija 5 kartus per savaitę, masažo trukmė buvo vidutiniškai 20 min., tyrimas buvo atliekamas 9 mėnesius. Išanalizavus duomenis nustatyta, kad 63% pacientų statistiškai reikšmingai sumažėjo nerimas, pykinimas, skausmas, nuovargis, lyginant rezultatus prieš masažo terapiją ir po jos. 94% pacientų rekomenduotą masažo terapiją ir kitam pacientui, kuriam taikomas onkologinis gydymas. Tyrimo metu nebuvo pastebėtų su masažo terapija susijusių nepageidaujamų reiškinių (Mao et al., 2017).

Lopez ir kitų bendraautorių (2017) atlikto klinikinio tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti masažo terapijos įtaką pacientų, sergančių vėžiu gyvenimo kokybei. Tyrime dalyvavo 60 pacientų (30 kontrolinėje grupėje ir 30 intervencinėje grupėje). Masažo terapija buvo atliekama 4 savaites po 10 minučių kas antrą dieną. Tyrimui naudotas SF36 klausimynas. Atlikus tyrimą ir išanalizavus duomenis, nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys ( $p = 0,001$ ) tarp masažo ir pagerėjusio gyvenimo kokybės intervencinėje tiriamųjų grupėje, duomenis lyginant su pirminiu testavimu ir po taikytos intervencijos. Tuo tarpu vertinant gyvenimo kokybės pokyčius tarp intervencinės ir kontrolinės grupės, statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ( $p = 0,46$ ) (Lopez et al. 2017).

Armstrong, Lanni, Anderson & Patricolo (2018) teigimu, onkologinis masažas yra viena mėgstamiausių pacientų integracinės onkologijos teikiama paslauga. JAV nacionaliniame vėžio institute veikiančiame integracinės onkologijos skyriuje onkologinį masažą renkasi apie 55% visų

skyriuje besilankančių pacientų. Autorių teigimu, didelis susidomėjimas ir nuosekli pacientų dokumentacija bei jos analizavimas leidžia daryti išvadas, jog reguliariai taikomas onkologinis masažas turi įtakos sumažėjusiam nerimui, depresijai bei stresui, taip pat geriau kontroliuojami su gydymu ar liga siejami šalutiniai reiškiniai, tokie kaip skausmas, pykinimas bei nuovargis, o visa tai sąlygoja gerėjančią pacientų gyvenimo kokybę (Armstrong et al., 2018).

## II. EMPIRINĖ DALIS

### 2.1. Tyrimo metodika

Šiuo tyrimu buvo siekiama nustatyti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas. Mokslinės literatūros rinkimas ir analizė buvo atliekama 2019 metų lapkričio – 2020 m. spalio mėnesiais. Tyrimas buvo atliekamas Kauno miesto sveikatos priežiūros įstaigoje, teikiančioje onkologinių ligų gydymo paslaugas bei įstaigoje, teikiančioje integracinės onkologijos paslaugas. Tyrime dalyvavo dvi onkologinėmis ligomis sergančių pacientų grupės. Vieną grupę sudarė pacientai, kurie tyrimo metu buvo gydomi tradiciniu vėžio gydymu. Antrąją grupę sudarė pacientai, kuriems šalia tradicinio gydymo buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos. Gauti duomenys buvo analizuojami, naudojant statistinės duomenų analizės paketą *SPSS 24.0 for Word*.

**Teorinis tyrimo pagrindimas.** Darbo teoriniam pagrindimui pasirinktos dvi teorijos: Sveikatos įsitikinimų modelis ir Callista Roy adaptacijos modelis.

*Sveikatos įsitikinimų modelis.* Šis modelis didžiausią dėmesį skiria žmonių įsitikinimo vaidmeniui, susijusiam su sprendimų priėmimu sveikatos labui. Šiame modelyje žmogaus elgesys nukreiptas į sveikatos gerinimą, aiškinamas per specifinius konstruktus: kaip giliai pacientas suvokia savo sveikatos problemą, kaip suvokia sunkumus, su kuriais bus susiduriama, kokia nauda bus gaunama iš vieno ar kito sprendimo, kokios kliūtys ar barjerai gali laukti sprendimų priėmimo stadijoje, kaip suvokiami kūno siunčiami ženklai.

Viena iš modelio nagrinėjamų krypčių yra žmogaus elgesys susirgus. Ji apima: tinkamą skirtų vaistų vartojimą, reguliarias konsultacijas su medikais, įvairius reagavimo būdus į kūno siunčiamus signalus, vidinės būsenos vertinimą, simptomų nustatymą ir interpretavimą, gydymą vaistais ar kitais įvairiais tradiciniais ir netradiciniais gydymo būdais. Modelyje pabrėžiama, kad žmogaus elgesį dažniausiai lemia padariniai. Elgsenos keitimą lemia stimulus keistis, baimė dėl esamos elgsenos, įsitikinimai, kad pokytis duos teigiamos naudos, o galimi padariniai bus neįžymūs arba jų visai nebus, taip pat individualus žmogaus gebėjimas pasikeisti. Poveikis žmogui tiesiogiai priklauso nuo to, kaip rimtai jis vertina savo ligą. Galimybei pasirinkti ir norui keisti esamą situaciją turi įtakos asmeninė patirtis, galėjimas valdyti situaciją. Sveikatos įsitikinimų modelyje pažymima, kad individui reikia postūmio keisti savo elgseną ar priimti su sveikata susijusius sprendimus (Pukinskienė, 2011).

*Callista Roy Adaptacijos modelis.* Callista Roy žinoma kaip edukologė ir teoretikė. Dar 1966 m. pradėjo kurti adaptacijos modelį, tačiau pirmą kartą jis publikuotas tik 1970 m. Modelyje teigiama, kad kiekvienas būdas yra poveikis (fizinis ar psichosocialinis), kuris yra naudojamas, siekiant palaikyti teigiamas galimybes ar prisitaikymą prie nuolat besikeičiančios aplinkos.

C. Roy ypatingą dėmesį skiria savęs pažinimui kūno pasikeitimo procese bei dvasinei būsenai. Sergant vėžiu, paciento požiūris į save ir savo kūną gali būti besikeičiantis, nes paciento fizinė ir psichinė gerovė yra pažeista. Autorės teigimu, tokie pacientai yra itin pažeidžiami, neretai jie suserga depresija, nerimauja, jaučia visišką neviltį, savo kaltę, menkavertiškumą ir turi suicidinių idėjų. Jų gyvenimo kokybė labai pablogėja. Dažnai šioms problemoms spręsti gydytojai siūlo medikamentinį gydymą. Tačiau C. Roy pabrėžia, kad slaugytojas turi įvertinti funkcinę paciento būklę ir padėti jam atlikti tik tuos vaidmenis, kuriuos jis gali, įtraukti paciento šeimą ar artimuosius, siekiant abipusių tikslų. Autorės teigimu, atsiradus glaudžiam ryšiui tarp paciento ir jo artimųjų, vaidmenys persigrupoos. Slaugytojas, bendradarbiaudamas su pacientu ir jo šeima, turi būti jautrus ir kultūringas, nes paciento negalia sukelia įtampą ir partneriams šeimoje. Slaugytojas turi skatinti tarpusavio priklausomybės ryšius tarp partnerių šeimoje ar nukreipti pacientą ir jo artimuosius, atsižvelgiant į paciento kultūrinius – etinius ypatumus, dvasinius poreikius, dalyvauti paramos grupėse ar panašiose veiklose, kur susirenka bendraminčiai, nes tai padeda geriau adaptuotis. Slaugytojas turi gebėti atskleisti paciento savijautą, jo tikslus, skatinti aktyvumą, judėjimą, maitinimąsi. Tokie slaugos veiksmai pagerins paciento ir jo šeimos gyvenimo kokybę (Pukinskienė, 2011).

Sveikatos įsitikinimų modelis atskleidžia, kokios priežastys gali įtakoti pacientą pasirinkti vienokį ar kitokį gydymo metodą, priimant sprendimus, susijusius su savo sveikata. Kokios priežastys gali sąlygoti vienokį ar kitokį sprendimo priėmimą. Callistos Roy adaptacijos modelis, papildydamas sveikatos įsitikinimų modelį, šiame darbe padės atskleisti slaugytojo veiklos aspektus, padedant pacientui priimti tinkamiausius sprendimus, susijusius su sveikata ir jos optimaliu gerinimu.

### **2.1.1. Tyrimo imties charakteristika**

Tyrimo imtis yra neatsitiktinė tikslinė imtis. Tai tokia imtis, į kurią patekti tam tikriems populiacijos individams tikimybė lygi nuliui arba daug mažesnė nei kitų (Mockienė, Drungilienė ir Martinkėnas, 2014). Tikslinės tiriamųjų grupių sudarymo būdas pasirinktas, nes į tiriamųjų grupę įtraukiami asmenys, kurie tyrėjo manymu, yra tipiškiausi tiriamuoju požymiu (Kardelis, 2016). Šiuo atveju pasirinktos dvi grupės pacientų, kur pirmąją grupę sudaro pacientai, sergantys onkologine liga ir kuriems taikomas tradicinis gydymo metodas. Antrąją tiriamųjų grupę sudaro pacientai, kurie serga onkologine liga ir šalia tradicinio gydymo metodo jiems teikiamos integracinės onkologijos paslaugos. Vėžio lokalizacija įtakos patekimui į tiriamųjų grupes neturi. Kadangi tyrime dalyvavo dvi grupės pacientų, todėl buvo naudojami dveji atrankos kriterijai.

### 1. grupės atrankos kriterijai

- Onkologine liga sergantys ir tyrimo metu gydomi pacientai, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymo būdas.
- Nuo onkologinės ligos diagnozės praėjo nemažiau kaip 2 savaitės.
- Pacientai, sutikę dalyvauti tyrime, kurių amžius daugiau nei 18 m.
- Respondentai, skaitantys ir rašantys lietuviškai.

### 2. grupės atrankos kriterijai

- Onkologine liga sergantys ir tyrimo metu gydomi pacientai, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymo bei papildomai teikiamos integracinės onkologijos paslaugos.
- Nuo onkologinės ligos diagnozės praėjo nemažiau kaip 2 savaitės.
- Pacientai, sutikę dalyvauti tyrime, kurių amžius daugiau nei 18 m.
- Respondentai, skaitantys ir rašantys lietuviškai.

Bendradarbiaujant su integracinės onkologijos paslaugas teikiančiu centru Lietuvoje išsiaiškinta, kad šiuo metu aktyviai besinaudojančių pacientų integracinės onkologijos paslaugomis šalia tradicinio vėžio gydymo yra apie 300. Siekiant imties reprezentatyvumo, buvo atlikta matematinė analizė. Respondentų imties dydžiui nustatyti taikoma I. Paniotto formulė (Mockienė et al. 2014). Atlikus skaičiavimus nustatyta, kad reikia apklausti 171 onkologine liga sergantį pacientą, kuriam taikomas tradicinis vėžio gydymas kartu su integracinės onkologijos paslaugomis. Kadangi ši grupė yra mažesnė nei apskritai sergančių ir besigydančių onkologines ligas, pagal mažesnės grupės imtį sudarome ir antrosios tiriamųjų grupės imtis, numatant, kad antrojoje tiriamųjų grupėje taip pat turi dalyvauti 171 respondentas. Iš viso reikia apklausti 342 tiriamuosius. Atsižvelgiant į tai, kad dalis anketų gali grįžti nepilnai užpildytos, ar tiriamieji atsakytų dalyvauti apklausoje, iš viso anketų buvo išdalinta 354 lygiomis dalimis abiemis tiriamųjų grupėms (po 177). Po apklausos grįžo 350 anketų (98,5 procento), iš kurių 6 buvo neteisingai užpildytos (ne visas klausimynas, faktinės klaidos, visi atsakymai sužymėti stulpeliu). Tyrime dalyvavo 344 onkologinėmis ligomis sergantys pacientai. Po 172 pacientus abiejuose grupėse.

Iš viso tyrime dalyvavo 49,4 proc. (n=170) moterų ir 50,6 proc. (n=174) vyrų. Amžiaus vidurkis buvo  $56,6 \pm 12,54$  metai (jauniausiam - 18 m., vyriausiam – 87 m.). Abejose grupėse buvo vienodas respondentų pasiskirstymas pagal lytį.

Daugiau nei trečdalis pacientų, 39,2 proc. (n=135), turėjo aukštąjį išsilavinimą, 27,6 proc. (n=95) turėjo aukštesnįjį, 15,1 proc. (n=52) buvo baigę profesinę mokyklą, 16,6 proc. (n=57) baigę viduriniąją mokyklą ir 1,5 proc. (n=5) turėjo tik pradinį išsilavinimą. Rezultatai pateikti 1 lentelėje.

1 lentelė. Pacientų demografinė charakteristika, proc. (n)

| Demografiniai veiksniai |              | Tradicinis gydymo būdas | Tradicinis su integracinės onkologijos paslaugomis | Bendras skaičius |
|-------------------------|--------------|-------------------------|--|------------------|
| Lytis                   | Moteris      | 49,4 (85)               | 49,4 (85)  | 49,4 (170)       |
|                         | Vyras        | 50,6 (87)               | 50,6 (87)  | 50,6 (174)       |
| Išsilavinimas           | Pradinis     | 2,3 (4)                 | 0,6 (1)  | 1,5 (5)          |
|                         | Vidurinis    | 20,9 (36)               | 12,2 (21)  | 16,6 (57)        |
|                         | Profesinis   | 17,4 (30)               | 12,8 (22)  | 15,1 (52)        |
|                         | Aukštesnysis | 24,4 (42)               | 30,8 (53)  | 27,6 (95)        |
|                         | Aukštasis    | 34,9 (60)               | 43,6 (75)  | 39,2 (135)       |
| Amžius (metai)          |              | 59,13±12,28             | 54,06±12,31  | 56,6±12,54       |

### 2.1.2. Tyrimo metodai

1. Mokslinės literatūros analizė. Literatūros buvo ieškoma duomenų bazėse: Medline, NATIONAL Library of Medicine, EBSCOhost, ScientDirect, Medspace, Scholar Google bei kitose. Raktiniai paieškos žodžiai: onkologija, integracinė onkologija, gyvenimo kokybė, depresija.
2. Kiekybinis tyrimas. Pasak Mockienės ir kt. (2014), kiekybinis tyrimas – tai struktūrizuotas, besiremiantis mokslinės problemos hipotezės tyrimas, taikant matematinius statistinės analizės metodus tyrimo duomenims apdoroti bei nagrinėjamam reiškiniui aprašyti. Kiekybiniam tyrimui įgyvendinti buvo pasirinkta apklausa raštu - anketa. Remiantis Kardeliu (2016) - tai pats populiariausias sociologinių tyrimų apklausos būdas, taikant įvairius klausimynus (anketas). Šis kiekybinis tyrimo metodas prieš kokybinį tyrimo metodą turi keletą pranašumų: duomenų rinkimo trukmė, duomenų prieinamumas, duomenų „natūralumas“, minimalus tyrėjo „kišimasis“ į proceso eigą, apibendrintų duomenų pateikimas skaitine išraiška (Kardelis, 2016).

Duomenų analizei buvo naudojamas statistinės duomenų analizės paketas *SPSS 24.0 for Word*. Diagramoms atvaizduoti buvo naudojama *MS Excel 2010*. Prieš atliekant detalią statistinę analizę, duomenys buvo pakartotinai patikrinti dėl mechaniškai padarytų klaidų. Kintamųjų normalumui tikrinti buvo naudojamas Kolmogorovo – Smirnov testas. Testai parodė, kad normalumo prielaida kintamiesiems netenkinama, tačiau atsižvelgiant į tyrimo imtį (n=344) bei asimetrijos, eksceso rodiklius (kinta nuo -1 iki 1), galime teigti, kad normalumo sąlygos iš dalies tenkinamos, todėl darbe buvo naudojami parametriniai testai (išskyrus Spearman ranginę koreliaciją su išsilavinimu). Naudoti šie duomenų analizės būdai:

1. **Aprašomoji statistika (dažnių lentelės, duomenų padėties charakteristikos).** Dažnių lentelės naudotos, siekiant pamatyti respondentų atsakymų pasiskirstymus. Procentai ir dažniai naudojami klausimyne naudotiems klausimams. Iš duomenų padėties charakteristikų, naudotas vidurkis ir standartinis nuokrypis ( $m \pm SD$ ), minimali, maksimali reikšmė, mediana.
2. **Lyginimai tarp populiacijos grupių (Stjudento t-testas,  $\chi^2$  testas).** Metodas naudotas, ieškant skalių vidurkių skirtumų tarp dviejų populiacijos grupių (Stjudento t-testai). Taip pat metodas

naudotas ieškant nominalių kintamųjų pasiskirstymo skirtumams tarp populiacijos grupių ( $\chi^2$  testas).

3. **Statistinių ryšių nustatymo testai (Spearman, Pearson).** Šie testai naudoti, norint patikrinti hipotezes, kuriose teigiama, jog yra statistinis ryšys tarp kintamųjų. Spearman koreliacija buvo naudota nustatyti ryšį tarp skalių vertinimų su demografiniais veiksniais, o Pearson – tarp skalių tarpusavyje. Statistiškai patikima laikoma, kai  $p < 0,05$ . Ryšio stiprumo interpretavimui buvo naudojama Janilionio (2015) pateikta koreliacijos koeficientų reikšmių skale (6 priedas).

### 2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimui atlikti sudaryta anketa (1 priedas) iš 3 dalių (2 lentelė)

2 lentelė. Anketos sudedamosios dalys

|    | Anketos dalis   | Klausimų skaičius | Eilės numeris anketoje | Pvz.   |
|----|---|-------------------|------------------------|--|
| 1. | Sociodemografiniai duomenys                                   | 4                 | 1-4                    | <i>Ar naudojātės integracinės onkologijos paslaugomis (pvz: aromaterapija, joga, meno terapija, onkologiniu masažu ar pan.)?</i> |
| 2. | Gyvenimo kokybės klausimynas EORTC QLQ – C30 (trečia versija) | 30                | 5-34                   | <i>Ar Jūsų fizinė būklė arba medicininis gydymas įtakojo šeimyninį gyvenimą?</i>   |
| 3. | Paciento sveikatos klausimynas PHQ – 9                        | 9                 | 34-43                  | <i>Prasta savijauta – pojūtis, kad esate nevykėlė(-is) arba, kad nuvylėte save ar savo šeimą</i>                                 |

*I dalis.* Šio darbo autoriaus sudaryti klausimai apie sociodemografinius duomenis (lytis, amžius, išsilavinimas). Bei vienas klausimas, padedantis atskirti respondentus į dvi iš anksto numatytas grupes. 1. Respondentai, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymo metodas 2. Pacientai, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas su integracinės onkologijos paslaugomis.

*II dalis.* Tyrime buvo naudojamas Europos vėžio tyrimų ir gydymo organizacijos (EORTC) gyvenimo tyrėjų grupės (QLG) parengtas ir Lietuvoje validuotas gyvenimo kokybės klausimynas QLQ – C30 (trečia versija). Buvo gautas raštiškas autorių leidimas, naudoti lietuvišką klausimyno variantą (2 priedas).

Europos vėžio tyrimų ir gydymo organizacijos (EORTC) gyvenimo kokybės tyrėjų grupė (QLG) jau seniai tiria ir tvirtina profesionalius mokslinių tyrimų instrumentus, skirtus naudoti onkologijoje. Pagrindinis tyrėjų grupės klausimynas QLQ-C30 buvo parengtas daugiau kaip prieš 25 metus ir yra vienas iš plačiausiai naudojamų profesionalių tyrimo instrumentų, skirtų vėžiu sergančių pacientų gyvenimo kokybei nustatyti (Nolte et al., 2019). Šis klausimynas yra išverstas į daugiau kaip 95 kalbas, tarp jų ir Lietuvių, vertimas patvirtintas EORTC tyrėjų grupės. Tai

standartizuotas, validus, nuoseklus bei jautrus gyvenimo kokybės klausimynas (Wintner et al., 2016).

Avana, Negash, Yusuf, Tigeneh ir Haile (2016) Etiopijoje atlikto tyrimo su moterimis, sergančiomis onkologiniais ginekologiniais susirgimais bei Taarnhøj ir kt. (2018) Anglijoje atlikto tyrimo duomenimis su pacientais, kurie sirgo skirtingų lokalizacijų onkologiniais susirgimais, nustatė pakankamą vidinio nuoseklumo Cronbach alfa koeficientą  $\alpha > 0,70$ . Klausimyną sudaro 30 klausimų, kurie suskirstyti į funkcinės, simptomines, bendros sveikatos bei gyvenimo kokybės skales (Tavoli, A., Tavoli, Z., Montazeri, 2019). Klausimyną sudaro 5 funkcinės skalės: fizinės, kognityvinės, emocinės, socialinės bei užimtumo funkcijų skalės. 3 simptomų skalės: nuovargio, pykinimo/vėmimo, skausmo. Bei pavieniai klausimai apie dusulį, nemigą, apetito praradimą, vidurių užkietėjimą ir viduriavimą bei finansinę sritį (Mercieca-Bebber et al., 2019).

Nuo 1 iki 28 klausimų atsakymo formatas pateikiamas ranginėje skalėje, kur „1“ *balas atitinka „Visai ne“*, „2“ – *„Nedaug“*, „3“ – *„Vidutiniškai“*, „4“ – *„Labai“*. 29 ir 30 klausimai pateikiami 7 balų ranginėje skalėje nuo *„labai blogai“* iki *„puikiai“* (Harington et al., 2017).

Vertinami bendri klausimyno atsakymai, vadovaujantis EORTC anketos vertinimo rekomendacijomis. Respondentų atsakymai paverčiami į skalę nuo 0 iki 100. Vertinant funkcinės skales, kuo balas didesnis ir artimesnis 100, tuo funkcinė sveikatos būklė yra geresnė, bei gyvenimo kokybė yra geresnė. Kuo balas yra arčiau 0, tuo funkcinė sveikatos būklė yra prastesnė ir gyvenimo kokybė yra žemesnė. Tačiau, vertinant respondentų atsakymus į simptomines skales pagal EORTC rekomendacijas, reikėtų vertinti - kuo balas artimesnis 100, tuo labiau yra išreikšti simptomai ir gyvenimo kokybė yra blogesnė, kuo arčiau 0, tuo mažiau išreikšti simptomai ir gyvenimo kokybė yra geresnė (Harington et al., 2017).

*III dalis.* Tyrime buvo naudojamas paciento sveikatos klausimynas PHQ – 9, kuris yra laisvoje internetinėje prieigoje ir mokslo tikslams galimas naudoti be atskiros užklauso (3 priedas). Klausimynas plačiai naudojamas pasaulyje ir turi Lietuvišką klausimyno variantą. Jis pasiekiamas oficialiame PHQ – 9 klausimyno autorių puslapyje.

PHQ-9 klausimynas yra platesnio PHQ klausimyno, skirto paciento sveikatos vertinimui, dalis, kuri skirta vertinti paciento depresiją. Klausimynas buvo sukurtas dviejų Kolumbijos universiteto mokslininkų dar 1999 m. bei validuotas, tačiau iki šių dienų plačiai naudojamas pasaulyje. Klausimynas buvo parengtas naudoti pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje besilankančių pacientų depresijos lygiui nustatyti (Nallusamy, Afgarshe & Shlosser 2016). Tačiau pastebėjus jo jautrumą, klausimynas pradėtas taikyti ir kitose medicinos mokslo srityse. Šis klausimynas plačiai naudojamas įvairiuose biomedicinos mokslinių tyrinėjimų šakose su skirtingomis populiacijomis (Feng et al., 2016), (Indu et al., 2018), (Saracino et al., 2019). Vidinis

klausimyno nuoseklumas skirtinguose tyrimuose neženkliai skiriasi Titov ir kt  $\alpha$  0,74, Pilkonis ir kt  $\alpha$  0,81 (Choi, Schalet, Cook & Cella 2014), (Pilkonis et al. 2014).

Šiuo klausimynu siekiama išsiaiškinti pacientų depresijos lygį per pastarąsias dvi savaites. Klausimynas patrauklus respondentams dėl savo trumpumo, jį sudaro tik 9 klausimų elementai, lengvai suprantamas ir patogus naudoti. Klausimų atsakymai pateikiami 4 balų ranginėje skalėje kur „0“ balų atitinka „Visai nekamavo“, „1“ – „Keletą dienų“, „2“ – „Daugiau nei pusę iš visų dienų“, „3“ – „Beveik kiekvieną dieną“. Vertinant bendrus klausimyno atsakymo rezultatus, balai svyruoja nuo 0 iki 27. Aukštesni balai (priarėję prie 27) rodo padidėjusį simptomų sunkumą bei padidėjusią sunkios depresijos tikimybę. Pagal PHQ-9 vertinimo rekomendacijas, klausimynas priimtinas vertinimui, kai yra užpildytas beveik visas, t. y. kai neužpildyti tik du klausimų elementai. Kai yra užpildyti 7 iš 9 klausimų elementų, neužpildytiems klausimų elementams priskiriami dažniausiai to respondento klausimyne pasirinkti atsakymų variantai (Arrieta et al., 2017).

*Klausimyno patikimumas.* Siekiant nustatyti skalių vidinį patikimumą (validumą) buvo apskaičiuoti Cronbacho alfa koeficientai. Skalės patikimumas laikomas kaip priimtinas, kuomet nustatyta alfa reikšmė yra lygi arba didesnė nei 0,7. Cronbach's Alpha klasifikacija:

- Cronbach's Alpha  $<0,5$  reiškia, kad skalės patikimumas yra žemas, skalės naudoti nerekomenduojama.
- $0,5 < \text{Cronbach's Alpha} < 0,6$  – patikimumas patenkinamas
- $0,6 < \text{Cronbach's Alpha} < 0,9$  – patikimumas geras
- $0,9 < \text{Cronbach's Alpha} < 1$  – patikimumas geras

Siekiant patikrinti klausimyno metodikų patikimumą, buvo apskaičiuoti jų vidinio suderinamumo rodikliai (Cronbach  $\alpha$ ). Nustatyti Cronbach  $\alpha$  rodikliai pateikti 3 lentelėje.

3 lentelė. Klausimynų vidinis suderinamumas

| Metodika      | Teiginių kiekis | Cronbach $\alpha$ |
|---------------|-----------------|-------------------|
| EORTC QLQ-C30 | 30              | 0,894             |
| PHQ-9         | 9               | 0,869             |

#### 2.1.4. Tyrimo procesas / eiga

Tyrimas buvo atliekamas nuo 2019 m. spalio mėnesio iki 2020 m. gruodžio mėnesio šiais etapais:

1. Etapas – temos pasirinkimas: šiame etape buvo suformuluota mokslinio tyrimo tema, suformuluotas tyrimo tikslas bei uždaviniai, išskirti raktiniai žodžiai (onkologija, integracinė onkologija, gyvenimo kokybė, depresija). Trukmė: 2019 m. spalio.

2. Etapas – mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas: šiame etape, naudojantis Klaipėdos universiteto virtualiąja biblioteka, mokslinių šaltinių duomenų bazėse (Medline,

NATIONAL Library of Medicine, EBSCOhost, ScientDirect, Medspace ir kt.) pagal raktinius žodžius buvo ieškoma informacijos pasirinkta tema. Šaltiniai analizuojami ir parengta mokslinės literatūros analizės ataskaita. Trukmė: 2019m. spalio - 2020m. spalio mėnesiais.

3. Etapas – tyrimo plano rengimas ir instrumento paieška/sudarymas: šiame etape, analizuojant mokslinius šaltinius, buvo ieškoma standartizuotų klausimynų aktualia tema. Gauti autorių leidimai naudoti klausimynus. EORTC QLQ-C30 (3 versija) autorystės teisės priklauso: EORTC Quality of Life group (1997). PHQ-9 klausymo autorystės teisės priklauso: dr. Spitzer, R.L., Williams, J. B. W., Kroenke, K. (1990). Sudarytas tyrimo instrumentas iš dviejų standartizuotų klausimynų bei papildomų autoriaus klausimų. Gautas leidimas iš Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos atlikti tyrimą. Gauti leidimai iš įstaigų vadovų, kur buvo atliekamas tyrimas. Trukmė: 2019m. lapkričio - 2020m. balandžio mėnesiais.

4. Etapas – tyrimo duomenų rinkimas: šiame etape buvo paruošta dalinimui 354 anketos, dviems pasirinktoms respondentų grupėms buvo išdalintas vienodas skaičius anketų (po 177). Pacientams, kuriems taikomas tik tradicinis onkologinis gydymas, anketas išdalino šias paslaugas teikiančių skyrių vyresniosios slaugytojos - slaugos administratorės, kurios prieš tyrimą buvo supažindintos su tyrimu. Suderintas anketų atsiėmimo laikas ir diena. Pacientams, kuriems šalia tradicinio vėžio gydymo kartu buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos, anketas išdalino integracinės onkologijos paslaugas teikiančio centro vadovė, kuri prieš tyrimą buvo supažindinta su tyrimu, bei suderintas anketų atsiėmimo laikas bei data ir vieta. Trukmė: 2020 balandžio - rugsėjo mėnesiais.

5. Etapas – tyrimo rezultatų analizė: šiame etape, surinkus anketas, atsakymai buvo suvedami į kompiuterinę duomenų bazę *MS Excel 2010 programoje*. Tolimesnis tyrimo duomenų apdorojimas buvo atliekamas, dirbant kartu su profesionaliu statistu, naudojantis *SPSS 24.0 for Windows* kompiuterine programa. Trukmė: 2020m. rugsėjo - spalio mėnesiais.

6. Etapas – tyrimo rezultatų palyginimas: atlikto tyrimo gauti rezultatai buvo lyginami su panašiais užsienyje atliktais tyrimais. Su Lietuvoje atliktais tyrimais palyginti nebuvo galimybės dėl tyrimų stokos pasirinkta darbo tema. Trukmė: 2020m. spalio - lapkričio mėnesiais.

7. Etapas – išvadų ir rekomendacijų parengimas: šiame etape buvo formuluojamos išvados pagal iškeltus tyrimo uždavinius. Remiantis atlikto tyrimo rezultatais pateiktos rekomendacijos pacientams, slaugytojams bei integracinės onkologijos paslaugas teikiančioms įstaigoms. Trukmė: 2020m. lapkričio mėn.

8. Etapas – baigiamojo darbo ataskaitos parengimas: remiantis Mockienės ir kt. (2014) mokslo tirimųjų darbų rengimo metodinėmis rekomendacijomis bei Klaipėdos Universiteto, Senato nutarimu (2020) dėl Klaipėdos Universiteto studentų savarankiškų rašto darbų reikalavimų aprašu, buvo parengiama darbo ataskaita ir darbas paruošiamas gynimui, Trukmė: 2020m. gruodžio mėnesį.

### 2.1.5. Tyrimo etika

Siekiant užtikrinti etinius moksliniam darbui keliamus reikalavimus, buvo kreipiamasi į Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisiją dėl leidimo atlikti tyrimą (apklausą). Etikos komisijai raštu pritarus ir patvirtinus bei išdavus leidimą vykdyti tyrimą Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto vardu, raštu buvo kreipiamasi į įstaigų, kuriose buvo numatomas tyrimo atlikimas, vadovus, prašant jų vadovaujamose įstaigose atlikti magistro baigiamojo darbo tyrimą. Buvo kreiptasi į dvi įstaigas, iš abiejų įstaigų gauti raštiški leidimai.

Pagrindiniai medicinos etikos principai yra kildinami iš Hipokrato priesaikos. Mokslinio tyrimo etikai bene svarbiausia yra Pasaulinės medikų asociacijos Helsinkio deklaracija, kuri buvo paskelbta 1964 m., peržiūrėta ir koreguota 1975 m. bei 2000m. Šioje deklaracijoje išskiriami bendrieji etikos principai, atliekant biomedicininis tyrimus su žmonėmis: autonomiškumo, sąžiningumo, pagarbos, konfidencialumo bei respondento teisės etiniai principai (Mockienė et al., 2014).

Siekiant užtikrinti etinius principus buvo siekiama išlaikyti pusiausvyrą tarp noro gauti informacijos ir respondentų asmens duomenų saugos. Pagarba tiriamųjų autonomijai buvo atskleidžiama per informavimą, jiems buvo pateikiama informacija apie tyrėją, tyrimo tikslą bei buvo pateikiami kontaktai, leidžiantys susisiekti su tyrėju, kilus klausimų. Žinodami visą reikiamą informaciją, respondentai laisva valia galėjo priimti sprendimą dalyvauti tyrime ar ne. Taip buvo užtikrintas informuoto asmens sutikimo principas. Klausimynai sudaryti taip, kad respondentui nereikėtų atskleisti jokių asmeninių duomenų, pagal kuriuos jie galėtų būti identifikuojami, taip užtikrinant respondentų konfidencialumą. Surinkti duomenys pateikiami tik apibendrinti, todėl respondentams buvo užtikrinamas anonimiškumo principas. Siekiant užtikrinti respondentų teisę į laisvą pasirinkimą, jie bet kuriuo metu galėjo atsisakyti dalyvauti tyrime ir nutraukti jau pradėtus bet kokius veiksmus, bei galėjo pasirinkti vietą, laiką ir informaciją, kuria norėjo dalintis kiekį. Taip pat, atliekant tyrimą, buvo laikomasi sąžiningumo etinio principo, ir duomenys, pateikiami tokie, kokie iš tikrųjų buvo gauti (Mockienė et al., 2014). Siekiant nepažeisti autorinių teisių, anketos pabaigoje buvo nurodyta klausimynų autorystė: EORTC QLQ C-30 (3 versija) autorystė priklauso: EORTC Quality of Life Group (1997), PHQ-9 autorystė priklauso: dr. Spitzer, R. L. ir kt. (1990).

## 2.2. Tyrimo rezultatai

### 2.2.1. Pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas ir pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas kartu su integracinės onkologijos paslaugomis, gyvenimo kokybės palyginimas

Siekiant įvertinti pacientų sergančių onkologinėmis ligomis gyvenimo kokybę buvo pasirinktas EORTC QLQ-C30 klausimynas. Klausimyną sudarė 30 teiginių. Atlikus skaičiavimus buvo įvertintos 5 pacientų funkcinės skalės (fizinės, kognityvinės, emocinės, socialinės bei užimtumo), 3 simptomų skalės (nuovargio, pykinimo/vėmimo, skausmo), bendra sveikatos ir gyvenimo kokybės skalė bei pavieniai klausimai apie dusulį, nemigą, apetito praradimą, vidurių užkietėjimą, viduriavimą, finansinius sunkumus. Vertinant bendrą gyvenimo kokybės skalę bei funkcinės skales, didesnis įvertis parodo geresnę gyvenimo kokybę, o vertinant simptomų skales – labiau išreikštą simptomą ir blogesnę gyvenimo kokybę.

Vertinant bendrai tyrime dalyvavusių pacientų, nustatytas  $55,57 \pm 21,17$  balo, bendrosios gyvenimo kokybės įvertis. Mažiausias nustatytas įvertis buvo socialinės funkcijos ( $55,96 \pm 31,91$ ), o geriausiai įvertinta kognityvinė funkcija ( $69,62 \pm 25,36$ ). Tačiau taip pat gana ryškiai išsiskiria pacientų įvertintas nuovargio ( $54,49 \pm 26,75$ ) bei finansinių sunkumų ( $52,81 \pm 37,74$ ) pasireiškimas, kurios turi neigiamos įtakos pacientų gyvenimo kokybei (4 lentelė).

4 lentelė. Gyvenimo kokybės skalių charakteristika

| Skalės                  | m            | SD    | Minimali reikšmė | Maksimali reikšmė | Mediana |
|-------------------------|--------------|-------|------------------|-------------------|---------|
| Gyvenimo kokybė         | <b>55,57</b> | 21,17 | 0                | 100               | 50      |
| <b>Funkcinės skalės</b> |              |       |                  |                   |         |
| Fizinė funkcija         | 66,32        | 21,77 | 0                | 100               | 66,7    |
| Užimtumo funkcija       | 64,20        | 31,50 | 0                | 100               | 66,7    |
| Emocinė funkcija        | 61,43        | 29,30 | 0                | 100               | 66,7    |
| Kognityvinė funkcija    | <b>69,62</b> | 25,36 | 0                | 100               | 66,7    |
| Socialinė funkcija      | <b>55,96</b> | 31,91 | 0                | 100               | 66,7    |
| <b>Simptomų skalės</b>  |              |       |                  |                   |         |
| Nuovargis               | <b>54,49</b> | 26,75 | 0                | 100               | 55,5    |
| Pykinimas/vėmimas       | 13,37        | 23,16 | 0                | 100               | 0       |
| Skausmas                | 38,71        | 31,27 | 0                | 100               | 33,3    |
| Dusulys                 | 24,71        | 30,33 | 0                | 100               | 0       |
| Nemiga                  | 50,87        | 35,81 | 0                | 100               | 66,7    |
| Apetito praradimas      | 27,71        | 31,90 | 0                | 100               | 33,3    |
| Vidurių užkietėjimas    | 25,58        | 32,57 | 0                | 100               | 0       |
| Viduriavimas            | 16,47        | 29,57 | 0                | 100               | 0       |
| Finansiniai sunkumai    | <b>52,81</b> | 37,74 | 0                | 100               | 66,7    |

Siekiant nustatyti, ar gyvenimo kokybės subskalių vertinimai statistiškai reikšmingai skiriasi tarp skirtingas paslaugas gaunančių pacientų grupių, buvo atlikti Stjudento t-testai. Tyrimo metu nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai su visų skalių įverčiais ( $p < 0,05$ ) (5 lentelė).

Pacientų, kuriems taikytas tradicinis vėžio gydymo būdas kartu su integracinės onkologijos paslaugomis, statistiškai reikšmingai geresnis bendras gyvenimo kokybės vertinimas ( $67,98 \pm 16,43$ ) nei pacientų, kuriems taikytas tik tradicinis vėžio gydymo būdas ( $43,17 \pm 17,88$ ). Taip pat pacientų kuriems papildomai teikiamos integracinės onkologijos paslaugos fizinė, užimtumo, emocinė, kognityvinė ir socialinė funkcijos yra labiau išreikštos ir statistiškai reikšmingai besiskiriančios ( $p < 0,05$ ). Vertinant šias dvi pacientų grupes pagal simptomų pasireiškimą, nustatyta, kad nuovargis, pykinimas/vėmimas, skausmas, dusulys, nemiga, apetito praradimas, vidurių užkietėjimas, viduriavimas ir finansiniai sunkumai statistiškai reikšmingai labiau vargina pacientus, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymo būdas ( $p < 0,05$ ), kas sąlygoja blogesnę gyvenimo kokybę.

5 lentelė. Gyvenimo kokybės skalių vidurkių palyginimas pagal pacientų grupes.

| Skalės                  | Pacientų grupė                      |  | t      | df      | p                |
|-------------------------|-------------------------------------|--|--------|---------|------------------|
|                         | Tradicinis gydymo būdas             | Tradicinis su integracinėmis onkologijos paslaugomis |        |         |                  |
| Gyvenimo kokybė         | $43,17 \pm 17,88$                   | <b><math>67,98 \pm 16,43</math></b>                  | 13,397 | 342     | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Funkcinės skalės</b> |                                     |  |        |         |                  |
| Fizinė funkcija         | $57,33 \pm 22,29$                   | <b><math>75,31 \pm 17,08</math></b>                  | 8,401  | 320,302 | <b>&lt;0,001</b> |
| Užimtumo funkcija       | $53,88 \pm 33,93$                   | <b><math>74,52 \pm 25</math></b>                     | 6,422  | 314,425 | <b>&lt;0,001</b> |
| Emocinė funkcija        | $52,57 \pm 28,72$                   | <b><math>70,3 \pm 27,19</math></b>                   | 5,881  | 342     | <b>&lt;0,001</b> |
| Kognityvinė funkcija    | $62,5 \pm 26,92$                    | <b><math>76,74 \pm 21,52</math></b>                  | 5,420  | 326,167 | <b>&lt;0,001</b> |
| Socialinė funkcija      | $46,71 \pm 31,87$                   | <b><math>65,21 \pm 29,22</math></b>                  | 5,614  | 342     | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Simptomų skalės</b>  |                                     |  |        |         |                  |
| Nuovargis               | <b><math>63,5 \pm 26,42</math></b>  | $45,48 \pm 23,95$                                    | -6,628 | 342     | <b>&lt;0,001</b> |
| Pykinimas/vėmimas       | <b><math>18,41 \pm 27,75</math></b> | $8,33 \pm 15,97$                                     | -4,128 | 273,063 | <b>&lt;0,001</b> |
| Skausmas                | <b><math>50,1 \pm 31,91</math></b>  | $27,33 \pm 26,11$                                    | -7,243 | 329,085 | <b>&lt;0,001</b> |
| Dusulys                 | <b><math>31,4 \pm 33,37</math></b>  | $18,02 \pm 25,33$                                    | -4,186 | 318,9   | <b>&lt;0,001</b> |
| Nemiga                  | <b><math>60,27 \pm 34,26</math></b> | $41,47 \pm 34,93$                                    | -5,039 | 342     | <b>&lt;0,001</b> |
| Apetito praradimas      | <b><math>36,82 \pm 34,4</math></b>  | $18,6 \pm 26,3$                                      | -5,518 | 319,975 | <b>&lt;0,001</b> |
| Vidurių užkietėjimas    | <b><math>31,59 \pm 34,25</math></b> | $19,57 \pm 29,69$                                    | -3,476 | 335,258 | <b>0,001</b>     |
| Viduriavimas            | <b><math>21,51 \pm 33,17</math></b> | $11,43 \pm 24,55$                                    | -3,203 | 315,087 | <b>0,002</b>     |
| Finansiniai sunkumai    | <b><math>61,82 \pm 36,17</math></b> | $43,8 \pm 37,21$                                     | -4,555 | 342     | <b>&lt;0,001</b> |

Siekiant nustatyti sąsajas tarp gyvenimo kokybės subskalių ir *pacientų amžiaus* bei *išsilavinimo*, buvo atlikta Spearman (su išsilavinimu) ir Pearson (su amžiumi) koreliacinė analizė (4 priedas).

Atlikus tyrimą, pacientams kuriems taikytas tradicinis vėžio gydymas, nustatytas silpnas teigiamas statistiškai reikšmingas amžiaus ryšys su užimtumo ( $r=0,200$ ;  $p=0,009$ ), emocine ( $r=0,230$ ;  $p=0,002$ ) ir socialine funkcija ( $r=0,281$ ;  $p<0,001$ ). Taip pat šiems pacientams nustatyti silpni neigiami amžiaus ryšiai su nuovargio ( $r=-0,295$ ;  $p<0,001$ ), nemigos ( $r=-0,162$ ;  $p=0,034$ ) simptomais ir finansinių sunkumų pasireiškimu ( $r=-0,213$ ;  $p=0,005$ ). Nustatyti ryšiai, rodo, jog vyresnio amžiaus pacientai kuriems taikytas tradicinis vėžio gydymas susiduria su mažiau sunkumų užimtumo, emocinėje ir socialinėje funkcijose. Taip pat šie pacientai geriau kontroliuoja nuovargio bei nemigos simptomus ir susiduria su mažiau sunkumų finansų srityje, nei tos pačios grupės jaunesnio amžiaus respondentai.

Atlikus tyrimą, pacientams kuriems taikytas tik tradicinis vėžio gydymas, nustatytas, statistiškai reikšmingas silpnas teigiamas išsilavinimo ryšys su gyvenimo kokybe ( $r=0,158$ ;  $p=0,038$ ) bei nuovargio pasireiškimu ( $r=0,171$ ;  $p=0,025$ ). Taip pat nustatyti silpni neigiami statistiškai reikšmingi išsilavinimo ryšiai su kognityvine ( $r=-0,200$ ;  $p=0,008$ ) ir socialine ( $r=-0,207$ ;  $p=0,006$ ) funkcijomis. Išanalizavus gautus duomenis, galime teigti, kad kuo pacientų kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas išsilavinimas yra aukštesnis, tuo jų gyvenimo kokybė yra geresnė, tačiau didesnis ir nuovargio pasireiškimas, taip pat pacientai su aukštesniu išsilavimu dažniau ir intensyviau susiduria su sunkumais kognityvinių ir socialinių funkcijų atlikime, nei tos pačios grupės pacientai su žemesniu išsilaviniu.

Atlikus tyrimą nustatyta, kad pacientams, kuriems taikytas tradicinis vėžio gydymas kartu su integracinės onkologijos paslaugomis, nustatytas silpnas teigiamas statistiškai reikšmingas amžiaus ryšys su emocine ( $r=0,237$ ;  $p=0,002$ ) ir socialine funkcija ( $r=0,235$ ;  $p=0,002$ ). Taip pat šiems pacientams nustatyti silpni neigiami amžiaus ryšiai su nuovargio ( $r=-0,232$ ;  $p=0,002$ ) ir pykinimo/vėmimo ( $r=-0,224$ ;  $p=0,003$ ) simptomais. Nustatyti ryšiai, rodo, kad kuo pacientų amžius yra didesnis, tuo geresnis jų gebėjimas koordinuoti ir kontroliuoti savo emocijas ir socialines funkcijas, taip pat vyresnis pacientų amžius gali turėti teigiamos įtakos geresnei nuovargio bei pykinimo ir vėmimo simptomų kontrolei.

Tyrimo metu nustatyti silpni neigiami statistiškai reikšmingi išsilavinimo ryšiai su užimtumo ( $r=-0,178$ ;  $p=0,020$ ) ir socialine ( $r=-0,153$ ;  $p=0,045$ ) funkcijomis, pacientams kuriems šalia tradicinio gydymo kartu buvo teikiamos ir integracinės onkologijos paslaugos, nusako, jog, aukštesnį išsilavinimą įgiję pacientai susiduria su daugiau sunkumų socialinių ir užimtumo funkcijų atlikime, nei tos pačios grupės pacientai su žemesniu išsilaviniu.

Siekiant išsiaiškinti, ar gyvenimo kokybės subskalių vertinimai skiriasi tarp *moterų ir vyrų* abiejose pacientų grupėse, buvo atlikti Stjudento t-testai (5 priedas).

Nustatyta statistiškai reikšmingai ( $p<0,05$ ) labiau išreikšta vyrų, kuriems taikytas tradicinis gydymas kartu su integracinės onkologinės paslaugomis, fizinė ( $78,7\pm 16,13$ ), užimtumo ( $83,33\pm 21,42$ ), emocinė ( $80,36\pm 22,41$ ), kognityvinė ( $81,99\pm 18,37$ ) bei socialinė ( $75,67\pm 23,68$ ) funkcija, nei tos pačios grupės moterų. Šie skirtumai parodo, jog vyriškos lyties respondentai rečiau ir silpniau susiduria su sunkumais, visose gyvenimo kokybės klausimyno vertinamose funkcinėse skalėse, nei tos pačios grupės moteriškos lyties respondentės.

Pacientų grupėje kuriai buvo taikomas tik tradicinis vėžio gydymas taip pat statistiškai reikšmingai ( $p<0,05$ ) labiau išreikšta vyrų, emocinė ( $57,47\pm 28,45$ ) funkcija, nei tos pačios grupės moterų, parodo, kad tik tradicinį vėžio gydymą gaunančios moterys susiduria su intensyvesniais sunkumais emocinių funkcijų srityje nei, tos pačios grupės vyrai.

Tyrimas parodė, kad statistiškai reikšmingai ( $p < 0,05$ ) labiau išreikšti moterų, kurioms šalia tradicinio vėžio gydymo kartu buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos, nuovargio ( $55,03 \pm 23,19$ ), skausmo ( $35,1 \pm 27,82$ ), dusulio ( $26,27 \pm 27,74$ ), nemigos ( $51,37 \pm 33,16$ ), vidurių užkietėjimo ( $26,67 \pm 34,81$ ) simptomai, taip pat joms kyla daugiau finansinių sunkumų ( $56,47 \pm 34,51$ ) nei tos pačios grupės vyrams.

Vertinant pacientų kuriems taikytas tik tradicinis vėžio gydymas skirtumus pagal lytį, nustatytas, statistiškai reikšmingai labiau ( $p < 0,05$ ) išreikštas moterų, nuovargio ( $69,28 \pm 24,04$ ) simptomas, nei tos pačios grupės vyrų.

### 2.2.2. Pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas ir pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas kartu su integracinės onkologijos paslaugomis, depresijos lygio palyginimas

Siekiant įvertinti depresijos lygį pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis, buvo naudojamas PHQ-9 klausimynas. Klausimyną sudarė 9 teiginiai. Maksimali balų suma buvo 27 balai. Vertinant depresijos skalę, didesnis įvertis parodo aukštesnį depresijos lygį. Taip pat įverčiai buvo suskirstyti pagal depresijos sunkumą: 0-4 balai – minimali depresija; 5-9 balai – lengva depresija; 10-14 balų – vidutinio sunkumo depresija; 15-19 balų – vidutiniškai sunki depresija; 20-27 balai – sunki depresija.

Siekiant nustatyti, ar depresijos skalės vertinimai skiriasi tarp dviejų pacientų grupių (pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas, ir pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas su integracinės onkologijos paslaugomis), buvo atlikti Stjudento t-testai. 6 lentelėje pateikiami depresijos skalių vidurkių palyginimai tarp skirtingas onkologines gydymo paslaugas gaunančių pacientų grupių. Pacientų, kuriems taikytas tradicinis vėžio gydymo būdas kartu su integracinėmis onkologijos paslaugomis, depresijos lygis yra statistiškai reikšmingai  $p < 0,05$  mažesnis ( $5,63 \pm 4,39$ ), negu pacientų, kuriems taikytas tik tradicinis vėžio gydymo būdas ( $10,8 \pm 5,85$ ).

6 lentelė. Depresijos skalės vidurkių palyginimas pagal pacientų grupes

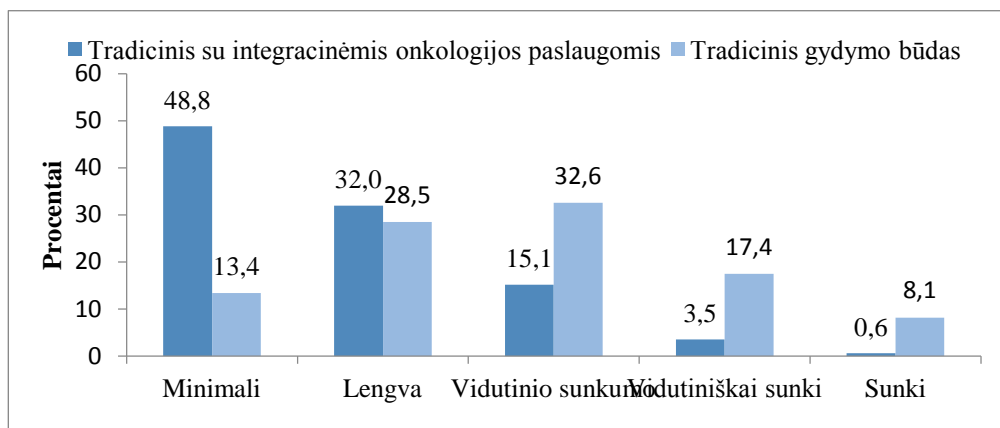
| Skalės    | Pacientų grupė          |  | t      | df      | p      |
|-----------|-------------------------|--|--------|---------|--------|
|           | Tradicinis gydymo būdas | Tradicinis su integracinėmis onkologijos paslaugomis |        |         |        |
| Depresija | 10,8±5,85               | 5,63±4,39  | -9,275 | 317,026 | <0,001 |

**Statistiškai reikšmingi (kai  $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti**

Atlikus tyrimą, 13,4 proc. ( $n=23$ ) pacientų, kuriems taikytas tradicinis vėžio gydymas, nustatyta minimalus depresijos lygis, 28,5 proc. ( $n=49$ ) lengvos depresijos lygis, 32,6 proc. ( $n=56$ ) vidutinio sunkumo depresija, 17,4 proc. ( $n=30$ ) vidutiniškai sunki depresija ir 8,1 proc. ( $n=14$ ) sunkios depresijos lygis. Pacientų grupėje, kuriai šalia tradicinio gydymo papildomai teikiamos

integracinės onkologijos paslaugos, 48,8 proc. (n=84) pacientų, nustatytas minimalus depresijos lygis, 32 proc. (n=55) lengvos depresijos lygis, 15,1 proc. (n=26) vidutinio sunkumo depresija, 3,5 proc. (n=6) vidutiniškai sunki depresija ir 0,6 proc. (n=1) sunkios depresijos lygis (1 paveikslas).

Išanalizavus gautus duomenis, matomas, statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2=73,364$ ;  $df=4$ ;  $p<0,001$ ) parodantis, kad, pacientai, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas, dažniau yra varginami aukštesnio lygio depresijos, nei pacientai kuriems papildomai teikiamos integracinės onkologijos paslaugos.

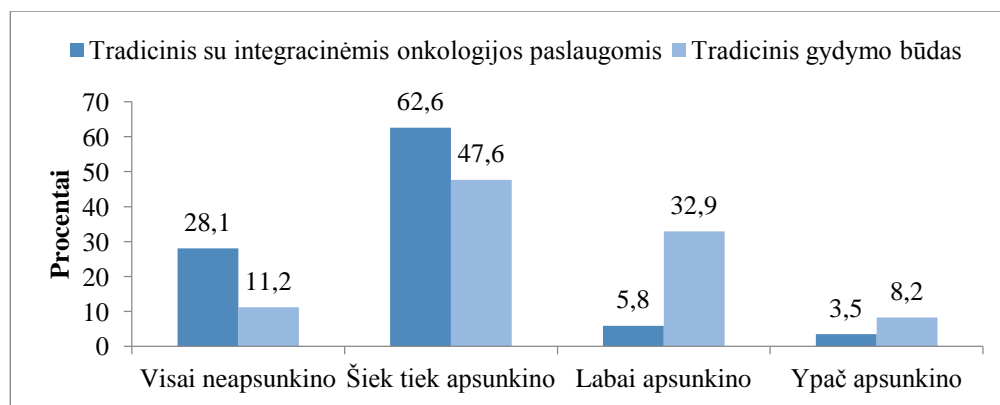


$$\chi^2=73,364; df=4; p<0,001*$$

1 pav. Abiejų grupių pacientų depresijos lygis, procentais.

Klausimyno pabaigoje respondentų buvo prašoma atsakyti, ar problemos, susijusios su depresija, apsunkino jiems galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais, vaikais ar sutarti su kitais žmonėmis. 2 paveiksle pavaizduotas abiejų respondentų grupių pasiskirstymas pagal su depresija siejamus sunkumus. Net trečdalis, 32,9 proc. (n=56) pacientų, kuriems taikytas tik tradicinis vėžio gydymo būdas, nurodė, kad tai juos labai apsunkino ir tai yra statistiškai reikšmingas skirtumas, lyginant su pacientais, kuriems šalia tradicinio gydymo kartu teiktos ir integracinės onkologijos paslaugos, nes tik 5,8 proc. (n=10) jų nurodė, kad juos labai apsunkino ( $\chi^2=51,406$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ ).

Tai rodo, kad su depresija siejamos problemos daug labiau apsunkino pacientus, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymo būdas, atlikti kasdienius darbus ar bendrauti su žmonėmis.



$$\chi^2=51,406; df=3; p<0,001*$$

2 pav. Pacientų pasiskirstymas į klausimą „Kaip šios problemos apsunkino jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis?“, procentais.

Siekiant išsiaiškinti, ar bendras depresijos vertinimas skiriasi tarp moterų ir vyrų abejuose tiriamųjų grupėse, buvo atlikti Stjudento t-testai. 7 lentelėje pateikiami rezultatai parodo, jog statistiškai reikšmingai ( $p < 0,001$ ) aukštesnio lygio depresija yra nustatoma moterims ( $7 \pm 4,61$ ), kurioms šalia tradicinio vėžio gydymo kartu buvo teikiamos ir integracinės onkologinės paslaugos, nei tos pačios grupės vyrams ( $4,29 \pm 3,72$ ). Tuo tarpu pacientų grupėje, kuriems buvo taikomas tik tradicinis vėžio gydymas, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp vyrų ir moterų nebuvo nustatyta.

7 lentelė. Depresijos skalės vidurkių palyginimas pagal pacientų grupes ir lytį

| Skalės    |       | Lytis                          |                  | t     | df  | p                              |
|-----------|-------|--------------------------------|------------------|-------|-----|--------------------------------|
|           |       | Moteris                        | Vyras            |       |     |                                |
| Depresija | Int.  | <b><math>7 \pm 4,61</math></b> | $4,29 \pm 3,72$  | 4,251 | 170 | <b><math>&lt; 0,001</math></b> |
|           | Trad. | $10,85 \pm 5,52$               | $10,76 \pm 6,19$ | 0,099 | 170 | 0,921                          |

*Statistiškai reikšmingi (kai  $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti. Int. – pacientai, kuriems taikytas tradicinis vėžio gydymas su integracinėmis onkologijos paslaugomis; Trad. - pacientai, kuriems taikytas tradicinis vėžio gydymas.*

### 2.2.3. Pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas ir pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas kartu su integracinėmis onkologijos paslaugomis, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajų palyginimas

Siekiant nustatyti, kaip pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymo būdas, bei pacientų, kuriems kartu taikomos ir integracinės onkologijos paslaugos, gyvenimo kokybė ir depresija siejasi tarpusavyje, buvo atlikta Pearson koreliacinė analizė (8 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų grupėje, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymo būdas, depresijos ir beveik visų (išskyrus su viduriavimo simptomu) gyvenimo kokybės skalių buvo aptikti statistiškai reikšmingi ryšiai ( $p < 0,05$ ).

Vertinant pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas, depresijos ir bendros gyvenimo kokybės bei funkcinų skalių sąsajas, nustatyti silpni neigiami ryšiai su depresija: bendros gyvenimo kokybės ( $r = -0,238$ ;  $p = 0,002$ ), fizinės funkcijos ( $r = -0,313$ ;  $p < 0,001$ ), užimtumo funkcijos ( $r = -0,400$ ;  $p < 0,001$ ), socialinės funkcijos ( $r = -0,416$ ;  $p < 0,001$ ) skalėmis, bei vidutinio stiprumo ryšiai su depresijos ir emocinės funkcijos ( $r = -0,576$ ;  $p < 0,001$ ), kognityvinės funkcijos ( $r = -0,535$ ;  $p < 0,001$ ) gyvenimo kokybės skalėmis. Gauti duomenys, rodo, kad didesnis depresijos lygis turi įtakos pacientų kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas ne tik bendrai pacientų gyvenimo kobei bet ir visoms gyvenimo kokybės klausimynu vertinamoms funkcinėms sritims.

Simptomų skalėse aptikti silpni teigiami ryšiai su depresija: nuovargiu ( $r = 0,469$ ;  $p < 0,001$ ), pykinimu/vėmimu ( $r = 0,276$ ;  $p < 0,001$ ), skausmu ( $r = 0,367$ ;  $p < 0,001$ ), dusuliu ( $r = 0,294$ ;  $p < 0,001$ ), nemiga ( $r = 0,427$ ;  $p < 0,001$ ), apetito praradimu ( $r = 0,323$ ;  $p < 0,001$ ), vidurių užkietėjimu ( $r = 0,249$ ;  $p = 0,001$ ) ir finansiniais sunkumais ( $r = 0,404$ ;  $p < 0,001$ ). Leidžia teigti, kad, kuo pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymo būdas, depresijos lygis didesnis, tuo šie simptomai yra labiau išreikšti, o tai sąlygoja blogesnę pacientų gyvenimo kokybę.

Analizuojant pacientų, kuriems šalia tradicinio gydymo kartu buvo taikomos ir integracinės onkologijos paslaugos, rezultatus, aptikti silpni neigiami ryšiai su depresija: bendra gyvenimo kokybe ( $r=-0,379$ ;  $p<0,001$ ), užimtumo funkcija ( $r=-0,437$ ;  $p<0,001$ ), socialine funkcija ( $r=-0,495$ ;  $p<0,001$ ). Nustatyti vidutinio stiprumo ryšiai su depresija: fizine funkcija ( $r=-0,541$ ;  $p<0,001$ ), kognityvine funkcija ( $r=-0,565$ ;  $p<0,001$ ), bei stiprus ryšys su depresija ir emociine funkcija ( $r=-0,721$ ;  $p<0,001$ ). Galime teigti, kad, kuo pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymo būdas kartu su integracinėmis onkologijos paslaugomis, depresijos lygis didesnis, tuo funkcinės gyvenimo kokybės sritys yra mažiau išreikštos, taip blogindamos bendrą gyvenimo kokybę.

Vertinant pacientų kuriems šalia tradicinio gydymo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos simptomų ir depresijos sąsajas. Nustatyti silpni teigiami ryšiai su depresija: skausmu ( $r=0,464$ ;  $p<0,001$ ), dusuliu ( $r=0,464$ ;  $p<0,001$ ), apetito praradimu ( $r=0,184$ ;  $p=0,016$ ), finansiniais sunkumais ( $r=0,463$ ;  $p<0,001$ ), bei vidutinio stiprumo ryšiai su depresija: nuovargiu ( $r=0,615$ ;  $p<0,001$ ), nemiga ( $r=0,647$ ;  $p<0,001$ ). Išanalizavus gautus duomenis, galime teigti, kad, kuo pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymo būdas kartu su integracinėmis onkologijos paslaugomis, depresijos lygis didesnis, tuo šie simptomai yra labiau išreikšti, taip sąlygodami blogesnę bendrą gyvenimo kokybę.

8 lentelė. Gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos pacientų grupėse

| Sąsajos              |   | Depresija               |  |
|----------------------|---|-------------------------|--|
|                      |   | Tradicinis gydymo būdas | Tradicinis su integracinėmis onkologijos paslaugomis |
| Gyvenimo kokybė      | r | -0,238**                | -0,379**   |
|                      | p | 0,002                   | <0,001   |
| Fizinė funkcija      | r | -0,313**                | -0,541**   |
|                      | p | <0,001                  | <0,001   |
| Užimtumo funkcija    | r | -0,400**                | -0,437**   |
|                      | p | <0,001                  | <0,001   |
| Emocinė funkcija     | r | -0,576**                | -0,721**   |
|                      | p | <0,001                  | <0,001   |
| Kognityvinė funkcija | r | -0,535**                | -0,565**   |
|                      | p | <0,001                  | <0,001   |
| Socialinė funkcija   | r | -0,416**                | -0,495**   |
|                      | p | <0,001                  | <0,001   |
| Nuovargis            | r | 0,469**                 | 0,615**  |
|                      | p | <0,001                  | <0,001   |
| Pykinimas/vėmimas    | r | 0,276**                 | 0,146  |
|                      | p | <0,001                  | 0,056  |
| Skausmas             | r | 0,367**                 | 0,464**  |
|                      | p | <0,001                  | <0,001   |
| Dusulys              | r | 0,294**                 | 0,464**  |
|                      | p | <0,001                  | <0,001   |

| Lentelės tęsinys     |   |         |         |
|----------------------|---|---------|---------|
| Nemiga               | r | 0,427** | 0,647** |
|                      | p | <0,001  | <0,001  |
| Apetito praradimas   | r | 0,323** | 0,184*  |
|                      | p | <0,001  | 0,016   |
| Vidurių užkietėjimas | r | 0,249** | 0,146   |
|                      | p | 0,001   | 0,056   |
| Viduriavimas         | r | 0,111   | 0,036   |
|                      | p | 0,146   | 0,638   |
| Finansiniai sunkumai | r | 0,404** | 0,463** |
|                      | p | <0,001  | <0,001  |

r – Pearson koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, \* - <0,05, \*\* - 0,01

Apibendrinus gautus rezultatus, nustatyta, kad pacientams, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymo būdas su integracinėmis onkologijos paslaugomis, depresijos lygis turi didesnės įtakos nemigos bei nuovargio simptomų pasireiškimui, nei pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas. Taip pat stebimas stipresnis ryšys su depresijos ir emocinėmis bei fizinėmis funkcijomis, nei pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymo būdas. Tačiau pykinimo ir vėmimo bei vidurių užkietėjimo simptomų pasireiškimo ryšys su depresija nustatytas tik pacientams, kuriems taikomas tik tradicinis gydymas.

### 2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Gyvenimo kokybė susideda iš daugybės faktorių, kurie dažnu atveju lemia paciento savarankiškumą ir gebėjimą veikti socialinėje sąveikoje. Gera psichinė sveikata leidžia lengviau susidoroti su atsiradusiais naujais gyvenimo iššūkiais. Pasaulyje vis garsiau kalbama apie integracinės onkologijos naudą vėžiu sergančių pacientų gyvenimo kokybei bei psichinei sveikatai. Stokojant tyrimų Lietuvoje apie integracinės onkologijos paslaugų naudą pacientų gyvenimo kokybei ir depresijai, šiuo lyginamuoju dviejų grupių tyrimu buvo siekiama išsiaiškinti, ar yra ryšys tarp depresijos ir pacientų gyvenimo kokybės. Taip pat, ar integracinės onkologijos paslaugos turi įtakos pacientų, sergančių vėžiu, gyvenimo kokybei bei depresijai.

Nolte ir kt., (2019) paskelbė Europos vėžio tyrimų ir gydymo, gyvenimo kokybės tyrėjų grupės finansuoto tyrimo ataskaitą. Ataskaitoje pateikti bendrieji normatyviniai rodikliai leidžia palyginti mūsų tyrimo gautus duomenis su pateiktais bendraisiais populiacijos normatyvais (Nolte et al., 2019). Svarbu paminėti, jog beveik visose EORTC grupės tyrime dalyvavusiose šalyse, išskyrus Rusiją (informacijos nepavyko rasti), veikia net po kelis integracinės onkologijos centrus, visose šalyse integracinės onkologijos paslaugos yra dalinai arba pilnai mokomos pačių pacientų (Institute for TCIM, Integrative oncology society).

Tyrimo metu pacientų, kuriems taikomas tradicinis onkologinis gydymas, buvo nustatytas  $43,17 \pm 17,88$  bendrosios gyvenimo kokybės įvertis, o pacientų, kuriems kartu teikiamos ir integracinės onkologijos paslaugos –  $67,98 \pm 16,43$ . Palyginus šiuos du rezultatus nustatytas statistiškai reikšmingas ( $p < 0,001$ ) skirtumas. Bozcuk ir kt. (2017) atliko dviejų lyginamųjų grupių tyrimą, kurio metu buvo nustatytas statistiškai reikšmingas ( $p < 0,001$ ) skirtumas, tarp pacientų grupių bendrosios gyvenimo kokybės įverčio. Pacientų grupėje kuriai šalia tradicinio gydymo buvo vedami dalės terapijos užsiėmimai bendrasis gyvenimo kokybės įvertis buvo geresnis nei pacientų kuriems buvo taikomas tik tradicinis gydymas (Bozcuk et al., 2017). Lyginant bendrosios gyvenimo kokybės įverčius, mūsų tyrime dalyvavusių respondentų su EORTC grupės ataskaitoje pateiktais bendraisiais populiacijos normatyvais, pacientų kuriems šalia tradicinio gydymo kartu buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos bendrasis gyvenimo kokybės įvertis buvo labai artimas nustatytam bendrajai populiacijos normatyvui ( $66,1 \pm 21,7$ ), o pacientų kuriems buvo taikomas tik tradicinis vėžio gydymas bendrasis gyvenimo kokybės įvertis buvo kliniškai reikšmingai (vidurkių skirtumas  $\pm 10$  balų) blogesnis už bendrąjį populiacijos normatyvą (Nolte et al., 2019).

Atlikus tyrimą nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $p < 0,001$ ) visose funkcinėse gyvenimo kokybės srityse. Pacientų kuriems šalia tradicinio gydymo kartu buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos funkcinų skalių įverčiai buvo statistiškai reikšmingai geresni nei pacientų kuriems taikomas tik tradicinis gydymas. Andersen ir kitų (2018) atliktame tyrime

buvo siekiama nustatyti, skirtingo gydymo įtaką gyvenimo kokybei. Tyrimo metu nustatytas statistiškai reikšmingas ( $p < 0,05$ ) skirtumas fizinėje, socialinėje, emocinėje bei protinėse funkcijose, geresni įvertinimai buvo nustatyti pacienčių grupėje kurioje šalia tradicinio gydymo kartu buvo teikiamos ir integracinės onkologijos paslaugos (Andersen et al., 2018). Mannucci ir kt. (2018) atlikto tyrimo duomenimis taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas ( $p < 0,05$ ) skirtumas atskirose pacientų grupėse fizinės, užimtumo bei socialinėse funkcijose, geresnis funkcionavimas šiose srityse nustatytas pacientų grupėje, kurioje šalia tradicinio gydymo buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos (Mannucci et al., 2018). Lyginant tyrime dalyvavusių pacientų grupių gautus vidurkius su bendraisiais normatyviniais gyvenimo kokybės funkcinų skalių įverčiais. Pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas, visi funkcinų skalių vidurkiai buvo kliniškai reikšmingai mažesni (vidurkių skirtumas  $> 20$  balų) už nustatytus bendruosius normatyvus. Socialinės funkcijos skalėje nustatytas net 39,49 (atitinkamai  $46,71 \pm 31,8$  ir  $86,2 \pm 24,1$ ) balais mažesnis vidurkis negu bendrasis normatyvinis vidurkis. Pacientams kuriems šalia tradicinio gydymo kartu teikiamos ir integracinės onkologijos paslaugos taip pat nustatytas kliniškai reikšmingas skirtumas socialinės funkcijos srityje (atitinkamai  $65,21 \pm 29,22$  ir  $86,2 \pm 24,1$ ). Šie duomenys rodo, kad mūsų tyrime dalyvavusiems respondentams dažniau ir intensyviau nei bendrajai onkologinėmis ligomis sergančių pacientų populiacijai gali būti sutrikdomas šeiminis ar visuomeninis gyvenimas, sąlygotas ligos ar jos medicininio gydymo (Nolte et al., 2019).

Atlikus tyrimą nustatyta, kad pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas, visi gyvenimo kokybės klausimyno simptomų skalėje vertinami aspektai buvo labiau išreikšti ir statistiškai reikšmingai ( $p < 0,05$ ) skyrėsi nuo pacientų grupės, kuriai šalia tradicinio gydymo buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos. Arslan ir Ozdemir (2015) atlikto lyginamojo tyrimo metu nustatyta papildomų priemonių įtaka pacientų pykinimo ir vėmimo simptomų kontrolei. Tyrimo metu nustatytas statistiškai reikšmingas ( $p < 0,05$ ) skirtumas tarp skirtingą gydymo metodą gaunančių pacientų grupių. Pacientams, kuriems šalia tradicinio vėžio gydymo buvo teikiamos papildomos integracinės onkologijos paslaugos, pykinimo ir vėmimo epizodai buvo retesni ir mažesnio intensyvumo (Arslan & Ozdemir 2015). Farhani ir kt. (2019) atliktoje sisteminėje apžvalgoje aprašoma aromaterapijos nauda pacientų su liga ar jos gydymu siejamų simptomų valdymui, 13 apžvelgtų tyrimų pateikia duomenis, įrodančius aromaterapijos naudą, siekiant suvaldyti su onkologine liga ar jos gydymu siejamą skausmą, dar 4 studijos aprašo aromaterapijos naudą pacientų miego kokybės valdyme, studijose aprašoma, kad pacientams, kuriems bandymo metu buvo taikoma įkvepiamoji aromaterapija ar onkologinis aromaterapinis masažas, rečiau pasireiškė miego problemos, nei pacientams, kuriems šie papildomi metodai nebuvo taikomi (Farhani et al., 2019). Lyginant mūsų tyrimo metu gautus duomenis su bendraisiais normatyviniais simptomų skalių vidurkiais, kliniškai reikšmingai (vidurkių skirtumas  $> 10$ ) dažniau ir intensyviau

simptomus jautė pacientai, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas, nei bendra onkologinėmis ligomis sergančių pacientų populiacija. Vertinant pacientų, kuriems šalia tradicinio gydymo kartu buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos, kliniškai reikšmingi (vidurkių balų skirtumas > 10) vidurkių skirtumai, lyginant su bendraisiais populiacijos normatyvais, nustatyti tik su pykinimo ir dusulio simptomais bei finansinių sunkumų srityje. Lyginant atskirus pasireiškiančių simptomų vidurkius abiejų pacientų grupių su EORTC grupės narių pateiktos ataskaitos atskirų šalių normatyvinius vidurkius, didžiausi skirtumai nustatyti vertinant nuovargio bei nemigos simptomų vidurkius, beveik visose EORTC ataskaitoje minimose šalyse šiuos simptomus pacientai geriau kontroliavo nei mūsų tyrime dalyvavusios grupės. Todėl siekiant geresnės simptomų kontrolės, abiem pacientų grupėm, didesnę dėmesį reiktų skirti į valstybių simptomų valdymo strategijas, kuriose bendrieji normatyviniai vidurkiai yra didesni, šiuo atveju tai būtų Austrija bei Nyderlandai. Šios dvi šalys turėjo geriausias rezultatus visose gyvenimo kokybės srityse lyginant mūsų tyrime dalyvavusių atskirų pacientų grupių ir tų šalių normatyvinius vidurkius (Nolte et al., 2019).

Palyginus EORTC grupės pateiktus normatyvinius gyvenimo kokybės sričių vidurkius su mūsų tyrime dalyvavusių pacientų vidurkiais, nustatyta, kad pacientų, kuriems šalia tradicinio gydymo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos, bendra gyvenimo kokybė, funkcinis sąveikavimas bei simptomų valdymas yra labai artimas bendriesiems normatyviniams vidurkiams. Tai rodo, jog šiems pacientams teikiamos gydymo paslaugos, leidžia oriai ir kokybiškai gyventi bei kontroliuoti su gydymu ar liga siejamų simptomų atsiradimą. Tačiau nerimą kelia pacientai, kuriems taikomas tik tradicinis gydymas, jų visi gyvenimo kokybės sričių vidurkiai kliniškai reikšmingai skiriasi nuo bendrųjų normatyvinių vidurkių. Tai rodo, kad šiems pacientams dažniau ir intensyviau pasireiškia su gydymu ar liga siejami simptomai, jų blogesnis funkcionavimas visose funkcinėse gyvenimo kokybės srityse. Todėl siekiant gerinti šių pacientų gyvenimo kokybę bei stengiantis kuo ilgiau juos išlaikyti nepriklausomus nuo kitų asmenų, labai svarbu kuo skubiau teikti daugiaprofilines, į asmenį orientuotas paslaugas, kurios padėtų pagerinti pacientų bendrą gyvenimo kokybę bei su liga ar jos gydymu siejamų simptomų kontrolę (Nolte et al., 2019).

Atliktame tyrime naudojant PHQ-9 klausimyną buvo siekiama įvertinti pacientų, sergančių vėžiu, depresijos lygį. Atlikus tyrimą nustatytas statistiškai reikšmingas ( $p < 0,001$ ) depresijos lygio skirtumas tarp pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas ir pacientų, kuriems šalia tradicinio vėžio gydymo kartu teikiamos ir integracinės onkologijos paslaugos. Jang, Kang ir Kim (2017) atliktas tyrimas su skirtingomis tiriamųjų grupėmis taip pat nustatė statistiškai reikšmingą ( $p < 0,001$ ) skirtumą, vertinant pasireiškiančios depresijos lygį. Pacientų grupėje kuriai buvo papildomai teikiamos integracinės onkologijos paslaugos, depresijos lygis buvo reikšmingai mažesnis (Jang, Kang & Kim 2017). Hinz ir kitų bendraautorių (2016) Vokietijoje atliko dviejų

lyginamųjų grupių tyrime nustatytas  $5,26 \pm 4,27$  balo depresijos vidurkis yra labai artimas mūsų tyrime nustatytam pacientų, kuriems šalia tradicinio gydymo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos  $5,63 \pm 4,39$  vidurkiui. Tuo tarpu pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas, nustatytas beveik du kartus didesnis ( $10,8 \pm 5,85$ ) balų vidurkis. Šis statistiškai reikšmingas ( $p < 0,001$ ), vidurkių skirtumas rodo, jog pacientai kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas yra nustatoma aukštesnio lygio depresija. Lyginant mūsų tyrime dalyvavusių respondentų pasiskirstymą pagal depresijos lygius su Hinz ir kt. (2016) pateiktais duomenimis. Pacientų grupėje kuriai šalia tradicinio gydymo buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos pasiskirstymas pagal depresijos lygius buvo labai panašus. O pacientų grupėje kuriai buvo taikomas tik tradicinis vėžio gydymas, minimali depresija buvo nustatyta šiek tiek mažesniai pacientų skaičiui, tačiau bene du kartus daugiau pacientų buvo varginami sunkios depresijos, nei Hinz ir kt. (2016) tyrime dalyvavusių respondentų (Hinz et al., 2016). Atsižvelgiant į tai, jog Vokietija yra viena iš lyderių vėžio tyrimų, naujų gydymo metodų bei į pacientą orientuotos priežiūros šalių. Šie depresijos lygio aspektų palyginimai rodo, kad pacientai, kuriems šalia tradicinio gydymo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos, geba geriau geriau kontroliuoti depresijai būdingai simptomus, nei pacientai kuriems taikomas tik tradicinis gydymas (Federal ministry of education and research).

Pasaulyje gausu tyrimų, siekiančių išsiaiškinti depresijos įtaką pacientų, sergančių vėžiu, gyvenimo kokybei. Ir daugelis tyrimų atskleidžia besąlyginę onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės priklausomybę nuo depresijos lygio (Grotmol et al., 2017), (Yoon, Chatters, Kao, Saint-Arnault & Northouse, 2018), (An, Fu & Yuan, 2019). Atlikus tyrimą, nustatytas kintančio intensyvumo statistinis ryšys abiejuose pacientų grupėse. Pagrindiniai skirtumai tarp šių grupių išryškėja vertinant depresijos ir emocijų bei fizinių funkcijų sritis. Pacientai kuriems šalia tradicinio gydymo kartu buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos nustatytas stipresnis statistiškai neigiamas ryšys tarp depresijos ir emocinio funkcionavimo, nei pacientams kuriems taikomas tik tradicini gydymas. Jang, Kang ir Kim (2017) atlikto tyrimo metu taip pat nustatytas glaudus integracinės onkologijos paslaugomis besinaudojančių pacientų depresijos ir emocinių funkcijų ryšys, šis ryšys stipresnis nei pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis onkologinis gydymas (Jang, Kang & Kim 2017). Šis ryšio stiprumo skirtumas rodo, kad pacientai kuriems šalia tradicinio gydymo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos, jautriau nei pacientai kuriems taikomas tik tradicinis gydymas reaguoja į depresijos lygio pokyčius emocinių funkcijų srityje. Todėl labai svarbus tampa nuolatinis depresijos vertinimas bei savalaikės pagalbos suteikimas.

Įvertinus gautus tyrimo rezultatus, tyrimo *hipotezė* pasitvirtino. Pacientų kuriems šalia tradicinio gydymo buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugos gyvenimo kokybė geresnė ir jų depresijos lygis mažesnis, nei pacientų kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas.

## IŠVADOS

1. Atlikus gautų duomenų analizę nustatyta, kad pacientų, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas, kartu teikiant ir integracinės onkologijos paslaugas, gyvenimo kokybė yra statistiškai reikšmingai geresnė nei pacientų, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas (atitinkamai  $67,98 \pm 16,43$  ir  $43,17 \pm 17,88$ ), ( $p < 0,001$ ). Papildomas integracinės onkologijos paslaugas gaunantiems pacientams nustatytas statistiškai reikšmingai geresnis funkcionavimas visose gyvenimo kokybės funkcinėse skalėse bei šiems pacientams statistiškai reikšmingai mažiau buvo išreikšti simptomai, susiję su liga ar jos gydymu.
2. Atlikus gautų duomenų analizę nustatyta, kad pacientai, kuriems taikomas tik tradicinis onkologinis gydymas, yra dažniau varginami aukštesnio lygio depresijos, nei pacientai, kuriems šalia tradicinio vėžio gydymo yra teikiamos integracinės onkologijos paslaugas, atitinkamai ( $10,8 \pm 5,85$  ir  $5,63 \pm 4,39$ ), ( $p < 0,001$ ). Pacientams, kuriems taikomas tradicinis vėžio gydymas, 3–4 kartus dažniau pasireiškė vidutinio sunkumo depresijos simptomai bei vidutiniškai sunki ir sunki depresijos formos, nei pacientams, kuriems šalia tradicinio gydymo kartu buvo teikiamos ir integracinės onkologijos paslaugas. Vertinant depresijos simptomų įtaką pacientų kasdienėms veikloms bei socialiniams santykiams, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2 = 51,406$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,001$ ). Su depresija siejamos problemos labiau neigiamai įtakojo socialinius santykius bei varžė kasdienes veiklas tų pacientų, kuriems buvo taikomas tik tradicinis vėžio gydymas, nei pacientų, kuriems šalia tradicinio gydymo teikiamos integracinės onkologijos paslaugas.
3. Vertinant onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas, abejose pacientų grupėse buvo nustatytas kintančio intensyvumo ryšys tarp depresijos ir bendros gyvenimo kokybės bei visų kitų gyvenimo kokybės vetinimo sričių. Pagrindinis skirtumas tarp šių dviejų grupių, vertinant depresijos ir gyvenimo kokybės sąsajas, išryškėja tarp depresijos ir emocinės funkcijos. Pacientams, kuriems šalia tradicinio gydymo kartu buvo teikiamos integracinės onkologijos paslaugas, nustatytas stiprus neigiamas statistinis ryšys, o pacientams, kuriems taikomas tik tradicinis gydymas, tarp depresijos ir emocinės funkcijos nustatytas vidutinio stiprumo neigiamas statistinis ryšys.

## REKOMENDACIJOS

### **Pacientams:**

- Pacientams, kuriems taikomas tik tradicinis gydymas, gyvenimo kokybės gerinimui, pasitarus su gydančiu gydytoju, rekomenduojama naudotis integracinės onkologijos paslaugomis.
- Pacientams, kuriems taikomas tik tradicinis vėžio gydymas, psichinės sveikatos gerinimui, pasitarus su gydančiu gydytoju, rekomenduojama naudotis integracinės onkologijos paslaugomis.
- Pacientams, kuriems kartu teikiamos tradicinio vėžio gydymo ir integracinės onkologijos paslaugos, rekomenduojama reguliariai vertinti depresijos lygį. Nustačius pokyčius, įvertinti priežastis ir, kaip įmanoma skubiau, jas pašalinti.

### **Slaugytojams:**

- Rekomenduojama reguliariai vertinti pacientų depresijos lygį ir gyvenimo kokybę, naudojantis pasaulyje pripažintais instrumentais.
- Atsižvelgiant į gautus duomenis, dalyvaujant multidisciplininėje komandoje, teikti rekomendacijas dėl individualaus paciento slaugos plano sudarymo.

### **Integracinės onkologijos paslaugas teikiančioms įstaigoms:**

- Įvairiais visuomenės informavimo keliais (televizija, laikraščiai, radijas) skleisti informaciją apie integracinės onkologijos paslaugų naudą pacientų, sergančių vėžiu, gyvenimo kokybei.
- Pagaminti lankstinukų ar kitos dalomosios medžiagos apie teikiamas paslaugas (nurodant paslaugų kainas) ir išplatinti įstaigose, kuriose teikiamos onkologinių ligų gydymo paslaugos.
- Rekomenduojama rengti vertingos informacijos paskaitas ar užsiėmimus nemokamai bent vieną kartą per mėnesį.
- Glaudžiai bendradarbiauti su nevyriausybinėmis organizacijomis, vienijančiomis onkologinėmis ligomis sergančius pacientus, taip suteikiant kuo didesniai pacientų skaičiui daugiaprofilinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

## LITERATŪRA

1. Aapro, M., Ruffo, P., Panteri, R., Costa, S., Piovesana, V. (2018). Oncologist perspectives on chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) management and outcomes: A quantitative market research-based survey. *Cancer Reports*, 1:e1127. <https://ezproxy.biblioteka.ku.lt:4400/10.1002/cnr2.1127>
2. Alemayehu, M., Deyessa, N., Medihin, G., & Fekadu, A. (2018). A descriptive analysis of depression and pain complaints among patients with cancer in a low income country. *PLoS ONE*, 13(3), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193713>
3. An, Y., Fu, G., & Yuan, G. (2019). Quality of Life in Patients With Breast Cancer: The Influence of Family Caregiver's Burden and the Mediation of Patient's Anxiety and Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(11), 921–926. <https://doi.org/4400/10.1097/NMD.0000000000001040>
4. Andersen, M. R., Sweet, E., Hager, S., Gaul, M., Dowd, F., & Standish, L. J. (2018). Use of Integrative Oncology, Involvement in Decision-Making, and Breast Cancer Survivor Health-Related Quality of Life in the First 5 Years Postdiagnosis. *Integrative Cancer Therapies*, 636–645. <https://doi.org/10.1177/1534735418762543>
5. Ando, M., Hayashida, S. (2017). Psychological utility of art therapy for patients with advanced cancer. *Clinical case reports and reviews*, 3(7), 1-4. <https://doi.org/10.15761/CCRR.1000354>
6. Anna, B.-S., Marieta, G.-G., Theodor, M., Hajnal, F., Melinda, F., Cristian, G.-G., & Iosif, G.-G. (2015). Pain and Distress in Cancer Patients. *Acta Medica Marisiensis*, 61(3), 213–216. <https://doi.org/10.1515/amma-2015-0057>
7. Armstrong, K., Lanni, T., Anderson, M. M., Patricolo, G. E. (2018). Integrative medicine and the oncology patient: options and benefits. *Supportive care in cancer*, 26, 2267-2273. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4007-y>
8. Arrieta J., Aguerrebere M., Raviola G., Flores H., Elliott P., Espinosa A., Reyes A., Ortiz-Panozo E., Rodriguez-Gutierrez E. G., Mukherjee J., Palazuelos D., Franke M. F. (2017) Validity and utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-2) and PHQ-9 for screening and diagnosis of depression in rural chiapas, Mexico: a cross-sectional study. *Journal of clinical psychology*, 73(9), 1076-1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
9. Arslan, M., & Ozdemir, L. (2015). Oral Intake of Ginger for Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting Among Women With Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(5), E92–E97. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.E92-E97>

10. Avana B. A., Negash S., Yusuf L., Tigeneh W., Haile D. (2016) Reability and validity of amharic version of EORTC QLQ - C 30 questionnaire among gynecological cancer patients in Ethiopia. *PLoS ONE*, 11(6), e0157359. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0157359>
11. Ballou, S., Katon, J., Singh, P., Rangan, V., Lee, H. N., McMahon, C., Iturrino, J., Lembo, A., Nee, J. (2019). Chronic diarrhea and constipation are more common in depressed individuals. *Clinical gastroenterology and hepatology*. 17(13), p. 2696-2703. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.03.046>
12. Barajas Galindo, D. E., Vidal-Casariago, A., Calleja-Fernández, A., Hernández-Moreno, A., Pintor de la Maza, B., Pedraza-Lorenzo, M., Rodríguez-García, M. A., Ávila-Turcios, D. M., Alejo-Ramos, M., Villar-Taibo, R., Urioste-Fondo, A., Cano-Rodríguez, I., & Ballesteros-Pomar, M. D. (2017). Appetite disorders in cancer patients: Impact on nutritional status and quality of life. *Appetite*, 114, 23–27. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.020>
13. Barni, S. Fausto, P., Cabiddu, M. (2016). Cardiotoxicity of antiemetic drugs in oncology: an overview of the current state of the art. *Critical reviews in oncology/hematology*. 102, p. 125-134. <http://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2016.04.012> 1040-8428
14. Bilgin, E., Kirca, O., Ozdogan, M. (2018). Art therapies in cancer — A non-negligible beauty and benefit. *Journal of oncological sciences*, 4(1), 47-48. <https://doi.org/10.1016/j.jons.2017.12.003>
15. Blackburn, L. M., Burns, K., DiGiannantoni, E., Meade, K., O’Leary, C., & Stiles, R. (2018). Pain Assessment: Use of the Defense and Veterans Pain Rating Scale in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(6), 643–648. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.643-648>
16. Block, K. I. (2016). Celebrating 15 Years of Publication of Integrative Cancer Therapies With Positive Change. *Integrative Cancer Therapies*, 15(4), 403–404.
17. Bonhof, C. S., Mols, F., Vos, M. C., Pijnenborg, J. M. A., Boll, D., Vreugdenhil, G., Ezendman, N. P. M., Poll-Franse, L. V. (2018). Course of chemotherapy-induced peripheral neuropathy and its impact on health-related quality of life among ovarian cancer patients: A longitudinal study. *Gynecologic oncology*, 149, 455-463. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.03.052> 0090-8258
18. Bouillet, T., Bigard, X., Brami, C., Chouahnia, K., Copel, L., Dauchy, S., Delcambre, C., Descotes, J. M., Joly, F., Lepeu, G., Marre, A., Scotte, F., Spano, J. P., Vanlemmens, L., Zelek, L. (2015). Role of physical activity and sport in oncology: Scientific commission of the National Federation Sport and Cancer CAMI. *Critical reviews in oncology/hematology*, 94(1), 74-86 <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2014.12.012>

19. Bozcuk, H., Ozcan, K., Erdogan, C., Mutlu, H., Demir, M., Coskun, S. (2017). A comparative study of art therapy in cancer patients receiving chemotherapy and improvement in quality of life by watercolor painting. *Complementary therapies in medicine*, 30, 67-72. <http://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.11.006>
20. Brami, C., Bao, T., Deng, G. (2016) Natural products and complementary therapies for chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review. *Critical reviews in oncology/hematology*, 98, 325-334. <http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2015.11.014> [1040-8428](http://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2015.11.014)
21. Brown, J. C., Ligibel, J. A. (2017). The Role of Physical Activity in Oncology Care. *JNCI Monographs*, 52, 41-43. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgx017>
22. Caccialanza, R., Lobascio, F., Cereda, E., Aprile, G., Farina, G., Traclò, F., Borioli, V., Caraccia, M., Turri, A., De Lorenzo, F., & Pedrazzoli, P. (2020). Cancer-related malnutrition management: A survey among Italian Oncology Units and Patients' Associations. *Current Problems in Cancer*, 12(12), 1-14 <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2020.100554>
23. Campos, J. A. D. B., Spexoto, M. C. B., da Silva, W. R., Serrano, S. V., & Marôco, J. (2018). European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30: factorial models to Brazilian cancer patients. *Einstein*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4132>
24. Caraceni, A., & Shkodia, M. (2019). Cancer Pain Assessment and Classification. *Cancers*, 11(4), 1-13. <https://doi.org/10.3390/cancers11040510>
25. Cha, K. M., Chung, Y. K., Lim, K. Y., Noh, J. S., Chun, M., Hyun, S. Y., Kang, D. R., Oh, M. J., Kim, N. H. (2017). Depression and insomnia as mediators of the relationship between distress and quality of life in cancer patients. *Journal of affective disorders*, 1, 260-265. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.020>
26. Chan, C. W., Cheng, H., Au, S. K., Leung, K. T., Li, Y. C., Wong, K. H., Molassiotis, A. (2018). Living with chemotherapy-induced peripheral neuropathy: Uncovering the symptom experience and self-management of neuropathic symptoms among cancer survivors. *European journal of oncology nursing*, 36, 135-141. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.09.003>
27. Charalambous, A., & Kouta, C. (2016). Cancer Related Fatigue and Quality of Life in Patients with Advanced Prostate Cancer Undergoing Chemotherapy. *BioMed Research International*, 2016, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2016/3989286>
28. Cherwin, C., & Kwekkeboom, K. (2016). Prevalence, duration, severity, and distress of chemotherapy-related gastrointestinal symptoms in patients with a hematologic malignancy. *Oncology Nursing Forum*, 43, 561–571. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.43-05AP>

29. Cherwin, C., Nakad, L., Albashayreh A. (2019). Systematic review of nonpharmacologic approaches for the management of gastrointestinal symptoms. *Oncology nursing forum*. 46(1), E1-E21. <https://doi.org/10.1188/19.ONF.E1-E21>
30. Chidinma, C., Yongchang, J., Carmen, P., Escalante, P. (2017). Cancer – related fatigue in cancer survivorship. *Medical clinics of North America*, 101, 1085-1097. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.007>
31. Choi S. W., Schalet B., Cook K. F., Cella D. (2014) Establishing a common metric for depressive symptoms: linking the BDI-II, CES-D, and PHQ-9 to PROMIS depression. *Psychol Assess*, 26(2), 513-527. <https://doi.org/10.1037/a0035768>
32. Cohen, A., Ianovski, L. E., Frenkiel, S., Hier, M., Zeitouni, A., Kost, K., Mlynarek, A., Richardson, K., Black, M., MacDonald, C., Chartier, G., Rosberger, Z., & Henry, M. (2018). Barriers to psychosocial oncology service utilization in patients newly diagnosed with head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2786–2793. <https://doi.org/10.1002/pon.4889>
33. Cowen, V. S., Miccio, R. S., & Parikh, B. (2017). Massage Therapy in Outpatient Cancer Care: A Metropolitan Area Analysis. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(4), 851–855. <https://doi.org/10.1177/2156587217727938>
34. Daly, L. E., Bhuachalla, E. N., Cushen, S., Power, D., O'Reilly, S., McEneaney, P., O'Mahony, D., Bambury, R., Ryan, A. (2016). Malnutrition in 822 Irish cancer patients undergoing chemotherapy: prevalence and impact on quality of life and survival. *Annals of oncology*, 27(6), vi497-vi521 <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw390.15>
35. Damani, A., Ghoshal, A., Salins, N., Deodhar J., Muckaden M. (2017). Validation of "Cancer dyspnea scale" in patients with advanced cancer in palliative care setting in India. *Journal of pain and symptom management*, 54(4), 715-720. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.06.004>
36. DiScipio, W. J. (2016). Perceived relaxation as a function of restorative yoga combined with Reiki for cancer survivors. *Complementary therapies in clinical practice*, 24, 116-122. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.05.003>
37. Dunjić, O., & Ljubisavljević, S. (2018). The Influence of Cancer Pain on the Quality of Life in Patients with Advanced Cervical Cancer: One-Year Single Center Experience. *Acta Medica Medianae*, 57(2), 66–74. <https://doi.org/10.5633/amm.2018.0211>
38. Fabi, A., Bhargava, R., Fatigoni, S., Guglielmo, M., Horneber, M., Roila, F., Weis, J., Jordan, K., Ripamonti, C. I., on behalf of the ESMO guidelines committee. (2020). Cancer – related fatigue: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis and treatment. *Annals of oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.016>

39. Farahani, M. A., Afsargharehbagh, R., Marandi, F., Moradi, M., Hashemi, S.-M., Moghadam, M. P., & Balouchi, A. (2019). Effect of aromatherapy on cancer complications: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 47, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.08.003>
40. Federal ministry of education and research: Cancer research (n.d.) . Rectreived from <http://www.research-in-germany.org/en/spotlight/cancer-research.html>
41. Feng Y., Huang W., Tian T-F., Wang G., Hu C., Chiu H. F. K., Ungvari G. S., Kilbourne A. M., Xiang Y-T. (2016) The psychometric properties of the quick inventory of depressive symptomatology-self report (QIDS-SR) and the Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) in depressed inpatients in China. *Psychiatry research*, 243, 92-96. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.021>
42. Ferreira, F. S., Meira, K. C., Felix, R. S., Oliveira, I. R. S., Pinto, C. M. I., Santos Silva, M. A., Santos, J. (2019). Associated factors with the knowledge of nurses of a high complexity oncology center in Brazil, on the management of cancer pain. *E-cancer medical science*, 13:928 <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.928>
43. Fukushi, K., Narita, T., Hatakeyama, S., Yamamoto, H., Tobisawa, Y., Yoneyama, T., Yoneyama, T., Hashimoto, Y., Koie, T., & Ohyama, C. (2017). Difference in toxicity reporting between patients and clinicians during systemic chemotherapy in patients with urothelial carcinoma. *International Journal of Urology*, 24(5), 361–366. <https://doi.org/10.1111/iju.13318>
44. Garland S. N., Gehrman P., Barg F. K., Sharon X. X., Mao J. J. (2016) Choosing options for Insomnia in Cancer Effectively (CHOICE): Design of a patient centered comparative effectiveness trial of acupuncture and cognitive behavior therapy for insomnia. *Contemporary clinical trials*, 47, 349-355. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2016.02.010> 1551-7144/
45. Glinzak, L. (2016). Effects of Art Therapy on Distress Levels of Adults With Cancer: A Proxy Pretest Study. *Journal of the American art therapy association*, 33(1), 27-34. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1127687>
46. Grant, S. J., Hunter, J., Seely, D., Balneaves, L. G., Rossi, E., & Bao, T. (2019). Integrative Oncology: International Perspectives. *Integrative Cancer Therapies*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/1534735418823266>
47. Grapp, M., Terhoeven, V., Nikendei, C., Friederich, H-C., Maatouk, I. (2019). Screening for depression in cancer patients using PHQ-9: the accuracy of somatic compared to non-somatic items. *Journal of affective disorders*, 254(1), 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.026>

48. Greenlee, H., & Shi, Z. (2019). Implementing Integrative Oncology: Hopes and Challenges. *Journal of Oncology Practice*, 15(1), 17–19. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00755>
49. Greenlee, H., DuPont - Reyes, M.J., Balneaves, L.G., Carlson, L.E., Cohen, M.R., Deng, G., Johnson, J.A., Mumber, M., Seely, D., Zick, S.M., Boyce, L.M. and Tripathy, D. (2017), Clinical practice guidelines on the evidence - based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67, 194-232. <https://doi.org/10.3322/caac.21397>
50. Grotmol, K.S., Lie, H. C., Hjermsstad, M. J., Aass, N., Currow, D., Kaasa, S., Moum, T. A., Pigni, A., Loge, J. A., on behalf of the European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) (2017) Depression A Major Contributor to Poor Quality of Life in Patients With Advanced Cancer. *Journal of pain and symptom management*, 54(6), 889-897. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.010>.
51. Gubili, J., Emerzian, M., & Miner, W. (2018). How Aromatherapy With Essential Oils May Help Patients With Cancer. *ONS Voice*, 33(7), 32–33.
52. Hallet, J., Davis, L.E., Isenberg-Grzeda, E., Mahar, A.L., Zhao, H., Zuk, V., Moody, L. and Coburn, N.G. (2020), Gaps in the Management of Depression Symptoms Following Cancer Diagnosis: A Population - Based Analysis of Prospective Patient-Reported Outcomes. *The Oncol*, 25, 1-11. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0709>
53. Harrington, K. J., Ferris, R. L., Jr Blumenschein, G., Colevas, A. D., Fayette, J., Licitra, L., Kasper, S., Even, C., Vokes, E. E., Worden, F., Saba, N. F., Kiyota, N., Haddad, R., Tahara, M., Grünwald, V., Shaw, J. W., Monga, M., Lynch, M., Taylor, F., & DeRosa, M. (2017). Nivolumab versus standard, single-agent therapy of investigator's choice in recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (CheckMate 141): health-related quality-of-life results from a randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncology*, 18(8), 1104–1115.
54. Hinz, A., Mehner-Theuerkaf, A., Kocalevent, R.D., Brähler, E., Forkmann, T., Schulte, T., Singer, S. (2016). Assessment of depression severity with the PHQ-9 in cancer patients and in the general population. *BMC Psychiatry* 16:22. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0728-6>
55. Hirschey, R., Bryant, A. L., Macek, C., Battaglini, C., Santacroce, S., Courneya, K. S., Walker, J. S., Avishai, A., & Sheeran, P. (2020). Predicting physical activity among cancer survivors: Meta-analytic path modeling of longitudinal studies. *Health Psychology*, 39(4), 269–280. <https://doi.org/10.1037/hea0000845.supp>
56. Hofmeister, D., Schulte, T., Hinz, A. (2019) Sleep problems in cancer patients: A comparison between the Jenkins Sleep Scale and the single-item sleep scale of the EORTC QLQ-C30. *Sleep medicine*, 4, 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.12.033>

57. Holland, J. C., Wiesel, T. W. (2017). Principles of Psycho - Oncology. *Holland-Frei cancer medicine*, 26. <https://doi.org/10.1002/9781119000822.hfcm048>
58. Hopkinson, J. (2018). Psychosocial Support in Cancer Cachexia Syndrome: The Evidence for Supported Self-Management of Eating Problems during Radiotherapy or Chemotherapy Treatment. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(4), 358-368. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_12\\_18](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_12_18)
59. Hughes, A., Suleman, S., Rimes, K. A., Marsden J., Chalder, T. (2020) Cancer-related fatigue and functional impairment – Towards an understanding of cognitive and behavioural factors. *Journal of psychomatic research*, 134, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110127>
60. Indu P. S., Anilkumar T. V., Vijayakumar K., Kumar K. A., Sarma P. S., Remadevi S., Andrade C. (2018) Reliability and validity of PHQ-9 when administered by health workers for depression screening among women in primary care. *Asian journal of psychiatry*, 37, 10-14. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.021>
61. Institute for TCIM: *Integrative oncology in the EU*. (n.d.). Retrieved from <https://www.itcim.org/evrope-integrative-oncology-in-the-eu>
62. Integracinės onkologijos centras (n.d.) Prieiga per internetą: / <https://www.ioc.lt/>
63. Integrative oncology: *Society for integrative oncology 17th international conference*. (n.d.). Retrieved from <https://integrativeonc.org/sponsorship>
64. Islam, K. M., Anggondowati, T., Deviany, P. E., Ryan, J. E., Fetrick, A., Bagenda, D., Copur, M. S., Tolentino, A., Vaziri, I., McKean, H. A., Gray, J. E., Huang, C., Ganti, A. K. (2019). Patient preferences of chemotherapy treatment options and tolerance of chemotherapy side effects in advanced stage lung cancer. *BMC cancer*, 19(835), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6054-x>
65. Izgua, N., Metina, Z. G., Karadasa, C., Ozdemirb, L., Çetinc, N., Demircic, U. (2019) Prevention of chemotherapy-induced peripheral neuropathy with classical massage in breast cancer patients receiving paclitaxel: An assessor-blinded randomized controlled trial. *European journal of oncology nursing*, 40, 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.03.002>
66. Yoon, H., Chatters, L., Kao, T. A., Saint-Arnault, D., Northouse L. (2018) Predictors of quality of life and depression among Korean - American cancer patients and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 27, 2717-2724. <https://doi.org/10.1002/pon.4864>
67. Jang, A., Kang, D-H., Kim D. U. (2017) Complementary and Alternative Medicine Use and Its Association with Emotional Status and Quality of Life in Patients with a Solid Tumor: A Cross-Sectional Study. *Journal of alternative and complementary medicine*, 23(5), 362-369. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0289>

68. Janilionis, V. (2015). Koreliacinės ir regresinės analizės pagrindai. Prieiga per internetą:[http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/Janilionis\\_III/jan\\_III.html&course\\_file=jan\\_III\\_1.html](http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/Janilionis_III/jan_III.html&course_file=jan_III_1.html).
69. Jitender, S., Mahajan, R., Rathore, V., Choudhary, R. (2018). Quality of life of cancer patients. *Journal of experimental therapeutics & oncology*, 12(3), 217-221.
70. Johnson, J. R., Rivard, R. L., Griffin, K. H., Kolste, A. K., Joswiak, D., Kinney, M. E., & Dusek, J. A. (2016). The effectiveness of nurse-delivered aromatherapy in an acute care setting. *Complementary Therapies in Medicine*, 25, 164–169. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.006>
71. Jones, D., Cohen, L., Rieber, A. G., Urbauer, D., Fellman, B., Fisch, M. J., & Nazario, A. (2018). Complementary and Alternative Medicine Use in Minority and Medically Underserved Oncology Patients: Assessment and Implications. *Integrative Cancer Therapies*, 17(2), 371–379. <https://ezproxy.biblioteka.ku.lt:4400/10.1177/1534735417735892>
72. Kardelis, K. (2016). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
73. Kiernan, J. M., Stark, J. C., & Vallerand, A. H. (2018). Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting Mitigation With Music Interventions. *Oncology Nursing Forum*, 45(1), 88–95. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.88-95>
74. Klaipėdos Universiteto, Senato nutarimas 2020m. vasario 6d. Nr. 11-35. (2020). Dėl Klaipėdos Universiteto studentų savarankiškų rašto darbų bendrųjų reikalavimų aprašo tvirtinimo. *Klaipėda*
75. Ko, E., & Schiffman, F. J. (2016). Introduction to the Principles of Integrative Medicine (IM). *Rhode Island Medical Journal*, 99(3), 1-15.
76. Kothari, T. O., Jakhar, S., Bothra, D., Sharma, N., Kumar, H., & Baradia, M. R. (2019). Prospective randomized trial of standard antiemetic therapy with yoga versus standard antiemetic therapy alone for highly emetogenic chemotherapy-induced nausea and vomiting in South Asian population. *Journal of Cancer Research & Therapeutics*, 15(5), 1120–1123. [https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT\\_860\\_16](https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_860_16)
77. Koula, M.J., Knight, J.M. (2018). Increasing provider awareness of and recommendations for yoga and meditation classes for cancer patients. *Support Care Cancer* 26, 3635–3640. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4220-3>
78. LaPorte, J., Leone, K., Zhang, X., Holland, K., Morris, L., Bashey, A., Solomon, S. (2019). A unique schedule of palonosetron, ondansetron, and dexamethasone for the prevention of delayed nausea and vomiting in patients receiving myeloablative chemotherapy. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 25(6), 1336–1342. <https://doi.org/10.1177/1078155218790345>

79. Latte-Naor, S., & Mao, J. J. (2019). Putting Integrative Oncology Into Practice: Concepts and Approaches. *Journal of Oncology Practice*, 15(1), 7–16. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00554>
80. Lee, S.-H., Kim, J.-Y., Yeo, S., Kim, S.-H., & Lim, S. (2015). Meta-Analysis of Massage Therapy on Cancer Pain. *Integrative Cancer Therapies*, 297–304. <https://doi.org/10.1177/1534735415572885>
81. Levkovich, I., Cohen, M., Pollack, S., Drumea, K., & Fried, G. (2015). Cancer-related fatigue and depression in breast cancer patients postchemotherapy: Different associations with optimism and stress appraisals. *Palliative & Supportive Care*, 13(5), 1141–1151. <https://doi.org/10.1017/S147895151400087X>
82. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014 – 2025 metų programos patvirtinimo. Suvestinė 2017-06-07 Nr. V-814 Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/5337f250372211e6a222b0cd86c2adfc>
83. Lin, Y.-H., Shiu, J.-H., Chen, F.-P., & Chiu, J.-H. (2016). Building an Integrative Outpatient Care Program for Breast Cancer Patients in Taiwan. *Integrative Cancer Therapies*, 343–348. <https://doi.org/10.1177/1534735415607630>
84. Lin, P.-J., Kleckner, I. R., Loh, K. P., Inglis, J. E., Peppone, L. J., Janelins, M. C., Mustian, K. M. (2019). Influence of Yoga on Cancer-Related Fatigue and on Mediation Relationships Between Changes in Sleep and Cancer-Related Fatigue: A Nationwide, Multicenter Randomized Controlled Trial of Yoga in Cancer Survivors. *Integrative Cancer Therapies*. <https://doi.org/10.1177/1534735419855134>
85. Liu, X., Wang, Y. Q., & Xie, J. (2019). Effects of Breathing Exercises on Patients With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 46(3), 303–317. <https://doi.org/10.1188/19.ONF.303-317>
86. Lopez, G., Chaoul, A., Powers-James, C., Eddy, C. A., Mallaiah, S., Gomez, T. I., Cohen, L. (2018). Group Yoga Effects on Cancer Patient and Caregiver Symptom Distress: Assessment of Self-reported Symptoms at a Comprehensive Cancer Center. *Integrative Cancer Therapies*, 1087–1094. <https://doi.org/10.1177/1534735418795301>
87. Lopez, G., Liu, W., Milbury, K., Spelman, A., Wei, Q., Bruera, E., & Cohen, L. (2017). The effects of oncology massage on symptom self-report for cancer patients and their caregivers. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(12), 3645–3650. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3784-7>
88. Lopez, G., McQuade, J., Cohen, L., Williams, J. T., Spelman, A. R., Fellman, B., Li Y., Bruera, E., Lee, R. T. (2017). Integrative Oncology physician consultations at a

- comprehensive cancer center: analysis of demographic, clinical and patient reported outcomes. *Journal of cancer*, 8(3), 395-402. <https://doi.org/10.7150/jca.17506>
89. LRT (2019) Lietuvoje nauja medicinos sritis – integracinė onkologija. Prieiga per internetą: <https://www.lrt.lt/mediateka/irasas/2000074868/10-12-lietuvoje-nauja-medicinos-sritis-integracine-onkologija>
  90. Mackenzie, L., Carey, M., Suzuki, E., Yoshimura, M., Toi, M., D’Este, C., Sanson, F. R., D’Este, C., & Sanson-Fisher, R. (2018). A cross-sectional study of agreement between the Hospital Anxiety and Depression Scale and patient- and radiation oncologist-reported single-item assessment of depression and anxiety. *Psycho-Oncology*, 27(7), 1840–1846. <https://doi.org/10.1002/pon.4736>
  91. Mahdizadeh, M. J., Tirgari, B., Abadi, S. R. R., Bahaadinbeigy, K. (2019). Guided Imagery Reducing anxiety, depression, and selected side effects associated with chemotherapy. *Clinical journal of oncology nursing*, 23(5), E87-E92. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.E87-E92>
  92. Mahtani, R. L. (2017). Insomnia in the Cancer Patient: A Complex Problem. *The Breast Journal*, 23(4), 385–386. <https://doi.org/10.1111/tbj.12761>
  93. Maia, F. D. C. P., Silva, T. A., Generoso, S. D. V., Correia M. I. T. D. (2020). Malnutrition is associated with poor health-related quality of life in surgical patients with gastrointestinal cancer. *Nutrition*, 75(76), 110769. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110769>
  94. Mannucci, C., Calapai, F., Cardia, L., Inferrera, G., D’Arena, G., Di Pietro, M., Navarra, M., Gangemi, S., Ventura Spagnolo, E., & Calapai, G. (2018). Clinical Pharmacology of Citrus aurantium and Citrus sinensis for the Treatment of Anxiety. *Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine (ECAM)*, 2018, 1–18. <https://doi.org/10.1155/2018/3624094>
  95. Mao, J. J., Wagner, K. E., Seluzicki, C. M., Hugo, A., Galindez, L. K., Sheaffer, H., & Fox, K. R. (2017). Integrating Oncology Massage Into Chemoinfusion Suites: A Program Evaluation. *Journal of Oncology Practice*, 13(3), e207–e216. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.015081>
  96. McKenzie, E., Zhang, L., Zaki, P., Chan, S., Ganesh, V., Razvi, Y., Tsao, M., Barnes, E., Hwang, M. K., DeAngelis, C., & Chow, E. (2019). Re-analysis of symptom clusters in advanced cancer patients attending a palliative outpatient radiotherapy clinic. *Annals of Palliative Medicine*, 8(2), 140–149. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.08.06>
  97. McQuade, R. E., Stojanovska, V., Abalo, R., Bornstein, J. C., Kulmira, N. (2016). Chemotherapy – induced constipation and diarrhea: pathophysiology, current and emerging treatment. *Frontiers in pharmacology*. 7(414), p. 1-14. <https://doi.org/10.3389/fphar.2016.00414>

98. Mehra K., Berkowitz A., Sanf T. 2017. Diet, physical activity, and body weight in cancer survivorship. *Medical clinics of North America*. 101(6), p. 1151-1165. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.004>
99. Mellin, C., Lexa, M., Bryant, A. L., Mason, S., & Mayer, D. K. (2018). Antiemetic Guidelines: Using education to improve adherence and reduce incidence of CINV in patients receiving highly emetogenic chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(3), 297–303. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.297-303>
100. Mercieca-Bebber, R., Costa, D., Norman, R., Janda, M., Smith, D., Grimison, P., Gamper, E-M., King, M. (2019) The EORTC Quality of Life Questionnaire for cancer patients (QLQ-C30): Australian general population reference values. *The medical journal of Australia*, 210(11), 499-506. <http://doi.org/10.5694/mja2.50207>
101. Micozzi, M. S. (2019). *Fundamentals of complementary alternative and integrative medicine (6th edition)*. Missouri: Elsevier.
102. Mockienė, V., Drungilienė, D. M., Martinkėnas, A. (2014). Mokslo tiriamųjų darbų rengimometodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: KU leidykla.
103. Mohandas, H., Thevi, G. V. R., Jaganathan, S. K., Mani, M. P., & Ayyar, M. (2017). Cancer-related fatigue treatment: An overview. *Journal of Cancer Research & Therapeutics*, 13(6), 916–929. [https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT\\_50\\_17](https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_50_17)
104. Moral-Munoz, J. A., Carballo-Costa, L., Herrera-Viedma, E., & Cobo, M. J. (2019). Production Trends, Collaboration, and Main Topics of the Integrative and Complementary Oncology Research Area: A Bibliometric Analysis. *Integrative Cancer Therapies*, 18, 1-14. <https://doi.org/10.1177/1534735419846401>
105. Morita, M., Kishi, S., Ookura, M., Matsuda, Y., Tai, K., Yamauchi, T., Ueda, T. (2017). Efficacy of aprepitant for CHOP chemotherapy-induced nausea, vomiting, and anorexia. *Current problems in cancer*. 41(6), p. 419-425. <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2017.09.001>
106. Müge, A. (2019) Integrative oncology. *Turkish journal of oncology*. 34(1), 56-58.
107. Nallusamy V., Afgarshe M., Shlosser H. (2016) Reliability and validity of Somali version of the PHQ-9 in primary care practice. *The international journal of psychiatry in medicine*, 51(6), 508-520. <http://doi.org/10.1177/0091217417696732>
108. Ng, J. Y., Boon, H. S., Thompson, A. K., & Whitehead, C. R. (2016). Making sense of “alternative”, “complementary”, “unconventional” and “integrative” medicine: exploring the terms and meanings through a textual analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1111-3>

109. Nolte, S., Liegl, G., Petersen, M. A., Aaronson, N. K., Costantini, A., Fayers, P. M., Groenvold, M., Holzner, B., Johnson, G. C. D., Kemmler, G., Tomaszewski, K. A., Waldmann, A., Young, T. E., Rose, M., on behalf of the EORTC Quality of Life Group. (2019). General population normative data for the EORTC QLQ-C30 health-related quality of life questionnaire based on 15,386 persons across 13 European countries, Canada and the United States. *European journal of cancer*, 107, 153-163. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.11.024>
110. Oh, P-J., Lee, J. R., Kim, S-K., Kim, J-H. (2020). Changes in chemotherapy-induced peripheral neuropathy, disturbance in activities of daily living, and depression following chemotherapy in patients with colorectal cancer: A prospective study. *European journal of oncology nursing*, 44, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101676>
111. Özkaraman, A., Dügüm, Ö., Yılmaz, H. Ö., & Yeçilbalkan, Ö. U. (2018). Aromatherapy: The effect of lavender on anxiety and sleep quality in patients treated with chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(2), 203–210. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.203-210>
112. Papachristou, N., Puschmann, D., Barnaghi, P., Cooper, B., Hu, X., Maguire, R., Apostolidis, K., P. Conley, Y., Hammer, M., Katsaragakis, S., M. Kober, K., D. Levine, J., McCann, L., Patiraki, E., P. Furlong, E., A. Fox, P., M. Paul, S., Ream, E., Wright, F., & Miaskowski, C. (2018). Learning from data to predict future symptoms of oncology patients. *PLoS ONE*, 13(12), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208808>
113. Papadopoulou, C., Kotronoulas, G., Schneider, A., Miller, M. I., McBride, J., Polly, Z., Bettles, S., Whitehouse, A., McCann, L., Kearney, N., & Maguire, R. (2017). Patient-Reported Self-Efficacy, Anxiety, and Health-Related Quality of Life During Chemotherapy: Results From a Longitudinal Study. *Oncology Nursing Forum*, 44(1), 127–136. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.127-136>
114. Park, Y. R., Park, E. Y., Kim, j. H. (2017). Predicting health-related quality of life in cancer patients receiving chemotherapy: a structural equation approach using the self-control model. *BMC Health Services Research*, 17, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2675-4>
115. Pearce, A., Haas, M., Viney, R., Pearson, S.-A., Haywood, P., Brown, C., & Ward, R. (2017). Incidence and severity of self-reported chemotherapy side effects in routine care: A prospective cohort study. *PLoS ONE*, 12(10), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184360>
116. Peters, E., Schulz, L. M., & Reuss-Borst, M. (2016). Quality of life after cancer--How the extent of impairment is influenced by patient characteristics. *BMC Cancer*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2822-z>

117. Pilkonis P. A., Yu L., Dodds N. E., Johnston K. L., Maihoefer C. C., Lawrence S. M. (2014). Validation of the depression item bank from the patient-reported outcomes measurement information system (Promis (R)) in a three-month observational study. *Journal of psychiatric research*, 56(1), 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.05.010>
118. Poon, S. H., Wang, F. Q., Goh, J., Chan, Y. H., & Lim, L. (2019). Mental Health Literacy in Cancer Outpatients in Singapore. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(3), 91–94. <https://doi.org/10.12809/eaap1813>
119. Prakash Saxena, P. U., Kulkarni, V., Thapar, R., Pai, K., Gupta, A., & Kotian, H. (2018). Assessment of spectrum of mental disorders in cancer patients. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 14(6), 1312–1315. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.191059>
120. Pukinskienė, D. (2011). Slaugos filosofija ir teorija. Klaipėda: Klaipėdos valstybinė kolegija.
121. Qiu, G., Yu, Y., Wang, Y., Wang, X. (2019). The significance of probiotics in preventing radiotherapy-induced diarrhea in patients with cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *International journal of surgery*. 65, p. 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2019.03.015>
122. Ramamoorthy, A., Janardhanan, S., Jeevakarunyan, S., Jeddy, N., Eagappan, S. (2015). Integrative oncology in Indian subcontinent: an overview. *Journal of clinical and diagnostic research*. 9(3), 1-4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12185.5714>
123. Reijtenbagh, D. M. W., Godart, J., Mens, J.-W. M., Heijkoop, S. T., Heemsbergen, W. D., & Hoogeman, M. S. (2020). Patient-reported acute GI symptoms in locally advanced cervical cancer patients correlate with rectal dose. *Radiotherapy and Oncology: Journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*, 148, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2020.03.035>
124. Reis, D., & Jones, T. (2017). Aromatherapy: Using Essential Oils as a Supportive Therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(1), 16–19. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.16-19>
125. Ruel, S., Ivers, H., Savard, M.-H., Gouin, J.-P., Lemieux, J., Provencher, L., Caplette-Gingras, A., Bastien, C., Morin, C. M., Couture, F., & Savard, J. (2020). Insomnia, immunity, and infections in cancer patients: Results from a longitudinal study. *Health Psychology*, 39(5), 358–369. <https://doi.org/10.1037/hea0000811.supp>
126. Sanchez-Torralvo, F. J., Bolivar, V. C., Vico, M. R., Fernandez, J. A., Almendros, I. G., Garcia, M. B., Mora, R. V., Gonzalez, A. C., Oliveira, G. (2019). Relation Between Malnutrition and the Presence of Symptoms of Anxiety and Depression in Patients with Cancer. *Clinical Nutrition*, 38(1), s47. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(19\)32577-4](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(19)32577-4)

- 127.Saracino R. M., Aytürk E., Cham H., Rosenfeld B., Feuerstahler L. M., Nelson C. J. 2019 Are we accurately evaluating depression in patients with cancer? *Psychological assessment*. *Psychol Assess*, 32(1), 98-107. <http://doi.org/10.1037/pas0000765>
- 128.Saracino, R. M., Aytürk, E., Cham, H., Rosenfeld, B., Feuerstahler, L. M., & Nelson, C. J. (2020). Are we accurately evaluating depression in patients with cancer? *Psychological Assessment*, 32(1), 98–107. <https://doi.org/10.1037/pas0000765.supp>
- 129.Schieber, K., Niecke, A., Geiser, F., Erim, Y., Bergelt, C., Büttner-Teleaga, A., Maatouk, I., Stein, B., Teufel, M., Wickert, M., Wuensch, A., Weis, J. (2019). The course of cancer-related insomnia: don't expect it to disappear after cancer treatment. *Sleep medicine*, 58, 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.02.018>
- 130.Seu, A. K., Hunter, J. (2020). Finding the value in oncology massage: A mixed-method study of cancer services and survivors in Australia. *Advances in integrative medicine*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2020.01.003>
- 131.Sheeran, P., Abraham, C., Jones, K., Villegas, M. E., Avishai, A., Symes, Y. R., Ellinger, H., Miles, E., Gates, K. M., Wright, C. E., Ribisl, K. M., & Mayer, D. K. (2019). Promoting physical activity among cancer survivors: Meta-analysis and meta-CART analysis of randomized controlled trials. *Health Psychology*, 38(6), 467–482. <https://doi.org/10.1037/hea0000712.supp>
- 132.Sibeoni, J., Picard, C., Orri, M., Labey, M., Bousquet, G., Verneuil, L., & Revah-Levy, A. (2018). Patients' quality of life during active cancer treatment: a qualitative study. *BMC Cancer*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4868-6>
- 133.Siegel, R. L., Miller, K. D., Jemal, A. (2019). Cancer statistics, 2019. *A Cancer Journal of clinicians*, 69(1), 7-34. 019 <https://doi.org/10.3322/caac.21551>
- 134.Singh, K. P., Kober, K. M., Dhruva, A. A., Flowers, E., Paul, S. M., Hammer, M. J., Cartwright, F., Conley, Y. P., Levine, J. D., Miaskowski, C. (2018). Risk factors associated with chemotherapy-induced nausea in the week before the next cycle and impact of nausea on quality of life outcomes. *Journal of pain and symptom management*. 56(3), p. 352-362. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.019>
- 135.Smith, S., Prewett, S. (2020). Principles of chemotherapy and radiotherapy. *Obstetrics, gynaecology & reproductive medicine*, 30(3), 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2019.12.004>
- 136.Sohail, A., Arshad, A., Akbar, N., Nutini, A. (2019). Role of epidemics in cancer evolution. *Journal of chemical and pharmaceutical research*, 11 (2), 59-67. Prieiga per internetą: <http://www.jocpr.com/articles/role-of-epidemics-in-cancer-evolution.pdf>

137. Spexoto, M. C. B., Serrano, S. V., Halliday, V., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Cancer Appetite and Symptom Questionnaire (CASQ) for Brazilian Patients: Cross-Cultural Adaptation and Validation Study. *PLoS ONE*, 11(6), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156288>
138. Spinu, A., Andone, I., Popescu, C., Sporici, A., Mandu, M., Onose, G. (2020). Recent updates on massage therapy in oncology. *Romanian Journal of Medical Practice*, 15(1), 46–48. <https://doi.org/10.37897/RJMP.2020.1.9>
139. Stefanek, M., & Jordan, C. D. (2020). Integrative Cancer Care: Below the Bar of Science. *Skeptic*, 25(1), 35–39.
140. Strollo S. E., Fallon E. A., Gapstur S. M., Smith T. G. (2020). Cancer – related problems, sleep quality, and sleep disturbance among long-term cancer survivors at 9 – years post diagnosis. *Sleep medicine*, 65, 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.10.008>
141. Sveikata (2020) Lietuva – pasauliniame integracinės onkologijos žemėlapyje. Prieiga per internetą: <https://aina.lt/lietuva-pasauliniame-integracines-onkologijos-zemelapyje/>
142. Taarnhøj G.A., Kennedy F. R., Absolom K. L., Bæksted C., Vogelius I. R., Johansen C., Velikova G., Pappot H. (2018) Comparison of EORTC QLQ-C30 and PRO-CTCAE questionnaires on six symptom items. *Journal of pain and symptom management*, 56(3), 421-429 <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.017>
143. Tahir, M., khokhar, M. A., Ilyas, S., & Qamar, S. (2019). Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting; Efficacy of Adding Ginger to Standard Therapy as Prophylaxis for Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting (Cinv) in Cancer Patients. *Professional Medical Journal*, 26(3), 455–460. <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2019.26.03.3276>
144. Tavoli, A., Tavoli Z., Montazeri, A. (2019) The Relationship Between Emotional Functioning of the EORTC QLQ-C30 and A Measure of Anxiety and Depression (HADS) in Cancer Patients. *International journal if cancer management*, 12(7), e94568. <http://doi.org/10.5812/ijcm.94568>.
145. Turner, A. (2019). Sexual Health Issues in Patients with Cancer-An Exploratory Mixed Methods Study of the Awareness Levels of Radiation Therapists. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 50(1), 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2018.08.005>
146. Unsar, S., Kurt, S., Yacan L., Sut N. (2017). Quality of life and symptom control in patients with cancer. *International journal of caring sciences*, 10(3), 1685-1695.
147. Wanchai, A., Armer, J. M. (2020). A systematic review association of reflexology in managing symptoms and side effects of breast cancer treatment. *Complementary therapie in clinical practice*, 38, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.101074>

148. Warr, J. K., Chambers, C. R., Cusano, F. L., Cuthbert, C. A., & Mah, M. S. (2015). Feasibility of using the Multinational Association of Supportive Care in Cancer Antiemesis Tool for assessment of chemotherapy-induced nausea and vomiting at the Tom Baker Cancer Centre. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 21(5), 348–357. <https://doi.org/10.1177/1078155214540317>
149. Wei, J., Meng, L., Hou, X., Qu, C., Wang, B., Xin, Y., & Jiang, X. (2018). Radiation-induced skin reactions: mechanism and treatment. *Cancer Management and Research*, 11, 167–177. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S188655>
150. Wijovi, F., Dharnaraja, F., Putri, H., Raffaello, W. M., Fahman, J., Saroso, O. J. d. a., Halim, D. A., Tancherla, A., Natalie, F., Kurniawan, A. (2019). Association between QoL and gastrointestinal chemotherapy toxicity in breast cancer patients: a preliminary study. *Annals of oncology*. 30(6), vi132. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz343.068>
151. Wintner L. M., Sztankay M., Giesinger J. M., Aaronson N., Bottomley A., Velikova G., Leeuw I. V., Poll-Franse L., Groenvold M., Petersen M. A., Holzner B. (2016) EORTC quality of life group manual for the use of ROTRC measures in daily clinical practice. *European journal of cancer*, 68, 73-81. <http://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.08.024>
152. Witlox, L., Hiensch, A. E., Velthuis, M. J., Steins Bisschop, C. N., Los, M., Erdkamp, F. L. G., Bloemendal, H. J., Verhaar, M., ten Bokkel Huinink, D., van der Wall, E., Peeters, P. H. M., & May, A. M. (2018). Four-year effects of exercise on fatigue and physical activity in patients with cancer. *BMC Medicine*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1075-x>
153. Zhu, C., Wang, B., Gao, Y., & Ma, X. (2018). Prevalence and relationship of malnutrition and distress in patients with Cancer using questionnaires. *BMC Cancer*, 18(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5176-x>

## **PRIEDAI**

## KLAUSIMYNAS

**Gerb. apklausos dalyviai,**

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos studijų programos DMSSL19gr. Slaugos magistro sesijinių studijų studentė Rimantė Gecevičiūtė atlieka tyrimą, kurio tikslas: „Nustatyti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas“.

Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami moksliniams apibendrinimams bei rekomendacijų rengimui, kurie padės tobulinti slaugos procesą. Tyrimo instrumentas patvirtintas KU SvMF slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, kreiptis į darbo autorę Rimantę Gecevičiūtę tel.nr. 866205892 arba Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos pirmininką telefonu 8 46 398558.

**Instrukcija.** Prašome atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą apveddami rutuliuku ar pažymėdami X.

**Šios dienos data** (*diena, mėnuo, metai*): \_\_\_\_\_

**I. 1. Jūsų lytis** (*Jums tinkamą atsakymo variantą pažymėkite X*)

1) Moteris  2) Vyras

**2. Jūsų amžius metai** (įrašykite) \_\_\_\_\_**3. Koks Jūsų išsilavinimas?** (*Jums tinkamą atsakymo variantą pažymėkite X*)

1)  Pradinis 2)  Vidurinis 3)  Profesinis 4)  Aukštesnysis 5)  Aukštasis

**4. Ar naudojate integracinės onkologijos paslaugomis** (*pvz: aromaterapija, joga, meno terapija, onkologiniu masažu ar pan.*)? (*Jums tinkamą atsakymo variantą pažymėkite X arba įrašykite*)

1)  TAIP  NE

**II. Jums tinkamą atsakymą apveskite rutuliuku**

|  | Visai<br>Ne | Nedaug | Vidutiniškai | Labai |
|--|-------------|--------|--------------|-------|
| 5. Ar Jums sukelia sunkumų įtempta veikla, pavyzdžiui sunkaus krepšio ar lagamino nešimas? | 1           | 2      | 3            | 4     |
| 6. Ar Jus nuvargina <u>ilgas</u> pasivaikščiojimas?  | 1           | 2      | 3            | 4     |
| 7. Ar Jus nuvargina <u>trumpas</u> pasivaikščiojimas išėjus iš namų?                       | 1           | 2      | 3            | 4     |
| 8. Ar Jūs priversta gulėti lovoje ar sėdėti fotelyje dienos metu?                          | 1           | 2      | 3            | 4     |
| 9. Ar Jums reikalinga pagalba valgant, rengiantis, prausiantis ar naudojantis tualetu?     | 1           | 2      | 3            | 4     |

**Per praėjusią savaitę:**

|   | Visai<br>Ne | Nedaug | Vidutiniškai | Labai |
|---|-------------|--------|--------------|-------|
| 10. Ar Jūs buvote apribota darbe arba atlikdama kitus kasdienes darbus?                     | 1           | 2      | 3            | 4     |
| 11. Ar Jūs jautėte apribojimus savo mėgstamame užsiėmime arba kitoje laisvalaikio veikloje? | 1           | 2      | 3            | 4     |

Lentelės tęsinys kitame puslapyje

| Lentelės tęsinys   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 12. Ar Jums trūko oro?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Ar Jūs jautėte skausmą?  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Ar Jums reikėjo poilsio?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Ar Jums buvo sutrikęs miegas?  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Ar Jūs jautėte silpnumą?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Ar Jūs neturėjote apetito?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Ar Jus pykino?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Ar Jūs vėmėte?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Ar Jums buvo užkietėję viduriai?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Ar Jūs viduriavote?  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Ar Jūs jautėtės pavargusi?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Ar skausmas įtakojo Jūsų kasdienę veiklą?  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Ar sunku buvo susikaupti skaitant laikraštį, ar žiūrint televizorių?               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Ar Jūs jautėte įtampą?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Ar Jūs jautėte nerimą?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Ar Jūs jautėte susierzinimą?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Ar Jūs jautėtės prislėgta?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Ar Jūs turėjote atminties sunkumų?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Ar Jūsų fizinė būklė arba medicininis gydymas įtakojo <u>šeimyninį</u> gyvenimą?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Ar Jūsų fizinė būklė arba medicininis gydymas įtakojo <u>visuomeninį</u> gyvenimą? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Ar Jūsų fizinė būklė arba medicininis gydymas sukėlė finansinių sunkumų?           | 1 | 2 | 3 | 4 |

Autorinės teisės ginamos. Autorystė priklauso: EORTC Quality of Life Group (1997)

*Tęsinys kitame puslapyje*



## SUTIKIMAS NAUDOTI EORTC QLQL-C30 (3 VERSIJA) KLAUSIMYNĄ



no-reply@eortc.be  
skirta aš

2019-11-26 11:39 ☆ ↶ ⋮

anglų > lietuvių Išversti pranešimą

Išjungti šiai kalbai: anglų ×

Dear Rimantė Gecevičiūtė,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Lithuanian](#)

**Scoring Manuals:**

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>


**NOTE:**

**This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.**

[http://www.eortc.be/signatures/signature\\_stats\\_525x166\\_2018.jpg](http://www.eortc.be/signatures/signature_stats_525x166_2018.jpg)

[Disclaimer](#)

## LEIDIMAS NAUDOTI KLAUSIMYNĄ MOKSLO TIKSLAIS



## Welcome to the Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners

### Screener Overview

Recognizing signs of mental health disorders is not always easy. The Patient Health Questionnaire (PHQ) is a diagnostic tool for mental health disorders used by health care professionals that is quick and easy for patients to complete. In the mid-1990s, Robert L. Spitzer, MD, Janet B.W. Williams, DSW, and Kurt Kroenke, MD, and colleagues at Columbia University developed the **Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)**, a diagnostic tool containing modules on 12 different mental health disorders. They worked in collaboration with researchers at the Regenstrief Institute at Indiana University and with the support of an educational grant from Pfizer Inc. **During the development of PRIME-MD, Drs. Spitzer, Williams and Kroenke, created the PHQ and GAD-7 screeners.**

The PHQ, a self-administered version of the PRIME-MD, contains the mood (PHQ-9), anxiety, alcohol, eating, and somatoform modules as covered in the original PRIME-MD. The GAD-7 was subsequently developed as a brief scale for anxiety. The PHQ-9, a tool specific to depression, simply scores each of the 9 DSM-IV criteria based on the mood module from the original PRIME-MD. The GAD-7 scores 7 common anxiety symptoms. Various versions of the PHQ scales are discussed in the Instruction Manual.

**All PHQ, GAD-7 screeners and translations are downloadable from this website and no permission is required to reproduce, translate, display or distribute them.**

#### Select a Screener

**PHQ and GAD-7 Screeners**

PHQ-9 ▾


Lithuanian for Lithuania ▾

Then...

[Go to the Selected Screener](#) ↘

[Click here to access the Instruction Manual](#)

[Bibliography by author](#)



[Privacy Policy](#)   [Terms of Use Agreement](#)

GYVENIMO KOKYBĖS SAŠAJOS SU PACIENTŲ AMŽIUMI, IŠSILAVINIMU ABIEJUOSE  
PACIENTŲ GRUPĖSE

| Šąsajos              |   | Tradicinis gydymo būdas |               | Tradicinis su integracinėmis onkologijos paslaugomis |               |
|----------------------|---|-------------------------|---------------|--|---------------|
|                      |   | Amžius                  | Išsilavinimas | Amžius   | Išsilavinimas |
| Gyvenimo kokybė      | r | -0,085                  | 0,158*        | -0,120   | -0,109        |
|                      | p | 0,270                   | 0,038         | 0,117  | 0,156         |
| Fizinė funkcija      | r | 0,143                   | -0,131        | 0,025  | 0,036         |
|                      | p | 0,061                   | 0,088         | 0,743  | 0,637         |
| Užimtumo funkcija    | r | 0,200**                 | -0,141        | 0,139  | -0,178*       |
|                      | p | 0,009                   | 0,065         | 0,069  | 0,020         |
| Emocinė funkcija     | r | 0,230**                 | -0,055        | 0,237**  | -0,135        |
|                      | p | 0,002                   | 0,470         | 0,002  | 0,077         |
| Kognityvinė funkcija | r | 0,145                   | -0,200**      | 0,071  | 0,006         |
|                      | p | 0,058                   | 0,008         | 0,357  | 0,940         |
| Socialinė funkcija   | r | 0,281**                 | -0,207**      | 0,235**  | -0,153*       |
|                      | p | <0,001                  | 0,006         | 0,002  | 0,045         |
| Nuovargis            | r | -0,295**                | 0,171*        | -0,232**   | 0,119         |
|                      | p | <0,001                  | 0,025         | 0,002  | 0,121         |
| Pykinimas/vėmimas    | r | -0,148                  | 0,127         | -0,224**   | -0,109        |
|                      | p | 0,053                   | 0,097         | 0,003  | 0,156         |
| Skausmas             | r | -0,065                  | 0,073         | -0,121   | 0,142         |
|                      | p | 0,399                   | 0,345         | 0,114  | 0,064         |
| Dusulys              | r | 0,097                   | -0,014        | -0,085   | 0,080         |
|                      | p | 0,207                   | 0,854         | 0,270  | 0,297         |
| Nemiga               | r | -0,162*                 | 0,021         | -0,070   | 0,009         |
|                      | p | 0,034                   | 0,786         | 0,358  | 0,910         |
| Apetito praradimas   | r | -0,006                  | 0,014         | -0,148   | -0,087        |
|                      | p | 0,936                   | 0,856         | 0,053  | 0,254         |
| Vidurių užkietėjimas | r | 0,056                   | -0,022        | -0,018   | -0,140        |
|                      | p | 0,464                   | 0,774         | 0,814  | 0,066         |
| Viduriavimas         | r | -0,020                  | 0,049         | -0,022   | -0,042        |
|                      | p | 0,799                   | 0,526         | 0,773  | 0,583         |
| Finansiniai sunkumai | r | -0,213**                | -0,065        | -0,114   | -0,082        |
|                      | p | 0,005                   | 0,398         | 0,138  | 0,282         |

r – Spearman ar Pearson koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, \* - <0,05, \*\* - 0,01

GYVENIMO KOKYBĖS SKALIŲ VIDURKIŲ PALYGINIMAS SKIRTINGOSE  
RESPONDENTŲ GRUPĖSE PAGAL LYTĮ

| Skalės                  |       | Lytis              |                    | t      | df      | p                |
|-------------------------|-------|--------------------|--------------------|--------|---------|------------------|
|                         |       | Moteris            | Vyras              |        |         |                  |
| Gyvenimo kokybė         | Int.  | 66,37±16,89        | 69,54±15,91        | -1,266 | 170     | 0,207            |
|                         | Trad. | 44,41±19,85        | 41,95±15,74        | 0,898  | 159,943 | 0,370            |
| <b>Funkcinės skalės</b> |       |                    |                    |        |         |                  |
| Fizinė funkcija         | Int.  | 71,84±17,41        | <b>78,7±16,13</b>  | -2,679 | 170     | <b>0,008</b>     |
|                         | Trad. | 54,51±20,53        | 60,08±23,68        | -1,646 | 170     | 0,102            |
| Užimtumo funkcija       | Int.  | 65,49±25,3         | <b>83,33±21,42</b> | -4,996 | 170     | <b>&lt;0,001</b> |
|                         | Trad. | 50,39±33,23        | 57,28±34,45        | -1,334 | 170     | 0,184            |
| Emocinė funkcija        | Int.  | 60±27,9            | <b>80,36±22,41</b> | -5,270 | 160,849 | <b>&lt;0,001</b> |
|                         | Trad. | 47,55±28,28        | <b>57,47±28,45</b> | -2,294 | 170     | <b>0,023</b>     |
| Kognityvinė funkcija    | Int.  | 71,37±23,23        | <b>81,99±18,37</b> | -3,320 | 159,731 | <b>0,001</b>     |
|                         | Trad. | 59,8±25,37         | 65,13±28,26        | -1,301 | 170     | 0,195            |
| Socialinė funkcija      | Int.  | 54,51±30,58        | <b>75,67±23,68</b> | -5,066 | 158,215 | <b>&lt;0,001</b> |
|                         | Trad. | 42,35±29,72        | 50,96±33,46        | -1,782 | 170     | 0,077            |
| <b>Simptomų skalės</b>  |       |                    |                    |        |         |                  |
| Nuovargis               | Int.  | <b>55,03±23,19</b> | 36,14±20,91        | 5,614  | 170     | <b>&lt;0,001</b> |
|                         | Trad. | <b>69,28±24,04</b> | 57,85±27,54        | 2,896  | 170     | <b>0,004</b>     |
| Pykinimas/vėmimas       | Int.  | 10,59±18,34        | 6,13±12,99         | 1,836  | 151,073 | 0,068            |
|                         | Trad. | 18,43±26,48        | 18,39±29,09        | 0,010  | 170     | 0,992            |
| Skausmas                | Int.  | <b>35,1±27,82</b>  | 19,73±21,94        | 4,016  | 159,563 | <b>&lt;0,001</b> |
|                         | Trad. | 53,14±31,86        | 47,13±31,87        | 1,237  | 170     | 0,218            |
| Dusulys                 | Int.  | <b>26,27±27,74</b> | 9,96±19,76         | 4,432  | 151,550 | <b>&lt;0,001</b> |
|                         | Trad. | 28,63±32,18        | 34,1±34,47         | -1,076 | 170     | 0,284            |
| Nemiga                  | Int.  | <b>51,37±33,16</b> | 31,8±34,07         | 3,817  | 170     | <b>&lt;0,001</b> |
|                         | Trad. | 63,92±30,95        | 56,71±37,05        | 1,388  | 166,021 | 0,167            |
| Apetito praradimas      | Int.  | 21,96±26,5         | 15,33±25,82        | 1,663  | 170     | 0,098            |
|                         | Trad. | 40±35,56           | 33,72±33,14        | 1,199  | 170     | 0,232            |
| Vidurių užkietėjimas    | Int.  | <b>26,67±34,81</b> | 12,64±21,71        | 3,162  | 140,203 | <b>0,002</b>     |
|                         | Trad. | 34,12±34,11        | 29,12±34,4         | 0,957  | 170     | 0,340            |
| Viduriavimas            | Int.  | 10,98±22,06        | 11,88±26,89        | -0,239 | 170     | 0,811            |
|                         | Trad. | 23,14±34,89        | 19,92±31,52        | 0,634  | 170     | 0,527            |
| Finansiniai sunkumai    | Int.  | <b>56,47±34,51</b> | 31,42±35,71        | 4,677  | 170     | <b>&lt;0,001</b> |
|                         | Trad. | 61,57±34,7         | 62,07±37,76        | -0,090 | 170     | 0,928            |

*Statistiškai reikšmingi (kai  $p < 0,05$ ) skirtumai paryškinti. Int. – pacientai, kuriems taikytas tradicinis vėžio gydymas su integralinėmis onkologijos paslaugomis; Trad. - pacientai, kuriems taikytas tradicinis vėžio gydymas.*

## KORELIACIJOS KOEFICIENTO REIKŠMIŲ SKALĖ

| Ryšio stiprumas     | Koreliacijos koeficiento reikšmė       |
|---------------------|--|
| Labai stiprus ryšys | - 1 ir + 1                             |
| Stiprus ryšys       | nuo - 1 iki - 0,7 ir nuo 0,7 iki 1     |
| Vidutinis ryšys     | nuo - 0,7 iki - 0,5 ir nuo 0,5 iki 0,7 |
| Silpnas ryšys       | nuo - 0,5 iki - 0,2 ir nuo 0,2 iki 0,5 |
| Labai silpnas ryšys | nuo - 0,2 iki 0 ir nuo 0 iki 0,2       |
| Nėra ryšio          | 0                                      |

Autorystės teisės ginamos. Autorystė priklauso: Janilionis V. (2015)

## PARAIŠKOS PATEIKIMAS KARALIENĖS SILVIJOS SLAUGOS APDOVANOJIMAMS

Gmail

leškoti pašte

87 iš 1 910

Jūsų paraiška pateikta sėkmingai ir laukia nagrinėjimo: (Integracinės onkologijos svarba siekiant pagerinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir depresijos pasireiškimą) [Gautieji x](#)

Queen Silvia Nursing Award LT <no-reply@awardsplatform.com> skirta aš

09:22, an 09:11



Jūsų paraiška pateikta sėkmingai ir laukia nagrinėjimo.

**Idėjos ar sprendimo pavadinimas:** Integracinės onkologijos svarba siekiant pagerinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir depresijos pasireiškimą

**Kategorija:** Esu licencijuotas/-a ir praktikuojantis/-i slaugytojas/-a.



#### Queen Silvia Nursing Award LT (2020)

Esu licencijuotas/-a ir praktikuojantis/-i slaugytojas/-a. (Skyrius: Paraišką teikiu Queen Silvia Nursing Award Lietuvoje.)



NQPwenwD

# Integracinės onkologijos svarba siekiant pagerinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir depresijos pasireiškimą

## Paraišką informacija

### Jūsų regionas

Kur jūs dirbate? Nurodykite pilną darbovietės pavadinimą.

| LSMU ligoninė Kauno klinikos

Kokio tipo aplinkoje šiuo metu dirbate? (pasirinkite visus tinkamus variantus)

| ✓ Memory Care Unit

Jeigu „Kita“, prašome pateikti daugiau informacijos.

| Studijuoju Klaipėdos universiteto, Sveikatos mokslų fakultete, Salugos katedroje

### Jūsų profilis

Jūsų vardas

| Rimantė

Jūsų pavardė

| Damašauskiene

---

## Paraiška: problema ir sprendimas

Teikiate idėją ar sprendimą?

Teikiu idėją, kuri dar nėra įgyvendinta.

Apibūdinkite idėją ar sprendimą.

Vis didėjantis onkologinių susirgimų mastas, kelia nemenkus iššūkius visoms be išimties sveikatos priežiūros sistemoms. Lietuvoje didelis sergančiųjų skaičius ir mažas gydytojų skaičius veda prie nepilnavertiškų paslaugų pacientui. Mokslinių šaltinių duomenimis į sveikatos apsaugą įtraukus integracinės onkologijos paslaugas prie tradicinio onkologinio gydymo, kurios yra palyginti pigi priemonė, galima lengviau kontroliuoti su gydymu susijusių šalutinių reiškinių pasireiškimo dažnį bei jų sunkumą. Taip pat integracinės onkologijos paslaugų taikymas šalia tradicinio vėžio gydymo gali ženkliai prisidėti prie geresnio psichologinio klimato, nuo onkologinės ligos kenčiantiems pacientams bei jų artimiesiems.

Jūs teikiate IDĖJĄ.

Papasakokite, kaip ši idėja kilo.

Idėja kilo skaitant iš skirtingų pasaulio šalių pateiktus mokslinius straipsnius ir stebint tikrai džiuginančius kitų šalių rezultatus siekiant pagerinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę bei sumažinti pasireiškiančios depresijos mastus susijusius su onkologinės ligos diagnoze ar gydymo sukeltų reiškinių išgyvenimais.

Apibūdinkite dėl COVID-19 sveikatos priežiūros srityje kilusią problemą ar iššūkį, kurį idėja / sprendimas sprendžia.

COVID - 19 ženkliai sumažino pacientams galimybę patekti pas specialistus, kurie kartais net neskirdami vaisto ar tyrimo pacientui veikia kaip pati geriausia gydymo priemonė. Manau, kad integracinės onkologijos populiarinimas Lietuvoje, padėtų tinkamai įvertinti ir kontroliuoti pacientų sergančių onkologinėmis ligomis gyvenimo kokybę kuri yra bene pagrindinis įrankis parodantis gydymo įtaką bendrai pacientų sveikatai bei padeda įvertinti ligos simptomų kontrolės tinkamumą. Gera pacientų gyvenimo kokybė ir tinkamas psichologinis pasirengimas turi reikšmingos įtakos bendrai pacientų sveikatai bei išgyvenamumui.

Pateikite šios COVID-19 iššūkius sveikatos priežiūros srityje sprendžiančios idėjos / sprendimo privalumus.

Sumažina pacientų vizitų pas specialistus skaičių  
Tai pakankamai ekonomiška ir pigi priemonė  
Gerėja pacientų gyvenimo kokybė, bei stiprėja pacientų psichologinis pasirengimas  
Gerėja pacientų gebėjimas kontroliuoti gydymo sukeltus simptomus savarankiškai be medikamentinio gydymo  
Gerėja šeimos psichologinis klimatas

---

Prisijunkite prie [gsna.awardsplatform.com](https://gsna.awardsplatform.com), kad peržiūrėtumėte visus paraišką priedai.