

Įveikos strategijos ir jų reikšmė sergant glioblastoma: literatūros apžvalga

Toma Misiulytė, Giedrė Bulotienė

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
Vilnius University Faculty of Medicine

El. paštas: toma.misiulyte@mfm.stud.vu.lt

Santrauka

Įvadas. Glioblastoma yra agresyviausias ir dažniausias pirminis piktybinis smegenų navikas, sudarantis 48,6 % visų atvejų. Liga reikšmingai blogina pacientų ir jų globėjų gyvenimo kokybę dėl sunkių neurologinių, kognityvinių ir emocinių simptomų. Mirties baimė, fizinės būklės blogėjimas ir ligos našta skatina pacientus bei jų globėjus ieškoti įveikos strategijų, padedančių susidoroti su iššūkiais.

Tikslas. Šio tyrimo tikslas – išanalizuoti glioblastoma sergančių pacientų naudojamas įveikos strategijas ir jų reikšmę ligos sukeltiems iššūkiams.

Metodai. Literatūros apžvalga atlikta naudojantis *PubMed* duomenų baze. Paieškai buvo taikyti raktiniai žodžiai: *coping, coping strategies, coping mechanisms, coping style, glioblastoma, high-grade glioma* ir *glioma*. Į apžvalgą įtraukti

aštuoni straipsniai, apimantys glioblastoma sergančių pacientų ir jų globėjų taikomus įveikos būdus.

Rezultatai. Tyrimas parodė, kad glioblastoma sergančių pacientų ir jų globėjų įveikos strategijos nuolat keičiasi: pradinėse ligos stadijose dažniausiai pasirenkamos kovojimo ir vengimo strategijos, o recidyvo atveju dominuoja fatalizmas ir bejėgiškumas. Problemų įveikimas ir pozityvus mąstymas teigiamai veikia globėjų gyvenimo kokybę, tačiau pacientams šios strategijos reikšmingo poveikio neturėjo. Vengimo strategija pacientams buvo naudinga ir tam tikrose situacijose – gerino jų gyvenimo kokybės vertinimo rodiklius, o globėjams ši įveika turėjo priešingą poveikį. Dvasinė gerovė, suteikusi pacientams prasmingumo ir ramybės jausmus, buvo reikšmingai susijusi su mažesniu stresu, didesniu atsparumu ir geresniais gyvenimo kokybės bei išgyvenamumo rodikliais.

Išvados. Įveikos strategijos sergant glioblastoma yra kintančios ir skirtingai veikia pacientų bei globėjų gyvenimo kokybę. Dvasinė gerovė reikšmingai prisideda prie emocinio atsparumo stiprinimo ir gyvenimo kokybės gerinimo.

Reikšminiai žodžiai: įveikos būdai, aukšto laipsnio glioma, galvos smegenų navikai.

ĮVADAS

Glioblastoma (*glioblastoma multiforme*) yra agresyviausias ir dažniausias pirminis piktybinis smegenų navikas, sudarantis 48,6 % piktybinių smegenų navikų atvejų. Nepaisant medicinos pažangos gydymo srityje, vidutinė pacientų išgyvenamumo trukmė išlieka labai trumpa [1]. Glioblastomai būdingi histopatologiniai požymiai yra nekrozė ir endotelio proliferacija, dėl kurių ji priskiriama IV laipsniui – aukščiausiam Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) smegenų navikų klasifikacijoje. Terminas „antrinė glioblastoma“ vartojamas retesniais atvejais, kai glioblastoma išsivysto iš anksčiau diagnozuotų II arba III laipsnio gliomų pagal PSO klasifikaciją [2].

Standartinis glioblastomos gydymas apima neurochirurginę operaciją, radioterapiją ir chemoterapiją. Neurochirurginio gydymo tikslas yra maksimaliai įmanomas naviko masės pašalinimas. Tai ne visada pavyksta, ypač jei glioblastoma neturi aiškių ribų [3]. Operacijai atlikti taikomi mikrochirurginiai metodai ir pažangūs įrankiai, įskaitant chirurginę navigaciją su funkcinio magnetinio rezonanso tomografu ar difuzinio tensorinio vaizdavimo technologija. Be to, naudojamas intraoperacinis magnetinio rezonanso

tyrimas, ultragarsas, funkcijų stebėseną bei fluorescencinis naviko audinio vaizdinimas pasitelkiant 5-aminolevulino rūgštį [4]. Šie intraoperaciniai diagnostiniai metodai padidina operacijų efektyvumą ir saugumą. Šiuo metu standartinis gydymo metodas po chirurginio naviko pašalinimo yra radioterapija, taikant vaizdais valdomą intensyvios moduliutos spindulinės terapijos tomoterapiją, kartu su papildomu gydymu temozolomidu (TMZ). Tai chemoterapinis vaistas, pirmą kartą pristatytas 1999 m. kaip gydymo priemonė esant agresyviausioms gliomos formoms. Jis yra patvirtintas kaip pirmo pasirinkimo chemoterapijos vaistas glioblastomai gydyti. Gydymas apima sudėtinę terapiją, kuri vėliau pereina į monoterapiją [3]. Nepaisant intensyvaus gydymo glioblastomos recidyvas yra neišvengiamas, o vidutinė progresavimo be ligos trukmė siekia apie 7 mėnesius. Daugeliui pacientų atliekama pakartotinė naviko rezekcija ir taikoma papildoma chemoterapija, naudojant temozolomidą [5]. Glioblastoma sergančių pacientų prognozė išlieka nepalanki – vienerius metus išgyvena 37,2 % pacientų, penkerius metus – vos 5,1 %, o vidutinė gyvenimo trukmė po diagnozės nustatymo yra tik apie 10–15 mėnesių [1, 3].

Glioblastoma sergantys pacientai patiria įvairių simptomų, tokių kaip neurologiniai sutrikimai, epilepsijos priepuoliai, kognityviniai sunkumai bei nerimo ir depresijos požymiai, kurie gali būti sukelti paties naviko, su gydymu susijusių veiksnių ar jų derinio. Šie simptomai gali reikšmingai pabloginti žmogaus gyvenimo kokybę, skatinti pasyvumą ir trukdyti tęsti įprastą darbinę veiklą. Spartėjantys paciento simptomai neretai neigiamai paveikia ir artimųjų gyvenimo kokybę [6]. Baimė dėl mirties, greitas fizinės būklės blogėjimas, ligos našta, sudėtingi medicininiai sprendimai ir poreikis gauti daugiau informacijos apie ligą skatina tiek pacientus, tiek jų globėjus kurti adaptacines – įveikos strategijas, padedančias susidoroti su ligos iššūkiais [7].

Įveikos teorijos

Įveikos (*coping*) sąvoka dažniausiai yra susijusi su teorija, kurią 1984 metais pristatė Richardas Lazarus ir Suzan Folkman. Šiame modelyje įveika apibrėžiama kaip nuolat kintančios kognityvinės ir elgesio pastangos, kuriomis siekiama valdyti konkrečius vidinius ar išorinius iššūkius, vertinamus kaip keliančius stresą ar viršijančius asmens galimybes [8].

Pagal šį modelį įveikos strategijos paprastai skirstomos į tris pagrindines grupes:

1. Įveika elgesiu (*problem-focused coping*) – tai strategija, leidžianti asmeniui aktyviai spręsti sudėtingas situacijas. Ji apima problemos įvardijimą, alternatyvių sprendimų paiešką, jų įvertinimą, plano sudarymą ir įgyvendinimą. Ši strategija dažnai orientuota į situacijos keitimą, tačiau gali apimti ir savęs tobulinimą, pavyzdžiui, naujų įgūdžių mokymąsi siekiant sustiprinti gebėjimą įveikti sunkumus. Svarbus problemos įveikos aspektas yra situacijos suvokimas – ar ji gali būti pakeista. Tyrimai rodo, kad žmonės geriau prisitaiko veikiami streso, kai naudoja problemos įveikos metodus. Tuomet jaučiasi galintys paveikti situaciją.

2. Emocinė įveika (*emotion-focused coping*) yra skirta sumažinti emocinei įtampai ir dažniau yra efektyvi, kai reikia priimti sprendimus. Įtampą galima paveikti įvairiais būdais: vengimu, atsiribojimu ar pamąstymais, pagrįstais pozityviais ligos aspektais. Sumažinti situacijos keliamą grėsmę galima pasitelkiant kognityvinį pervertinimą: pakeisti situacijos reikšmę, nepakeičiant jos objektyvios realybės. Emocinę įtampą mažinti padeda strategijos, nukreipiančios dėmesį nuo problemos. Tai gali būti fiziniai pratimai, meditacija, įtraukianti veikla, emocinės paramos paieška ar net trumpalaikiai veiksmai, tokie kaip skanaus maisto valgymas. Tačiau, kaip ir kitų įveikos strategijų atveju, tai, kas naudinga vienoje situacijoje, gali būti netinkama kitoje [9].

3. Prasme grindžiama įveika (*meaning-focused coping*) remiasi idėja, kad atsidūrusiam sunkiai valdomoje situacijoje žmogui kyla poreikis ją iš naujo įvertinti. Šis procesas skatina mobilizuoti savo vidinius išteklius ir rasti būdų, kaip save motyvuoti ir toliau spręsti iškilusius sunkumus. Pasitelkdamis savo vertybes, tikėjimą, egzistencinius tikslus ir dvasinę atspirtį, ligoniai siekia išlaikyti emocinį stiprumą ir prisitaikyti prie gyvenimo pokyčių. Ši įveika leidžia rasti prasmę sudėtingomis aplinkybėmis ir palaikyti gyvenimo kokybę bei viltį, nepaisant ligos keliamų sunkumų [10].

Remdamiesi S. Folkman ir R. Lazarus teorijomis, Stevenas Greeras ir Maggie Watson (1987 m.) sukūrė savo įveikos modelį, paaiškinantį psichologines reakcijas, kylančias dėl vėžio diagnozės ir gydymo. Šis modelis aiškina, kad atsakas į ligą susideda iš dviejų pagrindinių dalių: mąstymo ir elgesio reakcijų. Pirmasis komponentas yra vertinimas, apimantis paciento individualų ligos suvokimą ir ligos pasekmių įvertinimą, o antrasis – tai paciento reakcijos, atspindinčios jo mintis ir elgesį siekiant sumažinti ligos keliamą grėsmę. Autoriai šiuos atsakus suskirstė į penkias pagrindines strategijas:

1. Kovojimas (*Fighting spirit*) – aktyvus ir pozityvus su liga susijusių situacijų sprendimas, kai pacientas stengiasi aktyviai įveikti sunkumus, susijusius su diagnoze;

2. Nerimastingas susitelkimas į ligą (*Anxious preoccupation*) – nuolatinis nerimavimas ir emocinė įtampa suvokiant ligą kaip didelę grėsmę;

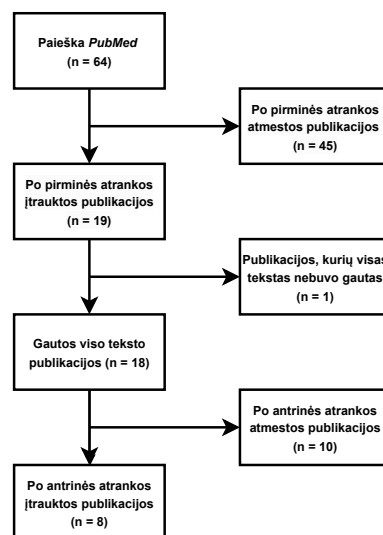
3. Fatalizmas (*Fatalism*) – ligos priėmimas su nuolankumu, laikant ją neišvengiama lemtimi ir nesiekiant aktyviai keisti situacijos;

4. Bejėgiškumas ir beviltiškumas (*Helplessness–hopelessness*) – pesimistinė reakcija, kai pacientas praranda viltį ir jaučiasi bejėgis, nesugebantis kontroliuoti situacijos;

5. Vengimas (*Avoidance*) – aktyvus bandymas išvengti tiesioginio susidūrimo su įvairiais ligos aspektais [11].

METODIKA

Šiame darbe siekiama išanalizuoti įveikos strategijas ir jų reikšmę pacientams, sergantiems glioblastoma. Pasitelktas literatūros apžvalgos metodas. Duomenų paieška atlikta naudojantis *PubMed* duomenų baze. Paieškos procesui buvo pritaikyti šie raktiniai žodžiai ir jų junginiai: *coping* OR *coping strategies* OR *coping mechanisms* OR *Coping Style* AND *glioblastoma* OR *high-grade glioma* OR *glioma*, kurie leido apimti tiek įveikos strategijas, tiek konkrečią tikslinę grupę pacientų, sergančių glioblastoma arba didelio laipsnio glioma. Duomenų tvarkymui ir straipsnių atrankai buvo naudota *Zotero* straipsnių valdymo programa.



Pav. Tyrimų atrankos proceso schema

Fig. Flowchart of the process of selecting studies

Pirmine atranka buvo siekiama nustatyti, ar publikacijos yra susijusios su tyrimo tema. Po pirminės atrankos iš 64 rastų publikacijų buvo atrinkta 19, kurios atitiko preliminarious kriterijus. Atlikus nuodugnią antrinę peržiūrą, buvo pašalintos publikacijos, neatitinkančios atrankos kriterijų. Galutinei apžvalgai buvo atrinkti 8 straipsniai: empiriniai tyrimai (taikantys kiekybines ir kokybines metodikas) ir vienas antrinis duomenų šaltinis – sisteminė literatūros apžvalga. Atrinkti straipsniai buvo susiję su įveikos strategijų analize ir apėmė pacientų, sergančių glioblastoma arba didelio laipsnio glioma, psichologinės ir socialinės gerovės aspektus.

Įtraukimo kriterijai:

- Straipsniai, publikuoti ne seniau kaip prieš 10 metų.

- Tyrimai, analizuojantys įveikos (*coping*) strategijas, įskaitant tiek empirinę analizę, tiek teorines apžvalgas.
- Tyrimuose turėjo būti pateikta pakankamai informacijos, leidžiančios manyti, kad tarp tiriamųjų buvo pacientų, sergančių glioblastoma ar didelio laipsnio glioma.
- Publikacijos anglų kalba.

Atmetimo kriterijai:

- Straipsniai, senesni nei 10 metų.
- Tyrimai, kurių dalyviai buvo nepilnamečiai pacientai.
- Straipsniai, tiesiogiai nesusiję su įveikos strategijomis ar jų įtaka pacientų gyvenimo kokybei

Lentelė. Rezultatų lentelė

Table. Table of Results

Autoriai	Publikavimo metai	Metodologinis tipas	Imtis / populiacija	Naudoti įrankiai	Pagrindiniai radiniai (susiję su įveikos strategijomis)
L. Guariglia ir kt.	2021	Perspektyvusis, tęstinis tyrimas	Pacientai, sergantys glioblastoma, ir jų globėjai (n=24 poros)	Mini-MAC, HAD, EQ-5D	Pradinėje ligos stadijoje dominavo pacientų kovingumas ir vengimas, o recidyvo metu dažniausiai jie rinkosi susitaikymą su likimu, bejėgiškumą. Pacientų ir globėjų įveikos stiliai buvo glaudžiai susiję, globėjų strategijos dažnai atspindėjo arba papildė pacientų pasirinkimus.
K. Baumstarck ir kt. [16]	2018	Tęstinis tyrimas	Pacientai, sergantys didelio laipsnio glioma, ir jų globėjai (n=38 poros)	PGI, EORTC QLQ-C30, CarGOQoL, Brief COPE	Globėjams problemų įveikimas ir pozityvus mąstymas didino gyvenimo kokybės rodiklius. Vengimas pacientams siejosi su geresne gyvenimo kokybe, o globėjams – su prastesne. Pacientams socialinės paramos strategija pradinėje stadijoje buvo susijusi su prastesne gyvenimo kokybe, tačiau globėjų pasitelkiama socialinė parama reikšmingai pagerino paciento gyvenimo kokybę po trijų mėnesių.
K. Baumstarck ir kt. [17]	2016	Skerspjūvio tyrimas	Pacientai, sergantys didelio laipsnio glioma, ir jų globėjai (n=42 poros)	PGI, EORTC QLQ-C30, CarGOQoL, Brief COPE	Įveika elgesiu ir pozityvus mąstymas davė teigiamų rezultatų tik globėjams, pacientų gyvenimo kokybei reikšmingos įtakos neturėjo. Vengimo strategijos pacientams buvo naudingos, globėjams jos dažniau siejosi su prastesne gyvenimo kokybe. Socialinė parama globėjams buvo itin reikšminga – ji pagerino tiek jų pačių, tiek pacientų gyvenimo kokybę, nors pacientams pradinėje ligos stadijoje ji buvo susijusi su tam tikru gyvenimo kokybės pablogėjimu.
M. L. Fahrenholtz ir kt. [13]	2019	Pusiausrygiuotus interviu	Pacientai, sergantys pirmine glioma (n=5)	Interviu	Pacientai naudojo dvi pagrindines įveikos strategijas: emocinės įveikos (ji padėdavo atsiriboti nuo ligos ir suvaldyti ligos ir jos gydymo sukeltas emocijas) ir įveiką elgesiu (orientuota į ligos sukeltų problemų aktyvų sprendimą). Šių skirtingų strategijų naudojimas leido jaustis pajėgiems valdyti ligos iššūkius, išlaikant emocinį stabilumą ir kasdienės veiklos kontrolę.
M. A. Baba ir N. Adali [15]	2021	Sisteminė apžvalga	Buvo atrinkta 13 tyrimų	Du autoriai ieškojo informacijos naudodamiesi <i>PubMed</i> , <i>Science Direct</i> , <i>Scopus</i> ir <i>Google Scholar</i>	Skirtingos įveikos strategijos daro įvairų poveikį glioblastomos pacientų gyvenimo kokybei: problemų sprendimas ir pozityvus mąstymas ją gerina, socialinė parama kartais mažina, o vengimas kai kuriais atvejais suteikia teigiamų rezultatų, mažindamas emocinę įtampą.

K. Sutton ir kt. [14]	2023	Tęstinis, fenomenologinis-interpretacinis tyrimas	Pacientai, sergantys glioblastoma (n=15)	Interviu	Glioblastomos pacientai įvairiai taikė strategijas, orientuotas į normalaus gyvenimo išlaikymą, tikslų nustatymą ir socialinę paramą; šios strategijos padėjo išsaugoti subjektyvią jų gyvenimo gerovę. Kasdienės veiklos ir trumpalaikių tikslų siekimas mažino emocinį stresą ir stiprino savarankiškumo jausmą, o ilgalaikiai tikslai suteikė vilties ir prasmės. Individualizuota parama, kurią teikė patikimi sveikatos priežiūros specialistai, padėjo pacientams labiau kontroliuoti savo ligą ir stabilizuoti emocinę būklę.
L. Dinapoli ir kt. [21]		Perspektyvusis stebimasis daugiacentris tyrimas	Pacientai, sergantys glioblastoma (n=104)	Pusiau struktūruotas interviu, DT, HAD, FACIT-Sp-12, SBI-15R, CD-RISC	Dauguma pacientų (81,7 %) nurodė, kad jų gyvenime svarbus dvasinis aspektas. Dvasinės gerovės komponentai – prasmingumas ir ramybė, reikšmingai koreliavo su aukštesniais atsparumo rodikliais, pabrėžiant dvasinės gerovės svarbą ligos įveikai.
D. M. Randazzo ir kt. [20]	2021	Retrospektyvusis skerspjūvio tyrimas	Pirminio smegenų naviko diagnozę turintys pacientai (n=606)	FACIT-Sp-12, FACT-Br, FACT-G, FACIT-F	Dvasinė gerovė, apimanti prasmingumo ir ramybės jausmą, reikšmingai susijusi su mažesne įtampa ir didesniais atsparumo rodikliais. Pacientai, kurių dvasinė gerovė ir atsparumas buvo aukštesni, pasižymėjo geresniu išgyvenamumu. Dvasinė gerovė yra svarbus veiksnys, stiprinantis atsparumą ir padedantis susidoroti su ligos iššūkiais.

Santrumpos: Mini-MAC – Mini-Mental Adjustment to Cancer; HAD – Hospital Anxiety and Depression Scale; EQ-5D – EuroQol-5 Dimension Health Questionnaire; PGI – Patient-Generated Index; EORTC QLQ-C30 – European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30; CarGOQoL – CareGiver Oncology Quality of Life; Brief COPE – Brief Coping Orientation to Problems Experienced; DT – Distress Thermometer; FACIT-Sp-12 – Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being; SBI-15R – System of Beliefs Inventory; CD-RISC – Connor-Davidson Resilience Scale; FACT-Br – Functional Assessment of Cancer Therapy – Brain; FACT-G – Functional Assessment of Cancer Therapy – General; FACIT-F – Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue.

REZULTATŲ APTARIMAS

Įveikos strategijos sergant glioblastoma ir jų dinamika

Pacientų ir globėjų įveikos strategijos dinamiškai keičiasi pagal ligos sukeltus psichologinius ir fizinius iššūkius [12]. Ligos priėmimas yra procesas: greitai nustatyta diagnozė suteikia žmonėms aiškumo ir leidžia adekviau įvertinti realybę [13]. Įveikos strategijos gali kisti įvairiais ligos etapais ir yra veikiamos daugelio veiksnių, tokių kaip gyvenimo kokybę palaikančios aplinkybės, kognityvinės funkcijos, įvairūs psichologinio streso aspektai, klinikinė būklė ir ligos suvokimas [12].

M. L. Fahrenholtz ir kt. atlikto pacientų, sergančių glioblastoma, tyrimo rezultatai atskleidė dvi pagrindines įveikos strategijas: emocijomis grįstas ir problemų sprendimo. Emocijomis grįstos įveikos padeda išgyventi ligos sukeltas sunkias emocijas. Pavyzdžiui, atsiribojimas nuo ligos ar susitelkimas į kasdienius rūpesčius suteikė pacientams tam tikrą psichologinį stabilumą. Problemų sprendimo strategijos, siekiant tęsti savo įprastą veiklą ir išlaikyti kuo normalesnį gyvenimo ritmą nesusitelkiant vien tik į ligą, suteikė pacientams kontrolės jausmą, galimybių veikti. Emocinis palaikymas padėjo tyrimo dalyviams išvengti izoliacijos ir rasti jėgų tęsti kasdienį gyvenimą, o socialinė parama buvo itin svarbi pacientų psichologinei jausenai gyvenant su liga [13].

K. Sutton ir kt. tyrimo akcentuojama, kad normalumo išlaikymas buvo esminis elementas, leidęs pacientams susidoroti su liga ir išsaugoti subjektyvią gerovę. Pacientai siekė

tęsti įprastas kasdienes veiklas (pvz. namų ruošos darbai), kurios suteikė jiems tikslą, tapatybės ir savo gyvenimo kontrolės jausmus. Kasdienės mažos užduotys padėjo jaustis naudingiems ir nepriklausomiems, net jei liga riboja gebėjimus. Kai kurie pacientai orientavosi į ilgalaikius tikslus – šeimos švenčių planavimą ar vaikų ateities užtikrinimą, kas suteikė viltį ir prasmės jausmą. Tyrimo dalyviai, teikę pirmenybę trumpalaikiams tikslams, siekė sumažinti emocinį krūvį, neigiamas mintis dėl tolimesnės ateities. Šios strategijos leido išlaikyti pusiausvyrą tarp vilties ir realistiško požiūrio į savo ligos eigą [14].

Tyrimo autoriai L. Guariglia ir kt. analizavo glioblastoma sergančių pacientų ir jų globėjų pasirenkamų įveikų kaitą esant ligai. Pradinėje ligos stadijoje tyrime dalyvavę pacientai dažniausiai rinkosi kovojimo ir vengimo strategijas – atitinkamai 70 % ir 75 % pacientų. Šiek tiek rečiau pacientai rėmėsi fatalizmu (33 %), kuris koreliavo su prastesniu subjektyviu gyvenimo kokybės vertinimu. Nerimastingai susitelkę į ligą buvo 25 % tyrimo dalyvių; aukštas nerimo lygis buvo reikšmingai susijęs su šia įveika. Recidyvo metu įveikos strategijos keitėsi – kovojimas ir tikėjimas neišvengiama lemtimi tapo dominuojančiomis įveikomis (kiekvieną pasirinko po 60 % pacientų), o vengimas sumažėjo iki 50 %. Pacientai, patiriantys didelį nerimą ar depresijos simptomus, dažniau buvo nerimastingai susitelkę į ligą ir beprarandantys viltį. Šie duomenys rodo, kad psichologinė būseną ir ligos stadiją turi reikšmingą įtaką pacientų įveikos strategijų pasirinkimui [7].

Ligos užkluptų pacientų ir jų globėjų santykis dažnai kinta, sustiprėja dėl bendro susidūrimo su ligos iššūkiais ir tarpusavio paramos poreikio. Pacientams padidėjusi priklausomybė nuo kitų dažnai kelia emocinį diskomfortą. Kai kurie K. Sutton ir kt. tyrimo dalyviai išsakė nusivylimą dėl savo pasikeitusių lygiaverčių partnerių santykių, kurie tapo labiau panašūs į globėjo ir paciento. Ši priklausomybė dažnai kenkė tapatybės jausmui, ypač kai pacientai jautėsi negalintys prisidėti prie šeimos gyvenimo [14]. L. Guariglia ir kt. tyrimas parodė, kad ligos eigoje keičiasi pacientų ir globėjų įveikos strategijos, kurios tarpusavyje yra glaudžiai susijusios. Pradinėje ligos stadijoje 58 % porų demonstravo komplementarias strategijas: pacientai, beprarandantys viltį, turėjo globėjus, linkusius į nerimastingą susitelkimą į ligą, o fatalizmu tikintys pacientai turėjo kovoti nusiteikusius globėjus. 42 % porų pasirinko simetriškas strategijas, dažniausiai abi pusės pasiryžusios kovoti arba bejėgiškai pasiduoti. Recidyvo atveju dominavo bejėgiškumo-beviltiškumo strategijos [7]. K. Sutton ir kt. tyrimas išskyrė nuoseklios ir individualizuotos paramos svarbą. Patikimo sveikatos priežiūros specialisto buvimas leido pacientams jaustis labiau kontroliuojantiems savo ligą ir gydymą. Ši parama mažino neužtikrintumą, padėjo įveikti emocinę įtampą ir skatino aktyvų dalyvavimą kasdieniame gyvenime [14].

Apibendrinant galima teigti, kad glioblastoma sergantys pacientai ligos eigoje renkasi įvairias įveikos strategijas, kurių dinamika kinta. Artimieji ir globėjai, sveikatos priežiūros specialistai ženkliai prisideda prie pacientų siekio suvaldyti ligą ir jos keliamus gydymo iššūkius bei išlaikyti subjektyvią gerovę.

Įveikos strategijų poveikis gyvenimo kokybei

Analizuojant pacientų ir globėjų įveikos strategijas, išryškėjo skirtingų įveikos būdų įtaka gyvenimo kokybės aspektams. M. A. Baba ir kt. sisteminė apžvalga atskleidė, kad skirtingos įveikos strategijos daro reikšmingai įvairų poveikį glioblastomos pacientų gyvenimo kokybei. Pacientai, taikantys problemų sprendimo būdus ir orientuoti į pozityvų mąstymą, pasiekė aukštesnius gyvenimo kokybės rodiklius bendros sveikatos ir pažintinių funkcijų srityse. Pacientų vengimo strategijos, nors laikomos mažiau veiksmingomis dėl laikino emocinės įtampos sumažėjimo, buvo siejamos su geresniais gyvenimo kokybės rezultatais. Socialinę paramą, didėjančią pacientų priklausomybei nuo kitų asmenų, tyrimų dalyviai siejo su sumažėjusiu gyvenimo kokybės vertinimu [15]. Pacientų ir jų globėjų gyvenimo kokybės vertinimai tiek pradinėje stadijoje, tiek recidyvo metu buvo glaudžiai susiję. L. Guariglia ir kt. tyrime pacientų savo gyvenimo kokybės vertinimas atitiko globėjų pateiktus rezultatus. Abu šie vertinimai koreliavo su pacientų funkcinio statusu – prastesnė klinikinė būklė buvo susijusi su blogesne tiek pacientų, tiek globėjų suvokiama gyvenimo kokybe [7].

K. Baumstarck ir kt. tyrime glioblastoma sergančių pacientų įveikos strategijos buvo suskirstytos į keturias pagrindines grupes: problemų sprendimą, vengimą, pozityvų mąstymą ir orientaciją į socialinę paramą. Problemų įveikimas ir pozityvus mąstymas buvo reikšmingi tik globėjams: kai jie naudojo šias strategijas pradinėje ligos stadijoje jų gyvenimo kokybės

rodikliai po trijų mėnesių buvo geresni. Pacientams šios strategijos neturėjo reikšmingo poveikio. Vengimo strategijos davė skirtingus rezultatus. Pacientams jos buvo naudingos ir susijusios su geresne gyvenimo kokybe (fizinio ir vaidmenų funkcionavimo srityse). Globėjams vengimas buvo mažiau naudingas ir susijęs su prastesne gyvenimo kokybe (administravimo, finansų, savivertės ir asmeninio gyvenimo srityse). Socialinė parama, nors svarbi abiem grupėms, turėjo skirtingą poveikį. Pacientai, naudojantys socialinės paramos įveikos strategijas pradinėje ligos stadijoje, pateikė prastesnius gyvenimo kokybės rodiklius (vaidmenų ir socialinio funkcionavimo srityse). Globėjai, teikdami sveikatos priežiūrą savo artimiesiems, socialinę paramą vertino aukštesniais gyvenimo kokybės rodikliais. Globėjų suteikta socialinė parama reikšmingai pagerino pacientų gyvenimo kokybę po trijų mėnesių [16].

Šie rezultatai atskleidžia, kad glioblastoma sergančių pacientų ir jų globėjų pasirenkamos skirtingos įveikos strategijos turi tiek teigiamą, tiek neigiamą poveikį jų gyvenimo kokybei, priklausomai nuo ligos etapų [17].

Dvasinė gerovė ir jos reikšmė įveikos procese

Atsparumas yra gebėjimas sėkmingai prisitaikyti, kai susiduriama su sunkumais, trauma, tragedija, grėsmėmis ar reikšmingais streso šaltiniais. Ši gebėjimą lemia sudėtinga biologinių, psichologinių, socialinių ir kultūrinių veiksnių sąveika, kuri formuoja asmens reakcijas į stresines situacijas. Atsparumas gali keistis priklausomai nuo daugybės skirtingų veiksnių, įprasminimo [18]. Prasme grįstos įveikos komponentai – dvasinė gerovė ir tikėjimas, padeda onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams susidoroti su diagnozės ir gydymo iššūkiais. Dvasinės gerovės elementai, tokie kaip prasmės paieška, vidinė ramybė ir tikėjimas, yra susiję su mažesniu pacientų nerimo ir depresijos lygiu, geresne jų emocine ir kognityvine funkcija bei aukštesne gyvenimo kokybe, stiprinančia ryšius su artimaisiais [19].

D. M. Randazzo ir kt. tyrimas atskleidė reikšmingą sąsają tarp dvasinės gerovės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės. Glioblastoma sergantys pacientai, kurie patyrė aukštesnę dvasinę gerovę, pateikė geresnius savo fizinės, emocinės ir socialinės gyvenimo kokybės rodiklius. 80 % tyrimo dalyvių teigė tikintys Dievą ar aukštesnę jėgą. Nepaisant sudėtingos piktybinio smegenų naviko prognozės ir gyvenimo kokybei daromos neigiamos įtakos, dauguma pacientų tęsė religines praktikas po diagnozės. Kai kurie pacientai teigė, kad religija suteikė jiems ramybės ir prasmės. Įdomu, kad Dievo tikėjimas ar maldos praktika neturėjo tiesioginio ryšio su pacientų gyvenimo kokybe. Egzistenciniai dvasinės gerovės aspektai, tokie kaip prasmė ir vidinės ramybės jausmas, turėjo stipresnį poveikį gyvenimo kokybei nei religiniai veiksniai (specifiniai įsitikinimai ar religinės praktikos) [20]. Panašūs duomenys buvo pateikti ir L. Dinapoli tyrime. Didžioji dalis tyrime dalyvavusių glioblastoma sergančių pacientų (81,7 %) teigė, kad jų gyvenime svarbus dvasinis aspektas, ir išreiškė Dievo tikėjimą. Tikėjimu grįsti dvasinės gerovės komponentai – prasmingumas ir ramybė, reikšmingai koreliavo su mažesniu psichosocialiniu stresu ir aukštesniais atsparumo rodikliais.

Dvasinė gerovė ir atsparumas buvo glaudžiai susiję. Tai rodo, kad dvasinė gerovė gali būti viena iš atsparumo stiprinimo priemonių. Tyrimo dalyvių, kurie turėjo didesnę atsparumą, išgyvenamumas buvo geresnis, palyginti su pacientais, kurių atsparumas buvo mažesnis [21].

Šie duomenys leidžia teigti, kad dvasinės gerovės stiprinimas, orientuotas į prasmingumo ir ramybės puoselėjimą, gali reikšmingai pagerinti pacientų gyvenimo kokybę.

IŠVADOS

1. Glioblastoma sergantys pacientai naudoja emocinę įveiką ir įveiką elgesiu. Dažniausiai pasirenkamos įveikos yra kovojimas, vengimas ir tikėjimas neišvengiama lemtimi.

2. Problemų sprendimo ir vengimo įveikos strategijų naudojimas susijęs su aukštesniais glioblastoma sergančių pacientų gyvenimo kokybės rodikliais.

3. Glioblastoma sergančių pacientų ir jų globėjų įveikos strategijos dinamiškai keičiasi, priklausomai nuo fizinių ir psichologinių iššūkių bei ligos stadijos.

4. Globėjų teikiama socialinė parama reikšmingai pagerina pacientų gyvenimo kokybę, tačiau didėjanti pacientų priklausomybė nuo artimųjų gali mažinti jų gyvenimo kokybės subjektyvų vertinimą.

5. Dvasinė gerovė, apimanti prasmingumo ir ramybės jausmą, mažina glioblastoma sergančių pacientų išgyvenamą stresą, didina atsparumą ir reikšmingai pagerina subjektyviai suvokiamą gyvenimo kokybę.

Gauta: 2025 01 27 Priimta spaudai: 2025 02 09

Summary

COPING STRATEGIES AND THEIR SIGNIFICANCE IN GLIOBLASTOMA: A LITERATURE REVIEW

Toma Misiulytė, Giedrė Bulotienė

Introduction. Glioblastoma, accounting for 48.6% of primary malignant brain tumours, is the most aggressive form, severely impairing the quality of life of patients and caregivers due to neurological, cognitive, and emotional symptoms. Fear of death, physical decline, and disease burden prompt the search for effective coping strategies.

Aim. This study analyses coping strategies used by glioblastoma patients and their caregivers and their impact on managing disease-related challenges.

Methods. A literature review was conducted using PubMed with keywords: “coping,” “coping strategies,” “coping mechanisms,” “coping style,” “glioblastoma,” “high-grade glioma,” and “glioma.” Eight articles focusing on coping strategies of glioblastoma patients and caregivers were reviewed.

Results. Coping strategies change over time. Early stages often involve fighting and avoidance, while recurrence sees fatalism and helplessness. Problem-solving and positive thinking improved caregivers’ quality of life but had limited effects on patients. Avoidance strategies showed situational benefits for patients, enhancing some quality-of-life metrics but negatively affected caregivers. Spiritual well-being, offering meaning and calm, reduced stress, increased resilience, and improved quality of life and survival rates.

Conclusions. Coping strategies in glioblastoma evolve and impact patients and caregivers differently. Spiritual well-being plays a crucial role in enhancing emotional resilience and quality of life.

Keywords: coping strategies, high-grade glioma, brain tumours, quality of life, patients and caregivers.

LITERATŪRA

1. Grochans S, Cybulska AM, Simińska D, Korbecki J, Kojder K, Chlubek D, et al. Epidemiology of glioblastoma multiforme – Literature review. *Cancers* 2022; 14(10): 2412.
2. Wirsching HG, Galanis E, Weller M. Glioblastoma. In: Berger MS, Weller M, eds. *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier; 2016, p. 381–97. (Gliomas; vol. 134)
3. Czarnywojtek A, Borowska M, Dyrka K, Van Gool S, Sawicka-Gutaj N, Moskal J, et al. Glioblastoma multiforme: The latest diagnostics and treatment techniques. *Pharmacology* 2023; 108(5): 423–31.
4. Weller M, Van den Bent M, Preusser M, Le Rhun E, Tonn JC, Minniti G, et al. EANO guidelines on the diagnosis and treatment of diffuse gliomas of adulthood. *Nat Rev Clin Oncol* 2020; 18(3): 170.
5. Schaff LR, Mellinghoff IK. Glioblastoma and other primary brain malignancies in adults: A review. *JAMA* 2023; 329(7): 574.
6. Erfani M, Baharvand H, Jafari S, Karami M, Rezaei N, Morad G, et al. Health-related quality of life and emotional well-being in patients with glioblastoma and their relatives. *J Neurooncol* 2020; 148(2): 359–67.
7. Guariglia L, Ieraci S, Villani V, Tanzilli A, Benincasa D, Sperati F, et al. Coping style in glioma patients and their caregiver: Evaluation during disease trajectory. *Front Neurol* 2021; 12: 709132.
8. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company; 1984.
9. DeLongis A, Puterman E. Coping skills. In: Fink G, ed. *Encyclopedia of stress*. 2nd ed. New York: Academic Press; 2007, p. 578–84.
10. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping* 2008; 21(1): 3–14.
11. Zucca A, Lambert SD, Boyes AW, Pallant JF. Rasch analysis of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (mini-MAC) among a heterogeneous sample of long-term cancer survivors: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10(1): 55.

12. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer* 2016; 122(13): 2110–6.
13. Fahrenholtz ML, Hansen A, Søgaard K, Andersen LN. Finding ‘the inner drive’ for a rehabilitation process: A small-scale qualitative investigation among male patients with primary glioma. *BMJ Open* 2019; 9(12): e031665.
14. Sutton K, Moore J, Armes J, Briggs E. Perceptions and experiences of the subjective well-being of people with glioblastoma: A longitudinal phenomenological study. *Neurooncol Pract* 2023; 10(1): 79–88.
15. Baba MA, Adali N. Neurocognitive state and quality of life of patients with glioblastoma in Mediterranean countries: A systematic review. *Ann Palliat Med* 2021; 10(11): 11980–93.
16. Baumstarck K, Chinot O, Tabouret E, Farina P, Barrié M, Campello C, et al. Coping strategies and quality of life: A longitudinal study of high-grade glioma patient-caregiver dyads. *Health Qual Life Outcomes* 2018; 16: 157.
17. Baumstarck K, Leroy T, Hamidou Z, Tabouret E, Farina P, Barrié M, et al. Coping with a newly diagnosed high-grade glioma: Patient-caregiver dyad effects on quality of life. *J Neurooncol* 2016; 129(1): 155–64.
18. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatology* 2014; 5: 10.3402/ejpt.v5.25338.
19. Chaar EA, Hallit S, Hajj A, Aaraj R, Kattan J, Jabbour H, et al. Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: An observational transversal study. *Support Care Cancer* 2018; 26(8): 2581–90.
20. Randazzo DM, McSherry F, Herndon JE, Affronti ML, Lipp ES, Miller ES, et al. Spiritual well-being and its association with health-related quality of life in primary brain tumor patients. *Neurooncol Pract* 2021; 8(3): 299–309.
21. Dinapoli L, Caliendo M, Chiesa S, Marconi E, Capocchiano ND, Mazzarella C, et al. Resilience and spiritual well-being as resources for coping with radiotherapy and surviving in patients with glioblastoma. *Palliat Support Care* 2024; 1–9.