

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
SOCIALINES POLITIKOS FAKULTETO
SOCIALINIO DARBO KATEDRA

INESA JANKAUSKIENE
Socialinio darbo programa

**SOCIALINES PAGALBOS YPATUMAI MOTERIMS,
SERGANCIOMS KRUTIES LIGOMIS**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas – doc. dr. R. Raudeliunaite

Vilnius, 2008

TURINYS

IVADAS.....	3
I. ONKOLOGININIŲ SUSIRGIMŲ MEDICININIAI YPATUMAI.....	8
1. Klinika ir kancerogeneze	8
2. Onkologinių susirgimų epidemiologija.....	9
3. Pagrindinės onkologinių susirgimų priežastys	10
II. ONKOLOGINIŲ KRUTIES SUSIRGIMŲ PSICHOSOCIALINIAI TYRIMAI.....	12
1. Psicho-onkologinių tyrimų raida.....	12
2. Sergančių moterų reakcija ir prisitaikymas prie onkologinės kruties ligos	13
3. Kūno irimo ir skausmo, sergant onkologine kruties liga, patyrimas	17
4. Medicininės intervencijos itaka psichosocialiniams aspektams	19
5. Sergančių moterų psichosocialiniai poreikiai	23
III. SOCIALINĖS PAGALBOS TAIKYMO METODAI IR JŲ YPATUMAI	26
1. Socialinė ir emocinė pagalba	26
2. Psichosocialinė intervencija.....	28
3. Kognityvinė elgesio terapija (KET).....	29
4. Savipagalba	31
5. Individuali socialinė intervencija.....	34
IV. TYRIMO METODIKA	36
1. Tyrimo paskirtis ir metodai.....	36
2. Tyrimo dalyviai ir tyrimo eiga	39
3. Tyrimo rezultatai.....	41
3.1 Kruties vėžiu sergančių moterų socialinės pagalbos poreikio charakteristika.....	41
3.2 Kruties vėžiu sergančių moterų gaunamos pagalbos ypatumai	43
3.3 Moterų prisitaikymo prie onkologinės kruties ligos įveikos būdai ir jų ryšys su gaunama socialine pagalba.....	46
3.4 Kruties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybės ypatumai ir ryšys su prisitaikymo prie onkologinės ligos įveikos būdais bei gaunama socialine parama	56
IŠVADOS	62
SIULYMAI IR REKOMENDACIJOS.....	64
LITERATūros SARASAS	65
SANTRAUKA	72
SUMMARY.....	74

IVADAS

Temos aktualumas. „Kruties vėžys – dažniausia moterų onkologinė liga. Nepaisant to, sergamumas šia liga ir toliau kasmet didėja – Lietuvoje kiekvienais metais ji diagnozuojama daugiau nei 1300 moterų, kas savaitę nuo jos miršta apie 12 moterų. Apie 50 proc. visų piktybinių navikų būtų galima išvengti“ (Nutaautienė, 2005). Viena iš svarbiausių profilaktikos priemonių – ankstyva diagnostika, leidžianti pradėti laiku gydyti. Nors vyresnės moterys šia liga serga dažniau, tačiau, nei viena jauna mergina nuo šios ligos nėra apsaugota. Kruties vėžys – įvairialypės eigos liga. Gydytas neretai būna ilgas ir sudėtingas. Nors, atrodo, nėra dviejų vienodų ligonių, t. y. kiekvienai sergancijai kruties vėžiu gali būti visai kitokiu požymiu (Juodžbaliene, 2006). Onkologinė liga suvaržo pacienčių aktyvų gyvenimą. Tai reiškia ir ryšius su kitais asmenimis sumažėjimą arba nutraukimą, atskirti arba vienatvę, t. y. socialinių vaidmenų praradimą. Nemaža dalis sergančių moterų prisiima pasyvią vaidmenį. Aplinkiniams bei artimiesiems su tokiais ligoniais sunku, nes ne visos noriai priima pagalbą bei rūpestį. Štai kodėl serganciam žmogui reikalinga socialinio darbuotojo parama bei pagalba. Socialinė parama neretai apibūdinama kaip teigiama kito žmogaus arba grupės įtaka probleminių situacijų atveju (Suslavicius, 1998). Socialinė parama – tai praktinė, finansinė, informacinė ir psichologinė pagalba. Socialinės paramos tinkla sudaro tik tie asmenys, iš kurių yra tikimasi sulaukti visokeriopos pagalbos, emocinės paramos, palaikymo, informacijos ir dėmesio krizės atveju (Pivorienė, 2004).

Visame pasaulyje spalio mėnuo yra laikomas „vilties ir kovos su kruties vėžiu mėnesiu“. „Avon eitynės aplink pasaulį prieš kruties vėžį“ („Avon walk around the world“) jau nuo 1992 m. yra kulminacija 40- tyje pasaulio šalių vykstančių renginių, kurių vienijantis simbolis – rožinis kaspinas, ant kurio dvylika pasaulio kalbų parašytas žodis „Aciu“. Šiuose eityniuose aplink pasaulį metu, susitinka kruties vėžį įveikusios moterys iš 40-ties pasaulio šalių ir dalijasi savo patirtimi, dalyvauja šimtą tūkstančių eitynėse. Visos šios rožinės suirutes prasme – dar kartą išstarti „taip“ gyvenimui ir paneigti mirtį sergancią ligą. Juometu ne tik atkreipiamas visuomenės dėmesys į kruties vėžio problemą, bet ir renkamos lėšos tyrimams.

Šiandienines visuomenės pokyčių kontekste iškilusi kruties vežiu serganciu moterų socialinės integracijos į visuomenę problema kelia būtinumą mažinti šių moterų socialinę atskirtį, padėti joms sėkmingai socializuotis visuomenėje. Socialinė integracija iškelia strategiją, siekiančią pokyčių dviem kryptimis: padėti asmeniui adaptuotis socialinėje aplinkoje ir gerinti aplinkos sąlygas užtikrinant sėkmingą asmens funkcionavimą (Raudeliūnaitė, 2005). Optimali pacientui, serganciu onkologinėmis kruties ligomis priežiūra susideda tiek iš fizinės, tiek iš psichosocialinės pagalbos. Pacientės išgyvena didelį emocinį pažeidžiamumą. Tokie diagnozės padariniai kaip: distresas, baime ir sielvartas turi itakos net 30 proc. nerimo sutrikimams ir 20 – 35 proc. depresijos atsiradimui. Šie sutrikimai yra labai svarbūs asmenybės funkcionavimui. Jie taip pat paveikia gebėjimus kovoti su ligos našta ir gali sumažinti pacientui atsidavimą rekomenduojamam gydymui (Turner, 2003). Daugybė per paskutinius dešimtmečius atliktu tyrimu įrodė, kad esant progresuojančiai onkologinei ligai, sergancijai tenka susitaikyti ne tik su sveikatos praradimu, fizinio funkcionavimo pablogėjimu, liga lydinciu skaudumu, bet ir psichologiškai prisitaikyti prie ligos progresavimo ir suvokimo apie gresmingai artėjantį mirtį (Birbilaitė, 2007).

Onkologijos mokslo pletrai, kaip ir šalies mokslo pletrai, itakos turi ekonominiai, socialiniai, politiniai, technologiniai bei kiti veiksniai. Onkologijos ir jai gretimu sričių mokslinių tyrimų pletra glaudžiai susijusi su atitinkamu aukščiausios kvalifikacijos specialistų rengimu. Per pastaruosius 10 metų Lietuvoje daugėja psichologinių tyrimų su onkologiniais pacientais: psichoimunologiniai tyrimai (Diržyte, 2001), kognityvinių ypatumų ir poveikio ryšių tyrimai (Janulevičiūtė, 2000; Riliškytė, 2000), I, II stadijos kruties vežiu serganciu ligoniu psichologinės adaptacijos ypatumų tyrimai (Veseliūnas (2006 - 2008). ir kt. Tai labai svarbu, nes kol kas, nepaisant didelių serganciu ir mirštanciu nuo onkologinės ligos pacientų skaičiaus, medicininėse įstaigose dirbančių su onkologinėmis kruties ligomis serganciomis pacientėmis, socialinių darbuotojų ir psichologų yra palyginti mažai (Birbilaitė, 2007). Anot psichoterapeutės G. Bulotienės (2007), psichosocialiniu sunkumu patiria apie 40 procentų onkologinių pacientų, kai kurioms iš jų reikėtų ir socialinės pagalbos ir paramos, psichoterapeuto ar psichologo konsultacijos. Tačiau onkologinė liga sergancioms moterims svarbi ne tik psichologinė, bet ir socialinė pagalba. Lietuvoje labai stokojama

šia linkme vykdomu tyrimu. Užsienyje tik apie 10–20 procentu ligonių gauna tokia pagalba, kokios jiems reikia, tuo tarpu Lietuvoje dar mažiau. Tai labai jauna mokslo šaka. Trūksta parengtu socialinių darbuotojų, psichologų, kurie išmanytu ir vežio specifika. Antra vertus, medicininės įstaigos pakankamai gerai įgyvendina komandinio darbo idėją. Moksliniai psichosocialiniai tyrimai gali labiau padėti medicinos srities atstovams suprasti psichosocialinės pagalbos svarbą onkologiniams pacientams, bei socialinių darbuotojų reikšmę komandiniame darbe. Vilniaus universiteto prof. D. Kalibatiene (2005) pabrėžė komandinio darbo su onkologiniais ligoniais svarbą. Ji akcentavo, kad kompleksinis paciento sveikatos įvertinimas, gydymo, reabilitacijos, slaugos, ilgalaikės priežiūros plano sudarymas ir įgyvendinimas tampa imanomi tik bendradarbiaujant kelių sričių specialistams. Tai šeimos gydytojas, slaugytojas, jo padėjėjas, socialiniai, lankomosios priežiūros, reabilitacijos darbuotojai, psichologas ir kt.

Tyrimo objektas – socialinė pagalba onkologinėmis krūties ligomis sergančioms moterims.

Tyrimo tikslas – atskleisti socialinės pagalbos ypatumus moterims, sergančioms onkologinėmis krūties ligomis.

Uždaviniai:

1. Išanalizavus mokslinę literatūrą atskleisti socialinės pagalbos moterims, sergančioms onkologinėmis krūties ligomis, teorinius aspektus;
2. Atskleisti onkologiniu krūties susirgimu psichosocialiniu tyrimu aspektus;
3. Remiantis mokslinę literatūrą pateikti psichosocialinės pagalbos taikymo metodus ir jų ypatumus;
4. Nustatyti moterų prisitaikymo prie onkologinės krūties ligos poveikio būdus;
5. Ištirti ir įvertinti sergančių moterų gyvenimo kokybę;
6. Atskleisti socialinės pagalbos poreikį, onkologinėmis krūties ligomis sergančioms moterims;
7. Parengti rekomendacijas darbuotojams, teikiantiems socialinę paramą ir pagalbą onkologinėmis krūties ligomis sergančioms moterims.

Tyrimo metodologija. Darbo teorinis ir metodologinis pagrindas grindžiamas:

? *Fenomenologine pozicija*, kurios išvalgos leidžia žmogui suvokti kažką daugiau apie jį supanti pasauli, pagilina patį suvokimą. Butent remiantis šia metodologine nuostata, galima suprasti objektyviu socialiniu reiškiniu tapsma subjektyviu individu patirties pagrindu (Husserl ir kt.) Klinikineje fenomenologijoje siuloma išjausti i paciento bukle ir sulyginti visa, ka pacientas apie save kalba ivairiais laikotarpiais (Atstovas – K.Jaspersas).

? *Humanistine teorija*. Humanizmas – istoriškai kintanti pažiuru sistema, pripažistanti pagarba žmogaus orumui, teisems i laisve, lygybe. Humanistine asmenybes koncepcija yra dar kitaip vadinama Abrahamo Maslow'o vardu. Jis stebėjosi, kodel psichologai daugiau demesio skyre elgesio anomalijoms, nukrypimams, ligoms, negu gerosioms žmogaus pusems.

? *Socialine – kognityvine teorija*, kuri ypatinga demesi skiria elgesio socialinems priežastims ir kognityviu mastymu svarbai visuose žmogaus funkcionavimo aspektuose – motyvacijoje, emocijose ir veikloje.

Darbe taikyti šie **tyrimo metodai**:

? *Teoriniai*: artimos darbo temai mokslines literaturos (psichologines, sociologines, medicinines) analize, vertinimas, lyginimas ir sinteze.

? *Empiriniai*: Siekiant realizuoti išsikeltus tikslus, buvo parengta tyrimo metodika, kuria sudare *kiekybiniai tyrimo metodai*: Apklausu raštu (instrumentai – klausimynai). a) anketa, kuria siekta išsiaiškinti socialines pagalbos poreikio aspektus; b) gyvenimo kokybes, sergant onkologine liga, klausimynas (EORTC QLQ-C30), - kuriuo siekta ivertinti kruties vežiu serganciu moteru gyvenimo kokybe; c) prisitaikymo prie vežio klausimynas (Mental adjustment to cancer scale, MAC) – kuriuo siekta ivertinti serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines kruties ligos iveikos budus; d) socialines pagalbos klausimynas (MOS social support scale),- kuriuo siekta nustatyti ir ivertinti pacientems prieinamus pagalbos budus.

Darbo struktura. Darba sudaro ivadas, savoku žodynas, IV dalys, išvados, siūlymai ir rekomendacijos, literatūra, santrauka, summary ir priedai. Darbo apimtis 64 puslapiai (be literatūros sarašo ir priedu). Jame pateiktos 22 vaizdines priemonės, iš kurių – 21 lentelė ir 1 paveikslas. Darbo pabaigoje pateikti 3 priedai. Panaudota 110 literatūros šaltinių.

Savoku žodynas:

- Chemoterapija – tai gydymas vaistais, kurie žudo vėžio lasteles.
- Chirurginis gydymas – lokalus gydymas, kurio metu pašalinamas navikas.
- Distresas – tai hroniškas stresas.
- Empatija – kitu žmonių išgyvenimu, elgesio būdu ir jausmu supratimas, išengimas į jų gyvenimą, siekiant sukelti savyje jų vidaus pasaulio pajutimo jausmą.
- Frustracija – yra nemaloni, įtempta, ir nusivylimą ir neviltį pereinanti emocinė būseną, kuri kyla dėl negalėjimo patenkinti kokių nors poreikių, realizuoti tikslą ar iverkti sunkumą.
- Hormonų terapija – kai kurių rūšių navikų, tokių kaip krūtys ir priešinės liaukos augimas priklauso nuo hormonų. Todėl gali būti skiriamas gydymas, kuris trukdo vėžio ląstelėms gauti joms reikalingo hormono.
- Imunoterapija (arba biologinė terapija) – gydymas stiprinantis gimtą organizmo sugebėjimą kovoti su infekcija ar liga arba apsisaugoti nuo pašalinių gydymo poveikių.
- Kancerogeneze – piktybinio naviko atsiradimas ir vystymasis.
- Krūtys vėžys – tai dažniausia moterų vėžio rūšis.
- Metastazavimas – pagrindinė vėžio sėkmingo gydymo kliūtis. Jis apibūdinamas kaip navikinių ląstelių sklaida kraujagyslemis ar limfagyslemis iš pirminio židinio į tolesnes organizmo vietas, į kitus organus.
- Navikas ir auglys reiškia tą patį – ląstelių sąkaupa. Piktybinis navikas, piktybinis auglys ir vėžys irgi reiškia tą patį – pikto ląstelių sąkaupa.

Gerybinis navikas ir gerybinis auglys reiškia nepiktu lasteliu sanakaupa (nieko baisaus, jei šis darinys nespaudžia šalia esancio svarbaus organo).

- Paliatyvus gydymas (paliatyvioji medicina) – palengvinantis gydymas. Skausma mažinantis ir vežiniu lasteliu dauginimasi pristabdantis gydymas.

- Paslaugos – tai ivairiu visuomenes sektoriu naudingos strukturines programos, planai bei veiklos, kuriu paskirtis – tenkinti asmenu poreikius (jos gali buti viešosios, privaciosios arba savanoriškosios).

- Poreikis – tai ko reikia žmogui arba socialinei sistemai tobulėti. Poreikis nera noras kažka gauti ar tureti, bet trukumas, kuris kliudo žmogui ar sistemai vystytis arba tobulėti.

- Socialine intervencija – socialinio darbuotojo veikla, susijusi su pokycio siekimu sisteminiu požiuriu: nuo žmogaus jo situacijoje supratimo iki tikslingo pokycio siekimo to žmogaus situacijoje.

- Socialines paslaugos yra paslaugos, kuriomis pagalba suteikiama asmeniui (šeimai) , del amžiaus, neigalumo, socialiniu problemu iš dalies ar visiškai neturinciam, neigijusiam arba praradusiam gebejimus ar galimybes savarankiškai rupintis asmeniniu (šeimos) gyvenimu ir dalyvauti visuomenes gyvenime.

- Socialinis tinklas yra sistema žmonių (grupių), su kuriais asmuo palaiko kokius nors ryšius. Kuo tinkle daugiau žmonių ir kuo ivairesnius vaidmenis jie atlieka, tuo didesne paramos tikimybe.

- Spinduline terapija (arba radioterapija) – tai gydymas švitinant auglio lasteles, taip jas nužudant.

- Stresas – tai žmogaus fiziologines ir psichines itamos busena, kuria sukelia išoriniai ir vidiniai dirgikliai (stresoriai).

I. ONKOLOGINIŲ SUSIRGIMŲ MEDICININIAI YPATUMAI

1. Klinika ir kancerogeneze

Onkologinė liga (arba vėžiu, piktybiniu naviku, neoplazma) yra vadinama net apie 100 skirtingu susirgimu. Vėžiu susergama kai ląstelės ima elgtis nenormaliai ir pradeda nekontroliuojamai daugintis (Mieszkowski, 2006). Visi kūno organai sudaryti iš ląstelių, ląstelės dauginasi tik tada, kai to reikia. Šis tikslus vyksmas palaiko gera mūsų organizmo būklę. Jei ląstelės pradeda daugintis, kai to dar nereikia, susidaro perteklinė *audinio (naviko) masė* (Griciute, Adomaitienė, 1998). Navikai gali būti *gerybiniai* arba *piktybiniai*.

Gerybiniai navikai nėra vėžys. Šie navikai nekelia pavojaus gyvybei, ląstelės neplinta į kitas kūno vietas, o pašalinus gerybinį naviką, jis dažniausiai daugiau nesikartoja (Griciute, Adomaitienė, 1998).

Piktybiniu naviku atsiradimas ir klinikinė jų išraiška visuomet buvo ir tebėra apgaubti paslapties. Per pastarąjį šimtmetį visose išsivysčiusiose pasaulio šalyse daugiau ar mažiau intensyviai tyrineta ir kancerogeneze, ir vėžio biologija, sukaupta nemažai duomenų, kurie gali paaiškinti kai kuriuos šių problemų aspektus (Griciute, Adomaitienė, 1998). Naviku profilaktikos galimybes pastaraisiais metais plečiasi atsiradus naujai krypciai – vėžio chemoprofilaktikai, kuri pagrįsta apsauginiu cheminiu junginiu vartojimu didelės vėžio rizikos grupėse. Piktybiniai navikai – tai vėžio liga. Vėžio ląstelės skverbiasi ir žaloja aplinkinius audinius ir organus (Mieszkowski, 2006). Jos gali išstrukti iš piktybinio naviko ir patekti į kraujotaką ir tokiu būdu pasklisti į kitus organus. Atokiai nuo pirminio naviko išsiplotoje navikai vadinami *metastazėmis* (Griciute, Adomaitienė, 1998).

Skirtingu lokalizacijų piktybiniai navikai progresuoja skirtingu greičiu ir skiriasi jų remisijos galimybe (Weinberg, 1991, pgl. Diržyte, 2001). Kai kurių lokalizacijų onkologinių susirgimų remisijos galimybe siekia 90 proc., kitų – tik 10 proc. (Palmero, Peters, 1996, pgl. Diržyte, 2001). Pirmose onkologinio susirgimo raidos stadijose taikomas radikalus gydymas: chirurgija, chemoterapija, hormonų terapija, imunoterapija, paskutinėje stadijoje – tik paliatyvus gydymas (Griciute, Adomaitienė, 1998).

Tai, kad kancerogenezei, sukeltai žinomų veiksmų, daro itaka ir kitą papildomi, nebutinai kancerogeniniai poveikiai, liudija ir eksperimentu laboratorijose duomenys, sukaupti per ilgą kancerogenezes tyrinėjimo istoriją, taip pat epidemiologiniu tyrimu duomenys (pvz.: vaikystėje apšvitintu per atomini sprogimą moterų sergamumas krūties vėžiu buvo didesnis). Kancerogenezes procesui daro itaka ir individo, kurio audiniuose vyksta kancerogeneze, amžius.

Vežio pletra paprastai reikalauja daugybės metų. Todėl svarbiausias dalykas yra sustabdyti bei panaikinti vėžinių ląstelių augimą (Mieszkowski, 2006).

2. Onkologiniu susirgimu epidemiologija

Daugelyje išsivysčiusių šalių onkologines ligas yra prioritetine sveikatos problema. Net ir turint galvoje žymius XXI a. pasiekimus, kol kas galima tik liudnai konstatuoti, kad onkologines ligas yra viena pagrindinių ir dažniausiai pasitaikančių visuomenės sveikatos problemų pasaulyje. Statistika liudna – kasmet vėžiu suserga apie 9 milijonus žmonių. Prognozuojama, kad iki 2020 m. šis skaičius išaugs iki 15 milijonų kartu (Report of World Health Organization – (WHO) Media centre, 2006). Nežiūrint į tai, kad apie 50 proc. vėžiu sergančiųjų yra išgydomi, kol kas ši liga labiausiai baugina viso pasaulio gyventojus (Lubninas, 2007). Lietuvoje vėžiu serga apie 60 tūkst. žmonių, be to, kasmet diagnozuojama apie 15 tūkst. naujų šios ligos atvejų (Lietuvos vėžio registras, 2006). Mirtingumas nuo vėžio – antra pagal dažnumą mirties priežastis (po širdies ir kraujagyslių sistemos susirgimų): kiekvienais metais miršta per 5 mln. žmonių (Andersen, Golden – Kreutz, 1997, pgl. Diržyte, 2001). Moterų tarpe labiausiai paplitęs sergamumas krūties vėžiu (*Carcinoma mammae*). Lietuvos vėžio registro duomenimis, per paskutinius penkerius metus sergamumas krūties vėžiu išaugo beveik trečdaliu. Krūties vėžys yra dažniausia onkologinė liga Lietuvoje - ji sudaro apie 20 proc. moterų piktybinių ligų. Vis dažniau krūties vėžiu suserga jaunos, iki 40–45 metų, moterys. Tačiau yra didelis pavojus moterims, priklausantioms rizikos grupei. Tai moterys (Avon prieš krūties vėžį fondas, 2008):

- kurių šeimoje ar kraujo giminaicijų tarpe yra buvę krūties vėžio atvejų;
- kurioms menstruacijos prasideda anksti – iki 12 metų;
- kurioms menopauzė prasideda vėlai – po 55 metų;

- pirma syki gimdžiusios (po 30 metu) ir visai negimdžiusios;
- nemaitinusios kūdikio krūtimi ir turėjusios daug abortų;
- kurios ilgą laiką naudojo pakaitinę hormonų terapiją;
- dirbusios su cheminėmis medžiagomis ir pesticidais, taip pat radiacijos poveikio;
- turincios antsvorio ir mažai judancios;
- valgancios daug riebaus maisto, nesaikingai vartojancios alkoholi, rukancios;
- kurios po 40 metų amžiaus dviejų metų laikotarpyje neatliko mamografinio krūties tyrimo.

Šiandien padėti galima beveik 90 proc. serganciuju, tačiau butina laiku diagnozuoti ligą (Juodžbaliene, 2005). Sveikatos ekspertai teigia: vėžio galima išvengti; vėžį galima laiku diagnozuoti ir sėkmingai gydyti; galima sumažinti serganciuju kancias. Vienam trečdaliui susirgusiųjų vėžio galima buvo išvengti, todėl yra ypatingai svarbus profilaktikos krypties tyrimai. Pletojant šią kryptį yra atliekami vėžio epidemiologiniai tyrimai. Epidemiologiniu tyrimu duomenys reikalingi ir vertingi platesniu aspektu, nes užpildo „baltąsias dėmes“ vėžio sergamumo žemėlapyje. Ivariose šalyse vykdomos atrankinės gyventojų sveikatos būklės patikros programos turėjo didelę įtaką teigiamoms epidemiologinėms situacijoms pokyčiams (Valuckas, Didžiapetriene, 2004).

3. Pagrindines onkologinių susirgimų priežastys

Svarbus vaidmuo kancerogenezeje tenka vėžio endogeniniams rizikos veiksniams. Aplinkos tarša cheminėmis medžiagomis, jonizuojanciosios spinduliuotės šaltiniai, kenksmingos darbo sąlygos, psichoemociniai bei fiziniai krūviai mažina žmogaus organizmo atsparumą, trikdo jo homeostazę, tiesiogiai ar netiesiogiai turi įtakos kai kurių organizmo sistemų (pvz., imuninės) pokyčiams, sukelia apsauginių bei adaptyvių reakcijų pakitimą bei sutrikimą (Valuckas, Didžiapetriene ir kt., 2004).

Remiantis pasaulines sveikatos organizacijos (World Health Organization – (WHO), 2006) duomenimis, vežiniu susirgimu priežastys yra skirstomos i šias kategorijas:

- Fizikines kancerogenines medžiagos, tokios kaip UV arba jonizacijos spinduliavimas;
- Chemines kancerogenines medžiagos, tokios kaip asbestas ar tabako dumai;
- Biologines kancerogenines medžiagos, tokios kaip:
 - ✓ virusines infekcijos (hepatito B virusas ir kepenų vėžys, žmogaus papilomos virusas ir gimdos kaklelio vėžys), bakterijos (Helicobacter pylori ir skrandžio vėžys), parazitai (bilharzija ir šlapimo pūslės vėžys);
 - ✓ Toksinemis medžiagomis užterštas maistas, kurios itakoja vežinius kepenų susirgimus.

Taciau tikrasis žmogaus priešas yra tabakas, tai yra vienintelis ir svarbiausias rizikos faktorius, sukeliantis ivairiu rūšių onkologines ligas, tokias kaip: plaučių, gerkles, stemples, kepenų, skrandžio, krūtų bei kt.

Stengiantis išvengti vežio ligos, svarbu žinoti, kokie yra vežio rizikos veiksniai, t.y. kas turi itakos jam atsirasti. 1981 anglų mokslininkai R. Dollas ir R. Peto šitaip nurode žmogaus naviku priežastis. Paskelbta, kad išsivystusiu šaliu gyventojų sergamuma navikais sukelia:

tabakas	30 % visu naviku,
mitybos ypatumai	35 % visu naviku,
alkoholis	3% visu naviku,
profesiniai ypatumai	4 % visu naviku,
aplinkos užterštumas	2 % visu naviku,
vaistai ir medicininės procedūros	1 % visu naviku,
geofiziniai faktoriai	3 % visu naviku,
infekcija	10-15 % visu naviku,
nežinomos priežastys	> 10 % visu naviku.

Kol kas šios R. Dollo ir R. Petro nuomos niekas argumentuotai nepaneige. Atvirkščiai, atsirado nemaža nauju, tai patvirtinanciu duomenu (Griciute, Adomaitiene, 1998).

II. ONKOLOGINIŲ KRUTIES SUSIRGIMU PSICHOSOCIALINIAI TYRIMAI

1. Psicho-onkologinių tyrimų raida

Mintis, kad psichologija gali paveikti žmonių suvokimą apie vėžį, pirma karta buvo pasiūlyta 1950 metais. Stephenson, Grace, Bard ir Sutherland pirmieji oficialiai apibūdino psichologinį distresą ir psichologinį prisitaikymą prie jo. Psichologinių ir socialinių aspektų tyrimai apie vėžį pletra prasidėjo 1970 m. Tam tikras skaičius permainų įvyko dešimtmetyje prieš ir po 1970 m., turėjusių labai dideles itakos šiuo dviejų sričių: psicho-onkologijos ir psichosocialinės onkologijos bendram vystymuisi (Holland, 2002).

XVIII – XIX amžiuje onkologinių ligonių psichika nesistemiškai tyrinėjo Gendron, Burrows, Nunn, Walshe, Bernard ir Snow (Diržyte, 2001). Sistemiški moksliniai psichologinių veiksnių onkologijoje tyrimai pradėti XX amžiaus penktame dešimtmetyje (Andersen, Golden – Kreutz, 1997 pgl. Diržyte, 2001). Jie vystėsi keliomis kryptimis. Skirtingu metu prioritetiniais tyrimų temomis buvo: 1) vėžiu susirgusiojo asmenybės savybės (nuo 5 – jo dešimtmečio); 2) emocijų vaidmuo (nuo 6 – jo dešimtmečio); 3) ligos įveika (nuo 7 – jo dešimtmečio); 4) psichoterapijos veiksmingumas (nuo 8 – jo dešimtmečio); 5) psichiniu ir imuniniu veiksniu ryšys (nuo 9 – jo dešimtmečio) (Geyer, 1996). Vėžio mokslo medicinos raidoje XIX a. galetu būti pavadintas chemijos, XX a. – fizikos ir informacinių technologijų amžiumi, o XXI a. turetu būti biomedicinos atradimų amžiumi. Ypač svarbu, kad sveikatos priežiūros sistemos ištaigos operatyviai pasinaudotu biomedicinos mokslo pasiekimais. Onkologijos mokslo pletrai šie pasiekimai bei pokyčiai sudaro naujas galimybes, o kartu ir kelia naujus uždavinius (Valuckas, Didžiapetriene ir kt., 2004).

Pirmieji psichologiniai klinikiniai serganciuoju tyrimai buvo retrospektyvus – palyginamieji. Caroline B. Thomas (1940) atkreipė dėmesį į užslopintą emocijų raišką bei nedrasumą. Pradėjus sistemškai tirti susirgusiojo asmenybės savybes ir emocijų vaidmenį naviku piktybei, iškelta psichosomatine onkologijos hipoteze (Locke, 1983). Susirgusiojo vėžiu asmenybei priskirtas polinkis išstumti ir neigti emocijas bei nesugebėjimas jas išreikšti, ypač neigiamas (Greer & Morris, 1975; Greer, 1983, pgl.

Diržyte, 2001), polinkis reaguoti į stresą beviltiškumu ir bejėgiškumu (Greer, 1983), didžiule apleidimo baimė, siekimas neprarasti pagalbos iš gydytojo ir priklausomybė nuo jo (Lippman, 1985, pgl. Linn, 1988).

Nuo 1950 m. psicho-onkologinės studijos onkologijoje stipriai išaugo su kiekvienu dešimtmečiu, sugretindamos spartu moksliniu pasiekimu progresą gydant įvairias vežines ligas. Psicho-onkologijos, kaip oficialios srities įvedimas, žengė reikšmingą žingsnį ir priekį, kai maža tyrinėtojų grupelė susirinko (San Antonio, Teksaso 1970 m.) į pirmąją nacionalinę psicho-onkologinių tyrimų konferenciją. Nuo 1970 m. vidurio, plataus profilio psicho-onkologija vystė vežio priežiūros organizavimą pasauliniu mastu. Šios srities tyrimai ieškojo kaip apibūdinti vežio poveikį pacientui, nustatant veiksnius, kurie padidina individo riziką vystytis ligai ar nepakankamai psichosocialinei intervencijai ir ieškojo strategijų šiai rizikai sumažinti ir skatinti adaptaciją (Rowland, 1994).

Pastarąjį dešimtmetį moderniu psicho-onkologiniu tyrimu padaugejo. Daugelyje išsivysčiusių šalių (ES šalys, JAV, Kanada, Australija, Japonija) buvo vykdomi tokie psicho-onkologinių tyrimų grupės, isikūrusios 2002 m., (Psycho-oncology Research Group) projektai, kaip: 1) vežio daroma įtaka seksualiniams santykiams ir gyvenimo kokybei (2003); 2) ištvėrimingumo ir optimizmo įtaka gyvenimo kokybei ir patiriamam psichologiniam distresui (2004); 3) moterų skatinimo dažniau tikrintis krūtis įtaka ir efektyvumas (2005); 4) psichologinio prisitaikymo ir vežio įveikos stiliai (2006); 5) pagalbos bei paramos ieškojimo efektyvumas (2007).

Susirgimas onkologine liga daugiau kaip pusėi ligonių sukelia distresą ir depresiją (Craig, 1994). Apie 60 procentų ligonių skundžiasi prislegta nuotaika, nerimu, irzlumu, baimė (Stiefel, 1994). Du trečdaliai sergantys vežiu nepatenkinti savo gyvenimo kokybe (Kornblith, Herr, Ofman, 1994, pgl. Diržyte, 2001). Daugelio šių psichinių sutrikimų priežastis – stresas, patiriamas susirgus onkologine liga. Jo šaltiniai – diagnozės sužinojimas, kūno irimas, skausmas, negalėjimas patenkinti daugeli poreikių bei medicininio gydymo poveikis (Wellisch, 1994).

2. Sergančių moterų reakcija ir prisitaikymas prie onkologinės krūtų ligos

Apytiksliai 85 procentai susirgimu kruties ligomis pasitaiko moterims, sulaukusioms penkiasdešimties. Ši statistika patvirtina moteriškos baimės svarumą, kuris būdingas išgirdus apie kruties vežio diagnozę (Anderson, 1997). Sociologiniai tyrimai rodo, kad visuomenėje paplites baimingas požiūris į vežį: daugelis vežį laiko gresminga liga, kuri neišvengiamai pasibaigia mirtimi (Taylor, 1983; Woodard, Pope, 1992, pgl. Williams, 1996). Toks požiūris gali labai traumuoti vežiu susergancius. Sužinoję diagnozę daugelis patiria psichologinę krizę: išgyvena kalte, nerimą, gėdą, depresiją, pasimetimą (Baum, 1997). Daugiau kaip pusė ligonių ima kamuoti įvairios baimės – mirties, negalios, kūno subjaurojimo, priklausomybės ir artimo santykio nutrukimo (Pensiero, 1995). Einant savaitę, mėnesį po onkologinės diagnozės sužinojimo pacientai turi atsakyti į tris pagrindinius su liga susijusius klausimus: 1) Kiek rimta yra gresmė?; 2) Ka aš galiu padaryti?; 3) Kokia yra prognozė? (Moorey, Greer, 2005).

Kuri laiką onkologijoje buvo išgalejusi nuostata nesakyti ligoniui jo diagnozės, nes klinikiniai tyrimai rodo, kad diagnozės sužinojimas daugeliui kelia „egzistencinį šoką“ ir emocinę sumaištį (Weiman, Worden, 1976, pgl. Diržyte, 2001). Buvo manoma, jog diagnozės nesakymas tausoja susirgusiojo psichinę ir fizinę sveikatą (Wallston, 1997).

Dabar nuostata apie diagnozės pranešimą yra pasikeitusi (Andersen Golden – Kreutz, 1999 pgl. Diržyte, 2001). Manoma, kad ligonis, žinantis savo ligą, gali pats aktyviau prisidėti prie gydymo. Be to, irodyta, kad emocinė sumaištis ligonius apima dar medicininio tikrinimosi metu, gerokai prieš sužinant diagnozę (Wellisch, 1994). Rastas darinys krutyje, ar mamogramos tyrimai su anomaliais rezultatais, kiekvienai moteriai yra bauginanti patirtis. Pacientų susirūpinimo lygis yra labai aukštas nuo to momento, kai moteris sužino apie atsiradusį darinį, iki galutinės diagnozės. Štai kodėl yra labai svarbu išreikšti pagarbą moteriai, panorejusiai skubiai įvertinti atsiradusius nenormalius darinius krutyje (Anderson, 1997).

Naujo požiūrio į diagnozės sužinojimą onkologijoje atsiradimą lemia krizių psichologijos pasiekimai, paaiškinantys psichines onkologinių ligonių reakcijas, bei šiuolaikine medicinos etika, pripažįstanti žmogaus teisę į informaciją apie save. Ne vienam gydytojui nėra lengva pasakyti lemtingą diagnozę – vėžys. Kiekviena diena savo kasdieniniame darbe onkologai susiduria su dilema – sakyti ar nesakyti, kaip elgtis su

pacientu, diagnozavus išplitusi veži, kaip elgtis tada, kai pacientui beveik nieko negalima padėti ir jam atrodo, kad "niekas nieko nedaro", nes bukle nuolat blogėja. Onkologai dažniau nei kitu specialybiu gydytojai susiduria su žmogaus ligos, gyvenimo tikslo, gyvenimo pabaigos problemomis, jiems tenka kalbėti su ligoniu ir jo artimaisiais apie artėjancią gyvenimo pabaigą, tam subtiliai ruošti beviltiška ligoni. Jau pora dešimtmečių daugelyje pasaulio šalių ligoniai sužino tiesą, kokia skaudi ji būtų. Gydytojai supranta, kad sakydami tiesą arba pranešdami pacientui blogą diagnozę, turi tiksliai jam išaiškinti kokia ta "tiesa" yra tam tikru laiko tarpu. Tiesą pranešama labai jautriai, atsargiai, kad pacientas niekada neprarastų vilties išgyti. Tačiau dvidešimčiai procentų serganciuju, neklausiančiu apie savo ligą, ji ir nesakoma (Spiegel, 1994).

Vežiu sergantys asmenys patiria daugybę įvairių emocinių, psichologinių, fizinių bei praktinių išbandymų. Nacionalinio krūtų vežio centro (National Breast Cancer Center, 2003) duomenimis, sunkumai skirstomi į tokius, kaip:

- ✓ sugebėjimas iversti šoką išgirdus diagnozę bei sugebėjimas iversti baimes, iškilusias dėl sveikatos ir ateities,
- ✓ fiziniai simptomai ir šalutiniai gydymo padariniai, tokie kaip pykinimas, nuovargis ir atsirandantys fiziniai kūno pokyčiai,
- ✓ finansines išlaidas, darbo pasikeitimas, bedarbystė ir finansinis statusas,
- ✓ psichologiniai sunkumai bei susirūpinimas dėl kūno pokyčių, seksualumo sutrikimo, kuriuos itakoja nerimas ir depresija.

Prisitaikymas prie onkologinės ligos - tai yra ilgas procesas, kuris prasideda nuo simptomų pasireiškimo ir tęsiasi visos ligos metu ir reaguoja į ligos situacijos pasikeitimą (Bagder, 2004). Prisitaikant sergancijai reikia priimti tam tikrą funkcijų netekimą, įgyti naują igudžiu bei pakeisti nusistovėjusią kasdieninę rutiną tam, kad galėtų kontroliuoti ligos simptomus arba iversti gydymo reikalavimus (Birbilaite, 2007). Stanton, Cameron (1994) bei Danoff-Burg (2000) nagrinėjo emocinį krūtų vežiu serganciu moterų prisitaikymą ir pabrėžė, kad iverkiant emocinio prisitaikymo barjerą ženkliai sustiprėja ir pats prisitaikymo prie ligos procesas.

Krūtų vežys ne tik palieka žymiu ant moters kūno ir sukelia pavojaus jausmą jos gyvenime, bet taip pat sunaikina moterį kaip asmenybę, palaužia jos pasitikėjimą (Anderson, 1997). Staiga moterys susiduria su daugybe netekimų: netenka krūtų,

netenka sveikatos, netenka plauku, netenka pajamu, netenka meiles ir paramos, o gal net ir gyvenimo. Pripažinimas ka moteriai tenka patirti ir pereiti kovojant su šia liga yra šiurpus (Spiegel, 1994). Peržvelgus prisitaikymo prie ligos tyrimus, galima pastebėti, kad autoriai prisitaikymu/ neprisitaikymu laiko psichologinio sutrikimo, psichologiniu simptomu ar negatyvios nuotaikos buvima ar nebuvima (Birbilaite, 2007). Ivairus autoriai prisitaikyma prie onkologines ligos apibrezia skirtingai.

Onkologines ligos iveika. Greer ir Watson (1988) apibreze psichologine onkologines ligos iveika kaip „paciento kognityvine ir elgesio reakcija i onkologines ligos diagnoze ir gydyma, kuria sudaro suvokiamas ligos poveikis ir bandymas ji sumažinti minciu bei elgesio pagalba“ (Birbilaite, 2007). Pastaraji dešimtmeti tiriant onkologiniu pacientu ligos iveikos strategijas imta placiau naudoti Watson ir Greer parengta (1987) „Psichologinio prisitaikymo prie onkologines ligos skale“.

Watson ir Greer (1987) nustate penkis dažniausiai pasitaikancius tarp onkologiniu pacientu ligos iveikos budus: 1) kovos dvasia, 2) neigimas, 3) fatalizmas, 4) bejegiškumas ir beviltiškumas, 5) nerimastinga nuostata. Noretume placiau aptarti šiuos iveikos budus:

- *Kovos dvasia.* I liga žiurima ne tik kaip i gresme, bet kaip i iššuki, priimant optimistini požiuri, asmens nuostatos del pasekmiu yra pozityvios. Toks sergantysis ieško informacijos apie liga ir dalyvauja gydymo sprendimuose. Nepersistengdamas, imasi aktyvaus vaidmens, kad pasveiktu ir stengiasi kiek imanoma gyventi normalu gyvenima;
- *Vengimas arba neigimas* – kai asmuo neigia ligos poveiki, diagnozes prasme yra sumažinama, del to kontrole tampa nereikšminga ir prognoze laikoma gera. Labiau samoninga vengimo forma yra pozityvus vengimas, kai asmuo stengiasi gyventi toliau negalvodamas apie veži ir nukreipdamas demesi kitur;
- *Fatalizmas.* Kai diagnoze reiškia santykinai nedidele gresme, asmuo nesistengia kontroliuoti situacijos, kontroles stokes pasekmes priimamos ramiai, toks pacientas pasyviai priima situacija. Asmuo gali teigti, kad viskas yra gydytojo, Dievo rankose;

- *Bejegiškumas ir beviltiškumas.* Šis prisitaikymo stilius rodo, kad pacientas yra sukrestas ir apimtas onkologines ligos gresmes baisumo. Asmens demesys sutelktas į gresiančią mirtį arba jis ligą suvokia kaip vilčių sužlugimą. Diagnoze suvokiama kaip gresmė, praradimas arba pralaimejimas. Vyrauja isitikinimas, kad situacija nėra kontroliuojama ir suvokiamos neigiamos pasekmės yra išgyvenamos, kaip jau įvykusios. Šiuo atveju nėra naudojama aktyvi onkologines ligos veikla, galimas įprastos veiklos sumažėjimas.
- *Nerimastinga nuostata.* Esant šiam prisitaikymo stiliui, vyrauja nerimas. Būdingas kompulsyvus nusiramino ieškojimas. Didžiąją dalį laiko žmogus praleidžia galvodamas, kad liga gali atsinaujinti arba pablogėti. Ir bet koks fizinis simptomas yra suvokiamas kaip ligos ženklas. Nusiramino siekiama kreipiantis į gydytojus, naudojant alternatyvią mediciną ir perdetai ieškant informacijos apie vėžį. Diagnoze suvokiama kaip didelė gresmė, asmuo nėra isitikinamas, ar gali kontroliuoti situaciją: ateitis suvokiama kaip nenusėjama (Moorey, Greer, Oxford, 2002 p. 12-14).

Kovos dvasia buvo sistemingai tarpusavyje siejama su sumažėjusiu nerimu ir depresija (Watson, 1988, 1990), krūtų vėžio serganciams moterims šis ligos veikos stilius padeda palengvinti prisitaikymą (Taylor, 1984) bei optimizuoja patirtą stresą po krūtų vėžio operacijos (Carver, 1993). Labiausiai tikėtina, kad onkologines pacientes, pasirinkusias bejegiškumo ir beviltiškumo ar nerimastingos nuostatos veikos strategijas, prislegtos ir susirupinusios (Osborne, 1999).

Šeimos svarba prisitaikymui ir ligos veikai. Būvimas šalia piktybinę ligą sergancio žmogaus sukelia neaiškumą, dviprasmiškumą jausmą – nežinia kaip elgtis, ką sakyti, kuo padėti. Noredami sumažinti įtampą, žmonės paprasčiausiai ima vengti ligonio, nebeskambina, neateina. Tai verčia pacientę užsiskleisti savyje, pažeidžia jos socialinius ryšius, santykius su aplinka, paliečia dvasinę pusiausvyrą. Liga, kaip naujas, nepažįstamas pavojus, sukelia nežinomybės baimę. Bet kokia liga pažeidžia žmogų visą – ir kūną, ir dvasią, todėl artimųjų rūpestis, jų pagalba turi drąsinti, o ne gniuždyti. Artimųjų elgesys neturi trukdyti onkologinėms pacientėms normaliai gyventi, jos pocios

turi išmokti gyventi su savo liga, ligos ar gydymo pasekmėmis. Kiekviena serganti moteris puikiai jaučia savo fizines ir dvasines galimybes, ir niekada patarimais ir draudimais tu galimybiu nereikia riboti. Reikia padėti prisitaikyti prie ankstesniu arba pasikeitusiu gyvenimo arba darbo sąlygų. Labai dažnai moterys puola į neviltį, nebetiki savo jėgomis, pasijunta nevisavertėmis, jaučiasi našta savo šeimai ir artimiesiems. Jos vengia žmonių, praranda aktyvumą, o tai nepaprastai žlugdo dvasia ir sunkina ligos eigą. Serganciasias šeima turi apgaubti dėmesiu, rūpesčiu ir supratingumu. Kartais ateina momentas, kada artimųjų gerumas ir gailestingumas padeda daugiau nei skausma malšinantieji vaistai ar ligoninės lova.

Emocini prisitaikymas, sužinojus diagnozę, stiprina ir vilties suteikia šeima, draugai ir religinis tikėjimas (Raleigh, 1994, Maly, 1999), tačiau klinikinė nežinomybė gali ženkliai susilpninti tikėjimą. Yra ištirta, kad jaunesni žmonės sunkiau prisitaiko prie onkologinės ligos ir yra ypač pažeidžiami emocinio distreso (Northouse, 1994). Tai priklauso nuo susirūpinimo, kaip liga paveiks partnerį, vaikus, kaip tai atsilieps praktiniams dalykams, tokiems kaip pajamos bei vaiku priežiūra, netinkamas diagnozės pobūdis ir izoliacijos jausmas (Northouse, 1994). Šeima atlieka itin svarbų vaidmenį moterų prisitaikymui prie onkologinės ligos, ji gali padėti įveikti ligos metu atsiradusią baimę ir netikrumo jausmą (Bloom, 1982, Spiegel, 1983). Tačiau šeimos narių gebėjimas suteikti emocinę paramą priklauso nuo jų reakcijos į ligą (Moorey, Greer, 2002). Yra daugelio tyrimų irodyta, kad moterys lengviau prisitaiko darnioje, kupinoje jausmingu išraiška ir nekonfliktuojančioje šeimos aplinkoje (Cohen, 1982, Bloom, 1982, Spiegel, 1983). Šeimos paramos trukumo jautimas gali asocijuotis su aukštu psichologiniu distresu (Raleigh, 1992, Mantell, Hamowitch, 1989). Aprašomieji duomenys rodo, kad moterų prisitaikymas prie onkologinės ligos sustiprina šeimos bei partnerio paramą, tuo tarpu kritika ar perdetas situotinio rūpestis lydi link neigiamos nuotaikos ir streso (Manne, 1999, Kuijer, Ybema, 2000). Yra svarbu ne tik partnerio siūlomas pagalbos tipas, bet ir santykių kokybė bei vientisumas kaip poros (Sormanti, 2000, Carey, 1999). Nepaisant to, kruties vėžio baimė, kuri veda prie didesnės šeimos paramos gali susidurti su dilema, kokia tikėtina pagalba gali suteikti šeimos nariai (Friedman, 1988). Tam, kad kruties vėžiu sergancios moterys gautų maksimalią pagalbą diagnozės sužinojimo, prisitaikymo

prie ligos bei gydymo metu, moterims yra būtina ne tik šeimos bei draugu parama, bet ir psichosocialinė intervencija (Spiegel, 1994).

3. Kuno irimo ir skausmo, sergant onkologine krūtine liga, patyrimas

Kuno irimo patyrimas. Kuno vaizdas yra savęs suvokimo sudedamoji dalis, kuria sudaro savo kuno suptarimas ir įvertinimas, išvaizda ir funkcionavimas (Carver CS, Pozo-Kaderman, 1998). Kuno vaizdas nurodo moters suvokimą ar jausmus apie savo kūną - jo formą, apimtį, figurą ir kaip tai atitinka visuomenines normas (National Breast Cancer Center, 2000). Moters krūtine nuo civilizacijos pradžios buvo laikoma moteriškumo ir seksualumo simboliu, todėl krūtine vežiu sergancioms moterims yra labai neįprasta, kai liga atakuoja jų kūną per krūtines audinius (National Breast Cancer Foundation, 2008). Vėžys ir jo gydymas gali paveikti moters kūną įvairiais būdais. Krūtine vežiu sergancios moterys stengiasi susidoroti su kūno irimo patiriamais kompleksais, išskyrus su tais, kurie tiesiogiai susiję su netektomis kūno dalimis (Hopwood P, 1993). Moterims gali būti sudėtinga išreikšti jausmą, kad kūnas apgavo, išdavė ir netekus vienos ar abiejų krūčių jos nebejaucia savęs esant moterimis. Nors apie 70 – 75 procentams pacientų, sergančių ankstyvos stadijos krūtine vežiu, galima atlikti tausojančią operaciją, šis būdas dar naudojamas per mažai. Lietuvoje krūtine tausojančių operacijų skaičius nesiekia 50 procentu. Net JAV, kur veikia placios diagnostinės programos, atskiruose regionuose yra panaši situacija operacijos pasirinkimo požiūriu, kaip ir Lietuvoje (Boguševičius, 2003). Kovojancios su krūtine vežio padariniais, moterys ima vengti intymumo, apsirėnginėja vienos ar tamsoje, dažniais atvejais net vengia maudytis (National Breast Cancer Foundation, 2008). Vėžys, ardančias moters kūną, yra ypatingai stiprus streso šaltinis (Payer, 1991). Psichologiškai įveikti vežio keliamą gresmę kūnui yra nepaprastai sunku (Milburn, 1996). Liga, ypač manant, kad ji sunkiai kontroliuojama, kelia palaiptinio savęs praradimo baimę, kaltes jausmus (Sherman, 1990). Daugeliui sergančiųjų vežiu būdinga padidėjusi itampa, pyktis, dirglumas (Cherny, 1994). Daliai susirgusiųjų išsivysto įvairios fobijos, nuolat kamuoja panikos priepuoliai (Gilbert, 1992, pgl. Diržyte, 2001). Jei psichinė sveikata nenukrypsta nuo normos, nuolatine psichine itampa, patiriant nevaldomą kūno nykimą, gali skatinti ligos vystymąsi (Schedlowski, 1996, pgl. Diržyte, 2001). Kuno irimo patyrimo sukeliama

stesa gali padėti iverkti atsipalaidavimo pratimai ir tam tikri psichosocialines pagalbos taikomi metodai (Numeroff L, Harpham WS, McPhail D, 2001).

Skausmo ypatumai. Vėžys buvo ir išlieka svarbiausia visuomenės sveikatos problema visose pasaulio šalyse. Nors net apie 50 proc. susirgusių vėžiu pagydoma, ši liga vis dar baugina viso pasaulio gyventojus. Viena didžiausių baimės priežasčių yra ta, kad susirgimas piktybiniu naviku siejamas su skausmu ir besiartinančia mirtimi. Onkologinis skausmas yra daugiadimensinis reiškinys (Bonica, 1980). Vėžinis skausmas – tai progresuojantis skausmas, kuris tampa lėtinis, nes audinio pažeidimas yra nuolatinis (Cole, 2002; Chapman, 1990, pgl. Birbilaitė 2007). Vėžio diagnozės nustatymo metu skausma kencia net 20–50 proc. onkologinių ligonių, o ligai išplitus ju skaičius padidėja iki 75–80 proc. Pasaulyje kasdien vėžinius skausmus patiria ir kencia apie keturi milijonai žmonių, iš jų daugelis (net iki 50 proc.) negauna tinkamo gydymo. Vėžinis skausmas gali sukelti pats ligos procesas (t.y. kaulų metastazė ir kt.) arba vėžio gydymas (t.y. chemoterapija, radioterapija). Skausmas daugeliui vėžio ligonių sukelia miego bei valgymo sunkumus, padidinta dirglumas bei depresija, stiprina ligonių neviltį, nerimą ir mirties baimę (Cherny, 1994, pgl. Diržytė, 2001). Skausmas galima kontroliuoti 90 proc. atveju, o likusiems 10 proc. galima skausmus reikšmingai sumažinti (Ščiupokas, 2002).

Nenuslopintas skausmas sukelia didesnes pasekmes negu tik kencia. Skausmas išsekina kenciantį, sutrikdo jo imuninę sistemą, paspartina auglių augimą, sukelia pastovią centrines ir periferines nervų sistemų disfunkciją. Mokslininkai yra išrodę, kad paliatyvus gydymas mažina onkologinių ligonių patiriamą skausmą, padeda ligoniui gyventi kuo aktyvesni gyvenimą iki pat mirties. Tokios medicininės intervencijos esmė – sumažinti ligonio kencia, bandyti pakreipti ligos eigą taip, kad ligonio gyvenimo busena nepakistu (Šeškevičius, 2005). Štai kodel medikai paliatyviojoje pagalboje taiko alternatyvius gydymo metodus, kurie padeda valdyti emocijas ir isitikinti, kad tai „darau pats“. Prasmes suvokimas kencioje, teisingas požiūris i ligą padrasina serganciuosius, palengvina jų kencia.

Vėžys yra ryškiausias stiprus nepakeliama skausmo pavyzdys. Mokslininkai (Ščiupokas, Rubazevičienė ir kt.) pastebejo, kad viena iš priežasčių, dėl kurių skausmas dar nepakankamai gydomas, yra skausmo vertinimo metodologijos nežinojimas.

4. Medicininės intervencijos itaka psichosocialiniams aspektams

Dauguma onkologiniu kruties susirgimu moterims atsiranda dėl dėmesio stokos sau ir savo kūnui. Įtemptas kasdienės rutinos tempas privertia moteris pamiršti apie save, eilini karta nesinori eiti pas gydytojus, o kada atsiranda būtinybė apsilankyti pas gydytojus, dažniausiai jau būna per vėlu (Grichaceva, 2007). Kai žmogus sužino, jog serga onkologine liga, beveik visada pasireiškia mažesnio ar didesnio laipsnio depresija, stresas nerimas ir baime, kad vėžys tampa ju gyvenimo dalimi. Šie pojūčiai yra normalus atsakas į tokia pasikeitusia gyvenimo patirti.

Dalis pacientų sugeba nusiraminti, susitaikyti su likimu, išmokti gyventi su vėžio liga, bet daugumai prireikia medikamentinio gydymo (Vėžio informacijos centras). Medicininis vėžio gydymas dažnai pasižymi nepageidaujamos psichinės ar fizinės pasekmėmis – skausmu, padidėjusiu dirglumu, pykinimu, miego, valgymo bei kitais sutrikimais (Holland, 1997).

Vėžio gydymui taikomi įvairūs metodai: chirurgija, radioterapija, chemoterapija, hormonų terapija, imuno terapija (Griciute, Adomaitiene, 1998). Nemaža dalis pacientų, turinčių piktybinę naviką, nori būti kuo greičiau išoperuoti (Sherman, 1990). Tai simbolizuoja norą nedelsiant atsikratyti vėžio, pašalinti „kas manyje bloga“. Tačiau operacijos laukimas sukelia nerimą, ypač pasireiškianti košmarišku sapnu pavidalu. Sergantieji vėžiu dažnai sapnuoja savo pažeista kūną arba savo mirtį (Diržyte, 2001).

Vis dėlto operacija reiškia, kad pašalinama tam tikra kūno dalis. Daugeliui moterų būna labai sunku su ja atsivieškinti, net jei ta dalis yra paveikta vėžio (McArdle, George 1996). Kūno dalies netekimas gali būti stipraus nerimo šaltinis (Pensiero, 1995).

Vėžio gydymui spindulių terapija gali būti naudojama viena arba kartu su chemine terapija (Jackevicius, 1992). Pagrindiniai pašaliniai spindulių terapijos poveikiai – nuovargis, apetito praradimas, skausmas, vėmimas (Cooper, 1992, Griciute, Adomaitiene, 1998). Dažniausios spindulių terapija gydomų ligonių baimės yra: būti „sudegintu“, tapti nevaisingu, išvystyti antrą vėžį (Diržyte, 2001). Nerimas ypatingai pakyla vos pradėjus gydymą spindulių terapija (Andersen, 1994). Kadangi gydymo spindulių terapija rezultatai gali būti įvertinti tik praėjus daugeliui mėnesių po gydymo, ligoniai dažnai jaučia netikrumą dėl tokio gydymo veiksmingumo, ir tai kelia stiprų stresą.

Chemines terapijos gydymo kursas paprastai tesiasi virš puses metu, pareikalaudamas iš ligonių kas tam tikra laiko tarpa atsigulti i ligonine (Holland, 1997). Šis gydymo metodas serganciosioms yra sunkiausiai pakeliamas. Jis pasižymi daugeliu pašaliniu poveikiu: pykinimu, vemimu, bloga savijauta, dehidracija, vaisingumo, apetito, plauku netekimu. Stipri psichine itampa pasireiškia bejegiškumu, savės nuvertinimu, neviltingumu, pykciu, depresija (Cohn, 1982, Brinkley, 1983, pgl. Diržyte, 2001).

Medicininio gydymo poveikis gali sukelti ivairiu psichologiniu sunkumu (Holland, 1997), tokiu kaip bendravimo sunkumai, gyvenimo kokybes pokyciai, stresas, nerimas, baime, depresija, pyktis, ir neigimas. Truputeli juos apžvelgsime:

Sujaukti tarpasmeniniai santykiai, gyvenimo kokybes pokyciai. Tarp nerimo ir depresijos onkologinems pacientems išskyla ir kitu sunkumu ju gyvenime, ypatingai seksualiniame (Morris, 1977; Andersen 1986; Northouse 1998). Kruties vežiu serganciosioms moterims atlikti tyrimai irode, kad šeimynines problemas ar šeimyniniai santykiai gali padidinti psichosocialiniu problemu ir prisitaikymo prie ju rizika (Friedman, 1988; Lewis, 1992,). Liga ir gydymas paveikia serganciosios socialini gyvenima – pasikeicia santykiai su šeimos nariais, draugais, bendradarbiais, kaimynais. Alinancios pacienciu proceduros dažnai asocijuojasi su dideliu fiziniu bei emociniu ju šeimos nariu stresu. Ji sukelia stiprias artimuju emocijas: liudesi, pykti, kalte, baime. Bejegiškumo ir negebejimo padeti, ka nors padaryti tokioje baisioje situacijoje jausmas sukelia frustracija. Artimieji turi atrasti pusiausvyra tarp, atrodo, nesuderinamu dalyku: gresiancios mirties pripažinimo ir vilties išgyti išsaugojimo, tarp kasdieniu darbu atlikimo ir rupinimosi serganciuoju, pasitikejimo gydytojais ir ju ribotu galimybiu pripažinimo (Northouse 1998). Vežio padariniai sutuoktiniu ar kitu intymiu santykiu, priklausys nuo šiu santykiu kokybes prieš atsirandant ligai. Sergancios moterys tampa priklausomos, jos dažnai “saugomos” nuo šeimos rupesciu, nemažai klausimu yra sprendžiama be ju, kadangi taip stengiamasi apsaugoti nuo papildomu stresu, pergyvenimu. Taciau tokiu budu jos praranda savo visaverti statusa šeimoje. Del ligos mažėja ir pacienciu socialinis tinklas, bendravimas. Tai susije su dviem dalykais – pacios pacientes noru atsiriboti, vengti bendrauti ir su aplinkiniu žmoniu nerimu bendraujant su serganciaja onkologine liga. Musu visuomeneje vežio diagnoze vis dar prilyginama mirties nuosprendžiui –

pervertinamas mirštamumas nuo vežio ir nepakankamai ivertinamos galimybės kontroliuoti šia liga.

Vežio poveikis dažniausiai pagilina prieš egzistavusias problemas šeimoje. Pavyzdžiui vyrai, liga suvokiantys kaip silpnybe, turi poreiki kontroliuoti kitus arba vengia susidurimo pajusti sunkuma iveikiant partneres kruties veži, kuris pablogina šeimynini bendravima (Carter, 1993). Kita vertus, anksčiau buve artimi santykiai yra retai pažeidžiami ir gali tapti net dar artimesni, kadangi vežio gydymas padeda suvokti, kokie svarbus partneriai yra vienas kitam (Morris, 1977; Zuccherio, 1998). Geri šeimyniniai santykiai gali sušvelninti stresa, patiriama sergant kruties vežiu, ir yra susije su paciantes patiriamu žemesniu psichologiniu distresu (Rogrigue, Park 1996).

Nemaža dalis moteru išgyvenanciu kruties vežio diagnoze patiria nuolatinus bendravimo sunkumus (Amstrong, 2001), socialine izoliacija. Jos ima vengti bendravimo su artimais žmonemis bei šeimos nariais, užsisklendžia savyje, savo vidiniame pasaulyje (Spiegel, 1994). Neadekvatus bendravimas gali sukelti dideli distresa tiek pacientei, tiek jos artimiesiems (Fallowfield, Jenkins 1999).

Egzistuoja begales irodymu, kad psichosocialine intervencija pagerina vežiu serganciu pacienciu psichologini prisitaikyma ir su sveikata susijusia gyvenimo kokybe (Botto mley, 1997, Spiegel, 2003, pgl. Bagder, 1994). Tam tikras skaicius terapines intervencijos buvo naudojamas su vežiu serganciomis pacientemis, iskaitant individualia psichoterapija, grupine psichoterapija, hipnoze, relaksacijos pratimus ir savipagalbos gupes metodus (Cella & Yellen, 1994, Haylock, 1999).

Stresas. Pirmasis apie tai, kad psichologines problemos žeidžia kuna, eme kalbeti žinomas vokieciu psichoanalitikas Zigmundas Froidas (1890). Nusivylimas, nerimas, netikrumo jausmas – daugelis jausmu, emociju bei išgyvenimu yra normalus tol, kol netampa našta mums ir musu artimiesiems. Cia labai svarbu išskirti stresa, kuris nebutu labai pavojingas, jei nevestu i distresa, o šis – i patologinius sutrikimus. Dažnai onkologinemis kruties ligomis sergancios moterys netiketai susiduria su eile itemptu ivykiu bei iššukiu ir tai sukelia skirtingus poreikius ir kliutis (Cohen, 1982, Smith, 1999). To pasekmeje sustipreja moteru emocines reakcijos ir yra patiriamas emocinis distresas. Stresas gali pasireikšti ne tik diagnozes sužinojimo ar gydymo metu, bet ir praejus daugybei metu po kruties vežio gydymo. Švedijos mokslininkai irode, kad pacienciu

patiriamas stresas ir prisitaikymo problemos gali sukelti stipresnius neigiamus jausmus, kurie trunka savaite ir ilgiau, o tai gali suardyti serganciuju gyvenimus (Manuel, 1987, Sellick, 1999).

Depresija. Traumuojantis vežio diagnozes patyrimas reikalauja nemažai demesio pacienciu emociniams poreikiams (Moorey, Greer, 2002). Yra normalu sielvartauti del atsiradusiu gyvenime pakitimu. Ateitis, kuri atrode tokia tikra, atsiradus ligai gali atrodyti nebe tokia tikra, kai kurios svajones ar kuriami ateities planai, gali visam laikui sužlugti. Yra irodyta, kad 1 iš 4 kruties vežio paveiktu moteru suserga klinicine depresija, kuriai itakos turi patiriamas distresas. Dalis moteru išgyvena sunkias nerimo problemas, tokias kaip panikos priepuoliai ar neapibrežtas rupestis, gydymo fobijas, socialini susirupinima ir potraumines streso reakcijas (Pinder, 1993). Nemaža dalis moteru patiria depresija, kuri padidina savižudybes rizikos faktoriu (Sartorius, 2001). Depresija pakerta individo gebėjimus kovoti su liga ir yra susijusi su padidejusiu medicininiu simptomu sunkumu ir papildomu socialiniu bei profesiniu funkciju pablogėjimu (Katon, Sullivan, 1990). Daugelio tyrinejimu metu nustatyta, kad kruties ligomis serganciu moteru tarpe yra dažnas depresijos paplitimas, kuris svyruoja tarp 20% - 35% (Sellick, 1999, Zabora, 2001, Harter, 2001). Streso bei depresijos gydymas susideda iš medicininio, socialines ar psichologines intervencijos, arba iš šių trijų kombinaciju. Tokios intervencijos metu gereja depresijos bukle, sumažėja kancia ir yra padedama, kruties vežio paveiktai moteriai pagerinti gyvenimo kokybe.

Nerimas, baime ir panikos priepuoliai. Kruties vežio gydymo metu ir jam pasibaigus, moterys dažnai išgyvena nerima ir baime. Šie jausmai yra normalus atsakas i patiriama stresa. Gydymo baime, vizitacijos pas gydytojus ir sveikatos pasitikrinimo (gydymo metu) baime gali sukelti stipru baiminguma, kad kažkas blogo gali nutikti. Normalu buti išsigandusiai. Bendraujant su šiomis pacientemis svarbu išsiaiškinti, ar ju baime yra reali, ir kiek ja galima sumažinti. Pvz., jei ligone bijo mirti ant operacinio stalo, dažnai jos baime viršija „normalias ribas“, nera reali. Tai sukelia naktinius košmarus, trukdo tinkamai tvarkytis su ligos keliamais jausmais (Volkaviciute, 2004). Ontologine (buties) baime gali buti keliu rušiu: 1) Baime isisamoninti gyvenimo baigtinuma; 2) Baime del butinybes veikti situacijoje, kurios baigtis neaiški; 3) Baime suvokti gyvenimo beprasmiškuma ir atsakyti i klausima „ko vertas gyvenimas“; 4) Baime buti izoliuotam,

kai reikės spresti savarankiškai, baime tapti visiškai vienišam. Dažnais atvejais pacientės gali išsigasti nekontroliuojamo skausmo, mirties, arba kas nutiks po mirties jos šeimai. Jausdamos šiuos simptomus, pacientės dažnai neigia juos esant. Nerima keliantys simptomai gali tureti itakos panikos priepuoliams, kurie ivyksta staiga ir dažniausiai netrunka ilgiau 10 – ties minuciu. Tai dar vienas įrodymas, kad onkologiniams pacientams yra būtina socialinio darbuotojo pagalba, kurios metu paciente būtų išklausoma, padrasinama bei nuraminama.

Pyktis, ir neigimas. Pyktis – gana įprasta reakcija susirgus. Dauguma susirgusių moterų tada peržvelgia savo gyvenimą ir ieško jame priežasčių. Jei jų neranda, pyksta, nes jaučiasi ligos „nenuisipelnė“. Susidurdami su pykčiu socialiniai darbuotojai bei psichologai gali jaustis nepatogiai. Jie iš tiesų negali nei panaikinti gyvenimo neteisingumo, nei gražinti to, kas buvo anksčiau, kai moteris dar nesirgo. Neigimas yra dažna psichologinė gynybos reakcija sergant vėžiu (National Cancer Institute, 2008).

Tam, kad būtų sumažintas tiek psichologinis, tiek fizinis diskomfortas gydymosi metu, reikalinga kvalifikuota socialiniu darbuotoju pagalba, reikalaujanti specifiniu teoriniu bei praktiniu žiniu apie šioms pacientams teikiamus socialines pagalbos ir paramos ypatumus.

5. Sergančių moterų psichosocialiniai poreikiai

Socialinio palaikymo poreikis. Vėžio keliamo skausmo ir su juo susijusio streso neįmanoma sumažinti nepatenkinus sergančiųjų psichosocialiniu poreikiu (Holland, 1997, pgl. Diržyte, 2001). Psichosocialinė pagalba onkologiniams ligoniams prasideda nuo pirmos diagnostikos, tęsiasi gydymo, pasveikimo ir išlikimo metu, arba tęsiasi pereinamojo tarp gydymo prie paliatyvios priežiūros, mirties ir netekties atveju (Spiegel, 1994). Susirgus onkologine liga socialinė izoliacija dar labiau sustiprina pasveikimo baime, mirties nerimą. Ypač esant blogai onkologinės ligos prognozei, pacientės susiduria su gyvenimo kokybe, prasmės, skausmo ir kancios dilema (Norum, Risberg, Solberg, 2000). Jos susiduria su esminiu ir ilgalaikiu fizinės būklės pablogėjimu, bejėgiškumu atlikti kasdienes rutinas darbus, susiduria su daugybe psichologiniu bei socialiniu problemomis (National Institute of Health, 2007). Todėl socialiniai darbuotojai, teikdami paslaugas krūties vėžio sergančioms moterims, turėtų labiau reaguoti i

atsiradusius psichologinius bei socialinius serganciuju stresorius ir taikant ivairius metodus, šiuos stresorius sumažinti (Spiegel, 1994). Moterys, susirgusios kruties vežiu gali pasijusti izoliuotos ne tik del ju fizines sveikatos ar gydymo, ju gali imti vengti ir aplinkiniai asmenys. Onkologine liga yra didelis išbandymas santykiams, ypatingai sutuoktiniu ir partneriu. Vienam iš sutuoktiniu susirgus, atsiranda daug neapibrežtumo ir prarandamas stabilumas, sutuoktiniai svyruoja tarp aukšto ir vidutinio psichologinio distreso lygio, kol išmoksta prisitaikyti prie ligos (Birbilaite, 2007). Onkologines pacientes, kurios suvokia savo vyrus kaip labiau palaikancius, turi mažiau prisitaikymo problemu ir išgyvena mažesni psichologini distresa (Baider ir kt. 2002). Dauguma pacienciu tik sužinojusios apie onkologine liga iš karto kreipiasi i kitus žmones ar Dieva paramos ir informacijos, kuri sumažintu baime, panika ir vienatve (Coward, Kahn, 2004). Vežys atima galimybe serganciajam jaustis saugiai (Epping – Jordan, Compasa, 1994). Nemaža dalis moteru praranda savigarbos jausma, nes jauciasi tegalincios „imti“, ne „duoti“ (Wickman, 1995). Remiantis humanistines teorijos atstovo Abrahamo Maslow poreikiu piramide, galime paaiškinti serganciu moteru elgsena, kuri yra susijusi su šiu poreikiu patenkinimo suvokimu.

1 lentelė. Psichosocialiniai vežiu serganciuju poreikiai, pagal Maslow poreikiu piramide.

POREIKIS	PAAIŠKINIMAS
Saugumo	Noras jaustis saugiai
Priklausomumo	Noras jaustis reikalingu
Meiles	Noras išreikšti jausmus žmogiškuose ryšiuose
Supratimo	Noras suprasti liga, simptomus, galima mirti
Priemimo	Noras buti priimamu nežiurint nuotaikos, socialumo, išvaizdos
Savigarbos	Noras tureti galimybe paciam „duoti“, spresti
Pasitikejimo	Noras atvirai bendrauti su artimaisiais ir gydytojais

Poreikiai išsideste pagal tam tikra hierarchija, kuri vaizduojama kaip piramide. Jos pagrinda sudaro fiziologiniai poreikiai, antraja pakopa - saugumo, teciaja -

meiles, bendrumo, ketvirtąją- savo vertes pajautimo ir pagarbos poreikiai. Maslow poreikių piramidės apacioje esantys žemesnieji poreikiai yra tenkinami pirmiausiai. Tik patenkinęs šiuos poreikius, žmogus siekia patenkinti aukštesniojo lygmens poreikius. Kiekvienas žmogus siekia patenkinti savo poreikius ir išvengti frustracijos, bei išlaikyti pusiausvyrą, todėl kai susiduriama su sergancia moterimi, turinčia sunkumų, svarbiausia yra pajusti ir suvokti tu problemų esmę, jų sudėtingumą ir kiek tai trukdo ar griauna paciento normalų gyvenimą. Norint suprasti ir nustatyti paciento poreikius, reikia pirmiausiai jas išklausyti, suprasti serganciu moterų praeities ir dabarties funkcionavimą ir pasistengti suprasti jų situaciją. Siekdamas suprasti žmogaus poreikius, socialinis darbuotojas privalo turėti svarbiu žiniu apie aplinkos veiksnių įtaką, kadangi jie lemia paciento vystymąsi ir funkcionavimą. Nėgalejimas ar nesugebėjimas patenkinti svarbiu psichosocialiniu poreikiu kruties vežiu sergancioms moterims yra stiprus streso šaltinis (Lazarus, 1990; Somerfield, 1997), nebent jį padėtų valdyti socialiniu darbuotoju taikomi metodai.

Poreikiai socialinės apsaugos sistemos kontekste apibrežiami kaip viuo meneje nusistovejusio vartojimo lygio reikmė (Dromantiene, 2005). Kruties vežiu sergancios moterys, kaip ir neigalus žmonės yra viena iš socialinės rizikos asmenų grupių su jai būdingais interesais bei specialiaisiais poreikiais. Šioms moterims, kaip ir kitiems visuomenės nariams, būdingi tam tikri poreikiai (žr. 1 lentelę). Vis dėlto onkologinė liga serganciu moterų reikmės yra sudėtingesnės, kompleksiškesnės nei sveikų žmonių, todėl joms būdingi specialieji poreikiai (Meeting psychosocial needs of women with breast cancer, 2004). Svarbiausias veiksnys, lemiantis daugelio specialiųjų poreikių užtikrinimą, yra visapusišku sąlygų savarankiškam gyvenimui sudarymas (Dromantiene, 2005). Būna esminis serganciu moterų poreikis – lygiateisis ir visavertis dalyvavimas visuomenės gyvenime, galimybė naudotis visais socialiniais ištekliais. Šiuo požiūriu, skiriami konkretesni paciento poreikiai, tokie kaip: užimtumas, aprūpinimas darbu, medicininė reabilitacija po ligos, laisvalaikio veikla ir pan. Galima teigti, kad šioje poreikių grupėje vyrauja socialiniai, saviraiškos poreikiai. Atskirai svarbu paminėti pagarbos poreikius, nes šiuolaikiniame visuomenėje vis dar opi onkologinių ligonių socialinės diskriminacijos problema.

III. SOCIALINĖS PAGALBOS TAIKYMO METODAI IR JU YPATUMAI

1. Socialinė ir emocinė pagalba

Socialinis darbas (Social work)- tai profesionalus darbas, kurio tikslas – padėti žmogui rasti išeitį sprendžiant socialines problemas ir siekiant harmoningesnio gyvenimo. Šio apibrėžimo centre yra žmogus, turintis sunkumų, kuriam profesionalas, naudodamas tam tikras priemones, gali padėti. Yra naudojamos trys savokos, kurias apibūdina socialinė pagalba (Morales A.T., Sheafor B.W., 2004):

1. Socialinė gerove (Social welfare). Tai yra socialinė sistema – socialinė apsauga, kuri padeda užtikrinti socialines geroves minimuma kasdieniniame gyvenime. Žmogui būtina sudaryti galimybes maksimaliai panaudoti savo dvasines ir fizines galias, užtikrinant jo santykius su žmonėmis, su aplinka bei reikalingas sąlygas sveikatos, mokslo, darbo, kultūros ir visu kitu žmogišku poreikiu išvystymui ir patenkinimui.
2. Socialinės paslaugos (Social services) – tai praktiški patarnavimai, arba sisteminga, konkreti socialinė pagalba.
3. Socialinis darbas (Social work) – tai visas žinių kompleksas – profesinis pasiruošimas. Socialinės pagalbos procesas, paremtas technika, profesine etika ir kitais budais, padedanciais žmogui patenkinti pagrindinius poreikius, išspręsti sunkumus, sudaryti sąlygas jam kuo normaliau gyventi, pašalinti išskylančias socialines problemas.

Onkologiniu pacienčiu socialinės pagalbos poreikis kinta priklausomai nuo individualios strategijos ir kokių mastu emocinis susirūpinimas pakenkia moterų kasdieniam gyvenimui. Socialinė ir emocinė pagalba susitelkia ties prisitaikymu prie diagnozės, su gydymu susijusiu baimingumu ir egzistenciniu nerimu (Spira, 1998). Susirgus krūties vėžiu yra labai svarbu, kad moterys neužsidarytu savyje. Todėl bendravimas yra labai svarbus socialinės pagalbos aspektas. Bendraujant, pacienės gali išsipasakoti apie savo problemas, bendravimo metu joms yra suteikiama moralinė parama. Tuo metu moterys nugalė savo baime ir gali vėl sugrįžti į visavertį gyvenimą

(Malžinskiene, 2008). Teikiant psichosocialinę pagalbą yra labai svarbus išpareigojimas kruties veži besigydančioms moterims. Padedant pacientei susidoroti su „normaliu“ distreso lygmeniu, socialinis darbuotojas gali naudoti kelis iš žemiau pateiktu žingsnių (NCCN Distress Management Guidelines, 2003):

- Paaiškinti diagnozę, gydymo galimybes ir šalutinius poveikius bei užtikrinti, kad pacientės suprastų ligą ir gydymo galimybes;
- Pabrėžti, kad distresas yra normalus ir visai tikėtinas reiškinys sužinojus apie diagnozę bei prisitaikant prie ligos, kuris perinamuoju periodu gali padidėti;
- Mobilizuoti išteklius ir nukreipti pacientės informacijos ir vietinių resursų link;
- Suformuoti pasitikėjimą;
- Suteikti saugumo jausmą;
- Užtikrinti pagalbos testinumą.

Emocinis priėmimas – taip pat vienas iš svarbių psichosocialinės pagalbos būdų. Nujautimas, kad esi kito žmogaus emociškai priimamas, tarsi pakelia pacienčių savivertę ir kartu sukuria saugią psichologinę aplinką. Emocinė parama reiškia žmogaus pasitikėjimo savimi, savigarbos, sukurto arba kuriamo įvaizdžio patvirtinimą. Suvokdamas kitus žmones kaip palaikancius, žmogus pasauli taip pat suvokia kaip saugų, palaikanti, draugišką (Suslavicius, 1998).

Požymiai ir simptomai, rodomi, kad moterims kovojant su onkologine liga reikia daugiau pagalbos, yra šie: perdetas susirūpinimas, besąlyginės baimės ir liudėsys, pyktis, savęs nekontroliavimo jausmas, nuolatinis rūpestis dėl ligos, miego ar apetito praradimas, sunkios šeimyninės problemos ar dvasinė krizė (NCCN Distress Management Guidelines, 2003).

Labai svarbu, kad artimieji pacienčių nepaliktų vienu tokioje sunkioje situacijoje, laiku suteiktu ne tik būtina medicinos pagalbą, bet ir emocinę paramą. Nėra taisykliu, kaip bendrauti su žmogumi, sergančiu vežiu. Kiekviena asmenybė yra unikali, todėl kiekvienai iš aplinkinių reikia kitokių dalykų.

Ne visos pacientės turi geras gyvenimo sąlygas, mylincias šeimas, kuriose jos jaučia tikrą paramą ir supratimą. Šiuo atveju labai pagelbsti socialinis darbuotojas.

Sveikatos priežiūros istaigos socialiniai darbuotojai – specialistai, kuriu darbo paskirtis yra sustiprinti i sveikatos priežiūros istaiga besikreipiancios ar joje besigydancios pacientes prisitaikymo prie aplinkos sugebejimas, atnaujinti ryšius su bendruomene, padedant jai integruotis i visuomene, ir skatinti visavertiškesni kruties vežiu serganciu moteru socialini funkcionavima.

Kaip elgtis su kruties vežiu serganciomis moterimis?:

- Moterys pacios turi nuspresti ar jos nori kalbetis. Reikia buti geru klausytoju, klausti ne tik kaip jos jauciasi, bet ir ka jos jaucia;
- Nesistengti isivyravusios tylos užpildyti beprasmiu plepejimu;
- Nevertoti frazes : „Žinau, kaip Jus jauciates“, nes mes to nežinome, tik galime isivaizduoti;
- Nevengti pajuokavimu ir kalbejimosi apie reikšmingus dalykus, nes tai atpalaiduoja;
- Nesigailėti pacienciu: gailestis reiškia, kad moteris jau „nurašyta“ ar pasmerkta mirti;
- Su serganciomis moterimis reikia buti nuoširdžiais ir negalvoti gerai ar blogai elgiamasi.

2. Psichosocialine intervencija

Daugiau kaip ketvirtadalis milijono moteru kasmet išgirsta kruties vežio diagnoze, kuri kiekvienais metais nusineša maždaug keturiasdešimt tukstanciu moteru gyvybiu. Naturalu, kad moterys ivairiai patirs baime, šoka, liudesi, nepasitikejima ar kitas psichosocialines depresijos išraiškas. Dauguma moteru su ar be psichosocialines pagalbos susiduria su del ligos atsiradusiomis problemomis, tokiomis kaip: gyvenimas su kruties vežiu, prisitaikymas, ligos iveikimas ir išlikimas gyvai. Beveik 30 procentu moteru patiria nuolatini psichosocialini distresa, kuriam iveikti butina naudinga ir efektyvi intervencija, kuri paremtu moteris emocionaliai, psichologiškai, socialiai ar dvasiškai (Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer, 2004).

Atsidurusi bejegiškoje situacijoje moteris ne tik neturi žiniu, kaip bendrauti, bet ir nemano, kad gali tiketis kokio nors pasikeitimo, jai truksta pasitikejimo savimi, kurio reikia, norint isitraukti i keitimasi. *Igalinimas* – ne tik žmogaus gebejimu skatinimas, bet

motyvavimas, mokymas ir savo vertes kelimas. *Igalinimas* – tai strategija, kurios tikslas – sumažinti onkologiniu pacienčiu bejegiškumą, skatinti imtis atsakomybes už savo gyvenimą. Tai galima pasiekti ivairiomis igalinimo priemonėmis. Viena vis dažniau pasaulyje naudojamu priemoniu yra savipagalbos (arba tarpusavio pagalbos) grupes. Dažniausiai ligos pažeistos moterys turi išvystyta „išmokta bejegiškumą“, o pagalba kitam padidina ju saviverte ir atskleidžia užslepta stiprybe bei sugebejimus (Ivanauskiene, Liobikaite, 2004). Pagerejimas, pasveikimas gali buti geriausiai suvokti kaip pozityvus augimas ir tobulejimas, kurie sustiprina jegas, sugebejimus ir galimybes skirtingomis gyvenimo stadijomis (Bajoit, 1992).

Autoriai Ruškus ir Mažeikis (2007) sukuria ir naujos socialines realybes pasiulymu – tai socialinio dalyvavimo metodologija, kuri remiasi asmens igalinimu, t.y. tiki, jog neigalus (šiuo atveju – onkologines pacientes) asmenys gali suvokti patys save, išsakyti savo gebejimus ir aktyviai dalyvauti atviroje bendruomeneje, išskleisdami savo asmeni, savo socialuma, patys geba priimti sprendimus. Bendruomenes santykiyje dalyvavimo samprata išsiplacia iki transcendentalaus lygio, cia dalyvavimu taip pat ivardijamas kantrumas, meiles vienas kitam rodymas, pykcio ir agresijos mažinimas ir pan.

Bet kokios psichosocialines intervencijos tikslas yra suteikti moteriai butinus igudžius kovoti su jos liga (Morton, 2003). Šios intervencijos yra susijusios su pagerejusiais gyvenimo kokybes rezultatais, taip pat pagerejusios nuotaikos, savigarbos, iveikos, fizinio ir praktinio prisitaikymo (Spiegel, Bloom, 1989; Meyer, 1995). Sergancioms moterims ir ju šeimoms emocinis distresas, susirupinimas ir depresija gali stipriai išaugti. Sielvarto pripažinimas ir pasiruošimas psichosocialinei pagalbai yra neatskiriamas rupescio aspektas (Kissane, 1998). Ugdymo užsiemimai gali pagerinti prisitaikymo, žiniu, mirties suvokimo ir padidejusio teigiamo savės suvokimo (Ferlic, 1979). Buvo nustatyta, kad socialine pagalba atlieka svarbu vaidmeni ūkertant kelia ir sumažinant kruties vežiu serganciu moteru depresijai ir susirupinimui (Bloom, Spiegel, 1984). Socialine pagalba kaip konstruktas buvo charakterizuota ivairiais budais ir yra priimta kaip plataus pobudžio tipas (Winemillerr, 1995).

Nereikia užmiršti, kad kiekviena serganti moteris savyje turi labai dideli potenciala, galinti jai padeti susidoroti su ištinkanciomis nesekmemis ir sunkumais.

Svarbu rasti reikalinga pagalba tada, kai jos reikia – neleisti isiseneti sužeidimams. Socialiniai darbuotojai yra vieni iš pagrindiniu psichosocialiniu paslaugu ligoninese ir ivairiuose kruties vežio centruose ar bendrijose aprupintojai (Smith, 1998). Onkologijos socialinis darbuotojas teikia tokias paslaugas kaip: konsultacija, ugdymas, informacija ir bendruomenes resursu perdavimas, itraukiant palaikymo grupes (Coluzzi, 1995; Ferrell, 1998; Curry, 2002.). Psichosocialine intervencija apima kognityvine elgesio terapija, psichoterapija, gupine terapija, šeimos ar sutuoktiniu terapijas, pagalbines terapijas (pvz.: meno, muzikos ar šokiu terapijos). Šiu terapiju pagrindiniai bruožai yra empatija, klausymas, nuraminimas, parama (Simpson, 2002). Šios terapijos gali buti atliekamos individualiai, pasitelkiant grupe ar šeimos modeli. Kai kurios moterys jaučiasi saugiai atskiros individualios terapijos metu, o kitoms naudingiausia yra grupine parama, kuriu metu moterys dalinasi savo išgyvenimais ir patirtimi. Kiekviena iš šiu metodu aptarsime placiau.

3. Kognityvine elgesio terapija (KET)

Kognityvine elgesio terapija- tai veiksmo orientuota psichosocialines, labiau psichoanalizes terapijos forma, kuri teigia, kad neprisitaikantys ar klaidingo mastymo modeliai sukelia neprisitaikanti elgesi ir „neigiamas“ emocijas (Ford- Martin, 2002). Kognityvine elgesio terapija, akcentuojanti gupines intervencijos metoda, ženkliai mažina depresija, nuotaikos nebuvima, sustiprina gyvenimo kokybe ir pakelia savigarba (Simpson, Carlson, 2001). Šia terapija labai sekmingai gydoma lengva ir vidutine depresija. Kognityvios elgesio terapijos (KET) tikslas – negatyvu požiuri i gyvenima pakeisti pozityvesniu ir sveikesniu, išmokyti pacientes isisamoninti savo neracionalu neigiama mastyma, pakeisti ji naujais mastymo modeliais bei kalbejimo budais ir treniruoti teigiamesni požiuri i kasdiene aplinka. Ji gali buti taikoma tiek individualiai, tiek grupese. Weissman ir Worden (Weissman, 1980) buvo vieni iš pirmuju sistematiškai tyrinejusių vežiu serganciuju psichosocialini gydyma. Iš pradziu jie išrado psichologini patikrinimo instrumenta, kuris numato emocini distresa (Weissman and Worden, 1977) ir tada ivertina pacientus su nesenai diagnozuotu kruties ar kitokiu vežiu.

Šios terapijos metu pacientes gali buti paskirtos konsultavimo terapijos ar pažinimo igudžiu lavinimo terapijos. Konsultavimo terapija sudaro: pagalba žmonems,

nustatant ju problemas; padrasinimas, paviešinant su ju problemomis susijusius jausmus; problemu sprendimo budo ieškojimas. Pažinimo igudžiu lavinimas susitelkia ties bendru psychosocialiniu problemu sprendimo procesu. Šis terapijos budas taip pat moko onkologines pacientes atsipalaidavimo igudžiu (Moorey, Greer, 2002). Kognityvine elgesio terapija padeda sumažinti onkologiniu ligoniu bejegiškuma, nerima ir psychosocialini distresa (Moorey, Greer, 2002).

Kognityvine elgesio terapija yra labai sekminga ir padeda onkologinems pacientems iveikti tokias problemas, kaip:

- Depresija,
- Nerimas,
- Valgio sutrikimai,
- Seksualine disfunkcija,
- Pyktis,
- Prisitaikymas prie ligos,
- Skausmas,
- Stresas (Froggatt, 2006).

Kartais mastymo stereotipai iškrepia kruties vežiu serganciu moteru realu gyvenimo suvokima, tai pacientems neleidžia tinkamai gyventi, trukdo ju poreikiams, kasdieniam gyvenimui, be priežasties sukelia nerima, depresine nuotaika. Daugelis tyrimu patvirtino kognityvios elgesio intervencijos efektyvuma. Ši terapija ypatingai teigiamai veikia psychosocialini distresa ir depresija patiriancias pacientes (Telch and Telch, 1986; Greer, 1992; Evans and Connis, 1995; Moorey, 1998), nes jos metu depresija sergancioms moterims buvo taikoma programa, mokanti mastyti kitaip, pastebeti teigiamus dalykus ir aiškinti juos asmeniniu indeliu, neprisiimti kaltes už blogus ivykius, pernelyg neapibendrinti blogu dalyku. Ji taip pat ženkliai pagerina serganciojo vežiu gyvenimo kokybe.

Dažniausiai taikomos kognityvios elgesio terapijos technikos yra šios:

- Žiniu apie veži igyjimas (Heinrich and Schag, 1985; Fawzy, 1990);
- Relaksacija (Heinrich and Schag, 1985; Telch and Telch, 1986; Edelman, 1999);

- Teigiamas psichologinis vaizdas (Cunningham and Tocco, 1989; Edmonds, 1999);
- Tikslu nustatymas (Cunningham and Tocco, 1989; Edelman, 1999);
- Fizinė veikla (Heinrich and Schag, 1985);
- Malonių įvykių planavimas (Telch and Telch, 1986);
- Gyvenimo būdo valdymas (Cunningham and Tocco, 1989; Edmonds, 1999);
- Problemų sprendimas (Telch and Telch, 1986; Fawzy, 1990);
- Bendravimas ir teigimas (Telch and Telch, 1986; Edelman, 1999);
- Jausmų ir streso valdymas (Telch and Telch, 1986);
- Gebėjimo susidoroti su liga lavinimas (Fawzy, 1990);
- Neigiamų minčių valdymas (Telch and Telch, 1986; Cunningham and Tocco, 1989; Edelman, 1999);
- Psichosocialinė pagalba (Telch and Telch, 1986; Fawzy, 1990).

Dauguma iš šių technikų (pavyzdžiui- relaksacija, apsišvietimas apie vėžį, neigiamų minčių valdymas, tikslų nustatymas, problemų sprendimas, psichosocialinė pagalba ir pan.) yra taikoma ir grupinėje ar individualioje psichosocialinėje terapijoje (Moorey, Greer, 2002). Kognityvinės terapijos metu specialistai siūlo onkologiniams pacientams alternatyvius mąstymo būdus, joms yra siūlomai įvairiapusiškai pažvelgti į situaciją, patį gyvenimą, į paciento vaidmenį jame. Ši terapija yra viena veiksmingiausių šiuolaikinių psichoterapijų krypčių, ji yra trumpalaikė, aiškiai strukturuota. Kognityvinė psichoterapija efektyviai padeda įveikti depresiją, nerimą, psichosomatinius negalavimus, valgymo sutrikimus, fobijas, paniką, darbo, vertinimo ir kitas, su onkologiniais krūties ligomis susijusias problemas.

4. Savipagalba

Savipagalba – tai gebėjimas panaudoti savo galimybes, rasti vidinį išteklių, priimti atsakomybę už savo gyvenimą ir paciam kreipti jį norima linkme. Savipagalba reiškia pokyčių pradžią, kai iš pasyvaus stebėtojo tampa aktyviu savo gyvenimo dalyviu (Angstringen, 1992). Savipagalbos grupė – tai abipusio pasitikėjimo ir bendrumo erdvė, kurioje žmonės aktyviai keičiasi. Ši veikla grindžiama bendrumu, savitarpio

supratimu, pasitikejimu ir pagalba (Simpson, Carlson, 2001). Savipagalba yra plačiausiai naudojamas psichosocialines intervencijos metodas. Yra irodyta, kad šis palaikymo ir išreiškimo budas turi teigiama poveiki sumažinant streso simptomus (Classen, 2001), nuotaikos trikdžius ir skausmo supratimą moterims, sergancioms kruties ligomis (Goodwin, Koopmans, 2001).

Savitarpio pagalbos grupės realizuoja keleta svarbiausių *igalinimo strategijų* – savitarpio pagalba, švietima, socialines kompetencijos ir savivertės stiprinimas, socialines paramos tinklo kurimas bei emociniai priėmimai.

Pagrindiniai savipagalbos principai yra:

- Panašios problemos, patirtis ir tikslai;
- Savanoriškumas;
- Demokratija priimanant sprendimus;
- Kompetencija pasidalijant savitarpiškumo principu;
- Savipagalba ir draugu parama.

Pirmoji ir bene svarbiausia igalinimo strategija – *tarpusavio pagalba*, jungianti ir psichologinius, ir socialinius pagalbos aspektus (Ivanauskiene, Liobikaite, 2004).

Dalyvavimas grupėse skatina geresnį savęs vertinimą. Šiu grupių populiarumą lemia tai, kad jos patenkina kai kuriuos esminius serganciujų poreikius: savarankiškumo, nepriklausomybės. Išiikinimas, kad gali ką nors padaryti be kitų pagalbos, teikia žmogui pasitikejimo (Spiegel, Bloom, 1989).

Savipagalbos grupė atlieka *izoliacijos, socialines atskirties ir jos padarinių mažinimo funkciją*. Šios grupės narsės yra panašios, nes savipagalbos grupė yra homogeniška grupė (Ivanauskiene, Liobikaite, 2004).

David Spiegel, vėžių serganciu pacientų grupinės terapijos pradininkas, pirmenybė teikia šiems trimis veiksniams (Spiegel, 1999):

- Socialinė (emocinė) parama, kuria pacientai suteikia vienas kitam;
- „Savipagalbos principu“ – pacientai įgyja pasitikejimo savimi per savo gebėjimus padėti grupėje esantiems;
- Kainu poveikis (gydymas nuo vėžio yra iš tiesų brangus).

Spiegel ir Spira (1991) taikė grupinės savipagalbos metodus metastaziniu kruties vėžių sergancioms moterims. Buvo sudaromos 7 – 10 serganciu moterų grupės, ir

kiekviena savaite ištisus metus vykdavo susitikimai. Šiu susitikimu metu moterys aptardavo: savo vežio gydymą, šeimos ir bendravimo problemas, mokejimą gyventi su pražutinga liga bei svarste mirties klausimus. Šio metodo metu buvo pabežiamas jausmu išreiškimas dėl ligos sukeltos baimės ir savitarpio paramos bei viena kitos mokymo (Moorey, Greer, 2002).

Savipagalbos grupės – ivairiu problemu sprendimo budas, pagristas asmenines patirties dalinimusi. Dažniausiai tokios grupės yra empatiškos. Klinikineje fonomenologijoje siuloma isijausti i paciento bukle ir sulyginti visa, ka paciente apie save kalba ir išgyvena ivairiais laiktarpais. Sergancioms moterims, jauciancioms atsiribojima, savipagalbos grupe dažnai yra vienintele vieta, kurioje moterys sulaukia emocines paramos (Spiegel, 1999). Tokiu grupiu nariai, tai pacientes, kurios nori padeti ne tik sau, bet ir kitoms, patyrusioms panašiu sunkumu moterims arba šiuo momentu su jais susiduriantioms. Iš pradziu daugelis pacienciu dalyvauja savipagalbos grupese, noredamos patenkinti savo poreikius, padeti sau. Taciau pacientes i šias grupes susirenka ne tik dėl bendro poreikio gauti pagalba ir parama. Pagrindine priežastis dėl ko jos buriasi i savipagalbos grupes, yra visoms bendra situacija, problema ar bus ena. Šios grupes yra grindžiamos *bendradarbiavimo ir dalinimosi patirtimi* principais (Muceniekas, 2003). Socialinis darbuotojas vadovaudamas šiam psichosocialines pagalbos metodei, padeda pacientems mobilizuoti vidines jegas, išdrysti buti savimi ir vertinti savo kasdienybe, jausmus bei potyrius. Šio proceso metu moterys ligones išmoksta:

- Prašyti pagalbos;
- Priimti pagalba ir ja pasinaudoti;
- Išdrysti buti savimi;
- Ivardinti savo problemas;
- Nusiteikti aktyviai veikti.

Savipagalbos grupese mokomasi bendrauti, lavinami socialiniai igudžiai. Tai itin svarbu izoliuotoms moterims, neturincioms galimybiu bendrauti, arba turincioms ribotas galimybes bendrauti (Ivanauskiene, Liobikaite, 2004). Bendraujant stipreja socialiai pažeitu serganciu moteru savivertes jausmas. Sumenkintas savės vertinimas neleidžia moterims kelti sudetingesniu tolimu tikslu, apsiboja jos gyvenimiškas perspektyvas ir kartu mažina socialini aktyvuma. Serganciu moteru sugebejimas formuoti tarpasmeninius

santykius, laikomas labai svarbiu veiksniu, turinciu itakos gerai psichosocialinei adaptacijai (Spiegel, 1999).

Dažniausiai tarpusavio pagalbos terapija tunka nuo 8 iki 12 sesiju. Tik nuo socialinio darbuotojo priklauso ar grupe bus uždara,- su pastoviomis serganciomis krutis ligomis moterimis, ar bus atvira,- leidžianti neribotam laikui isitraukti naujoms pacientems. Kliniskai, tokio tipo intervencijos yra labai naudingos ir ju metu taikoma socialine parama bei palaikymas yra labai efektyvus (Sutton, 2006, Simpson 2002).

Kiekvienam žmogui svarbu buti mylimam, jaustis reikalingam ir naudingam, moketi orientuotis ir atrasti galimybiu esant naujoms ir neiprastoms gyvenimo situacijoms, o istikus nelaimi, išmukti prisitaikyti prie nauju aplinkos pasikeitimu. Šia prasme savipagalbos grupiu paskirtis gali buti terapine, kai siekiama žmogaus vidiniu pokyciu, požymio, asmenybes tobulesnio išsivystymo. Metodas dažnai naudojamas lengvinant pacienčiu išgyvenimus arba perorentuojant šeimos nariu tarpusavio santykius, istikus netiketai ligai ar mirciai. Pacientes ne visada nori specialistu pagalbos. Efektyvios paciu pacienčiu ligos iveikimo strategijos yra šios:

- Adaptyvus neigimas – pacientes nesikoncentruoja i liga, stengiasi negalvoti apie ja. Tai padeda susidoroti su nuolatiniiais stresais, kurie kyla gydymo metu, skausmingomis proceduromis;
- Informacijos apie liga ieškojimas – tai padeda jausti situacijos kontrole, aktyviau dalyvauti gydymo procese; padeda pasiruošti ivairioms proceduroms, galimoms ju komplikacijoms.
- Paramos siekimas, bendravimas – tokiu ryšiu kurimas ir išlaikymas, kurie užtikrina emocini palaikyma, realia pagalba.
- Užsiemimas kokia nors veikla, aktyvumas – leidžia bent kuriam laikui atsiriboti nuo pasyvaus ligonio vaidmens, mažina ligos sukelta nevisavertiškumo jausma.

Taigi, savipagalbos grupes mažina daugelio moteru, serganciu onkologinemis kruties ligomis, socialine izoliacija ir paskatina tarpusavio saveika. Per tokias grupes jos gauna parama, patarimus kaip spresti panašias problemas, igyja daugiau socialines kompetencijos. Tokiu budu jos sukuria tarpusavio pagalbos sistema ir tampa draugemis, su kuriomis palaiko socialinius ryšius, susikurdamos neformalu socialini tinkla (Kaplan,

1986). Tokiu moterų tarpusavio pagalbos grupe gali būti vienas iš psichosocialinės pagalbos būdų, švelninantis psichosocialinių problemų padarinius bei leidžiantis joms geriau socialiai funkcionuoti.

5. Individuali socialinė intervencija

Individualaus psichosocialinės pagalbos metodo principas yra panašus į grupinės terapijos metodą. Esminis skirtumas tas, kad ši intervencijos rūšis taikoma individualiai kiekvienai norinčiai pacientei ir yra neprikaištingai pritaikytas individualiai kiekvienos moters poreikiams tenkinti (Sutton, 2006). Ji remiasi principu – vienas su vienu, t.y. profesionalas ir individas. Ši pagalba mobilizuoja ir kaupia žmogaus energiją, nukreipdama ją didesniems ir aukštesniems siekiams bei sveikesniems socialiniams santykiams. Profesionalinė socialinė pagalba pirmiausia taikoma serganciosios moters šeimoje. Todėl ir profesinėse įstaigose dauguma sudaro šeimų pagalbos įstaigos, kurios teikia pagalbą šeimoms, onkologiniu krūties susirgimu atvejais. Kiekvienas žmogus gyvenime turi daugybę išpareigojimų ir uždavinių, kuriuos privalo deramai atlikti, jei nori išvengti konfliktų ir harmoningai gyventi (Kulvaityte, 2006).

Kiekvienas žmogus siekia patenkinti savo poreikius ir išvengti frustracijos, bei išlaikyti pusiausvyrą, todėl kai susiduriama su žmogumi turinčiu sunkumų svarbiausia yra pajusti ir suvokti tuos problemų esmę, jų sudėtingumą ir kiek tai trukdo ar griaučia serganciosios krūties vežiu normalų gyvenimą. Kokios yra žmogaus galimybės ir jėgos, kurių pagalba jis privalo įveikti sunkumus. Svarbiausias tikslas padėti pacientams išspręsti problemą ir surasti bei išlaikyti pusiausvyrą įvairiose gyvenimo situacijose.

Individuali pagalba krūties vežiu sergancioms moterims gali būti naudojama kaip viena iš daugybės įvairių technikų. Šis metodas pagrįstas individualiu socialinio darbuotojo ir serganciosios moters susitikimu, kuris leidžia pacientei išreikšti savo jausmus, kurie kitais būdais neišsireiškia. Yra trys esminiai individualios terapijos tikslai (Bloom, 1982):

1. Sumažinti serganciosios emocinės izoliacijos jausmą;
2. Stiprinti pacienės gynybą, tokiu būdu padidinant ligos įveikimą;
3. Normalizuojant pacienės jausmus, atsižvelgiant į ligos ir gydymo patiriamą stresą.

Individuali terapija kruties vežiu sergancioms moterims gali skirtis nuo individualios terapijos šia liga nesergancioms tuo, kad (Gordon, Freidenbergs, 1980):

1. Socialines pagalbos teikejas su serganciomis kruties vežiu moterimis bus aktyvesnis, labiau padedantis ir atviresnis;
2. Socialines pagalbos teikejas stengsis sumažinti sergancios moters gynyba tam, kad pažinotu daugiau pasamones problemu.

Kruties vežiu sergancioms moterims susiduriant su seksualinemis problemomis yra sudetinga jas aptarineti grupinese terapijose, arba nerima ir disforija patiriancios pacientes, arba pacientes, kurioms reikalingas individualus demesys ir parama ir joms sudetinga lengvai isilieti i grupe. Individuali terapija kruties vežiu sergancioms moterims gali testis nuo trumpalaikes krizes intervencijos iki pacientes ligos gydymo pabaigos (Harness, 1988).

Individualios terapijos metu yra padedama moteriai susidoroti su fiziniaais, emociniais pasikeitimais, padedama prisitaikyti prie neišvengiamai pasikeitusio gyvenimo budo bei išgyventi gydymo procesa, kuris neretai buna skausmingas ir traumuojantis. Pagalba glaudžiai susijusi su moters aplinka, jai artimais žmonemis. Kai kurioms moterims rimtu išbandymu gali tapti savo diagnozes pasakymas vaikams arba jos gyvenimo partnerio reakcija. Susidoroti su šia problema moteriai gali padeti socialinis drabuotojas arba psichologas, patardamas, kaip tai aptarti su vaikais ar su parteriu, išliekant atvira, ramia ir nepraradusia vilties. Vaikai bei sutuoktinis, sužinoje apie mamos liga, gali išgyventi panašias emocijas kaip ir moteris. Taigi, artimieji, ar net draugai, isitrauke i šia intervencija, taip pat gauna didele nauda. Kitoms svarbu padeti pasirinkti tinkama gydymo istaiga. Reikalinga pagalba kontroliuojant stresa, nerima ar depresija. Mokydamas moteri problemos sprendimo strategiju, suteikdamas palaikyma, socialinis darbuotojas padeda jai išgyventi jos širdgela, baime ir kitas emocijas. Daugumai moteru šis gyvenima sukreciantis išbandymas tampa asmeninio augimo galimybe. Taip pat pastebeta, kad pacientes, kurios domisi ir bendradarbiauja su savo gydytojais, sveiksta greiciau nei tos, kurios pasyviai priima siuloma gydyma. Socialinis drabuotojas ar psichologas gali padeti moteriai priimti sprendimus ir išmokti efektyviau bendrauti su gydanciu personalu. Trumpai tariant, jie gali padeti moteriai labiau isitraukti i jos pacios

gydymo procesa, todėl moteris geriau supranta ligą, jos gydymą ir sustiprėja pasiryžimas padaryti viską, stengiantis pasveikti (Medicine.lt, žiureta 2008 11 27).

IV. TYRIMO METODIKA

1. Tyrimo paskirtis ir metodai

Remiantis psichologine, sociologine, bei medicinine literatūra galime teigti, kad moterų onkologine krūtų liga – viena iš didelių baimių dėl tiesioginės grėsmės gyvybei keliančių ligų. Vėžio diagnozės sužinojimas daro poveikį žmogaus fiziniam, psichologiniam, socialiniam ir dvasiniam funkcionavimui.

Tyrimo *tikslai*: 1. Atskleisti krūtų ligomis sergančių pacientų reikiamos socialinės pagalbos poreikį; 2. Nustatyti moterų prisitaikymo prie onkologinės krūtų ligos poveikio būdus ir jų ryšį su gaunama socialine pagalba; 3. Ištirti ir įvertinti sergančių moterų gyvenimo kokybę ir jos ryšį su gaunama socialine pagalba; 4. Atskleisti prisitaikymo prie vėžio ligos poveikio būdų ryšį su sergančių moterų gyvenimo kokybe;

Siekiant realizuoti šiuos tikslus, buvo parengta tyrimo metodika, kuria sudare *kiekybiniai tyrimo metodai*:

1. Tiriant socialinių paslaugų poreikį taikytas *apklausos raštu metodas (instrumentas originalus klausimynas)*. Klausimyno (1 priedas) pirmąją dalį sudarė demografinis blokas, skirtas klausimams apie respondentų amžių, sergamumą onkologine krūtų liga, šeiminę ir socialinę padėtį, taip pat gyvenamą vietą. Klausimyno antrąją dalį sudarė du blokai apie krūtų vėžio sergančių moterų gaunamos pagalbos iš aplinkinių ypatumus ir pagalbos onkologiniams pacientams šaltinius. Pirmas blokas apėmė klausimus apie tai, kaip dažnai pacientės gauna reikiama pagalba ir parama iš aplinkinių; ir kaip dažnai jos norėtų gauti pagalbą priklausomai nuo jų sirgimo onkologine liga laiko, antras blokas apėmė klausimus apie tai, iš ko respondentes daugiausia gauna pagalbos; kokios pagalbos joms reikėtų daugiau bei kaip pacientės kreipiasi, kai joms reikia pagalbos.

2. Siekiant atskleisti, kaip dažnai krūtų vėžio sergančios moterys gauna joms reikalingą pagalbą, *kiekybinio tyrimo metu* buvo taikomas kitas *apklausos raštu metodas (instrumentas - Socialines paramos skale* (angl. *Medical Outcome Study Social Support Scale, MOS – SSS*). Socialines paramos skale sukūrė Sherborne and Stewart (1991). Skale sudaryta iš 18 klausimų. Visi aštuoniolika klausimų turi atsakyti „Kaip dažnai kiekvienas iš žemiau pateiktų pagalbos būdų Jums yra prieinami“. Ši skale pažengusiose

šalyse yra plačiai naudojama su chroniškais ligomis serganciais pacientais, onkologiniais pacientais. Tačiau Lietuvoje ji dar nebuvo neadaptuota. Buvo susisiekiama su šios skales autoriais, kurie davė sutikimą šia skale naudoti savo darbe.

Skale apima keturis pagrindinius socialines pagalbos blokus:

1. emocijų – informacinių pagalba, kuri charakterizuoja abi, tiek emocijų, tiek patiriamąją – informacinių pagalba, konsultacija;
2. aktyvūs, realiai apčiuopiama pagalba – charakterizuoja apčiuopiama, realia parama ar pagalba;
3. prierašumo pagalba – apibūdina meilės ir švelnumo išraišką;
4. teigiama socialinė sąveika apibūdinama kaip individo gebėjimas su kažkuo gerai praleisti laiką ar atsipalaiduoti.

Socialinės paramos skales esmė yra ta, kad tiriamosios visus teiginius turejo įvertinti pagal tokia rangine skale: „Labai retai“ (1 balas), „Retai“ (2 balai), „Kartais“ „Tinka“ (3 balai), „Dažnai“ (4 balai), „Labai dažnai“ (5 balai). Kuo aukštesnis balas, tuo aukštesnis prieinamos pagalbos lygis. Ši skale pateikta 2 priede.

3. Siekiant atskleisti prisitaikymo prie vėžio ligos poveikio budus, *kiekybinio tyrimo* metu buvo taikomas *apklausos raštu metodas – instrumentas: Psichologinio prisitaikymo prie vėžio skale*. Psichologinio prisitaikymo prie vėžio skale sukūrė M. Watson ir Greer (angl. *Mental Adjustment to cancer Scale, MAC*) (1986; pgl. Watson, Greer, Bliss, 1989). Skale skirta onkologinės ligos poveikio budams įvertinti. Ši skale pažengusiose šalyse yra plačiai naudojama su krūties vėžio pacientais nustatant moterų prisitaikymo prie vėžio laipsnį. Tačiau Lietuvoje ši skale su onkologiniais pacientais tik pradėdama naudoti. S. Birbilaitė (2007) gavusi autorių Watson ir Greer (1987) sutikimą pirma karta taikė šią metodiką su onkologiniais pacientais. Ji davė darbo autorei sutikimą naudoti šią adaptuotą skale, tačiau, lektoros prašymu, negaliu šios skales pateikti prieduose. Ši skale sudaro 40 teiginių, kurių kombinacijos sudaro 5 subskales. Watson ir Greer (1987) nustatė penkis dažniausiai pasitaikancius tarp onkologinių pacientų ligos poveikio budus: 1) kovos dvasia, 2) neigimas, 3) fatalizmas, 4) bejėgiškumas ir beviltiškumas, 5) nerimastinga nuostata (Watson, Greer, 1987; pgl. Moorey, Greer, 2002):

1. kovine dvasia: 4, 5, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 39, 40 (klausimai);
2. bejegiškumas/beviltiškumas: 2, 9, 17, 23, 25, 36 (klausimai);
3. nerimastinga nuostata: 1, 3, 10, 14, 19, 21, 22, 29, 37 (klausimai);
4. fatalizmas: 7, 8, 12, 15, 24, 33, 35, 39 (klausimai);
5. neigimas: 38 (klausimas).

Psichologinio prisitaikymo prie vežio skales esmė yra ta, kad tiriamosios visus teiginius turejo įvertinti pagal tokia rangine skale: „Visiškai netinka“ (1 balas), „Netinka“ (2 balai), „Tinka“ (3 balai), „Visiškai tinka“ (4 balai).

4. Siekiant atskleisti serganciu moterų gyvenimo kokybę, naudotas *kiekybinio tyrimo apklausos raštu metodas – instrumentas: EORTC QLQ-C30 – gyvenimo kokybes sergant onkologine liga klausimynas*. EORTC QLQ-C30 (angl. *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*) – Europos vežio tyrimu ir gydymo organizacijos gyvenimo kokybes klausimynas (3 priedas), kuri sudaro 30 klausimų (Aaronson ir kt., 1993; Fayers ir kt., 2000). Šis klausimynas 2000 m. buvo išverstas į lietuvių kalbą ir yra plačiai naudojamas klinikiniuose tyrimuose Lietuvoje, vertinant onkologinių ligonių gyvenimo kokybę. Kiekvienas klausimas gali būti vertinamas 1–4 balu skaleje priklausomai nuo nežymaus (1 balas) iki labai aiškaus požymio (4 balai). Paskutiniai du klausimai yra apibendrinantys, vertinami nuo „labai blogai“ (1 balas) iki „puikiai“ (7 balai). Vertintos trys pagrindinės gyvenimo kokybes skales:

1. bendra sveikatos bukle (bendra sveikatos/gyvenimo kokybes bukle);
2. funkcinė skale (fizinė bukle, užimtumo, emocinė, kognityvinės ir socialinės funkcijos);
3. simptomų skale (nuovargis, pykinimas/vėmimas, skausmas, dusulys, nemiga, apetito praradimas, viduriu užkietėjimas, viduriavimas, finansinės problemos).

Kai pirmieji trys požymiai (bendra sveikatos bukle, fizinė bukle, užimtumo bukle) įvertinti daugiau balu, tada bukle yra geresnė, kai simptomai įvertinti daugiau balu, bukle – prastesnė. Gyvenimo kokybes klausimyno EORTC QLQ-C30 rezultatai apskaiciuojami remiantis EORTC sudaryta skaičiavimo metodika. Didesni skaičiavimo

rezultatai rodo geresni funkcinės skales ir bendros gyvenimo kokybės lygi bei žemesni simptomines skales lygi (Fayers ir kt., 2001, pgl. Birbilaite, 2007). Šis klausimynas pateiktas 3 priede.

Statistinės analizės metodai.

Atlikus tyrimą visu pirma buvo apdorojami duomenys. Tyrimo duomenys apdoroti naudojant statistiniu duomenų apdorojimo paketo SPSS (*Statistical Package for Social Science*) 12.0 versija.

Buvo naudota aprašomosios statistikos metodai: procentiniai dažniai. Taip pat buvo naudota Pearson koreliacijos koeficientas.

2. Tyrimo dalyviai ir tyrimo eiga

Onkologine kruties liga sergancios pacientes buvo tiriamos Vilniaus Universiteto Onkologijos Instituto (VUOI) radiologijos skyriuje, chemoterapijos stacionare ir krutu ligu chirurgijos ir onkologijos skyriuje, prieš tai gavus VU Onkologijos Instituto Etikos Komisijos pirmininko ir VU Onkologijos Instituto direktoriaus sutikimus tyrimui atlikti. Pacienčiu tyrimas chemoterapijos stacionare ir krutu ligu chirurgijos ir onkologijos skyriuje buvo atliekamas individualiai, su darbo autores pagalba, kuri (ji padedavo respondentems užpildyti klausimynus). Radiologijos skyriuje buvusios moterys klausimynus užsipilde pacios. Tyrimo pradžioje, moterys buvo supažindintos su tyrimo metodika, buvo gautas ju sutikimas dalyvauti tyrime. Vykdamas apklausa buvo vadovaujamasi geranoriškumo, etikos principais. Tiriamoms moterims buvo užtikrintas anonimiškumas. Klausimynu užpildymas vidutiniškai užtrukdavo apie viena valanda.

Tyrimo metu buvo bendradarbiaujama su VUOI reabilitacijos skyriuje dirbanciais socialiniais darbuotojais bei VUOI „Vežio informacijos centre“ dirbancia socialine darbuotoja.

Tyrimo metu buvo dometasi serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines ligos budais, moteru gyvenimo kokybe ligos metu bei gaunamos socialines paramos lygiu. Onkologines pacientes tyrimui buvo atrenkamos atsitiktinai. Tyrimo metu nebuvo renkamasi tam tikros stadijos kruties vežinio susirgimo, nes buvo norima iširti bendras onkologiniu krutu pacienčiu prisitaikymo prie ligos tendencijas. Tyrime dalyvavo viena tiriamuju grupe. Buvo iširtos 56 kruties vežiu sergancios moterys.

Siekiant atskleisti socialines pagalbos poreiki, buvo atsižvelgta i socialini – demografini serganciu moteru bloka (žr. 2 lentele).

Tiriamųjų moterų pasiskirstymas pagal demografinius duomenis (sk., proc.)

Amžius	Moterų skaičius	Procentais (%)
18 – 26 m.	5	8,9
27 – 40 m.	11	19,6
40 – 60 m.	34	60,7
Virš 60 m.	6	10,7
Sergamumo onkologine liga laikas		
Iki 1 m.	25	44,6
1 – 2 m.	17	30,4
3 – 5 m.	13	23,2
Virš 5 m.	1	1,8
Šeimyninė padėtis		
Gyvena santuokoje	28	50
Išsiskyrusios/našlės	12	21,4
Netekejusios	16	28,6
Vaiku turi		
Taip	42	75
Ne	14	25
Socialinė padėtis		
Moksleivė/studentė	4	7,1
Dirbanti	21	37,5
Neigali (del ligos)	24	42,9
Bedarbe	1	1,8
Pensininke	6	10,7
Gyvenamoji vieta		
Mieste	30	53,6
Priemiestyje	17	30,4
Kaimo vietoveje	9	16,1

Tyrimo duomenys rodo, kad didžiają dalį tiriamųjų (60,7 proc.) sudarė 40 – 60 metų amžiaus pacientės, tačiau esama nemažai (apie ketvirtadali - 19,6 proc.) moterų, kurių amžiaus riba yra 27 – 40 metai. Vertas dėmesio ir tas faktas, kad beveik pusė tiriamųjų moterų (44,6 proc.) kruties vežiu serga iki vienerių metų., trečdalis moterų

(30,4 proc.) serga 1 – 2 metus ir net ketvirtadalis moterų (23,2 proc.) šia liga serga jau 3 – 5 metus.

Tyrimo duomenys apie respondenciu *šeimynine padėti* rodo, kad pusė jų yra ištekejusios ir gyvena santuokoje, o beveik trečdalis (28,6 proc.) tiriamųjų yra netekejusios ir tik penktadali pacienčių (21,4 proc.) sudarė išsiskyrusias moteris arba našles. Didžioji dalis respondenciu (75 proc.) turi vaiku, o ketvirtadalis (25 proc.) jų vaiku neturi.

Duomenys apie respondenciu *visuomenine padėti* atskleidė, kad daugiau nei ketvirtadalis tiriamųjų (42,9 proc.) sudarė dėl ligos įgyjusios neįgalumą moteris, daugiau nei trečdali (37,5 proc.) sudarė dirbancios pacientės. Šie tyrimo duomenys taip pat rodo, kad daugiau nei pusė tiriamųjų (53,6 proc.) gyvena mieste, trečdalis (30,4 proc.) jų gyvena priemiestyje ir nežymi dalis (16,1 proc.) tirtų pacienčių gyvena kaimo vietovėje.

3. Tyrimo rezultatai

3.1 Kruties vežiu serganciu moteru socialines pagalbos poreikio bukle

Siekiant atskleisti onkologinemis kruties ligomis serganciu moteru socialines pagalbos poreikio bukle demesys buvo sutelktas i tokius klausimus: kaip dažnai pacientes gauna reikiama pagalba ir parama iš aplinkiniu; ir kaip dažnai respondentes noretu gauti pagalba priklausomai nuo ju sirgimo onkologine liga laiko. Tyrimo duomenys apie kruties vežiu serganciu moteru gaunamos pagalbos iš aplinkiniu ypatumus, atskleide tokius rezultatus (žr. 3 lentele):

3 lentele

Onkologinemis kruties ligomis serganciu moteru gaunamos pagalbos iš aplinkiniu ypatumai (sk., proc.)

Moteru Sergamumas (metais)	Gaunama reikiama parama ir pagalba iš aplinkiniu					Noretu gauti dažniau	
	Kiekv. diena	2-4 k. per savaite	1 k. per Savaite	Reciau	Visai Negauna	Taip	Ne
Iki 1 metu	18 72,0	5 20,0	2 8,0	--	--	6 24,0	19 76,0
1-2 metai	8 47,1	6 35,3	--	3 17,6	--	12 70,6	5 29,4
3 m. ir >5 m.	2 14,3	3 21,4	3 21,4	5 35,7	1 7,1	11 78,6	3 21,4

Tyrimo duomenys atskleide, kad didžioji dalis tiriamuju (72,0 proc.) iki 1 metu serganciu kruties vežiu, joms reikiama parama ir pagalba iš aplinkiniu, gauna kiekviena diena, penktadalis ju (20,0 proc.) šia pagalba gauna 2-4 kartus per savaite, ir labai nežymi dalis (8,0 proc.) pacienciu reikiama parama ir pagalba iš aplinkiniu gauna viena karta per savaite. Paaiškejo, kad didžiaja dali tiriamuju moteru (76,0 proc.) tenkina gaunamos pagalbos dažnumas ir dažniau jos gauti nenoretu. Taciau akivaizdu ir tai, kad beveik ketvirtadalis respondenciu (24,0 proc.) noretu dažniau gauti pagalba iš aplinkiniu.

Vertas demesio ir tas faktas, kad kuo ilgiau moteris serga onkologine liga, tuo mažiau reikiamos paramos ir pagalbos ji gauna iš aplinkiniu. Nustatyta, kad beveik puse (47,1 proc.) vienus-du metus serganciu pacienciu pagalba iš artimuju gauna kiekviena diena, o nuo triju 3 metu ir daugiau nei 5 metus serganciu moteru šia pagalba gauna vos

14,3 proc. Trečdalis tiriamųjų (35,3 proc.) 1-2 metus serganciu onkologine kruties liga, reikiama parama ir pagalba gauna 2-4 kartus per savaitę, ir tik 21,4 proc. tiriamųjų, serganciu tris-penkis ir daugiau metu gauna pagalba iš aplinkinių. Ir tiek pat pacienciu (21,4 proc.), serganciu kruties vežiu 3 metus ir daugiau nei 5 metus pagalba iš artimųjų gauna 1 kartą per savaitę. Taip pat paaiškėjo, kad apie 17,6 proc. 1-2 metus serganciuju moterų pagalba gauna rečiau nei kartą per savaitę. Tuo tarpu daugiau nei trečdalis (35,7 proc.) nuo 3 metų ir daugiau nei 5 metus serganciu moterų reikiama parama ir pagalba iš artimųjų gauna rečiau nei kartą per savaitę.

Gauti duomenys atskleidė, kad dauguma (nuo 70,6 proc. iki 78,6 proc.) 1-2 metus ir 3 metus ir daugiau nei 5 metus sergancios kruties vežiu moterys pagalba iš artimųjų noretu gauti dažniau ir tik ketvirtadali jų (nuo 29,4 proc. iki 21,4 proc.) gaunama parama ir pagalba iš artimųjų tenkina. Gauti duomenys sutampa su kitu tyreju (Ganz ir kt., 2003) panašiomis išvadomis: ilgesni laikotarpiai sergancioms kruties vežiu moterims truksta pagalbos iš artimųjų, draugų, medicinos personalo ar socialinių darbuotojų.

Siekiant atkleisti: a) iš ko sirgdamos kruties vežiu moterys daugiausia gauna pagalbos, b) kokios pagalbos joms reiketu daugiau bei c) i ka pacientes kreipiasi, kai joms reikia pagalbos. Tyrimo metu dėmesys buvo sutelktas i šiuos pagalbos šaltinius (žr. 4 lentelę).

4 lentelė

Kruties vežiu serganciu moterų pagalbos šaltiniai. (sk., proc.)

Pagalbos šaltiniai	Pagalba gaunu	Pagalbos reiketu daugiau	Pagalbos kreipiasi i:
Artimieji	48 85,7	31 55,4	48 85,7
Draugai	31 55,4	16 28,6	23 41,1
Kiti sergantieji	22 39,3	8 14,3	21 37,5
Medicinos personalas	48 85,7	49 87,5	38 67,9
Informacija internete, literaturoje	25 44,6	9 16,1	3 5,4

Tyrimo duomenys atskleide, kad didžioji dalis tiriamuju (85,7 proc.) sirgdamos daugiausia pagalbos gauna iš savo artimųju bei medicinos personalo. Puse tirtu moteru nurode, kad jos pagalba gauna iš savo draugu, arba ieško informacijos internete ar skaitydamos ivairia literatura apie savo liga. Daugiau nei trečdalis pacienciu (39,3 proc.) nevengia bendravimo ir su kitomis, panašia liga serganciomis moterimis. Gauti duomenys sutampa su kitu tyrimu (American psychological association, 2004) panašiomis išvadamis: onkologinemis ligomis sergancioms pacientems atrimieji, draugai bei medikai skiria atitinkama pagalba, parama bei ypatinga demesi ligos metu.

Vertas demesio ir tas faktas, kad vis del to pacientems labiausiai reiketu medicinos personalo pagalbos (85,7 proc.) ir kiek mažiau pagalbos iš artimųju (55,4 proc.), o apie trečdali (28,6 proc.) tiriamuju noretu daugiau pagalbos iš draugu. Ta ip pat nežymi dalis (16,1 proc.) respondenciu nurode, kad jos pasigenda reikiamos informacijos apie liga internete bei literaturoje.

Kitas reikšmingas ir vertas demesio faktas, kad didžioji dalis pacienciu (85,7 proc.) ieškodamos pagalbos ir palaikymo, daugiausia kreipiasi i savo šeimos narius ir pasikliauja gydancio gydytojo parama ir pagalba (67,9 proc.). Taip pat paaiškejo, kad daugiau nei trečdalis (41,1 proc.) moteru pagalbos kreipiasi i draugus. Gauti duomenys sutampa su kitu tyreju (Given ir kt., 2001) panašiomis išvadamis: onkologines pacientes ligos metu jacia didžiuli nerima del savo sveikatos ir gyvybes, todel vengia labiau gilintis i savo liga bei daugiausia pagalbos, paramos ir palaikymo jos tikisi iš artimųju ir jas gydancio personalo.

3.2 Kruties vežiu serganciu moteru gaunamos pagalbos ypatumai

Siekiant atskleisti, kaip dažnai onkologines pacientes gauna joms reikalinga pagalba, tyrimo metu buvo naudojama Sherborne and Stewart (1991) sukurta „Socialines paramos skale“, kuria sudaro keturi pagrindiniai socialines pagalbos blokai, juos mes ir aptarsime smulkiau. Tiriamuju buvo prašoma pažymeti „Kaip dažnai kiekvienas iš skaleje pateiktu pagalbos budu Joms yra prieinami“ (žr. 5 – 8 lenteles).

**Emocines - informacines pagalbos, kruties vežiu serganciu moteru, ypatumai. (sk.,
proc.)**

Emocine - informacine pagalba	Pagalbos prieinamumas				
	Labai retai	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
Yra žmogus, kuris išklauso, jei reikia išsišneketi	1 1,8	5 8,9	12 21,4	16 28,6	22 39,3
Yra žmogus, kuris patartu krizes metu	7 12,5	6 10,7	15 26,8	16 28,6	12 21,4
Yra žmogus, kuris padetu suprasti situacija, suteiktu informacija	7 12,5	10 17,9	13 23,2	11 19,6	14 25,0
Yra žmogus, kuriuo pasikliaujate ir galite išsipasakot problemas	--	7 12,5	11 19,6	19 33,9	19 33,9
Yra žmogus, kuris Jums patartu	3 5,4	6 10,7	6 10,7	20 35,7	18 32,1
Yra žmogus, su kuriuo pasidalinat savo rupescius ir baimemis	1 1,8	9 16,1	9 16,1	19 33,9	18 32,1
Yra žmogus, i kuri galite kreiptis patarimo,sprendžiant problemas.	4 7,1	4 7,1	10 17,9	22 39,3	16 28,6
Yra žmogus, kuri supranta Jusu problemas	3 5,4	2 3,6	13 23,2	16 28,6	22 39,3

Tyrimo metu gauti duomenys atskleide, kad daugiau nei puse (nuo 62,5 proc. iki 67,9 proc.) tiriamuju moteru turi žmogų, kuris jas dažnai išklauso, kai joms reikia išsišneketi, kuris supranta ju asmenines problemas, ir i kuri, esant reikalui, gali kreiptis pagalbos sprendžiant iškilusias problemas. Beveik puse respondenciu (nuo 44,6 proc. iki 50 proc.) dažniausiai turi, kas joms patartu krizes metu ar, kuris padetu suprasti situacija, suteikdamas joms informacijos apie tai kas vyksta. Tyrimo duomenys taip pat rodo, kad daugiau nei puse tiriamuju moteru (nuo 66,0 proc. iki 67,8 proc.) turi asmeni, kuriuo pasikliauja ir kuriam gali išsipasakoti apie savo problemas, kuris joms visada patartu ir su kuriuo drasiai galetu pasidalinti savo rupesciais ir baimemis. Gauti duomenys sutampa su

kitu tyreju (Slevin, Nichols ir kt., 1996) panašiomis išvadamis: emocine parama svarbi daugybei onkologiniu pacienciu gydymosi periodu ir ja sergancios moterys dažnai gauna iš ivairiu asmenu, dažniausiai iš savo artimuju bei draugu ar specialiu paslaugu teikimo tarnybu.

Kita vertus, tyrimo duomenys parode, kad yra beveik tekdalis pacienciu (nuo 23,2 proc. iki 30,4 proc.), kurios retai sulaukia taip reikalingos paramos ir pagalbos krizes metu bei neturi žmogaus, kuris padetu suprasti situacija, suteikdamas joms informacijos apie tai kas vyksta. Šios moterys praktiškai neturi žmogaus, kuris joms padetu suprasti esama situacija, suteikdamas informacijos, joms nera su kuo pasidalinti savo rupesciais ir baimemis, jos neturi kam išsipasakoti apie savo problemas.

Tiriant socialines pagalbos budu prieinamuma, buvo atsižvelgta ir i akivaizdžios, realiai apciuopiamos pagalbos kruties ligomis serganciu moteru bloko rezultatus (žr. 6 lentele).

6 lentele

Akivaizdžios pagalbos, kruties vežiu serganciu moteru, ypatumai. (sk., proc.)

Akivaizdi, realiai apciuopiama Pagalba	Pagalbos prieinamumas				
	Labai retai	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
Yra žmogus, kuris slaugytu, jei to reiketu	2 3,6	3 5,4	11 19,6	13 23,2	27 48,2
Yra žmogus, kuris palydetu pas gydytoja, jei to reiketu	6 10,7	3 5,4	10 17,9	11 19,6	26 46,4
Yra žmogus, kuris pagamintu maista, jei pati negali	3 5,4	6 10,7	6 10,7	12 21,4	29 51,8
Yra žmogus, kuris padetu kasdieneje namu ruošoje, jei blogai jaučiasi	2 3,6	3 5,4	11 19,6	12 21,4	28 50,0

Tyrimo metu gauti rezultatai rodo, kad daugiau nei puse tiriamuju moteru (nuo 71,4 proc. iki 73,2 proc.) labai dažnai gauna: parama bei pagalba namu ruošoje (71,4 proc.), maisto paruošima, esant blogai savijautai (73,2 proc.). Didžioji dalis respondenciu (71,4 proc.) neturi problemu, kas reikalui esant, galetu jas paslaugyti ar palydėti iki gydytojo (66,8 proc.). Gauti duomenys sutampa su kitu tyreju (Hirschman, Bourjolly,

2005) panašiomis išvadamis: realiai apčiuopiamos socialines pagalbos budas remiasi fiziniu paslaugu teikimu sergancioms moterims ir daro didele teigiama itaka moteru socialiniame gyvenime. Gaunama artimuju parama namuose labai dažnai padeda sušvelninti del ligos patiriama stresa (Dakof, Taylor, 1990).

Vertas demesio ir tas faktas, kad gana nedidelei daliai pacienciu (beveik dešimtadaliui – nuo 9 proc. iki 16,1 proc.) minetini pagalbos budai yra retai prieinami.

Tyrimo metu siekiant atskleisti ir ivertinti prieraišumo paramos ir meiles prieinamuma onkologinems pacientems, buvo gauti šie rezultatai (žr. 7 lentele).

7 lentele

Prieraišumo paramos, kruties vežiu serganciu moteru, ypatumai. (sk., proc.)

Prieraišumo Parama	Pagalbos prieinamumas				
	Labai retai	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
Yra žmogus, kuris Jus myletu ir rodytu švelnuma	3 5,4	3 5,4	11 19,6	6 10,7	3 58,9
Yra žmogus, kuris Jus Apkabintu	6 10,7	5 8,9	7 12,5	11 19,6	27 48,2
Yra žm., kuri Jus myletumet ir kuriam jaustumetės reikalinga	4 7,1	3 5,4	4 7,1	13 23,2	32 57,1

Kaip matyti iš gautu duomenu (žr. 7 lentele), labai didele dalis respondenciu (80,3 proc.) turi mylima žmogū ir jacia, kad yra mylimos. Daugiau nei puse tiriamuju moteru labai dažnai turi žmogū, kuris jas apkabina (67,8 proc.), kuris myli ir rodo švelnuma (69,8 proc.) ligos paveiktai moteriai. Kita vertus, tyrimo duomenys parode, kad yra beveik penktadalis (19,6 proc.) ir tokiu pacienciu, kurias labai retai apkabina artimieji, ar išreiškia meile (12,5 proc.) bei rodo švelnuma (10,8 proc.). Galime teigti, kad pacientes, gaunancios artimuju meile, švelnuma bei rupesti, ligos metu patiria mažesni emocini distresa, nei tos pacientes, kurios meiles išraiška iš šeimos nariu patiria retai (Dakof, Taylor, 1990).

Tiriant socialines pagalbos budu prieinamuma, demesys buvo sutelktas ir i teigiamos socialines saveikos paramos, kruties ligomis serganciu moteru, bloko rezultatus (žr. 8 lentele).

**Teigiamos socialines saveikos paramos, kruties vėžiu serganciu moteru, ypatumai.
(sk., proc.)**

Teigiama socialines saveikos Parama	Pagalbos prieinamumas				
	Labai retai	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
Yra žmogus, su kuriuo Jums gera būti kartu	3 5,4	3 5,4	4 7,1	18 32,1	28 50,0
Yra žmogus, su kuriuo atsipalaiduojate	4 7,1	9 16,1	13 23,2	18 32,1	12 21,4
Yra žmogus, su kuriuo butu malonu kažka nuveikti	2 3,6	5 8,9	15 26,8	14 25,0	20 35,7

Vertas demesio yra ir teigiamos socialines saveikos onkologinėmis kruties ligomis sergancioms respondentems blokas (žr. 8 lentelė). Tyrimo metu atskleisti duomenys rodo, kad didžioji dalis tiriamųjų moterų (82,0 proc.) labai dažnai turi asmeni su kuriuo jai gera kartu leisti laika. Puse respondečių (53,5 proc.) turi asmeni, su kuriuo gali atsipalaiduoti. Daugiau nei puse pacientų turi žmogų, su kuriuo su malonumu užsiima kokia nors veikla (60,7 proc.). Gauti duomenys sutampa su kitu tyreju (Hirschman, Bourjolly, 2005) panašiomis išvadomis: ligos metu moterims yra labai svarbus ir reikšmingas šeimos palaikymas ir pacientės su malonumu linkusios leisti laika šeimos apsuptyje, noredamos atsipalaiduoti, nusiraminti ir nors trumpam užsimiršti apie esama liga.

Kita vertus, tyrimo duomenys parode, kad yra nemaža dalis (23,2 proc) kruties vėžiu serganciu moterų, kurios retai turi žmogų, su kuriuo gali atsipalaiduoti.

3.3 Moterų prisitaikymo prie onkologinės kruties ligos iveikos budai ir ju ryšys su gaunama socialine pagalba

Moterų prisitaikymo prie onkologinės kruties vėžio ligos iveikos budu nustatymui, darbe buvo naudojama Watson ir Greer parengta (1987) „Psichologinio prisitaikymo prie onkologinės ligos skale“. Pagal šia skale buvo vertinti šie dažniausiai pasitaikantys tarp onkologinių pacientų ligos iveikos budai:

1) kovinė dvasia – moterys, priėmusios onkologines ligos situacija. I liga žiuri kaip i iššuki, priimdamos optimistini požiuri;

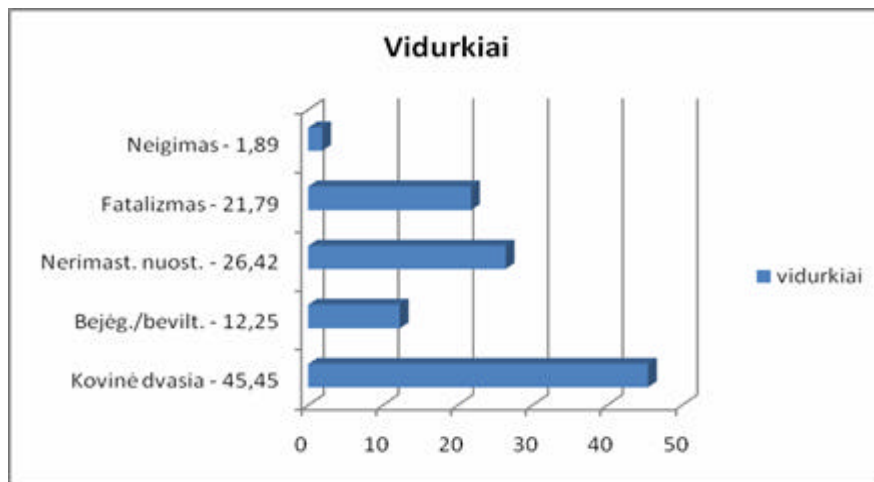
2) fatalizmas – isitikinusios, kad pasveiks nuo kruties vežio ligos;

3) bejegiškumas/beviltiškumas – moterys, kurioms onkologine kruties liga reiškia greitai ivyksiancia mirti;

4) nerimastinga nuostata – moterys jaučia dideli nerima del onkologines ligos, bijo, kad ji gali atsinaujinti;

5) neigimas – kai pacientes neigia liga ir jos daroma poveiki.

Apibendrinus gautus duomenis apie onkologiniu pacienciu prisitaikymo prie kruties ligos iveikos budus, buvo apskaiciuoti ir gauti šie ligos iveikos vidurkiai (žr. 1 pav.).



1 pav. Kruties vežiu serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budu vidurkiai

Tyrimo duomenys atskleide, kad didžioji dalis (45,45) tiriamuju moteru priklauso „Kovines dvasios“ prisitaikymo prie ligos iveikos budui. Akivaizdu ir tai, kad ketvirtadalis (26,42) pacienciu priklauso „Nerimastingos nuostatos“, o penktadalis (21,79) „Fatalizmo“ prisitaikymo prie ligos iveikos budams. Vertas demesio ir tas faktas, kad daugiau nei dešimtadalis (12,25) moteru yra pasirinkusios „Bejegiškumo/beviltiškumo“ ligos iveikos buda. Gauti duomenys sutampa su kitu tyreju

(Grulke, Bailer, 2006) panašiomis išvadomis, kad dauguma pacienciu pasirenka „Kovines dvasios“ ligos iveikos buda.

Toliau darbe smulkiau aptarsime kiekvieno prisitaikymo prie onkologines kruties ligos iveikos budo budingus bruožus ir šiu ligos iveikos budu ryši su: a) gaunama socialine parama, b) psichosocialiniais serganciuju poreikiais bei c) pacientems reikalingomis socialinėmis paslaugomis.

1. „Kovines dvasios“ prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budas“. Šiam iveikos stiliui yra budinga ligos priemimas. Moterys realiai priima liga, suvokdamos, kad ji yra gresminga, taciau stengiasi su ja gyventi. Šio prisitaikymo prie vežio ligos iveikos budo moterys stengiasi išlaikyti optimistiška požiuri, nes tvirtai tiki, jog šis požiuris bus naudingas sveikatai, stengiasi i liga žiureti su humoru. Jos nekaltina nei savės, nei aplinkiniu ar blogo gyvenimo, nei Dievo. Visa demesi stengiasi nukreipti i „cia ir dabar“, stengiasi gyventi šiuo momentu. Sužinojusios apie onkologine ligos diagnoze, kruties vežiu sergancios moterys sovokia, koks vertingas yra gyvenimas ir stengiasi iš jo gauti kuo daugiau. „Kovines dvasios“ prisitaikymo prie ligos iveikos budo moterys jautia aplinkiniu palaikyma ir parama, jautia kitu nuoširdu nora bendrauti su jais ir patys kalba apie didesni nora bendrauti su šeimos nariais ir draugais (Grulke, Bailer, 2006). Šiam prisitaikymo prie vežio budui yra budingas laiko suletejimas – iki ligos buvo daug skubejimo, dabar daug laiko lieka pamastymams, bendravimui su aplinkiniais, maloniai veiklai. Tarsi moteris, anksciau dariusi tai, kas jai yra svarbu, o ne tai, kas jai yra reikalinga, ligos metu pradeda daryti tai, kas jai iš tiesu yra reikalinga (Friedman, 1989). Sergancios moterys turi ateities planu, pvz., apie darbus, atostogas ar namus. Moterys gyvena, planuoja ir elgiasi priklausomai nuo tos dienos fizines savijautos ir nepriklausomai nuo to, ju gyvenimas yra pakankamai aktyvus (Alechi, Okuyama ir kt., 2001). Demesys yra nukreiptas i gera savijauta dabartiniu momentu. Šio prisitaikymo prie ligos iveikos budo tiriamosios stengiasi atrasti prasme ligoje, gyvenimas joms igyja besalygiška prasme. Stengiasi save fiziškai ir psichologiškai tausoti, nepervargti, pernelyg nesijaudinti, pailseti, kai to reikalauja organizmas (Birbilaite, 2007).

Toliau atskleisime prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budo „Kovine dvasia“ ir gaunamos socialines paramos skaliu bei psichosocialiniu poreikiu tenkinimo koreliacinius ryšius (žr. 10 lentele).

Kruties vežių serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo „Kovine dvasia“ ir gaunamos socialines paramos skaliu bei psichosocialiniu poreikiu tenkinimo rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Gaunama socialines parama	Ligos iveikos budas „Kovine dvasia“
Emocine-informacine pagalba	,575**
Akivaizdi, reali parama	,549**
Prieraišumo parama	,470**
Teigiama socialine saveika	,398**
Psichosocialiniai poreikiai	
Saugumo	,397**
Priklausomumo	,422**
Priemimo	,486**
Savigarbos	,247*
Pasitikėjimo	,134

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Tyrimo metu gauti duomenys rodo onkologiniu kruties ligu pacienciu prisitaikymo prie ligos iveikos budo „Kovine dvasia“ ir gaunamos socialines paramos bei moteru psichosocialiniu poreikiu tenkinimo rezultatu koreliacines analizes Pearson koreliacijos koeficientus.

Tyrimo rezultatai atskleide, kaip prisitaikymo prie ligos iveikos budas „Kovine dvasia“ turi glaudu ryši su gaunama emocije – informacine pagalba, akivaizdžia realiai apciuopiama ir prieraišumo parama bei teigiama socialine saveika ($p < 0.01$). Tyrimo duomenys taip pat atskleide stipru ryši tarp „Kovines dvasios“ ir saugumo, reikalingumo artimiesiems, draugams poreikiu bei artimuju ir draugu priemimo poreikiu, nepaisant i pasikeitusia pacientes išvaizda ar nuotaikos svyravimus ($p < 0.01$). Tyrimo duomenys rodo vidutiniškai stipru ryši tarp savigarbos poreikio (t.y. moters gebejimo paciai spresti ivairius klausimus, sergant onkologine kruties liga) ir „Kovines dvasios“ prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo ($p < 0.05$). Pasitikėjimo savimi (t.y. galejimo atvirai bendrauti su savo artimaisiais ar draugais) poreikis šiame prisitaikymo stiliuje yra labai silpnai tenkinamas. Šio prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budo respondentes ypatingai akcentuoja gaunama socialine parama ir pagalba iš artimuju bei draugu (žr. 10 lentelė).

Toliau atskleisime prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budo „Kovine dvasia“ ir reikalingu moterims socialiniu paslaugu tenkinimo koreliacinius ryšius (žr. 11 lentelę).

11 lentelė

Kruties vežiu serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo „Kovine dvasia“ ir reikalingu moterims socialiniu paslaugu tenkinimo rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Reikalingos socialines paslaugos	Ligos iveikos budas „Kovine dvasia“
Informavimas	,315*
Konsultavimas	,322*
Bendravimas	,335*
Tarpininkavimas (pvz. Sodroje)	-,277*
Pagalba rengiantis, prausiantis	-,514**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Tyrimo rezultatai rodo, kaip prisitaikymo prie ligos iveikos budas „Kovine dvasia“ turi vidutiniškai stipru ryši su tokiomis reikalingomis socialinemis paslaugomis, kaip: informavimas, konsultavimas, bendravimas ($p < 0.05$), bei labai glaudu ryši su tarpininkavimu (pvz. Sodroje) ($p < 0.05$) ir pagalba rengiantis, prausiantis ar maitinantis ($p < 0.01$).

Prisitaikymo prie vežio tyrimai irode, kad šio prisitaikymo prie ligos iveikos budo pacientes geriau supranta situacija, suranda ligos ir savo dabartines situacijos prasme (Manne ir kt., 2004). Sergant joms yra reikalingos tokios socialines paslaugos, kaip: informavimas bei konsultavimas, jos nevengia ir bendravimo. Tiketina, kad pasikliaudamos žmoniu palankumu šio prisitaikymo prie ligos iveikos budo moterys pacios tampa atviresnes artimiesiems bei draugams, priimantis požiuris sudaro salygas ir aplinkiniams su jomis suarteti bei joms padeti. Šios onkologines pacientes ypatingai akcentuoja gaunama emocine parama iš artimuju bei draugu (žr. 10 lentelę).

2. „Fatalizmo“ prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budas. Šiam prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budui yra budinga isitikinimas, kad liga išgydoma, visi planai atidedami tam laikui, kai moterys pasveiks. O kol serga, šios moterys prisimena ir pastebi gerus dalykus savo gyvenime, stengiasi pilnai išgyventi kiekviena diena. Daugiau nei trečdalis tiriamuju yra isitikinusias, kad nugyveno gražu gyvenima, o joms likes laikas yra tarsi dovana (Moorey, Greer, 2002). Jos tiki, kad liga

galima išgydyti, kad ji nera pernelyg sudetinga, kad ji kaip dauguma kitu ligu. Šio prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo tiriamosios neigia mirti – ji yra kažkur toli ateityje; jos vengia gilinimosi i gydyma ar liga; pasitiki gydytojais ir Dievo pagalba – viska palieka ju rankose. Iš tyrimo metu gautu duomenu matosi, kad moterims, susirgusios kruties vežio liga, niekas nepasikeite. Cia joms liga tarsi laikinas pereinamasis gyvenimo etapas, kuris priverte pristabdyti ir atideti iprastus darbus. Jos nekreipia demesio i liga, atsiriboja ir nuo klausinejimo apie liga, ar kokius vaistus jos gauna ir vartoja. Pasikliauja gydytojais ir savo ligos gydyma bei atsakomybe už gydyma palieka jiems. Šio prisitaikymo prie vežio iveikos budo moteru mintys yra nukreiptos i pasveikima.

Toliau atskleisime prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budo „Fatalizmas“ ir gaunamos socialines paramos skaliu bei psichosocialiniu poreikiu tenkinimo koreliacinius ryšius (žr. 12 lentele).

12 lentele

Kruties vežiu serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo „Fatalizmas“ ir gaunamos socialines paramos skaliu bei psichosocialiniu poreikiu tenkinimo rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Gaunama socialines parama	Ligos iveikos budas „Fatalizmas“
Emocine-informacine pagalba	,418**
Akivaizdi, reali parama	,357**
Prieraišumo parama	,354**
Teigiama socialine saveika	,365**
Psichosocialiniai poreikiai	
Saugumo	,377**
Priklausomumo	,388**
Priemimo	,327*
Savigarbos	-,299*
Pasitikejimo	,420**

* -p<0.05; **- p<0.01

Tyrimo metu gauti duomenys atskleide, kad prisitaikymo prie ligos iveikos budas „Fatalizmas“ turi glaudu ryši su visais gaunamos socialines paramos skales punktais – emocine – informacine pagalba, akivaizdžia reliai apciuopiama ir prieraišumo parama bei su teigiama socialine saveika (p<0.01).

Tyrimo duomenys taip pat atskleide, kad yra stiprus ryšys tarp „Fatalizmo“ ir saugumo, priklausomumo (t.y. reikalingumo artimiesiems ir draugams), pasitikėjimo (t.y. galejimo atvirai bendrauti su savo artimaisiais ar draugais) poreikiu ($p<0.01$) ir vidutiniškai stiprus ryšys tarp priemimo poreikio, nepaisant i pasikeitusia pacienes išvaizda ar nuotaikos svyravimus ($p<0.05$). Pastebeta, kad savigarbos poreikis (t.y. moters gebejimas paciai spresti ivairius klausimus, sergant onkologine kruties liga) turi vidutiniškai glaudu ryši su „Fatalizmo“ prisitaikymo prie ligos iveikos budu ($p<0.05$).

Lechner ir kt. (2006) teigia, kad cia esantis mažas streso lygis nera tiek griaunantis, kad darytu reikšminga teigiama arba neigiama poveiki. Kuo mažiau gresminga atrodo ligos situacija, tuo mažiau priežasciu jausti distresa. Tai patvirtino ir gauti rezultatai. Šio prisitaikymo prie ligos iveikos stiliaus moterys jauciasi saugios, mylimos, priimamos artimuju nepaisant i ju nuotaiku svyravimus, ar ligos subjaukota kuna. Šios moterys, kaip ir „Kovines dvasios“ pacienes ypatingai akcentuoja gaunama socialine parama ir pagalba iš artimuju bei draugu (žr. 12 lentele).

Toliau atskleisime prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budo „Fatalizmas“ ir reikalingu moterims socialiniu paslaugu tenkinimo koreliacinius ryšius (žr. 13 lentele).

13 lentele

Kruties vežiu serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo „Fatalizmas“ ir reikalingu moterims socialiniu paslaugu tenkinimo rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Reikalingos socialines paslaugos	Ligos iveikos budas „Fatalizmas“
Informavimas	,384**
Konsultavimas	,457**
Bendravimas	,400**
Tarpininkavimas (pvz. Sodroje)	-,218*
Pagalba rengiantis, prausiantis	-,480**

* - $p<0.05$; **- $p<0.01$

Tyrimo metu gauti duomenys atskleide stipru ryši tarp prisitaikymo prie ligos iveikos budo „Fatalizmas“ ir tokiu reikalingu socialiniu paslaugu, kaip: informavimas, konsultavimas, bendravimas ($p<0.01$), bei stipru neigiama ryši su tarpininkavimu (pvz. Sodroje) ($p<0.05$) ir pagalba rengiantis, prausiantis ar maitinantis ($p<0.01$). Demesio

vertas ir tas faktas, kad sergancioms moterims labai svabu yra dauguma šiu socialiniu paslaugu – tiek informavimas, tiek konsultavimas, tiek bendravimas, ir visiškai joms nereikalinga pagalba rengiantis, prašiantis ar maitinantis (žr. 13 lentelę). Šio prisitaikymo prie ligos iveikos stiliaus patientės neišgyvena per didelio sukretimo, kad susirgo kruties vežiu iš dalies ir dėl to, kad šios moterys tiesiog vengia gilinimosi į savo ligą ir neieško papildomos informacijos ar literatūros apie ją. Shofield (2004) su bendraautorais teigia, kad ligos pradžioje vyraujantis optimizmas ilgainiui statistiškai reikšmingai sumažėja. Autoriai tokia tendencija sieja su fiziniais negalavimais, atsirandanciais po gydymo arba su aiškesniu situacijos suvokimu – patientės surinkdavo daugiau informacijos apie savo ligą, ypatingai apie išgyvenamumo trukmę, kuri ne visada yra optimistiškai nuteikianti.

3. „Nerimastingos nuostatos“ prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budas. Šio ligos iveikos stiliaus patientės aiškiai suvokia kokia sunki ir klastinga yra jų liga. Esant šiam prisitaikymo prie ligos iveikos stiliui, daugiau nei pusei pacienciu būdingas vyraujantis nerimas, patientėms yra sunku patikėti, kad joms taip nutiko, ir jas užklupo kruties vežio liga. Šio prisitaikymo budo moterims yra būdingas kompulsyvus nusiraminoimo ieškojimas. Sergancios moterys stengiasi imtis priemonių, kad pagerintu savo sveikata, pvz., stengiasi pakeisti savo mitybą arba daryti mankštą. Tačiau didžiąją dalį laiko sergancios moterys praleidžia galvodamos, kad liga gali atsinaujinti arba pablogėti, ir šios problemos su sveiktata tarsi neleidžia moterims planuoti ateities. Bet koks fizinis simptomas yra suvokiamas kaip ligos ženklas. Daugiau nei trečdalis tiriamųjų nusiraminoimo siekia kreipiantis į gydytojus, naudojant alternatyvią mediciną ir perdetai ieškant informacijos apie vežį, bei bendraujant su panašaus likimo žmonėmis. Diagnoze suvokiama kaip didelė gresmė, kruties vežiu sergancios moterys nėra isitikinusios ar gali kontroliuoti situaciją: ateitis suvokiama kaip nenuspejama (Moorey, Greer 2002).

Toliau atskleisime prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budo „Nerimastinga nuostata“ ir gaunamos socialines paramos skaliu bei psichosocialiniu poreikiu tenkinimo koreliacinius ryšius (žr. 14 lentelę).

Kruties vežių serganciu moterų prisitaikymo prie onkologinės ligos iverkos būdo „Nerimastinga nuostata“ ir gaunamos socialinės paramos skaliu bei psichosocialinių poreikiu tenkinimo rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Gaunama socialinės parama	Ligos iverkos būdas „Nerimastinga nuostata“
Emocinė-informacinė pagalba	-,535**
Akivaizdi, reali parama	-,426**
Prieraišumo parama	-,459**
Teigiama socialinė saveika	-,477**
Psichosocialiniai poreikiai	
Saugumo	-,388**
Priklausomumo	,342**
Priemimo	,289*
Savigarbos	-,479**
Pasitikėjimo	-,370*

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad ligos prisitaikymo būdas „Nerimastinga nuostata“ turi neigiamą glaudų ryšį su visais gaunamos socialinės paramos skales punktais – emocinė – informacinė pagalba, akivaizdžiai realiai apčiuopiama ir prieraišumo parama bei su teigiama socialine saveika ($p < 0.01$).

Vertas dėmesio ir tas faktas, kad rasta didesne koreliacija tarp ligos iverkos būdo „Nerimastinga nuostata“ su visu psichosocialinių serganciuju moterų poreikiu – saugumo, savigarbos (t.y. sergancios moters gebejimo paciai spresti ivairius su liga klausimus) ($p < 0.01$) ir pasitikėjimo poreikiu ($p < 0.05$). Taip pat pastebime, kaip „Nerimastinga nuostata“ prisitaikymo prie ligos iverkos būdas turi glaudų ryšį su kruties vežių serganciu moterų priklausomumo (t.y. reikalingumo artimiesiems ir draugams) pasitikėjimo ($p < 0.01$) ir priemimo (t.y. kaip moters artimieji ir draugai priima onkologine liga sergancia moteri, nepaisant i jos nuotaikos svyravimus ar pasikeitusia išvaizda) poreikiais ($p < 0.05$).

Toliau atskleisime prisitaikymo prie kruties vežio ligos iverkos būdo „Nerimastinga nuostata“ ir reikalingu moterims socialinių paslaugu tenkinimo koreliacinius ryšius (žr. 15 lentelė).

Kruties vežiu serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines ligos budo „Nerimastinga nuostata“ ir reikalingu moterims socialiniu paslaugu tenkinimo rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Reikalingos socialines paslaugos	Ligos iveikos budas „Nerimastinga nuostata“
Informavimas	,472**
Konsultavimas	,354*
Bendravimas	,478**
Tarpininkavimas (pvz. Sodroje)	,280*
Pagalba rengiantis, prausiantis	-,426**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Iš gautu rezultatu matyti ligos prisitaikymo budas „Nerimastinga nuostata“ turi glaudu ryši su tokiomis reikalingomis socialinemis paslaugomis, kaip: informavimas, konsultavimas, bendravimas ($p < 0.01$), bei silpnesni ryši su tarpininkavimu (pvz. Sodroje) ($p < 0.05$). Taip pat galime pastebeti, kad „Nerimastingos nuostatos“ prisitaikymo budas patikimai neigiamai koreliuoja su pagalba rengiantis, prausiantis ar maitinantis ($p < 0.01$).

Šio prisitaikymo prie vežio ligos iveikos pacienciu susirupinimo lygis yra labai aukštas nuo to momento, kai moterys sužino diagnoze (Anderson, 1997). Kruties vežio gydymo metu ir jam pasibaigus, moterys dažnai išgyvena nerima ir baime. Šie jausmai yra normalus atsakas i patiriama stresa. Šio ligos iveikos stiliaus moterys nusiramino ir palaikymo ieško kreipdamosios pas gydytojus, psichologus, socialinius darbuotojus, tai mes aiškiai galime pastebeti iš 15 lentelės. Apibendrinant duomenis, galime drasiai teigti, kad šio iveikos stiliaus moterims budingas vyraujantis nerimas. Šio prisitaikymo prie ligos iveikos stiliaus pacientes gauna nepakankamai joms reikiamos socialines paramos bei artimuju palaikymo.

4. „Bejegiškumo/beviltiškumo“ prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budas. Šiam prisitaikymo prie ligos iveikos budui yra budingas isitikinimas, kad gyvenimas yra beviltiškas. Moterys isitikinusios, kad yra bejebes ka nors pakeisti, kaip nors pagerinant savo fizine emocije ar psichologine bukle. Šio stiliaus pacientes isitikinusios, kad liga reiškia greitai ivyksiancia mirti. Šiam prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budui yra budingas ateities planu nebuvimas. Moterys priklausancios šiam prisitaikymo iveikos stiliui neturi jokių planu nei ateiciai, nei

dabarciai, jos tarsi laukia vienintelio dalyko, kuris ju manymu yra neišvengiamas – tai mirtis. Pacientes pasiduoda, vengia bendravimo su artimaisiais ir draugais, nes nenori būti jiems našta. Šio stiliaus tiriamosios bijo, kad ju laukia varginantis išėjimas i kita pasauli ir kad tuo metu jos bus našta savo artimiesiems, arba, kad nebus kas jomis galetu pasirupinti (Stanton, 2000).

Toliau atskleisime prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budo „Bejegiškumas/ beviltiškumas“ ir gaunamos socialines paramos skaliu bei psichosocialiniu poreikiu tenkinimo koreliacinius ryšius (žr. 16 lentele).

16 lentele

Kruties vežiu serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo „Bejegiškumas/beviltiškumas“ ir gaunamos socialines paramos skaliu bei psichosocialiniu poreikiu tenkinimo rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Gaunama socialines parama	Ligos iveikos budas „Bejegiškumas/beviltiškumas“
Emocine-informacine pagalba	-,521**
Akivaizi, reali parama	-,586**
Prieraišumo parama	-,486**
Teigiama socialine saveika	-,392**
Psichosocialiniai poreikiai	
Saugumo	-,535**
Priklausomumo	-,544**
Priemimo	-,612**
Savigarbos	-,439**
Pasitikejimo	-,377*

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Tyrimo metu gauti rezultatai rodo, kad prisitaikymo prie ligos iveikos budas „Bejegiškumas/beviltiškumas“ turi glaudu neigiama ryši su visais gaunamos socialines paramos skales punktais – emocine – informacine pagalba, akivaizdžia realiai apčiuopiama ir prieraišumo parama bei su teigiama socialine saveika ($p < 0.01$).

Vertas demesio ir tas faktas, kad „Bejegiškumas/beviltiškumas“ turi stipru neigiama ryši su visais psichosocialiniais serganciuju moteru poreikiais – saugumo, priklausomumo (t.y. reikalingumo artimiesiems ir draugams), priemimo (t.y. kaip moters artimieji ir draugai priima onkologine liga sergancia moteri, nepaisant i jos nuotaikos svyravimu ar pasikeitusios išvaizdos), savigarbos (t.y. sergancios moters gebejimo paciai

spresti ivairius, su liga susijusius, klausimus) ($p < 0.01$). Taip pat pastebime, kaip „Beviltiškumo/bejegiškumo“ prisitaikymo prie ligos iveikos budas patikimai neigiamai koreliuoja su kruties vežiu serganciu moteru pasitikejimo poreikiu ($p < 0.05$).

Apibendrinant duomenis, galime drasiai teigti, kad šio iveikos stiliaus moterims budingas visiškas bejegiškumas ka nors pakeisti, nesidomejimas gyvenimu, dabartimi ir juo labiau ateitimi. Šio prisitaikymo prie ligos iveikos stiliaus pacientes praktiškai negauna jokios socialines paramos, nes nenori buti našta savo artimiesiems. Turner, Jensen, Romano (2000) duomenimis yra nustatyti ypatingai aukšti depresijos rodikliai esant šiam prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budui.

Toliau atskleisime prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budo „Bejegiškumas/ beviltiškumas“ ir reikalingu moterims socialiniu paslaugu tenkinimo koreliacinius ryšius (žr. 17 lentele).

17 lentele

Kruties vežiu serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo „Bejegiškumas ar beviltiškumas“ ir reikalingu moterims socialiniu paslaugu tenkinimo rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Reikalingos socialines paslaugos	Ligos iveikos budas „Bejegiškumas/beviltiškumas“
Informavimas	-,335**
Konsultavimas	-,302**
Bendravimas	-,363**
Tarpininkavimas (pvz. Sodroje)	,280*
Pagalba rengiantis, prausiantis	-,478**

* $-p < 0.05$; ** $-p < 0.01$

Pateikti rezultatai rodo, kad prisitaikymo prie ligos iveikos budas „Bejegiškumas/beviltiškumas“ turi glaudu neigiama ryši su tokiomis reikalingomis socialinemis paslaugomis, kaip: informavimas, konsultavimas, bendravimas ($p < 0.01$), bei silpnesni ryši su tarpininkavimu (pvz. Sodroje) ($p < 0.05$). Taip pat matome, kad „Bejegiškumo/beviltiškumo“ ligos iveikos budas patikimai neigiamai koreliuoja su pagalba rengiantis, prausiantis ar maitinantis ($p < 0.01$).

Gauti rezultatai leidžia teigti, kad šio prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo moterys vengia bendravimo su tiek su artimiasiais, tiek su draugais, tiek su medicinos personalu. Šios moterys jaučiasi vienišos, apleistos, joms labai truksta palaikymo, taciau iš pateiktu rezultatu matome, kad šios moterys pacios vengia santykiu

su aplinkiniais, nenoredamos, kad ju gailėtusi (Grulke, Bailer, ir kt., 2006). Dažniausiai šio budo atstovės – tai baigusios gydymą ir išleistos į namus bei tolimesnes gydymo perspektyvos moterys. Ši ligos įveikos strategija susijusi su blogesniu funkcionavimu ir blogesne gyvenimo kokybe, pesimistiškai nusiteikusių onkologines pacientės labiau reaguoja beviltiškumu/bejegiškumu, (Schou, Ekeberg, Ruland 2005). Pesimistės galvoja, kad šios situacijos joms yra per daug, jas apima beviltiškumo/bejegiškumo jausmas, pasyvumas, jos pasitraukia iš kasdienės veiklos ir socialinio gyvenimo. Be to, pesimistės labiau reaguodamos beviltiškumu ir bejegiškumu yra labiau linkusios pasiduoti, dėl ko sumažėja galimybė ieškoti ir gauti tinkama medicininė pagalba ir/arba socialinė parama (Schou, Ekeberg, Ruland 2005). Apibendrinant galima būtų teigti, kad „Bejegiškumo/beviltiškumo“ prisitaikymo budo pacientėms yra būdinga pasyvi ligos įveika. Šio prisitaikymo budo pacientės išgyvena didelius socialinius, psichologinius ir dvasinius sunkumus, be to ir fiziniai simptomai (tarp jų ir skausmas) labiau išreikšti ir trukdantys prisitaikyti.

3.4 Kruties vežiu serganciu moteru gyvenimo kokybes ypatumai ir ryšys su prisitaikymo prie onkologines ligos įveikos budais bei gaumana socialine pagalba

Kruties vežiu serganciu moteru gyvenimo kokybes įvertinimui, darbe buvo naudojamas EORTC QLQ-C30 gyvenimo kokybes klausimynas. Gyvenimo kokybes vertinimas yra gana sudėtingas, iki šiol nėra tikslaus jo apibrėžimo. Serganciu žmonių gyvenimo kokybe laikytinas sugebėjimas atlikti savo kasdienes fizines bei socialines funkcijas ir pasitenkinimas šiose srityse. Todėl gyvenimo kokybes vertinimas visada yra subjektyvus ir neišsamus, nepaisant daugybės pastaraisiais metais sudarytu EORTC (Europos vežio tyrimo ir gydymo organizacija) klausimynu. Esminiai kriterijai vertinant pacientų, serganciu kruties vežiu, gyvenimo kokybe, yra galutinis vežio gydymo rezultatas, komplikacijų rizikos sumažėjimas ir funkcijų atnaujinimas po onkologines ligos gydymo.

Remiantis gyvenimo kokybes analize, galima įvertinti ligos eigą, gydymo atsaką, nustatyti, kaip pacientės vertina gydymą ir ligos eigą (Brasiuniene, Brasiunas, Juozaityte, 2006). Toliau darbe smulkiau aptarsime kiekvienam prisitaikymo prie

onkologines kruties ligos iveikos budu būdingus gyvenimo kokybes rezultatus ir gyvenimo kokybes ryši su gaunama socialine parama ir pagalba.

Toliau atskleisime gyvenimo kokybes ir prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budu „Kovine dvasia“ koreliacinius ryšius (žr. 18 lentele).

18 lentele

Kruties vežiu serganciu moteru gyvenimo kokybes QLQ-30 ir prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budu „Kovine dvasia“ rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Gyvenimo kokybe QLQ-30	Ligos iveikos budas „Kovine dvasia“
Funkcine skale	,603**
Simptomine skale	,377**
Bendra gyvenimo kokybe	,483**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Tyrimo metu gauti rezultatai rodo, kad prisitaikymo prie ligos iveikos budas „Kovine dvasia“ turi gaudu ryši su visom trim gyvenimo kokybes skalemis – funkcinė skale, simptomine skale, bendra gyvenimo kokybe ($p < 0.01$). Demesio vertas ir tas faktas, kad kuo mažesne yra simptomine skale (kuo mažiau ligos metu moterys jaučia skausma, ar kuo mažiau pacienės pykina, kuo mažiau jos yra pavargusios), tuo didesne yra funkcinė skale (kuria sudaro fizine bukle, užimtumo, emocine bei socialine funkcijos) ir bendra gyvenimo kokybe. Šios prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budu moterys savo gyvenimo kokybe vertina palankiai, ta parodo ir gauti rezultatai. Svarbios pacienciu gyvenimo sritys – profesine, kurybine veikla, poilsis ir laisvalaikis bei intymus gyvenimas – yra glaudžiai susijusios. Gyvenimo kokybe priklauso nuo pasitenkinimo laipsnio šiose srityse (Aaronson, Bergman, 1993). Funkcines bukles tyrima galima laikyti salyginai objektyviu ir visiškai subjektyvu sergancios onkologine liga pacienės požiuri i tai, kokia itaka sveikata daro jos subjektyviai gerovei, pvz., „Ar Jums sukelia sunkumu itempta veikla (pvz., sunkaus krepšio ar lagamino nešimas)“? Iš gautu rezultatu matyti, kad net ir sunkia onkologine liga sergancios moterys gali rasti jegu džiaugtis gyvenimu. Teigiamas funkcines skales ivertinimas apima pacienės gebejima atlikti kasdienes veiklos, skaitant ir profesine, uždavinius (Bagder, Braden, 2004). „Kovines dvasios“ prisitaikymo prie ligos iveikos budu moterys realiai priima liga, suvokdamos, kad ji yra gresminga, taciau stengiasi su ja gyventi. Ligos metu išlaikomas optimistiškas požiuris

tarsi apsaugo sergancias moteris nuo per didelio streso, nerimo bei netikrumo jausmo (National Cancer Institute, 2008). Pateikti duomenys irodo stipru ryši tarp „Kovines dvasios“ ligos iveikos budo ir serganciu moteru gyvenimo kokybes. Šioms pacientems liga yra kaip galimybė peržiureti gyvenimo prioritetus bei atrasti tame nauja savo gyvenimo kelia. Pacientes, kurios labiau isitraukia i bendravima su kitais, labiau ima vertinti gyvenima ir džiaugtis kiekviena diena, jos mato naujas galimybes atsiradusias su liga. Šios pacientes labiau linkusios isitraukti i veikla, bendravima, nauju dalyku igyvendinima, tokiu budu aktyviai nukreipdamos demesi nuo ligos. Šioms pacientems mažiau budingi depresiniai simptomai, kadangi ligos metu jos pradejo labiau paitiketi savo jėgomis ir pasidare stipresnes nei buvo iki ligos (Birbilaite, 2007).

Toliau atskleisime gyvenimo kokybes ir prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budo „Bejegiškumas/beviltiškumas“ koreliacinius ryšius (žr. 19 lentele).

19 lentele

Kruties vežiu serganciu moteru gyvenimo kokybes QLQ-30 ir prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo „Bejegiškumas/beviltiškumas“ rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Gyvenimo kokybe QLQ-30	Ligos iveikos budas „Bejegiškumas/beviltiškumas“
Funkcine skale	-,599**
Simptomine skale	,483**
Bendra gyvenimo kokybe	-,545**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Tyrimo duomenys atskleide, kad prisitaikymo prie ligos iveikos budas „Bejegiškumas/beviltiškumas“ turi glaudu neigiama ryši su tokiomis gyvenimo kokybes skalemis – funkcine skale, bendra gyvenimo kokybe ($p < 0.01$) ir glaudu teigiama ryši su simptomine skale ($p < 0.01$).

Socialiniai santykiai, ekonomine padetis veikia tiriamuju pacienciu gyvenimo kokybe. „Bejegiškumo/beviltiškumo“ prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo moteru gyvenimo kokybe yra labai prasta. Iš pateiktu duomenu drasiai galime teigti, kad gyvenimo kokybei daro itaka pacientes fizines, dvasines, sveikatos bukles, nepriklausomybes lygis ir socialinis ryšys su aplinka (Juozulynas, Kurtinaitis, 2005). Aukšta pacienciu simptomine skale lemia moteru fizines, psichines ir socialines salygos.

Patiriami tokie simptomai, kaip: nuovargis, pykinimas, skausmas, nemiga, apetito nebuvimas, ar skonio praradimas chemoterapijos metu, labai neigiamai atsiliepia bendrai moterų gyvenimo kokybei. Patirdamos visus šiuos simptomus, moterys yra isitikinusios, kad yra bejėgės ka nors pakeisti, kaip nors pagerinant savo fizine emocije ar psichologine bukle (Schou, Ekeberg, Ruland 2005). Pacientes pasiduoda, vengia bendravimo su artimaisiais ir draugais, nes nenori buti jiems našta, i liga šios moterys žiuri labai pesimistiškai, nesitiki pasveikti ir nesistengia kovoti su liga. Šios moterys labiau linkusios atsiskirti, vengia susitikti su kitais žmonėmis, ir tai daro didelę itaką ju gyvenimo kokybei. B. Fife (2005) teigė, kad negatyvios prasmės priskyrimas ligai susijęs su dideliu emociniu distresu bei blogesniu prisitaikymu. O visa tai, savo ruožtu, daro tiesioginę itaką blogai pacienčių gyvenimo kokybei. Tyrimo rezultatai irodė, kad nepasitikėjimas gyvenimu, laime, sekme ir neigiamas savės, kaip asmenybės vertinimas, susijęs su žemesne bendra gyvenimo kokybe, bei labiau išreikštais fiziniais simptomais (pykinimu, nemiga, nuovargiu, apetito praradimu). Apskritai, savės nuvertinimas yra susijęs su blogesniu fiziniu funkcionavimu ir užimtumu bei didesniais finansiniais sunkumais.

Toliau atskleisime gyvenimo kokybes ir prisitaikymo prie kruties vežio ligos iveikos budo „Nerimastinga nuostata“ koreliacinius ryšius (žr. 20 lentele).

20 lentele

Kruties vežiu serganciu moterų gyvenimo kokybes QLQ-30 ir prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budo „Nerimastinga nuostata“ rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Gyvenimo kokybe QLQ-30	Ligos iveikos budas „Nerimastinga nuostata“
Funkcine skale	-,480**
Simptomine skale	,426**
Bendra gyvenimo kokybe	-,464**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Tyrimo metu gauti rezultatai rodo, kad prisitaikymo prie ligos iveikos budas „Nerimastinga nuostata“ turi glaudu neigiama ryši su tokiomis gyvenimo kokybes skalemis – funkcine skale, bendra gyvenimo kokybe ($p < 0.01$) ir glaudu teigiama ryši su simptomine skale ($p < 0.01$).

Vežio ligos iveikos „Nerimastinga nuostata“ serganciu moteru yra žema gyvenimo kokybe, kadangi yra labai stipriai išreikšti fiziniai simptomai. Šiu pacienciu gyvenimo kokybei itakos daro vyraujantis nuolatinis nerimas del vežio ligos. Pacientes onkolgine liga išvelgia kaip labiau gresminga, darancia neigiama poveiki ju tapatybei, ju santykiams su aplinkiniais bei trukdancia siekti užsibrežtu tikslu. Šios onkologine liga sergancios pacientes didžiaja dali laiko praleidžia galvodamas, kad liga gali atsinaujinti arba pablogėti, ir šios problemos su sveiktata tarsi neleidžia moterims planuoti ateities. Bet koki fizini simptoma jos suvokiama kaip ligos ženkla. Šiu pacienciu susirupinimo, nerimo ir patiriamo distreso lygis yra labai aukštas nuo to momento, kai jos sužino diagnoze (Anderson, 1997). Tai labai neigiamai atsiliepia moteru fizinei, dvasinei ir sveikatos bukle (Juozulynas, Kurtinaitis, 2005). Nepriklausomybes lygis ir socialinis ryšys su aplinka, esant žemai bendrai gyvenimo kokybei taip pat yra žemas.

Toliau atskleisime gyvenimo kokybes ir gaunamos socialines paramos ypatumu koreliacinius ryšius (žr. 21 lentele).

21 lentele

Kruties vežiu serganciu moteru gyvenimo kokybes QLQ-30 ir gaunamos socialines paramos skaliu rezultatu koreliacine analize; Pearson koreliacijos koeficientai

Gaunama socialine Parama	Gyvenimo kokybe QLQ -30		
	Funkcine skale	Simptomine skale	Bendra gyven. Kokybe
Emocine-informacine pagalba	,459**	-,438**	,424**
Akvaizdi, reali parama	,472**	-,447**	,353**
Prieraišumo parama	,328**	-,389**	,259*
Teigiama socialine saveika	,362**	-,450**	,437**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Tyrimo duomenys atskleide, kad gyvenimo kokybes QLQ-30 funkcinė skale turi statistiškai reikšminga ir stipru ryši su visomis gaunamos socialines paramos skales punktais – emocine – informacine pagalba, akivaizdžia realiai apčiuopiama ir prieraišumo parama, bei teigiama socialine saveika ($p < 0.01$). Vertas demesio ir tas faktas, kad gyvenimo kokybes QLQ-30 simptomine skale turi neigiama ryši su visomis gaunamos socialines paramos skales punktais – emocine – informacine pagalba, akivaizdžia realiai apčiuopiama ir prieraišumo parama, bei teigiama socialine saveika ($p < 0.01$). O gyvenimo kokybes QLQ-30 bendra gyvenimo kokybe patikimai teigiamai

koreliuoja su visomis gaunamos socialines paramos skales punktais – emocine – informacine pagalba, akivaizdžia realiai apčiuopiama ir prierašumo parama, bei teigiama socialine saveika ($p < 0.01$).

Nuraminti, paguosti, leisti išsiverkti, išsikalbeti. Psychosocialine parama ir palaikymas – to labiausiai truksta moterims, sergancioms kruties vežiu. Vienatve, izoliacija, bendravimo su artimaisiais sunkumai, nerimas del ateities, baime, ar liga nepasunkes, kaip pavyks operacija, miego ir valgymo sutrikimai, kartais pereinantys i apatija, – tokias psychosocialines problemas, su kuriomis susiduria onkologines pacientes, vardija specialistai (Gintaite L., 2007). Gydant onkologines ligas koncentruojamasi i kuna, taciau onkologine Iga paveikia ir siela. Ir onkologai, ir psychologai, ir socialiniai darbuotojai, dirbantys su onkologinemis pacientemis, sutinka, kad moterims, sergancioms onkologinemis ligomis, labiausiai truksta psychosocialines paramos. O ji šiuo metu sunkiai prieinama. Psichoterapeutes Bulotienes (2007) teigimu, vienai pacientei gali labiau reiketi psichologo, kitai – socialinio darbuotojo, treciai – dvasininko pagalbos bei paramos. Iš 21 lenteles matyti, kad gaunama socialine parama (emocine-informacine pagalba, materialine ir prierašumo parama, bei teigiama socialine saveika) pagerina onkologinemis kruties ligomis serganciu pacienciu gydyma, gyvenimo kokybe, saves vertinima, palaiko pastangas stengiantis padeti sau paciai. Taip pat matyti, kad gaunama socialine parama yra susijusi su aukštesne bendra gyvenimo kokybe ir aukštesnemis socialinemis funkcijomis (šeimyniniu bei visuomeniniu gyvenimu ligos metu); bei mažiau išreikštais fiziniais simptomais (nuovargiu, pykinimu, nemiga ar skausmu). Apskritai socialinis palaikymas onkologines ligos metu yra susijęs su geresniu fiziniu funkcionavimu ir užimtumu, bei mažesniais finansiniais sunkumais Tyrimo metu buvo irodyta, kad psychosocialine intervencija pagerina vežiu serganciu pacienciu psychologini prisitaikyma ir su sveikata susijusia aukštesne gyvenimo kokybe (Bottomley, 1997, Spiegel, 2003, pgl. Bagder, 1994). Psychosocialines intervencijos metu, kruties ligomis serganciu moteru gyvenimo kokybe gerinama stengiantis patenkinti pacientes fizinius, emocinius, socialinius bei dvasinius poreikius. Pasak Vilniaus universiteto Onkologijos instituto psichoterapeutes Bulotienes (2007), yra irodyta, kad dažniau gaunama psychosocialine pagalba ir palaikymas gerina ne tik serganciu moteru gyvenimo kokybe, bet ir skatina pozityvu nusiteikima, pasitikejima gydymu, kuris mažina nerima, stresa,

depresija ir net šalutini vaistu poveiki. Amerikos mokslininkai teigia nustatę, jog pozityvi arba negatyvi pacienčių emocinė būklė nėra tiesiogiai susijusi su pasveikimu ar ligos pasunkėjimu. Tačiau ekspertai (Coyne, 2005) teigia, kad šie tyrimo duomenys neturėtų paskatinti pacienčių atsisakyti „kovinės dvasios“. Pozityvus požiūris iš tiesų gali pagelbėti iškeisti varginančias gydymo terapijas ir tirti „normalu“ gyvenimą. Emocinė parama gali turėti gydomąjį poveikį. Prof. Jane Maher (2004) teigia, kad net jei ir nėra įrodymų, jog emocijos turi itakos vežiui, paciento psichinė sveikata yra susijusi su ilgalaikiais rezultatais.

IŠVADOS

1. Išanalizavus mokslinę literatūrą (psichologinę, sociologinę, medicininę), atskleidėme, kad krūties vėžys yra dažniausia onkologinė liga Lietuvoje - ji sudaro apie 20 proc. moterų piktybinių ligų. Vis dažniau krūties vėžiu suserga jaunos, iki 40–45 metų, moterys. Lietuvos vėžio registro duomenimis, per paskutinius penkerius metus sergamumas krūties vėžiu išaugo beveik trečdaliu. Mirtingumas nuo vėžio – antra pagal dažnumą mirties priežastis (po širdies ir kraujagyslių sistemos susirgimų).
2. Tyrimo metu atskleidėme, kad krūties vėžiu sergancios moterys patiria daugybę įvairių emocinių, psichologinių, fizinių bei praktinių išbandymų. Medicininis vėžio gydymas dažnai pasižymi nepageidaujamos psichinės ar fizinės pasekmės – skausmu, padidėjusiu dirglumu, pykinimu, miego, valgymo bei kitais sutrikimais.
3. Tyrimo duomenys atskleidė tokias krūties vėžiu sergančių moterų socialinės pagalbos poreikio charakteristikas: didžioji dalis tiriamųjų (72,0 proc.) iki 1 metų sergančių krūties vėžiu, joms reikiama parama ir pagalba iš aplinkinių, gauna kiekviena diena, penktadalis jų (20,0 proc.) šia pagalba gauna 2-4 kartus per savaitę, ir labai nežymi dalis (8,0 proc.) pacientų reikiama parama ir pagalba iš aplinkinių gauna viena karta per savaitę. Vertas dėmesio ir tas faktas, kad kuo ilgiau moteris serga onkologine liga, tuo mažiau reikiamos paramos ir pagalbos ji gauna iš aplinkinių.
4. Tyrimo metu nustatėme onkologinėmis krūties ligomis sergančių moterų prisitaikymo prie ligos įveikos būdus : 45,45 proc. tiriamųjų moterų yra priėmusios optimistini požiūri ir į ligą žiūri ne tik kaip į gresmę, bet kaip į iššūkį – šios moterys priskiriamos „Kovinės dvasios“ įveikos būdai; ketvirtadalis (26,42 proc.) jaučia didžiulį nerimą, bijodamos, kad liga gali atsinaujinti, ar pablobėti – šios tiriamosios priskiriamos „Nerimastingos nuostatos“ prisitaikymo prie ligos įveikos būdai; beveik penktadalis (21,79 proc.) pacientų viską atiduoda į gydytojų ir Dievo rankas, joms būdingas „Fatalizmo“ ligos įveikos būdas. Vertas

demesio ir tas faktas, kad daugiau nei dešimtadalis (12,25 proc.) serganciu moteru pasiduoda, nes yra isitikinusios, kad situacija nera kontroliuojama, joms yra budingas „Bejegiškumo/beviltiškumo“ ligos iveikos budas.

5. Tyrimo metu nustatyta, kad yra ryšys tarp kruties vežiu serganciu moteru prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budu ir gaunamos socialines, emocines, informacines paramos. „Kovines dvasios“ ligos iveiko budo tiriamosios onkologines pacientes ypatingai akcentuoja gaunama emocine parama iš artimuju bei draugu.
6. Tyrimo rezultatai atskleide, kad yra ryšys tarp onkologinemis kruties ligomis serganciu moteru gyvenimo kokybes bei prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budu. Kuo didesne yra gyvenimo kokybes funkcinė skale, tuo geresne yra pacientes gyvenimo kokybe ir geresnis prisitaikymas prie ligos. Taciau kuo prastesne yra funkcinė skale ir aukštesne simptomine gyvenimo kokybes skale,- tuo prastesne yra bendra pacienciu gyvenimo kokybe ir labiausiai tiketina, kad joms bus budingas „Beviltiškumo/ bejegiškumo“ prisitaikymo prie ligos iveikos budas.

SIULYMAI IR REKOMENDACIJOS

Tyrimo metu gauti rezultatai parodė, kad kruties vežiu sergancios moterys skirtingai prisitaiko prie onkologinės ligos. Iš gautu rezultatu matyti, kad daugiau nei pusei šia onkologine liga sergantioms moterims būtų naudingos psichosocialinės konsultacijos, dalyvavimas savitarpio pagalbos grupėse, individualus konsultavimas ir pan. „Nerimastingos nuostatos“ ligos iverkios būdo pacientems būtų naudinga turėti informacija, kur kreiptis ištikus krizei.

Siekiant optimaliai pagerinti kruties vežiu serganciu moteru gyvenimo kokybe ir ligos iverkios būdus, socialiniai darbuotojai, teikiantys paslaugas onkologijos klinikose, turētu:

- Stiprinti serganciu moteru gebėjimus iprasminti savo gyvenima;
- Pakelti pacienciu saviverte;
- Suformuoti serganciu moteru pasitikėjima;
- Padeti pacientems suprasti liga, gydymo galimybes ir šalutini jo poveiki.
- Suteikti saugumo jausma.

Vertas demesio ir tas faktas, kad onkologinėmis kruties ligomis sergantioms moterims labai svarbus socialines intervencijos aspektas yra pats igalinimas. Siekiant sustiprinti pacienciu saugumo ir pasitikėjimo savimi jausma, socialine intervencija turētu:

- Igalinti paciente imtis atsakomybes už savo gyvenima;
- Igalinti sergancia moteri neužsisklesti savyje ir aktyviai dalyvauti visuomeniname gyvenime;
- Igalinti paciente paciai priimti sprendimus;
- Igalinti paciente buti savimi.

Norint kalbeti apie didesne praktine šio tyrimo nauda, reiketu praplesti tiriamuju skaiciu, bei ištirti, kaip prisitaikymo būdai yra susije su tiriamuju moteru amžiumi, socialiniais – demografiniais duomenimis. Prapletus imti, būtų galima teikti ir darbo, su atskiomis prisitaikymo prie proresuojancios ligos iverkios grupemis, rekomendacijas. Dirbant su onkologinėmis kruties ligomis sergaciomis pacientemis, reiketu taikyti

komandinio darbo modeli, itraukiant ne vien socialinius darbuotojus, bet ir medicinos personala, psichologus, psichiatrus, savanorius.

LITERATURA

1. A. Juozulynas, E. Ceremnych, J. Kurtinaitis, K. Jankauskiene, R. Reklaitiene. Gyvenimo kokybe ir sveikata // *Sveikatos mokslai*, 2005, nr. 1 (38).
2. Aaronson N.K., Bergman B., Ahmendzai S., Bullinger M., Cull A., ir kt. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology // *Journal of National Cancer Institute*, 1993, Vol. 85, p. 365-376.
3. Akechi T., Okuyama T., Imoto Sh. ir kt. Biomedical and psychosocial determinants of morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients // *Breast Cancer Research and Treatment*, 2001, vol. 65.
4. Anderson B.L. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, vol. 60.
5. Anderson K.E., Seller's T.A., Pamela J. Mink ir kt. The Role of Hormone Replacement Therapy in the Risk for Breast Cancer and Total Mortality in Women with a Family History of Breast Cancer // *Annals of Internal Medicine*, 1997, vol. 127, p. 973-980.
6. Anderson S.J. Psychological support of the breast patient // TransMed Network, 1997.
7. Bagder L., Aandritsch E., Goldzweig G., Uzieli B., Ever-Hadani P., Hofman G., Krenn K., Samonigg H. Changes in psychological distress of women with breast cancer in long-term remission and their husband // *Psychosomatics*, 2004, vol. 4, p. 58-68.
8. Bagder T.A., Braden C.J., Mishel M.H., Longman A. Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time // *Research in Nursing and Health*, 2004, vol. 27
9. Baum M., Vaidya J.S., Tobias J.S. ir kt. Clinical and Multicentricity of breast cancer: whole organ analysis and clinical implications // *British Journal of Cancer*, 1996, vol. 74.
10. Birbilaite S. Progresavimo ir letinio skausmo priemimas sergant onkologine liga // Magistro darbas, 2007.

11. Boguševicius A. Vežio kruties tyrimai. Moteru, operuotu dėl kruties vežio tausojančiu būdu ir mastektomija, velyvųjų rezultatu tyrimas. 2003.
12. Brasiuniene B., Brasiunas V., Juozaityte E. Kasos vežio kompleksinio gydymo itaka ligonių gyvenimo kokybei // *Medicina (Kaunas)*, 2006, nr. 42 (10).
13. Bulotiene G. Kai truksta vietos išsiverkti // *Atgimimas*, 2007.
14. Carey M.S. Coping styles of breast cancer patients and spouses: The effect on patient's psychological well-being and quality of life. Abstract // *Sciences and Engineering*, 1999.
15. Carver C.S. Coping and Adjustment Following Breast Cancer Surgery // *American Cancer Society*, 1993.
16. Carver C.S., Pozo-Kaderman C., Price A.A. ir kt. Concerns about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer // *Psychosomatics Medicine*, 1998, vol. 60.
17. Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, Carlson RW, Kraemer HC, Spiegel D. Supportive-Expressive Group Therapy and Distress in Patients With Metastatic Breast Cancer // *Archives of General Psychiatry*, 2001, vol. 58, p. 494-501.
18. Cohen M.M. Psychosocial morbidity in cancer: A clinical perspectives // *Psychosocial aspects of cancer*, 1982.
19. Cohen M.M. Psychosocial morbidity in cancer: A clinical perspectives. *Psychosocial aspects of cancer*, 1982.
20. Coyne S.J., Palmer S.C. Does Psychotherapy Extend Survival? Some Methodological Problems Overlooked // *Journal of Clinical Oncology*, 2005, vol. 25.
21. Craig H.I, Hyman B. Muss, Ann D. Thor, Berry D.A., Kute T. ir kt. c-erbB-2 Expression and Response to Adjuvant Therapy in Women with Node-Positive Early Breast Cancer // *the New England Journal of Medicine*, 1994, vol. 330, p. 1260-1266.
22. Dakof G.A., Taylor S.E. Victims' perceptions of social support: what is helpful from whom? // Los Angeles, 1990.
23. Diržyte A. Onkologinių pacientų kognityvines schemas, ligos įveika, lėstelinių imunitetas // *Daktaro disertacija*, 2001.

24. Dromantiene L. Socialines paramos centro veikla, vykdoma tenkinant klientu poreikius: Vilniaus miesto apskritis. *Socialinis darbas*, 2005, nr. 4(1).
25. Fallowfield L., Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. 1999.
26. Ferlick M., Goldman A., Kennedy B.J. Group counseling in adult patients with advanced cancer. *Cancer*, 1979, vol. 43.
27. Fife B.L. The role of constructed meaning in adaptation to onset of life-threatening illness // *Social Science and Medicine*, 2005, vol. 61, p. 2132-2143.
28. Friedman L.C., Baer P.E., Nelson D.V., Lane M., Smith F.E., Dworkin R.J. Women with breast cancer: perception of family functioning and adjustment to illness // *Psychosomatics Medicine*, 1989, vol. 50.
29. Friedman L.C., Paul E. Baer, David V. Nelson. Women with breast cancer: perception of family functioning and adjustment to illness // *Psychosomatic Medicine*, 1988, Vol. 50.
30. Ganz P.A., Greendale G.A., Petersen L., Kahn B., Bower J.E. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment // *Journal of Clinical Oncology*, 2003, vol. 21, p. 4184-4193.
31. Given Barbara A., RN, PhD, FAAN, Charles W. Given, PhD and Sharon Kozachik. Family support in advanced cancer // *A Cancer Journal of Clinicians*, 2001, Vol. 51.
32. Goodwin P, Koopmans J, Carlson LE, Taenzer P, Casebeer A. Predictive value aspects of The transtheoretical model on smoking in a community based large group cognitive behavioural program // *Addictive Behaviours*, 2001.
33. Greer S. Cancer and the mind // *British Journal of Psychiatry*, 1983, vol. 143.
34. Gričiute L., Adomaitienė D. Kancerogeneze ir vežio biologija. Vilnius, 1998.
35. Grulke N., Bailer H., Larbig W., Kächele H. Mental adjustment to cancer and survival of patients admitted for allogeneic hemopoietic stem cell transplantation: a prospective cohort study. *Psycho – Social Medicine*, 2006, vol. 3.
36. Hirschman K.B., Bourjolly J.N. How do tangible supports impact the breast cancer experience? // *Social Work in Health Care*, 2005, Vol. 41, p. 17-32.

37. Holland J. National cancer control network practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 1999.
38. Holland J.C., Weiss RB, Mayer RJ, Wolchok SM. Fatigue, sexual function and mood following treatment for haematological malignancy: the impact of mild Leydig cell dysfunction // *British Journal of Cancer*, 1997.
39. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers // *Psychosomatic Medicine*, 2002, vol. 64, p. 206-221.
40. Hopwood P. The assesment of body image in cancer patients. *European journal of cancer*, 1993, vol. 29.
41. Ivanauskiene V., Liobikaite Ž. Praktinis igalinimo strategiju taikymas dirbant su moterimi – motina „Šeimos užuovejos“ programoje // *Socialinis darbas* 2004 m., Nr. 3(2), p. 35-42.
42. Juodžbaliene E. Modernus gydymas pažaboja liga // *Sveikas žmogus*, 2006, nr. 10.
43. Juodžbaliene E. Pykinimas ir vemimas po chemoterapijos // *Gydymo menas. Farmakoterapija*, 2005, p. 37.
44. Katon W., Sullivan M.D. Depression and chronic medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1990, vol. 51.
45. Kissane D.W., Bloch S., McKenzie M. ir kt. Family grief therapy: a preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement, *Psycho – Oncology*, 1998, vol. 7.
46. Kuijer R.G., Ybema J.F., Buunk B.P. ir kt. Active engagement, protective buffering, and overprotection: Three ways of giving support by intimate partner of patients with cancer // *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2000, vol. 12, p. 256-275.
47. Kulvaityte A. Socialinio darbuotojo pareigybes reikalavimai. Magistro darbas, 2006.
48. Lazarus R.S. and Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1990.
49. Lechner S.C., Antoni M.H., Carver C.S, Weaver K.E., Philips K.M. Curvilinear Associations Between Benefit Finding and Psychosocial Adjustment to Breast

- Cancer // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, vol. 74, p. 828-840.
50. Locke SE, Kraus L, Lesserman J, Hurst MW, Heisel JS, Williams RM. Life change stress, psychiatric symptoms and natural killer cell activity // *Psychosomatics Medicine*, 1983, vol. 46.
51. Lubninas R. Skrandžio vežys // *Sveikas žmogus*, 2007.
52. Maher J. Care of the Dying: A Pathway to Excellence // *European Journal of Cancer Care*, 2004, vol. 13.
53. Maly R.C., Feher S. Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith // *Psycho-Oncology*, 1999, vol. 8.
54. Malžinskiene R. Svarbiausia nepasimesti ir susitaikyti su liga. *Sveikas žmogus*, 2008.
55. Manne S., Ostrof J., Winkel G., Goldstein L., Fox K., Grana G. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives // *Psychosomatic Medicine*, 2004, vol. 66, p. 442-454.
56. Manne S.L., Pape S.J., Taylor K.L., Daugherty J. Spouse support, coping and mood among individuals with cancer // *Ann. Behaviour Medicine*, 1999, Vol21.
57. Manuel G.M., Roth S., Keefe F.J., Brantley B.A. Coping with cancer. *Journal Human Stress*, 1987, Vol. 13.
58. Meeting of psychosocial needs of women with breast cancer. Hewitt M., Herdman R., Holland J. // National Academy of Sciences, 2004.
59. Mieszkowski R.M. Cancer – a biophysicist's point of view. 2006
60. Milburn J. Breast Cancer Screening // *Journal of National Cancer Institute*, 1996.
61. Moorey S., Greer S. Cognitive behaviour therapy for people with cancer // Oxford university press. 2002.
62. Morales A.T., Sheafor B.W. Social work. A profession of many faces. USA, 2004.
63. Morton K. Breast cancer. Psychosocial issues and support strategies. 2003
64. Muceniekas G. Jus ne vieni! Savipagalbos grupės. Vilnius, 2003.

65. Northouse L.L. Breast cancer in younger women, effects on interpersonal and family relations // *Journal of National Cancer Institute Monographs*, 1994.
66. Northouse L.L., Templin T., Mood D. & Oberst M. Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: A longitudinal analysis // *Psycho Oncology*, 1998, vol. 7.
67. Norum J., Risberg T., Solberg E. Faith among patients with advanced cancer. A pilot study on patients offered "no more than" palliation // *Supportive Care in Cancer*, 2000, vol. 8.
68. Numeroff L., Harpham W.S., McPhail D. Coping with the Diagnosis of Cancer, 2001.
69. Nutautiene R. Dar viena galimybė moterims, sergantioms krūties vėžiu // *Sveikas žmogus*, 2005, nr. 11.
70. Osborne C.K., Hilsenbeck S.G., Friedrichs W.E., Schiff R., O'Connell P., Hansen, R.K., and Statistical analysis of array expression data as applied to the problem of tamoxifen resistance // *Journal of National Cancer Institute*, 1999, vol. 91.
71. Pensiero L. Stage IV malignant melanoma. Psychosocial issues // *Cancer*, 1995, vol. 15.
72. Pinder K.L., Ramirez A.J., Black M.E. ir kt. Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors. *European journal of cancer*, 1993, vol. 29.
73. Pivoriene J. Sociologijos pagrindai socialiniame darbe : šeima, sveikata : mokomoji knyga. 2004.
74. Raleigh J.B., Byars L., William N., ir kt. Treatment to early breast cancer with limited surgery and radiation therapy// *Journal of South Carolina Medical Association*, 1994.
75. Raudeliūnaitė R. Regejimo neigaluma turinčių paauglių socialinių įgūdžių lygmenų ypatumai. Vilnius, 2005.
76. Rodrigue, Parks C.L., Cohen C.H., Murch R.L. Assessment and prediction of stress related growth // *Journal of Personality*, 1996, vol. 64, p. 71-105.

77. Rowland H.J. Psycho – oncology and breast cancer: a paradigm for research and intervention // *Breast cancer research and treatment*, 1994, vol 31.
78. Ruškus J., Mažeikis G. Neigalumas ir socialinis dalyvavimas. Kritinė patirties ir galimybių Lietuvoje refleksija, Šiaulių universitetas, 2007.
79. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, vol. 62.
80. Schofield P. Ball D., Smith J., Borland R. ir kt. Optimism and survival in lung carcinoma patients // *Cancer*, 2004, vol. 15, p. 1276-1282.
81. Schou I., Ekeberg O., Ruland C.M. The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life // *Psycho – Oncology*, 2005, vol. 14, p. 718-727.
82. Sellick S.M., Crooks D.L. Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho – Oncology*, 1999, vol. 8, p. 315-333
83. Sherman M.Y., Calderwood S.K., Ciocca D.R. Health Shock Proteins in Cancer, the Netherlands, 1990.
84. Simpson A.J., Carlson L.E., Beck C.A., Patten S. Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients // *Psycho – Oncology*, 2002, vol. 11, p. 282-294.
85. Slevin ML, Nichols SE., Downer SM., Wilson P. Emotional support for cancer patients: what do patients really want? // *British Journal of Cancer*, 1996, Vol. 74, p. 1275-1279.
86. Smith M.Y., Redd W.H. ir kt. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho – Oncology*, 1999, vol. 8, p. 521-537.
87. Sormanti M., Kayser K. Partner support and changes in relationships during life-threatening illness: Women's perspectives // *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2000.
88. Spiegel D. Health Caring. Psychosocial support for patients with cancer // 1994.
89. Spiegel D., Koopman C., Classen C. When disaster strikes, acute stress disorder may follow // *Journal of Traumatic Stress*, 1994, vol. 8.

90. Spiegel D., Koopman C., Sands S. Pain and depression in patients with cancer // *Cancer*, 1994, vol. 74.
91. Spiegel D., Morrow G.R., Classen C., Raubertas R. ir kt. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study // *Psycho – Oncology*, 1999, vol. 8.
92. Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer H. C. ir kt. Effect of psychosocial treatment on survival of patient with metastatic breast cancer. 1989.
93. Stanton A.L., Danoff-Burg S., Cameron C.L., Bishop M., Collin C.A., Kirk S.B ir kt. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, vol. 68, p. 875-882.
94. Stiefel F., Razavi D. Common psychiatric disorders in cancer patients // *Journal of Supportive Care in Cancer*, 1994, vol. 2, p. 223-232.
95. Suslavicius A. Socialine psichologija: vadovelis. 1998.
96. Sutton S.P., Myers L.B., Grande G.E. How do patients who participate in cancer support groups differ from those who do not // *Psycho – Oncology*, 2006, vol. 15, p. 321-334.
97. Šciupokas A., Pauza V. Skausmas // *Klinikine neurologija*. – 2002.
98. Šeškevičius A. Dešimt ieškojimo metu. Kauna s, 2005.
99. Taylor S.E., Lichtman, R.R., Wood J.V., Bluming A.Z., Dosik G.M. & Leibowitz R.L. Relations with children after breast cancer: The mother-daughter relationship at risk // *Journal of Psychosocial Oncology*, 1984, vol. 2.
100. Turner J. Psychosocial guidelines in cancer care and support. Department of Psychiatry, University of Queensland. 2001.
101. Valuckas P., Didžiapetriene J., Atkošius V., Characiejus D. Onkologijos mokslo pletra Vilniaus Universiteto Onkologijos Institute // *Medicina (Kaunas)*, 2004, nr. 40.
102. Wallston K.A. Perceived control and health behaviuor // Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, USA, 1997.

103. Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC Scale // *Psychological Medicine*, 1988, vol. 18.
104. Watson, M., Greer, S., Pruyne, J., & Van Den Borne, B. Locus of control and adjustment to cancer // *Psychological Reports*, 1990, vol. 66.
105. Wellisch D., Singer M.K., Reid S.L., Wellisch M., et al. An exploratory study of social support: a cross-cultural comparison of Chinese-, Japanese-, and Anglo-American breast cancer patients // *Psycho – Oncology*, 1994, vol. 13.
106. Wickman M. Breast reconstruction: Past achievements, current status, and future goals // *Scand Journal Plast Reconstr Surgery Hand Surg*, 1995, vol. 29.
107. Williams J., Singh K.K., Russell J., Sigala B. et al. Mitochondrial DNA determines the cellular response to cancer therapeutic agents // *British Journal of Cancer*, 1996.
108. Worden JW, Weisman AD: Do cancer patients really want counseling? 1980.
109. Zabora J., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site // *Psycho – Oncology*, 2001, vol.10, p. 19-28.
110. ??????????. ?????????? ?????????????????? ? ?????????????????? ??????????. 2007.

Jankauskiene I. Socialines pagalbos ypatumai moterims, sergancioms kruties ligomis // Socialinio darbo magistro baigiamasis darbas. Vadove doc. dr. R. Raudeliunaitė. – Vilnius, Mykolo Romerio universitetas, Socialines politikos fakultetas, 2008, - 82 p.

Santrauka

Psichosocialines pagalbos ypatumai moterims, serganciomis kruties ligomis

Šio tyrimo tikslas atskleisti kruties vežiu serganciu moteru socialines pagalbos ypatumus bei nustatyti prisitaikymo prie onkologines ligos iveikos budu ryšius su gaunama socialine pagalba, reikiamomis socialinėmis paslaugomis (pvz., informavimas, konsultavimas), gyvenimo kokybe. Tyrimo metu buvo siekiama atskleisti kaip tenkinami serganciu moteru psichosocialiniai poreikiai priklausomai nuo prisitaikymo prie ligos iveikos budo. Taip pat tikejomes iširti ir ivertinti serganciu moteru gyvenimo kokybe ir jos ryši su gaunama socialine pagalba.

Siekiant realizuoti išsikeltus tikslus, buvo parengta tyrimo metodika, kuria sudare kiekybiniai tyrimo metodai: Apklausa raštu (instrumentai – originalus klausimynai). Tyrimo naudojome pacios sukurta anketa, MOS socialines paramos skale (Sherborne and Stewart, 1991), Psichologinio prisitaikymo prie vežio skale (Watson, Greer 1986), Gyvenimo kokybes klausimyna EORTC QLQ-C30 (Aaronson ir kt.,1993).

Ištyreme 56 kruties vežiu sergancias moteris, besigydancias Vilniaus Universiteto Onkologijos Instituto (VUOI) radiologijos skyriuje, chemoterapijos stacionare ir krutu ligu chirurgijos ir onkologijos skyriuose. Tyrimo pradzioje, moterys buvo supažindintos su tyrimo metodika, buvo gautas ju sutikimas dalyvauti tyrimo. Vykdam apklausa buvo vadovaujamosi geranoriškumo, etikos principais. Tiriamoms moterims buvo užtikrintas anonimiškumas.

Nustateme, kad onkologines pacientes skirtingai prisitaiko prie onkologines ligos iveikos budu: Tyrimo metu gauti rezultatai atskleide, kad didžioji dalis (vid. 45,45) tiriamuju moteru priklauso „Kovines dvasios“ prisitaikymo prie ligos iveikos budui. Beveik trečdalis pacienciu priklauso „Nerimastingos nuostatos“ (vid. 26,42) ir „Fatalizmo“ (vid. 21,79) prisitaikymo prie ligos iveikos budams. Vertas demesio ir tas faktas, kad daugiau nei dešimtadalis (vid. 12,25) moteru yra pasirinkusios „Bejegiškumo/beviltiškumo“ ligos iveikos buda. Gauti duomenys sutampa su kitu tyreju

(Gulke, Bailer, 2006) panašiomis išvadamis: psicho – onkologiniu tyrinejimu metu nustatyta, kad „Kovines dvasios“ ligos iveikos budas sulaukia daugybes pacienciu demesio. Tyrimo duomenys taip pat atskleide, kad didžioji dalis tiriamuju (85,7 proc.) sirgdamos daugiausia pagalbos gauna iš savo artimuju bei medicinos personalo. Ir kad net ir sunkia onkologine liga sergancios moterys gali rasti jegu džiaugtis gyvenimu, žinodamos, kad ji yra gresminga, taciau stengdamosis su ja gyventi.

Pagrindiniai žodžiai: socialine pagalba, socialines paslaugos, socialine intervencija, poreikis, gyvenimo kokybe, prisitaikymas prie onkologines ligos.

Jankauskiene I. The peculiarities of psychosocial assistance of women suffering from breast diseases // Final master thesis of social work. Supervisor doc. dr. R. Raudeliunaite. – Vilnius, Mykolo Romeris University, Department of Social Politics, 2008, - 82 p.

Summary

The peculiarities of psychosocial assistance of women suffering from breast diseases

The purpose of this research is to reveal the peculiarities of psychosocial assistance of women suffering from breast cancer and to establish the connection of their adaptation to the ways of the disease overcoming with obtainable social assistance, due social services (for example, provision of information, consulting) and life quality. During the research it was tried to reveal how psychosocial needs of sick women are satisfied subject to their adaptation to the ways of the disease overcoming. We also expected to explore and evaluate life quality of sick women and its connection with obtainable social assistance.

On purpose to implement intended purposes there was prepared research methodology that included quantitative research methods: written inquiry (tools – original questionnaires). In the research there was used the questionnaire created on my own, MOS social assistance scale (Sherborne and Stewart, 1991), the scale of psychological adaptation to cancer (Watson, Greer 1986), Life quality questionnaire EORTC QLQ-C30 (Aaronson and others, 1993).

We researched 56 women suffering from breast cancer who undergo treatment in radiological department of Vilniaus University Oncological institute, chemotherapy in-patient department and in the departments of breast surgery and oncology. At the beginning of the research the research methodology was presented to the women as well as their consent to take part in the research was obtained. During the fulfillment of the inquiry I followed the principles of kindness and ethics. Anonymity was warranted to women under investigation.

We established that oncologic female patients differently adapt to the ways of oncologic disease overcoming: The results of the research revealed that most of

women under investigation (at average 45,45) belong to the disease overcoming way called „Fighting spirit“. Almost one third of patients belong to the disease overcoming ways called „Worried attitude“ (at average 26,42) and „Fatalism“ (at average 21,79). The noticeable fact is that more than tenth (at average 12,25) of women chose disease overcoming way called „Helplessness/despair“. Obtained data coincides with the conclusions of other researchers (Grulke, Bailer, 2006): during the psycho – oncologic researches there was established that the way of disease overcoming called „Fighting spirit“ attracts the attention of many patients. The research data also revealed that most of sick women (85,7 percent) receive most assistance from their relatives and medical staff. Furthermore, even women suffering from serious oncologic illness can find power to enjoy their life.

Key words: social support, social intervention, the need, quality of life, adjustment to cancer.

