

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO
SLAUGOS KATEDRA**

**MOTERŲ, SERGANČIŲ KRŪTIES VĖŽIU,
PSICHOEMOCINĖ BŪKLĖ SUSIJUSI SU CHIRURGINE
INTERVENCIJA**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL19, stud. Greta Rulytė

Vadovas

Prof. Dr. Mindia Kasradze

Klaipėda, 2021

MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

Greta Rulytė

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė)

Moterų, sergančių krūties vėžiu, psichoemocinė būklė susijusi su chirurgine intervencija

.....
(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvių kalba)

Patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas parašytas savarankiškai, nepažeidžiant kitiems asmenims priklausančių autorių teisių, visas baigiamasis magistro darbas ar jo dalis nebuvo panaudotas Klaipėdos universitete ir kitose aukštosiose mokyklose.

Greta Rulytė

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus ir parašas)

Sutinku, kad magistro baigiamasis darbas būtų naudojamas neatlygintinai 5 m. Klaipėdos universiteto studijų procese.

Greta Rulytė

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

Prof. dr. Mindia Kasradze

.....
(data)

.....
(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavardė ir parašas)

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje (centre)

(data)

.....
(katedros sekretorės vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

Recenzentu (-ais) skiriu

.....
(įrašyti recenzento (ų) vardą, pavardę)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

SANTRAUKA

Rulytė G. Moterų, sergančių krūties vėžiu, psichoemocinė būklė susijusi su chirurgine intervencija. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. dr. Mindia Kasradze, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2021. – 61 p.

Krūties vėžys yra dažniausiai diagnozuojamas vėžys ir pagrindinė moterų mirties priežastis visame pasaulyje. Prieš diagnozę patiriamas distresas dėl nežinomybės, skausmo, įtariamo piktybinio naviko, gydymo laikotarpiu kyla nemalonios emocijos dėl gydymo pasekmių, susijusių šalutinių reiškinių ir ekonominių problemų. Krūties vėžio sukeliama baimė, panika, ateityje sukelia psichologinį distresą, kuris tęsiasi gydymo metu ir jam pasibaigus.

Tyrimo tikslas - išanalizuoti, moterų sergančių krūties vėžiu, psichoemocinę būklę susijusią su chirurgine intervencija.

Tyrimo metodika. Tyrimo metu moterų psichoemocinė būklė analizuota remiantis HAM-A ir NVVT Distreso termometro, skalėmis. Tikslui įgyvendinti taikytas kiekybinio tyrimo metodas. Imtį sudarė 154 moterys, sergančios krūties vėžiu bei laukiančios chirurginio gydymo. Tyrimas vykdytas 2020 metų gegužės – lapkričio mėnesiais, Kauno ir Klaipėdos miestų sveikatos priežiūros įstaigose. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „SPSS/w 24.0“ ir MS Excel 2016 kompiuterinę programą. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Chirurginių intervencijų metu, daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių moterų (58,2 proc.), turi mažą distreso lygį, o likusi dalis – vidutinį ar stiprų. Nerimo lygiui neturi reikšmės moterų amžius, išsilavinimas, sirgimo laikas ar krūties vėžio stadijos ($p>0,05$), o distreso lygio neįtakoja moterų išsilavinimas, sirgimo laikas ar krūties vėžio stadijos ($p>0,05$). Išaiškinta, kad kuo moterys vyresnės, tuo jų distreso lygis mažesnis, o kuo ilgesnis laikas nuo krūties vėžio diagnozės, tuo aukštesnė krūties vėžio stadija. Didesnį nerimo lygį patiria tos moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas nei tos, kurioms reikalingas tik dalinis krūties ar visos krūties be rekonstrukcijos šalinimas. Adekvačiai vidutinis ar sunkus nerimo lygis dažniau pasireiškia toms moterims, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas.

Išvada. Didesnį nerimo lygį patiria tos moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas nei tos, kurioms reikalingas tik dalinis krūties ar visos krūties be rekonstrukcijos šalinimas.

Raktiniai žodžiai: krūties vėžys, krūties vėžio stadija, psichoemocinė būklė, chirurginė intervencija, distresas, nerimas ir kt.

SUMMARY

G. Rulytė. Psychoemotional Condition Related to Surgical Intervention of the Women Suffering from Breast Cancer. Thesis of nursing master's study programme. Academic supervisor: Prof. Dr. Mindia Kasradze, University of Klaipėda: Klaipėda, 2021. – 61 p.

Breast cancer is the most frequently diagnosed type of cancer and the main reason of women's death in the whole world. There is a distress for uncertainty, pain, suspected malignant tumour, experienced before the diagnosis, during the treatment period, there emerge unpleasant emotions for treatment consequences related to side effects and economic problems. In the future, fear and panic evoked by Breast cancer give rise to psychological distress, which continues during the treatment and after it.

Research objective – to analyse the psycho-emotional state of women, having breast cancer, related to surgical intervention.

Research methodology. During the research, psycho-emotional state of women was analysed referring to the scales of HAM-A and NVVT Distress thermometer. The method of quantitative research was applied for the realization of the objective. The sample was comprised of 154 women having breast cancer and waiting for surgical treatment. The research was performed in May – November of the year 2020 in health care institutions of Kaunas and Klaipėda cities. Statistical data analysis was performed using SPSS/w 24.0 and MS Excel 2016 computer program. The research was performed following ethical principles.

Research results. During the surgical interventions, more than half of the women (58.2 per cent), participating in the research, have a small level of distress, and the rest part – average or strong. The level of anxiety is not influenced by the age of the women, education, period of ailment or the stages of breast cancer ($p>0.05$), and the level of distress is not influenced by the education of the women, period of ailment or stages of breast cancer ($p>0.05$). It was ascertained that the older the women are, the smaller level of distress they have, and the longer is the period from the diagnosis of breast cancer. A bigger level of distress is experienced by those women who have the ablation of the whole breast with reconstruction appointed than those who need only partial breast ablation or the ablation of the whole breast without reconstruction. Adequately, average or high anxiety level is more often expressed in those women who have the ablation of the whole breast with reconstruction appointed.

Conclusion. High anxiety level is experienced by those women who have the ablation of the whole breast with reconstruction appointed than those who need only partial breast ablation or the ablation of the whole breast without reconstruction.

Keywords: breast cancer, stage of breast cancer, psycho-emotional state, surgical intervention, distress, anxiety, etc.

SANTRUMPOS

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

NVI – Nacionalinis vėžio institutas

KV – Krūties vėžys

KU – Klaipėdos universitetas

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Krūties vėžio diagnozavimo metodikos ir jų apribojimai	1 priedas
2.	Pacienčių demografinės charakteristikos (n=154)	29
3.	Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė	32
4.	Klausimynų vidinis suderinamumas	33
5.	Praktinės problemos pastarąją savaitę	36
6.	Šeimos problemos pastarąją savaitę	37
7.	Emocinės ir dvasinės problemos pastarąją savaitę	37
8.	Fizinės problemos pastarąją savaitę	37
9.	Moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso, amžiaus, sirgimo laiko, vėžio stadijos sąsajos	39
10.	Distreso ir problemų kiekio palyginimas pagal nerimo lygį	40
11.	Distreso, problemų kiekio ir nerimo palyginimas pagal intervencijos mastą	41
12.	Dažniausiai varginusios praktinės problemos pastarąją savaitę pagal intervencijų mastą, procentais	42
13.	Dažniausiai varginusios šeimos problemos pastarąją savaitę pagal intervencijų mastą, procentais	42
14.	Dažniausiai varginusios fizinės problemos pastarąją savaitę pagal intervencijų mastą, procentais	43
15.	Distreso, problemų kiekio ir nerimo palyginimas pagal priešoperacinio sisteminio gydymo taikymą	44

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1.	Kübler-Ross sielvarto etapai	21
2.	Pacienčių pasiskirstymas pagal laiką nuo krūties vėžio diagnozės, procentais	30
3.	Pacienčių pasiskirstymas pagal krūties vėžio stadiją, procentais	30
4.	Moterų pasiskirstymas pagal distreso lygį, procentais	36
5.	Respondenčių pasiskirstymas pagal nerimo lygį, procentais	38
6.	Pacienčių, kurias konsultavo onkopsichologas prieš operaciją, pasiskirstymas pagal nerimo lygį, procentais	39
7.	Moterų nerimo lygis pagal intervencijos mastą, procentais	41

TURINYS

ĮVADAS	9
I. MOTERŲ, SERGANČIŲ KRŪTIES VĖŽIU, PSICHOEMOCINĖ BŪKLĖ SUSIJUSI SU CHIRURGINE INTERVENCIJA	12
1.1. Krūties vėžys.....	12
1.1.1. Krūties vėžio epidemiologija Lietuvoje ir pasaulyje.....	13
1.1.2. Krūties vėžio klasifikacija	14
1.1.3. Krūties vėžio rizikos veiksniai	15
1.1.4. Krūties vėžio diagnostika	16
1.1.5. Krūties vėžio gydymas	17
1.2. Moterų psichoemocinė būklė chirurginio gydymo metu.....	19
1.2.1. Informuotumo svarba, priešoperaciniu laikotarpiu	20
1.2.2. Kübler-Ross modelis	21
1.2.3. Nerimo ir depresijos simptomų raiška.....	22
1.2.4. Moterų psichoemocinės būklės sutrikimai, ruošiantis operacijai.....	24
1.2.5. Kūno įvaizdžio pokyčių įtaką psichoemocinei būklei.....	25
II. EMPIRINĖ DALIS	27
2.1. Tyrimo metodika.....	27
2.1.1. Tyrimo imties charakteristika.....	28
2.1.2. Tyrimo metodai	31
2.1.3. Tyrimo instrumentas.....	32
2.1.4. Tyrimo eiga/procesas.....	33
2.1.5. Tyrimo etika	35
2.2. Tyrimo rezultatai.....	36
2.2.1. Moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso lygis stacionare	36
2.2.2. Moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso tarpusavio sąsajos	39
2.2.3. Nerimo ir distreso vertinimas, atsižvelgiant į chirurgines intervencijas	40
2.3. Tyrimų rezultatų aptarimas	45
IŠVADOS	48
REKOMENDACIJOS	49
LITERATŪRA	50
PRIEDAI	61

ĮVADAS

Temos aktualumas. Onkologinės ligos pasaulio sveikatos statistikoje, įskaitant ir Lietuvą, pagal sergamumo ir mirtingumo rodiklius, užima aukštas pozicijas (Savickaitė ir kt., 2018, p. 115). Šiomis dienomis vėžys laikomas vienu iš svarbiausių sveikatos problemų visame pasaulyje. Susirgimų skaičius daugėja daugelyje šalių, šis padidėjimas yra sukeltas urbanizacijos veiksnių, tokių, kaip stresas, mitybos įpročiai, tabako vartojimas ir vėžį sukeliančių medžiagų naudojimas darbe ir gyvenime. Pagal PSO skaičiavimus kas 5 žmogus, serga nuo vienos vėžio formų (Asadi et al., 2016, p. 33).

Lietuvoje krūties vėžys dažniausia onkologinė moterų liga, kuri yra aktualiausia ir opiausia jų sveikatos problema (Paukštytė ir kt., 2017, p. 105). Sergamumas krūties vėžiu kasmet sparčiai didėja, higienos instituto duomenimis, 2017 metais nustatyti 12809 susirgimai, o 2018 m. – 13515, pastaraisiais metais nuo krūties vėžio mirė 526 moterys. Pagrindinė moterų mirties priežastis tiek išsivysčiusiose, tiek besivystančiose šalyse išlieka KV (Xiao et al., 2019).

Nepaisant vis tobulėjančios medicinos, sveikatos priežiūros specialistai pabrėžia, kad krūties vėžio diagnostika nėra sudėtinga ir skiriama vis daugiau dėmesio, rengiamos ankstyvosios diagnostikos programos, tačiau nepaisant šių aplinkybių krūties vėžys dažniausiai diagnozuojamas II – III stadijoje (Sąlyga ir kt., 2015, p. 6). Pasak Ozaki et al., (2019, p. 15), ankstyvas krūties vėžio nustatymas ir laiku atliekamas gydymas yra svarbiausi elementai. Norint pasiekti teigiamą rezultatą, būtina kuo labiau sumažinti intervalą nuo simptomų atsiradimo iki gydymo pradžios. Nauji ir veiksmingi gydymo metodai dramatiškai pakeitė KV sergančių moterų prognozę per pastaruosius 20 metų (Xiao et al., 2020, p. 4).

Diagnozė vėžys - sukelia distresą, kurio pasireiškimo veiksniai yra labai įvairūs: per pastaruosius metus patirtos psichologinės problemos, stresas, suvokimas apie ligą, ligos gydymo sukeltos problemos. Pacientai į vėžio diagnozę reaguoja skirtingai (Park et al., 2017, p. 272). KV sergančios moterys susiduria su daugeliu psichologinių ir fizinių problemų (Dooley et al., 2017, p. 554, El Fakir et al., 2016, p. 5064). Psichologinio prisitaikymo samprata yra sudėtinga ir nėra aiškiai apibrėžta literatūroje. Tradiciškai psichologinis prisitaikymas prie ligos buvo apibūdinamas kaip psichologinio sutrikimo nebuvimas ar reikšminga neigiama nuotaika (Gregory, 2019).

Krūties vėžio sukeliama baimė, panika, ateityje sukelia psichologinį distresą, kuris tęsiasi gydymo metu ir jam pasibaigus (Beržinytė ir kt., 2015, p. 6). Nors didelis nerimas ir depresiniai simptomai yra svarbios moterų problemos diagnozuojant krūties naviką, daugeliui moterų jos gali būti laikomos momentine emocinė būklė, kuriai būdingi natūralūs subjektyvūs baimės ir įtampos jausmai (Fioretti et al., 2019, p. 845). Asmens reakcija apima psichologinę ir fizinę sveikatą. Pirminė reakcija pasireiškia, pacientų diagnostikos laikotarpiu, pastebima baimė bei nerimas. Antroji - kai

pacientas išgirsta diagnozę. Tuomet dažnai atsiranda distresas, pacientas turi apsispręsti dėl gydymo (Fradelos et al., 2017, p. 2547). Trečioji reakcija siejasi su pagalba bei paciento neigiamų emocijų įveikimu. Ketvirtojoje reakcijoje pacientai gali išgyventi remisiją. Pacientas jaučia baimę dėl ateities, netikrumo jausmą (Bregman 2019, p. 8). Didelė dalis moterų, kurioms nustatytas navikas apima įvairios emocijos: panika, liūdesys, pasimetimas beviltiškumas, pyktis ir kt., jaučiasi sutrikusios, bejėgės, baiminasi dėl kūno pokyčių.

Psichiatrė Elisabeth Kübler-Ross, 1969 m. teigė, kad sielvartaujantis žmogus patiria penkias sielvarto etapus: neigimą, pyktį, derybas, depresija ir galiausiai susitaikymą (Stroebe et al., 2017). Matthews et al (2019) teigia, kad pacientės ir šeimos nariai, sužinoję apie vėžį patiria tris etapus: pasiruošimą, išsiskyrimą bei prisitaikymą. Praeina nemažas laiko tarpas, kuomet įvyksta prisitaikymas. Mokslškai yra įrodyta, kad ruošiantis operacijai, patiriamas stiprus stresas (Hagen et al., 2014, p. 117, Park et al., 2018, p. 254). Prieš diagnozę patiriamas distresas dėl nežinomybės, skausmo, įtariamo piktybinio naviko, gydymo laikotarpiu kyla nemalonios emocijos dėl gydymo pasekmių, su gydymu susijusių šalutinių reiškinių ir ekonominių problemų (Berbis-Morello et al., 2019, p. 2793).

KV didžiąjai daliai moterų yra siaubingas įvykis, kuris priverčia susidurti su psichologiniais ir socialiniais iššūkiais bei dideliu nerimu dėl baimės mirti (Karampour et al., 2017). Psichologiniai sutrikimai yra labai reikšmingi ir tebesitęsianti KV problema, šie sveikatos sutrikimai dažnai ignoruojami ir suprantami ne visada tinkamai (Park et al., 2017, p. 271).

Moksliniuose tyrimuose pastebėta, kad suteikus reikiamą informaciją, pacientai labiau įsitraukia į sprendimų priėmimą, yra didesnis pasitenkinimas gydymo pasirinkimu ir mažesnis nerimo lygis (Foley et al., 2016, 56). Gydytojas keičiantis informaciją su pacientu gali stebėti jo elgesį ir išvengti priešoperacinio nerimo ar depresijos (Piccolo et al., 2019, 1769). Atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad priešoperacinis mokymas pagerina savęs suvokimą, sumažina nerimo lygį. Kadangi buvo nustatyta, kad nerimas labai paplitęs tarp moterų, kurioms skiriamas kompleksinis KV gydymas, kai taikoma vienu metu daugiau nei vienas metodas, suteikus tinkamą informaciją nerimas sumažėjo, pooperaciniu laikotarpiu mažėja komplikacijų rizika (Ibrahim et al., 2018, p. 3).

Tęsiant mokslinius tyrimus stengiamasi, kad gydymas būtų labiau pritaikytas individualiems poreikiams, siekiant sumažinti nepageidaujamą poveikį ir pagerinti bendrą išgyvenamumą (Anastaziadi et al., 2017, p. 313). Nauji ir veiksmingi gydymo metodai dramatiškai pakeitė KV sergančių moterų prognozę per pastaruosius 20 metų (Xiao et al., 2020, p. 4). Gydomajam gydymui reikalinga operacija, kuri daugeliu atvejų yra pirmoji gydymo galimybė. Operacija gali ne tik pašalinti naviką, bet ir nustatyti naviko išplitimo laipsnį bei vėžio stadiją (Dorri et al., 2020, p. 1).

Krūties netektis paveikia moters savęs tapatumą, pasitenkinimą savo kūnu, intymumą (Heidari ir kt., 2015). Onkologinė liga ir jos gydymo būdai sukelia daugialypį nepageidaujamą

poveikį. Pastarasis gali pasireikšti, fiziniais pokyčiais: krūties netekimu, edema, nuovargiu. Psichoemocinės kančios, kurios yra daug klastingesnės: pyktis, depresija, baimė, nerimas ir gana dažnai lieka nepastebimi. Gyvenimo kokybės: tarpasmeniniai santykiai, stigma, darbo vietos praradimas, visi pokyčiai yra patiriami ir jaučiami (Ramani et al., 2017). Jauname amžiuje diagnozavus KV, moterys yra labai pažeidžiamos, patiriami unikalūs psichoemociniai stresoriai, kurie kaip ir diagnozė apriboja jų gyvenimą (Park et al., 2018, p. 254).

Tyrimo subjektas – moterys sergančios krūties vėžiu.

Tyrimo objektas – sergančių krūties vėžiu, psichoemocinė būklė susijusi su chirurgine intervencija.

Hipotezė – moterys patyrusios chirurginę intervenciją, skirtingai patiria nerimo ir distreso lygį.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti, moterų sergančių krūties vėžiu, psichoemocinę būklę susijusią su chirurgine intervencija.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti stacionarizuojamų moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso lygį.
2. Išanalizuoti moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso tarpusavio ryšį, susijusį su chirurginėmis intervencijomis.
3. Išanalizuoti moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso lygį, atsižvelgiant į skirtingas chirurgines intervencijas.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa.

I. MOTERŲ, SERGANČIŲ KRŪTIES VĖŽIU, PSICHOEMOCINĖ BŪKLĖ SUSIJUSI SU CHIRURGINE INTERVENCIJA

Krūties vėžys (KV) kelia vis didesnę susirūpinimą visame pasaulyje, tai pagrindinė moterų mirtingumo ir sergamumo priežastis išsivysčiusiose ir besivystančiose šalyse, atsižvelgiant į įvertintas naujas vėžio rūšis ir pripažinta antrąją mirties priežastimi visame pasaulyje po plaučių vėžio (Sibhat et al., 2019, p. 2, Zhang et al., 2020, p. 1, Wei et al., 2020, p. 42).

Pacientai sergantys onkologine liga, krūties vėžys nėra išimtis, susiduria su daugybę iššūkių, įskaitant fizinius simptomus, šalutinį gydymo poveikį, funkcinis apribojimus, pasikartojimo baimę, egzistenciniai bei dvasiniai rūpesčiai (Faller et al., 2017, p. 1940, Chou et al., 2020, p. 233).

Psichologiniai sutrikimai sergant krūties vėžiu yra priskiriami: depresijai, nerimui, distresui, pykčiui, savęs nuvertinimui bei nepakankamu emociniu palaikymu (Reich et al., 2008, p. 12). Visi iššūkiai sukelia emocijas ir padidina poreikius, tokius kaip informacijos gavimas, psichosocialinis palaikymas (Stanton et al., 2015, p. 169). Tyrimai rodo, kad moterys, kurios serga krūties vėžiu palapsniui įgyja neigiamą savęs suvokimą, taip pat yra nelaimingos ir nusivylusios dėl savo kūno formų pasikeitimų, po chirurginių intervencijų. Tai reiškia, kad jose susiformuoja neigiama savivoka, kuri sukelia psichologinių, socialinių problemų, tokių kaip neužtikrintumas kasdieninėje veikloje, žemas savęs vertinimas ir kt. (Chua et al., 2015, p. 36, Gomez-Cambelo et al., 2015, p. 476, Beatty ir Kissane 2017, p. 59).

Išgirdusi diagnozę nereta moteris jaučiasi sugniuždyta, išsigandusi dėl nežinomos ateities ir sugriuvusių gyvenimo planų. Tuo metu kyla daugybė įvairių emocijų, kurios sąlygoja dažną nuotaikų kaitą, dėl to žmogus jaučiasi sutrikęs. Psichologinė našta tokia didelė, kad ją galima pakelti tik padedant artimiesiems (Simutyte ir kt., 2014, p. 98).

1.1. Krūties vėžys

Krūties vėžys yra dažniausiai diagnozuojamas vėžys ir pagrindinė moterų mirties priežastis visame pasaulyje. KV susideda iš daugiau nei 20 skirtingų potipių, kurie skiriasi genetiškai, morfologiškai ir kliniškai (Sachs et al., 2017, p. 373; 374).

KV apibrėžiamas, kaip navikas, susiformuojantis supiktybėjus ir sparčiai besidauginant krūties ląstelėms, išklojančioms pieno liaukų skiltis arba latakėlius, plintantis lokaliai, vėliau per limfą ir dažnai metastazuojantis į kitus organus (American Cancer Society, 2019, p. 1).

Krūties vėžio ląstelės sudaro naviką, kurį dažnai galima pamatyti rentgeno metu arba pajusti apčiuopos būdu, jei yra padidėjęs. Krūties vėžys beveik visada pasireiškia moterims, tačiau gali susirgti ir vyrai (American Cancer Society, 2020).

Ankstyvos KV stadijos aptikimas ir gydymas lemia 98% išgyvenamumo, tačiau metastazių išplitimo į tolimesnius organus rodiklis sumažėja iki 27%. Vis dar negalima tiksliai aptikti ankstyvos

vėžio diagnozės. Nors atlikta daugybė krūties vėžio diagnozės tyrimų, norimo rezultato pasiekti negalima. Dėl šios priežasties daugiamodalumo sprendimus galima patobulinti pasitelkiant termografija, rentgenografija, mamografija, histologiniais vaizdais, ląstelių elektrinėmis ir mechaninėmis savybėmis ir kt. (Korkmaz et al., 2014, p. 2).

Tradiciškai naudojama Amerikos Jungtinio vėžio komiteto krūties vėžio stadijų sistema pagrįsta anatominiais ypatumais:

- T reiškia dydį;
- N – sritinis limfmazgius;
- M – vėžio metastazes tolimuose nuo pirminio naviko organuose.

TNM reikšmių kombinacija, plačiai naudojama visame pasaulyje nustatant ligos stadiją ir priimant terapinius sprendimus: kokio dydžio navikas, ar yra metastazių sritiniuose limfmazgiuose ir kituose tolimuose organuose (Wu et al., 2020, p. 3). Remiantis Nacionaliniu vėžio institutu (NVI) (2018) ir Sachs et al., (2017, p. 380) išskiriami šie KV simptomai:

- pakitęs krūties dydis ir forma;
- pakitusi, oda virš naviko;
- sustandėjusi visa krūtis;
- spenelis įtrauktas į krūties vidų;
- krūties spenelio sritis išberta, primena odos egzema;
- kraujingos išskyros iš spenelio;
- apčiuopiami padidėję pažasties limfmazgiai.

Krūties skausmas yra retas KV simptomas, juntamas tada, kai vėžys labai išplitus.

Pasak Ozaki et al., (2019, p. 15), ankstyvas krūties vėžio nustatymas ir laiku atliekamas gydymas yra svarbiausi elementai. Norint pasiekti teigiamą rezultatą, būtina kuo labiau sumažinti intervalą nuo simptomų atsiradimo iki gydymo pradžios. Paprastai šis intervalas skirstomas pagal kiekvieną pacientą individualiai ir į du tarpsnius:

- nuo simptomų atsiradimo iki pirmosios konsultacijos;
- nuo pirmosios konsultacijos iki gydymo pradžios.

Kuomet intervalas nuo simptomų atsiradimo iki pirmosios konsultacijos buvo tiriamas plačiau nei nuo pirmosios konsultacijos iki gydymo pradžios, įrodyta, kad pailgėjęs intervalas nuo pirmosios konsultacijos iki gydymo, gali pakenkti krūties vėžiu sergantiems pacientams, pasveikimo atžvilgiu (Saldana 2014, p. 70, Saldana et al., 2011, p. 1099).

1.1.1. Krūties vėžio epidemiologija Lietuvoje ir pasaulyje

Šiais laikais vėžys laikomas vienu iš svarbiausių sveikatos problemų visame pasaulyje ir statistika rodo, kad šios ligos susirgimų daugėja ir yra pagrindinė mirties priežastis visame pasaulyje

(Feng et al., 2019, p. 1). Nors mirštamumas nuo krūties vėžio dėl šiuolaikinių terapinių metodų mažėja, bet išlieka tiek besivystančiose ir išsivysčiusiose šalyse pagrindinė moterų sergamumo ir mirtingumo priežastimi (Liu et al., 2016, p. 409). Didžiausias paplitimas, vis dėlto nustatomas išsivysčiusiose šalyse. Lyginant su Rytų Europos šalimis, 2018 m. daugiausia atvejų užfiksuota Šiaurės ir Vakarų Europos šalyse. Didžiausi mirtingumo rodikliai nustatyti Serbijoje, Kroatijoje, Juodkalnijoje ir kai kuriose Rytų Europos šalyse, mažiausiai rodikliai Šiaurės ir Pietų Europoje (Ferlay et al., 2018, p. 360).

Nustatyta, kad sergamumo ir mirtingumo nuo KV skaičiai sparčiai auga visame pasaulyje. Kiekvienais metais šis navikas sudaro daugiau nei 25 proc. visų naujai diagnozuotų vėžio atvejų bei 15 proc. onkologinių ligų sukeltų mirčių (Lee et al., 2018, p. 3). Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO), Tarptautinės vėžio tyrimų agentūros ataskaita (2019), KV sergančių moterų skaičius 2018 metais pasaulyje siekė 1,68 mln., tais pačiais metais nuo KV mirė 630 000 tūkst. moterų (Cordoso et al., 2019, p. 1194). Higienos instituto duomenimis (2019) Lietuvoje 2018 metais susirgimų krūties vėžiu atvejų skaičius siekė 13 629, kaskart šie skaičiai kinta ir susirgimų vis daugėja. Prognozuojama, kad visame pasaulyje iki 2050 metų, per metus pasieks maždaug 3,2 milijono naujų atvejų (Sibhat et al., 2019, p. 2).

1.1.2. Krūties vėžio klasifikacija

KV yra skirstomas į du tipus: neinvazinį ir invazinį, o šie dar į du potipius. *Neinvazinis krūties vėžys* laikomas tada, kai piktybinis procesas neprasiskverbia už epitelinės ląstelės ribų, pakitimai vyksta tik pačioje ląstelėje. Šio KV tipo atveju, metastazių negali būti. (Komen, 2017, p. 2, Nacionalinis vėžio institutas, 2018). Tyrimai rodo, kad pacientams diagnozavus neinvazinį KV, 40 proc. neinvazinių vėžių progresuoja į invazinį, todėl gydymas būtinas (Martinez et al., 2019, p. 2). Neinvazinis krūties vėžys skirstomas į du potipius (NVI, 2018, Komen, 2017, p. 3):

- duktalinė karcinomė (DCIS), išsivysto pieno latakėlių sienelės išklojančiose epitelio ląstelėse;
- lobulinė karcinoma (LCIS), išsivysto pieną gaminančiose skiltelių epitelyje. Ši karcinoma iš karto gali būti abiejose krūtyse. Neinvazinio krūties vėžio potipiai, vertinami, kaip 0 krūties vėžio stadijos.

Invazinis KV – kai piktybiniai procesai prasiskverbia pro epitelio ląstelės ribas į aplinkinius krūties audinius, galimas metastazavimas (Naggar, 2014, p. 4).

- invazinė duktalinė karcinoma – dažniausiai pasitaikanti, kuri sudaro 50-80 proc. visų krūties vėžio atvejų, forma (Natal et al., 2019, p. 3). Navikas pradeda formuotis iš išklojančio epitelio ląstelių pieno latakuose (NVI, 2018).

- invazinė lobulinė karcinoma – vėžys prasideda pieną gaminančių skiltelių epitelyje ir sudaro 5-10 proc. visų KV atvejų (NVI, 2018, Natal et al., 2019, p. 4). Invazinis krūties vėžys skirstomas į I, II, III ir IV stadijas.

I stadija – piktybinio naviko dydis neviršija 2 cm skersmens ir nėra metastazių limfmazgiuose bei kituose organuose (Araujo et al., 2017, 5).

II stadija – naviko dydis nuo 2 cm iki 5 cm, metastazių nėra kituose organuose, bet gali būti pažeisti pažasties limfmazgiai atitinkamoje pusėje (Hortobagyi et al., 2017, p. 624).

III stadija – navikas didesnis nei 5 cm, gali būti pažeisti pažasties limfmazgiai, navikas gali būti suaugęs su kitais aplinkiniais audiniais, bet metastazių nėra kituose organuose (NVI, 2018, Hortobagyi et al., 2017, p. 624).

IV stadija – piktybinis navikas gali būti neapibrėžto dydžio, pažeisti artimiausi limfmazgiai, yra metastazių kituose organuose. Šios stadijos navikas jau yra išplitęs (Martinez et al., 2019, p. 5, Feng et al., 2019, p. 3).

1.1.3. Krūties vėžio rizikos veiksniai

Krūties vėžys yra sudėtinga liga, kurios riziką didina tiek aplinkos, tiek genetiniai veiksniai. Paveldimi ir genetiniai veiksniai, įskaitant asmeninę ar šeimos istoriją dėl krūties ar kiaušidžių vėžio ir paveldimos mutacijos (BRCA1, BRCA2 ir kiti jautrūs genai krūties vėžiui), sudaro 5–10% krūties vėžio atvejų (Kapoor et al., 2020, p. 217, 218). KV rizikos veiksniai skirstomi į modifikuojamus ir nemodifikuojamus, įtakos turi ir reprodukcinėje sistemoje esantys pokyčiai, užsienio autoriai pastebi, kad didėjantis krūties vėžio atvejų skaičius yra susijęs su rizikos veiksnių paplitimu (American Cancer Society, 2015, p. 13). Išskiriami pagrindiniai, modifikuojami, krūties vėžio riziką didinantys veiksniai (American Cancer Society, 2016, p. 9):

- kūno svorio didėjimas sulaukus aštuoniolikos metų (padidina pomenopauzinio krūties vėžio riziką);
- antsvoris ar nutukimas (rizika susirgti krūties vėžiu pomenopauziniu laikotarpiu);
- hormonų terapijos (estrogeno ir progestinų derinys);
- fizinis neaktyvumas;
- alkoholio vartojimas.

Atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad pamaininis darbas, ypač naktimis, turi įtakos krūties vėžio susirgimams, taip pat gausus ir ilgalaikis rūkymas, padidina riziką susirgti krūties vėžiu, ypač moterims, kurios pradėjo rūkyti dar iki pirmojo nėštumo (American Cancer Society, 2016, p. 9). Žinoma, kad fizinis aktyvumas ir maitinimas krūtimi gali sumažinti riziką susirgti krūties vėžiu. Galima išskirti šiuos nemodifikuojamus KV rizikos veiksniai:

- vyresnis amžius (>50 metų);

- buvę susirgimai krūties ar kiaušidžių vėžiu šeiminėje vėžio anamnezėje ar asmeninėje sveikatos istorijoje;

- genetiniai pakitimai (didelė rizika susirgti, onkologine liga, jauname amžiuje);
- didelis krūties audinio tankis (santykis tarp riebalinio ir liaukinio audinio);
- didelis kaulų mineralinis tankis;
- antro tipo cukrinis diabetas (nepriklausomai nuo svorio);
- duktalinė ar lobulinė karcinoma asmeninėje sveikatos istorijoje;
- didelės dozės jonizuojančios spinduliuotės krūtinės ląstos srityje, jauname amžiuje;

Reprodukciniai rizikos veiksniai turintys įtakos susirgti KV (American Society, 2016 p. 10):

- menstruacijos prasideda ankstyvame amžiuje, o menopauzė – vėlyvame;
- nevaisingumas, pirmagimio gimimas vyresniame amžiuje;
- kontraceptikų vartojimas, pakaitinė hormonų terapija;

1.1.4. Krūties vėžio diagnostika

Siekiant sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio, reikia užtikrinti ankstyvą diagnostiką ir taikyti efektyvų gydymą (Steponavičienė ir kt., 2017, p. 161). Diagnozuojant KV paprastai atliekama pirminė patikra palpuojant bei atliekant mamografijos ar ultragarso tyrimus. Atlikus pirminius tyrimus, patvirtinti diagnozei atliekama krūties audinio biopsija, tyrimas parodo, naviko rūšį: gerybinis ar piktybinis (Araujo et al., 2017, p. 2).

Vienas iš daugybės būdų, padedančių nustatyti ankstyvą krūties vėžio stadiją, yra atrankinė mamografinė patikra, kurioje kviečiamos dalyvauti moterys nuo 50-69 metų, 1 kartą per 2 metus, kurios neturi krūties vėžio simptomų ir požymių (Steponavičienė ir kt., 2017, p. 161). NVI duomenimis, Lietuvoje nuo 2005 metų vykdoma moterų mamografinės patikros dėl krūties vėžio programa. Klinikinis tyrimas apima krūtų ir limfmazgių apžiūrą bei metastazių įvertinimą. Krūties vėžio diagnozė pagrįsta klinikiniu tyrimu kartu su vaizdo atvaizdavimu ir patvirtina patologiniu įvertinimu (Cardoso et al., 2019, p. 1195).

KV diagnostikos metodus apima mamografija, biopsija, magnetinio rezonanso tyrimas, sonografija ir kt., metodai veiksmingi ir jų dėka galima nustatyti 80-90% krūties vėžio susirgimų atvejų (Mittal et al., 2017, p. 218). Ankstyva diagnostika ir tikslinga terapija yra ypač svarbūs, diagnozuojant krūties vėžį, nes padidėja išgyvenamumo tikimybė (Liu et al., 2017, p. 2). Krūties vėžio diagnostikos metodai ir apribojimai pateikiami 1 lentelėje (1 priedas).

Anksti nustačius, vėžys labiau linkęs į veiksmingą gydymą ir gali sukelti didesnę išgyvenimo tikimybę, mažesnę sergamumą ir pigesnę gydymą. Reikšmingai pagerinti vėžiu sergančių pacientų gyvenimą galima anksti nustatant vėžį ir išvengiant vėlavimo slaugyti.

Sergant KV, yra nedidelė ląstelių populiacija, pasižyminti kamieninių ląstelių savybėmis, tokiomis kaip savarankiškas atsinaujinimas ir ilgalaikis klonų atsinaujinimo gebėjimas (Zhang et al.,

2020, p. 1). Nepaisant daugybės diagnostinių ir terapinių patobulinimų, KV sergančių moterų pasikartojimo ir išgyvenimo procentai vis dar kelia nusivylimą. Todėl norint sukurti veiksmingesnes diagnostikos ar gydymo strategijas, būtinos nuolatinės pastangos suprasti pagrindines molekules (Pan et al., 2019, p. 5).

1.1.5. Krūties vėžio gydymas

Krūties vėžio gydymas, kompleksinis reiškinys, taikant kelis gydymo metodus. Siekiant gauti geriausius rezultatus, taikomas sudėtinis gydymo būdas. Kuomet naudojami keli, ne vienas gydymo metodų derinys, norint kuo geriau ir tiksliau pašalinti naviką (Walsh et al., 2017, p. 1649). KV gydymas susideda iš lokalaus ligos gydymo, kuris užtikrinamas pasitelkiant chirurginį gydymą, spindulinę terapiją ir kt. ar jų kombinaciją, ir taip pat sisteminio, medikamentinio gydymo. Pastarąjį apima chemoterapija, hormonų terapija, biologinė terapija, taikinių terapija ar tam tikri jų deriniai (Carlson et al., 2015, p. 159).

Chirurginė intervencija – dažniausias krūties vėžio gydymo metodas, kuris gali būti kelių variantų. Esant aukštam genetiniam paveldimumui ar tam tikriems pakitimams abiejose krūtyse, dažniausiai rekomenduojama atlikti abiejų krūčių šalinimą (Dorri et al., 2020, p. 2). Jei ląstelių pakitimai yra matomi vienoje krūtyje, tačiau auglys yra didelis ar turintis gausų kraujagyslių tinklą, rekomenduojama atlikti radikalią vienos krūties šalinimo operaciją (Gu et al., 2018, p. 544).

Pastaruosiu metu medicina žengia į priekį, taip pat tobulėja ir krūties vėžio chirurgija. Anksčiau taikytas gana pavojingas ir agresyvus gydymas, dabar jis keičiamas į konservatyvesnį. KV operacijų tikslas – pilnas onkologinis išgydymas ir pacienčių sergančių KV estetinis pasitenkinimas (Franceschini et al., 2015, p. 146).

Moksliniuose tyrimuose randama, kad renkantis gydymo būdą, vienas svarbiausių kriterijų, be operacijos sudėtingumo ir numatomos tolimesnės gydymo eigos, yra įvardijamas tinkamas kosmetinis bei estetinis vaizdas po operacijos (Franceschini et al., 2015, p. 147, Gu et al., 2018, p. 543).

KV gydymas yra labai įvairus. Taikomos skirtingos terapijos, pagrįstos įvairiais atliktais tyrimais, priklausančios nuo skirtingų krūties vėžio stadijų. Chou et al. (2020, p. 232) bei Nacionalinis vėžio institutas aprašo šiuos gydymo metodus:

- chirurginis gydymas;
- radioterapinis gydymas;
- chemoterapinis gydymas;
- hormonoterapija;
- biologinė terapija.

Vėžys, kaip sunki, ilgalaikė ir daugelio asmenų su mirtimi siejama liga, stipriai sukrečia žmogaus pasaulį ir požiūrį į gyvenimą. Žmonės skirtingai reaguoja į ligą, nevienodai prisitaiko prie

ligos ir prie gydymo. Vienas didžiausių onkologinėms pacientėms kylančių sunkumų – susitaikyti su liga. (Simutyte ir kt., 2014, p. 98).

Šiuo metu gydant onkologine liga sergantį asmenį pagrindinis tikslas yra pailginti paciento gyvenimą, gerinant jo gyvenimo kokybę, tai galima pasiekti teikiant paliatyvią priežiūrą bei psichosocialinę paramą sergančiajam (Xiao et al., 2020, p. 4). Krūties vėžio gydymas paprastai apima chirurgijos, chemoterapijos, radioterapijos, hormonų terapijos ir tikslinės terapijos derinį. Gydomajam gydymui reikalinga operacija, kuri daugeliu atvejų yra pirmoji gydymo galimybė. Operacija gali ne tik pašalinti naviką, bet ir nustatyti naviko išplitimo laipsnį bei vėžio stadiją (Dorri et al., 2020, p. 1.). Vis daugiau moterų išgydomos, anksti diagnozavus KV, bet taip pat gyvena ilgiau sergant metastazavusiu vėžiu (Desantis et al., 2014, p. 61). Neišvengiamai vėžys gali tapti atsparus dabartiniam gydymui. Didelis dėmesys sutelktas į tyrimus, greitesnį diagnozavimą, kuriant naujus terapinius metodus, kuriais siekiama nukreipti į greitesnį ir kokybiškesnį gydymą. Daugiau atsiranda naujų gydymo būdų, kurie bus pakeisti, kad būtų įmanoma išgydyti moterys nuo KV (Kingston et al., 2016, p. 59).

Remiantis NVI (2018), Soerjomataram et al. (2008) ir Carlson et al. (2015) KV operacija priklauso nuo naviko morfologijos, lokalizacijos ir išplitimo laipsnio. Pacientai sergantys ankstyvos stadijos KV, bėgant laikui, labiau suvokia, kad naviko morfologija daro įtaką vietinei kontrolei, o ne tik ligos našta (Barrio, Marrow 2016, p. 3). NVI (2018) duomenimis, chirurginės operacijos skirstomos į: *lumpektomija, kvadrantektomija, mastektomija*.

- *Lumpektomija ir kvadrantektomija*, standartinės chirurginės operacijos kurios atliekamos nustatant ankstyvąją KV stadiją (Tsuji et al., 2017, p. 539, Morrow et al., 2016, p. 289). Operacijos metu pašalinamas navikas ir aplink jį esantys sveikieji krūties audiniai. Skirtumas tarp jų, kad kvadrantektomijos metu, pašalinama daugiau sveikųjų krūties audinių – ketvirtoji krūties dalis su naviku (Marrow et al., 2016, p. 290, Lai et al., 2018, p. 5). Deformacija labiau pastebima, kai krūtys yra mažos (Tsuji et al., 2017, p. 539). Po šios operacijos būtina radioterapija, kuri sumažina ne tik vėžio pasikartojimą, bet ir mirštamumą nuo KV (Lai et al., 2018, p. 4).

- *Mastektomija* chirurginė operacija, kurios metu pašalinama visa ar dalis krūties. Mastektomija dar yra skirstoma į dalinę, paprastą, modifikuotą ir radikalią (Giannakeas, Narod 2018, p. 264). *Paprasta mastektomija* apima visos krūties, įskaitant krūties audinį, areolą ir spenelį, pašalinimą (Pyfer et al., 2016, p. 93), *modifikuota* – pašalinama visa krūtis ir pažasties duobės limfmazgiai, išsaugant krūtinės raumenis, esančius už krūties (Nickel et al., 2016, p. 9), *radikali mastektomija* atliekama retai, šios operacijos metu pašalinama visa krūtis, visi limfmazgiai ir už krūties esantys krūtinės raumenis (Akkoca et al., 2019, p. 504).

KV gydymas trunka ilgai, yra sudėtingas ir gali kelti nemažai psichologinių sunkumų. Nežiūrint į tai, krūties vėžiu sergančios moterys skirtingai prisitaiko prie ligos. Streso įveikimo

strategijų pasirinkimas priklauso nuo daugybės faktorių, yra duomenų, kad įveikos pasirinkimas susijęs ir su asmenybės ypatumais (Banienė ir kt., 2015, p. 11).

1.2. Moterų psichoemocinė būklė chirurginio gydymo metu

Psichologinio prisitaikymo samprata yra sudėtinga ir nėra aiškiai apibrėžta literatūroje. Tradiciškai psichologinis prisitaikymas prie ligos buvo apibūdinamas kaip psichologinio sutrikimo nebuvimas ar reikšminga neigiama nuotaika. Visą gyvenimą žmonės patiria daugybę sielvarto atvejų, kurių sukelia įvairios situacijos, tokios kaip praradimas/netekimas, sužinojimas apie esamą ligą ar pasikeitusią būklę (Gregory, 2019).

Atsižvelgiant į padidėjusį išgyvenusiųjų skaičių, atliekami tyrimai išsiaiškinti ilgalaikį psichologinį prisitaikymą, siekiant užtikrinti veiksmingą priežiūrą, sergant KV, nuo diagnozės nustatymo iki pasveikimo. Tačiau tyrimų rezultatai nevienodi. Vieni tyrimai rodo, kad pasveikus nuo KV yra didelis prisitaikymas, pateikiant norminius nerimo lygius, depresiją, psichologinius išgyvenimus (Rogers et al., 2017, p. 1903). Anot Faller et al. (2017, p. 1677) fizinių, psichologinių ir socialinių veiksnių sutrikimai tęsiasi ilgiau net daugelį metų po diagnozės.

Krūties vėžio diagnozė ir nustatomas gydymas sukelia didelį distresą, netikrumo jausmą bei sunkumų kasdieniniame gyvenime (Dooley et al., 2017, p. 550). Šiais laikais vis labiau domimasi atsparumu, ypač onkologine slauga, kaip įveikti vėžio diagnozę sukeliančius veiksnius. Per keletą metų atsparumo sąvoka buvo apibrėžta įvairiai: „individo sugebėjimas adaptyviai įveikti sunkumus ir stresą išlaikant psichologinį ir fizinį funkcionavimą“ arba „atgauti normalią psichoemocinę būseną po psicho-spaudimo įvykio“. Asmenys, kurie laikomi atspariais, gali geriau susidoroti, prisitaikyti prie trauminių įvykių ir įveikti nerimo ir depresijos. Ankstesni atsparumo tyrimai parodė, kad tai gali būti psichologinis rodiklis ir gali padėti pagerinti psichologinius rezultatus, tokius kaip nerimas, depresija (Fradelos et al., 2017, p. 2547).

Psichologiniai sutrikimai yra labai reikšmingi ir tebesitęsianti KV problema, šie sveikatos sutrikimai dažnai ignoruojami ir suprantami ne visada tinkamai (Park et al., 2017, p. 271). Daugumą moterų, kurioms nustatytas navikas apima įvairios emocijos: panika, liūdesys, pasimetimas beviltiškumas, pyktis ir kt., jaučiasi sutrikusios, bejėgės, baiminasi dėl kūno pokyčių.

Onkologinės ligos diagnozė sukelia stipresnius jausmus nei kitos diagnozuotos ligos (Gregurek et al., 2010, p. 228). Psichoemocinė būklė, sergantiems onkologine liga yra susijusi su bendros gyvenimo kokybės pablogėjimu ir daro neigiamą poveikį atitinkamai mediciniam gydymui ir kelia padidėjusį mirštamumo pavojų, todėl emocinė būklė yra pripažinta gyvybiškai svarbia (Linden et al., 2012, p. 348).

Nepaisant vis tobulėjančios medicinos, KV sergančios moterys susiduria su daugeliu psichologinių ir fizinių problemų, taip pat, daugelis tyrimų parodė, kad šių pacientų gyvenimo kokybė paprastai yra labai žema (Dooley et al., 2017, p. 554, El Fakir et al., 2016, p. 5064). Krūties vėžio

sukeliama baimė, panika, ateityje sukelia psichologinį distresą, kuris tęsiasi gydymo metu ir jam pasibaigus (Beržinytė ir kt., 2015, p. 6). Nors didelis nerimas ir depresiniai simptomai yra svarbios moterų problemos diagnozuojant krūties naviką, daugeliui moterų jos gali būti laikomos momentine emocinė būklė, kuriai būdingi natūralūs subjektyvūs baimės ir įtampos jausmai (Fioretti et al., 2019, p. 845).

Distresas, paprastai yra labai svarbus gyvybei pavojingų ligų, įskaitant ir KV, taip pat depresijos ir nerimo simptomai gali paveikti krūties vėžio ligos baigtį (Fradelos et al., 2017, p. 2546).

1.2.1. Informuotumo svarba, priešoperaciniu laikotarpiu

Informuoto asmens sutikimas yra svarbiausių šiuolaikinės medicinos etikos principų, įtvirtintas tarptautiniuose ir nacionaliniuose teisės aktuose bei etikos kodeksuose. Tai vienas geriausiai žinomų ir labiausiai diskutuojamų etikos principų tiek klinikinės praktikos, tiek biomedicininį tyrimų kontekste, nes jo įgyvendinimas vis dar kelia nemažai praktinių problemų (Čekanauskaitė, Gefenas, 2010, p. 45).

Vėžiu sergantys pacientai dažnai gauna informaciją ir priežiūrą iš daugybės skirtingų specialistų, įskaitant pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, ambulatorinės priežiūros centrus, ligonines, laboratorijas ir kitas sveikatos priežiūros įstaigas bei organizacijas (Shah et al., 2016, p. 756).

Pacientų informacijos poreikių tenkinimas yra pagrindinis gydytojo darbo aspektas, tačiau vėžiu sergančių pacientų informacijos poreikiai labai individualūs, priklauso nuo onkologinės ligos. Moksliniuose tyrimuose pastebėta, kad suteikus reikiamą informaciją, pacientai labiau įsitraukia į sprendimų priėmimą, yra didesnis pasitenkinimas gydymo pasirinkimu ir mažesnis nerimo lygis (Foley et al., 2016, 56). Gydytojas keičiantis informaciją su pacientu gali stebėti jo elgesį ir išvengti priešoperacinio nerimo ar depresijos (Piccolo et al., 2019, 1769). Neary et al (2010, p. 238) moksliniame tyrime, aprašė, kad pacientai, turintys prieigas prie tam tikrų internetinių svetainių, kur pateikta pati svarbiausia informacija, priešoperaciniu laikotarpiu mažiau linkę į nerimą ar depresiją, po operacijos.

Priešoperacinis mokymas, tai informacijos teikimas apie chirurgines procedūras, pooperacinių laikotarpį ir psichosocialinę paramą yra naudingas mažinant nerimą, buvimo ligoninėje trukmę, pooperacines psichologines ir fizines komplikacijas, sergančiųjų žinių tobulinimas, savirūpos valdymas ir pooperacinio sveikimo skatinimas. Įrodyta, kad mokymas pabrėžia individualius mokymosi poreikius, stiliaus ir pasirinkimo svarbą (Waller et al., 2015, p. 1541).

Mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad priešoperacinis mokymas pagerina savęs suvokimą, sumažina nerimo lygį. Kadangi buvo nustatyta, prieš tai įvardintas nerimas labai paplitęs tarp moterų, kurioms skiriamas kompleksinis KV gydymas, suteikus tinkamą informaciją nerimas sumažėjo, pooperaciniu laikotarpiu mažėja komplikacijų rizika (Ibrahim et al., 2018, p. 3). Shah et al (2016, p.

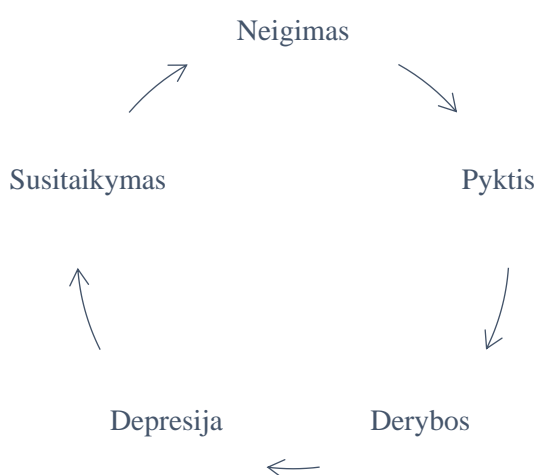
757) išskiria penkis pagrindinius komponentus, siekiant užtikrinti aukštos kokybės onkologinių ligonių priežiūrą ir informuotumo suteikimą:

- komunikavimas nukreiptas į pacientą ir jo šeimą;
- profesionalios onkologinių pacientų priežiūros komandos, integruotos su kitomis sveikatos priežiūros komandomis;
- mokymas sveikatos informacijos;
- iškilusių klausimų sprendimas su onkologine liga sergančiu pacientu;
- nemokama visiems pacientams.

Sveikatos priežiūros personalas, skatindamas pacientės įsitraukti į gydymą, suteikdami joms naujos reikalingos informacijos, įgūdžių savęs priežiūrai, sumažina nerimo, depresijos ir kitų psichologinių problemų riziką prieš ir po operacijos (Baima et al., 2017, p. 254).

1.2.2. Kübler-Ross modelis

Remiantis Zeligman ir Wood (2017, p. 21), literatūroje sielvartas ir netektis pradžioje buvo apibūdinami abstrakčiai, tačiau po kurio laiko, atliekant įvairius tyrimus, pereita prie suformuluotų užduočių ir etapų. Kübler-Ross sukurtas modelis tapo išskirtiniu ir populiariausiu netekties ir sielvarto sampratos modeliu, tinkamu psichinės sveikatos specialistams ir pasauliečiams (Corr 2019, p. 15). Šis modelis dar vadinamas Kübler-Ross modeliu, tai pirmasis krizinių įvykių modelis, kuris sudarytas iš etapų, kurie parodyti 1 paveiksle (Bachura et al., 2017, p. 3). Modelis gali būti pritaikytas žmonėms, kurie sielvartauja dėl mylimo žmogaus, dėl netekties ar susidūrę su onkologine, ar kita liga (Boer et al., 2014, p. 565).



1 pav. Kübler-Ross sielvarto etapai (Bachura et al., 2017)

Autorė išskyrė penkis sielvarto etapus: *neigimas, pyktis, derybos, depresija ir susitaikymas* (angl. DABDA) (Ober et al., 2011, p. 153, Powell et al., 2020, p. 83).

I etapas – *neigimas* (angl. denial), iš pradžių gali pasireikšti kaip šokas ar neryžtingumas. Įprasta manyti, kad klaidinga prognozė padaryta dėl netikslių rezultatų, nemėginant teisingo gydymo arba trūkstant žinių (Lazzarin et al., 2018, p. 1714).

II etapas – *pyktis* (angl. anger), tampama nusivylusiais ir piktais. Paprastai agresija nukreipiama į draugus, šeimą ir gydytojus (Friedrichsdorf et Bruera 2018, p. 4).

III etapas – *derybos* (angl. bargaining), pradedama derėtis su aukštesne religijos jėga, prašoma išgyti ar pratęsti gyvenimą mainais, už gyvenimo būdo pakeitimą (Berbis-Morello et al., 2019, p. 2794).

IV etapas – *depresija* (angl. depression), neviltis dažna reakcija. Pasireiškia įprastais simptomais: liūdesys, nuovargis, savęs žalojimas, savęs gailėjimasis ar socialinis vengimas (Thurn et al., 2019, p. 77).

V etapas – *susitaikymas* (angl. acceptance), dėmesys sutelkiamas į džiaugsmingus prisiminimus, artimuosius. Įmanomas pradėjimas ruoštis mirčiai, planavimas laidotuvių, įsitikinimai, kad artimuosius po mirties prižiūrės emociškai (Bregman 2019, p. 7).

Sielvartas, kaip ir netektis yra vienas iš gyvenimo etapų, emocinė reakcija į praradimą. Emociniai, psichologiniai ir kūno aspektai susideda iš skausmingų padarinių, tokių kaip: liūdesys, pyktis, bejėgiškumas, kaltė, neviltis (Salah et al., 2019, p. 448). Matthews et al (2019) teigia, kad pacientės ir šeimos nariai, sužinoję apie vėžį patiria tris etapus: pasiruošimą, išsiskyrimą bei prisitaikymą. Praeina nemažas laiko tarpas, kuomet įvyksta prisitaikymas.

1.2.3. Nerimo ir depresijos simptomų raiška

Jauname amžiuje diagnozavus KV, moterys yra labai pažeidžiamos, patiriami unikalūs psichoemociniai stresoriai, kurie kaip ir diagnozė apriboja jų gyvenimą (Park et al., 2018, p. 254). Įskaitant vaidmenų ir atsakomybės sutrikimus, dažna pradeda galvoti apie ateities ir gyvenimo būdo praradimą bei ankstyvą mirtį. Egzistenciniai ir psichologiniai rūpesčiai, kančios šaltiniai, kurie paspartina depresijos ir nerimo paplitimą, tarp jaunų moterų sergančių KV (Zebrack et al., 2014, p. 1269). Remiantis Jehn et al (2012, p. 793) tyrimo rezultatais, psichoemociškai labiau yra paveikiamos jaunesnio amžiaus moterys nei vyresnio.

Nerimas apibrėžiamas, kaip trumpalaikis emocinis aktyvumas, atsižvelgiant į momentines asmens patirtas emocijas. Labiausiai dėmesys skiriamas sąmoningai suvokiamai įtampai ir nuogąstavimo jausmams, kurie tarpusavyje gali skirtis. Paprastai reaguojama į kasdienes stresines situacijas, kurios suvokiamos kaip grėsmingos, o patirto nerimo bruožas yra stabilus, skirtingas kiekvienam asmeniui (da Silva et al., 2017, p. 2).

Krūties vėžiu sergančioms moterims stiprioji pusė, padedanti įveikti ir atsigausti po ligos sukeltų problemų ir iššūkių, yra susijusi su daugybe kintamųjų, kuriuos galima įvertinti atsižvelgiant į pacientės ypatybes, ligos stadiją ir gydymą bei aplinką (Karakoyun-Celik et al., 2010, p. 110).

Onkologinė liga ir gretutine depresiją sergantys pacientai turi didesnę nerimą, skausmą, nuovargį ir funkcionavimą nei kiti vėžiu sergantys pacientai. Tokiems pacientams kyla minčių apie savižudybę (Walker et al., 2014, p. 348).

Daugelis moterų mėnesiais ar metais po krūties vėžio diagnozės patiria nuovargį, depresiją ir nerimą, šie simptomai yra susiję su didesne negalia ir prastesne gyvenimo kokybe (Rogers et al., 2017, p. 1904). Depresiniai, distiminiai, prisitaikymo su depresine nuotaiką ir mišrūs depresiniai ir nerimastiniai sutrikimai gali apimti pagrindinę depresijos ligą. Be depresijos vyrauja ir kiti psichiniai, nerimo, įskaitant bendro pobūdžio nervų, potrauminio streso sindromą ir prisitaikymo su nerimo emocijomis sutrikimai (Fiorentino et al., 2011, p. 169).

Depresiniams sutrikimams būdinga - liūdesys, susidomėjimo ar malonumo praradimas, kaltės jausmas, maža savivertė, sutrikęs miegas, apetitas, nuovargio jausmas ir bloga koncentracija. Depresija gali būti ilgalaikė ar pasikartojanti. Pati sunkiausia depresija gali sukelti savižudybę (WHO, 2017, p. 5). Depresijos paplitimas yra didelis per pirmuosius metus po krūties vėžio diagnozės nustatymo (Maass et al. 2015, p. 103).

Pasak Beatty ir Kissane (2017, p. 56), Reich et al (2008, p. 14) KV sergančių moterų nerimo ir depresijos rizikos veiksniai yra šie:

- anksčiau buvę nerimo ar depresijos sutrikimai;
- jaunesnis amžius diagnozuojant KV;
- socialinės problemos;
- sunkūs somatiniai simptomai;
- aktyviai gydomas KV;
- specifiniais vaistais gydomas krūties vėžys;
- mirties baimė;
- KV remisija;
- kūno įvaizdžio pokyčiai;
- moteriškumo, seksualumo ir patrauklumo pakitimai.

Depresijos ir nerimo gydymas, psichologinėmis intervencijomis, parodė teigiamą poveikį sergant KV, tokios kaip kognityvinė elgesio terapija, palaikomoji-ekspresyvioji grupinė terapija ir joga, tuo tarpu klasikinė farmakoterapija, tokia kaip antidepresantai, turėtų būti skirta tikros depresijos atvejams (Pinto, de Azambuja, 2011 p. 344).

Diagnozavus krūties vėžį, dažniausiai kartu diagnozuojama depresija ir nerimas, gyvybiškai svarbu veiksmingai nustatyti tas moteris, kurioms gresia psichologiniai pakitimai (Car et al., 2012, p. 691, Moussas et al, 2012, p. 55). Be to, psichologiniai pakitimai (depresijos ir nerimo simptomai) buvo siejami su prastesne fizine funkcija (Faller et al., 2017, p. 1678) ir didele mirtingumo rizika

(Batty et al., 2017, p. 5). Depresija ir nerimas yra susiję su didesne simptomų raiška ir blogesniu fiziniu funkcionavimu (Inhestern et al., 2017, p. 4).

Psichotrauminiai veiksniai yra vėžio ligos pasekmės, kurių gydymas yra labai sudėtingas. Psichoemocinę būklę taip pat įtakoja chirurginės intervencijos, radiacija ir chemoterapija, kurios yra glaudžiai susijusios su somatiniu diskomfortu. Siekiant geriau prisitaikyti prie nelaimės situacijos ir pagerinti pacientų, sergančių KV būtina naudoti psichologinę korekciją prieš ir po chirurginių intervencijų (Chua et al., 2015, p. 34).

1.2.4. Moterų psichoemocinės būklės sutrikimai, ruošiantis operacijai

Priešoperacinis laikotarpis – laikas, nuo atvykimo į ligoninę iki operacijos. Šis laikotarpis skiriamas visapusiškam pacientės ištyrimui ir paruošimui operacijai. Priešoperacinis laikotarpis priklauso nuo moters sveikatos būklės, diagnostinių tyrimų gausos. Šiuo metu, skiriama daug dėmesio pacienčių psichoemociinei būklei, priešoperaciniu laikotarpiu. Mokliškai yra įrodyta, kad ruošiantis operacijai, patiriamas stiprus stresas (Hagen et al., 2014, p. 117, Park et al., 2018, p. 254).

Onkologinių ligų pobūdis ir skausmingos chirurginės intervencijos, sukelia pacientams priešoperacinių psichologinių problemų. Moterims išgirdus diagnozę krūties vėžys, asocijuojasi su kūno pokyčiais, seksualumo ir moteriškumo praradimu, ilgu ir sudėtingu gydymu, tikėdamos pasveikti nuo nepageidaujamos ligos, kuri sukelia stresą, nerimą ir depresiją (Park et al., 2018, p. 255). Kūno pokyčių stresas reiškia subjektyvų psichologinį stresą, kuris lydi neigiamus ir varginančius jausmus, emocijas, mintis ir elgesį, kilusį ir susijusį su krūties vėžiu ir (arba) krūties chirurgija (Beatty ir Kissane 2017, p. 58). Kiti streso veiksniai yra specifinės baimės - dažnai baiminasi bendrosios anestezijos, numatomo skausmo, negalėjimo pabusti po operacijos ir patiria bendrą pooperacinį diskomfortą (Pote et al., 2016, p. 4).

Sergant KV, chirurginių intervencijų metu, susiduriama su fizinėmis ir emocinėmis reakcijomis į ligą ir jos gydymą (Ho et al., 2013, p. 879). Dažniausios priešoperacinės emocinės reakcijos: netikrumas (Hagen et al., 2014, p. 115), nerimas ir depresija (Ho et al., 2013, p. 880, Lewis et al., 2015, p. 36), pasikartojimo baimė (Kvale et al., 2015, p. 33). Šios psichoemocinės reakcijos dažnai būna sunkios ir išlieka po gydymo (Saboonchi et al., 2014, p. 601). Pasak, Drageset et al., (2016, p. 209), kad neigiamų emocijų slopinimas ir nepakankama kontrolė prieš KV operacijas, padidina riziką susirgti depresiją ir kitomis psichologinėmis ligomis. Psichoemocijos neatsiejama proceso dalis, reikalaujanti reaguoti į naujus pokyčius ir nuolat vertinti situaciją.

Krūties vėžys gali pakeisti moterų spėjimą pasaulėžiūrą ir sukelti teigiamas ar neigiamas patirtis. Moksliniuose šaltiniuose minima, kad susirgus krūties vėžiu yra patiriamos vien neigiamos psichologinės problemos, tai parodant sergančios moterys patiria psichologines problemas, pozityvumo praradimą ir kt. Depresija, distresas bei nerimas yra tipiškos reakcijos po diagnozuotos ligos, gydymo metu bei ruošiantis operacijai. Prieš pat operacija nerimo lygis padidėja, tačiau po

operacijos nepriimant esamų pokyčių, gali moterys palūžti ir susirgti depresiją, kuriai išgydyti, prireikia labai daug laiko (Rogers et al., 2017, p. 1903).

Laikotarpis iki operacijos moterims sunkus ir įtemptas. Stresas paprastai apibūdinamas kaip somatinės nervų sistemos reakciją į neigiamą stimulą. Nemalonios situacijos sukelia nerimą ir paveikia psichiką bei elgesį (Fiorentino et al., 2011, p. 168). Prieš diagnozę patiriamas distresas dėl nežinomybės, skausmo, įtariamo piktybinio naviko. Gydomo laikotarpiu kyla nemalonios emocijos dėl gydymo pasekmių, su gydymu susijusių šalutinių reiškinių ir ekonominių problemų. Po gydymo lieka susirūpinimas dėl ligos pasikartojimo, sumažėjęs fizinis pajėgumas ir ilgalaikės komplikacijos (Berbis-Morello et al., 2019, p. 2793).

Nepaisant daugybės įrodymų, KV sergančios moterys retai turi galimybę tiesiogiai ir spontaniškai išsakyti savo emocinius rūpesčius. Emociniai išsireiškimai būna įterpti į medicininio pobūdžio informacijos dialogą ir išryškėja rečiau. Onkologai yra labiau pasirengę suprasti medicininę informaciją, o ne emocijų išraiškas (Piccolo et al., 2019, p. 1768).

Psichologiniai sutrikimai paveikia gydymą, jo eigą bei didiną komplikacijų atsiradimą. Moterų psichikos sutrikimų rizika ir modelių nustatymas, tinkamos klinikinės pagalbos teikimas galėtų pagerinti psichoemocinę būklę, esant dideliui distresui, nerimui (Rogers et al., 2017, p. 1906). Psichologiniai sutrikimai vertinami, kaip nepatologiniai įvykiai, jie sutampa atliekant onkologinius tyrimus ir pritaikant atitinkamą gydymą. Atliekant išsamesnius tyrimus apie psichinę būklę, būtina išsiaiškinti ar didelis distresas ir nerimas sukeltas onkologijos ar pripažinta liga (Saboonchi et al., 2014, p. 603).

Vėžiu sergantys pacientai susiduria su įvairiausiais ir nepakeliamais iššūkiais dėl daugybės veiksnių, įskaitant gyvybei pavojingą ligos pobūdį, chirurgijos poveikį kūno išvaizdžiai, papildomu nechirurginiu gydymu (chemoterapija, radioterapija) (Waller et al., 2015, p. 1540).

1.2.5. Kūno išvaizdžio pokyčių įtaką psichoemociinei būklei

Savęs samprata yra dinamiška sistema, kuri sujungia asmens įsitikinimus, vertybes, malonumą, talentus ir sugebėjimus. Šie veiksniai yra lemiantys asmens sveikatos gyvenimo kelią. Savęs samprata yra bendras savęs vertinimas. Šis vertinimas yra dėl subjektyvaus asmens savybių vertinimo, kuris gali būti teigiamas ar neigiamas (Asadi et al., 2016, p. 34).

Prisitaikymas prie kūno pokyčių yra sudėtingas iššūkis tiek fiziškai, tiek emociškai. Psichosocialiniai, ekonominiai ir kiti veiksniai susiję su onkologijos gydymo procesu, išvaizdos ir seksualinės funkcijos pokyčių, daro įtaką KV moterų kūno išvaizdai. Be įvairių komplikacijų po KV operacijų, dėl kūno ir psichikos pokyčių gali kilti daugybė psichologinių problemų, tokių kaip nerimas, liūdesys, baimė, pyktis, sumažėjęs pasitikėjimas savimi, dėl kūno vaizdo pokyčių (Chua et al., 2015, p. 35).

Įvairūs kūno pokyčiai tokie kaip: randai, svorio padidėjimas ar sumažėjimas, žaizdos, plaukų slinkimas, nudegimai, raumenų skausmai, limfedema, raumenų jėga, deformacija ir odos pokyčiai bei seksualinis patrauklumas, gali sukelti nepasitenkinimą kūno įvaizdžiu (Gomez-Cambelo et al., 2015, p. 475). Destruktyviausias psichologinis KV poveikis yra kūno įvaizdžio patikimai. Kūno įvaizdis yra apibrėžiamas, kaip asmenų požiūris ir suvokimas į savo išvaizdą, įsitikinimus kitų kūnų atžvilgiu (Miller et al., 2014, p. 365).

Visuomenė krūtį vertina, kaip moteriškumo, žavesio ir seksualumo simbolį, todėl bet kokia žala krūčiai sukelia psichologinių problemų ir pakenkia visam gyvenimui. Švietimo intervencijos, lankstinukai, internetinė švietimo pagalba, pažinimas savęs kitokios, socialinė ir psichologinė pagalba, padeda pagerinti moterų psichoemocinę būklę bei psichinę sveikatą (Morone et al., 2014, p. 2). Kelių tyrimų metu buvo išaiškinti veiksniai, kurie turi įtakos KV sergančių moterų kūno įvaizdžiui (Chua et al., 2015, p. 36, Gomez-Cambelo et al., 2015, p. 476, Beatty ir Kissane 2017, p. 59). Psichologiniai veiksniai, kurie turi įtakos kūno įvaizdžiui apėmė asmeninius ir tarpasmeninius veiksnius. Asmeniniai psichologiniai veiksniai sergant KV:

- psichinė sveikata;
- nuovargis;
- nerimas;
- distresas;
- žemas pasitikėjimas savimi ir savigarba;
- susirūpinimas dėl svorio sumažėjimo ar padidėjimo;
- ligos pasikartojimo baimė;
- depresija;
- gėdos jausmas, parodant nuogą kūną.

Tarpasmeniniai veiksniai, tai santykiai su sutuoktiniu. Moterų partnerių nesupratingumas, gali paveikti dvišaliams santykiams ir priversti moteris vengti seksualinių santykių (Fang et al., 2015, p. 2554).

Moterys, kurios turi baimę dėl pakitusios kūno išvaizdos ar tam tikros vietos deformacijos yra labiau linkusios patirti psichoemocines ir fizines problemas nei tos moterys, kurios tam neturi baimės. Todėl jų šeima, draugai, sutuoktiniai, bendradarbiai ir sveikatos priežiūros specialistai, turėtų žinoti apie psichologinius pokyčius, kurie įvyksta atsirandant kūno įvaizdžio pasikeitimui (Chang et al., 2014, p. 8611).

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Tyrimo „Moterų, sergančių krūties vėžiu, psichoemocinė būklė susijusi su chirurgine intervencija“ atlikimui suformuluotas tikslas, kuriuo siekiama išanalizuoti, moterų sergančių krūties vėžiu, psichoemocinę būklę susijusią su chirurgine intervencija. Tyrimo tikslui pasiekti taikoma mokslinės literatūros analizė bei kiekybinis tyrimo metodas, naudojant anoniminę anketinę apklausą raštu. Kiekybinis tyrimas atliktas išdalinant anketas su uždaro tipo klausimais moterims, kurios laukė chirurginio gydymo. Tyrimo atlikimui parinkta netikimybinė tikslinė imtis.

Tyrimas vyko Kauno ir Klaipėdos miestų sveikatos priežiūros įstaigose. Atlikti tyrimui pasirinktos sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose atliekamas chirurginis gydymas, sergant krūties vėžiu. Į šias sveikatos priežiūros įstaigų administracijas buvo kreipiamasi raštu gavus KU Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos leidimą tyrimui.

Tyrimo instrumentas – anketa sudaryta iš 7 sociodemografinių klausimų, kurie sudaryti tyrimo autorės ir 2-jų standartizuotų klausimynų, sukurtų užsienio autorių. Iš National Comprehensive Cancer Network, buvo gautas leidimas (2 priedas) naudotis *NVVT Distreso termometras ir problemų sąrašas pacientams (angl. NCCN Distress Thermometer and Problem List)* nekomerciniams tikslams. Taip pat gautas leidimas (3 priedas) iš Wiley Global Permissions, naudotis *Hamiltono nerimo vertinimo skalė (HAM-A) (angl. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A))* autorinės teisės priklauso M. Hamilton.

Kiekybiniai tyrimo duomenys susisteminti ir analizuoti taikant „SPSS/w 24.0“ programą bei atvaizduoti grafiškai naudojant MS Excel 365 kompiuterinę programą.

Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas. Tyrimo teoriniam pagrindimui parinktos dvi teorijos: *Lazarus Streso įveikos ir adaptacijos teorija* ir *Kolcaba komforto teorija*.

Remiantis D. Pukinskiene (2011 p. 110-113) *Lazarus Streso įveikos ir adaptacijos teorija* yra nagrinėjama psichofiziologinių tyrimų, kognityvinės psichologijos ir psichoanalitinės teorijos kontekste.

Teorijos autorius, stresą supranta kaip procesą, kurį galima apibūdinti kaip asmens ir aplinkos ryšį, kuris paties asmens suvokiamas kaip viršijantis turimus išteklius, galimybes ir keliantis grėsmę gerovei. Žmogaus ir aplinkos tarpusavio sąveikos ryšys nėra statiškas, jis yra dinamiškas. Svarbiausi tarpininkai tarp stresą lemiančio asmens ir aplinkos ryšio ir streso padarinių yra kognityvinis įvertinimas bei streso įveikos (Pukinskienė, 2011 p. 110-113).

Kaip teigia, teorijos autorius, streso įveika kinta laike priklausomai nuo situacijos reikalavimų ir patyrimo, didelę įtaką jai gali daryti socialinė aplinka, asmenybės bei situaciniai veiksniai. Įveikos būdai gali būti nukreipti į problemą ir emocijas, pasirinkimas priklauso nuo situacijos, tačiau bet kuri įveika turi atlikti abi funkcijas. Į problemos sprendimą orientuota strategija veiksmingesnė streso

įveikoje susijusio su darbo problemomis, o emocinis reguliavimas – sveikatos srityje (Pukinskienė, 2011 p. 110-113).

Kolcaba komforto teorija pardėtas rašyti dar jos studijų metais, o paskelbta 1994 m. pasak D. Pukinskienės (2011 p. 89-90) teorija yra priskiriama vidutinio lygio vidutinėms teorijoms. Pagrindiniai teorijos konceptai yra: komfortas, komforto priežiūra, komforto matas, komforto poreikiai, siekiantis sveikatos elgesys, intervencijų reguliavimas.

Komforto teorija atspindi, holistinę požiūrį į žmogų, pagrindinių žmogaus poreikių patenkinimą, siekiant palengvinti, sumažinti kylantį stresą, susijusį su asmens sveikata. Kliento poreikiai atsiranda dėl stimulų poveikio, kuris gali būti negatyvios įtampos priežastimi. Negatyvią įtampą pakeisti pozityvia galima suteikiant asmeniui komfortą (Pukinskienė, 2011 p. 89-90).

K. I. Kolcaba teigia, kad jei komfortas yra pasiektas, tai sustiprina paciento, šeimos narių ir slaugytojų pastangas elgtis taip, kad komfortas ir toliau išliktų. Teorijos autorė mano, kad pacientai stresinėse sveikatos priežiūros situacijose turi komforto poreikių, kuriuos nustato slaugytojas ir parenka atitinkamas slaugos intervencijas (fizinės, psichologinės–dvasinės, socialinės ir aplinką veikiančias). Komforto siekiantys rezultatai turi būti pamatuojami, holistiniai, pozityvūs (Pukinskienė, 2011 p. 89-90).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristika

Tyrimas buvo atliktas Kauno ir Klaipėdos miestų sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose atliekamas chirurginis gydymas, sergant krūties vėžiu. 2020 m. kovo 31 d. gavus KU SVMF Slaugos katedros Etikos komisijos leidimą raštu buvo kreiptasis į įstaigų administracijas su prašymu atlikti tyrimą. Gavus sveikatos priežiūros įstaigų leidimus, tyrimas vykdytas šešis mėnesius (2020 metų gegužės 3 d. – lapkričio 3 d.).

Tyrimo atlikimui pasirinkta netikimybinė tikslinė imtis. Higienos instituto duomenimis (2019) teigiama, kad per 2018 m. užfiksuotą 13515 krūties vėžio susirgimų atvejų visoje Lietuvoje. Taip pat nurodo, kad 2019 m. Kauno mieste – 465, o Klaipėdoje atliktos 481 ekscizijos. Pasirinktos Kauno ir Klaipėdos miestų sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose stacionarizuojamos moterys, kurios laukė krūties operacijos, dėl vėžio. Per tyrimo laikotarpį apklaustos visos moterys, kurios atitiko atrankos kriterijus.

Siekiant imties reprezentatyvumo buvo atliekama matematinė analizė. Remiantis higienos instituto duomenimis, tyrime dalyvavusių Kauno ir Klaipėdos miestų sveikatos priežiūros įstaigų, per 2019 metus stacionarizuota 946 moterų, kurioms atlikta operacija, dėl krūties naviko, per šešis mėnesius – 473 moterys. Imčiai apskaičiuoti naudojama Paniotto formulė (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 31):

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

Apskaičiavus pagal I. Paniotto formulę nustatyta, kad tyrime reikia apklausti ne mažiau 212 respondenčių (n=212).

Respondentų atrankai buvo taikomi šie kriterijai:

1. Pacientės pilnametės.
2. Pacientės laisvanoriškai žodžiu sutinka dalyvauti tyrime.
3. Moterys sergančios krūties vėžiu.
4. Pacientės laukiančios skirtingo chirurginio gydymo.
5. Pacientės suprantančios lietuvių kalbą.

Anketas tyrime dalyvavusioms respondentėms dalino skyriaus slaugytojos, kurioms buvo instruktuos ir dirbo su moterimis, sergančiomis krūties vėžiu. Prieš tyrimą respondentės buvo supažindintos su tyrimo eiga, tikslu, naudojamu instrumentu, užtikrinamas anonimiškumas ir konfidencialumas. Tyrime dalyvavo moterys, kurios išreiškė žodinį sutikimą dalyvauti tyrime. Užpildytos anketos buvo įdedamos į voką ir perduotos vyr. slaugos administratoriui.

Tyrimo metu planuota išdalinti apie 250 anketų.

Silpnybės. Paskelbus Lietuvoje ekstremalią situaciją, dėl Covid-19 infekcijos, sumažėjo planinių operacijų, krūties vėžio taip pat nėra išimtis. Viso tyrimo laikotarpiu nepavyko išpildyti užsibrėžtų tikslų ir surinkti reikiamo respondenčių skaičiaus, kuris buvo planuotas.

Tyrimo metu iš viso išdalinta 180 anketų, sugražintos 164 anketos. Statistinei analizei tinkamos 154 anketos (atsako dažnis 85 proc.). 8 anketos buvo nepilnai užpildytos, 2 anketos sugadintos.

Tiriamąjį kontingentą sudarė 154 moterys, sergančios krūties vėžiu, nuo 34 iki 89 metų, amžiaus vidurkis $61,4 \pm 12,82$ metų (žr. 2 lentelė).

Pagal išsilavinimą penktadalis 20,1 proc. respondenčių turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, 16,9 proc. aukštesnįjį neuniversitetinį, o 34,4 proc. profesinį išsilavinimą. Taip pat 21,4 proc. buvo baigę vidurinę mokyklą ir 7,2 proc. pagrindinę mokyklą (žr. 2 lentelė).

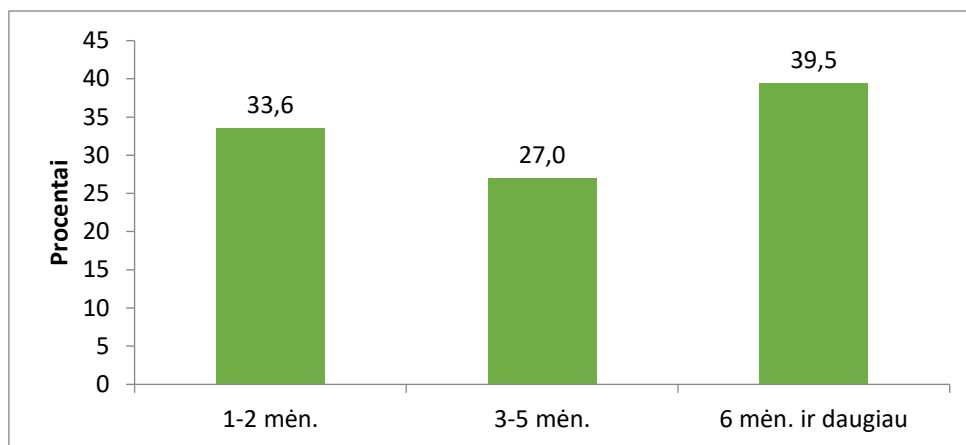
Nustatyta, kad tyrime dalyvavusios moterys 34,1 proc. krūties vėžio diagnozę išgirdo prieš 1-2 mėnesius, 26,4 proc. serga jau 3-5 mėnesius ir 39,5 proc. diagnozę yra sužinojusios jau ilgiau nei prieš pusmetį (o kai kurios serga jau daugelį metų) (žr. 2 lentelė).

Bendras nustatyta krūties vėžio laikas nuo diagnozės buvo $15,26 \pm 39,82$ mėn. Trumpiausias – iki 1 mėn.; ilgiausias – 28 metai (žr. 2 pav.).

2 lentelė. Pacienčių demografinės charakteristikos (N=154)

Demografiniai veiksniai		Abs. skaičius (n)	Proc.
Amžius (metai)		61,4±12,82	
Išsilavinimas	Pagrindinis	11	7,2
	Vidurinis	33	21,4

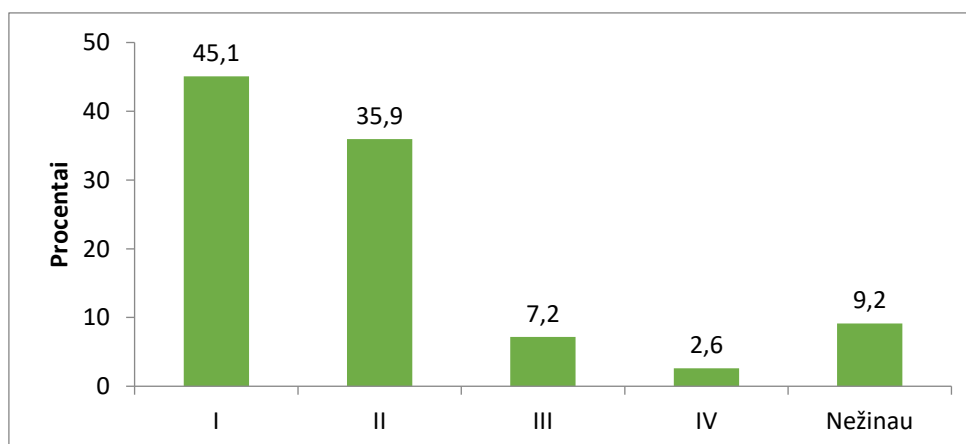
Demografiniai veiksniai		Abs. skaičius (n)	Proc.
Išsilavinimas	Profesinis	53	34,4
	Aukštesnysis neuniversitetinis	26	16,9
	Aukštasis universitetinis	31	20,1
Krūties vėžio laikas nuo diagnozės (mėn.)	1-2 mėn.	53	34,1
	3-5 mėn.	41	26,4
	>6 mėn.	60	39,5



2 pav. Pacienčių pasiskirstymas pagal laiką nuo krūties vėžio diagnozės, procentais

Daugumai respondenčių, nustatytas I stadijos krūties vėžys (45,1 proc.) ir daugiau kaip trečdaliui 35,9 proc. nustatyta II stadija. Taip pat 7,2 proc. nustatyta III ir 2,6 proc. IV krūties vėžio stadija. Kai kurios moterys nurodė, kad tiesiog nežino, kokia jų vėžio stadija (9,2 proc.) (žr. 3 pav.).

Tyrimo gauti duomenys parodė, kad tik 41,8 proc. moterų, buvo taikytas sisteminis priešoperacinis krūties vėžio gydymas.



3 pav. Pacienčių pasiskirstymas pagal krūties vėžio stadiją, procentais

2.1.2. Tyrimo metodai

1. Mokslinės literatūros analizė. Analizuojama darbo tema, buvo nagrinėti kitų mokslininkų atlikti tyrimai, kurie buvo kaip pagrindas lyginant šiame tyrime gautus rezultatus, informacija ieškota šiose tarptautinėse duomenų bazėse: *PubMed, Science Direct, Medline, Health Source, Nursing Academic Edition, EBSCOhost ir taip pat įvairiuose Lietuvos moksliniuose bei užsienio žurnaluose: Sveikatos mokslai, SAGE Journals Online ir kt., knygose bei disertacijose ir kt.* Teorinės dalies analizei buvo naudojami visateksčiai straipsniai lietuvių ir anglų kalbomis. Literatūra ieškota atsižvelgiant į darbo temą ir uždavinius. Raktiniai žodžiai bei jų kombinacijos, kurie padėjo atlikti mokslinės literatūros paiešką: *preoperative period, breast cancer, psycho-emotional state of women, preliminary preparation for surgery, informuotumas, operative treatment, krūties vėžys, psichoemocijos, sisteminis gydymas, operacija, įtaka psichoemociinei būklei ir kt.*

2. Kiekybinis tyrimas. Norint atskleisti moterų, sergančių krūties vėžiu, psichoemocinę būklę chirurginio gydymo metu pasirinktas kiekybinio tyrimo metodas. Kiekybinis tyrimas, tai struktūrizuotas, besiremiantis mokslinės problemos hipoteze tyrimas, kuriame taikant matematinius statistinės analizės metodus tyrimo duomenims apdoroti bei nagrinėjamam reiškiniui aprašyti. Kokybinio tyrimo metodai, reiškinius matuoja skaičiais (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 45).

3. Statistinės analizės metodai. Tyrimo duomenų statistiniai analizei atlikti buvo naudojama SPSS (angl. *Statistical Package for Social Science*) programos 24.0 versija. Diagramoms atvaizduoti buvo naudojama *MS Excel 2010*. Prieš atliekant detalę statistinę analizę duomenys buvo pakartotinai patikrinti dėl mechaniškai padarytų klaidų. Kintamųjų normalumui tikrinti buvo naudojamas Kolmogorovo – Smirnovo testas. Testai parodė, kad normalumo prielaida kintamiesiems netenkinama, todėl darbe buvo naudojami neparametriniai testai. Naudoti šie duomenų analizės būdai:

- *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 ($m \pm SD$).

- *Lyginimai tarp populiacijos grupių (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, χ^2 testas).* Metodas naudotas ieškant skirtumų tarp dviejų populiacijos grupių (Mann-Whitney testai) ar tarp trijų grupių (Kruskal-Wallis). Taip pat kitas metodas naudotas ieškant nominalių kintamųjų pasiskirstymo skirtumams tarp populiacijos grupių (χ^2 testas).

- *Statistinių ryšių nustatymo testai (Spearman).* Šie testai naudoti norint patikrinti hipotezes, kuriose teigiama, jog yra statistinis ryšys tarp kintamųjų. Spearman koreliacija buvo naudota

nustatyti ryšį tarp distreso ir nerimo skalių vertinimų ir su kitais veiksniais. Statistiškai patikima laikoma, kai $p < 0,05$. Ryšio stiprumo interpretavimui buvo naudojama pasitelkus 3 lentelės įverčius (Janilionis, 2015).

3 lentelė. Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė (Janilionis, 2015)

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

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Siekiant išanalizuoti moterų, sergančių krūties vėžiu, psichoemocinę būklę susijusia su chirurgine intervencija, taikytas anketinės apklausas metodas. Anketa prasideda nuo preambulės.

Anketos teiginiai išdėstyti remiantis iškeltais tyrimo uždaviniais, kurie padeda respondentėms atskleisti savo esamą psichoemocinę būklę. Anketos naudojimui gauti autorių leidimai, todėl šiame magistro baigiamajame darbe autorinės teisės yra apsaugotos.

Anketoje iš viso yra 59 uždaro tipo klausimai ir 2 (1 ir 3 kl.) atviro pobūdžio. Visiems punktams (išskyrus 1 ir 3 kl.) pateikti uždaro tipo atsakymo variantai, todėl kiekviena respondentė gali pasirinkti jai priimtinausią atsakymo variantą. Tyrimui atlikti sudaryta anketa (4 priedas):

- Sociodemografiniai tyrimo klausimai. Punktai išdėstyti nuo 1 iki 7 išsiaiškinti moterų: amžių, išsilavinimą, prieš kiek laiko sužinojo, kad serga krūties vėžiu, kelinta stadija, ar buvo taikytas priešoperacinis sisteminis gydymas, kokios operacijos laukia ir ar buvo konsultuotos onkopsichologo.
- NVVT Distreso termometras ir problemų sąrašas pacientams (angl. NCCN Distress Thermometer and Problem List). Autorinės teisės priklauso National Comprehensive Cancer Network (2018). Gavus leidimą (2 priedas) naudoti, klausimynas buvo išverstas dvigubu vertimu ir pritaikytas naudoti lietuvių kalba. Klausimyną sudaro distreso termometras, kuriame reikia pažymėti skalėje nuo 0 iki 10, kiek distreso patirta praėjusią savaitę, įskaitant ir šiandien. 0 „nėra distreso“, 10 „itin didelis distresas“. Taip pat yra išdėstytas problemų sąrašas, kuris yra suskirstytas į 5 grupes. Respondentų prašoma, nurodyti ar kas nors iš išvardytų, kėlė problemas pastarąją savaitę, įskaitant ir šią dieną, pažymėti reikia taip arba ne, prie kiekvienos išvardintos problemos. Klausimyne yra atskira grafa, kurioje respondentas gali parašyti, kokios problemos buvo iškilusios.
- Hamiltono nerimo vertinimo skalė (HAM-A) (angl. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)). Ši skalė sukurta M. Hamilton (1959), HAM-A buvo viena iš pirmųjų vertinimo skalių, sukurtų nerimo simptomų sunkumui įvertinti. Vis dar plačiai naudojama tiek klinikinėje, tiek tyrimų aplinkoje (Br J Med Psychol 1959; 35:50-55). Naudoti klausimyną, leidimas buvo gautas iš Wiley

Global Permissions (3 priedas), sulaukus atsakymo dėl leidimo naudotis, skalė buvo išversta dvigubu vertimu ir pritaikyta naudoti lietuvių kalba. Joje yra pateikta 14 punktų, su 5 galimais atsakymo variantais iš kurių reikia pasirinkti tinkamiausią atsakymą. Kiekvienas punktas vertinamas skalėje nuo 0 tašk. (nėra) iki 4 tašk. (labai stiprūs). Bendras balų intervalas yra nuo 0 iki 56, <17 rodo nedidelį sunkumą, 18-24 lengvą ar vidutinį sunkumą, o 25-30 vidutinį – didelį sunkumą.

Klausimyno patikimumas. Siekiant nustatyti skalių vidinį patikimumą (validumą) buvo paskaičiuotos Cronbacho alfos. Skalės patikimumas laikomas kaip priimtinas kuomet nustatyta alfa reikšmė yra lygi arba didesnė nei 0,7.

Siekiant patikrinti klausimyno metodikų patikimumą, buvo apskaičiuoti jų vidinio suderinamumo rodikliai (Cronbacho α) (žr. 4 lentelė). Abiejų klausimynų patikimumai panašūs - Distreso termometro – 0,857, o HAM-A klausimyno – 0,920.

4 lentelė. Klausimynų vidinis suderinamumas

Skalė	Teiginių kiekis	Cronbacho alfa koficientas
Distreso termometras	39	0,857
HAM-A	14	0,920

Tyrimo rezultatai parodė, kad bendras subskalių vidinis patikimumas yra aukštas –Kronbacho alfa koeficientas didesnis už 0,8 (0,888). Tai rodo, kad pasirinktų autorių sudaryti klausimynai yra tinkami analizuojant moterų psichoemocinę būklę, susijusią su chirurginėmis intervencijomis.

Abu klausimynai buvo versti iš anglų kalbos, tam buvo naudojama vertimo – atgalinio vertimo metodas. Vertimą iš anglų kalbos į lietuvių kalbą atliko profesionalus vertėjas, o atgalinį vertimą iš lietuvių į anglų kalbą, taip pat kitas profesionalus vertėjas. Vertimo tikslas buvo, sukurti klausimą, kuris atitinka kiekvieno punkto reikšmę, lietuvių kalba ir moterys galėtų suprasti.

2.1.4. Tyrimo eiga/procesas

Tyrimas buvo atliekamas aštuoniais etapais pagal tokią tyrimo eigos schemą (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 64):

1. Temos pasirinkimas – 2019 09 / 2019 10. Mokslinio darbo tema: „Moterų sergančių krūties vėžiu, psichoemocinė būklė susijusi su chirurgine intervencija“, aptarta ir pasirinkta su mokslinio darbo vadovu. Išanalizavus svarbiausius temos aspektus, nuspręsta, kad ši tema tinkama magistrinio darbo tyrimui atlikti.

2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas – 2019 10 / 2020 11. Mokslinės literatūros analizės metu buvo nagrinėjami ir palyginami kitų autorių tyrimai. Naudojamos tarptautinės duomenų bazės tokios kaip: *PubMed, Science Direct, Medline, Health Source, Nursing Academic Edition, EBSCOhost ir taip pat įvairiuose Lietuvos moksliniuose bei užsienio žurnaluose:*

Sveikatos mokslai, SAGE Journals Online ir kt., knygos bei disertacijose ir kt. Teorinės dalies analizei buvo naudojami visateksčiai straipsniai lietuvių ir anglų kalbomis. Literatūra ieškota atsižvelgiant į darbo temą ir uždavinius. Raktiniai žodžiai bei jų kombinacijos, kurie padėjo atlikti mokslinės literatūros paiešką: *breast cancer, psycho-emotional state of women, preliminary preparation for surgery, krūties vėžys, informuotumas, sisteminis gydymas, psichoemocijos, operacija, įtaka psichoemociinei būklei ir kt.* Ataskaitos rašymas buvo derinamas ir pateikiamas mokslinio darbo vadovui. Viso darbo rašymo metu vyko literatūros apžvalga.

3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas – 2019 10 / 2020 03, tuo laikotarpiu buvo ieškoma klausimynų, kurie atitiktų mokslinio darbo temą, atskleistų tyrimo esmę. Tyrimo instrumentas sudarytas iš 7 sociodemografinių klausimų, kurie sudaryti tyrimo autorės ir 2-jų standartizuotų klausimynų, sukurtų užsienio autorių. Iš National Comprehensive Cancer Network, buvo gautas leidimas (2 priedas) naudotis *NVVT Distreso termometras ir problemų sąrašas pacientams (angl. NCCN Distress Thermometer and Problem List)* nekomerciniams tikslams. Taip pat gautas leidimas (3 priedas) iš Wiley Global Permissions, naudotis *Hamiltono nerimo vertinimo skalė (HAM-A) (angl. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A))* autorinės teisės priklausau M. Hamilton. Siekiant atlikti tyrimą, buvo kreiptasi į KU Sveikatos mokslų fakultetą Slaugos katedros Etikos komisiją dėl tyrimo instrumento patvirtinimo.

4. Tyrimo duomenų rinkimas – 2020 04 / 2020 10. Patvirtinus tyrimo instrumentą 2020.04.06 Etikos komisijos posėdyje, buvo kreiptasis į Kauno, Klaipėdos sveikatos priežiūros įstaigas. Tyrimas vykdytas šešis mėnesius (2020 metų gegužės 3d. – lapkričio 3d.). Anketas tyrime dalyvavusioms moterims dalino slaugytojos. Prieš tyrimą respondentės buvo supažindintos su tyrimo eiga, tikslu, naudojamu instrumentu, į visus iškilusius klausimus buvo atsakoma, užtikrinamas anonimiškumas ir konfidencialumas. Tyrime dalyvavo moterys, išreiškusios žodinį sutikimą dalyvauti tyrime. Užpildytos anketos buvo įdedamos į voką, jį užklijavus, perduodamos skyriaus vyr. slaugos administratorei.

5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas - 2020 10 / 2020 11.

6. Tyrimo rezultatų palyginimas - 2020 11 / 2020 12. Tyrimo metu gauti duomenis buvo lyginami tarpusavyje bei su anksčiau atliktais ir pateiktais mokslinėje literatūroje duomenimis Lietuvoje bei užsienyje.

7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas – 2020 11 / 2020 12. Išanalizavus gautus duomenis, buvo pateiktos išvados atitinkančios iškeltus uždavinius. Remiantis gautais tyrimo rezultatais suformuluotos rekomendacijos darbuotojams, susijusiems su moterų ruošimu operacijai dėl krūties vėžio bei informacijos teikimu.

8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas – 2020 11 / 2020 12. Darbas buvo atliktas konsultuojantis su baigiamojo darbo vadovu bei atliktas remiantis mokslo tiriamųjų darbų metodologijos reikalavimais (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014 p. 64).

2.1.5. Tyrimo etika

Gavus KU Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos patvirtinimą 2020.03.26 dėl tyrimo instrumento, kreiptasis į Kauno, Klaipėdos sveikatos priežiūros įstaigų administracijas, dėl leidimo atlikti tyrimą. Gavus įstaigų vadovų raštišką sutikimą, skyriaus vedėjo ir vyr. slaugos administratorės pritarimą vykdyti tyrimą, buvo pradėtas kiekybinio tyrimo atlikimas „Moterų, sergančių krūties vėžiu, psichoemocinė būklė susijusi su chirurgine intervencija“ etiniu aspektu.

Tyrimas bus atliktas remiantis Helsinkio deklaracijoje, nurodytais etiniais principais (World Medical Association, 2018). Etiniai aspektai taikomi atliekant biomedicininis tyrimus su žmonėmis. Atliekant šį tyrimą buvo vadovaujama šiais etiniais principais: *autonomiškumo, konfidencialumo, anonimiškumas, nežalingumas*.

Autonomiškumas, tai pagrindinis etikos principas, kurio būtina laikytis, slaugos mokslo sferoje (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas 2014, p. 65). Stengiantis išlaikyti šį principą, labai svarbu suteikti reikiamą informaciją respondentui, kad jis galėtų laisvai pasirinkti dalyvauti ar nedalyvauti tyrime (Rogers, Bousingen, 2001).

Anonimiškumas yra svarbiausias užtikrinant, kad nebus atskleisti dalyvių ir tyrimo duomenys. Kiekybinio tyrimo metu, anketinę apklausą be vardų yra apsaugoti respondentų duomenys (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas 2014, p. 65).

Konfidencialumas būtinas, siekiant gauti respondento pasitikėjimą. Tik tokiu atveju tyrimo dalyviai, neatsisakys kalbėtis jautriomis temomis (Petrauskas, 2008). Būtina informuoti respondentus apie vykdančią tyrimą, kam bus naudojami duomenys (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas 2014, p. 65).

Nežalingumas užtikrinamas apsaugant respondentą nuo fizinės, moralinės ar materialinės žalos (Paukštytė, Gefenas 2010, p. 14).

Tyrimo metu taip pat laikomasis sąžiningumo principo. Mokslinių duomenų prasimanymas, klastojimas ar plagijavimas - etikos pažeidimai (Mockienė, Drungilienė, Maertinkėnas 2014, p. 66).

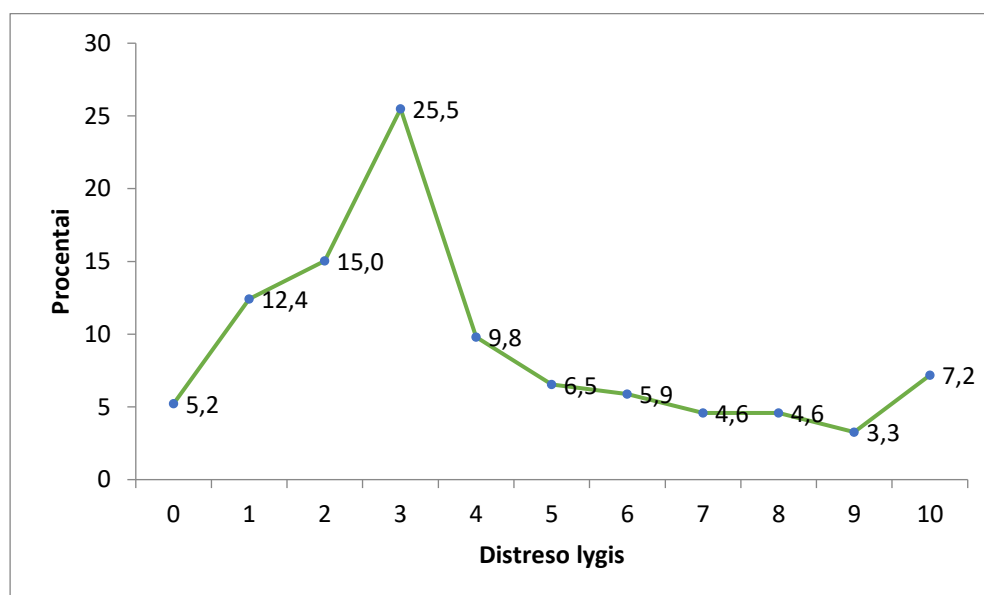
Laikantis šių etikos principų, buvo nepažeisti klausimynų kūrėjų autorinės teisės.

2.2. Tyrimo rezultatai

2.2.1. Moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso lygis stacionare

Norint įvertinti moterų, sergančių krūties vėžiu, distreso lygį ir su tuo susijusias problemas buvo panaudotas NVVT Distreso termometras. Klausimyną sudarė distreso termometras, kuriame reikia pažymėti skalėje nuo 0 (nėra distreso) iki 10 (itin didelis distresas), kiek distreso patirta praėjusią savaitę, įskaitant ir šiandien. Taip pat respondentų buvo prašoma nurodyti sritis (39 sritys), kurios kėlė problemų pastarąją savaitę.

Tyrimu nustatyta, kad bendras visų respondenčių distreso lygis buvo įvertintas $3,96 \pm 2,78$ balo. Ketvirtadalis pacienčių 25,5 proc. nurodė, kad jų distreso lygis yra 3 balai. Instrumento autoriai pacientus, kurie įsivertina savo distreso lygį iki 3 balų, rekomenduoja vertinti kaip turinčius nežymų distresą (nėra rizikos), o 4-10 balų – vidutinį ir stiprų distreso lygį (galima rizika). Tad galime teigti, kad 58,2 proc. moterų, sergančių krūties vėžiu, turi nežymų distreso lygį (nėra rizikos) ir 41,8 proc. moterų turi vidutinį ar stiprų distreso lygį (galima rizika) (žr. 4 pav.).



4 pav. Moterų pasiskirstymas pagal distreso lygį, procentais

Atlikus skaičiavimus buvo įvertintos ir problemos, kurios vargino moteris, sergančias krūties vėžiu, praėjusią savaitę. Dažniausios ir pasikartojančios praktinės problemos buvo draudimas/finansai 43,8 proc., taip pat moterys susidūrė su transporto problema, atvykti į gydymo įstaigą, kuri sudarė 42,5 proc. Mažiausiai problemų kėlė per pastarąją savaitę vaikų priežiūra - 10,5 proc. (žr. 5 lentelė).

5 lentelė. Praktinės problemos pastarąją savaitę

Problemų sąrašas		n	Proc.
Praktinės problemos	Vaikų priežiūra	16	10,5
	Būstas	30	19,6
	Draudimas/finansai	67	43,8
	Transportas	65	42,5
	Darbas/mokykla	45	29,4
	Sprendimai dėl gydymo	53	34,6

Skaiciavimai rodo, kad nedidelė dalis moterų susiduria su šeimos problemomis. Išskiriant 28,8 proc. moterų turėjo šeimos sveikatos problemų, o mažiausiai problemų kėlė gebėjimas susilaukti vaikų 2 proc. (žr. 6 lentelė).

6 lentelė. Šeimos problemos pastarąją savaitę

Problemų sąrašas		n	Proc.
Šeimos problemos	Bendravimas su vaikais	15	9,8
	Bendravimas su partneriu	43	28,1
	Galėjimas turėti vaikų	3	2
	Šeimos sveikatos problemos	44	28,8

Tyrimu nustatyta, kad moterys, sergančios krūties vėžiu, patiria įvairių emocinių problemų. Didžioji dalis respondenčių per pastarąją savaitę susidūrė su baimės problema 61,4 proc. ir esančiu nerimu 58,2 proc. Mažiausiai 17 proc. moterų įvardijo, kad jaučia depresiją ir įprastinės veiklos praradimą 17,6 proc. Dvasiniai/religiniai rūpesčiai vargino mažą dalį respondenčių 11,8 proc. (žr. 7 lentelė).

7 lentelė. Emocinės ir dvasinės problemos pastarąją savaitę

Problemų sąrašas		n	Proc.
Emocinės problemos	Depresija	26	17
	Baimės	94	61,4
	Nervingumas	67	43,8
	Liūdesys	73	47,7
	Nerimas	89	58,2
	Susidomėjimo įprastine veikla praradimas	27	17,6
Dvasiniai/religiniai rūpesčiai		18	11,8

Atlikus skaičiavimus buvo įvertintos fizinės problemos. Dažniausiai moteris kamavo nuovargis 71,9 proc., miego problemos 62,7 proc. ir atminties/ dėmesio sutelkimo problemos 54,9 proc. Tyrimu nustatyta, kad rečiausiai pasitaikančios fizinės problemos buvo piktnaudžiavimo preparatais 10,5 proc. ir problemos dėl opų burnoje 11,1 proc. (žr. 8 lentelė).

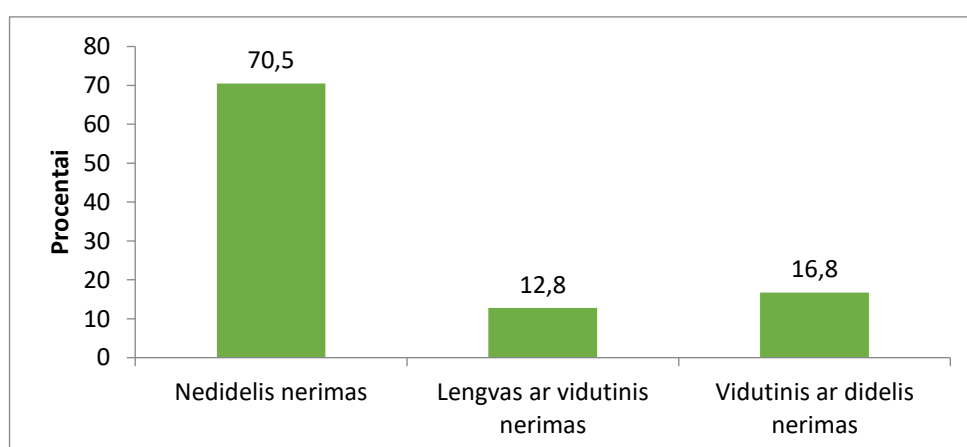
8 lentelė. Fizinės problemos pastarąją savaitę

Problemų sąrašas		n	Proc.
Fizinės problemos	Išvaizda	34	22,2
	Higiena/apranga	31	20,3
	Kvėpavimas	42	27,5
	Šlapinimosi pokyčiai	60	39,2
	Vidurių užkietėjimas	54	35,3

Problemų sąrašas		n	Proc.
Fizinės problemos	Viduriavimas	37	24,2
	Mityba	69	45,1
	Nuovargis	110	71,9
	Tinimo jausmas	72	47,1
	Karščiavimas	37	24,2
	Judėjimas	27	17,6
	Nevirškinimas	49	32
	Atmintis/dėmesio sutelkimas	84	54,9
	Opelės burnoje	17	11,1
	Pykinimas	32	20,9
	Sausumas nosyje/nosies užsikimšimas	25	16,3
	Skausmas	78	51
	Seksualinės problemos	28	18,3
	Sausa oda/niežulys	30	19,6
	Miegas	96	62,7
	Piktnaudžiavimas preparatais	16	10,5
	Dilgčiojimas plaštakose/pėdose	20	13,1

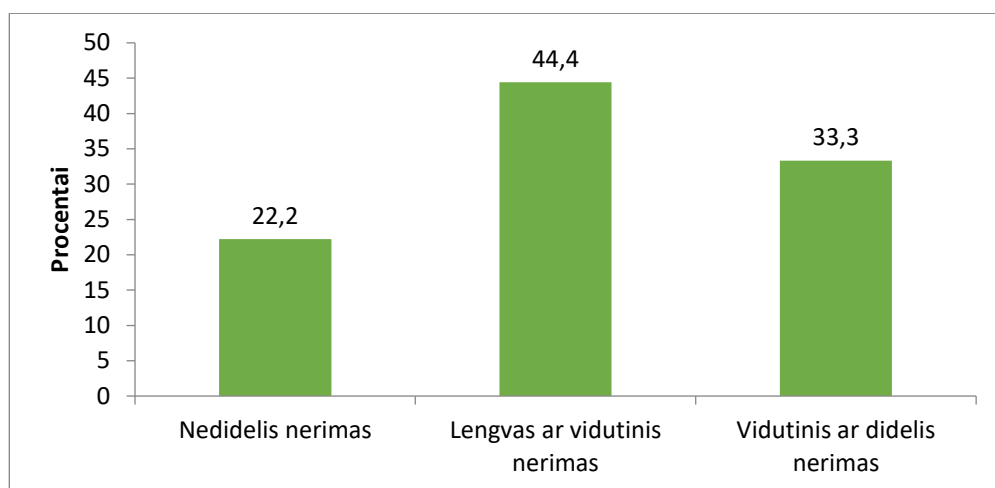
Norint įvertinti moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo lygį buvo panaudota Hamiltono nerimo skalė (HAM-A). Klausymą sudarė 14 punktų su 5 balų Likerto skale (0 – nėra; 4 – labai stiprus). Bendras balų intervalas buvo nuo 0 iki 56, kuris parodo nerimo lygį (iki 17 balų – nedidelis nerimas; 18-24 balai – lengvas, vidutinis nerimas; virš 25 balų – didelis nerimas).

Tyrimu nustatyta, kad bendras visų pacienčių nerimo lygis buvo įvertintas $16,99 \pm 11,44$ balo. Kaip matome iš 5 paveikslėlio, net 70,5 proc. moterų nustatytas nedidelis nerimas, 12,8 proc. (n=19) nustatytas lengvas ar vidutinis nerimas ir 16,8 proc. nustatytas vidutinis ir sunkus nerimas (žr. 5 pav.).



5 pav. Respondenčių pasiskirstymas pagal nerimo lygį, procentais

Rezultatai parodė, kad tik 7,2 proc. moterų iki operacijos nustačius diagnozę buvo konsultuotos onkopsichologo. Iš jų 22,2 proc. turėjo nedidelį nerimą, 44,4 proc. turėjo lengvą ar vidutinį nerimą ir 33,3 proc. turėjo vidutinį/sunkų nerimo lygį (žr. 6 pav.).



6 pav. Pacienčių, kurias konsultavo onkopsichologas prieš operaciją, pasiskirstymas pagal nerimo lygį, procentais

2.2.2. Moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso tarpusavio sąsajos

Siekiant nustatyti moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso tarpusavio sąsajas buvo atlikta Spearman koreliacinė analizė.

Tyrimu nustatyta, kad tarp moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso skalių buvo aptiktas statistiškai reikšmingas teigiamas silpnas ryšys ($r=0,474$; $p<0,001$), nes $p<0,05$. Taip pat aptiktas statistiškai reikšmingas teigiamas silpnas distreso ryšys su problemomis (jų kiekiu), kurios vargina moteris ($r=0,431$; $p<0,001$). Galima teigti, kad kuo moterų nerimo lygis didesnis, tuo moterys jaučia didesnę nerimą ir problemų, kurios vargina moteris, yra daugiau.

Kaip matome iš 6 lentelės, aptiktas silpnas statistiškai reikšmingas neigiamas moterų jaučiamo distreso ir amžiaus ryšys ($r=-0,171$; $p=0,035$), nes $p<0,05$. Galime teigti, kad kuo moterys yra vyresnės, tuo jų distreso lygis yra mažesnis. Taip pat nustatyta, kad kuo ilgesnis laikas nuo krūties vėžio diagnozės, tuo nustatyta krūties vėžio stadija yra aukštesnė ($r=0,348$; $p<0,001$).

Vertinant rezultatus aptiktas statistiškai reikšmingas vidutinio stiprumo teigiamas ryšys tarp nerimo lygio ir problemų, kurios vargina moteris, kiekio ($r=0,653$; $p<0,001$). Galime teigti, kad kuo nerimo lygis yra didesnis, tuo problemų moterys turi daugiau.

Taip pat pastebėta, kad nerimo lygis nepriklauso nuo moterų amžiaus, išsilavinimo, sirgimo laiko ar krūties vėžio stadijos ($p>0,05$), o distreso lygis nepriklauso nuo moterų išsilavinimo, sirgimo laiko ir krūties vėžio stadijos ($p>0,05$).

9 lentelė. Moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso, amžiaus, sirgimo laiko, vėžio stadijos sąsajos

Sąsajos		Sirgimo laikas	Krūties vėžio stadija	Distresas	Problemų kiekis	Nerimas
Amžius	r	-0,038	-0,041	-0,171*	-0,081	-0,011
	p	0,644	0,635	0,035	0,317	0,898

Sąsajos		Sirgimo laikas	Krūties vėžio stadija	Distresas	Problemų kiekis	Nerimas
Išsilavinimas	r	-0,097	0,117	-0,029	0,060	-0,043
	p	0,234	0,170	0,724	0,462	0,605
Sirgimo laikas	r		0,348**	-0,041	-0,043	-0,007
	p		<0,001	0,619	0,602	0,931
Krūties vėžio stadija	r			0,033	-0,017	-0,031
	p			0,703	0,845	0,724
Distresas	r				0,431**	0,474**
	p				<0,001	<0,001
Problemų kiekis	r					0,653**
	p					<0,001

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

Norint nustatyti ar distreso lygis skiriasi tarp tiriamųjų, kurioms buvo nustatytas skirtingas nerimo lygis, buvo atlikti Kruskal-Wallis ir Mann-Whitney testai. Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti lyginant distreso lygį ($\chi^2=30,261$; $df=2$; $p<0,001$) ir problemų kiekį ($\chi^2=48,703$; $df=2$; $p<0,001$) pagal nerimo laipsnį (žr. 10 lentelė).

Galime teigti, kad moterų, kurių nerimo lygis nedidelis ($2,95\pm 1,95$), distreso lygis reikšmingai mažesnis (dvigubai), negu moterų, kurių nerimo lygis lengvas/vidutinis ($5,16\pm 2,41$) ($U=449,5$; $p<0,001$) ar vidutinis/sunkus ($6,6\pm 3,45$) ($U=564$; $p<0,001$).

Taip pat galime teigti, kad moterų, kurių nerimo lygis nedidelis ($9,38\pm 4,55$), problemų turi reikšmingai mažiau, negu moterų, kurių nerimo lygis lengvas/vidutinis ($15,05\pm 3,58$) ($U=315$; $p<0,001$) ar vidutinis/sunkus ($20\pm 8,2$) ($U=337,5$; $p<0,001$). Moterų, kurių nerimo lygis lengvas/vidutinis, problemų turi reikšmingai mažiau, negu moterų, kurių nerimo lygis vidutinis/sunkus ($U=134$; $p=0,014$).

10 lentelė. Distreso ir problemų kiekio palyginimas pagal nerimo lygį

Skalės	Nerimo lygis			Kruskal-Wallis χ^2	df	p
	Nedidelis nerimas	Lengvas ar vidutinis nerimas	Vidutinis ar didelis nerimas			
Distresas	$2,95\pm 1,95$	$5,16\pm 2,41$	$6,6\pm 3,45$	30,261	2	<0,001
Problemų kiekis	$9,38\pm 4,55$	$15,05\pm 3,58$	$20\pm 8,2$	48,703	2	<0,001

Statistiškai reikšmingi (kai $p<0,05$) (Kruskal-Wallis testas)

Apibendrinant galime teigti, kad moterų, sergančių krūties vėžiu, distreso lygis ir nerimas (bei iš to kylančios problemos) yra statistiškai reikšmingai susiję reiškiniai – didėjant distreso lygiui, didėja ir nerimas, bei problemų kiekis.

2.2.3. Nerimo ir distreso vertinimas, atsižvelgiant į skirtingas chirurgines intervencijas

Norint nustatyti ar distreso lygis, problemų kiekis ir nerimo lygis skiriasi tarp pacienčių, kurioms buvo paskirtas skirtingos intervencijos, buvo atlikti Kruskal-Wallis ir Mann-Whitney testai. Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti lyginant nerimo lygį ($\chi^2=10,597$; $df=2$; $p=0,005$) pagal intervencijos mastą (žr. 8 lentelė).

Galime teigti, kad moterų, kurioms paskirtas dalinis krūties pašalinimas ($15,9\pm 11,77$), nerimo lygis reikšmingai mažesnis, negu moterų, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas ($23,48\pm 12,83$) ($U=617$; $p=0,003$). Taip pat moterų, kurioms paskirtas visos krūties be rekonstrukcijos pašalinimas ($15,23\pm 8,47$), nerimo lygis reikšmingai mažesnis, negu moterų, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas ($23,48\pm 12,83$) ($U=271,5$; $p=0,002$).

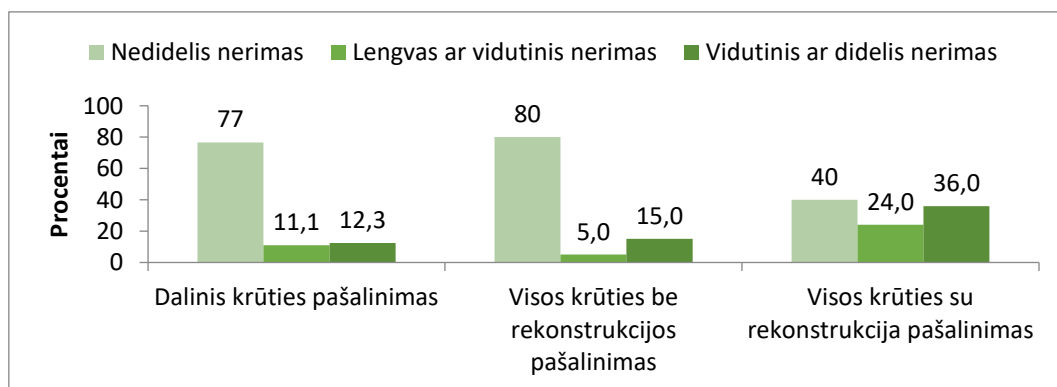
11 lentelė. Distreso, problemų kiekio ir nerimo palyginimas pagal intervencijos mastą

Skalės	Intervencijos mastas			Kruskal-Wallis χ^2	df	p
	Dalinis krūties pašalinimas	Visos krūties be rekonstrukcijos pašalinimas	Visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas			
Distresas	3,82±2,57	3,98±2,66	4,44±3,61	0,159	2	0,924
Problemų kiekis	11,19±5,91	11,85±5,6	14,32±9,39	3,057	2	0,217
Nerimas	15,9±11,77	15,23±8,47	23,48±12,83	10,597	2	0,005

Statistiškai reikšmingi (kai $p < 0,05$) (Kruskal-Wallis testas)

Apibendrinant galime teigti, kad moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas, jaučia reikšmingai didesnę nerimą, negu kitos moterys, tačiau reikšmingų skirtumų lyginant distreso lygį ar problemų kiekį pagal intervencijų mastą nenustatyta.

Kaip matome iš 7 paveikslą, moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas, reikšmingai dažniau turi vidutinį ar sunkų nerimo lygį 36 proc. nei moterys, kurioms paskirtas visos krūties be rekonstrukcijos pašalinimas 15 proc. ar moterys, kurioms paskirtas dalinis krūties pašalinimas 12,3 proc. ($n=10$) ($\chi^2=15,377$; $df=4$; $p=0,004$). Taip pat galime pastebėti, kad dažniausiai nedidelį nerimą jaučia moterys, kurioms paskirtas dalinis krūties pašalinimas (76,5 proc.) ar visos krūties be rekonstrukcijos pašalinimas (80 proc.).



$\chi^2=15,377$; $df=4$; $p=0,004^*$

7 pav. Moterų nerimo lygis pagal intervencijos mastą, procentais

Išanalizavus problemas, varginusias moteris, nustatyta, kad reikšmingai dažniau (52 proc.) moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas, turėjo problemų dėl darbo/mokyklos, negu moterys, kurioms paskirtos kitos intervencijos (26,2 proc. ir 22 proc.) ($\chi^2=7,675$; $df=2$; $p=0,022$) (žr. 13 lentelė).

12 lentelė. Dažniausiai varginusios praktinės problemos pastarąją savaitę pagal intervencijų mastą, procentais

Problemų sąrašas		Dalinis krūties pašalinimas	Visos krūties be rekonstrukcijos pašalinimas	Visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas	χ^2 ; p
Praktinės problemos	Vaikų priežiūra	9,5	7,3	16	1,349;0,509
	Būstas	16,7	19,5	24	0,709;0,702
	Draudimas/finansai	40,5	46,3	52	1,164;0,559
	Transportas	41,7	51,2	32	2,423;0,298
	Darbas/mokykla	26,2	22	52	7,675;0,022
	Sprendimai dėl gydymo	32,1	34,1	40	0,531;0,767

Nustatyta, kad moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas, reikšmingai dažniau (24 proc.) turėjo problemų bendraudamos su vaikais, negu moterys, kurioms paskirtos kitokios intervencijos (6 proc. ir 7,3 proc.) ($\chi^2=7,687$; $df=2$; $p=0,021$). Taip pat nustatyta, kad respondentės, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas, reikšmingai dažniau (48 proc.) turėjo problemų bendraudamos su partneriais, negu moterys, kurioms paskirtos kitokios intervencijos (26,2 proc. ir 17,1 proc.) ($\chi^2=7,604$; $df=2$; $p=0,022$) (žr. 13 lentelė).

13 lentelė. Dažniausiai varginusios šeimos problemos pastarąją savaitę pagal intervencijų mastą, procentais

Problemų sąrašas		Dalinis krūties pašalinimas	Visos krūties be rekonstrukcijos pašalinimas	Visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas	χ^2 ; p
Šeimos problemos	Bendravimas su vaikais	6	7,3	24	7,687;0,021
	Bendravimas su partneriu	26,2	17,1	48	7,604;0,022
	Galėjimas turėti vaikų	1,2	2,4	4	0,831;0,660
	Šeimos sveikatos problemos	27,4	24,4	40	2,005;0,367
Dvasiniai/religiniai rūpesčiai		8,3	14,6	20	2,854;0,240

Tyrimas parodė, kad moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas, reikšmingai dažniau (36 proc.) turėjo problemų dėl higienos/aprangos, negu moterys, kurioms paskirtas dalinis krūties pašalinimas (13,1 proc.) ($\chi^2=7,472$; $df=2$; $p=0,024$) (žr. 14 lentelė).

Taip pat nustatyta, kad moterys, kurioms paskirtas tik dalinis krūties pašalinimas, reikšmingai rečiau turėjo problemų su judėjimu (9,5 proc.), negu moterys, kurioms paskirtas visos krūties be rekonstrukcijos pašalinimas (24,4 proc.), ar moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas (32 proc.) ($\chi^2=8,753$; $df=2$; $p=0,013$) (žr. 14 lentelė).

Paaikškėjo, kad moterys, kurioms paskirtas tik dalinis krūties pašalinimas, reikšmingai rečiau turėjo problemų su skausmu (41,7 proc.), negu moterys, kurioms paskirtas visos krūties be rekonstrukcijos pašalinimas (63,4 proc.), ar moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas (60 proc.) ($\chi^2=6,259$; $df=2$; $p=0,044$) (žr. 14 lentelė).

Taip pat nustatyta, kad moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas, reikšmingai dažniau (40 proc.) turėjo seksualinių problemų, negu moterys, kurioms paskirtos kitokios intervencijos (16,7 proc. ir 7,3 proc.) ($\chi^2=11,469$; $df=2$; $p=0,003$) (žr. 14 lentelė).

Rezultatai parodė, kad moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas, reikšmingai dažniau (24 proc.) piktnaudžiavo preparatais, negu moterys, kurioms paskirtos kitokios intervencijos (9,5 proc. ir 4,9 proc.) ($\chi^2=6,221$; $df=2$; $p=0,045$) (žr. 14 lentelė).

14 lentelė. Dažniausiai varginusios fizinės problemos pastarąją savaitę pagal intervencijų mąštą, procentais

Problemų sąrašas		Dalinis krūties pašalinimas	Visos krūties be rekonstrukcijos pašalinimas	Visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas	χ^2 ; p
<i>Fizinės problemos</i>	Išvaizda	20,2	17,1	40	5,299;0,071
	Higiena/apranga	13,1	26,8	36	7,472;0,024
	Kvėpavimas	29,8	24,4	24	0,568;0,753
	Šlapinimosi pokyčiai	40,5	39	32	0,587;0,746
	Vidurių užkietėjimas	38,1	41,5	20	3,469;0,176
	Viduriavimas	26,2	24,4	20	0,400;0,819
	Mityba	39,3	56,1	48	3,228;0,199
	Nuovargis	69	78	72	1,107;0,575
	Tinimo jausmas	40,5	61	44	4,738;0,094
	Karščiavimas	22,6	26,8	28	0,442;0,802
	Judėjimas	9,5	24,4	32	8,753;0,013
	Nevirškinimas	33,3	31,7	32	0,039;0,981
	Atmintis/dėmesio sutelkimas	52,4	58,5	56	0,443;0,801
	Opelės burnoje	9,5	7,3	20	2,883;0,237
	Pykinimas	20,2	17,1	28	1,152;0,562
	Sausumas nosyje/nosies užsikimšimas	11,9	22	24	3,164;0,206
	Skausmas	41,7	63,4	60	6,259;0,044
	Seksualinės problemos	16,7	7,3	40	11,469;0,003
Sausa oda/niežulys	15,5	19,5	32	3,374;0,185	

Problemų sąrašas		Dalinis krūties pašalinimas	Visos krūties be rekonstrukcijos pašalinimas	Visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas	χ^2 ; p
<i>Fizinės problemos</i>	Miegas	57,1	65,9	76	3,173;0,205
	Piktnaudžiavimas preparatais	9,5	4,9	24	6,221;0,045
	Dilgčiojimas plaštakoje/pėdose	13,1	9,8	16	0,579;0,749

Norint nustatyti ar distreso lygis, problemų kiekis ir nerimo lygis skiriasi tarp pacienčių, kurioms buvo taikytas priešoperacinis sisteminis vėžio gydymas, buvo atlikti Mann-Whitney testai. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p>0,05$), tad galime teigti, kad distreso ir nerimo lygis nepriklauso nuo priešoperacinio sisteminio vėžio gydymo (žr. 15 lentelė).

15 lentelė. Distreso, problemų kiekio ir nerimo palyginimas pagal priešoperacinio sisteminio gydymo taikymą

Skalės	Priešoperacinis sisteminis vėžio gydymas		Mann-Whitney U	p
	Taikytas	Netaikytas		
Distresas	3,5±2,54	4,23±2,69	1824,5	0,080
Problemų kiekis	11,92±6,29	10,93±6,41	1921	0,195
Nerimas	17,27±12,18	15,82±10,43	1971	0,617

$p>0,05$ statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (Mann-Whitney U testas)

2.3. Tyrimų rezultatų aptarimas

Tyrimo metu buvo iškelta hipotezė, kad moterys patyrusios chirurginę intervenciją, skirtingai patiria nerimo ir distreso lygį, pasitvirtino. Tyrimo rezultatai parodė, kad distreso ir nerimo lygis priklauso nuo chirurginių intervencijų atlikimo.

Remiantis mokslinės literatūros analize ir atlikto tyrimo rezultatais, tikslinga teigti, jog onkologinės moterų ligos yra aktuali problema Lietuvai ir visam pasauliui, o krūties vėžys – viena reikšmingiausių ir opiausių moterų onkologinių ligų Lietuvoje. Moterų sergamumas krūties vėžiu šalyje kasmet sparčiai didėja, dėl to svarbu, jog joms būtų suteikiama visa reikalinga pagalba skirtingų intervencijų taikyme.

Šiame darbe atliktas tyrimas atskleidė nerimo ir distreso lygį atsižvelgiant į chirurgines intervencijas. Paaiškėjo, jog kiek daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių moterų (58,2 proc.), sergančių krūties vėžiu, turi mažą distreso lygį, o likusi dalis – vidutinį ar stiprų. Toks rezultatų pasiskirstymas yra natūralus reiškinys, nes, anot Simutytės ir kt. (2014), žmonės skirtingai reaguoja į ligą, nevienodai prisitaiko prie ligos ir jos gydymo, o Baniėnė ir kt. (2015) antrindama sutinka, jog tai priklauso nuo daugybės faktorių, dažnai tai labai susiję su individualios asmenybės ypatumais. Atlikto tyrimo rezultatai patvirtina Dooley et al. (2017) tyrinėjimus, kuriuose atskleista, jog krūties vėžio diagnozė sukelia distresą, o kartu ir netikrumo jausmą bei sunkumų kasdieniniame gyvenime. Be to, Ho et al. (2013) teigimu, chirurginio gydymo metu moterys susiduria su fizinėmis ir emocinėmis reakcijomis į ligą bei jos gydymą, o dažniausiai priešoperacinės reakcijos: netikrumas, nerimas ir depresija.

Remiantis tolesniais šiame darbe atlikto tyrimo rezultatais, didžioji dalis moterų (70,5 proc.) teigė jaučiančios nedidelį nerimą, tuo tarpu likusios prisipažino jaučiančios lengvą bei vidutinį nerimą ir tik maža dalis – vidutinį ir sunkų. Aktualu pastebėti, jog didesnis nerimas buvo jaučiamas iki operacijos prieš konsultaciją – jos metu net 77,7 proc. moterų jautė lengvą ar vidutinį bei vidutinį/sunkų nerimo lygį. Tokie rezultatai patvirtina Hagen et al. (2014), Park et al. (2018) tyrinėjimus, kuriuose autoriai nurodo, kad stiprus stresas patiriamas dar ruošiantis operacijai, o prieš diagnozę dažnai jaučiamas nerimas dėl nežinomybės, skausmo, įtariamo piktybinio naviko. Be to, kaip pabrėžia Rogers et al. (2017), prieš operaciją nerimo lygis išties padidėja, dėl to svarbu, jog po operacijos moteris priimtų esamus pokyčius, kadangi kitu atveju ji gali palūžti ar net susirgti depresija. Saboonchi et al. (2014) pastebi, kad patiriamos psichoemocinės reakcijos neretai būna sunkios ir gali išlikti net po gydymo, todėl svarbu neigiamas emocijas slopinti ir kontroliuoti dar prieš krūties vėžio operacijas.

Tyrimo duomenimis, dažniausiai moteris, sergančias krūties vėžiu, kamuojaiančios problemos: nuovargis, miego sutrikimai, baimė, nerimas ir atminties bei dėmesio sutelkimo problemos. Tokie duomenys glaudžiai siejasi ir su kitų mokslinės literatūros autorių atliktais tyrimais: pagal Simutybę ir kt. (2014), moterys, sergančios krūties vėžiu, išgirdusios diagnozę neretai jaučiasi labai

sugniuždytos ir išsigandusius, to pasekoje kyla įvairių baimės ir nerimo emocijų; pagal Park et al. (2017), moterys, kurioms nustatytas krūties vėžys, susiduria su įvairiomis emocijomis, iš kurių dažniausiai pasitaikančios – tai panika, liūdesys, pasimetimas, pyktis, įvairios baimės bei kiti sutrikimai; Karampour et al. (2017) teigimu, krūties vėžys daugelį moterų priverčia susidurti su psichologiniais bei socialiniais iššūkiais ir dideliu nerimu dėl baimės mirti. Taigi, šiame darbe atliktas tyrimas patvirtina pastarųjų autorių tyrinėjimus dėl moterų, sergančių krūties vėžiu, patiriamų psichologinių sutrikimų.

Atliktas tyrimas parodė moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso tarpusavio sąsajas. Remiantis rezultatais, kuo moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo lygis didesnis, tuo daugiau jos turi problemų ir atvirkščiai – kuo nerimo lygis mažesnis, tuo mažiau iškyla įvairių problemų, neigiamai įtakančių ligos eigą. Tyrimas rodo, jog tų moterų, kurių nerimo lygis nedidelis, distreso lygis ženkliai mažesnis ir jos turi reikšmingai mažiau problemų nei tos moterys, kurių nerimo lygis yra lengvas/vidutinis ar vidutinis/sunkus. Analizuojant moterų distreso ir amžiaus ryšį taip pat išsiaiškinta, kad kuo jos vyresnės, tuo jų distreso lygis mažesnis, o kuo ilgesnis laikas nuo krūties vėžio diagnozės, tuo aukštesnė krūties vėžio stadija. Pastarąjį veiksni patvirtina ir Saldana (2014) tyrinėjimai – mokslinės literatūros autorius išsiaiškino, jog pailgėjęs intervalas nuo pirmosios konsultacijos iki gydymo gali pakenkti krūties vėžiu sergančioms moterims pasveikimo atžvilgiu.

Šiame darbe atliktas tyrimas rodo, jog nerimo lygiui neturi reikšmės moterų amžius, išsilavinimas, sirgimo laikas ar krūties vėžio stadijos ($p>0,05$), o distreso lygio neįtakoja moterų išsilavinimas, sirgimo laikas ar krūties vėžio stadijos ($p>0,05$). Peršasi išvada, jog moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimas (bei iš to kylančios problemos) ir distreso lygis yra tarpusavyje statistiškai susiję reikšminiai, kadangi didėjant distreso lygiui, atitinkamai didėja ir nerimas. Tai patvirtina ir Fradelos et al. (2017) tyrinėjimai, atskleidžiantys, jog distresas, taip pat ir depresijos bei nerimo simptomai reikšmingi veiksniai krūties vėžio eigai.

Be jau aptartų aspektų, šiame darbe atliktu tyrimu buvo įvertintas nerimo ir distreso lygis moterų, sergančių krūties vėžiu, atsižvelgiant į skirtingas chirurgines intervencijas – statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti lyginant nerimo lygį pagal intervencijos mastą. Kaip atskleidžia rezultatai, reikšmingai didesnį nerimo lygį patiria tos moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas nei tos, kurioms reikalingas tik dalinis krūties ar visos krūties be rekonstrukcijos šalinimas. Adekvačiai vidutinis ar sunkus nerimo lygis dažniau pasireiškia toms moterims, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas. Kaip teigia NVI (2018) bei Carlson et al. (2015), krūties vėžio operacija priklauso nuo naviko morfologijos, lokalizacijos ir išplitimo laipsnio, dėl to natūralu, jog toms moterims, kurioms paskirta sudėtingesnė operacija, pasireiškia didesnis nerimo lygis. Be to, tyrimo duomenimis, jos reikšmingai dažniau susiduria su problemomis dėl darbo/mokyklos, higienos/aprangos ir bendravimo su vaikais bei partneriais nei tos

moterys, kurioms paskirtos kitos intervencijos. Svarbu pastebėti, jog Linden et al. (2012) nurodo, kad psichoemocinė būklė, sergant tam tikra onkologine liga yra susijusi su bendros gyvenimo kokybės pablogėjimu ir daro neigiamą poveikį mediciniam gydymui, dėl to tų moterų, kurioms paskirtas visos krūtis su rekonstrukcija pašalinimas, emocinė būklė yra gyvybiškai svarbi. Tokie rezultatai taip pat patvirtina Beatty ir Kissane (2017) tyrinėjimus, kuriuose nustatytas kūno pokyčių streso ryšys su subjektyviu psichologiniu stresu, kuris sukelia neigiamus bei dažnai varginančius jausmus, emocijas, mintis bei elgesį, kilusį bei susijusį su krūtis vėžiu ir (ar) krūtis chirurgija.

Reikšmingai rečiau problemų su judėjimu, skausmu bei seksualiniais aspektais turėjo tos moterys, kurioms paskirtas tik dalinis krūtis šalinimas, negu tos, kurioms priskirta šalinti visą krūtį be rekonstrukcijos/su rekonstrukcija. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, jog moterys, kurioms paskirtas visos krūtis su rekonstrukcija šalinimas, tyrimo duomenimis, linkusios dažniau piktnaudžiauti preparatais nei tos, kurioms paskirtos kitos intervencijos. Tai iš dalies tikslinga sieti su Park et al. (2018) tyrinėjimais, kuriuose išsiaiškinta, kad moterims, išgirdusioms krūtis vėžio diagnozę, kyla asociacijos su kūno pokyčiais, seksualumo bei moteriškumo praradimu, todėl joms gali atsirasti piktnaudžiavimo atitinkamais preparatais poreikis.

IŠVADOS

1. Atlikus tyrimą nustatyta, kad bendras visų respondenčių, sergančių krūties vėžiu, distreso lygis sudarė $3,96 \pm 2,78$ balo, pagal distreso vertinimo skalę. Rezultatai rodo, jog 58,2 proc. moterų, sergančių krūties vėžiu, turi žemą distreso lygį ir mažiau nei pusę moterų turi vidutinį ar aukštą distreso lygį. Tyrimu nustatytas bendras visų pacienčių nerimo lygis sudarė $16,99 \pm 11,44$ balo, pagal Likerto skalę. Rezultatai atskleidė, jog net 70,5 proc. moterų nustatytas nedidelis nerimas, 12,8 proc. nustatytas lengvas ar vidutinis nerimas ir 16,8 proc. nustatytas vidutinis bei sunkus nerimas.

2. Tyrimas rodo, kad tarp moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso skalių yra statistiškai reikšmingas teigiamas silpnas ryšys. Statistiškai reikšmingas teigiamas silpnas distreso ryšys aptiktas su problemomis (jų kiekiu), kurios vargina krūties vėžiu sergančias moteris. Remiantis tokiais rezultatais, tikslinga teigti, jog kuo moterų nerimo lygis didesnis, tuo jos turi didesnę varginančių problemų kiekį. Taip pat išsiaiškinta, kad kuo ilgesnis laikas nuo krūties vėžio diagnozavimo, tuo krūties vėžio stadija yra aukštesnė, o kuo nerimo lygis didesnis, tuo daugiau problemų turi moterys. Tyrimas atskleidžia, jog nerimo ir distreso lygis neturi priklausomybės nuo moterų amžiaus, išsilavinimo, sirgimo laiko ar krūties vėžio stadijos. Apibendrinant galima teigti, jog moterų, sergančių krūties vėžiu, distreso lygis ir nerimas yra statistiškai reikšmingai susiję reiškiniai, kadangi didėjant distreso lygiui atitinkamai didėja ir nerimas.

3. Išanalizavus moterų, sergančių krūties vėžiu, nerimo ir distreso lygį, atsižvelgiant į skirtingas intervencijas, pastebėta, jog tos moterys, kurioms paskirtas visos krūties su rekonstrukcija pašalinimas, patiria reikšmingai didesnę nerimą nei tos, kurioms paskirtas dalinis krūties pašalinimas. Tuo tarpu reikšmingų skirtumų lyginant distreso lygį ar problemų kiekį pagal chirurginių intervencijų skirtingumą, nenustatyta.

REKOMENDACIJOS

Moterims, sergančioms krūties vėžiu

- Dalyvauti individualiuose ar grupiniuose susitikimuose, kuriuose analizuojama psichoemocinės būklės suvaldymas, chirurginių intervencijų metu, ieškant geriausių pagalbos priemonių.
- Nebijoti kreiptis į sveikatos priežiūros specialistus, psichologą, socialinį darbuotoją ir kt.

Sveikatos priežiūros specialistams

- Gerinti moterų psichoemocinę būklę bei psichinę sveikatą švietimo intervencijų, lankstinukų, internetinio švietimo bei socialinių tinklų pagalba.
- Informuoti moters, sergančios krūties vėžiu, šeimą, draugus, sutuoktinius apie psichologinius jos pokyčius, supažindinti su problemomis, kurios sergančiai moteriai atsiranda kartu su kūno įvaizdžio pasikeitimais.
- Gydytojams svarbu stebėti paciento elgseną ir atitinkamai reaguoti, norint išvengti paciento priešoperacinio nerimo ar depresijos.
- Depresijos ir nerimo gydymui taikyti psichologines intervencijas, sergant krūties vėžiu, pavyzdžiui, kognityvinę elgesio terapiją, palaikomąją-ekspresyviają grupinę terapiją ir jogą, o klasikinę farmakoterapiją, tokią kaip antidepresantai, skirti tik tikros depresijos atvejams.

LITERATŪRA

1. Adukauskienė, D. 2014. Krūties vėžys. *Onkologija ir hematologija*, 171-205.
2. Akkoca M., Ates M. P., Yilmaz K. B., Imamoglu I., Balas S., Tokgoz S., Akinci M., Karabacak H., Unlu E. 2019. The effect of lateral pectoral nerve sparing technique and radiotherapy on the pectoralis major muscle applied with modified radical mastectomy. *Asian Journal of Surgery* 42(3), p. 501-506.
3. American Cancer Society. 2015. *Global Cancer Facts & Figures 3 rd. Edition*. [žiūrėta kovo 10d.]. Prieiga internetu: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/global.html>
4. American Cancer Society. 2016. *Cancer Facts & Figures 2016*. [žiūrėta kovo 10d.]. Prieiga internetu: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2016.html>
5. American Cancer Society. 2019. *Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020*, p. 1-44.
6. American Cancer Society. 2020. [žiūrėta kovo 1d.]. Prieiga internetu: <https://www.cancer.org/>.
7. Anastasiadi Z., Lianos G. D., Ignatiadou E., Harissis H. V., Mitsis M. 2017. Breast cancer in young women: an overview. *Updates in Surgery* 69, p. 313-317.
8. Araujo T., Aresta G., Castro E., Rouco J., Aguiar P., Eloy C., Polonia A., Campilho A. 2017. Classification of breast cancer histology images using Convolutional Neural Networks. *Plos one* 12(6), p. 1-14.
9. Asadi S., Gholizadeh Z. 2016. The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on Self-Concept in Women with Breast Cancer. *American Journal of Life Science Researches* 4(2), p. 33-36.
10. Bachura E., Valecha R., Chen R., Rao R. H. 2017. Modeling Public Response to Data Breaches. *Twenty-third Americas Conference of on Information Systems* p. 1-10.
11. Banienė I., Šinkariova L. 2015. Moterų, sergančių krūties vėžiu, asmenybės bruožų bei streso, susijusio su liga, įveikimo strategijų sąsajos su sveikata susijusia gyvenimo kokybe. *Sveikatos mokslai. Visuomenės sveikata*, 25(3), p. 11-16.
12. Barrio A. V., Monica Morrow M. 2016. Appropriate margin for lumpectomy excision of invasive breast cancer. *Chinese Clinical Oncology* 5(3), p. 1-16.
13. Batty G., Russ T., Stamatakis E., Kivimäki M. 2017. Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. *BMJ* 356(108), p. 1-11.

14. Bauma J., Reynolds S. G., Edmiston K., Larkin A., Ward B. M., O'Connor A. 2017. Teaching of Independent Exercises for Prehabilitation in Breast Cancer. *Journal of Cancer Education* 32, 252-256.
15. Beatty L., Kissane D. 2017. Anxiety and depression in women with breast cancer. *Cancer Forum* 41(1) p. 55-61.
16. Berbís-Morelló C., Mora-López G., Berenguer-Poblet M., Raigal-Aran L., Montesó-Curto P., Ferré-Grau C. 2019. Exploring family members' experiences during a death process in the emergency department: A grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing* 15(16) p. 2790-2800.
17. Beržinytė, K., Kulakauskas, K., Savickas, R., Kriščiokaitytė, J. 2015. Moterų, sergančių krūties vėžiu, psichosocialinės pagalbos poreikiai ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Slaugos ir reabilitacijos teorija bei praktika. Konferencijos programa ir medžiaga, p. 6.
18. Boer L. M., Daudey L., Peters J. B., Molema J., Prins J. B., Vercoulen J. H. 2014. Assessing the stages of the grieving process in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Validation of the Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ). *International Journal of Behavioral Medicine* 21, p. 561–570.
19. Bregman L. 2019. Kübler-Ross and the Re-visioning of Death as Loss: Religious Appropriation and Responses. *Journal of Pastoral Care & Counseling* 73(1), p. 4-8.
20. Car J., Zycińska J., Lasota W. 2012. Assessment of psychological distress and depression in cancer patients. *Przegląd Epidemiologiczny* 66(4), p. 689-695.
21. Cardoso F., Kyriakides S., Ohno S., Penault-Llorca F., Poortmans P., Rubio I. T., Zackrisson S., Senkus E. 2019. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 30, p. 1194–1220.
22. Carlson R. W., Allred D. C., Anderson B. O., Burstein H. J., Carter W. B., Edge S. B., Erban J. K., Farrar W. B., Goldstein L. J., Gradishar W. J., Hayes D. F., Hudis C. A., Jahanzeb M., Kiel K., Ljung B. M., Marcom P. K., Mayer I. A., McCormick B., Nabell L. M., Pierce L. J., Reed E. C., Smith M. L., Somlo G. W. A. 2015. Breast Cancer Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 7(2), p. 122-192.
23. Chou Y., Hsieh V., Chen X., Huang T., Shieh S. 2020. Unmet supportive care needs of survival patients with breast cancer indifferent cancer stages and treatment phases. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 59, p. 231-236.
24. Chua A. S., DeSantis S. M., Fingeret M. C. 2015. Body image investment in breast cancer patients undergoing reconstruction: taking a closer look at the Appearance Schemas Inventory-Revised. *Body Image* 13, p. 33-37.

25. Corr Ch. A. 2019. Elisabeth Kübler-Ross and the “Five Stages” Model in a Sampling of Recent Textbooks Published in 10 Countries Outside the United States. *OMEGA—Journal of Death and Dying* 0(0), p. 1-31.
26. Čekanauskaitė A., Gefenas E. 2010. Informuoto asmens sutikimas: ką turėtų žinoti ir ką iš tiesų žino biomedicininį tyrimų dalyviai? *Visuomenės sveikata* 4(51), p. 45-52.
27. da Silva A. C., Zandonade E., Amorim M. H. C. 2017. Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 25, p. 1-7.
28. Dooley L. N., Slavich G. M., Moreno P. I., Bower J. E. 2017. Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress and Health* 33, p. 549-557.
29. Dorri S., Olfatbakhsh A., Asadi F. 2020. Informational Needs in Patients With Breast Cancer With Lymphedema: Is It Important? *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 14, p. 1-7.
30. El Fakir S., El Rhazi K., Zidouh A., Bennani M., Benider A., Errihani H., Mellass N., Bekkali R., Nejrai Ch. 2016. Health-related quality of life among breast cancer patients and influencing factors in Morocco. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention* 17(12), p. 5063–5069.
31. Faller H., Strahl A., Richard M., Niehues C., Meng K. 2017. Symptoms of depression and anxiety as predictors of physical functioning in breast cancer patients. A prospective study using path analysis. *Acta Oncologica* 56(12), p. 1677–1681.
32. Fallera H., Brähler E., Härter M., Kellere M., Schulz H., Wegscheider K., Weig J., Boehncke A., Reuter K., Richarda M., Sehner S., Koch U., Mehnert A. 2017. Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 100, p. 1934-1942.
33. Fang S. Y., Lin Y. C., Chen T. C., Lin C. Y. 2015. Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors. *Support Care Cancer* 23(9), p. 2551-2559.
34. Feng R. M., Zong Y. N., Cao S. M., Xu R. H. 2019. Current cancer situation in China: good or bad news from the 2018 Global Cancer Statistics? *Cancer Communications* 39(22), p. 1-12.
35. Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I., Dyba T., Randi G., Bettio M., Gavin A., Visser O., Bray F. 2018. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European journal of cancer* 103, p. 356-387.
36. Fiorentino L., Rissling M., Liu L., Ancoli-Israel S. 2011. The symptom cluster of sleep, fatigue and depressive symptoms in breast cancer patients: severity of the problem and treatment options. *Drug Discovery Today: Disease Models* 8(4), p. 167-173.

37. Fioretti Ch., Mazzocco K., Pravettoni G. 2017. Psychological Support in Breast Cancer Patients: A Personalized Approach. *Breast Cancer* p. 841-847.
38. Foley N. M., O'Connell E. P., Livingstone V., Maher B., Kaimkhani S., Cil T., Relihan N., Bennett M. W., Redmond H. P., Corrigan M. A. 2016. PATI: Patient accessed tailored information: A pilot study to evaluate the effect on preoperative breast cancer patients of information delivered via a mobile application. *The Breast* 30, p. 54-58.
39. Fradelos E. C., Papathanasiou I. V., Veneti A., Daglas A., Christodoulou E., Zyga S., Kourakos M. 2017. Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention* 18(9), p. 2545-2550.
40. Franceschini G., Sanchez A. M., Leone A. D. I., Magno S., Moschella F., Accetta C., Masetti R. 2015. New trends in breast cancer surgery: a therapeutic approach increasingly efficacy and respectful of the patient. *Il Giornale di Chirurgia. Journal of the Surgery* 36(4), p. 145-152.
41. Friedrichsdorf S. J., Bruera E. 2018. Delivering Pediatric Palliative Care: From Denial, Palliphobia, Pallilalia to Palliative. *Children* 5(9), p. 1-23.
42. Giannakeas V., Narod S. A. 2018. The expected benefit of preventive mastectomy on breast cancer incidence and mortality in BRCA mutation carriers, by age at mastectomy. *Breast Cancer Research and Treatment* 167(1), p. 263-264.
43. Gomez-Campelo P., Bragado-Alvarez C., Hernandez-Lloreda M. J., Sanchez-Bernardos M. L. 2015. The Spanish version of the Body Image Scale (S-BIS): psychometric properties in a sample of breast and gynaecological cancer patients. *Support Care Cancer* 23(2): 473-481.
44. Gregory Ch. 2019. The Five Stages of Grief. An Examination of the Kubler-Ross Model. [žiūrėta vasaraio 5 d.]. prieiga per internetą: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC564584/>>.
45. Gregurek, R., Braš, M., Dorđević, V., Ratković, A., Brajković, L. 2010. Psychological Problems of Patients With Cancer. *Psychiatria Danubina* 22(2), p. 227-230.
46. Gu J., Groot G., Boden C., Busch A., Holtslander L., Lim H. 2018. Review of Factors Influencing Women's Choice of Mastectomy Versus Breast Conserving Therapy in Early Stage Breast Cancer: A Systematic Review. *Clinical Breast Cancer* 18(4), p. 539-554.
47. Hagen K. B., Aas T., Lode K., Gjerdec J., Lien E., Kvaløybe J. T., Lash T. L., Søiland H., Lind R. 2015. Illness uncertainty in breast cancer patients: Validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. *European Journal of Oncology Nursing* 19(2), p. 113-119.
48. Heidari, M., Shahbazi, S., Ghodusi, M. (2015). Evaluation of body esteem and mental health in patients with breast cancer after mastectomy. *Journal of Midlife Health*, 6, 173-177.

49. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinė sistema. 2019. Sergančių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes 2018. [žiūrėta vasario 15 d.]. Prieiga internetu: www.hi.lt
50. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Sergančių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes. 2019. Sergančių skaičius. 2018. [žiūrėta vasario 10d.]. prieiga per internetą: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168.
51. Ho S. S. M., So W. K. W., Leung D. Y. P., Laib E. T. L., Chana C. W. H. 2013. Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and before treatment: A comparative evaluation. *European Journal of Oncology Nursing* 17(6), p. 877-882.
52. Hortobagyi G. N., Connolly J. L., D'orsi J. C., Edge S. B., Mittendorf E. A., Rugo H. S., Solin S. B., Weaver L. D., Winchester D. J., Giuliano A. 2017. *American Joint Committee on Cancer* 10(3), p. 589-636.
53. Ibrahim M., Lau G. J., Smirnow N., Buono A. T., Cooke A., Gartshore K., Loiselle C. G., Johnson K. 2018. A Multidisciplinary Preoperative Teaching Session for Women Awaiting Breast Cancer Surgery: A Quality Improvement Initiative. *Rehabilitation Process and Outcome* 7, p. 1-7.
54. Inhestern L., Beierlein V., Bultmann J. C., Möller B., Romer G., Koch U., Corinna Bergelt C. 2017. Anxiety and depression in working-age cancer survivors: a register-based study. *BMC Cancer* 17(347), p. 1-8.
55. Janilionis V. 2015. Koreliacinės ir regresinės analizės pagrindai. [žiūrėta lapkričio 2d.]. prieiga per internetą: http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/Janilionis_III/jan_III.html&course_file=jan_III_1.html.
56. Jehn C. F., Flath B., Strux A., Krebs M., Possinger K., Pezzutto A., Luftner D. 2012. Influence of age, performance status, cancer activity, and IL-6 on anxiety and depression in patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Research Treatment* 136, p. 789-794.
57. Karakoyun-Celik O., Gorken I., Sahin S., Orcin E., Alanyali H., Kinay M. 2010. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology* 27, p. 108-13.
58. Karampour S., Fereidooni-Moghadam M., Zarea K., Cheraghian B. 2017. The prevalence of death anxiety among patients with breast cancer. [žiūrėta vasario 3d.]. prieiga per internetą: <https://spcare.bmj.com/content/8/1/61>.
59. Kingston B., Johnston S. 2016. Novel Treatments in Breast Cancer. *Clinical Medicine Insights: Therapeutics*, 8, p. 59-73.
60. Komen S. G. 2017. Types of Breast Cancer Tumors. *Facts for Life* 5(2), p. 1-19.
61. Kooper P. M., Lindstro S., Behrens S., Wang X., Michailidou K., Bolla M. K., Wang O., Dennis J., Dunning A. M., Pharoah P., Schmidt M.K., Kraft P., Garcia-Closas M., Easton D. F.,

- Milne L. R., Chang-Claude J. 2020. Assessment of interactions between 205 breast cancer susceptibility loci and 13 established risk factors in relation to breast cancer risk, in the Breast Cancer Association Consortium. *International Journal of Epidemiology* 49(1), p. 216-230.
62. Korkmaz S. A., Poyraz M. 2014. A New Method Based for Diagnosis of Breast Cancer Cells from Microscopic Images: DWEE—JHT, *Medical Systems* 38(92), p. 1-9.
63. Kvale E. A., Meneses K., Demark-Wahnefried W., Bakitas M., Ritchie C. 2015. Formative research in the development of a care transition intervention in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing* 19(4), p. 329-335.
64. Lai H. W., Chen S. T., Lin S. L., Lin Y. L., Wu H. K., Pai S. H., Chen D. R., Kuo S. J. 2018. Technique for single axillary incision robotic assisted quadrantectomy and immediate partial breast reconstruction with robotic latissimus dorsi flap harvest for breast cancer. *Medicine* 97(27), p. 1-7.
65. Lazzarin P., Marinelli E., Orzalesi M., Brugnaro L., Benini F. 2018. Rights of the Dying Child: The Nurses' Perception. *Journal Palliative Medicine* 21(12), p. 1713-1717.
66. Lee I. C., Lehman I. C., Bassett W. L. 2018. *Breast Imaging. United States of America: Oxford University Press.*
67. Lewis F., Merckaert I., Lienard A., Libert Y., Etienne A. M., Reynaert C., Slachmuylder J. L., Scalliet P., Houtte P. V., Coucke P., Salamon E., Razavi D. 2015. Anxiety at the first radiotherapy session for non-metastatic breast cancer: key communication and communication-related predictors. *Radiotherapy and Oncology* 114(1), p. 35-41.
68. Linden W., Vodermaier A., MacKenzie R., Greig D. 2012. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal Affective Disorders* 141(2-3), p. 343-351.
69. Liu M., Yu X., Chen Z., Yang T., Yang D., Liu Q., Du K., Li B., Wang Z., Li S., Deng Y., He N. 2017. Aptamer selection and applications for breast cancer diagnostics and therapy. *Journal of Nanobiotechnology* 15(81), p. 1-16.
70. Liu M., Li Z., Yang J., Jiang Y., Chen Z., Ali Z., He N., Wang Z. 2016. Cell-specific biomarkers and targeted biopharmaceuticals for breast cancer treatment. *Cell Proliferation* 49, p. 409-420.
71. Maass S. W. M. C., Roorda C., Berendsen A. J., Verhaak P. F. M., de Bock G. H. 2015. The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas* 82(1), p. 100-108.
72. Martinez L. M., Robila V., Clark N. M., Du W., Idowu M. O., Rutkowski M. L., Bos P. D. 2019. Regulatory T Cells Control the Switch From in situ to Invasive Breast Cancer. *Frontiers in Immunology* 10(1942), p. 1-9.

73. Matthews T., Baken D., Ross K., Ogilvie E. 2019. The experiences of patients and their family members when receiving bad news about cancer: A qualitative meta-synthesis. [žiūrėta balandžio 14.] prieiga per internetą: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.5241>>.
74. Matthews T., Baken D., Ross K., Ogilvie E. 2019. The experiences of patients and their family members when receiving bad news about cancer: A qualitative meta-synthesis. [žiūrėta vasario 6d.] prieiga per internetą: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.5241>>.
75. Miller S. J., Schnur J. B., Weinberger-Litman S. L., Montgomery G. H. 2014. The relationship between body image, age, and distress in women facing breast cancer surgery. *Palliat Support Care* 12(5), p. 363-367.
76. Mittal S., Kaur H., Gautam H., Mantha, A. K. 2017. Biosensors for breast cancer diagnosis: A review of bioreceptors, biotransducers and signal amplification strategies. *Biosensors and Bioelectronics* 88, p. 217-231.
77. Mockienė V., Drungilienė M., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda.
78. Morone G., Iosa M., Fusco A., Scappaticci A., Alcuri M. R., Saraceni V. M., Paolucci S., Paolucci T. 2014. Effects of a multidisciplinary educational rehabilitative intervention in breast cancer survivors: the role of body image on quality of life outcomes. *The Scientific World Journal* 15, p. 1-12.
79. Morrow M., K. J. V., Solin L. J. S., Houssami N., Chavez-MacGregor M., Harris J. R., Horton J., Hwang S., Johnsonh P. L., Marinovich M. L., Schnitt S. J., Wapnir I., Moran M. S. 2016. Society of Surgical Oncology–American Society for Radiation Oncology–American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline on Margins for Breast-Conserving Surgery With Whole-Breast Irradiation in Ductal Carcinoma in Situ. *Practical Radiation Oncology* 6(5), p. 287-295.
80. Moussas G. I., Papadopoulou A. G. , Christodoulaki A. G., Karkanias A. P. 2012. Psychological and psychiatric problems in cancer patients: Relationship to the localization of the disease. *Psychiatrike* 23 (1), p. 46-60.
81. Nacionalinis vėžio institutas. 2018. [žiūrėta balandžio 15d.]. Prieiga internetu: <https://www.nvi.lt/>
82. Natal R. A., Paiva G. R., Pelegati V. B., Marengo L., Alvarenga C. A., Vargas R. F., Derchain S. F., Sarian L. O., Franchet C., Cesar C. L., Schmitt F. C., Weigelt B., Vassallo J. 2019. Exploring Collagen Parameters in Pure Special Types of Invasive Breast Cancer. *Scientific Reports* 9(7715), p. 1-11.
83. Neary P. M., Corrigan R. S. M., O'Donovan M., Cahill R. A., Redmond H. P. 2010. The benefits of an interactive, individualized online patient pathway for patients undergoing minimally

invasive radioguided parathyroidectomy: a prospective, double-blinded, randomized clinical trial. *Surgical Innovation* 17(3), p. 236-241

84. Nickel K. B., Wallace A. E., Warren D. K., Ball K. E., Mines D., Fraser V. J., Olsen M. A. 2016. Modification of claims-based measures improves identification of comorbidities in non-elderly women undergoing mastectomy for breast cancer: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research* 16(388), p. 1-12.

85. Ober A. M., Granello D. H., Wheaton, J. E. 2011. Grief counseling: An investigation of counselors' training, experience, and competencies. *Journal of Counseling & Development* 90, p. 150–159.

86. Ozaki A., Nomura S., Leppold C., Tsubokura M., Sawano T., Tsukada M., Morita T., Tanimoto T., Saji S., Kato S., Yamaoka K., Nakata Y, Ohira H. 2019. Breast cancer provider interval length in Fukushima, Japan, following the 2011 triple disaster: a long-term retrospective study. *Clinical Breast Cancer* 20(2), p. 1-64.

87. Pan G., Mao A., Liu J., Lu J., Ding J., Liu W. 2019. Circular RNA hsa_circ_0061825 (circ-TFF1) contributes to breast cancer progression through targeting miR-326/TFF1 signalling. *John Wiley & Sons*, 53, p. 1-14.

88. Park E. M., Gelber S., Rosenberg S. M., Davinia S. E., Schapira L., Come S. E., Partridge A. H. 2018. Anxiety and Depression in Young Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Psychosomatics* 59(3), p. 251-258.

89. Park J. H., Chun M., Jung Y. S., Bae S. H. 2017. Predictors of Psychological Distress Trajectories in the First Year After a Breast Cancer Diagnosis. *Asian Nursing Research* 11(4), p. 268-275.

90. Paukštytė I., Gefenas E. 2010. Istorinė biomedicininių tyrimų su žmonėmis etikos raida. *Visuomenės sveikata* 3(50), p. 9-18.

91. Paukštytė R., Rapolienė L., Gedrimė L., Skarbalienė L., Razbadauskas A. 2017. Moterų, sergančių krūties vėžiu, gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai* 27(6), p. 105-108.

92. Piccolo L. D., Mazzia M. A., Mascanzonia A., Lonardia M., Felicea M. D., Danzia O. P., Buizza Ch., Ghilardi A., Bottacinia A., Gossa C. 2019. Factors related to the expression of emotions by early-stage breast cancer patients. *Patient Education and Counseling* 102(10), p. 1767-1773.

93. Pyfer B., Chatterjee A., Chen L., Nigriny J., Czerniecki B., Tchou J., Fisher C. 2016. Early Postoperative Outcomes in Breast Conservation Surgery Versus Simple Mastectomy with Implant Reconstruction: A NSQIP Analysis of 11,645 Patients. *Annals of Surgical Oncology* 23, p. 92-98.

94. Pinto A. C., de Azambuja E. 2011. Improving quality of life after breast cancer: Dealing with symptoms. *Maturitas* 70(4), 343-348.
95. Potie A., Roelants F., Pospiech A., Momeni P., Watremez Ch. 2016. Hypnosis in the Perioperative Management of Breast Cancer Surgery: Clinical Benefits and Potential Implications. *Anesthesiology Research and Practice* 1, p. 1-8.
96. Powell M. J., Froggatt K., Giga S. 2020. Resilience in inpatient palliative care nursing: a qualitative systematic review. *BMJ Support Palliat Care* 10(1), p. 79-90.
97. Pukinskienė D. 2011. *Slaugos filosofija ir teorija*. Kaunas: Vitae Litera.
98. Ramani, K. V., Ramani, Hemalatha, Alurkar, Shirish, Ajaikumar, B. S., Trivedi, Riri G. 2017. *Breast Cancer : Medical Treatment, Side Effects, and Complementary Therapies*. [žiūrėta vasario 5d.]. prieiga per internetą: <<http://ezproxy.biblioteka.ku.lt:3672/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTU2OTIxNI9fQU41?sid=e8b74751-2013-404a-83c8-0d3a38da27fd@sessionmgr4007&vid=4&format=EB&rid=2>>
99. Reich M., Lesur A., Perdrizet-Chevallier C. 2008. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment* 110, p. 9-17.
100. Rogers A.D., de Bousingen D. 2001. *Bioetika Europoje*. Vilnius: Kultūra.
101. Rogers L, Q., Courneya K. S., Anton P. M. Verhulst S., Vicari S, K., Robbs R. S., McAuley E. 2017. Effects of a multicomponent physical activity behavior change intervention on fatigue, anxiety, and depressive symptomatology in breast cancer survivors: randomized trial. *Psycho-oncology* 26(11), p. 1901-1906.
102. Saboonchi F., Petersson L. M., Wennman-Larsen A., Alexanderson K., Brannström R., Vaez M. 2014. Changes in caseness of anxiety and depression in breast cancer patients during the first year following surgery: patterns of transiency and severity of the distress response. *European Journal of Oncology Nursing* 18(6), 598-604.
103. Sachs N., Ligt J., Kopper O., Gogola E., Bounova G., Weeber F., Balgobind A. V., Wind K., Gracanin A., Begthel H., Korving J., Boxtel R., Duarte A. A., Lelieveld D., Hoeck A., Ernst F. R., Blokzijl F., Nijman J. I., Hoogstraat M., Ven M., Egan D. A., Zinzalla V., Moll J., Boj S. f., Voest E. E., Wessels L., Diest J. P., Rottenberg S., Gerhardus R., Vries J., Cuppen E., Clevers H. 2018. A Living Biobank of Breast Cancer Organoids Captures Disease Heterogeneity, *Cell* 172(1-2), p. 373-386.
104. Salah S., Hussain S., Ahmed A., Azam A., Rafique D., Khan S. B. 2019. Death as Transformation: Examining Grief Under the Perspective of the Kubler-Ross in the Selected Movies. *International Journal of English Linguistics* 9(1), p. 448-454.
105. Šałyga J., Paškevičiene V., Žiliukas G. 2015. Sergančiųjų krūties vėžiu gyvenimo kokybės analizė. *Sveikatos mokslai* 25(6), p. 5-10.

106. Savickaitė S., Česas A. 2018. Atvejo vadybos taikymas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje kuriant personalizuotą onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą. *Sveikatos mokslai* 28(7), p. 115-120.
107. Shah A., Stewart A. K., Kolacevski A., Michels D., Miller R. 2016. Building a Rapid Learning Health Care System for Oncology: Why CancerLinQ Collects Identifiable Health Information to Achieve Its Vision. *Journal of Clinical Oncology* 34(7), p. 756-764.
108. Sibhat S. G., Fenta T. G., Sander B., Gebretekle G., B. 2019. Health-related quality of life and its predictors among patients with breast cancer at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(165), p. 1-10.
109. Simutyte J., Žuravliova T. 2014. Krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybė. *Visuomenės sveikata*. p. 98-103.
110. Stanton A. I., Rowland J. H., Ganz P. A. 2015. Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: contributions from psychosocial oncology research, *American Psychologist*, 70(2), p. 159–174.
111. Steponavičienė L., Briedienė R., Šenbergė S., Gudavičienė D., Smailytė G. 2017. Atrankinės mamografinės patikros vykdymo patirtis Nacionaliniame vėžio institute. *Sveikatos mokslai* 27(6), p. 161-168.
112. Stroebe M., Schut H., Boerner K. 2017. Cautioning Health-Care Professionals Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief. [žiūrėta vasario 5d.]. prieiga per internetą: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5375020/>>.
113. Thurn T., Borasio G. D., Chiò A., Galvin M., McDermott C. J., Mora G., Sermeus W., Winkler A. S., Anneser J. 2019. Physicians' attitudes toward end-of-life decisions in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 1(2) p. 74-81.
114. Tsuji W., Yotsumoto F. 2017. Pros and cons of immediate Vicryl mesh insertion after lumpectomy. *Asian Journal of Surgery* 41(6), p. 537-542.
115. Unger-Saldana K. 2014. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World Journal of Clinical Oncology* 5(3), p. 465-477.
116. Unger-Saldana K., Infante-Castaneda C. B. 2011. Breast cancer delay: a grounded model of help-seeking behaviour. *Social Science & Medicine* 72(7), p. 1096-1104.
117. Walker J., Hansen CH., Martin P., Symeonides S., Ramessur R., Murray G., Sharpe M. 2014. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The Lancet Psychiatry* 1(5), p. 343-350.

118. Waller A., Forshaw K., Bryant J., Carey M., Boyes A., Sanson-Fisher R. 2015. Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: a systematic review of volume and quality of research output over time. *Patient Education and Counseling* 98(12), p. 1540-1549.
119. Walsh T, Mandell J. B., Norquist B. M., Casadei S., Gulsuner S., Lee K. M., King M. C. 2017. Genetic Predisposition to Breast Cancer Due to Mutations Other Than BRCA1 and BRCA2 Founder Alleles Among Ashkenazi Jewish Women. *JAMA Oncology* 3(12), p. 1647-1653.
120. Wei J., Jiang Y., Shao Z. 2020. The survival benefit of postmastectomy radiotherapy for breast cancer patients with T1-2N1 disease according to molecular subtype. *The Breast*, 51, p. 40-49.
121. World Health Organization. 2017. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. [žiūrēta kovo 15d.] prieiga per internetą: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>>
122. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. 2019. Breast Source: Globocan 2018. [žiūrēta kovo 1d.]. Prieiga internetu: <http://gco.iarc.fr/today/home>
123. World Medical Association, 2018. [žiūrēta vasario 9 d.]. prieiga per internetą: <<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>>.
124. Wu S. G., Wang J., Lian Ch. L., Lei J., Hua L., Lin Q., Chen Y. X., He Z. Y. 2020. Evaluation of the 8th edition of the American joint committee on cancer's pathological staging system in prognosis assessment and treatment decision making for stage T1-2N1 breast cancer after mastectomy, *The Breast* 51, p. 2-10.
125. Xiao Y., Xia J., Li L., Ke Y., Cheng J., Xie Y., Chu W., Cheung P., Kim J.H., Colditz G. A., Tamimi R. M., Su X. 2019. Associations between dietary patterns and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Breast Cancer Research*. [žiūrēta vasario 3 d.]. prieiga per internetą: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6352362/>>.
126. Xio W., Zheng S., Xie X., Li X., Zhang L., Yang A., Wang J., MD, Tang H., Xie X. 2020. SOX2 promotes brain metastasis of breast cancer by upregulating the expression of FSCN1 and HBEGF. *Molecular Therapy: Oncolytics*, p. 1-14.
127. Zebrack B. J., Corbett V., Embry L., Aguilar Ch., Meeske K. A., Hayes-Lattin B., Block R., Zeman D. T., Cole S. 2014. Psychological distress and unsatisfied need for psychosocial support in adolescent and young adult cancer patients during the first year following diagnosis. *Psycho-oncology* 23(11) p. 1267-1275.
128. Zhang F., Liu S. 2020. Mechanistic insights of adipocyte metabolism in regulating breast cancer progression. *Pharmacological Research* 155, p. 1043-6618