



Viti i IX-të i Botimit, Nr.2,
Dhjetor 2018

EFIKASITETI I TERAPISË GJITHËPËRFSHIRËSE MBI CILËSINË E JETËS SË PACIENTIT NEUROKIRURGJIKAL

Suela Kalaja*, Anita Pilika**, Artan Simaku***

*Universiteti Europian i Tiranës

**Shërbimi Psikiatrik, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë

***Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Adresë kontakti: artan.simaku@gmail.com

Përmbledhje

Kanceri si një sëmundje, ashtu si edhe terapitë që merren me trajtimin e tij, tregon se pacientët kalojnë trauma të mëdha, të ndryshme nga një person në tjetrin, dhe këta persona reagojnë në mënyra të ndryshme.

Qëllimi i këtij studimi është vlerësimi i ndikimit të familjarit/të afërmit të pacientit në një sëmundje të rëndë kirurgjikale, në efikasitetin e trajtimit psikologjik dhe në ofrimin e mbështetjes së nevojitur. Studimi është kryer në periudhën 2015-2016 në Departamentin e Neuro-Onkologjisë të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë. Është përdorur metodologjia krahasimore - ndërhyrja individuale me ndërhyrjen gjithëpërfshirëse në grup. Fillimisht është kryer prezantimi me rastin, evidentimi i rastit nga mjeku, takimi dhe marrja e informacionit nga familjaret. Janë kryer tri takime para operatore me pacientin, dy me familjarët, 7-15 seanca terapeutike pas ndërhyrjes kirurgjikale dhe 2-5 seanca si ambulator për pacientin dhe familjarin përgjegjës. Seancat gjatë hospitalizimit janë kryer në varësi të gjendjes së pacientit gati çdo ditë, 55 min - 1 orë, ndërsa pas daljes nga spitali 1-2 herë në vit për aq kohë sa dukej e nevojshme. Studimi u krye me 120 pacientë me tumore cerebrale të hospitalizuar, të ndarë në dy grupe. Grupi I, 60 pacientë kanë kryer terapi individuale. Grupi II, 60 pacientë kanë kryer terapi individuale, si dhe janë ofruar edhe seanca këshillimi për familjaret e tyre (n=60). Instrumentet e përdorur në studim janë: pyetësori mbi nivelin e stresit, ankthit dhe depresionit – varianti shqiptar, dhe dy pyetësorë për cilësinë e jetës së pacientit me sëmundje tumorale dhe të familjarit, të rekomanduara nga organizata europiane për studimin dhe trajtimin e kancerit. Organizimi i një ndërhyrjeje të këtij lloji do të thotë krijimi i një qasjeje shumëdisiplinore dhe ndërdisiplinore, me qëllim që të adresojë personin e sëmurë në tërësinë e tij, dhe në këtë mënyrë të përmbushë nevojat e tij.

Fjalë çelës: *kancer cerebral, pacient, psikoterapi, familjar.*

EFFICACY OF COMPREHENSIVE THERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF NEUROSURGICAL PATIENT

Abstract

Cancer as a disease and therapies administered for its treatment indicate that patients undergo major trauma, different from one person to another, and these individuals react differently. The purpose of this study is to assess the impact of the patient's caregivers on a serious surgical illness, on the effectiveness of psychological treatment and the provision of necessary support. The study was conducted in the period 2015-2016 at the Department of Neuro-Oncology of the University Hospital Center "Mother Theresa" in Tirana. Comparative methodology has been used - individual intervention with involvement in the group. Presentation on case, case recording by physician, meeting and receiving information from family members were initial steps of the study. Three preoperative meetings with the patient were conducted and two with family members. 7-15 therapeutic sessions took place after surgery and 2-5 sessions as outpatient and the responsible caregiver. Psychotherapy sessions during the hospitalization were performed depending on the condition of the patient almost every day, 55 minutes - 1 hour, while after leaving the hospital 1-2 once a year as long as it was deemed necessary. The study involved 120 hospitalized patients with cerebrovascular disease divided into two groups. Group I - 60 patients performed individual therapy; Group II - 60 patients performed individual therapy and counselling sessions were provided for their family members (caregivers) (n = 60). The instruments used in the study are: Questionnaire on the level of, Depression, Anxiety and Stress - the Albanian version, and two questionnaires on the quality of life of a patient with cancer and the caregiver as recommended by the European cancer research and treatment organization.

The implementation of such an intervention means the creation of a multidisciplinary and interdisciplinary approach in order to address the ill person in its entirety and thus to meet his/her needs.

Key words: *cerebral cancer, patient, psychotherapy, caregiver.*

Hyrje

Objektivi i psikologjise është zakonisht ta ndihmojë pacientin të kthehet në paqe dhe ekuilibër në momentin që shfaqet destabilizimi i situatës, të nxisë dëshirën dhe vullnetin e pacientit për të ndihmuar veten e tij. Kjo nuk është gjithmonë e lehtë, shpesh është një sfidë. Çdo çështje na ofron mënyra të ndryshme për të arritur prosperitet, edhe pse të gjithë puqen në pikat e përbashkëta (1). Karakteristikat e pacientëve me kancer ndryshojnë shumë në varësi të rastit. Përvojat e pacientit të hospitalizuar: Edhe pse spitali ka për qëllim trajtimin, dhe ndoshta kurimin e pacientin, kjo ngjarje sjell me vete stresin e një ndryshimi të madh. Pacienti, tashmë i gjymtuar nga sëmundja, merret me aspekte të ndryshme të gjendjes së tij të re: në spital si një mjedis fizik dhe social; marrëdhënia me stafin e spitalit; frika dhe nevoja për siguri të vazhdueshme dhe më në fund, në disa raste, problemet psikologjike të lidhura me sëmundjet progresive dhe terminale. Ka, pra, një numër të faktorëve objektivë që secili ka për t'u përbashkuar në spital dhe ka një numër faktorësh personalë, psikologjikë dhe socialë, që shkojnë për të bashkëvepruar duke i dhënë reagime të ndryshme (2). Pacienti dhe mjekësia e brendshme: Mjedisi fizik i spitalit i shkakton ankth dhe acarim, ndjenjën e kërcënimit, frustrimit dhe depresionit për një sërë faktorësh, duke përfshirë: ndarjen nga familja, braktisjen e zakoneve të vjetra, organizimin dhe përshtatjen me oraret e spitalit, kufizimet e hapësirës personale, humbjen e intimitetit dhe identitetit personal të simboleve (për shembull, subjekti është i detyruar të veshë një këmishë laboratorit, duke i dhënë rrobat e tij), etj. I shqetësuar tashmë për sëmundjen e tij, pacienti duhet të tregojë se procesi i përshtatjes me realitetin e ri (i cili në qoftë se nuk mbështetet në mënyrë adekuate, mund të çojë në dështim) nuk mund të jetë pa dhimbje (3).

Ankthi është një përvojë shumë e zakonshme, transversal për të gjitha aspektet dhe fazat e shtrimit në spital. Ai shprehet përmes ndryshimeve fiziologjike, siç janë ritmet e gjumit dhe nivelet e larta të nervozizmit. Ndërhyrja farmakologjike nuk do të zgjidhë problemin. Për mjetet e regresionit, shihet kthimi në një fazë të hershme të zhvillimit, me zbatimin e sjelljes tipike të kësaj faze. Për më tepër, për shkak se depresioni është konsideruar si një reagim normal për humbjen e imazhit të personit të shëndetshëm që subjekti ka në vetvete, është e përshtatshme të lehtësojë tejkalimin nëpërmjet një mirëkuptimi për qëndrimin. Izolimi është pasojë e drejtpërdrejtë e një marrëdhënieje të vështirë terapeutike dhe për këtë arsye, dështim për t'u përshtatur me situatën nga ana e pacientit. Çështja kryesore është, pra, se marrëdhëniet e stafit të spitalit me pacientin, në vend që ta vënë theksin të sëmundja, e vënë theksin në suksesin e terapive të tyre (4). Duhet të lëvizet nga një pamje tradicionale mjekësore e konceptit të sëmundjes dhe kujdesit, duke u përqendruar në patologjitë, për një qasje të orientuar për shëndetin dhe personin, me marrjen e vetëdijes jo vetëm të aspekteve fizike, por edhe karakteristikat psikologjike dhe sociale të secilit individ. Pacienti kronik: Sëmundja kronike e detyron personin për të ndryshuar, ndonjëherë në

mënyrë të pandërgjegjshme, si në marrëdhëniet me të tjerët dhe me veten e tyre, si pranimin e mënyrës së re të jetës dhe humbjen graduale (të shëndetit, integritetit fizik, normalitetit, lirisë); implikimet psikologjike dhe të sjelljes që ndikojnë në vetëbesimin dhe identitetin personal. Përsëri është i nevojshëm një proces interaktiv, në gjendje për të ndihmuar pacientin të mësojë në lidhje me sëmundjen nga e cila ai po vuan, për të kuptuar terapitë, për të ndarë këtë informacion me familjen e tij; të gjitha në mënyrë që ta lejojnë atë për të menaxhuar kujdesin në mënyrë të vetëdijshme dhe për të rritur aftësitë e tyre të vetëvlerësimit. Në këtë mënyrë mund të parashikohen edhe ndërlikimet e mundshme që rrjedhin nga sjellja jo e duhur. Në lidhje me pacientin që vuan nga kanceri, shpesh psikologët dhe/ose psikoterapistët, pyesin për shembull, për përfitimet reale të punës së tyre, apo edhe vetëm për të dëgjuar vuajtjet e klientit, duke marrë informacion për emocionet negative dhe ndjenjat e frikës dhe ankthit që përjetojnë pacientët. Ndryshimet fizike dhe emocionale me të cilat përballen pacientët gjatë terapive, çojnë në një mënyrë të re të funksionimit të mendjes njerëzore të individit në momentin që e ardhmja e tij është e pasigurt. Duke pasur parasysh se thelbësore për anën psikologjike është që të krijojë një marrëdhënie autentike dhe të thellë me konsumatorin, kapacitetet e forta e të ndjeshme mund të bëhen një burim i frustrimit për aspektin profesional, i cili është gjetur si një mundësi për të bashkëvepruar me njerëzit që vuajnë. Nga identifikimi që është krijuar, ai e drejton mjekun për të eksperimentuar me ankthet e të njëjtit pacient. Është gjithashtu e vështirë për të kuptuar se si duhet të kryhet një ndërhyrje psikologjike kur kushtet fizike dhe objektive përkeqësohen.

Kjo rrezikon që pacientët të përjetojnë konfuzionin terapeutik, merakun, dyshimin, fajin, trishtimin, irritimin dhe shumë pyetje, si dhe një dhimbje të shurdhër, një bllokim pothuajse total të operacioneve të saj. Duke punuar me pacientët e prekur nga kanceri, vihet re që merr edhe një kënaqësi të madhe. Së pari, për shkak se, duke mos qenë se të gjithë vuajnë nga kjo sëmundje e pashërueshme, në shumë raste ne peshojmë mungesën e dëmit (5). Pacientët, pra, në një mënyrë apo një tjetër, mundohen gjithmonë të tregojnë mirënjohjen dhe vlerësimin për punën e terapistit. Puna në onkologji është edhe një përvojë në rritje. Ajo lejon për të miratuar një sërë përvojash humanitare, që përbëjnë një nxitje për pacientët që ta jetojnë jetën e tyre sa më të plotë. Qëllimi i këtij studimi është vlerësimi i ndikimit të familjarit/të afërmit të pacientit më një sëmundje të rëndë kirurgjikalë, në efikasitetin e trajtimit psikologjik dhe ofrimin e mbështetjes së nevojitur.

Materiali dhe Metoda

Tema e këtij punimi lidhet me vlerësimin e ndikimit të familjarit/të afërmit të pacientit me një sëmundje të rëndë kirurgjikalë, në efikasitetin e trajtimit psikologjik dhe ofrimin e mbështetjes së nevojitur.

Studimi është kryer në periudhën 2015-2016 në Departamentin e Neuro-Onkologjisë të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë.

Studimi u krye me 120 pacientë me tumore cerebrale të hospitalizuar.

- a) Grupi I - 60 pacientë kanë kryer terapi individuale.
- b) Grupi II - 60 pacientë kanë kryer terapi individuale dhe janë ofruar edhe seanca këshillimi për familjarët (n=60).

Është administruar pyetësi DASS në fillim të hospitalizimit dhe në fund të terapisë.

Instrumentet për mbledhjen e të dhënave janë pyetësorë me pikëzim, të cilët aplikohen të pacientët dhe familjarët e tyre.

Shkalla e Depresionit ka nënshkallë që vlerësojnë disforinë, dëshpërimin, zhvlerësimin e jetës, vetëzhvlerësimin dhe mungesën interesit/përfshirjes, anhedonian, dhe incerinë. Shkalla e ankthit vlerëson emocionet autonome, efekte të muskujve skeletikë, ankthin sipas situatës, dhe përvojën subjektive të afektit ankthioz.

Shkalla e stresit ka nënshkallë të cilat japin të dhëna mbi eksitimën jo kronik të shoqëruar me vështirësi në relaksim, nervozizëm dhe rënie në gjendje mërzie ose acarimi shumë të shpejtë, acarim dhe reagim të skajshëm, si dhe padurim.

-Pyetësi - EORTC QLQ-C30 versioni 3.0, i cili është instrumenti më i zakonshëm i përdorimit të *Cilësisë së jetës së pacientit lidhur me shëndetin*, është një pyetësor specifik për kancerin me 30 pika që matin cilësinë e jetës në pacientët e kancerit (6,7). EORTC QLQC30 përfshin pesë shkallë funksionale, nëntë simptoma dhe pikat e përgjithshme të pyetësit.

-Pyetësi CarGOQoL - ne kemi përdorur pyetësin specifik Care Giver Oncology Quality of Life (CarGOQoL), instrument i vetadministruar, i përbërë nga 29 pyetje bazuar në pikëpamjen ekskluzive të kujdestarëve për vlerësimin e ndikimit të kancerit dhe trajtimin e tij (8).

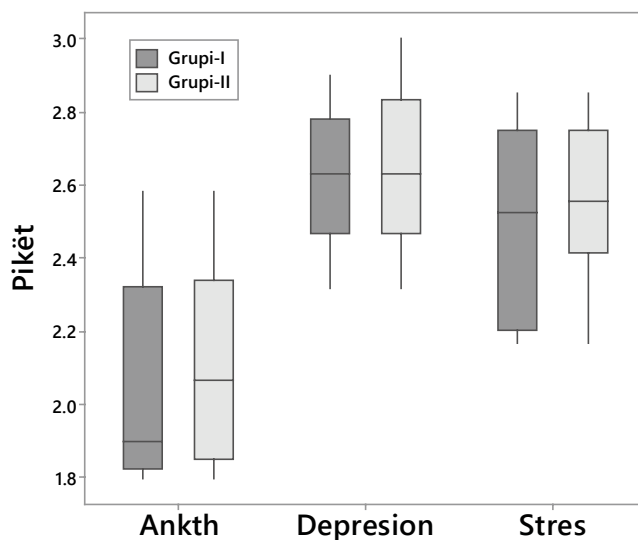
Rezultate

Mosha mesatare e pacientëve në studim ishte 52.1 (13.4) vjeç, me rang 18-70 vjeç. Pacientët u ndanë në dy grupe me nga 60 pacientë secili grup (Tabela 1).

Tabela 1. Karakteristikat e pacientëve në studim

Variablat	N	%
Gjinia		
Femra	45	37.5
Meshkuj	75	62.5
Mosha, M SD	52.1 (13.4)	
Grupmosha		
18–29	14	11.7
30–39	15	12.5
40–49	22	18.3
50–59	31	25.8
60–70	38	31.7
Gjendja civile		
Beqarë	21	17.5
Martuar	93	77.5
të ve	6	5.0
Niveli i arsimimit		
8-vjeçar	16	13.3
I mesëm	67	55.8
I lartë	45	37.5

Nivelet e depresionit, ankthit dhe stresit janë matur te dy grupet e pacientëve dhe te familjarët e tyre para dhe pas terapisë (Figura 1).

**Figura 1. Krahasimi i mesatareve të pacientëve sipas DASS para terapisë**

Pas terapisë vërehet ulje domethënëse e nivelit të depresionit, ankthit dhe stresit te të dy grupet e pacientëve, krahasuar me nivelet para terapisë. Nga krahasimi ndërmjet grupeve, rezulton që ulja e nivelit të depresionit, ankthit dhe stresit është me e lartë në grupin II, familjarët e të cilëve gjithashtu kanë ndjekur terapisë ($p < 0.01$).

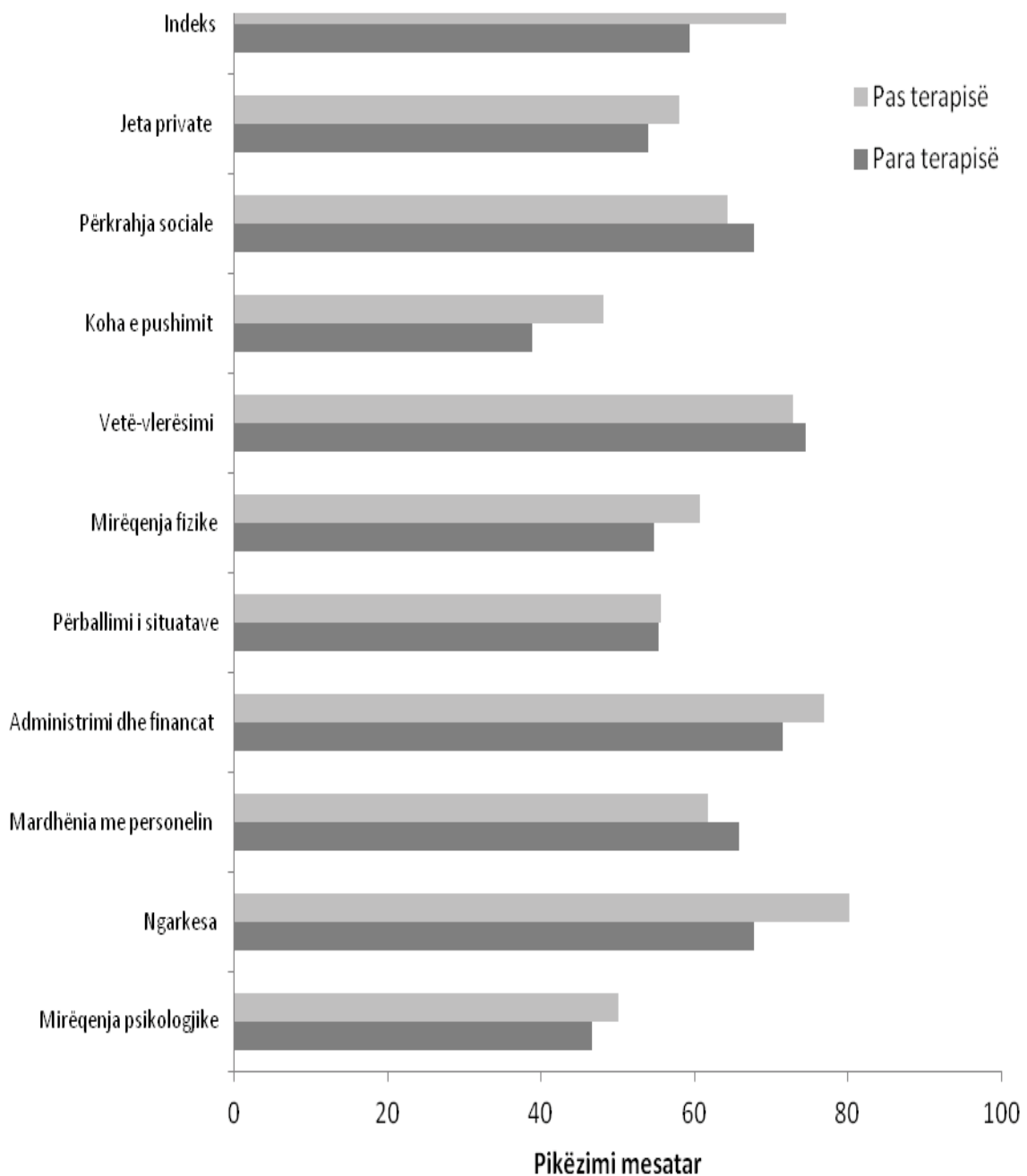


Figura 2. Krahasimi i mesatareve të pyetësorit mbi cilësinë e jetës para dhe pas terapisë

Diskutim

Në përputhje me literaturën, shumica e familjarëve ishin partnerë të pacientit dhe më shumë se dy të tretat ishin femra. Siç sugjeron hulumtimi i fundit, cilësia e jetës së familjarëve është e kompromentuar nga sëmundja dhe trajtimi i saj. Familjarët përjetuan simptoma të depresionit, ankthit, simptomave psikosomatike, çrregullim në marrëdhëniet intime dhe në shëndetin e tyre. Siç pritej, statusi funksional i pacientëve ishte i ndërlidhur me cilësinë e jetës së familjarëve. Ashtu siç pritej, statusi funksional i pacientëve korrelohet me cilësinë e jetës së familjarëve (9).

Ngarkesa e rritur në studimin tonë mund të jetë për shkak të veçorive të tumoreve të trurit. Ndryshe nga familjarët që kujdesen për pacientë me sëmundje të tjera, familjarët e pacientëve me tumor të trurit duhet të menaxhojnë ndërlikimet që rezultojnë, siç janë konfuzioni, deliri, halucinacionet ose sjelljet e dhunshme. Gjithashtu, pacientët me tumor të trurit shpesh zhvillojnë humbje të pavarësisë, krahasuar me pacientët e tjerë në lidhje me varësinë e tyre nga nevoja për ndihmë me aktivitetet e jetës së përditshme, si: veshja, ecja brenda shtëpisë dhe banja e tyre, e cila rrit barrën e ngarkesës për familjarët e tyre. Vështirësitë me aktivitetet e përditshme janë më pak të raportuara nga familjarët e tjerë (10, 11). Sigurisht, një barrë e lartë tashmë është shoqëruar me kujdesin për anëtarët e familjes me nevoja komplekse për kujdes. Siç është raportuar nga Parvataneni et al., kujdestarët e pacientëve me tumor të trurit kanë raportuar pakënaqësi, sepse ata kanë më pak kohë për nevojat e tyre personale, dhe kjo mund të jetë pasojë e drejtpërdrejtë e rritjes së ngarkesës. Këta familjarë gjithashtu raportuan nivel më të lartë të dobësisë fizike dhe më shumë vështirësi me administrimin dhe financat në krahasim me kujdestarët e tjerë, gjë që mund të shpjegohet me probleme në lidhje me aktivitetet instrumentale të jetës së përditshme, siç janë: transporti, lavanderia dhe pazaret (12). Në fakt, varësia e pacientëve me këto aktivitete duket të jetë shkak kryesor për lodhjen e kujdestarëve të tyre. Kanceri si një sëmundje, ashtu edhe terapitë që merren me trajtimin e saj, tregojnë se pacientët kalojnë trauma të mëdha, të ndryshme nga një person në tjetrin, dhe këta persona reagojnë në mënyra të ndryshme. Ndihma për një qenie njerëzore për të pranuar sëmundjen dhe të pranojë trajtimin e saj, është një detyrë e domosdoshme. Kjo sepse vendosja e një diagnoze është vendimtare për gjendjen emocionale të pacientit. Një diagnozë e tumorit të trurit është një ngjarje tronditëse që mund të prishë jetën e një personi. Pastaj ai duhet të marrë një frymë të thellë dhe të përgatitet për të luftuar për të jetuar me këtë sëmundje. Është e rëndësishme të ndihmohet pacienti të bëjë zgjedhje të vështirë të trajtimit më të efektshëm nga pikëpamja klinike, duke respektuar në të njëjtën kohë nevojat e tij personale. Në këtë proces komunikimi mjek - pacient luan rol kyç (13). Psikologu, për më tepër, do të ndihmojë pacientin për të marrë një qëndrim proaktiv gjatë trajtimit, e cila është thelbësore për të lejuar atë që të arrijë një ekuilibër, të paktën të pjesshëm, *status quo*-ja që i lejon atij për të bërë pyetje dhe të këmbëngulë derisa përgjigjet nuk do të jenë të qarta. Një rast i detajuar vetë është gjithmonë i parapëlqyeshëm për

pasigurinë dhe shpjegimet e pamjaftueshme apo për të kuptuar sa duhet. Kontributi i informacionit në përgjithësi është i rëndësishëm, veçanërisht në kontekstin e onkologjisë, ku pasiguria është më e shpeshtë (14). Por pritet ekzistojnë si në lidhje me përmbajtjen e informacionit mbi faktin se si është përcjellë, ashtu edhe si mund të ndryshojë nga individ në individ. Disa pacientë duan informacion të plotë dhe të saktë në lidhje me sëmundjen dhe prognozën, dhe dëshirojnë të marrin pjesë në vendimet e trajtimit. Të tjerë dëshirojnë të jenë të informuar në nivelin më të lartë, por të mos lënë asnjë vendim në dorë të mjekëve (15, 16). Disa dëshirojnë që mjekët t'u afrohen për t'i ndihmuar në lidhje me problemet e tyre psikologjike, dhe të tjerë akoma parapëlqejnë maturi në këtë drejtim.

Është gjithashtu e rëndësishme që të dy palët, pacientët së bashku me kujdesin shëndetësor profesional, të caktojnë objektivat e tyre të trajtimit. Nevoja për të ndihmuar dhe për të ngushëlluar mund të duket shumë gjatë trajtimit, sepse më në fund në atë kohë, më shumë se në çdo kohë tjetër, kërkohet ndërhyrja e anëtarëve të familjes dhe të gjithë atyre me të cilët subjekti ka hyrë më parë në lidhje të sinqerta të miqësisë. Këta njerëz janë të domosdoshëm për të mbështetur përmirësimin e jetës së një pacienti me tumor të trurit (17, 18).

Niveli i depresionit, ankthit dhe stresit para terapisë është pothuajse i njëjtë te të dy grupet e pacientëve. Ashpërsia e shkallës DASS para terapisë është pothuajse e njëjtë për pacientët e të dy grupeve. Pacientët e të dy grupeve kanë nivel të moderuar të ankthit dhe nivel shume të ashpër të stresit dhe të depresionit. Pas terapisë vërehet ulje domethënëse e nivelit të depresionit, ankthit dhe stresit te të dy grupet e pacientëve, krahasuar me nivelet para terapisë. Nga krahasimi ndërmjet grupeve u gjet që ulja e nivelit të depresionit, ankthit dhe stresit është më e lartë në grupin II, familjarët e të cilëve gjithashtu kanë ndjekur terapinë. Pas terapisë, ashpërsia e shkallës DASS është më e lartë për pacientët e grupit I, të cilët kanë nivel të ashpër të DASS, ndërsa pacientët e grupit II kanë nivel të moderuar të DASS.

Pas terapisë u gjet përmirësim i cilësisë së jetës te pacientët e grupit I në pikëzimin global dhe në nënshkallët funksionale: fizike dhe emocionale. Pas terapisë u gjet përmirësim i cilësisë së jetës te pacientët e grupit II në pikëzimin global dhe në nënshkallët funksionale: fizike, emocionale, njohëse, funksionim social dhe nënshkallën e simptomave: lodhje, konstipacion.

Pas terapisë rezulton që përmirësimi i cilësisë së jetës lidhur me pikëzimin e përgjithshëm te pacientët e grupit II, është më i lartë krahasuar me pacientët e grupit I. Nga familjarët, femrat kanë nivele më të larta të stresit, ankthit dhe depresionit, krahasuar me meshkujt. Familjarët me nivel më të mirë ekonomik kanë nivele më të larta të stresit dhe depresionit, krahasuar me ata me nivel jo të mirë ekonomik. Pas terapisë rezultoi një përmirësim domethënës i cilësisë së jetës së familjarëve në indeksin e përgjithshëm dhe në nënshkallët: ngarkesa, marrëdhënia me personelin, administrimi, financat, mirëqenia fizike, koha e pushimit, jeta private.

Përfundime

Qëllimi i psiko-onkologjisë është të inkurajojë individët duke i siguruar një përshtatje më të mirë në lidhje sëmundjen nëpërmjet të kuptuarit të saj dhe përmes promovimit të një qëndrimi aktiv dhe pozitiv (përballimin) kundër rrjedhës së trajtimit; si dhe sigurimin e pacientëve me informacion të qartë dhe të saktë mbi aspekte të ndryshme të sëmundjes, të zbatojë komunikim të mirë ndërmjet pacientit dhe ekipit të trajtimit; për të inkurajuar pacientët për një përfshirje aktive në menaxhimin e kujdesit (19, 20).

Organizimi i një ndërhyrjeje të këtij lloji do të thotë krijimi i një qasjeje shumëdisiplinore dhe ndërdisiplinore, me qëllim që të adresojë personin e sëmurë në tërësinë e tij, dhe në këtë mënyrë të përmbushë nevojat e tij të përgjithshme.

Është e rëndësishme të kujtojmë në fund se sëmundja është shëruar në përputhje me fazën e zhvillimit në të cilën subjekti e gjen veten e tij: aftësia e psikologut klinik është që të përshtatë ndërhyrjen e tij, që të jetë në përputhje me nevojat që kanë subjektet.

Referenca

1. Aaronson NK, Taphoorn MJ, Heimans JJ, Postma TJ, Gundy CM, Beute GN, et al. Compromised health-related quality of life in patients with low grade glioma. *Journal of Clinical Oncology* 2011;29:4430–5.
2. Armstrong TS, Grant R, Gilbert MR, Lee JW, Norden AD. Epilepsy in glioma patients: mechanisms, management, and impact of anticonvulsant therapy. *Neuro-oncology* 2016;18(6):779–89.
3. Armstrong TS, Vera-Bolanos E, Acquaye AA, Gilbert MR, Ladha H, Mendoza T. The symptom burden of primary brain tumours: evidence for a core set of tumour and treatment related symptoms. *Neuro-oncology* 2016;18(2): 252–60.
4. Cavers D, Hacking B, Erridge SE, Kendall M, Morris PG, Murray SA. Social, psychological and existential well-being in patients with glioma and their caregivers: a qualitative study. *Canadian Medical Association Journal* 2012;184(7): E373–82.
5. Choi CW, Stone RA, Kim KH, Ren D, Schulz R, Given CW, et al. Group-based trajectory modelling of caregiver psychological distress over time. *Annals of Behavioral Medicine* 2012;44(1):73–84.
6. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R. Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adults patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* (2013) 31:782–93. doi:10.1200/JCO.2011.40.8922

7. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ (1993) The European Organization for Research and Treatment of Cancer EORTC C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of National Cancer Institute*, 85:365–376
8. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curan D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Study Group (2001) The EORTC QLQ-C30 scoring manual, 3rd edn. European Organization for Research and Treatment of Cancer, Brussels.
9. Durand T, Bernier MO, Leger I, Taillia H, Noel G, Psimaras D, et al. Cognitive outcome after radiotherapy in brain tumour. *Current Opinion in Oncology* 2015;27(6):510–5.
10. Glantz MJ, Chamberlain MC, Liu Q, Hsieh CC, Edwards KR, Van Horn A, et al. Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. *Cancer* 2009;115(22):5237–42.
11. Jiang Y, Terhorst L, Donovan HS, Weimer JM, Choi CW, Schulz R, et al. Locke-Wallace short marital-adjustment test: psychometric evaluation in caregivers for persons with primary malignant brain tumour. *Journal of Nursing Measurements* 2013;21(3):502–15.
12. Macartney G, Harrison MB, VanDenKerkhof E, Stacey D, McCarthy P. Quality of life and symptoms in paediatric brain tumour survivors: a systematic review. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2014;31(2):65–77.
13. Minaya P, Baumstarck K, Berbis J, Goncalves A, Barlesi F, Michel G, et al. The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL): development and validation of an instrument to measure the quality of life of the caregivers of patients with cancer. *European Journal of Cancer* 2012;48(6):904–11.
14. Moore G, Collins A, Brand C, Gold M, Lethborg C, Murphy M, et al. Palliative and supportive care needs of patients with high-grade glioma and their carers: a systematic review of qualitative literature. *Patient Education and Counseling* 2012;91(2):141–53.
15. Mukand JA, Blackinton DD, Crincoli MG, Lee JJ, Santos BB. Incidence of neurologic deficits and rehabilitation of patients with brain tumours. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2001;80(5):346–50.
16. Ownsworth T, Goadby E, Chambers SK. Support after brain tumour means different things: family caregivers' experiences of support and relationship changes. *Frontiers in Oncology* 2015;5(33):eCollection 2015.

17. Rooney AG, Carson A, Grant R. Depression in cerebral glioma patients: a systematic review of observational studies. *Journal of the National Cancer Institute* 2011;103(1):61–76.
18. Sterckx W, Coolbrandt A, Dierckx de Casterle B, van den Heede K, Decruyenaere M, Borgenon S, et al. The impact of a high-grade glioma on everyday life: a systematic review from the patient's and caregiver's perspective. *European Journal of Oncology Nursing* 2013;17(1):107–17.
19. Taphoorn MJB, Claassens L, Aaronson NK, Coens C, Mauer M, Osoba D, et al. An international validation study of the EORTC brain cancer module (EORTC QLQ-BN20) for assessing health-related quality of life and symptoms in brain cancer patients. *European Journal of Cancer* 2010;46 (6):1033–40.
20. van Loon EM, Heijenbrok-Kal MH, van Loon WS, van den Bent MJ, Vincent AJ, de Koning I, et al. Assessment methods and prevalence of cognitive dysfunction in patients with low grade glioma: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2015;47(6):481–8.



**SHKENCAT
E APLIKUARA
DHE
EKONOMIKE**

SEKSIONI 3

