

# Vähipatsientide elukvaliteet ja seda mõjutavad tegurid Eestis

Gerli Paat-Ahi<sup>1,2</sup>, Riina Sikkut<sup>1</sup>, Vootele Veldre<sup>1</sup>

**Taust.** Eestis diagnoositakse igal aastal umbes 7000 uut vähijuhtu ning hinnanguliselt elab Eestis kokku 40 000 vähidiagnoosi saanud inimest. Vähidiagnoos mõjutab tugevalt nii inimese elu üldiselt kui ka tema hinnanguid elukvaliteedile.

**Eesmärk.** Selgitada välja vähipatsientide hinnangud oma elukvaliteedile ja seda mõjutavad tegurid Eestis.

**Metoodika.** Uuringu sihtrühmaks olid kõik Eestis elavad vähidiagnoosi saanud inimesed, kellele jagasid küsimustikke onkoloogiaosakonnad ja vähiliit ning kes kutsuti meedia kaudu üles täitma küsimustikku ka internetis. Uuritavad pidid täitma WHOQOL-BREF elukvaliteedi küsimustiku. Kokku laekus 513 täidetud küsimustikku.

**Tulemused.** Vähipatsientide küsitluse tulemuste põhjal mõjutas vähihaigete hinnanguid elukvaliteedile kõige enam füüsiline tervis ja uuritavate hinnangud olid füüsilisele tervisele kehvemad kui teistele elukvaliteeti mõjutavatele teguritele. Kõige paremad olid hinnangud sotsiaalsetele suhetele. Vähihaigete hinnanguid elukvaliteedile mõjutavad ka isiklikud uskumused ning sotsiaal-majanduslikud näitajad nagu haridustase ja tööturustaatus.

**Järeldused.** Vähidiagnoosiga inimeste hinnanguid elukvaliteedile mõjutab kõige enam nende füüsiline tervis – kaasuvate haiguste olemasolu, aktiivse ravi kestus, füüsilised vaevused jms. Samas võivad hinnangud varieeruda ka haridustasemest, tööturustaatuses, isiklikest uskumustest ja soost lähtudes.

Vähk on Eestis levinud haigus, mis on surmapõhjuste hulgas vereringeelundite haiguste järel teisel kohal. 2011. aastal registreeriti Eestis 3682 vähisurmajuhtu, mis moodustas 24% kõigist surmadest (1). Eestis elab hinnanguliselt 35 000 – 40 000 vähidiagnoosiga isikut, kellel vähiregistri 2008. aasta andmete põhjal esines üle 45 060 vähijuhtu. Vähipaikmete seas on sagedasim nahavähk, teisel kohal rinnavähk (2).

Elukvaliteeti on suhteliselt raske määratleda ning inimesed mõistavad seda erinevalt. Elukvaliteet on n-ö lai mõiste, mida mõjutab nii rahulolu elu ja maailmaga, tervislik seisund, elatustase, tööhõive, suhted, haridus kui ka vaba aja veetmise võimalused. Tervishoiuga seotud küsimustikes on elukvaliteet tihti kohaldatud spetsiaalselt nende aspektide suhtes, mis mõjutavad otseselt tervist või haigusi, ning sellest on tulnud ka mõiste „tervisega seotud elukvaliteet” (3).

Eri uuringute kohaselt mõjutavad hinnanguid elukvaliteedile kõige enam füüsilised, psühholoogilised ja majanduslikud tegurid. Füüsilistest teguritest mõjutavad elukvaliteedi hinnanguid eelkõige vähihaiguse ja -raviga kaasnevad vaevused nagu valu, kurnatus, tegutsemisvõime muutused jms (4–6). Psühhosotsiaalsetest teguritest mõjutavad vähihaigete elukvaliteeti kõige enam haigusega kaasnev meeleolu ja suhted lähedastega (7). Majanduslikest teguritest avaldavad mõju nii haigusega seotud kulutused kui ka töö- ja/või töövõime kaotus (8, 9). Mitmed uuringud on näidanud, et isiklikud uskumused (uskumine millessegi või kellessegi, sh ka paranemisse, ja see ei pruugi olla religiooniga seotud) mõjutavad hinnanguid elukvaliteedile (10–12). Vähihaiged, kes usuvad kellessegi või millessegi, ei lange nii tihti depressiooni, on sotsiaalselt aktiivsemad ja suhtlevad rohkem teiste inimestega. Nende hinnangud elukvalitee-

Eesti Arst 2014;  
93(1):15–22

Saabunud toimetusse:  
08.08.2013  
Avaldamiseks vastu võetud:  
05.12.2013  
Avaldatud internetis:  
31.01.2014

<sup>1</sup> Poliitikauuringute Keskus  
Praxis, <sup>2</sup> Tartu Ülikool

Kirjavahetajaautor:  
Gerli Paat-Ahi  
gerli.paat@praxis.ee

Võtmesõnad:  
vähk, vähipatsient,  
elukvaliteet

dile on paremad kui mitteuskujate omad. Mõne uuringu kohaselt on ka uskuvate vähihaigete ravi tulemused paremad (13).

Erinevate patsiendirühmade hinnanguid oma elukvaliteedile on Eestis uuritud suhteliselt vähe, seni on tehtud uuringuid näiteks alkoholisõltuvusega (14), krooniliste haiguste ja puudega (15), HIV (16), insuldihaigete (17) kohta. Mingil määral on uuritud ka vähihaigete elukvaliteeti, kuid seda kas konkreetse vähipaikme järgi või siis seoses ravimeetodite mõjuga elukvaliteedile.

Selleks et erinevatel vähipatsientidega tegelevatel osapooltel oleks võimalik parendada nende elukvaliteeti, on oluline kõigepealt välja selgitada nende hinnangud sellele. Seetõttu korraldati uuring, mille eesmärgiks oli selgitada välja võimalused parandada Eesti vähipatsientide elukvaliteeti. Muu hulgas oli eesmärgiks kirjeldada ja iseloomustada vähihaigete sotsiaaldemograafilisi näitajaid ning nende elukvaliteeti elukvaliteedi mõõtmise instrumendi WHOQOL-BREF alaskaalade kaudu (füüsiline heaolu, psühholoogiline heaolu, sotsiaalsed suhted, keskkond).

## Uurimismaterjal ja -meetodid

Uurimistöö valimisse kuulusid kõik vähidiagnoosi saanud inimesed Eestis (olenevatest vähidiagnoosi saamise ajast, kasvaja asukohast ja iseloomust). Hinnanguliselt elab Eestis umbes 40 000 vähidiagnoosi saanud inimest. Uuringusse kaasatud valimi suuruse arvestamisel võeti arvesse usaldusvahemikku 95%, marginaalset veapiiri 5% ning kogupopulatsiooni (40 000). Nimetatud parameetreid arvesse võttes leidsime, et küsimustiku peaks täitma vähemalt 381 vähidiagnoosi saanud inimest. Kokku vastas küsimustikule 513 uuritavat, analüüsikõlblikke ankeete oli 491.

Andmete kogumine algas pärast Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt loa (protokoll nr 218/M-16) saamist 27.07.2012 ning kestis kuni 09.11.2012. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning andmekogumine anonüümne. Anonüümsuse tagamiseks ei kogutud isikulisi andmeid nagu nimi või sünnikuupäev. Küsimustikuga oli kaasas informeerimisleht. Küsimustikud olid nii eesti kui ka vene keeles.

28.07.2012 koguti andmeid vähiliidu korraldatud suvelaagris Nelijärvel, kuhu olid kogunenud elu jooksul vähidiagnoosi saanud inimesed. Ankeete käis kohapeal

jagamas poliitikauuringute keskuse Praxise analüütik, kes vajaduse korral vastas täiendavatele küsimustele. Kokku koguti laagrist 76 ankeeti. Lisaks saadi vähiliidu kaudu veel 17 ankeeti ning posti teel laekus 11 ankeeti.

Tartu Ülikooli Kliinikumi ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla onkoloogiaosakondades olid küsimustikud patsientidele kättesaadavas kohas (kas valveõe või registraatori laua juures) ning uuritavad täitsid küsimustikke kohapeal ja panid seejärel täidetud küsimustiku suletud kogumiskasti. Küsimustiku täitjatel oli võimalik selgitusi küsida ka kohalolnud õdede või arstide käest. Tartu Ülikooli Kliinikumist laekus 52 ankeeti ning Põhja-Eesti Regionaalhaiglast 161 ankeeti.

Küsimustikele sai vastata ka interneti teel ning sealt laekus 174 küsimustikku. Kokku saadi 491 analüüsis kasutatavat ankeeti.

Käesolevas artiklis on elukvaliteedi mõiste aluseks võetud WHO definitsioon. WHO on elukvaliteeti defineerinud kui inimese subjektiivset hinnangut oma positsioonile elus väärtussüsteemi ja kultuurikeskkonna kontekstis, kus hinnangud on seotud inimese ootuste, eesmärkide, elustandardite ja tajutud probleemidega (18).

WHOQOL-BREF elukvaliteedi küsimuste analüüsimisel kasutati WHO heakskiidetud ning üldtunnustatud meetodikat. WHO väljatöötatud elukvaliteedi määramise lühiküsimustiku WHOQOL-BREF (*WHO Quality of Life Instrument*) on eestindatud Tallinna Tehnikaülikooli Eesti elukvaliteedi keskus ja selle on heaks kiitnud WHO (19). WHOQOL-BREF hõlmab elukvaliteedi kontseptsioonist lähtuvalt nelja valdkonda, mis koosnevad 24 tegurist. Igale tegurile annab vastuse üks küsimus.

Teguritele antavad hinnangud, mida mõõdetakse 5pallisel Likerti skaalal, saadakse küsimustele antud punktide liitmise teel. Tegurite minimaalne punktisumma on 4 ja maksimaalne 20 punkti. Tegurite suurem punktisumma viitab paremale elukvaliteedi hinnangule mingi teguri raames. Erandiks on tegurid nagu valu, negatiivsed elamused ja sõltuvus ravimitest, kus kogutud väiksem punktisumma viitab elukvaliteedi paremale tajule. Skaalade suuna ühtlustamiseks kasutatakse nende tegurite puhul skaala pööratud väärtusi (19). Küsimustik koosnes neljast valdkonnast: igapäeva eluga toimetulek (energia; uni, liikuvus, igapäeva elulised tegevused, sõltuvus ravimitest, töövõime); minapilt

ja eneseväarikus (positiivsed-negatiivsed emotsioonid, mõtlemine, õppimine, mälu, tähelepanu, enesehinnang, välimus); personaalsed ja ühiskondlikud suhted (isiklikud suhted, sotsiaalne toetus, seksuaalelu); sise- ja välised ressursid (raha; vabadus, turvalisus ja julgeolek; tervishoiuteenuste kättesaadavus; kodune keskkond; teabe kättesaadavus; vaba ja puhkeaja võimalused; füüsiline keskkond; transpordivõimalused).

Kirjeldava analüüsi põhilise meetodina kasutati sagedustabeleid. Pidevate tunnuste korral leiti põhilised kirjeldavad statistikud: keskväärtus, 95% usaldusvahemik, miinimum, maksimum. Tulemuste analüüsimiseks ja rühmadevaheliste erinevuste kontrolliks kasutati STATA 12 klassikalist kahte rühma võrdlevat testi. Erinevust, mille puhul  $p < 0,05$ , hinnati statistiliselt oluliseks. Lisaks analüüsiti valdkondade kaupa küsimusi logistilise regressioonanalüüsiga.

Andmeid analüüsiti järgmiste rühmade kaupa: kaasuvate haiguste ja haigusteta vastajate, aktiivravi saavate ja lõpetanute, soo ja isiklike uskumuste põhjal. Muu hulgas on ära toodud uuritavate enda toodud elukvaliteeti mõjutavad tegurid.

## Tulemused

Uuritavatest oli naisi 72,6%. Uuritavate keskmine vanus oli 58,5 aastat (noorim 20- ja vanim 92aastane). Uuritavaid oli kõigist maakondadest, kõige enam Harjumaalt (37%), ning 72% elas linnas. 86,2% ankeetidest olid eestikeelsed ja 13,8% venekeelsed.

Patsientide sotsiaaldemograafilised andmed on toodud tabelis 1. Abielus või vabaabielus oli 66% uuritavatest, üksi elavaid patsiente oli 27,2% ning muu leibkonna koosseisu (elas näiteks ema-isaga vms) märkis end 6,8% patsientidest. Haridustasemeks oli kõige enam märgitud kesk(eri)haridus või kutseharidus (47%) ning kõrgharidus (sh magistri- või doktorikraad) oli 45%-l uuritavatest.

**Tabel 1.** Uuritavate sotsiaaldemograafilised tunnused

Tunnused	Arv	%
<b>Sugu</b>		
Mees	132	27,4
Naine	350	72,6
<b>Leibkonna koosseis</b>		
Elab abikaasaga/elukaaslasega/lastega	314	66,1
Elab üksi	129	27,2
Muu	32	6,8
<b>Elukoht</b>		
Linn	349	72,4
Maa	133	27,4
<b>Haridus</b>		
Algharidus	11	2,3
Põhiharidus	34	7,1
Kesk(eri)haridus või kutseharidus	226	47
Kõrgharidus	165	34,3
Magistri- või doktorikraad	45	9,4
<b>Tööturustaatus</b>		
Õpib	10	2,0
Töötab	182	37
Haiguse tõttu töölt eemal	65	13,2
Lapsega kodus	7	1,4
Töötu	16	3,3
Pensionär	244	49,6

Staatuse järgi tööturul märkis ennast pensionäriks 49,6% vastanutest, samas oli 65aastaseid ja vanemaid kokku 39%. 37% uuritavatest töötas ning haiguse tõttu oli töölt eemal 13,2%. Uuritavate sotsiaal-demograafilised tunnused on kirjeldatud tabelis 1.

Küsimustikus päriti, mil määral annavad isiklikud uskumused (sh usk) jõudu eluraskustega toimetulekuks. Uuritavatest 6%-le ei andnud üldse, 15%-le andsid väga vähe, 29%-le andsid keskmiselt, 32%-le palju ning 18%-le andsid isiklikud uskumused väga palju jõudu. Need uuritavad, kellel olid tugevamad isiklikud uskumused, andsid

**Tabel 2.** Elukvaliteedi keskmised indeksid, 95% usaldusvahemik ning miinimum- ja maksimumväärtused

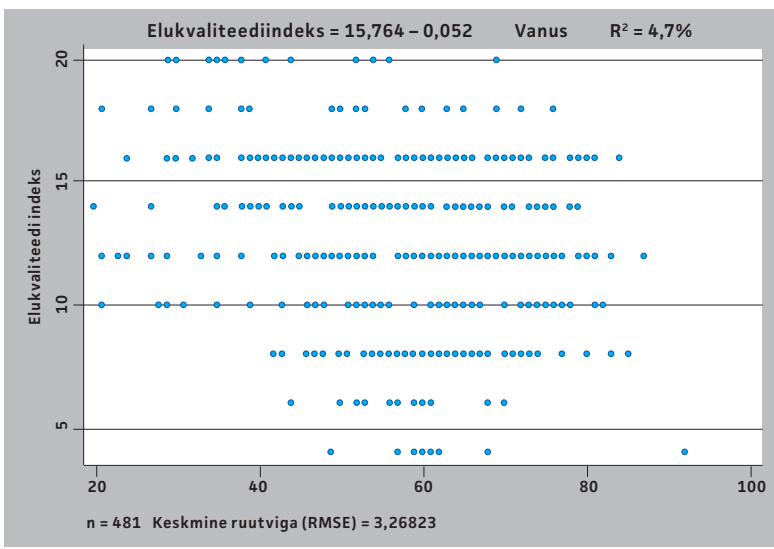
Elukvaliteet	Keskmine	95% usaldusvahemik	Min	Max
Elukvaliteedi indeks	12,7	12,39–12,98	4	20
Füüsiline tervis	12,3	12,07–12,39	6	18,4
Psühholoogiline heaolu	12,4	12,18–12,58	6	19,3
Sotsiaalsed suhted	13,8	13,52–14,08	4	20
Keskkond	13,4	13,20–13,65	6	20

oma elukvaliteedile parema hinnangu kui need, kes uskusid vähe või ei uskunud üldse.

Võrreldes elukvaliteedi dimensioone üksteisega, ilmneb, et väiksema väärtusega olid füüsiline tervis ja psühholoogiline heaolu. Samas esineb väikseim väärtus sotsiaalsete suhete valdkonnas (vt tabel 2).

Joonisel 1 on toodud vanuse ja elukvaliteedi hinnangute suhe. Paremad hinnangud oma elukvaliteedile on noorematel inimestel ja vanuse suurenedes muutuvad hinnangud ka kehvemaks.

Peaaegu pooltel uuritavatel (47%) kestis küsitluse ajal aktiivne ravi, s.t nad said küsitluse hetkel kas keemia- ja/või kiiritusravi või kirurgilist ravi. Aktiivravi mõjutas kõige enam patsientide hinnanguid füüsilisele tervisele ja psühholoogilisele heaolule. Hinnangud füüsilisele tervisele olid paremad nendel uuritavatel, kellel aktiivravi oli lõppenud, ning psühholoogilist heaolu hindasid samuti kõrgemalt need uuritavad, kellel aktiivne ravi oli lõppenud (vt tabel 3). Füüsilise heaolu aspektist erinesid kõige enam füüsilise valu, meditsiinilise abi ning tööjõudluse hinnangud. Aktiivravi saavad patsiendid hindasid füüsilist valu rohkem takistavaks teguriks kui ravi lõpetanud ( $p = 0,014$ ) ning samuti vajasis nad rohkem meditsiinilist abi igapäevaelus toimetulekuks ( $p = 0,007$ ). Oma tööjõudlusega olid aga rohkem rahul aktiivravi mittesaajad. Aktiivravi mittesaajatel olid samuti paremad hinnangud oskusele elu nautida, elu tähendusrikkusele, keskendumisvõimele, oma välimusele ning iseendale.



Joonis 1. Hinnang elukvaliteedile vanuse järgi.

Soo järgi erinesid kõige enam vastused liikumisvõime kohta, kus naised hindasid oma liikumisvõimet halvemalt ( $p = 0,001$ ), ning une kohta, kus meeste rahulolu oma unega oli halvem ( $p = 0,040$ ). Hinnangud psühholoogilisele heaolule olid meestel paremad kui naistel ( $p = 0,028$ ). Samuti erinesid hinnangud välimusega rahulolule, kus mehed olid oma välimusega vähem rahul kui naised ( $p = 0,005$ ), ning negatiivsetele meeleoludele, kus naistel esines negatiivseid tundeid rohkem kui meestel ( $p = 0,004$ ). Hinnangud sotsiaalsetele suhetele ning elukeskkonnale meestel ja naistel oluliselt ei erinenud.

Üle pooltel uuritavatest (59,2%) esinesid erinevad kaasuvad haigused. Hinnangud füüsilisele tervisele kaasuvate haigustega ja kaasuvate haigusteta uuritavatel oluliselt ei erinenud. Kõige rohkem erinesid hinnangud füüsilisele valule: need, kellel kaasuvaid haigusi ei olnud, hindasid füüsilist valu rohkem takistavaks teguriks kui need, kellel kaasuvad haigused olid. Hinnangud elukeskkonnale olid paremad neil, kellel kaasuvaid haigusi ei olnud. Kõige enam erinesid hinnangud turvalisusele: uuritavad, kellel olid kaasuvad haigused, hindasid igapäevast turvalisust madalamalt kui need, kellel kaasuvad haigused puudusid ( $p = 0,014$ ).

Uuritavatel, kes uskusid kellessegi või millessegi, olid hinnangud piisava igapäevaelu-energia kohta paremad ( $p = 0,001$ ). Psühholoogilise heaolu aspektist olid nn uskujate hinnangud elu tähendusrikkusele kõrgemad kui mitteuskujatel ( $p = 0,003$ ). Samuti hindasid uskujad paremini oma isiklike suhteid võrreldes mitteuskujatega ( $p = 0,005$ ). Uskujate ja mitteuskujate hinnangud elukeskkonnale oluliselt ei erinenud (vt tabel 3).

Kõrgharidusega uuritavad hindasid oma tööjõudlust enam kui madalama haridustasemega isikud ( $p = 0,004$ ). Psühholoogilise heaolu aspektidest erinesid hinnangud kõige rohkem keskendumisele, kus kõrgharidusega uuritavad suutsid paremini keskenduda kui kõrghariduseta ( $p = 0,020$ ). Hinnangud sotsiaalsetele suhetele haridustasemete oluliselt ei erinenud. Keskonnateguritest erinesid hinnangud kõige enam vaba aja veetmise üritustega seoses, kus kõrgema haridustasemega uuritavad hindasid vaba aja veetmise võimalusi paremini ( $p = 0,000$ ).

Tööturul aktiivsete ja mitteaktiivsete kõige suuremad erinevused esinesid energia, liikumisvõime ja tööjõu osas. Tööturul aktiivsed uuritavad hindasid võrreldes mitteaktiivsetega kõrgemaks oma igapäevaeluks vajatavat energiat ( $p = 0,009$ ), liikumisvõimet ( $p = 0,002$ ) ning tööjõudlust ( $p = 0,001$ ). Psühholoogilise heaolu aspektist erinesid kõige enam hinnangud elu nautimisele: tööturul aktiivsed uuritavad hindasid palju kõrgemalt oma võimet elu nautida kui mitteaktiivsed ( $p = 0,002$ ). Samuti hindasid tööturul aktiivsed kõrgemalt oma seksuaalsuhteid ( $p = 0,025$ ), vaba aja veetmise võimalusi ( $p = 0,000$ ) ning nende rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavusega oli samuti parem ( $p = 0,008$ ).

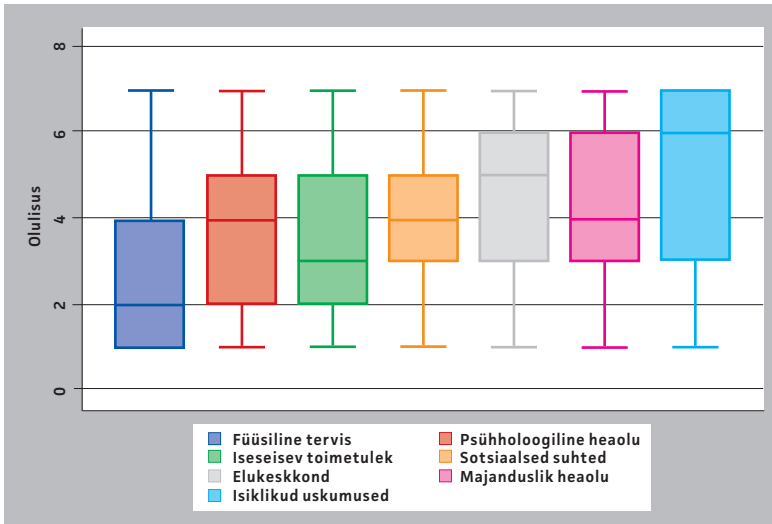
Küsimustikus paluti uuritavatel enda jaoks reastada tähtsuse järjekorras seitse

elukvaliteeti mõjutavat tegurit (füüsiline tervis, psühholoogiline heaolu, iseseisev toimetulek, sotsiaalsed suhted, elukeskkond, majanduslik heaolu ja isiklikud uskumused). Kõige olulisem tegur hinnati number 1-ga ja kõige vähem oluline 7-ga. Füüsilist tervist pidas enda jaoks kõige olulisemaks 40% uuritavatest, iseseisvat toimetulekut 13%, psühholoogilist heaolu 10%, sotsiaalseid suhteid 11%, elukeskkonda 3,5%, majanduslikku heaolu 9% ning isiklike uskumusi 16%. Joonisel 2 on kirjeldatud kvaliteeditegureid keskmiste ja usaldusvahemike järgi. Kõige olulisemaks pidasid uuritavad füüsilist tervist, teiseks oluliseks teguriks peeti iseseisvat toimetulekut, seejärel psühholoogilist heaolu, sotsiaalseid suhteid ja majanduslikku heaolu. Kõige vähem oluliseks peeti

Tabel 3. Elukvaliteedi aspektide võrdlus aktiivravi, soo ja kaasuvate haiguste ja uskumuste põhjal

	Aktiivravi (p)	Sugu (p)	Kaasuvad haigused (p)	Uskumused (p)	Haridus (p)	Tööturu staatus (p)
<b>Füüsiline tervis</b>						
Füüsiline valu takistab	<b>0,014</b>	0,647	<b>0,002</b>	<b>0,022</b>	0,186	0,095
Meditatsioonilise abi vajadus	<b>0,007</b>	0,961	<b>0,037</b>	0,630	0,753	0,820
Igapäevaeluks energia	0,303	0,446	0,984	<b>0,001</b>	0,073	<b>0,009</b>
Liikumisevõime	0,375	0,001	0,473	0,148	0,474	<b>0,002</b>
Rahulolu unega	0,521	0,040	0,047	0,378	0,864	0,842
Rahulolu suutlikkusega	0,786	0,131	0,169	0,601	0,970	0,083
Rahulolu tööjõudlusega	<b>0,010</b>	0,082	0,920	0,538	<b>0,004</b>	<b>0,001</b>
<b>Psühholoogiline heaolu</b>						
Elu nautimine	<b>0,024</b>	<b>0,023</b>	0,589	0,529	0,065	<b>0,002</b>
Elu tähendusrikkus	0,202	0,572	0,681	<b>0,003</b>	0,239	0,118
Keskendumisvõime	0,514	0,875	0,736	0,384	<b>0,020</b>	0,360
Välimusega rahulolu	0,320	<b>0,005</b>	0,340	0,258	0,856	0,678
Rahulolu iseendaga	0,250	<b>0,022</b>	0,465	0,810	0,891	0,733
Negatiivsed tunded	0,374	<b>0,004</b>	0,311	0,213	0,733	0,762
<b>Sotsiaalsed suhted</b>						
Isiklikud suhted	0,714	<b>0,045</b>	0,087	<b>0,005</b>	0,589	0,372
Seksuaalelu	0,109	<b>0,039</b>	0,378	0,203	0,384	<b>0,025</b>
Sõprade toetus	0,193	0,211	0,088	0,892	0,678	0,199
<b>Elukeskkond</b>						
Turvalisus	0,316	0,850	<b>0,014</b>	0,132	0,147	0,594
Füüsiline keskkond	0,973	0,775	0,599	0,166	0,559	0,084
Raha vajadusteks	0,612	0,740	0,353	0,121	0,218	0,062
Info kättesaadavus	0,161	0,926	0,323	0,070	0,910	0,360
Vaba aja veetmine	<b>0,000</b>	<b>0,020</b>	0,686	0,140	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
Rahulolu elamistingimustega	0,189	0,765	0,365	0,518	0,600	0,293
Rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavusega	<b>0,009</b>	0,071	0,285	0,381	0,222	<b>0,008</b>
Rahulolu transpordiga	0,779	0,880	<b>0,009</b>	0,574	0,321	0,401





Joonis 2. Elukvaliteedi tegurid tähtsuse järjekorras.

elukeskkonda ja isiklike uskumusi (vt joonis 2).

## Arutelu

Vähidiagnoosiga patsientide elukvaliteeti sellisel kujul varem Eestis uuritud ei ole. Käesolev analüüs on esmakordne ning annab ülevaate vähipatsientide hinnangutest oma elukvaliteedile ja vajadustest teenuste järele. Uuringus kasutati WHO väljatöötatud elukvaliteedi küsimustikku WHOQOL-BREF, kuna see oli piisavalt lühike, aga samas informatiivne ning seda on mujal maailmas väga palju kasutatud (20–22).

Elukvaliteeti ja hinnanguid elukvaliteedile võivad mõjutada paljud tegurid. Üheks kõige enam mõjutavaks teguriks on inimese füüsiline tervis. Paljud uuringud on näidanud et inimesed, kellel on mõni haigus või puue, annavad kehva hinnangu oma elukvaliteedile võrreldes kogurahvastiku hinnangutega (23, 3). Lisaks füüsilistele teguritele mõjutavad hinnanguid elukvaliteedile psühhosotsiaalsed tegurid (nt suhted lähedastega) (12), majanduslikud tegurid (nt haigusega seotud kulutused, aga ka töö- ja/või töövõime kaotus) (8, 24), samuti mõjutavad hinnanguid elukvaliteedile isiklikud uskumused (10–12).

Vähidiagnoosiga patsiendid hindasid enda elukvaliteedi seisukohalt kõige kõrgemalt sotsiaalseid suhteid ning kõige madalamalt füüsilist tervist. Viimane on täiesti oodatav tulemus, kuna üle poole patsientidest hindas ennast haigeks või oli neil mõni kaasuv haigus ja pooltel uuritavatel kestis küsitluse hetkel aktiivne vähiravi ning

need aspektid mõjutavad tugevalt füüsilist tervist. 40% uuritavatest pidasid füüsilist tervist ka kõige olulisemaks elukvaliteeti mõjutavaks teguriks.

Hinnangud elukvaliteedile erinesid ka sotsiaaldemograafilistes gruppides. Kõrgharidusega inimeste hinnang oma elukvaliteedile oli parem kui kõrghariduseta inimeste oma. Samas on uuringutes leitud, et madalama haridustasemega inimesed hindavadki oma elukvaliteeti kehvemalt kui kõrgema haridustasemega isikud (25, 26). Oluliselt erinesid ka tööturul aktiivsete ja mitteaktiivsete inimeste hinnangud elukvaliteedile. Tööturul aktiivsed inimesed hindasid oma elukvaliteeti oluliselt paremaks kui näiteks pensionärid ja töötud. Sarnane tulemus on leitud ka rahvastiku elukvaliteedi uuringutes (27, 28) ning tihti on see tugevas seoses ka mõne haiguse põdemisega.

Erinevate uuringute kohaselt mõjutab vanus elukvaliteedi hinnanguid erinevalt (29, 30). Üldjuhul mida vanemad on inimesed, seda halvemad on nende hinnangud elukvaliteedile. Eelkõige on see seotud füüsilise tervisega, kuna vanemas eas on inimesel tihti rohkem tervisehädasid kui nooremas eas. Jooniselt 1 on küll näha, et vanuse kasvades hinnang elukvaliteedile halveneb, kuid siin tuleb arvestada ka seda, et tegemist on vähihaigete inimestega ja nooremas eas võib vähk olla tunduvalt agressiivsema vormiga kui vanemas eas.

Mitmed uuringud on näidanud, et isiklikud uskumused (uskumine millessegi või kellessegi ning see ei pruugi olla religiooniga seotud) mõjutavad hinnanguid elukvaliteedile. Vähihaiged, kes usuvad kellessegi või millessegi, ei lange nii tihti depressiooni, on sotsiaalselt aktiivsemad ja suhtlevad rohkem teiste inimestega. Nende hinnangud elukvaliteedile on paremad kui mitteuskujate omad (10–13).

Vähipatsientide elukvaliteeti võivad mõjutada paljud tegurid alates kaasuvate haiguste olemasolust kuni majandusliku toimetulekuni. Kui vähihaige üldine tervis on halb ning tal on ka palju kaasuvaid haigusi, siis hindab ta oma füüsilist tervist halvemini, kui need, kellel on üldine tervislik seisund parem. Samuti oli kaasuvate haigustega patsientide rahulolu kehvem kasutatava transpordiga ( $p = 0,009$ ), kuid seda võib seletada muu hulgas asjaoluga, et nad ilmselt kasutavad transporti sageda-

mini kui need, kellel kaasuvad haigused ja probleemid puuduvad. Väga palju mõjutab vähihaige hinnanguid elukvaliteedile ka see, kas ja kui suur on lähedaste toetus ning kas jätkub raha näiteks ravimite ja abivahendite ostmiseks. Seega ei pruugi haigus ise olla elukvaliteeti oluliselt mõjutavaks teguriks, vaid hinnangud olenevad ka paljudest kaasuvatest aspektidest.

Uuring annab läbilõike vähihaigete hinnangutest oma elukvaliteedile. Vähihaiged on tervisliku seisundi ja teovõime suhtes äärmiselt heterogeenne haigete rühm. Siia kuuluvad haiged, kel on vähk avastatud ja ravitud algstaadiumis ning kes on allutatud regulaarsele jälgimisele; haiged, kel on võimalik raviga haiguse progresseerumist pidurdada ning säilitada elu ja töövõime; samuti patsiendid haiguse lõppstaadiumis, kes vajavad palliatiivset ravi oma kannatuste leevendamiseks.

Tänu võimalusele haigust varakult avastada ja raviga selle kulgu vähemalt pidurdada on nüüdisajal kasvanud nende inimeste hulk, kes piltlikult öeldes peavad koos vähiga elama ja haigusega kohanduma.

Uuringust ilmneb, et 39% vastanud haigetest, kel on diagnoositud raske haigus, õpib või töötab, haiguse tõttu on tööst eemal vaid 13,2% vastanutest. Aktiivse vähiravi võtteid rakendati 47%-l vastanutest, mis näitab, et ligi pooltel haigetel oli võimalik haiguse kulgu vähemalt pidurdada, ehkki ravivõtted võivad nende tervislikku seisundit ajutiselt halvendada.

Kroonilise haigusega inimesed vajavad kaasinimeste ja ühiskonna tuge ning mõistmist. Uuringust ilmneb, et enamasti ei tunne vähihaiged end mahajäetuna või majanduslikus kitsikuses olevana. Samas ilmneb, et psühhoemotsionaalse stabiilsuse säilitamiseks peavad vähihaiged oluliseks uskuda millessegi, mis võib neid aidata. Pooled vastanutest pidasid seda oluliseks oma elukvaliteeti mõjutavaks teguriks.

Erinevad vähipaikmed mõjutavad haigete tervist erinevalt ja põhjustavad haigetele erinevaid probleeme. Kasutatud küsimustik ei saa anda vastuseid erinevate vähipaikmetega kaasnevatele spetsiifilistele elukvaliteediga seonduvatele probleemidele. Selleks on vajalikud täiendavad uuringud.

Uuringu peamise kitsaskohana võib välja tuua selle, et kuna küsitlusankeedid olid täitmiseks onkoloogiaosakondades ja internetis, siis uuringu tegijad ei saanud

tagada, et kõik vastajad olid kindlasti vähi-diagnoosi saanud inimesed.

## Järeldused

Vähidiagnoosiga inimeste hinnanguid elukvaliteedile mõjutab kõige enam nende füüsiline tervis – kaasuvate haiguste olemasolu, aktiivse ravi kestus, füüsilised vaevused jms. Samas võivad hinnangud varieeruda ka haridustasemest, tööturu-staatuses, isiklikest uskumustest ja soost lähtudes.

## TÄNUAVALDUS

Autorid tänavad Eesti Vähiliitu uuringu rahastamise ning väärtusliku nõu ja abi eest.

## HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autorid kinnitavad, et neil puudub huvikonflikt seoses uuringuga.

## SUMMARY

### Quality of life study of cancer patients in Estonia

Gerli Paat-Ahi<sup>1,2</sup>, Riina Sikkut<sup>1</sup>, Vootele Veldre<sup>1</sup>

**Background.** Each year, about 7,000 new cases of cancer are diagnosed, with an estimated total of 40,000 cases. The diagnosis of cancer strongly influences both the person's life in general and the perceived quality of life.

**Objective.** The objective of the study was to identify the cancer patient's perceived quality of life and the factors influencing it in Estonia.

**Methods.** The study targeted all persons who have been diagnosed with cancer and who are currently residing in Estonia. The study subjects had to complete the WHOQOL-BREF quality of life test questionnaire. A total of 513 questionnaires were completed.

**Results.** According to the results of the survey, among the major factors contributing to the patient's assessments of the quality of life were their physical health and presence of comorbidities. The highest estimates were obtained for social relationships. Moreover, the study showed that assessments of the quality of life are also

<sup>1</sup> Praxis Center for Policy Studies, Tallinn, Estonia; <sup>2</sup> University of Tartu, Tartu, Estonia

Correspondence to: Gerli Paat-Ahi [gerli.paat@praxis.ee](mailto:gerli.paat@praxis.ee)

Keywords: cancer, cancer patient, quality of life

influenced by personal beliefs and socio-economic characteristics such as educational level and social status.

**Conclusions.** The perceived quality of life of persons with the diagnosis of cancer is most affected by their physical health as well as by presence of comorbidities, duration of active treatment, and pain, etc. Cancer diagnosis has much less effect on social relationships and living environment.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. TAI. Surmad surma põhjuse, soo ja vanuserühma järgi. Tervise Arengu Instituut. 2011 <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Rahvastik/04Surmad/04Surmad.asp>
2. Sotsiaalministeerium. Riiklik vähistrateegia aastateks 2007-2015. 2007 <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/125>
3. Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. *Medical Care* 1989;27:5148-56.
4. NCI. Facing Forward Life After Cancer Treatment [Internet]. National Cancer Institute 2010. <http://www.cancer.gov/cancertopics/coping/life-after-treatment.pdf>
5. Buckley S, Sacks B. Oral health problems and quality of life. *Down syndrome research and practice*. 2007;7-17.
6. Hanlon AL, Watkins Bruner D, Peter R, Hanks GE. Quality of life study in prostate cancer patients treated with three-dimensional conformal radiation therapy: comparing late bowel and bladder quality of life symptoms to that of the normal population. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001;49:51-9.
7. Susan Leigh S. Cancer survivorship: a nursing perspective. In: PagMD ed. *Cancer Survivorship*. Springer New York; 2007: 8-13.
8. Meneses K, Azuero A, Hassey L, et al. Does economic burden influence quality of life in breast cancer survivors? *Gynecol Oncol* 2012;124:437-43.
9. Bernard DSM, Farr SL, Fang Z. National estimates of out-of-pocket health care expenditure burdens among nonelderly adults with cancer: 2001 to 2008. *J Clin Oncol* 2011;29:2821-6.
10. Cella D, Wagner L, Cashy J, et al. Should health-related quality of life be measured in cancer symptom management clinical trials? Lessons learned using the functional assessment of cancer therapy. *J Natl Cancer Inst Monographs* 2007;37:53-60.
11. Breitbart W. Spirituality and meaning in cancer. *Rev Francoph Psycho Oncologie* 2005;4:577-88.

12. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a reply. *Psychol Med* 1978;8:577-88.
13. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000;56:519-43.
14. Linnuste I. Alkoholisõltuvusega meeste elukvaliteet. 2011. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4122>
15. Kirch A. Kroonilise haiguse ja puudega isikute elukvaliteet Eestis. 2001. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4002>
16. Rüütel K, Pisarev H, Loit H-M, Uusküla A. Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/2264>
17. Uibo K, Põlluste K. Insuldihaigete elukvaliteet ja selle seos taastusravi kättesaadavusega. *Eesti Arst* 2008;87:102-9.
18. WHO. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
19. WHO. WHOQOL - Measuring quality of life. WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Programme on mental health. 1997.
20. Pacian A, Kulik TB, Pacian J, et al. Psychosocial aspect of quality of life of Polish women with breast cancer. *Ann Agric Environ Med* 2012;19:509-12.
21. Klutshcovsky ACGC, Urbanetz AAL. Quality of life in breast cancer survivors compared to healthy women. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012;34:453-8.
22. Arunachalam D, Thirumoorthy A, Devi S, et al. Quality of life in cancer patients with disfigurement due to cancer and its treatments. *Indian J Palliat Care* 2011;17:184-90.
23. Gridelli C, Perrone F, Nelli F, et al. Quality of life in lung cancer patients. *Ann Oncol* 2001;12(suppl 3):S21-5.
24. Given BA, Given CW, Stommel M. Family and out-of-pocket costs for women with breast cancer. *Cancer Pract* 1994;3:187-93.
25. Ross CE, Van Willigen M. Education and the subjective quality of life. *J Health Soc Behav* 1997;38:275-97.
26. OECD. Improving health and social cohesion through education. 2010. <http://www.oecd.org/edu/cei/improvinghealthandsocialcohesionthrougheducation.htm>
27. Dimich-Ward H, Taliadouros V, Teschke K. Quality of life and employment status of workers with Western red cedar asthma. *J Occup Environ Med* 2007;49:1040-5.
28. Pattani S, Constantinovici N, Williams S. Predictors of re-employment and quality of life in NHS staff one year after early retirement because of ill health; a national prospective study. *Occup Environ Med* 2004;61:572-6.
29. Fortin M, Hudon C, Dubois M-F, et al. Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005;3:74.
30. Kemp BJ. Quality of life while aging with a disability. *Assist Technol* 1999;11:158-63.

LÜHIDALT

**Arteriaalne hüpertensioon, diabeet ja hüperkolesteroleemia on kardiovaskulaarsete haiguste täiendavad riskitegurid ülekaalulisuse ja rasvumise korral**

Rasvumine on võtnud epideemia ulatuse kogu maailmas. On prognoositud, et aastaks 2030 elab maailmas 1 miljard rasvunud inimest. Rasvumine ja ülekaalulisus on sõltumatu kardiovaskulaarsete haiguste riskitegur. Ülekaalulistel isikutel on sagedasti ka arteriaalne hüpertensioon ja diabeet ning hüperkolesteroleemia. Need seisundid on samuti iseseisvad kardiovaskulaarsete

haiguste riskitegurid. Samas on nende seisundite ravivõimalused palju suuremad kui rasvumise ja ülekaalulisuse mõjutamise võimalused.

Suurbritannia teadlased tegid 97 juhuslikustatud uuringu metanalüüsi, et selgitada, kas metaboolsete tegurite ja hüpertensiooni ravi mõjutab rasvunud inimeste kardiovaskulaarset riski. Kokku oli nendes uuringutes vaatluse all 1,8 miljonit inimest. Ilmnes, et kehamassiindeksi (KMI) suurenemine iga 5 kg/m<sup>2</sup> kohta suurendab koronaarhaiguse ja insuldi riski (riskisuhe vastavalt 1,23 ja 1,18). Arteriaalse hüpertensiooni, diabeedi ja hüperkoleste-

roleemia lisandumine suurendab ülekaalulisuse ja rasvumise korral poole võrra insuldi haigestumise riski. Sealjuures on arteriaalne hüpertensioon olulisim täiendava riski tegur, moodustades 75% täiendavatest riskiteguritest.

Uuring kinnitab arteriaalse hüpertensiooni ja metaboolsete häirete korrektsiooni olulisust ülekaalulisuse ja rasvumise korral.

**ALLIKAS**

The global burden of metabolic risk factors for chronic diseases collaboration (BMI Mediated Effects). Metabolic mediators of the effects of body-mass index, overweight and obesity on coronary heart disease and stroke: a pooled analysis of 97 prospective cohorts with 1.8 million participants. *Lancet*, Early online Publication, 22 November 2013. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61836-x.