

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS**

Sveikatos mokslų fakultetas

Visuomenės sveikatos katedra

Samanta Savickaitė

**PERSONALIZUOTOS PSICHOSOCIALINĖS  
PAGALBOS INTEGRACIJA STIPRINANT  
ONKOLOGINIŲ LIGONIŲ GEROVĘ**

Sveikatos priežiūros vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2018

## SANTRAUKA

**Savickaitė S. Personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracija stiprinant onkologinių ligonių gerovę. Sveikatos priežiūros vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovas doc. dr. D. Martišauskienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2018. – 96 p.**

Magistro darbe nagrinėjama personalizuotos psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams tema, kas ypatingai aktualu norint užtikrinti aukščiausią onkologinių ligonių priežiūros kokybę. Darbu siekiama, ištyrus personalizuotos psichosocialinės pagalbos poreikį, įvertinti tokios pagalbos integravimo galimybes stiprinant onkologinių ligonių gerovę. Darbą sudaro dvi dalys: pirmojoje dalyje teoriškai pagrindžiama psichosocialinės pagalbos paslaugų svarba, jų integravimo į rutininę gydymo įstaigų veiklą problemos bei personalizuotos psichosocialinės pagalbos reikšmė onkologinių ligonių sveikatos priežiūroje. Antroji dalis skirta Klaipėdos universitetinės ligoninės atvejo studijai, pristatomi atlikto kokybinio tyrimo rezultatai, išvalgos dėl personalizuotos psichosocialinės pagalbos integravimo įstaigoje. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, pateikiamos rekomendacijos ir personalizuotos psichosocialinės pagalbos modelis.

*Raktažodžiai: personalizacija, psichosocialinė pagalba, gerovė, onkologiniai ligoniai*

## SUMMARY

**Savickaitė S. The Integration of Personalized Psychosocial Support for Improving Well-Being of Cancer Patients. Health care management master's studies program final paper. Scientific paper adviser assoc. prof. D. Martišauskienė, Klaipėda University: Klaipėda, 2018. –96 p.**

In this final paper author analyzes the topic of personalized psychosocial support for cancer patients what is a relevant issue world-wide to ensure the highest quality in cancer care. The purpose of this thesis is after assessing the need for personalized psychosocial support, to evaluate it's integration opportunities for improving the well-being of cancer patients. This thesis paper consists of two main parts: in the first part the importance of psychosocial support services, their integration problems into routine practice in health care organizations and the significance of personalized psychosocial support in cancer care are being justified from a theoretical perspectives. In the second part the case study of Klaipėda University hospital is performed, the results of qualitative research are presented, bringing the insights regarding personalized psychosocial support integration in the institution. Based on the results of the study, the author provides practical recommendations and the developed model of personalized psychosocial support for cancer patients.

*Keywords: personalization, psychosocial support, well-being, cancer patients*

# TURINYS

<b>IVADAS</b> .....	4
<b>I. ONKOLOGINIŲ LIGONIŲ PRIEŽIŪROS ŠIUOLAIKINĖ BŪKLĖ PSICHOSOCIALINĖS PAGALBOS ASPEKTU</b> .....	7
1.1. Onkologinių ligonių psichosocialiniai poreikiai.....	7
1.2. Psichosocialinės pagalbos paslaugos: turinys ir esmė .....	10
1.3. Psichosocialinės pagalbos paslaugų integravimas: problemos ir iššūkiai .....	15
1.4. Psichosocialinės pagalbos personalizavimas .....	20
1.4.1. Personalizuotos psichosocialinės pagalbos koncepcija.....	20
1.4.2. Personalizuotos psichosocialinės pagalbos modelio paieškos .....	24
1.4.3. Bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir nevyriausybinio sektoriaus svarba personalizacijos darbotvarkėje .....	29
<b>II. PERSONALIZUOTOS PSICHOSOCIALINĖS PAGALBOS INTEGRACIJOS STIPRINANT ONKOLOGINIŲ LIGONIŲ GEROVĘ KLAIPĖDOS UNIVERSITETINĖJE LIGONINĖJE TYRIMO METODIKA</b> .....	35
2.1. Kokybinės tyrimo metodologijos pagrindimas: atvejo studija .....	35
2.1.1. Duomenų rinkimo metodai .....	36
2.1.2. Duomenų apdorojimo metodai .....	38
<b>III. PERSONALIZUOTOS PSICHOSOCIALINĖS PAGALBOS INTEGRACIJOS STIPRINANT ONKOLOGINIŲ LIGONIŲ GEROVĘ ATVEJO TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ IR INTERPRETACIJA</b> .....	40
3.1. Atvejo pristatymas .....	40
3.2. Atvejo unikalumo atskleidimas: personalizacijos efekto viltis.....	40
3.3. Ekspertų interviu duomenų analizės rezultatai .....	44
<b>IŠVADOS</b> .....	65
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	67
<b>LITERATŪRA</b> .....	69
<b>PRIEDAI</b> .....	77

## IVADAS

**Tyrimo aktualumas:** Onkologinės ligos visame pasaulyje pagal mirtingumo ir sergamumo rodiklius užima pirmaujančias pozicijas sveikatos statistikoje, apskaičiuota, kad per savo gyvenimą šia liga susirgs bent 1 iš 3 žmonių (Chakraborty, Rahman, 2012). Lietuvoje piktybiniai navikai yra antra pagal dažnį žmonių mirtingumo priežastis (Higienos instituto sveikatos informacijos centras, 2017), 2017 m. užregistruota daugiau nei 25 000 naujų susirgimų onkologinėmis ligomis atveju (Higienos instituto sveikatos informacijos centras (b), 2017). Tačiau onkologinės ligos – vienas iš didžiausių iššūkių šiuolaikinėms sveikatos priežiūros sistemoms ne tik dėl fiziologinių ligos ypatumų t.y. paslaptingumo, keliamo pavojaus žmogaus gyvybei, polinkio mutuoti (Weinberg, 2013), bet ir dėl jos poveikio sergančiojo gerovei. Onkologiniai ligoniai gydymo laikotarpiu bei po jo dažniausiai susiduria su plataus spektro problemomis: emocijinėmis, psichologinėmis, praktinėmis ir kt. (Macmillan cancer support, 2015; Stinesen Kollberg, 2014), kai kurie iš jų patiria stiprias nerimo, baimės apraiškas (Jansen et al., 2016; Fann et al. 2012), kurios įvairių autorių teigimu reikšmingai veikia jų gyvenimo kokybę bei gydymosi rezultatus (Bredart et al, 2017; Burke, 2016; Abrahamson, Durham et al. 2011). Todėl siekiant atliepti į šias problemas, pastaraisiais metais vis garsiau pradėta kalbėti apie į kompleksinius asmens poreikius orientuotos psichosocialinės pagalbos poreikį šiai tikslinei grupei. Akcentuotina, kad šiandien psichosocialinės pagalbos paslaugos pripažintos kaip būtina onkologinių ligonių sveikatos priežiūros dalimi (Loscalzo, 2016), jos kokybės standartas (Travado, Reis et al., 2015). Tai atsispindi ir tarptautiniuose dokumentuose: Europos kovos su vėžiu partnerystės (angl. EPAAC) darbo pakete nr. 7 viena iš prioritetinių sričių yra būtent psichosocialinių paslaugų teikimo užtikrinimas (Borras, Prades, 2014), tuo tarpu Pasaulinės Psichosocialinės onkologijos asociacijos (angl. IPOS) deklaracijoje psichosocialinė pagalba traktuojama kaip prigimtinė žmogaus teisė į visapusišką sveikatą (IPOS, 2014).

**Tyrimo naujumas.** Kadangi įprastinė onkologinių ligonių sveikatos priežiūra kelia vis didesnius iššūkius esamai sveikatos priežiūros sistemai, atsiranda būtinybė transformuoti iki šiol vyravusią onkologinių ligonių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tradiciją siekiant prisitaikyti prie kintančių aplinkos diktuojamų sąlygų ir patenkinti kompleksinius ligonių poreikius integruojant psichosocialinę pagalbą (Jacobsen, 2017; Patlak, Balogh et al., 2011). Atitinkamai veiksmingos psichosocialinės pagalbos modelio paieškos tampa prioritetine sritimi pažangių valstybių vyriausybių darbotvarkėje. Kaip viena iš šiai dienai palankiausiai vertinamų ir vis dažniau praktikoje taikomų alternatyvų yra personalizuota prieiga (Domain team et al., 2015). Tarptautiniu lygmeniu jau yra kuriamos direktyvos, kurių pagrindas yra būtent į asmenį orientuotas požiūris, pagrįstas holistiniu principu. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau - PSO) asamblėjos 2016 m.

dokumentas dėl „Integruotų, į asmenį orientuotų sveikatos paslaugų“ puikiai įrodo, kad dabartinių sveikatos priežiūros sistemų strateginės veiklos kryptys turi būti nukreiptos būtent personalizacijos principais pagrįstos sistemos sukūrimui. Onkologinėje srityje tai matoma naujausiose 2017 m. Europos vėžio kontrolės ir kokybės gerinimo direktyvose, kurios rekomenduoja, kad visi onkologiniai ligoniai būtų gydomi vadovaujantis personalizuotu tarpdisciplininiu metodu (Albrecht, Bulke, 2017).

**Mokslinė problema.** Psichosocialinės pagalbos integravimas yra išskirtinai probleminis tiek individo, tiek organizacijos, tiek nacionaliniu lygmenimis. Tai patvirtina faktai, kad nors Europos valstybių strateginiuose onkologijos srities dokumentuose jau įvardinamas psichosocialinės pagalbos poreikis, tik 1/3 iš jų yra apibrėžiami rodikliai ir reikalavimai kokybiškai psichosocialinei pagalbai ir tik 1 iš 32 šalių turi specifines rekomendacijas (Neamtiu et al., 2016). Pabrėžtina, kad dažniausiai psichosocialinės pagalbos integravimą sveikatos priežiūros įstaigose apsunkina riboti išteklių socialinio pobūdžio paslaugoms, todėl personalizacijos kontekste iškyla nevyriausybinių sektoriaus vaidmuo (National Council for voluntary organizations, 2015; McGuire, 2010). Lietuvoje taip pat susiduriama su eile psichosocialinės pagalbos integracijos problemų. Nors pastaraisiais metais psichosocialinė pagalba vis labiau pripažįstama kaip svarbi onkologinių ligonių priežiūros dalis, nėra aiškaus integracijos „kelio“, numatytų integracijos gairių ir sukurtos psichosocialinės pagalbos teikimo metodikos, kas reikšmingai stabdo psichosocialinės pagalbos plėtrą mūsų šalyje. Juo labiau, atsižvelgiant į pasaulines tendencijas, neužtenka psichosocialinę pagalbą tiesiog integruoti, ji turi būti personalizuota, todėl atsiranda didžiulis personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracijos tyrimų poreikis organizaciniu lygmeniu, norint spręsti prieš tai minėtas problemas ir paskatinti personalizaciją nacionaliniu mastu. Atsižvelgiant į šiuos probleminius aspektus, buvo iškelta šio tyrimo problema: kaip integruoti personalizuotą psichosocialinę pagalbą onkologiniams ligoniams į rutininę gydymo įstaigų veiklą, kad būtų stiprinama jų gerovė?

**Problemos ištirtumas.** Apie psichosocialines onkologinių ligonių problemas ir psichosocialinės pagalbos poreikį šiai tikslinei grupei savo darbuose rašė labai daug mokslininkų, tarp kurių žinomiausi Travado L., Reis R.C. (2015), Domain Team et al. (2015), Stinesen Kollberg (2014), Lambert S.D. (2014). Psichosocialinėmis paslaugomis, jų specifika domėjosi Shulman-Green D., Sangchoon J. (2017), Loscalzo M.J., (2016). Andersen B. L., Dorfman C. S. (2016) bei kiti. Šių paslaugų organizavimo ir integravimo į onkologinių ligonių sveikatos priežiūros problemas analizavo mokslininkai Albrecht T., Bulke M.V. (2017), Jacobsen P.B., Lee M. (2015), Weiss T. et al., (2012), Jacobsen P. B., Shibata D. et al. (2011) ir kt.

Kita autorių grupė Redding D., Hutchinson S. (2017), Chatterton M.L. et al. (2016), Christ G. ir kt. (2015) ir kt. analizavo personalizacijos koncepciją, personalizuotos psichosocialinės pagalbos ypatumus, naudingumą ligoniams ir organizacijai plačiaja prasme. Mokslininkai Jacobsen P.B. (2017), Loscalzo M., (2016) Rowe J., Young N., Rowlands S., (2014), Abbot Y. et al., (2013), Ueno N. T. et al. (2010) analizavo, kūrė ir domėjosi personalizuotos psichosocialinės pagalbos teikimo modeliais. Galiausiai, autoriai Travado L., Reis R.C. (2015), Borrás J.M., Prades J., (2014), Cohen M. ir Numa M. (2011), McGuire R.H.A. (2010) iškėlė ir analizavo nevyriausybinių sektoriaus vaidmenį personalizuojant psichosocialinę pagalbą, o organizacijos People and communities board (2017), National Voices (2016) pateikė NVO įsitraukimo į personalizacijos darbotvarkę teikiant psichosocialinę pagalbą onkologiniams ligoniams gaires ir rekomendacijas.

Lietuvoje apie personalizaciją kaip naują psichosocialinės pagalbos teikimo idėją nėra kalbama, mokslinės literatūros fonde galima rasti tik pavienių darbų apie psichosocialinės gerovės svarbą ligoniams (Kaliatkaitė, Bulotaitė, 2014), apie onkologinių ligonių patiriamas psichosocialines problemas (Šiupšinskienė ir kt., 2015, Dagienė ir kt., 2011). Taip pat šiame kontekste labai svarbų tyrimą apie psichosocialinės pagalbos infrastruktūrą Lietuvoje atliko Jeff Faulkner (2009). Todėl šiuo darbu siekiama papildyti mokslinės literatūros fondą tyrimu, kuris gali būti pagrindas įgyvendinant tarptautines direktyvas dėl personalizuotų psichosocialinių paslaugų integravimo mūsų šalyje, kas giliu autoriaus įsitikinimu, užtikrintų taip siekiamą aukščiausios kokybės onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą.

**Objektas.** Personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracija.

**Tikslas** – ištyrus personalizuotos psichosocialinės pagalbos poreikį, įvertinti tokios pagalbos integravimo galimybes stiprinant onkologinių ligonių gerovę.

**Uždaviniai:**

1. Teoriškai pagrįsti psichosocialinės pagalbos paslaugų svarbą, jų integravimo problemas ir personalizuotos psichosocialinės pagalbos naudą onkologinių ligonių sveikatos priežiūroje;
2. Išanalizuoti esamą psichosocialinės pagalbos situaciją Klaipėdos universitetinėje ligoninėje personalizacijos aspektu;
3. Įvertinti personalizuotos psichosocialinės pagalbos poreikį ir integravimo galimybes specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų požiūriu;
4. Parengti personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracijos praktines rekomendacijas ir modelį.

**Tyrimo metodai:** mokslinės literatūros analizė, dokumentų studijos. Tiriamojoje dalyje taikytas kokybinis tyrimas, pasirinkta atvejo tyrimo strategija: taikyti pokalbio, pusiau standartizuoto interviu, turinio (content) analizės metodai.

# I. ONKOLOGINIŲ LIGONIŲ PRIEŽIŪROS ŠIUOLAIKINĖ BŪKLĖ PSICHOSOCIALINĖS PAGALBOS ASPEKTU

## 1.1. Onkologinių ligonių psichosocialiniai poreikiai

Nepriklausomai nuo XXI a. medicinos pažangos, vėžys išlieka ta diagnoze, kuri smarkiai sukrečia tiek šia liga sergančiuosius, tiek jų artimuosius, o sveikatos priežiūros specialistams bei mokslininkams iki šiol ši liga yra iki galo neįveikiamas iššūkis. Iš viso priskaičiuojama daugiau nei 200 vėžio rūšių, kai kurios iš jų ypač agresyvios ir greitai plintančios. Kadangi piktybiniai navikai linkę mutuoti, daugintis ir plisti kitose kūno vietose, o kai kurios vėžio formos apskritai nepasiduoda jokiame gydyme, vėžys laikomas ypatingai grėsminga liga būtent dėl tokio savo paslaptinumo, nuspėjamumo ir keliamo pavojaus žmogaus gyvybei (Weinberg, 2013). Taip pat dėl onkologinių ligonių gydymo intensyvumo ir sudėtingumo (Phillips et al., 2010; Tritter, Calnan, 2002) išryškėja onkologinių ligų ir jomis sergančių asmenų specifiškumas, atsiranda poreikis išskirtinai organizuoti ir teikti sveikatos priežiūros paslaugas šiai tikslinei grupei.

Apskritai onkologinės ligos konstatavimas gali sukelti tokias krizines situacijas, kurios dėl savo stipraus psichologinio, emocinio, socialinio poveikio gali reikšmingai sutrikdyti ligonio psichosocialinę sveikatą (WHO, 2017) ir sukelti psichosocialinį distresą, kuris pasireiškia nuo nerimo, liūdesio iki depresijos, panikos (Lambert et al., 2014). Moksliniai tyrimai rodo, kad ambulatorinio gydymo laikotarpiu nuo 1/3 iki 1/2 onkologinių ligonių išgyvena mažiausiai vieną psichosocialinės sveikatos sutrikimą: depresiją, nerimą, baimę ar pan. (Nekolaichuk et al., 2013; Fann et al., 2012), nuo 40 iki 60 proc. sergančiųjų bei jų artimųjų patiria tokį psichologinį distresą, kuris apima eilę psichiatrinių sutrikimų indikacijų ir reikalauja intervencijų (IPOS, 2014). Ir nors ne visiems onkologiniams ligoniams nustatomi klinikiniai psichinės sveikatos sutrikimai (Adler, Page, 2008), tačiau kiekvienas ligonis daugiau ar mažiau emocionaliai išgyvena unikalios ligos sukeltas psichologines, socialines ir/ar dvasines patirtis (Abrahamson, Durham et al., 2011; Kangas et al., 2002). Pažymėtina, kad nekontroliuojamas stipriai išreikštas distresas gali padaryti daugiau žalos asmens savijautai nei pats vėžys, jo sukelti fiziniai kūno negalavimai, tad dėmesys, skiriamas sergančiojo psichosocialinei savijautai turi būti adekvatus.

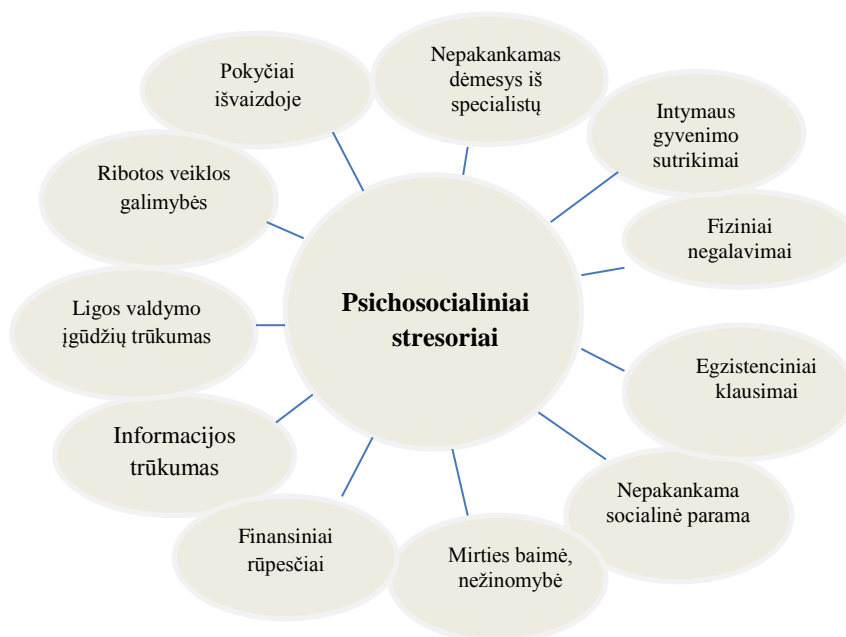
Bendrajai prasme psichosocialinė sveikata suprantama būtent kaip asmens psichinė, emocinė, socialinė bei dvasinė gerovė (Hall, 2006). Akivaizdu, kad psichosocialinė sveikata turi tiesioginį ryšį su psichosocialine gerove, o pastaroji lemia žmogaus gyvenimo kokybę ir pasitenkinimą juo. Apskritai, gerovė – labai subjektyvi sąvoka. Todėl tai daugiaaspektis konstruktas sveikatos mokslų kontekste ir pasigendama aiškaus ir konkretaus šio žodžio visuotinai pripažinto apibrėžimo. Plačiau prasme tai gali būti suprantama kaip gera savijauta ir geras funkcionavimas (Domain et al., 2015).

Įprastai šis žodis vartojamas kai kalbama apie pozityvų poveikį žmogaus organizmui, pasitenkinimą gyvenimu, savijauta, sveikata bei gyvenimo kokybe (Hinkley, 2014; Kaliauskaitė, Bulotaitė, 2014). Gyvenimo kokybė onkologiniams ligoniams pasak M. Stinesen Kollberg (2014) susidaro iš: fizinės, psichologinės, socialinės ir dvasinės gerovės. Todėl, vadovaujantis šiuo požiūriu, psichosocialinė gerovė onkologinės ligos kontekste gali būti traktuojama kaip pozityvių patirčių rinkinys visose psichosocialinės veiklos srityse, ir kuriai užtikrinti būtina spręsti onkologinės ligos sukeltas problemas, patenkinant onkologinių ligonių psichosocialinius poreikius.

Psichosocialiniai poreikiai yra kintantys ir priklauso nuo įvairių veiksnių, tokių kaip: vėžio tipas, laiko tarpas po ligos diagnozės konstatavimo, gydymo sudėtingumas ir sunkumas (Stinesen Kollberg, 2014), fizinė savijauta, šalutinis gydymo poveikis, kasdienių buitinių darbų atlikimo galimybės, socialinio aktyvumo lygis, artimųjų palaikymas ir kt. (Williams, Jackson et al., 2016; Adler, Page, 2008), tačiau kartais patiriamas distresas gali būti nesusijęs su fiziologiniais ligos negalavimais (Charmaz, 2000). Pabrėžtina, kad socialinis kapitalas plačiąja prasme t.y. ne tik specialistų, bet ir artimųjų parama ir palaikymas, yra ypatingai svarbūs ligoniui visais ligos laikotarpiais – nuo diagnozės išgirdimo iki gydymo pabaigos, nes kai kurie pacientai dar ilgai gali patirti liekamuosius reiškinius (Burke, 2016; Šiupšinskienė ir kt., 2015).

Onkologine liga sergantys asmenys identifikuoja įvairias problemas, kurios turi didelės įtakos jų psichosocialinei gerovei. Dažniausiai šios problemos yra kompleksinės, autoriai N. E. Adler, R. A. Page (2008) ir B. J. Zebrack, R. Block et al. (2013) savo darbuose apibendrintai išskiria šias priežastis, lemiančias psichosocialinio distreso atsiradimą: informacijos, žinių ir įgūdžių ligos valdymui trūkumas; mažas palaikymas iš aplinkinių; nepakankamas dėmesys ir paramos trūkumas iš sveikatos priežiūros specialistų; emociniai iššūkiai; praktinės problemos (finansų trūkumas, transportavimo išteklių ir pan.). Dėl išvardintų pagrindinių priežasčių ligoniams būdingi bendri psichosocialinės gerovės sutrikimai tokie kaip depresijos apraiškos, nerimas, nuotaikų kaita, ligos atsinaujinimo baimė, susirūpinimas dėl savo kūno išvaizdos, ryšių su artimaisiais ir kt. (Spiegel, Giese-Davis, 2003; Carlsen et al., 2005; Hegel et al., 2006). Taip pat ligoniai jaučia gilų susirūpinimą dėl savo ateities, jos nestabilumo, nežinomybės, savo vaidmens visuomenėje pakeitimo ir pan. (Institute of Medicine, 2006). Tam tikrais atvejais susiduriama su dvasiniais ir egzistenciniais klausimais, o kai kuriems ligoniams būdingas pyktis, noras atsiriboti nuo aplinkinių, žema savivertė (Pirl, 2004). Vienas iš pirmųjų reikšmingiausių tyrimų tarp krūties vėžiu sergančių moterų atskleidė svarbiausias ir aktualiausias onkologinės ligos sukeltas psichosocialines problemas, tokias kaip: ligos atsinaujinimo ir gydymo baimė, fiziniai negalavimai, skausmas, bendras silpnumas, miego sutrikimai, baimė dėl kūno išvaizdos po operacijų, nerimas dėl intymaus gyvenimo kokybės suprastėjimo ir santykių su partneriu, nuolatinis nerimas dėl ligos, bejėgiškumo

jausmas savoje situacijoje, mirties baimė (Hewitt, Herdman et al., 2004, p. 22). Taigi, apibendrinant visų aukščiau minėtų autorių mintis galima pateikti bendrą psichosocialinių stresorių vaizdinį (žr. 1 paveikslą), kuris geriausiai atspindi pagrindines onkologiniam ligoniui būdingas psichosocialines problemas.



1 pav. Onkologinių ligonių psichosocialiniai stresoriai

*Šalt.: sudaryta autorės*

Moksliniais tyrimais nustatyta, kad vėžio diagnozę turintys asmenys patiria daug stipresnius neigiamai sveikatą veikiančius ir gerovę mažinančius ligos padarinius negu tie, kurie taip pat turi lėtinės ligos diagnozę, tačiau ne vėžio (Williams, Jackson et al., 2016; Šiupšinskienė N. ir kt., 2015). Svarbu tai, kad praėjus 10 m. po onkologinės ligos diagnozės išgirdimo, šie skirtumai dar labiau padidėjo, kas byloja, jog sveikata ir psichosocialinė asmens gerovė dėl onkologinės ligos gali būti neigiamai veikiama netgi ir praėjus daugeliui metų po šios ligos diagnozės.

Apskritai, psichosocialinių problemų reikšmė yra labai didelė, kadangi, laiku nepatenkinus ligonių psichosocialinių poreikių, kyla grėsmė ne tik ligonio psichinei ir fizinei sveikatai (Abrahamson, Durham et al., 2011), bet taip suprastėja ir jų priežiūros kokybė, teikiamų paslaugų efektyvumas (We are Macmillan, 2013), socialiniai ryšiai (Burke, 2016). Šį teiginį patvirtina įvairūs moksliniai tyrimai, kurių rezultatai rodo, kad į depresiją linkę asmenys ar asmenys, kuriems būdingi nerimo priepuoliai ar ilgalaikis nerimas, savo socialines funkcijas atlieka prasčiau, jiems būdingi ryškesni sveikatos sutrikimai, sutrinka imuninė sistema, pradeda streikuoti organizmo funkcijos, netgi skatinamas vėžio „augimas“, todėl galimos itin nepalankios medicininės pasekmės (Adler, Page, 2008; Miller et al., 2007), taip pat padidėja rizika negalios išsivystymui, papildomų ligų

atsiradimui ar esamos paūmėjimui, netgi mirčiai (Subramanian et al., 2002; Institute of Medicine, 2001). Tokiems asmenims dažnu atveju išsivysto papildomos somatinės problemos, tokios kaip miego sutrikimai, nuovargis, skausmas (Katon, 2003; Spitzer ir kt., 1995), jie labiau linkę į sveikatai žalingos gyvensenos įpročius tokius kaip rūkymas, persivalgymas, pasyvumas. Depresijos ir kitos nepalankios psichologinės būsenos kenkia gydymo procesui, nes taip silpnėja motyvacija, mažinamas vidinis potencialas sveikimui. Taip pat emocinis stresas prognozuoja silpnus ligonio sveikatos valdymo įgūdžius bei sąlygoja dideles sveikatos išlaidas (Fann ir kt, 2012). Todėl norint išvengti panašaus ar tokio pat pobūdžio padarinių, sveikatos priežiūros paslaugas onkologiniams ligoniams teikiantys specialistai privalo aktyviai spręsti ligoniui iškilusias psichosocialines problemas.

Taigi, nors dėl sparčios XXI a. pažangos medicinoje išgyvenamumo rodikliai sergant vėžiu yra smarkiai padidėję, visgi pats onkologinės ligos konstatavimo faktas ir gyvenimas su šia diagnoze dažnu atveju labai skausmingai paliečia ne tik fizinę, bet ir dvasinę bei psichologinę ligonių būsenas t.y. reikšmingai paveikiama jų psichosocialinė gerovė. Dėl onkologinės ligos atsiradęs stresas, ligos valdymo įgūdžių ir informacijos trūkumas, sutrikęs asmeninis, profesinis gyvenimas bei kitos ligos sukeltos problemos neretai nulemia papildomas kančias, silpnina jėgas, ap sunkina gydymą. Kadangi onkologinė liga neišvengiamai siejama su ja sergančių asmenų gyvenimo kokybės pokyčiais, dėmesys sveikatos priežiūros sistemoje į onkologinį ligonį turi būti visuminis, apimantis ir ligos psichosocialinį aspektą.

## **1.2. Psichosocialinės pagalbos paslaugos: turinys ir esmė**

Praeitame poskyryje aptarus onkologinių ligonių psichosocialinių poreikių problematiką ir apibendrinus šia tema rašiusių mokslininkų mintis bei atliktų tyrimų esminius rezultatus, tampa aišku, kad visgi psichosocialinių paslaugų reikšmė onkologinių ligonių sveikatos priežiūroje yra labai didelė. Taip pat galima daryti išankstinę prielaidą, kad psichosocialinės problemos sėkmingai gali būti sprendžiamos ligoniams suteikiant reikalingas psichosocialines paslaugas.

Visuotinai pripažįstama, kad norint pasiekti geriausių onkologinių ligonių gydymo rezultatų labai svarbu atsižvelgti į ligonio psichosocialinius poreikius ir juos įtraukti į išsamų gydymo planą, nes tik tuomet psichosocialinė pagalba bus efektyvi (Jacobsen, Shibata et al., 2011). Dėl šių priežasčių onkologinių ligonių psichosocialiniai poreikiai privalo būti reguliariai įvertinami ir atitinkamai suteikiamos psichosocialinės paslaugos kaip integrali kokybiškos sveikatos priežiūros sąlyga. Įvairios tarptautinės direktyvos nurodo šių paslaugų įtraukimo į sveikatos sistemą būtinumą.

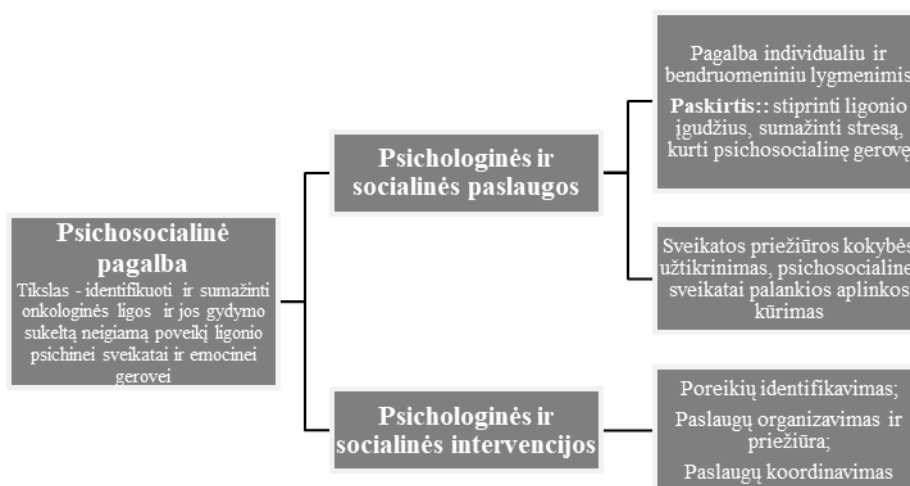
Europoje vadovaujantis tarptautinės psicho-onkologijos bendruomenės nustatytais pasauliniais standartais:

1. Psichosocialinė pagalba onkologiniams ligoniams turi būti pripažinta kaip prigimtine žmogaus teisė;
2. Kokybiška onkologinių ligonių priežiūra privalo integruoti psichosocialines paslaugas;
3. Stresas turėtų būti matuojamas kaip šeštas pagal svarbą sveikatos rodiklis (Travado, Reis et al., 2015).

Kalbant apskritai apie psichosocialinės pagalbos paslaugas, derėtų akcentuoti, kad psichosocialinių paslaugų apibrėžtis ir jos interpretavimas tam tikra prasme priklauso nuo tyrėjo pozicijų. Pavyzdžiui, galima numanyti, jog iš teisinės perspektyvos psichosocialinių paslaugų apibrėžimas tarp šalių gali skirtis dėl sisteminių, kultūrinių šalims būdingų unikalių ypatybių. Štai remiantis LR socialinių paslaugų katalogu, psichosocialinė pagalba yra „pagalba asmenims, išgyvenantiems krizę ar patyrusiems stiprius emocinius išgyvenimus (sunkias ligas, netektis, skrybas šeimoje, psichologinį, moralinį, fizinį ar seksualinį smurtą) ir jų šeimoms, artimiesiems“ (LR Socialinių paslaugų katalogas (aktuali redakcija), 2006 m.). Tokia pagalba apima: informavimo, konsultavimo, bendravimo, psichologinės pagalbos ir kt. paslaugas. Pastebėtina, kad psichosocialinių paslaugų sąrašas nėra baigtinis dėl galimos jų įvairovės, todėl galima numanyti, kad šios pagalbos grupei priklauso visos socialinio pobūdžio paslaugos, kurios egzistuoja Lietuvos praktikoje.

Tuo tarpu moksliniu požiūriu, tyrėjo pozicija psichosocialinės pagalbos paslaugų klausimu yra dar labiau subjektyvi, priklauso nuo tyrėjo surinktų duomenų, atliktų tyrimų rezultatų ir pan. Šiame darbe kaip priimtinausias ir universaliausias pasirinktas N. E. Adler, R. A. Page autorių apibrėžimas, pagal kurį psichosocialinės pagalbos paslaugos sveikatos priežiūros srityje įvardijamos kaip „psichologinės bei socialinės paslaugos ir intervencijos, kurios įgalina pacientą, jo artimuosius ir sveikatos priežiūros specialistus optimizuoti biomedicininę sveikatos priežiūrą ir valdyti ligos sukeltus psichologinius/elgsenos/socialinių funkcijų sutrikimus taip sumažinant jų sukeltas pasekmes ligoniui ir užtikrinant geresnę ligonio sveikatą bei savijautą (Adler, Page, 2008, p. 9). Remiantis šiuo apibrėžimu, psichosocialinė pagalba gali būti diferencijuojama į paslaugas, kurios traktuojamos kaip veikla ar apčiuopiami daiktai, tiesiogiai suteikiantys naudą pacientui ir/ar jo šeimai bei psichosocialines intervencines veiklas, kurių metu vykdoma psichosocialinių paslaugų priežiūra ir organizavimas t.y. psichosocialinių poreikių įvertinimas, nukreipimas pas atitinkamus specialistus ir paslaugų koordinavimas. Todėl kalbant apie psichosocialines paslaugas lygiagrečiai svarbu ne tik konkrečios paslaugos kaip „produktas“, bet ir to „produkto“ paruošimas ir pateikimas vartotojui (ligoniui) kaip neatsiejama veikla.

Nepaisant psichosocialinių paslaugų apibrėžimų įvairovės, analizuojant mokslininkų straipsnius pastebėta, kad skirtingi autoriai vienodai traktuoja psichosocialinių paslaugų paskirtį ir tikslą. Štai B. J. Zebrack, R. Block ir kt. autorių teigimu (2013) psichosocialinės pagalbos paslaugų paskirtis – padėti ligoniams kuo geriau suprasti savo ligos informaciją, išmokyti ligonį valdyti gydymo sukeltus šalutinius poveikius, skatinti jo fizinį aktyvumą, padėti efektyviai susidoroti su emociniais, dvasiniais, psichologiniais ligos ir jos gydymo keliamais iššūkiais. Tuo tarpu mokslininkai B. L. Andersen, C. S. Dorfman (2016) akcentuoja psichosocialinių paslaugų poveikį patiriamo streso ir įtampos mažinamui, pozityvių patirčių suteikimui ir gyvenimo kokybės gerinimui. Taip pat psichosocialinės paslaugos stiprina ligonio įgūdžius ir vidines jėgas kovojant su liga ir jos simptomais (Travado, Reis et al., 2015; Lambert et al., 2014; Fann et al., 2012; Deshields, Zebrack, Kennedy, 2013). Apibendrinant minėtų autorių mintis, galima pateikti grafinį psichosocialinės pagalbos vaizdinį (žr. 2 paveikslą), kuris atspindi psichosocialinių paslaugų esmę.



2 pav. Psichosocialinė pagalba onkologiniams ligoniams

Šalt.: Sudaryta autorės

Kaip matyti iš aukščiau pateikto 2 paveikslo, psichosocialinių paslaugų paskirtis yra kuo veiksmingiau ir efektyviau patenkinti psichosocialinius onkologinių ligonių poreikius, taip išvengiant galimų skaudžių pasekmių tiek pačiam sergančiajam, tiek jo artimiesiems bei jį gydančiam personalui. Kitas svarbus aspektas analizuojant psichosocialines paslaugas – tai jų įvairovė. Mokslinės literatūros analizės rezultatai rodo, kad psichosocialinės pagalbos paslaugos gali apimti tokias veiklas kaip: pacientų psichosocialinių poreikių identifikavimas, komunikacijos tarp paciento ir jį gydančio personalo gerinimas, pacientų švietimas, efektyvaus emocinio streso, skausmo ir kitų simptomų valdymo mokymai, fizinė, socialinė rehabilitacija, pagalba orientuojantis ligonio priežiūroje ir paslaugų infrastruktūroje ir kt. Pastebėtina, kad psichosocialinių paslaugų spektras yra labai platus, nes kiekviena konkreti psichosocialinė paslauga yra orientuota į ligonio specifinius psichosocialinius poreikius (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Psichosocialinių paslaugų pasiskirstymas pagal psichosocialinius onkologinių ligonių poreikius

<b>Psichosocialinis poreikis</b>	<b>Psichosocialinė paslauga</b>
Informacijos trūkumas apie ligą, jos gydymą, sveikatos būklę ir prieinamas paslaugas	Informavimas/ konsultavimas sveikatos, onkologinės ligos, jos gydymu susijusiais klausimais, pagalba ligoniui ir artimiesiems įsivairinti informaciją ir ją teisingai suprasti.
Stiprios neigiamos emocijos dėl ligos ir jos gydymo	- Tikslinės pagalbos grupės; - Konsultavimas/psichoterapija grupėse ar individualiai; - Farmakologinis simptomų valdymas.
Negebėjimas valdyti ligos simptomus	Išsamios ligos valdymo, savipagalbos programos
Sveikatos stiprinimui nepalanki elgsena	Elgseną/sveikatą stiprinančios intervencijos, tokios kaip: - Sveikatai nepalankios elgsenos priežiūra ir vertinimas (rūkymas, ankšta); - Fizioterapeuto konsultacijos; - Paciento švietimas sveikatai rizikingų įpročių ir jų mažinimo priemonių ausimais.
Materialinių išteklių trūkumas	Aprūpinimas reikalingais ištekliais
Sunkumai profesinėje veikloje ir/ar šeimyniniame gyvenime	- Šeimos narių ir slaugytojo švietimas; - Asistavimas buities darbuose ir kt.
Finansinės, teisinės ir kt. problemos	- Konsultavimas finansų klausimais; socialinio draudimo klausimais; - Papildomos finansinės paramos paieška, konsultavimas ir kt.

Šalt.: Adler, Page, 2008, p.10

Atitinkamai skirtingi autoriai savo darbuose išskiria tas paslaugas, kurios jų tyrimuose pateikiamos kaip esminės, pagrindinės, turinčios didžiausią, taip pavadinkim, paklausą onkologinių ligonių tarpe. Atlikus įvairių mokslinių tyrimų apžvalgą, tyrime pateikiamas apibendrintas psichosocialinių paslaugų pasiskirstymas pagal autorius (žr. 1 priedą). Lyginant skirtingų autorių aptartas klasifikacijas ir jų pasikartojimo dažnį galima pastebėti, kad kaip vienos iš svarbiausių paslaugų psichosocialinei pagalbai teikti išskiriamos informavimo, konsultavimo įv. pobūdžio klausimais, psichologinės pagalbos, dvasingumo praktikos paslaugos. Pabrėžtina šviečiamojo pobūdžio paslaugų svarba pacientams, nes tai sustiprina sergančiojo vidinius resursus, padeda jam orientotis sistemoje, ugdo pasitikėjimą, mažina nerimą, nežinomybę (Shulman-Green, 2017). Mažiausiai tarp skirtingų autorių minimos jogos, meditacijos ir kt. alternatyvios paslaugos, įvairių dirbtuvių, streso valdymo metodikų, paramos grupių užsiėmimai. Tai puikiai patvirtina ankstesniame skyriuje analizuotą psichosocialinių poreikių problematiką, kur informacijos, konsultavimo ir emocinės paramos poreikiai išskirti kaip vieni didžiausių onkologinių ligonių tarpe. Taip pat išanalizavus skirtingų autorių darbuose pateiktas psichosocialinių paslaugų klasifikacijas nustatyta, kad visos paslaugos orientuotos į asmens emocinių, socialinių, psichologinių problemų sprendimą ligos kontekste, todėl visas šias paslaugas pagal pobūdį galima suskirstyti į tris pagrindines grupes, suformuotas B. J. Zebrack et al. autorių: informavimo, emocinės paramos ir praktinės pagalbos paslaugas (Zebrack, Block et al., 2013, p. 203). Tačiau psichosocialinių

paslaugų klasifikacija yra labai plati, todėl pateiktų paslaugų sąrašas nėra baigtinis, kadangi psichosocialinės paslaugos priklauso tiek nuo paslaugos teikėjo turimų resursų, tiek nuo ligonio poreikių bei nuo šalyje vyraujančios sveikatos priežiūros sistemos ypatumų, esamos psichosocialinės pagalbos paslaugų infrastruktūros. Svarbiausia tai, kad analizuojant psichosocialines paslaugas, įrodant tam tikrų paslaugų būtinumą ir naudą, taip pat akcentuojama ligonių koordinuota priežiūra, todėl didžiulį vaidmenį atlieka ne tik pačios paslaugos, bet ir jų teikimo, organizavimo ypatumai.

Kalbant apie psichosocialinę pagalbą išskirtinai turėtų būti akcentuojama naujausių tyrimų rezultatų tendencija atskleisti ekonominę psichosocialinių paslaugų naudą (Chatterton et al., 2016; Dieng et al., 2016; Travado, Reis et al., 2015; Deshields, Zebrack, Kennedy, 2013; Fann et al, 2012) visų suinteresuotų šalių ekonomikoms, netgi ekonomikai plačiaja prasme, nors šių tyrimų stygius vis dar pastebimas. Įvairių mokslininkų teigimu, jei ligonis patiria kuo mažesnę onkologinės ligos sukeltą žalą ir jo psichosocialinė gerovė yra stiprinama, jis greičiau atstato jėgas, mažiau laiko praleidžia sveikatos priežiūros įstaigose, greičiau integruojasi į darbinį gyvenimą ir pan., todėl patiriama mažesnė ekonominė jo ligos žala (Jansen et al., 2016). Pasak C. Arving et al. (2014) bei Jansen et al. (2016) autorių, distresas gali būti siejamas su išaugusiu sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu, nes didelį nerimą ir stresą patiriantys žmonės reikšmingai dažniau prašo papildomų rutininių tyrimų lyginant su didelio streso nepatiriančiais pacientais. Šios problemos gali būti sprendžiamos teikiant psichosocialinę pagalbą, kadangi tyrimai patvirtina, kad šios pagalbos paslaugos sąlygoja taupesnę sveikatos ekonomiką, gali sumažinti bendrą finansinę išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms našta iki 20 proc. dėl tokių priežasčių kaip sumažėjęs vizitų pas šeimos gydytojus, gydytojus onkologus ir kitus specialistus skaičius, taip pat pacientai rečiau atsisako gydymo, laikosi gydytojų rekomendacijų, kas pagerina jų sveikatos rodiklius, sumažina nepageidautinų įvykių tikimybę, skubios hospitalizacijos atvejus. Kiti tyrimai patvirtina, kad pacientams, patiriantiems didelį stresą, teikti psichologines intervencijas yra ekonomiškai efektyvu kaip ir teikti minimalias intervencijas didelio streso nepatiriantiems (Chatterton et al., 2016).

Apibendrinant mokslininkų išsakytas mintis psichosocialinės pagalbos paslaugų klausimu, galima spręsti, kad norint sumažinti onkologinės ligos sukeltą psichosocialinę žalą sergančiajam bei sumažinti ekonominę žalą jį gydančiai organizacijai, būtina ligoniui teikti tikslingas psichosocialines paslaugas. Būtent dėl skirtingų individualių ligonių poreikių psichosocialinių paslaugų įvairovė yra labai plati, tačiau visų jų paskirtis yra ta pati – palengvinti emocinę, psichologinę našta, užtikrinti kiek įmanoma ligos situacijoje aukštesnę gyvenimo kokybę, o lygiagrečiai iš to atsiranda nauda ir organizacijai tiek paslaugų kokybės, tiek ekonomine prasme.

### 1.3. Psichosocialinės pagalbos paslaugų integravimas: problemos ir iššūkiai

Integruota sveikatos priežiūra tampa vis svarbesnė šiuolaikinių reformų kontekste kuriant modernias sveikatos priežiūros sistemas, paremtas holistine paradigma (Strandberg-Larsen et al., 2009). Apskritai integracija – tai procesų visuma, apjungianti skirtingas organizacijas ir specialistus, su tikslu pagerinti paslaugos teikimo rezultatus (Curry, Ham, 2010). Įvairūs autoriai išskiria eilę paslaugų integracijos privalumų, svarbiausi iš jų: pagerėjusi ligonių priežiūros kokybė mažesnėmis sąnaudomis, pagerėjusi pacientų sveikata, padidėjęs pasitenkinimas paslaugomis, efektyvus išteklių panaudojimas, sumažėjęs netikslingo paslaugų naudojimosi dažnis, padidėjęs paslaugų produktyvumas (Guererro et al., 2014; Aitken, Treurer, 2014; Curry, Ham, 2010; Strandberg-Larsen et al., 2009), kas taikytina ir onkologijos srityje.

Psichosocialinės pagalbos paslaugų integracija sveikatos apsaugos sistemoje dažniausiai siejama su šiuolaikinėmis sveikatos tendencijomis-grėsmėmis: sparčiai senėjančia gyventojų populiacija ir lėtinių, kompleksinių (daugiaveiksnių) ligų paplitimu dėl kurių išaugo koordinuotų paslaugų poreikis (Sheiman, Shevski, 2014). Todėl per pastaruosius metus psichosocialinė pagalba mokslininkų tarpe pripažinta kaip neatsiejama onkologinių ligonių sveikatos priežiūros dalimi (Loscalzo, 2016; Lambert et al., 2014; Grassi et al., 2016), kokybiškos onkologinių ligonių sveikatos priežiūros standartas (Travado, Reis et al., 2015; Adler, Page, 2008).

Psichosocialinės pagalbos paslaugų integracija onkologinių ligonių sveikatos priežiūroje pasak P. B. Jacobsen, J. Holland ir D. P. Steensma (2012) yra sąlygojama trijų pagrindinių veiksnių, į kuriuos turi atsižvelgti atsakingi asmenys:

- 1) Onkologinių ligonių sveikatos priežiūros standartų sukūrimas, kur įtraukiamas psichosocialinės pagalbos elementas.
- 2) Specifinių rekomendacijų iš klinikinės praktikos dėl psichosocialinės pagalbos teikimo parengimas. Pagal Jacobsen P. ir kitų autorių (2015, p. 447) rekomendacijas, paremtas klinicine praktika, kuriant standartus būtini: išsamus psichosocialinės pagalbos planas (1), psichosocialinės sveikatos vertinimo trukmės apskaičiavimas (2), vertinimo metodų numatymas (3), vertinimo įrankių numatymas (4), vertinimo ir nukreipimų pagalbai pas specialistus sistemos sukūrimas (5), procedūrų dokumentacija (6).
- 3) Pamatuojamų psichosocialinės pagalbos kokybės rodiklių suformulavimas ir įgyvendinimas onkologinių ligonių sveikatos priežiūros įstaigose (Jacobsen, Holland ir Steensma, 2012, p. 1151).

Tai, kas parašyta, galima suprasti ne tik kaip veiksnius sėkmingam psichosocialinių paslaugų integravimui į onkologinių ligonių sveikatos priežiūros sistemą, bet ir kaip iššūkius, kadangi tai yra sritys, kurios reikalauja didelių pokyčių tiek politiniame, tiek praktiniame lygmenyse.

Kalbant apie Lietuvą, deja, dar neturime psichosocialinės pagalbos teikimo standartų, tačiau tai yra vienas iš artimiausių šioje srityje veikiančių NVO tikslų. Visgi, mūsų šalyje palaipsniui vis garsiau kalbama apie psichosocialinės pagalbos reikšmę onkologiniams ligoniams, priimami tam tikri politiniai sprendimai, kuriamos programos, organizuojamos tarptautinės konferencijos. Pirmuosius psichosocialinių paslaugų integravimo į sistemą žingsnius patvirtina tai, kad Nacionalinėje vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 m. programoje numatoma užtikrinti psichosocialinės pagalbos teikimą onkologinėmis ligomis sergantiesiems, įdarbinant kvalifikuotą specialistą ir sudarant sąlygas nevyriausybinėms organizacijoms vykdyti savitarpio paramos veiklą sveikatos priežiūros įstaigose. Šios programos 2017-2019 m. įgyvendinimo priemonių plane vienas iš uždavinių yra gerinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę (žr. 2 lentelę). Tai išties svarbus politinis žingsnis, atveriantis kelius tolimesnei psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams plėtrai tiek nacionaliniu, tiek vietiniu lygmeniu.

2 lentelė. Psichosocialinių paslaugų integravimo kryptys Lietuvoje

<b>5 uždavinys.</b> Gerinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo ir gyvenimo pabaigos kokybę	
5.1. Suteikti patalpas, sudaryti sąlygas, teikti metodologinę ir kitą pagalbą NVO, kurios organizuoja psichologinės, socialinės, savitarpio pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikimą	Atsakingi vykdytojai: ASPĮ, Savivaldybės (ASPĮ steigėjai), Nacionalinis vėžio institutas
5.2. Organizuoti psichologinės, socialinės, savitarpio pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams, jų šeimos nariams teikimą	Atsakingi vykdytojai: NVO

*Šalt.: sudaryta autorės, remiantis Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos įgyvendinimo 2017–2019 metais priemonių planu*

Iš 2 lentelės pateiktų duomenų galima pastebėti, kad Lietuvos svarbiausiame strateginiame onkologinių ligų dokumente kaip psichosocialinių paslaugų organizatoriai ir teikėjai onkologinių ligonių kokybės gerinimo srityje numatomi tik nevyriausybinės organizacijos, kas patvirtina šio sektoriaus svarbą ir poreikį vykdant psichosocialinės pagalbos plėtrą.

Toliau tęsiant mintį apie psichosocialinės pagalbos integravimą, galima pritarti J. R. Fann et al. (2012) autorių idėjai, kad norint ją sėkmingai integruoti, reikia, pirmiausia, identifikuoti tuos pacientus, kuriems reikalinga psichosocialinė pagalba, ir tik po to suorganizuoti plataus spektro psichosocialinių paslaugų teikimą, kurios patenkintų iškilusių pacientų psichosocialinius poreikius. Todėl psichosocialinė pagalba privalo būti koordinuota ir suderinta su medikamentiniu onkologinių ligonių gydymu. Šiuo tikslu yra sukurtas mokslininkų Hutchison S. D. et al. (2006) etapas psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams teikimo modelis (žr. 3 paveikslą).



3 pav. Etapinis psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams teikimo modelis

Šalt.: sudaryta autorės, remiantis Hutchison SD, Steginga SK, Dunn J., 2006

Vadovaujantis šiuo modeliu, psichosocialinė pagalba organizuojama ir teikiama atsižvelgiant į ligonių psichosocialinio distreso lygį. Tai reiškia, kad tiems ligoniams, kurie patiria nežymų distresą, taikoma universali pagalba (suteikiama glausta informacija, minimali emocinė parama), tačiau kylant distreso lygiui, skiriasi ir psichosocialinių paslaugų pobūdis, jų intensyvumas. Plačiau apie psichosocialinio distreso patikros instrumentus bus kalbama kitame skyrelyje. Apie šį modelį bendrai svarbu žinoti tiek, kad jis nurodo gaires, kaip pagalba turėtų būti organizuojama, kad ji būtų tikslinga ir efektyvi, tinkamai išnaudotų organizacijos turimus resursus.

Visgi, nepaisant to, kad psichosocialinės pagalbos paslaugos jau yra pripažintos kaip kokybiškos onkologinių ligonių sveikatos priežiūros standartas, tiek Europoje, tiek visame pasaulyje susiduriama su įvairiomis problemomis norint įgyvendinti šiuos pokyčius ir iš pagrindų pakeisti iki šiol vyravusią fragmentiškai veikiančią sveikatos apsaugos sistemą. Daugelio onkologinių ligonių priežiūros atvejų psichosocialiniams poreikiams skiriamas nepakankamas dėmesys. Pasaulyje iš 28 milijonų onkologinės ligos diagnozę turinčių asmenų tik mažuma gauna reikiamą ir tinkamą profesionalią psichosocialinę pagalbą (IPOS, 2014). O priežasčių, dėl kurių psichosocialinė pagalba onkologiniams ligoniams visiškai nesuteikiama ar suteikiama nepakankamai yra daug ir visos jos priklauso tiek nuo vidinių, tiek nuo išorinių onkologinių ligonių priežiūros įstaigas veikiančių veiksnių. Šias problemas/stabdžius galima įvardinti kaip kompleksines - kartu politinio, organizacinio ir individo lygmens problemas. Atliktus mokslinės literatūros analizę galima išskirti esmines iš jų:

Nepakankamas specialistų dėmesys ligonio psichosocialiniams poreikiams. P. B. Jacobsen, D. Shibata et al. (2011) šią problemą įvardina kaip viena reikšmingiausių, kuomet sveikatos priežiūros specialistai nepakankamai arba išvis neįvertina ligonio patiriamo psichosocialinio distreso. Psichosocialiniai poreikiai dažnai ignoruojami, kadangi, norint nustatyti, kuriems ligoniams būtina

psichosocialinė pagalba, susiduriama su tokiomis kliūtimis kaip labai ribotas gydančių specialistų konsultacijų laikas ir koncentruotas dėmesys į vėžio gydymą (Fann et al., 2012; Lambert et al., 2010). Kaip pasekmė, ypač mažai onkologinių ligonių yra nukreipiami pas kitus specialistus dėl psichosocialinių ligos sukeltų problemų (Jacobsen, Lee, 2015).

Specialistų vaidmuo ir atsakomybė: priežiūros koordinavimas ir specialistų bendradarbiavimas. Tyrimai rodo, kad sėkmingų psichosocialinės pagalbos integravimo programų viena iš svarbiausių sąlygų – atvejo vadyba. Onkologijoje ji pagerina paciento patirtis ir rezultatus, sumažina išvengiamus priėmimo į ligoninę atvejus ir gulėjimo joje trukmę (Curry, Ham, 2010), todėl integruotoje psichosocialinėje pagalba labai svarbus koordinuotos priežiūros elementas – bendro pagalbos plano sudarymas, koordinuojančio asmens buvimas (Aitken, Treurer, 2014, p. 152; Fann et al., 2012). Tačiau dėl per silpno skirtingų sričių specialistų bendradarbiavimo, nėra apibrėžtos specialistų atsakomybės už ligonio psichosocialinės sveikatos stiprinimą (Albrecht, Bulke, 2017). Viena vertus, pagalba turi būti teikiama prieš gydymą ir jam prasidėjus t.y. specializuotose gydymo įstaigose ir/ar šalia jų esančiuose vėžio centruose. Pastebėtina, kad Europoje dažniausiai psichosocialinės pagalbos paslaugas teikia psichologai, rečiau slaugytojos ir socialiniai darbuotojai (Borras, Prades, 2014). Kita vertus, ligoniai specializuotose gydymo įstaigose praleidžia labai ribotą laiką, todėl psichosocialinės gerovės stiprinime svarbus vaidmuo atitenka ir pirminiam lygmeniui, kur po gydymo grįžta pacientas t.y. šeimos gydytojui, kurio institucija taip pat turėtų rūpintis ligonio psichosocialine gerove (Fann et al., 2012). Deja, moksliniai tyrimai rodo žemus šeimos gydytojų siuntimo pas kitus specialistus dėl psichosocialinių problemų rodiklius (Hewitt, Herdman et al., 2004). Apskritai dėl tarpusavyje konkuruojančių klinikinio gydymo prioritetų (Jacobsen, Lee, 2015) vyrauja silpnas bendradarbiavimas tarp skirtingų suinteresuotų subjektų: gydytojų, mokslinių centrų, sveikatos sistemos institucijų, kitų onkologinėje srityje dirbančių organizacijų (tarptautinio ir nacionalinio lygmens), bendruomenių ir pačių pacientų/ligonių (Andersen, Dorfman, 2016).

Specialistų kompetencija. Darbui su onkologinių ligonių psichosocialiniais poreikiais būtini apmokymai ir kompetencijos kėlimo kursai. Deja, ne visi su onkologiniais ligoniais dirbantys specialistai atitinka šiuos reikalavimus, Europoje trūksta specializuotų apmokymų ir švietimo programų (Borras, Prades, 2014). Taip pat, kadangi praktikoje dažnai atsakomybė už psichosocialines paslaugas perkeliama filantropinei veiklai, iškyla problema dėl savanorių apmokymų, diskutuojama dėl savanorių darbo rizikos, atsakomybės ir tinkamiausios darbo vietos - bendruomeninėse organizacijose ar sveikatos priežiūros įstaigose (Hewitt, Herdman et al., 2004). Lietuvoje tuo tarpu šioje srityje stebimas progresas. Jau minėtame Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 programos 2017-2019 m. įgyvendinimo priemonių plane yra išskirtas tikslas

„gerinti onkologijos mokymo kokybę ir vystyti mokslą“, universitetuose jau ruošiami psichonkologijos disciplinos specialistai.

Ligonių elgsena. Norint sėkmingai integruoti psichosocialines paslaugas labai svarbus ir pačių ligonių pasiruošimas. Tam, kad jie aktyviai dalyvautų savo psichosocialinės sveikatos stiprinime, jie turi suvokti psichosocialinės pagalbos reikšmę ir efektyvumą (Fann et al., 2012). Individo lygmeniu psichosocialinės pagalbos paslaugų naudojimąsi stabdo informacijos ir žinių trūkumas, medikamentinio gydymo kultūros mentalitetas, negatyvus požiūris, įvairios stigmos (Dilworth et al., 2014; Lambert et al. 2010), kalbos, kultūriniai barjerai (Hewitt, Herdman et al., 2004). Pastebėtina, kad šiandien pacientui suteikiama vis daugiau laisvės pasirinkti gydymo metodus, todėl ligoniai ir jų artimieji tampa vis labiau atsakingesni už savo sveikatos priežiūrą, yra įgalinami, kas yra dar jiems neįprasta ir kelia baimę.

Lygybės ir paslaugų prieinamumo problemos. Tyrimai rodo, kad psichosocialiniams ligonių poreikiams skiriamas nevienodas dėmesys tiek didžiuosiuose, tiek mažesniuose miestuose (Deshields, Zebrack, Kennedy, 2013; Abrahamson, Durham et al., 2011), taip pat šios paslaugos nėra visiems vienodai prieinamos įvairiose ligos stadijose, vėžio centruose (Zucca et al., 2016; Grassi et al., 2016) bei skirtingoms socialinėms grupėms dėl finansinių, kultūrinių ir kt. skirtumų (Weiss et al., 2012). Be to, psichosocialinės pagalbos paslaugos daugiausia teikiamos vėžio paramos centruose, universitetinėse ligoninėse, mažiausiai – bendruomenės lygmeniu (Travado, Reis et al., 2015; Borrás, Prades, 2014), kas apsunkina psichosocialinių paslaugų prieinamumą atokiau gyvenantiems, mažesnes pajamas gaunantiems ligoniams.

Sisteminės problemos ir išteklių trūkumas. Pagal M. E. Hewitt, R. Herdman et al. (2004), psichosocialinių paslaugų teikimą pasauliniu mastu apsunkina tokie sisteminiai faktoriai kaip: sveikatos draudimo ypatumai, paslaugų įkainiai, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema. R. Nissim, M. Regeh, L. Rozmovits (2009) kaip didžiausiu iššūkiu teikiant psichosocialines paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose laiko ribotus organizacijų išteklius. Ligoninėse silpnas psichinės sveikatos stiprinimo paslaugų finansavimas, pastebimas su psichosocialiniais ligonių poreikiais galinčių dirbti specialistų trūkumas (Jacobsen, Lee, 2015), nes kokybiškos onkologinių ligonių priežiūros modelyje iškyla atskirų specialistų ar priežiūros vadybininko poreikis, kurio vaidmuo užtikrintų jog psichosocialinė pagalba teikiama koordinuotai skirtingose ligos stadijose ir priežiūros lygmenyse (Hewitt, Herdman et al., 2004; Fann et al., 2012). Finansinę atsakomybę už psichosocialinių paslaugų teikimą daugiausia turi prisiėmusios specializuotos ligoninės ir labdaros, NVO organizacijos, mažiausiai – nacionalinio lygmens institucijos – t.y. sveikatos ministerija, regioniniai administraciniai padaliniai. Europos šalyse, tarp jų ir Lietuvoje, psichosocialinės paslaugos finansuojamos iš ligoninės, labdaros organizacijų ir pacientų organizacijų lėšų (Borrás,

Prades, 2014). Todėl trūksta sisteminio, nuoseklaus finansavimo ir problemos sprendimo. Lietuvoje situaciją apsunkina tai, kad sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos yra Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų, kurios gana griežtai veikia savo kompetencijos srityse, atsakomybė. Todėl nėra sisteminio požiūrio, kompleksinės prieigos, sveikatos priežiūros įstaigose neadekvati psichosocialinės pagalbos reikšmė ir vieta onkologinių ligų gydymo darbotvarkėje (Macmillan cancer support, 2015; We are Macmillan, 2013).

Politinės problemos. Galiausiai, netolygumus teikiant psichosocialinę pagalbą onkologiniams ligoniams reikšmingai nulemia šių paslaugų vieta strateginiuose valstybių dokumentuose, jų prioritetiškumas vyriausybės darbotvarkėje, atskirų biudžetų, klinikinių rekomendacijų, standartų sudarymas, sėkmingų projektų inicijavimas bei demonstravimas (Travado, Reis et al., 2015; Jacobsen, Lee, 2015). Plėtojant šias mokslininkų mintis, galima numanyti, jog jei valstybiniu lygmeniu nėra politinių psichosocialinės pagalbos integravimo iniciatyvų, tuomet vargu ar galima tikėtis, kad žemesnio lygmens institucijose šios paslaugos bus sėkmingai teikiamos. Nepaisant to, kad daugumoje Europos valstybių strateginių dokumentų psichosocialinė pagalba įtraukta, tik 1/3 iš jų yra apibrėžiami rodikliai ir reikalavimai kokybiškai psichosocialinei pagalbai, yra numatytas šioms paslaugoms biudžetas, pateikiamos rekomendacijos (Neamtiu et al., 2016; Borrás, Prades, 2014). Lietuvą galima priskirti prie likusių 2/3, kadangi minėtų aspektų strateginiuose dokumentuose nubuvo aptikta.

Apibendrinant autorių mintis galima spręsti, kad nepriklausomai nuo to, jog tarptautinės organizacijos pripažįsta psichosocialinę pagalbą kaip svarbų elementą norint sukurti kokybišką onkologinių ligonių priežiūros sistemą ir rekomenduoja psichosocialinės pagalbos paslaugas įtraukti į gydymo procesus, pasaulyje susiduriama su įvairiomis psichosocialinių paslaugų integravimą stabdančiomis kliūtimis. Psichosocialinės pagalbos integravimas reikalauja sisteminių, kompleksinių pokyčių visuose lygmenyse, todėl kuriant kokybišką onkologinių ligonių priežiūros sistemą svarbu bendradarbiauti su visomis suinteresuotomis šalimis, kurie įdėtų savo reikiama indėlį užtikrinant psichosocialinių paslaugų prieinamumą visiems ligoniams. Todėl tyrimų rezultatai puikiai atskleidžia, kad norint sėkmingai integruoti šią pagalbą, būtina atlikti išsamią vidinės ir išorinės aplinkos analizę.

## **1.4. Psichosocialinės pagalbos personalizavimas**

### **1.4.1. Personalizuotos psichosocialinės pagalbos koncepcija**

Atsižvelgiant į jau ankstesniuose skyriuose aptartus onkologinės ligos ypatumus, jos poveikį sergantiesiems, nepakanka psichosocialinę pagalbą tiesiog įtraukti į onkologinių ligonių priežiūrą,

bet reikia šias paslaugas teikti tokiu būdu, kuris būtų efektyviausias ir naudingiausias, pirmiausia, šių paslaugų gavėjui bei, žinoma, tas paslaugas teikiančiai organizacijai. Kaip vienas iš šiai dienai palankiausiai vertinamų sprendimų vis sparčiau taikomų valdymo praktikoje yra personalizuota prieiga (žr. 4 paveikslą), apie kurią kalbama tarptautiniuose dokumentuose. Naujausiose 2017 m. Europos vėžio kontrolės kokybės gerinimo gairėse rekomenduojama, kad visi onkologiniai ligoniai būtų gydomi vadovaujantis personalizuotu tarpdisciplininiu metodu, kuriame būtinas personalizuotas psichosocialinių poreikių įvertinimas ir atitinkamai atliekamos individualios ir/ar grupinės intervencijos (Albreht, Bulke, 2017). Taip pat PSO asamblėjos 2016 m. dokumente dėl „Integruotų, į asmenį orientuotų sveikatos paslaugų“ tvirtinama, kad šiuolaikinių pasaulio sveikatos priežiūros sistemų strateginės veiklos kryptys turi būti nukreiptos personalizacijos principais pagrįstos sistemos sukūrimui. Šie pateikti požymiai leidžia teigti, kad personalizacija yra ne tik naujovė, bet ir privalumas, norint sukurti patvarią ir efektyvią onkologinių ligonių sveikatos priežiūros sistemą, kuri gebėtų suvaldyti jai keliamus iššūkius.

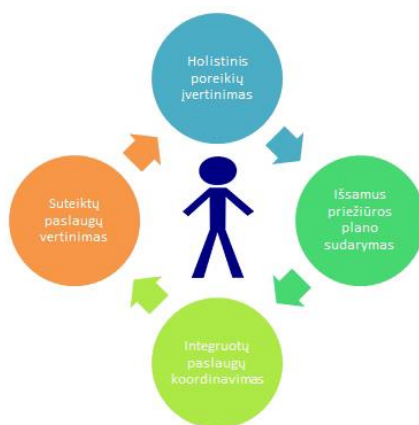


4 pav. Personalizuota sveikatos priežiūra

Šalt.: Domain Team et al., 2015 m., 9 p.

Bendrajai prasme personalizacija aiškinama kaip žmonių įgalinimas identifikuoti savo poreikius ir atitinkamai gauti paslaugas, kurios jiems reikalingos (Needham, 2011). Personalizacija dar kitaip gali būti vadinama į asmenį orientuota kompleksinė pagalba. Sveikatos srityje personalizacija suvokiama kaip bendradarbiavimu pagrįstas paslaugų formavimo būdas, kuriame į sveikatos priežiūros procesus įtraukiami ligoniai, jų globėjai, šeimos nariai ir bendruomenės, taip sukuriant patikimą sveikatos priežiūros sistemą, kuri apima kompleksinius ligonio poreikius, įskaitant ir socialinius, todėl dėmesys nebėra koncentruojamas vien tik į ligos gydymą (Redding, Hutchinson, 2017; WHO, 2016).

Kadangi personalizacijos ištakos yra ganėtinai senos, dažniausiai personalizuotas onkologinių ligonių gydymas suvokiamas kaip pažangiomis mokslo technologijomis pagrįsti sprendimai, kurių pagalba ligoms užkertamas kelias jas identifikuojant genomo lygmeniu, priskiriamas ypač efektyvus, tikslus gydymas bei taikoma moderni medicininė priežiūra (Martinez et al., 2017; PMC, 2014; Leavitt, Downing, 2008). Tačiau personalizacija šiandien tarsi įgauna naują formą ir turi būti suvokiama daug plačiau, nes norint personalizuoti onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą, būtina įtraukti psichosocialinių paslaugų elementą. R. L. Schilsky (2009) teigia, jog personalizuoti onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą reiškia įdėti maksimalias pastangas, kad būtų tinkamai identifikuotos ir įvertintos biologinės, klinikinės, socialinės ir ekonominės ligos apraiškos bei užtikrintos visiems ligoniams lygios galimybės gauti aukštos kokybės paslaugas savo bendruomenėje. Vadovaujantis tokiu požiūriu ligonis gydomas kaip visuma, o ne tik jo liga – tos visumos dalis, kam pritaria autoriai G. Christ et al. (2015), P. B. Jacobsen (2012). Todėl į asmenį orientuota sveikatos priežiūra yra visapusiška pagarba ligoniui pagrįsta ir į individualius paciento poreikius bei vertybes reaguojanti sveikatos priežiūra (Patlak, Balogh et al., 2011), o psichosocialinė pagalba traktuojama kaip varomoji jėga personalizacijos įgyvendinimui onkologijoje (Jacobsen, 2012). Komentuojant šį teiginį galima pasakyti, kad kokybė onkologinių ligonių priežiūroje suvokiama tik per personalizuotos pagalbos, įtraukiant psichosocialines paslaugas, prizmę. Siekiant įgyvendinti tokias permainas, būtina sudaryti detalų gydymo planą identifikuojant ligonio psichosocialinius poreikius, nukreipti ligonį pas atitinkamus specialistus (socialinis/sveikatos sektoriai) bei koordinuoti šiuos procesus (žr. 5 paveikslą).



5 pav. Personalizuotos pagalbos teikimas ligoniams

*Šalt.: Sudaryta autorės*

Šiuo požiūriu vertėtų atkreipti dėmesį, kad tokia į asmenį orientuota priežiūra akcentuoja specialistų ir ligonių bei jų artimųjų bendradarbiavimo svarbą visuose ligos etapuose,

nepriklausomai nuo amžiaus, priežiūros lygmens ir vietovės (Loscalzo, 2016). Dėl ilgalaikių sveikatos sutrikimų, lėtinės ligos specifiškumo, onkologinių ligonių priežiūroje tampa labai svarbūs gydymo ir psichosocialinės pagalbos planavimas. Pilotiniai tyrimai ir Anglijos praktika byloja, kad minėtas planavimas užtikrina teigiamus pokyčius ligonio fizinėje ir psichosocialinėje gerovėje, didina ligonio pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, taip pat skatina bendradarbiavimą tarp suinteresuotų subjektų bei efektyvesnį ir nuoseklesnį resursų panaudojimą, įtraukiant ir nevyriausybinių sektoriaus organizacijas (National voices, 2016). Anot Domain ir kt. (2015) autorių, personalizuotos pagalbos planavimas yra esminė sąlyga siekiant suteikti tinkamą pagalbą asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis ir turintiems ilgalaikių sveikatos sutrikimų.

Remiantis literatūra, išskirtini esminiai personalizuotos onkologinių ligonių priežiūros komponentai yra:

- Paciento švietimas ir įgalinimas;
- Individuali komunikacija su ligoniu, įtraukiant ir jo artimuosius, apie gydymą, jo galimybes ir kt.
- Priežiūros koordinavimas ir integracija. Pabrėžiama, kad onkologinių ligonių sveikatos priežiūra yra fragmentuota tarp skirtingų paslaugų teikėjų t.y. onkologų, radiologų, chirurgų, šeimos gydytojų ir pan., todėl dažnai paslaugos teikiamos net fiziškai skirtingose vietose;
- Psichosocialinių poreikių stebėseną ir vertinimą (WHO, 2016; Patlak, Balogh et al., 2011).

Visgi, kalbėdami apie psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams personalizavimą, svarbu išskirti ir šio reiškinio teikiamą naudą ir keliamus iššūkius. Pilotiniai tyrimai atskleidžia personalizuotų paslaugų privalumus tiek patiems ligoniams, tiek su juo dirbantiems specialistams bei organizacijai, tokius kaip produktyvesnis konsultacijų laikas dėl gydymo, ligonio įgūdžių ugdymas, ligonio gyvenimo ir paslaugų kokybės gerinimas ir kt. (žr. 2 priedą).

Kita vertus, personalizacijos įgyvendinimas yra sudėtingas, todėl susiduriama su įvairiais iššūkiais, kurie stabdo personalizuotų paslaugų diegimą. Pastarieji gali būti įvardinami kaip: pacientų pasitikėjimo trūkumas, nepakankamas sveikatos raštingumas, medikamentinio gydymo mentalitetas, specialistų darbo laiko trūkumas, sveikatos priežiūros fragmentiškumas, atskaitomybės ligonių priežiūroje trūkumas, riboti finansai, sisteminiai paslaugų organizavimo ir finansavimo ypatumai (Loscalzo, 2016, p.61; Patlak, Balogh et al., 2011; M. Hewitt et al. 2006). Galima pastebėti, kad šios problemos faktiškai atitinka bendras psichosocialinės pagalbos integravimo problemas, kurios buvo aptartos ankstesniame skyriuje.

Taigi, apibendrinant šiame poskyryje aptartas įvairių autorių mintis galima spręsti, kad personalizuotos psichosocialinės pagalbos taikymas onkologinių ligonių sveikatos priežiūroje yra labai atsakingas ir intensyvaus bendradarbiavimo tarp įvairių subjektų reikalaujantis procesas. Personalizuotų psichosocialinių paslaugų teikimas skiriasi nuo įprastos psichosocialinių paslaugų

teikimo tvarkos, nes į pagalbos organizavimo procesus yra įtraukiami visi suinteresuoti subjektai, būdingi glaudūs daugiašaliai ryšiai tam, kad būtų suformuotas specifinis psichosocialinių paslaugų paketas, atitinkantis individualius ligonio poreikius. Šiuo paslaugų projektavimo būdu iš esmės yra pakeičiama įprastinė sveikatos priežiūros tvarka, sustiprinama paslaugų kontrolė, gerinama ligonių priežiūra, o paslaugų kokybė ir ligonių pasitenkinimas tampa kertiniu tikslu ir siekiamybe. Tačiau nors personalizacija vertinama kaip geriausia alternatyva užtikrinant kokybę onkologinių ligonių priežiūroje, susiduriama su įvairiomis organizacinio ir individo lygmens kliūtimis, apsunkinančiomis personalizuotos psichosocialinės pagalbos įgyvendinimo praktikoje procesus.

#### 1.4.2. Personalizuotos psichosocialinės pagalbos modelio paieškos

Personalizacija sveikatos priežiūroje pagal PSO rekomendacijas turi būti įgyvendinama 4 pagrindinėmis strateginėmis kryptimis:

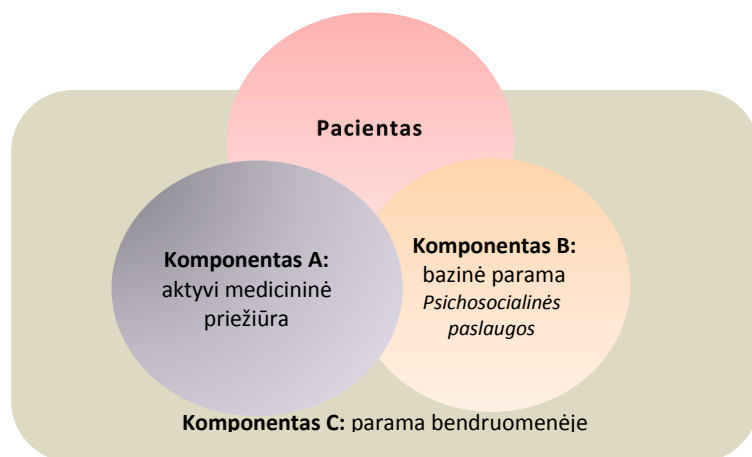
1. Įgalinant ir įtraukiant gyventojus bei jų bendruomenes;
2. Tobulinant valdymo procesus ir didinant atskaitomybę;
3. Vykdam tarpsektorinį paslaugų koordinavimą;
4. Nuo egzistuojančio sveikatos priežiūros modelio pereinant prie į asmenį orientuotos pagalbos modelio kūrimo (WHO, 2016).

Atitinkamai įvairūs mokslininkai bei praktikai bando kurti personalizuotos psichosocialinės pagalbos modelius, kuriuos taikant onkologinių ligonių priežiūra ir gydymas būtų aukščiausios kokybės ir, svarbiausia, visapusiškai patenkintų ligonio psichosocialinius poreikius taip užtikrinant kiek įmanoma didesnę jo gerovę. Tačiau šio modelio paieškos nėra lengvos, kadangi modelio pasirinkimas yra reikšmingai sąlygojamas konteksto: esamos sveikatos priežiūros sistemos, politinių sprendimų bei turimų organizacijos išteklių (Loscalzo, 2016). Todėl, pirmiausia, norint nuosekliai įgyvendinti personalizacijos pokyčius, rekomenduojama sukurti inovatyvias programas, kurių pagrindu būtų galima pradėti vykdyti naujas veiklas ir naujai integruoti personalizuotą psichosocialinę pagalbą ar patobulinti jau esamą pagalbos teikimą. Tolimesni žingsniai siejami su procesais, kurie būtini užtikrinant psichosocialinių poreikių patenkinimą: šių poreikių identifikavimas (a); psichosocialinės pagalbos plano sukūrimas ir įgyvendinimas (b); minėtų procesų koordinavimas ir reguliari patikra dėl galimų ligonio poreikių (Jacobsen, 2017). Jacobsen P. B. (2012) dar pabrėžia dokumentacijos elementą, kaip kokybiškos paslaugos sąlygą ir rekomenduoja palikti įrašą medicininėje paciento kortelėje, kad buvo įvertintas ligonio psichosocialinis distresas ir kokių veiksmų buvo imtasi nustatytų problemų sprendimui patikros metu.

Psichosocialinių poreikių vertinimui (arba kitaip – distreso patikrai) ir pagalbos plano sudarymui taikomi įvairūs instrumentai. Vieni iš žinomiausių ir dažniausiai taikomų praktikoje – distreso termometras su kompleksinių problemų sąrašu, Europos mokslinių tyrimų ir vėžio gydymo organizacijos (EORTC) gyvenimo kokybės klausimynas QLQ-C30 ir kt., kurių pagalba sudaromas priežiūros planas atsižvelgiant į ligoniui identifikuotas psichosocialines problemas (Clark, Bolte et al., 2012; Jacobsen, 2012). Distreso vertinimo metodika pagrįsta vizualine skale, pagal kurią vertinamos įvairios psichosocialinio pobūdžio problemos jas skirstant pagal reikšmingumo lygį, o po tokio vertinimo su specialisto pagalba atsižvelgiant į rezultatus sudaromas pagalbos planas. Pažymėtina, kad tai išskirtinio dėmesio sulaukęs instrumentas, kurį siūloma integruoti pasaulinėje praktikoje visose onkologinėse ligoninėse, kadangi šį instrumentą nesudėtinga taikyti ir patogiu naudoti tiek pačiam ligoniui, tiek specialistams, jo užpildymas neužima daug laiko, taip pat termometras nesudėtingas, suprantamas ligoniui, o svarbiausia – tai patikima priemonė psichosocialinėms problemoms identifikuoti (Holland, Reznik, 2005).

Konkrečiai pereinant prie modelio paieškų, pirmiausia vertėtų susipažinti su IOM modeliu (žr. 3 priedą). Tai vienos universaliausių personalizuotos psichosocialinės pagalbos teikimo gairių, kurios akcentuoja visus jau minėtus personalizuotos pagalbos elementus: bendradarbiavimą tarp paciento ir specialistų, informacijos dalijimąsi, psichosocialinių poreikių vertinimą, pagalbos plano sudarymą ir koordinavimą bei stebėseną.

Tuo tarpu autoriai N. T. Ueno et al. (2010) pateikia ABC konceptualų onkologinių ligonių efektyvios tarpdisciplininės priežiūros modelį (žr. 6 paveikslą).



6 pav. Konceptualus ABC tarpdisciplininės onkologinių ligonių priežiūros modelis

Šalt.: Ueno et al., 2010, p. 545

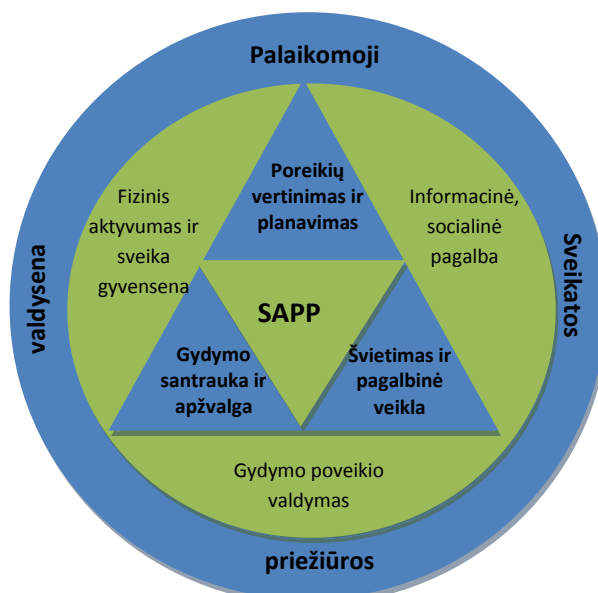
Šis modelis kurtas bendradarbiaujant Amerikos ir Japonijos specialistams iš onkologinių ligonių gydymo įstaigų ir švietimo institucijų. Jį sudaro:

Komponentas A. Tai tiesioginė, tarpdisciplininės komandos specializuota profesionali onkologinio ligonio priežiūra (slaugytojų, gydytojų onkologų ir kt. specialistų paslaugos).

Komponentas B. Pagalbos tikslas – padidinti ligonio pasitenkinimą suteiktomis paslaugomis, įgalinti pacientus ir suteikti jiems daugiau situacijos kontrolės. Paslaugas teikiantys specialistai: dvasininkai, soc. darbuotojai, slaugytojos, psichologai, įvairūs terapeutai ir pan. Įgyvendinimo priemonės: aktyvus klausymasis, aiški komunikacija, konsultavimas, atstovavimas ir kt.

Komponentas C. Tikslas – stiprinti ir plėtoti esamą paslaugų infrastruktūrą, sudarant sąlygas sklandžiai dirbti A ir B komponentams, formuoti socialinę ir ekonominę politiką, kuri reikšmingai paveiktų onkologinių ligonių priežiūrą, užtikrinti onkologinių ligonių priežiūros kokybę. Subjektai: pacientų atstovai, darbuotojai, mokslininkai, valstybės tarnautojai ir kt. Metodai: esamos infrastruktūros palaikymas ir stiprinimas, moksliniai tyrimai, atstovavimas, strateginių tikslų nustatymas, politikos formavimas ir įstatymų įgyvendinimas (Ueno et al., 2010).

Grįžtant prie Europos praktikos, pateikiamas Anglijos atvejis. Šioje šalyje personalizacija onkologinių ligonių sveikatos priežiūroje taip pat labai sparčiai vystoma, yra sukurtos personalizuotos psichosocialinės pagalbos priemonės, inicijuojamos nacionaliniu lygmeniu ir vis didesniu mastu taikomos ligoninių praktikoje. Personalizuota psichosocialinė pagalba šioje šalyje teikiama pagal nevyriausybinių sektoriaus inicijuotą Sveikatos atstatymo priemonių paketą (žr. 7 paveikslą). Pabrėžtina, kad šis psichosocialinės pagalbos paketas (modelis) sudarytas jau aukščiau minėto psichosocialinio distreso termometro pagrindu.



7 Pav. Sveikatos atstatymo priemonių paketas

Šalt.: Rowe J., Young N. Rowlands S, 2014

Pagrindiniai personalizuotos pagalbos modelio komponentai:

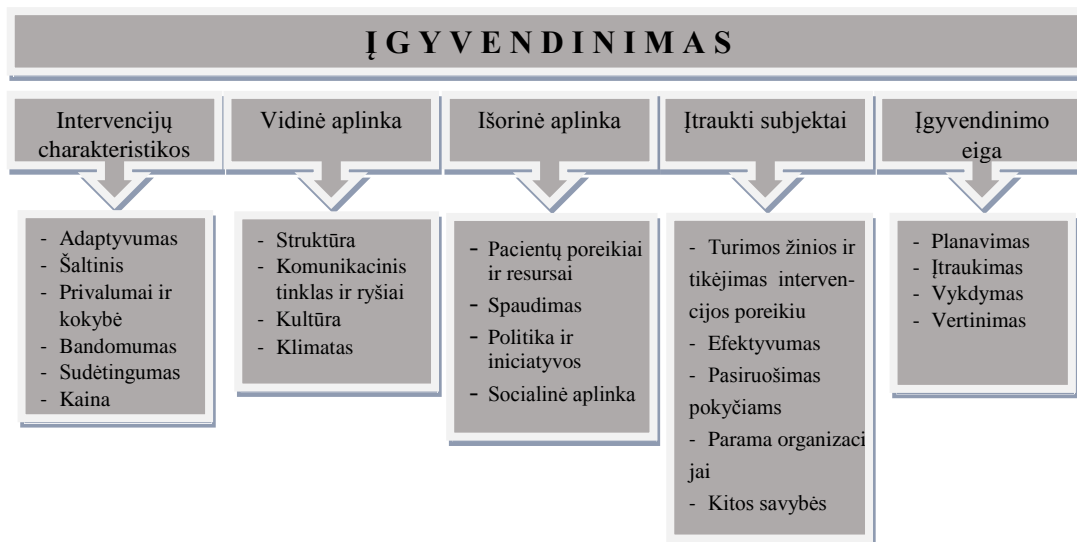
- **Holistinis poreikių vertinimas ir sveikatos priežiūros plano sudarymas.** Tai socialinių, psichologinių, praktinių bei fiziologinių problemų identifikavimas onkologinio ligonio gydymo pradžioje bei pabaigoje ir sveikatos priežiūros plano sudarymas kartu su ligoniu (Young, 2012).
- **Gydymo santrauka.** Tai suteiktos specializuotos pagalbos santrauka sudaroma antrinės sveikatos priežiūros specialisto gydymo pabaigoje ir įteikiama šeimos gydytojui bei pačiam pacientui.
- **Vėžio gydymo ir ligonio priežiūros apžvalga.** Visame onkologinio ligonio ligos kelyje būtina nuolat reaguoti į kintančius paciento poreikius ir įvertinti jo būklę. Todėl bendradarbiavimas, psichosocialinės pagalbos ligoniui koordinavimas ir stebėseną yra labai svarbu norint užtikrinti ligonio pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis ir pasiekti kuo geresnių gydymosi rezultatų.
- **Edukaciniai mokymai ir pagalbinė veikla.** Tai paciento informavimas apie jo ligą ir su ja susijusius reiškinius bei ligonio įtraukimas į įvairias edukacinio pobūdžio veiklas, terapinius užsiėmimus bei kitas veiklas, kurios padėtų greičiau atstatyti bendrą sveikatos būklę ir grįžti į įprastą gyvenimo ritmą (Rowe, Young, Rowlands, 2014, p.ii).

Pastebėtina, kad Sveikatos atstatymo priemonių paketas skatina individualizuotą paslaugų teikimą, kuriam būtini koordinacija ir bendradarbiavimas tarp pirminės sveikatos priežiūros, antrinės sveikatos priežiūros specialistų bei visuomeninių organizacijų. Modelis įgalina pacientus valdyti su savo sveikata susijusius procesus, didina ligonio atsakomybę už savo sveikatos būklę, suteikia žinių apie vietines paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti (Rowe, Young, Rowlands, 2014, p.ii). Šiame modelyje yra taip pat numatytas pagalbą koordinuojantis asmuo - klinikinės slaugytojos – specialistės, kaip pagalbinė jėga dirbantys su gydytojais onkologais, turintys aukštą išsilavinimą, reikiamą kompetenciją per ilgametę darbo patirtį specifinėje onkologijos srityje. (Taylor, Jones, 2011; Marples, 2012), turinčios visas kompetencijas įvertinti paciento psichosocialinę būseną ir nukreipti ją atitinkamoms paslaugoms.

Dėl ribotos tyrimo apimties šiame darbe detaliau analizuojami tik keli pagrindiniai gerosios praktikos modeliai, tačiau susipažinus su eile kitų personalizuotos pagalbos modelių pasaulyje, galima pateikti tam tikras išvagas. Pirmiausia, literatūros analizė rodo, kad Amerikoje gerąją praktika laikomi tokie atvejai, kai konkrečiose onkologinių ligonių gydymo įstaigose buvo kuriami unikalūs modeliai, atsižvelgiant į organizacijos ypatumus, turimus išteklius, ligonių specifikas ir pan. (Clark et al., 2012). Todėl atskleistos dvi strateginės kryptys: vienur didžioji dalis psichosocialinių paslaugų sutelkta bendruomenės lygmenyje, kitur – specializuotose gydymo įstaigose. Autoriai pažymi, kad visais gerosios praktikos atvejais onkologinių ligonių gydymą bei priežiūrą koordinavo specialiai paskirtas asmuo, ligoniui buvo atliekamas rutininis psichosocialinių

poreikių vertinimas pasitelkiant skirtingus instrumentus ir sudaromas priežiūros planas, pagal kurį ligoniai nukreipiami pas specialistus pagal nustatytas problemas. Koordinuojančio asmens parinkimas taip pat priklauso nuo turimų išteklių. Pavyzdžiui amerikietiškoje sveikatos priežiūros sistemoje ypatingas dėmesys skiriamas socialiniams darbuotojams (Loscalzo, 2016; Abbot et al., 2013), kurie laikomi pagrindine grandimi, atsakinga už psichosocialinės priežiūros paslaugų koordinavimą, psichosocialinių poreikių įvertinimą (Christ et al., 2015). Žinoma, reiktų nepamiršti ir nevyriausybinių sektoriaus specialistų, kadangi Europoje šio sektoriaus veikla labai reikšminga psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams kontekste.

Atsižvelgiant į šiuos faktus, kuriant psichosocialinių paslaugų teikimo modelius labai svarbu ne akiai pritaikyti kokį konkretų modelį, o vadovautis tam tikromis rekomendacijomis, gerąją praktika ir tik tuomet bandyti kurti savo integruotą, prie unikalių sveikatos priežiūros sistemos ypatumų pritaikytą modelį. Kaip teigia šios srities ekspertas Jacobsen P. (2017), iki šiol nemažai tyrimų atlikta ieškant galimybių kaip psichosocialiniai poreikiai turėtų būti įvertinami, siekiant išsiaiškinti kokios intervencijos turi būti vykdomos tiems poreikiams patenkinti bei šių intervencijų naudos atskleidimui, su tikslu sukurti mokslu pagrįstas rekomendacijas. Tačiau, palyginti mažai dėmesio skiriama tyrimams, kurie nurodytų kaip tas rekomendacijas taikyti klinikinėje praktikoje bei kaip įvertinti realų poveikį populiacijai, kurioje planuojamos teikti paslaugos. Dėl šios priežasties autorius pateikia personalizuotos psichosocialinės pagalbos rekomendacijų įgyvendinimo kuriant savitą modelį tyrimų sistemą (žr. 8 paveikslą).



8 pav. Tyrimai dėl personalizuotos psichosocialinės pagalbos modelio įgyvendinimo

Šalt.: Jacobsen P. B., 2017, p. 422

Kaip matyti iš 8 paveikslėlio, psichosocialinės pagalbos integravimo rekomendacijų įgyvendinimas susideda iš šių subprocesų: pokyčių planavimo, suinteresuotų subjektų įtraukimo,

pokyčių nuoseklaus vykdymo, atliktų veiksmų vertinimo. Ši informacija labai svarbi tiems, kas svarsto taikyti klinikinėje praktikoje jau egzistuojantį personalizuotos pagalbos modelį ar netgi kuriant savo unikalų modelį, nes atskleidžia esminius dalykus, kuriuos būtina atlikti siekiant sėkmingos personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracijos.

Taigi, apibendrinant šį poskyrį galima išskirti esminius momentus. Pirmiausia, personalizuotų onkologinių ligonių priežiūra reikalauja iki tol vyravusios paslaugų teikimo tvarkos transformacijos. Siekiant nuosekliai įgyvendinti personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracijos pokyčius, svarbu detaliai išanalizuoti esamą psichosocialinės pagalbos situaciją organizacijoje, numatyti išteklius, įvertinti tokios pagalbos poreikį ir pan. Šiuo tikslu turėtų būti kuriamos inovatyvios veiklos programos, sudaromi strateginiai planai, atliekami sisteminiai tyrimai, kurių pagrindu būtų galima įgyvendinti personalizuotų psichosocialinių paslaugų integravimo rekomendacijas pritaikant kitose šalyse jau egzistuojantį ar sukurtą savitą modelį. Svarbiausia, kad modelis būtų paremtas kokybiškos psichosocialinės pagalbos kūrimo rekomendacijomis ir personalizacijos principais, įtraukiant psichosocialinių poreikių vertinimo instrumentą, numatant psichosocialinės pagalbos planą ir jo įgyvendinimo mechanizmą, paskiriant už psichosocialinių paslaugų koordinavimą atsakingą asmenį bei atliekant suteiktų paslaugų monitoringą.

#### 1.4.3. Bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir nevyriausybinių sektoriaus svarba personalizacijos darbotvarkėje

Aptarus personalizacijos sampratą, personalizuotos psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams ypatumus bei apžvelgus gerosios praktikos personalizuotos psichosocialinės pagalbos modelius, taikomus onkologinių ligonių sveikatos priežiūroje, galima pereiti prie kito svarbaus momento t.y. bendradarbiavimo tarp nevyriausybinių sektoriaus ir sveikatos priežiūros įstaigų svarbos analizės. Kaip jau ne kartą minėta, norint personalizuoti onkologinių ligonių sveikatos priežiūros paslaugas įtraukiant psichosocialinės pagalbos elementą, būtina socialinių ir medicininių paslaugų integracija, o jei kalbama apie socialines paslaugas, neišvengiamai atsiranda labdaros, pelno nesiekiančių organizacijų vaidmuo.

Apskritai personalizuota pagalba neišvengiamai siejama su trečiuoju sektoriumi, kadangi personalizacija kaip judėjimas būtent ir kilo iš labdaros organizacijų, kurios buvo kuriamos su tikslu teikti tokią socialinę pagalbą žmonėms, kuri geriausiai atitiktų gyventojų poreikius (Association of Chief Executives of Voluntary Organisations, 2010) ir veikti tose srityse, kurioms valdžia skiria mažiau ar išvis neskiria dėmesio. Taip pat nevyriausybinių sektoriaus vaidmens svarbą patvirtina ir psichosocialinės pagalbos infrastruktūros Europoje tyrimų rezultatai, kurie rodo, jog daugiausiai

psichosocialinę pagalbą onkologiniai ligoniniai gali gauti būtent iš šio tipo organizacijų (Travado, Reis et al., 2015; Borrás, Prades, 2014).

Psichosocialinė pagalba plačiąja prasme Lietuvoje yra gana problemiška ir tai patvirtina 2009 m. atliktas išsamus psichosocialinės pagalbos infrastruktūros Lietuvoje tyrimas, kurio rezultatai parodė, jog Lietuvoje ganėtinai mažai investuojama į informacijos ir pagalbos onkologiniams ligoniams teikiamų paslaugų plėtrą. Tarnybos įsteigtos ne vadovaujantis kokia nors nacionaline strategija, o dėka sveikatos priežiūros specialistų ir pačių onkologinių ligonių pastangų. Dėl tokio padirko ir nestruktūrizuoto pagalbos paslaugų vystymosi bei nesant biudžeto bei strateginio numatymo, onkologinės ligos paliesti žmonės gauna arba bendro pobūdžio informaciją, kuri nepritaikyta jų individualiems poreikiams, arba išvis jos negauna (Faulkner, 2009). Tačiau, galima pasidžiaugti padaryta nemaža pažanga nuo šio atlikto tyrimo, kadangi NVO gana sparčiai plečią savo veiklą siekiant užtikrinti onkologiniams ligoniams psichosocialinės pagalbos prieinamumą. Remiantis 2016 m. POLA organizacijos pateikiamais duomenimis, Lietuvoje priskaičiuojama 36 onkologijos srityje veikiančios nevyriausybinės organizacijos bei 5 vėžio informacijos centrai (Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija, 2016). Pastebėtina, kad šie centrai išsidėstę didžiausiuose Lietuvos miestuose: Vilniuje, Klaipėdoje, Šiauliuose, Alytuje. Šiame kontekste svarbus aspektas, kad pagalba iš NVO galima ne tik tam tikrose organizacijose, bet nemažai NVO veiklą vykdoma pačiose specializuotose gydymo įstaigose, kas svarbu psichosocialinės pagalbos prieinamumo didinimui. Pastaraisiais metais vis augantis valdžios dėmesys nevyriausybinių sektoriaus organizacijoms siekiant užtikrinti psichosocialinės pagalbos prieinamumą, pastebimas ir Lietuvoje, kas puikiai atsispindi strateginiuose dokumentuose (žr. 3 lentelę)

3 lentelė. Nevyriausybinių sektoriaus įtraukimo į onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą kryptys Lietuvoje

<b>7 Uždavinys: Vystyti bendradarbiavimą su nevyriausybinėmis organizacijomis onkologinės pagalbos srityje, plėtoti nevyriausybinių organizacijų veiklą visuomenėje</b>	
7.1. Kviesti NVO atstovus dalyvauti SAM, VLK darbo grupių ir kt., kuriose sprendžiami onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams aktualūs klausimai, veikloje	Atsakingi vykdytojai: SAM, VLK
7.2. Informaciją apie onkologines ligas, teikiamą pagalbą, pagalbos organizavimo klausimus, naujoves, onkologinių ligonių „sėkmės istorijas“ skelbti interneto svetainėje, visuomenės informavimo priemonėse	Atsakingi vykdytojai: NVO
7.3. Organizuoti renginius, rengti pranešimus apie aktualijas onkologijos srityje	Atsakingi vykdytojai: NVO, gydytojų profesinės draugijos
7.4. Vystyti savo veiklą bendruomenėse, bendradarbiauti su savivaldybių atsakingais subjektai aptariant savivaldybėje vykdomų programų vykdymo rezultatus, kylančias problemas ir jų sprendimų būdus	Atsakingi vykdytojai: NVO
7.5. Remti NVO iniciatyvas skatinant psichologinės, socialinės pagalbos teikimą onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams, skatinant savanorystę	Atsakingi vykdytojai: SAM ESPS.

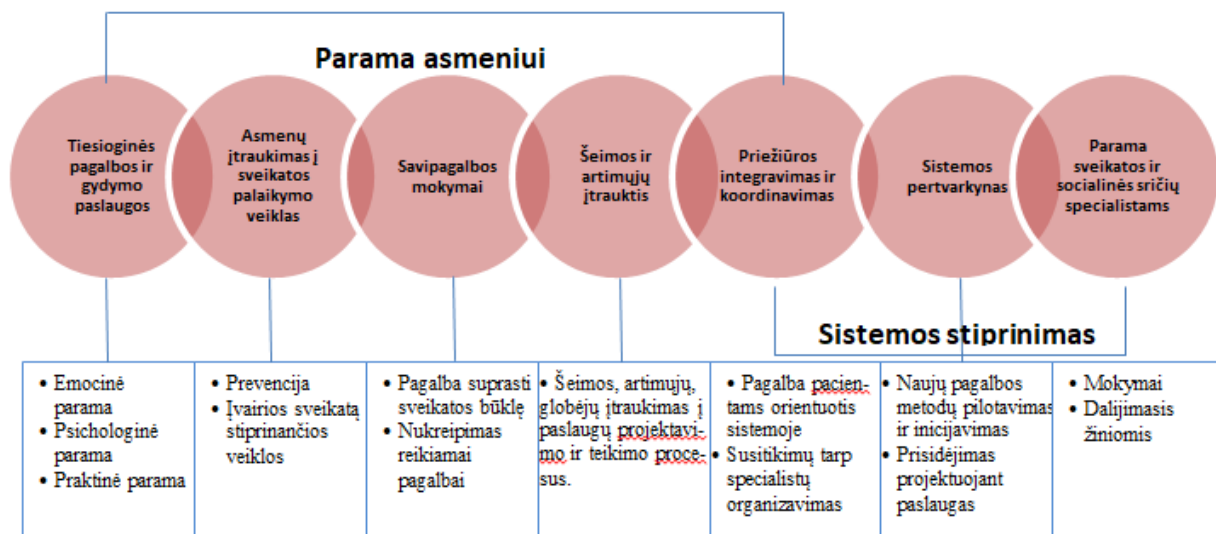
*Šalt.: sudaryta autorės, remiantis Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos įgyvendinimo 2017–2019 metais priemonių planu*

Iš turimos informacijos 3 lentelėje pabrėžtina, kad už psichosocialinių paslaugų organizavimą ligoninėse kaip atsakingi subjektai nurodomos pačios nevyriausybinės organizacijos. Atitinkamai galima daryti prielaidą, kad taip nuo sveikatos priežiūros įstaigų nuimama didžiulė atsakomybė, kas vėlgi patvirtina šio sektoriaus vaidmens svarbą.

Nevyriausybinių organizacijų ir onkologinių ligonių gydymo įstaigų bendradarbiavimo poreikis ir nauda siekiant užtikrinti psichosocialinių paslaugų prieinamumą bei sukurti personalizuotos psichosocialinės pagalbos mechanizmą bendrąja prasme puikiai gali būti pagrįsti atskleidžiant taip vadinamo trečiojo sektoriaus organizacijų veiklos teikiamus privalumus. Kaip vienas iš pirmųjų NVO pranašumų yra jų turimas potencialas pasiūlyti didesnes psichosocialinių paslaugų ir psichosocialinės pagalbos specialistų pasirinkimo galimybes bei teikiamų paslaugų specifiškumą (NCVO, 2015). Taip pat labai svarbus aspektas – priežiūros tęstinumas. Kaip rodo tyrimai, jeigu psichosocialinė pagalba yra ribotai prieinama ligoniams specializuotose gydymo įstaigose, tai vis tiek ji prieinama tik gydymosi laikotarpiu, o jam neprasidėjus ar pasibaigus, ligonis tarsi lieka be pagalbos, todėl nevyriausybinės organizacijos yra realiausias psichosocialinės pagalbos tęstinumo problemos sprendimas. Kitas aspektas – patirtis ir žinios, kompetencija psichosocialinės pagalbos srityje. Dauguma NVO kuriamos tų asmenų iniciatyva, kurie patys buvo tiesiogiai ar netiesiogiai susidūrę su liga, todėl jie yra empatiški, su tam tikra praktine patirtimi bei atstovauja bendruomenės interesus, todėl geriausiai atspindi kas svarbiausia gyventojams. Šių organizacijų tarpe taip pat yra tokių, kurios veikia ne vienerius metus ir turi didelį autoritetą. Toliau tęsiant mintį apie NVO veiklos privalumus galima paminėti ir jų vadovavimąsi personalizacijos principais ir vertybėmis savo veikloje (t.y. holistinis požiūris į asmenį, pagarba individui ir jo poreikiams, pasirinkimo galimybių užtikrinimas, įgalinimas ir pan. (Association of Chief Executives of Voluntary Organisations, 2015; Loul, Grawshaw, 2008; McGuire, 2010). Kiti autoriai taip pat akcentuoja labdaros organizacijų atvirumo ir adaptyvumo naujovėms laipsnį, didesnes paslaugų formavimo ir teikimo laisves (McGuire, 2010, Kelly 2007) lyginant su valstybinėmis gydymo institucijomis, kur veiklos laisvė yra griežtai reglamentuota ir suvaržyta, o paslaugų diegimo ar tobulinimo procesai ypatingai sudėtingi ir užimantys daug laiko. Taigi, apibendrinant autorių išsakytas mintis nagrinėjamu klausimu galima teigti, kad nevyriausybiniais pagrindais veikiančios organizacijos, kaip ir valstybinės gydymo institucijos, turėtų būti laikomos kaip būtinas ir reikšmingas elementas teikiant personalizuotą psichosocialinę pagalbą onkologiniams ligoniams.

Išanalizavimus mokslinius šaltinius galima vertinti, kad pagrindinis onkologijos srityje veikiančių NVO tikslas yra užtikrinti onkologinių ligonių gerovę visuomenėje, vykdant įvairias šviečiamojo ir ne tik pobūdžio veiklas bei darant įtaką politiniams sprendimams, atstovaujant

ligonių interesus. Tačiau dėl jau ankstesniuose skyriuose minėtų priežasčių, tokių kaip sveikatos priežiūros fragmentiškumas ir medikamentinio gydymo kultūra, susiduriama su esminiu klausimu t.y. kaip nevyriausybinis sektorius turi būti įtraukiamas teikiant personalizuotą psichosocialinę pagalbą onkologiniams ligoniams? Nėra vienintelio pasiūlymo, kaip šio tipo organizacijos gali įsitraukti, todėl, kad organizacijos skiriasi savo aplinka, dydžiu, galimybėmis, prioritetinėmis veiklos kryptimis ir noro dalyvauti šiuose procesuose laipsniu. Tačiau galima, netgi būtina, vadovautis tam tikromis gairėmis (žr. 9 paveikslą).



9 pav. Nevyriausybinių sektoriaus įsitraukimas psichosocialinės pagalbos personalizacijos kontekste

Šalt.: *People and communities board, 2017, p. 23*

Kaip matyti iš aukščiau pateikto 9 paveikslą, trečiasis sektorius gali veikti dviem kryptimis: prisidedant prie onkologinių ligonių sveikatos priežiūros sistemos stiprinimo bei teikiant įvairias pagalbines veiklas individams. Komentuojant šį teiginį galima numanyti, kad idealiausias variantas, tikriausiai, kai organizacija veikia abejomis kryptimis ir jaučia atsakomybę ne tik už konkrečių paslaugų, suteiktų ligoniams, kokybę, bet ir už esamų sveikatos priežiūros sąlygų būklę tokiu būdu išreiškiant savo pilietinę poziciją, parodant socialinę atsakomybę kas yra svarbu dirbant tokioje srityje.

Toliau plėtojant mintį apie NVO bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros įstaigomis galimybes, National Voices (2016) organizacija pateikia siūlymus kaip NVO gali įsitraukti į personalizuotos psichosocialinės pagalbos planavimo procesus (žr. 4 lentelę). Planavimas poreikis, kaip jau ne kartą minėta, yra viena iš svarbiausių personalizuotos pagalbos charakteristikų, tad dėmesys šiai sričiai taip pat turėtų būti skiriamas adekvačiai.

4 lentelė. Nevyriausybinių organizacijų dalyvavimo gairės sudarant personalizuotos psichosocialinės pagalbos planą onkologiniam ligoniui

<b>Pagalbos planavimo etapas</b>	<b>Galimi NVO dalyvavimo vaidmenys</b>
<b>Aptarimas ir pasiruošimas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esamos ligonio padėties, pagalbos galimybių aptarimas;</li> <li>- Psichosocialinė parama dėl susiklosčiusios padėties;</li> <li>- Pasitikėjimo ir pozityvumo ugdymas;</li> <li>- Palaikymas ir reikiamos informacijos suteikimas dėl emocinės, psichologinės ir kt. pagalbos prieinamumo galimybių siekiant kiek įmanoma „normalizuoti“ ligonio patirtį;</li> <li>- Taip pat galimas „tilto“ vaidmuo tarp ligonio ir jį gydančio personalo, padedant suprasti gydymo informaciją, laukiamus gydymo rezultatus, užduoti norimus klausimus prieš aptariant pagalbos planą.</li> </ul>
<b>Plano derinimas</b>	- Galimas tarpininko paskyrimas, kuris kartu dalyvautų pagalbos plano aptariamuosiuose pokalbiuose. Atstovavimo paslaugos.
<b>Plano dokumentavimas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suteikiami pasiūlymai ligoniui naudotis tam tikromis programėlėmis ar popierinėmis formomis, kuriose būtų fiksuojamas ligonių gydymo ir priežiūros planas, klinikiniai įrašai ir pastabos, prioritetinės problemos ir t.t.</li> <li>- Sąlygų sudarymas ligoniui priimtina forma formalizuoti savo pagalbos planą – taip kaip jam būtų suprantama, naudinga ir patogausia.</li> </ul>
<b>Suteiktų paslaugų analizė ir įvertinimas</b>	- Galimas esminis vaidmuo vykdant suteiktų paslaugų apžvalgą ir įvertinant pagalbos efektyvumą tenkinant probleminius ligonio poreikius. Ligonii kontaktuojant su NVO atsakingais darbuotojais būtų užtikrinama, kad pagalba yra koordinuojama kompetentingo asmens, taip išvengiant padriko paslaugų teikimo.

*Šalt.: sudaryta autorės pagal National Voices, 2016, p.11*

Taigi, analizuojant 4 lentelę galima pastebėti, kad galimybių ir priemonių įsitraukti NVO yra gana nemažai, todėl labai svarbu pačiai organizacijai suprasti, kuriose vietose ji gali būti naudingiausia ir atrasti kompromisą su gydymo įstaiga konkrečiai sutariant dėl bendradarbiavimo sričių. Taip pat atliekant National Voices (2016) dokumento analizę buvo aptiktas terminas „Socialinis siuntimas“, kuris reiškia ligonio nukreipimą į nevyriausybines organizacijas bendruomeninėms paslaugoms, kurios stiprintų jo emocinę psichologinę, fizinę ir kt. gerovę. Autoriaus nuomone, šį terminą būtų galima pradėti taikyti ir Lietuvoje, kuriant personalizuotos psichosocialinės pagalbos modelį.

Galiausiai šiame poskyryje tikslinga aptarti ir nevyriausybinių organizacijų veiklos silpnąsias vietas, kurias taip pat svarbu žinoti norint sukurti tvarų bendradarbiavimo mechanizmą. Pirmiausia, galima pradėti nuo sisteminių problemų, tokių kaip mažėjantis finansavimas iš vietos savivaldos ir valstybinių fondų NVO veiklai, mažų NVO išnykimo problema (People and communities Board, 2017). Autoriai Loul B. ir Grawshaw G. (2008) savo darbe taip pat įvardina informacijos dalijimosi, aiškumo ir apibrėžtumo savo veiklos srityse problemas, taip pat pabrėžia apmokymų ir tobulinimosi problematiką ir tai įvardija kaip vieną iš didžiausių iššūkių trečiajam sektoriui dėl ribotų finansavimo šaltinių ir laiko stygiaus apmokyti darbuotojus bei tobulinti jų darbo įgūdžius. Atitinkamai vadybinius sprendimus priimančys subjektai turi pabrėžti šiuos iššūkius ir sudaryti sąlygas darbuotojų ir/ar savanorių apmokymo strategijų kūrimui.

Kitas svarbus ir ypatingai aktualus aspektas – tai savanorių darbas, kadangi NVO veikla neatsiejama nuo savanorystės idėjų. Iš tiesų savanorių darbas, ypatingai dirbant su onkologiniais ligoniais, yra ganėtinai probleminė sritis. Pirmiausia, norint sėkmingai įtraukti savanorius į personalizuotos psichosocialinės pagalbos procesus, reikia visuminio, sisteminio požiūrio vykdant savanorių atrankas, mokymus, organizuojant jų darbą ir pan. Įdarbinant savanorius iš esmės turi būti laikomasi kone tokių pačių kriterijų kaip ir įdarbinant įprastus darbuotojus. Savanoriai turi laikytis ligoninės reikalavimų, taisyklių, dirbti pagal ligoninės misiją, viziją, politiką. M. Cohen ir M. Numa (2011) teigimu, jeigu nusprendžiama ligoninėje sudaryti sąlygas dirbti savanoriams, jų veiklos priežiūrai būtinas specialus asmuo, kuris atsakingai vykdytų jų atranką ir priėmimą, stebėtų ir vertintų vykdomas veiklas. Viena iš didžiausių problemų ta, kad dažnu atveju savanoriais tampa buvusieji onkologiniai ligoniai, todėl prieš suteikiant galimybę tokiam savanoriui prisidėti, labai svarbu apsvarstyti jo esamą situaciją, kad darbe nekiltų problemų dėl asmeninės ligos patirties (Loscalzo, 2016). Savanoriai prisidėti organizuojant bei teikiant personalizuotą psichosocialinę pagalbą gali įvairiai: jie ligoninės patalpose vesti įvairius užsiėmimus, skaityti paskaitas, konsultuoti ligonius psichosocialinės pagalbos klausimais ir pan. Galiausiai, savanoriai gali tiesiog prisidėti savo bendravimu su ligoniu ar jo artimaisiais, būti tuo kontaktiniu asmeniu, kuris padėtų susiorientuoti situacijoje, nuramintų, išklaustų (Nissim et al., 2009). Tačiau, savanoriškas darbas gali būti ir už ligoninės ribų – tam specialiai skirtose NVO patalpose, vykdant švietėjišką veiklą, renkant lėšas ir pan.

Taigi, apibendrinant visą teorinį šio baigiamojo darbo skyrių galima teigti, kad personalizuota psichosocialinė pagalba onkologiniams ligoniams iš esmės gali būti įvardinama kaip neišvengiamas ateities pokytis sveikatos priežiūroje. Mokslinės literatūros analizės rezultatai atskleidė, kad personalizuota psichosocialinė pagalba į praktiką gali būti integruojama vykdant šias pagrindines veiklas: a) standartizuoto instrumento pagalba reguliariai atliekant psichosocialinio distreso patikrą visiems onkologiniams ligoniams; b) taikant standartizuotą psichosocialinės pagalbos planavimą; c) atliekant suteiktos psichosocialinės pagalbos vertinimą ir stebėseną; d) įdarbinant psichosocialinės pagalbos koordinatorių ligoniams; e) aktyviai plėtojant tarpsektorinį bei tarpdisciplininį bendradarbiavimą psichosocialinės pagalbos srityje; f) kuriant psichosocialinės pagalbos plėtrai palankią aplinką (specialistų įdarbinimas, darbuotojų ir visuomenės švietimas ir kt. veiklos.). Visgi, personalizacijos taikymas praktikoje yra probleminis, todėl būtini moksliniai tyrimai konkrečiose gydymo paslaugas onkologiniams ligoniams teikiančiose įstaigose, kurių metu būtų nustatytos psichosocialinės pagalbos personalizaciją skatinančios ir stabdančios sąlygos. Todėl kitoje darbo dalyje su šia intencija tikslingai bus pristatomas pasirinkto atvejo tyrimas.

## II. PERSONALIZUOTOS PSICHOSOCIALINĖS PAGALBOS INTEGRACIJOS STIPRINANT ONKOLOGINIŲ LIGONIŲ GEROVĘ KLAIPĖDOS UNIVERSITETINĖJE LIGONINĖJE TYRIMO METODIKA

### 2.1. Kokybinės tyrimo metodologijos pagrindimas: atvejo studija

Šio magistro darbo teorinėje dalyje atskleista, kad nors personalizuotos psichosocialinės pagalbos integravimui onkologinių ligoninių sveikatos priežiūros sistemoje reikšmingos įtakos turi tarptautiniai ir nacionaliniai politiniai sprendimai, pastaruoju metu vis labiau pabrėžiama, kad visgi veiksmingiausios onkologinių ligonių sveikatos priežiūros gerinimo strategijos kuriamos identifikuojant vietinio lygmens turimus išteklius ir galimybes. Atsižvelgus į šiuos ypatumus, kokybinis tyrimo dizainas buvo tikslingai pasirinktas norint gauti giluminės informacijos tyrėją dominančia personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracijos onkologiniams ligoniams tema. Kadangi šiuo tyrimu siekiama sukurti personalizuotos psichosocialinės pagalbos modelį, pritaikytą Klaipėdos universitetinės ligoninės sąlygomis, atvejo studija pasirinkta kaip tinkamiausias metodas.

**Tyrimo objektas:** personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracija onkologiniams ligoniams.

**Tyrimo tikslas:** nustatyti, kokia yra dabartinė psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams padėtis Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, įvertinti psichosocialinės pagalbos personalizavimo poreikį ir integravimo galimybes.

#### **Tyrimo uždaviniai:**

1. Pagrįsti pasirinkto atvejo unikalumą ir išanalizuoti veiksnius, skatinančius psichosocialinės pagalbos personalizavimą organizacijoje;
2. Išanalizuoti esamą psichosocialinės pagalbos infrastruktūrą įstaigoje;
3. Remiantis ekspertų įžvalgomis, įvertinti psichosocialinės pagalbos personalizavimo poreikį ir integravimo galimybes.

**Tyrimo modelis.** Pirmiausia, buvo atliekama mokslinės literatūros ir Lietuvos strateginių dokumentų, reglamentuojančių onkologinių ligonių sveikatos priežiūros politiką, analizė. Remiantis surinktų duomenų rezultatais, išskiriant svarbiausius aspektus, buvo numatyta tyrimo strategija ir sudarytas klausimynas. Tyrimui duomenys buvo renkami ir analizuojami pasitelkus literatūros šaltinių analizės (a), pokalbio (b), pusiau struktūruoto ekspertų interviu (c), turinio analizės (d) metodus.

**Atvejo analizės vienetas:** Klaipėdos universitetinės ligoninės Onkologijos departamento Onkologijos chemoterapijos klinika ir Radioterapijos ir branduolinės medicinos centras.

**Atvejo analizės imtis ir atranka.** Atvejo imtis: psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams organizavimas ir valdymas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. Tiriamasis atvejis buvo pasirinktas taikant netikimybinę tikslinę atranką. Pasirenkant atvejį, buvo išsikelti šie kriterijai:

1. Tiesioginis darbas su onkologiniais ligoniais teikiant psichosocialinę pagalbą;
2. Palanki infrastruktūra bendradarbiavimui su nevyriausybinėmis organizacijomis psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams srityje;
3. Laisvanoriškas sutikimas dalyvauti tyrime.

**Tyrimo procesas ir organizavimas.** Tyrimas vyko 2017 m. gruodžio - 2018 m. balandžio mėnesiais. Tyrimui atlikti gauti bioetikos komisijos ir įstaigos, kuriame buvo atliekamas tyrimas, leidimai. Įstaigos vadovo nukreipimu buvo susitikta su už informantų interviu pokalbiui paskirstymą atsakingu asmeniu. Vėliau su kiekvienu informantu atskirai buvo susitarta dėl interviu pokalbio. Pokalbiai buvo įrašinėjami į diktofoną, o vėliau transkribuojami. Lygiagrečiai apklausos būdu iš ekspertų buvo renkami įvairūs duomenys, reikalingi atvejo pristatymui bei atvejo unikalumui atskleisti. Renkant tyrimui reikalingus duomenis stengtasi užtikrinti geranoriškumo, pagarbos asmens orumui, teisingumo, teisės gauti tikslią informaciją principus.

#### 2.1.1. Duomenų rinkimo metodai

Atvejo studijos kokybės užtikrinimui neužtenka duomenų, surinktų tik stebint ar klausiant, ypatingai kai kalbame apie organizaciją kaip atvejo studijos analizės vienetą. Naudojant įvairius duomenų šaltinius yra didinamas duomenų patikimumas, prisidedama prie tvirtesnių išvadų kūrimo. Atitinkamai norint sužinoti Klaipėdos universitetinėje ligoninėje teikiamos psichosocialinės pagalbos organizavimo ir valdymo ypatumus, atskleisti įstaigos pasiekimus šioje srityje, organizacijoje skiriamą išskirtinį dėmesį onkologinių ligonių gyvenimo kokybės gerinimui bei įvertinti personalizuotos psichosocialinės pagalbos integravimo galimybes, duomenys buvo renkami iš skirtingų duomenų šaltinių:

**Pokalbis.** Pokalbis yra vienas iš pagrindinių šaltinių ir priemonių, padedančių pažinti tiriamojo objekto kontekstą, gauti gilios ir patikimos informacijos nagrinėjama tema (Tidikis, 2003). Šiame tyrime buvo taikomas apžvalginis pokalbis kaip pagalbinis tyrimo metodas, leidęs gauti informacijos reikalingos atvejo pristatymui, atvejo unikalumo atskleidimui ir kt. tyrimui reikšmingais klausimais, kurių kitais būdais nebuvo galima atskleisti. Pokalbis buvo vykdomas su paskirtais įstaigoje dirbančiais ekspertais, jų trukmė apie 90 min. Pokalbiui buvo ruošiamasi iš anksto, sudarytas orientacinis klausimų sąrašas (žr. 4 priedą).

**Pusiau standartizuotas interviu.** Siekiant atrasti personalizacijos apraiškas teikiant psichosocialinę pagalbą rutininėje ligoninės veikloje bei įvertinti onkologiniams ligoniams

specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų asmenines nuostatas personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracijos klausimais, buvo atliekamas pusiau standartizuotas interviu. Prieš atliekant interviu buvo vykdomi pasiruošimo darbai: apibrėžtos tiriamam reiškiniui svarbios temos ir pagal jas parengtas klausimynas su atvirais klausimais. Kadangi struktūra nebuvo ypač griežtai apibrėžta, sąlygos leido lanksčiai atlikti interviu, informantams užduoti papildomų reikšmingos informacijos tyrimo problemai suteikiančių klausimų. Interviu buvo atliekamas 2018 m. gruodžio-vasario mėnesiais tiriamųjų darbo aplinkoje t.y. Klaipėdos universitetinės ligoninės Onkologijos departamente, iš anksto suderinus laiką. Tuo tikslu su informantais buvo susitikta po vieną kartą: viso 9 kartus, kurių metų buvo imamas vidutiniškai 20 minučių trukmės interviu. 8 iš 9 interviu pokalbių buvo įrašomi diktofonu, vėliau pokalbiai buvo dešifruojami (paversti tekstu). Vieno interviu pokalbis, atsisakius informantui daryti įrašą, buvo konspektuojamas vietoje.

*Tyrimo imtis ir dalyviai.* Siekiant atskleisti įvairius požiūrio taškus į tyrimo objektą, į tyrimą buvo įtraukti skirtingų sričių, skirtingą darbo patirtį ir pareigas užimantys specialistai (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Demografinės tiriamųjų charakteristikos

<b>Specializacija</b>	<b>N=9</b>
Klinikinis psichologas	1
Gydytojas psichiatras	1
Slaugytoja	2
Gydytojas onkologas - chemoterapeutas	2
Gydytojas onkologas - radioterapeutas	2
Gydytojas onkologas – chirurgas	1

*Šalt.: Sudaryta autorės*

Pasirinktas imties tūris: 9 informantai, tiksliniu būdu sudaryti iš su onkologiniais ligoniais dirbančių specialistų. Atrenkant informantus interviu pokalbiui taikyta neatsitiktinė imtis išorinio kriterijaus pagrindu, tiriamuosius parinko įstaigos vadovo paskirtas ekspertas atsižvelgus į pareigybes, darbinę patirtį ir kompetencijas. Reprezentatyvumo problemą buvo siekiama išspręsti suformuojant tokį imties turį, kuris apimtų kompetentingus skirtingas veiklos sritis atstovaujančius asmenis. Informantų tarpe skyrėsi tiek pareigybės, tiek veiklos sritys: 3 iš jų įstaigoje užima vadovaujančias pareigas. Vidutinis informantų darbo stažas onkologijos srityje yra 13 metų, tarp jų ilgiausiai išdirbę informantas turi 29 m. darbo patirtį, trumpiausiai 2 m. patirtį. Taigi, pusiau standartizuoto interviu pokalbiui atrinkti tie specialistai, kurie turi skirtingą patirtį, palaiko tiesioginį kontaktą su onkologiniais ligoniais ir yra esminė grandis, tiksliausiai atspindinti psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams vadybos situaciją, gali išsakyti privalumus ir trūkumus personalizuotos psichosocialinės pagalbos atžvilgiu. Klausimai buvo suskirstyti į blokus (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Tyrimo instrumento sandara

Blokas	Klausimų grupė	Klausimų skaičius
<b>Personalizuotų psichosocialinių paslaugų vertinimas: psichosocialinių poreikių įvertinimo ir pagalbos plano sudarymo kriterijus</b>	Psichosocialinio streso vertinimas ir jo galimybės	3
	Psichosocialinio streso vertinimo instrumento taikymas, jo nauda ir taikymo kliūtys	4
	Onkologinių ligonių informavimas apie psichosocialines paslaugas ir jo ypatumai	1
	Psichosocialinio streso suvokimas, jo indikatoriai	1
	Standartizuotas psichosocialinės pagalbos planas, didelį stresą patiriančių onkologinių ligonių nukreipimų pas psichosocialinės pagalbos specialistus tvarka, nauda ir taikymo kliūtys	3
<b>Personalizuotų psichosocialinių paslaugų vertinimas: personalizuotų psichosocialinių paslaugų integravimo ir koordinavimo kriterijus</b>	Informacijos dalijimosi apie onkologinio ligonio psichosocialinį stresą ir jam suteiktas paslaugas tarp specialistų ypatumai, nauda, galimybės, kliūtys	4
	Įstaigos dėmesingumas individualiam psichosocialinio streso mažinimui, jo didinimo galimybės	2
	Psichosocialinio streso mažinimo efektyvumas įstaigoje, jo didinimo galimybės	2
<b>Bendri duomenys</b>	Pareigos, darbo stažas kaip specialisto apskritai ir įstaigoje	3

Šalt.: Sudaryta autorės

Kaip matyti iš 6 lentelės, pirmojo bloko klausimai orientuoti į psichosocialinių poreikių vertinimo ir psichosocialinės pagalbos plano sudarymo ypatumus personalizacijos aspektu, siekta išsiaiškinti, kas įstaigoje šioje srityje jau daroma ir koks yra specialistų požiūris nagrinėjama tema. Antrojo bloko klausimai sudaryti su tikslu atskleisti specialistų nuomonę personalizuotos psichosocialinės pagalbos integravimo ir koordinavimo klausimais. Kiti klausimai orientuoti į informantų charakteristikas. Visi klausiamai pateikiami prieduose (žr. 5 priedą).

*Tyrimo patikimumo ir validumo užtikrinimas.* Interviu išorinis ir vidinis validumas buvo užtikrinamas ribojant interviu skaičių per dieną (ne daugiau 3), vengta išankstinių nuostatų ir vertinimų, skatintas kritinis mąstymas. Patikimumas užtikrintas tuo, kad informantais pasirinkti įvairūs ekspertai iš skirtingų sričių, su skirtingomis dalykinėmis žiniomis, patirtimi ir darbo stažu.

### 2.1.2. Duomenų apdorojimo metodai

Tyrimo metu surinkta informacija buvo apdorojama taikant turinio (content) analizės metodą. Šis metodas taikytas apdorojant pusiau standartizuoto interviu metu surinktus duomenis. Pirmiausia, remiantis Kardeliu K. (2016), Bitinu ir kt. (2008), Tidikiu R. (2003), Given L. (2008) interviu metu surinkta žodinė informacija transkribuota į rašytinio teksto masyvą. Po to tekste išskirti prasminiai vienetai, reikšmingi tyrimo temos ir problemos atskleidimui. Analizuojant pusiau standartizuoto interviu metu surinktą duomenų masyvą, atsakymai buvo grupuoti į kategorijas ir subkategorijas, patvirtinant jas teiginiais ir ištraukomis iš interviu protokolo. Apsibrėžus

kategorijas, tekstas buvo peržiūrimas ir atliekamas pasirinktų analizei vienetų kodavimas ir kategorizavimas. Po to buvo apskaičiuotas šių prasminių vienetų pasikartojimas, galiausiai atliekama jų statistinė ir kokybinė analizė, rezultatų interpretacija. Kiekvienam informantui suteiktas kodas (R1-R9), kuris naudojamas prie analizėje pateikiamų teiginių bei citatų. Išanalizavus visus interviu išsikristalizavo kategorijų medis, kuris buvo naudojamas kaip darbinis instrumentas tolimesnei duomenų interpretacinei analizei (žr. 6 priedą). Išsamus interviu duomenų masyvas su kategorijomis ir subkategorijomis bei jas patvirtinančiais informantų teiginiais pateikiamas prieduose (žr. 7 priedą).

### **III. PERSONALIZUOTOS PSICHOSOCIALINĖS PAGALBOS INTEGRACIJOS STIPRINANT ONKOLOGINIŲ LIGONIŲ GEROVĘ ATVEJO TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ IR INTERPRETACIJA**

#### **3.1. Atvejo pristatymas**

Tiriamasis atvejis, kurį pasirinkau yra Klaipėdos universitetinės ligoninės Onkologijos departamente esantys Onkologijos chemoterapijos klinika ir Radioterapijos ir branduolinės medicinos centras. Šio Klaipėdos universitetinės ligoninės struktūrinio vieneto regioninė reikšmė yra labai didelė, kadangi tai vienintelis Vakarų regiono centras, kuriame teikiama aukščiausios kvalifikacijos specializuota pagalba onkologiniams ligoniams nuo diagnostikos iki gydymo ir stebėjimo jam pasibaigus. Departamente specializuotos paslaugos teikiamos plataus spektro onkologinių susirgimų atvejais, įskaitant plaučių, inkstų ir kitas vėžio rūšis. Pastebėtina, kad šioje įstaigoje taip pat užsiimama ypatingai retų onkologinių ligų diagnostika. Atsižvelgiant į pacientų srautus, ligoninėje plačiai išvystytas krūtų vėžio ir žarnyno vėžio gydymas. Dėl krūties vėžio konsultacijų poliklinikoje kas mėnesį registruojama iki 900 moterų konsultacijoms, todėl tai didžiausias krūties vėžio kompleksinio gydymo centras Vakarų Lietuvoje. Į šią įstaigą onkologinėmis ligomis sergantys asmenys atvyksta ne tik iš visos Lietuvos, bet taip pat iš šalia esančių valstybių t.y. Kaliningrado srities, Latvijos. Ligoninėje pastebimas spartus onkologijos pacientų srautų didėjimas, kasmet jų apsilanko nuo 5 iki 8 proc. daugiau. Pabrėžtina, kad ligoninėje fiksuojamas didžiausias Lietuvoje onkologijos pacientų dienos stacionaro ir ambulatorinių konsultacijų skaičius. Per dieną stacionare turima apie 80 pacientų, taip pat kasdien teikiama apie 100 spindulinės terapijos procedūrų.

Onkologijos chemoterapijos klinikoje sveikatos priežiūros specialistų tarpe dirba 10 onkologų-chemoterapeutų, 3 genetikai, 3 onkologai – krūtų chirurgai, 18 slaugytojų, 2 slaugytojų padėjėjos, tuo tarpu Radioterapijos ir branduolinės medicinos centre dirba 6 onkologai-radioterapeutai, 9 technologai, 6 medicinos fizikai ir 1 vyresnioji sesuo. Taip pat ligoninėje dirba psichosocialinės pagalbos specialistai: psichiatras, klinikinis psichologas, dvasininkas, socialinis darbuotojas.

#### **3.2. Atvejo unikalumo atskleidimas: personalizacijos efekto viltis**

Tiriamąją organizaciją galima pavadinti tam tikru socialiniu fenomenu, kadangi ji išsiskiria iš kitų specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas onkologiniams ligoniams Lietuvoje teikiančių įstaigų turima psichosocialinės pagalbos infrastruktūra, skiriamu dėmesiu pacientų psichologinei, dvasinei, emocinei savijautai t.y. psichosocialinei gerovei. Todėl Klaipėdos ligoninės kaip Vakarų regiono centro atvejis reikalauja išskirtinio dėmesio, ypatingai personalizuotos psichosocialinės

pagalbos kontekste, kadangi personalizacijos įgyvendinimui šioje įstaigoje yra išskirtinai palankios sąlygos. Pasirinkto atvejo unikalumą pagrindžia šie požymiai:

*Dėmesingumas moderniausiems onkologinių ligonių priežiūros sprendimams.* Pabrėžtina, kad onkologinių ligų kompleksinė diagnostika bei gydymas šiuolaikinėmis priemonėmis yra viena prioritetinių ligoninės sričių. Atitinkamai ligoninėje nuolatos plečiamas paslaugų spektras, skiriamas didžiulis dėmesys moderniausioms ir naujausioms technologijoms, gydymo metodams, specialistų kompetencijos kėlimui. Siekiant didinti ligonių išgyvenamumo rodiklius bei užtikrinti kuo efektyvesnį gydymą, ligoninėje pacientai gydomi taikant praktiškai visus pasaulyje pripažintus ir Lietuvoje akredituotus gydymo metodus, tarp jų ir moderniausius, tokius kaip naujos kartos imunoterapija, taikinių terapija, chemoterapija į ertmes ir kt., be to atliekami molekuliniai tyrimai, kurie padeda priimti ypač personalizuotus sprendimus dėl gydymo, o krūtų chirurgijoje taip pat taikomi modernūs plastinės chirurgijos gydymo metodai, leidžiantys gydytojams ne tik nepabloginti, bet ir daugeliu atvejų pagerinti moters, sergančios krūties vėžiu, kūno įvaizdį ir su tuo susijusią gyvenimo kokybę. Plėtojant mintį apie moderniausias technologijas būtina paminėti, kad Klaipėdos universitetinėje ligoninėje pradėtos teikti plaukų išsaugojimo per chemoterapijos gydymą procedūros, kas šiai dienai nėra prieinama kitose įstaigose visame Pabaltijo regione bei kas labai svarbu pacientų psichologinės gerovės kūrimui.

*Kompleksinis požiūris į onkologinę ligą ir jos gydymą.* Onkologinių ligonių priežiūroje vienas iš svarbiausių aspektų yra kompleksinė prieiga. Siekiant tai įgyvendinti, Onkologijos departamente veikia 2 didelės multidisciplininės komandos, sudarytos atsižvelgiant į pacientų atvejo sudėtingumą ir specifinius vėžio ypatumus. Į tokią komandą įeina iki 20 įvairių sričių specialistų: nuolatiniai iš jų onkologai chemoterapeutai, radioterapeutai, chirurgai, patologai, genetikai, o kiti įtraukiami pagal poreikį. Pabrėžtina, kad komandiniai pasitarimai ligoninėje vyksta ne tik pagal paprastą konsiliumų sistemą, bet taip pat ir elektroninėje erdvėje – kas yra nauja mūsų šalyje. Tikslinga žinoti, kad tokių komandų buvimas yra viena iš esminių sąlygų užtikrinant geriausius gydymo rezultatus ir teikiamų paslaugų kokybę. Dar vienas reikšmingas organizacijos privalumas – tai, kad ligoninėje yra visų onkologinių ligų gydymui reikalingų specialistų apimtis, todėl vienoje vietoje praktiškai teikiamos visos ligoniui reikalingos paslaugos tiek onkologinės ligos, tiek gretutinių susirgimų atvejais.

*Dėmesingumas onkologinių ligonių psichosocialinei gerovei ir jų gyvenimo kokybei.* Įstaigoje dirbančių specialistų požiūris tiek į ligą, tiek į pacientą labai sparčiai keičiasi, nyksta taip vadinama medikamentinė gydymo kultūra ir prioritetine sritimi tampa pacientų gyvenimo kokybės gerinimas. Šia kryptimi ligoninėje dirbama intensyviai įvairiose srityse, siekiant užtikrinti kuo geresnę onkologinių ligonių gyvenimo kokybę kompleksinėmis priemonėmis:

*Psichosocialinės pagalbos prieinamumo užtikrinimas.* Ligoninėje vidine iniciatyva psichologinė ir psichiatrinė pagalba prieinama visiems onkologiniams ligoniams: tiek stacionaro, tiek ambulatorijos pacientams, ambulatoriškai ši paslauga pradėta teikti nuo 2017 metų. Pažymėtina, kad Lietuvoje kitos specializuotos gydymo įstaigos tokią pagalbą teikia tik stacionare. Todėl Klaipėdos universitetinėje ligoninėje sudarytos išskirtinės sąlygos gauti savalaikę tiek planinę, tiek ekstrinę psichosocialinę pagalbą ligoniams toje pačioje įstaigoje, kur teikiamos gydytojų onkologų konsultacijos, kas labai svarbu paciento atžvilgiu. Taip pat galimos šių specialistų konsultacijos ir kitų departamentų skyriuose, kai gydantis gydytojas tokią būtinybę numato. Stacionare psichologinė ir psichiatrinė pagalba organizuojama 1-2 d. bėgyje, ambulatorijos pacientams - dviejų savaitių bėgyje. Pagalba teikiama aktyviai bendradarbiaujant su klinikiniu psichologu ir gydytoju psichiatru. Pabrėžtina, kad šių specialistų poreikis atidžiai stebimas, vedama paslaugų vartojimo apskaita. Šiai dienai įstaigoje su onkologiniais ligoniais dirba 1 klinikinis psichologas ir 1 gydytojas psichiatras.

Dvasinę pagalbą Klaipėdos universitetinėje ligoninėje teikia kapelionas, dirbantis pilnu etatu tik ligoninėje. Kapelionas teikia dvasines konsultacijas ir kitas dvasinio pobūdžio paslaugas stacionaro pacientams, antradieniais aukoja mišias onkologijos departamento koplyčioje. Su juo tiesiogiai bendradarbiauja chemoterapijos ir radioterapijos stacionaro skyrių slaugos administratorės bei klinikinis psichologas, kuomet reikia dvasinės pagalbos onkologiniams ligoniams.

Taip pat įstaigoje dirba gydytojas reabilitologas, kuris taiko savo sukurtą reabilitacijos programą, padedančią kuo greičiau ligoniams integruotis į normalų gyvenimo ritmą. Minėtinas ir ligoninėje dirbantis socialinis darbuotojas, kuris dirba su ligonių socialinės globos ir kt. socialinėmis problemomis. Visi šie specialistai ligoninėje dirba tam, kad onkologine liga sergantis asmuo patirtų kuo mažesnę ligos sukeltą psichosocialinę distresą, galėtų kuo greičiau adaptuotis ir įsitraukti į kasdienę veiklą.

*Vidiniai mokymai ir informacijos sklaida dėl psichosocialinės pagalbos.* Klaipėdos Universitetinės ligoninės Chemoterapijos klinikoje ir Radioterapijos ir branduolinės informacijos centre yra skiriamas didelis dėmesys psichosocialinės pagalbos plėtrai palankios atmosferos kūrimui. Vidinėmis iniciatyvomis reguliariai gydytojams onkologams organizuojami mokymai, konferencijos įvairiomis temomis tokiomis kaip gydytojų ir pacientų santykiai, streso valdymas ir kt., kaip pagalbinė ir skatinamoji priemonė įstaigos darbuotojams geriau suprasti onkologiniams ligoniams būdingas psichosocialines problemas, tinkamu laiku identifikuoti rizikos atvejus. Į šiuos procesus aktyviai įtraukiami įstaigoje dirbantys psichosocialinės pagalbos specialistai.

Įstaigoje informacijos sklaida apie psichosocialines paslaugas ir jų galimybes vyksta įvairiomis formomis ir pasiekia adresatą skirtingais kanalais. Pirmiausia, įstaigos viduje yra dalijamasi žodine

informacija. Pagrindinis informacijos šaltinis pacientams – gydantysis gydytojas, turintis tiesioginį kontaktą su onkologiniu ligoniu. Taip pat yra organizuojamos atviro ir uždaro tipo konferencijos, psichologų ir kitų specialistų pranešimai specialistams ir plačiajai visuomenei, vykdoma mokslinė veikla. Žinoma, įstaigoje yra ir rašytinės informacijos priemonės: bukletai, skrajutės ir pan. Viešojoje erdvėje taip pat galima rasti eilę straipsnių, kuriuose liginėje dirbantys specialistai kalba apie onkologinių ligonių gyvenimo kokybės svarbą, emocinių ir dvasinių išgyvenimų reikšmę ligos kelyje. Dalijamasi asmeninėmis patirtimis apie pacientus, kurie turėdami pozityvų požiūrį į ligą gyvena ilgiau ir stebina pačius gydytojus neįtikėtinais pasiekimais, nešama žinutė, kad gydytojai nėra visagaliai, labai svarbi pačių pacientų emocinė, psichologinė, dvasinė būseną ir nusiteikimas.

*Psichosocialinės pagalbos tęstinumas: bendradarbiavimas su NVO.* Liginė siekdama sparčiau integruoti psichosocialinę pagalbą į onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą vysto bendradarbiavimą su kitomis šioje srityje dirbančiomis organizacijomis. Čia būtų galima paminėti Telšių vyskupijos dvasininkus bei Pranciškonų vienuolius, kurie įsteigė šalia liginės esantį Šv. Pranciškaus onkologijos centrą. Bendradarbiavimo ryšiams tarp šio centro ir liginės turi būti skiriamas išskirtinis dėmesys dėl 2 pagrindinių priežasčių. Pirmiausia, centro lokalizacija yra ypatingai palanki liginės pacientams ir taip užtikrinamas psichosocialinių paslaugų prieinamumas. Antroji priežastis – centro unikalumas dėl sukurtos paslaugų infrastruktūros. Centre organizuojamos nemokamos plataus spektro psichosocialinio pobūdžio paslaugos (nuo grupinių užsiėmimų iki apgyvendinimo paslaugų: viso 20 skirtingų socialinių paslaugų), kurių gydymo institucijos nėra pajėgios teikti, todėl centro veikla puikiai papildo profesionalias gydymo paslaugas teikiančios įstaigos paslaugų pasiūlą taip sukuriant unikalų Lietuvos mastu kompleksinės psichosocialinės pagalbos modelį onkologiniams ligoniams.

Onkologijos centre paslaugas teikia kompetentingi specialistai bei savanoriai. Iš vidinių organizacijos dokumentų pateikta statistika rodo, kad centre iš viso dirba 3 nuolatiniai darbuotojai, tarp jų 1 socialinis darbuotojas, kuris konsultuoja onkologinius ligonius įvairiais psichosocialinės pagalbos klausimais, išsiaiškina liginio ir/ar jo artimojo poreikius ir nukreipia atitinkamai pagalbai gauti. Taip pat centre dirba 17 specialistų – savanorių, kurie veda įvairius užsiėmimus. Pagalbinių savanorių centre yra 15. Remiantis 2017 metų duomenimis, onkologijos centre registruotų klientų buvo 654 asmenys, kuriems suteikta 4470 specialios socialinės paslaugos.

Liginės darbuotojai proaktyviai skatina pacientus apsilankyti šiame centre, teikiamos rekomendacijos, poreikiui esant informaciniai bukletai. Su onkologijos centru bendrai organizuojamos įvairios veiklos: renginiai, konferencijos ir kt. Taip pat kartu su specialistais leidžiami informaciniai bukletai ligoniams bei jų artimiesiems dėl gydymo, jo šalutinio poveikio ir kitų aktualių dalykų. Todėl dėl užmegzto bendradarbiavimo su onkologijos centru sudaroma

galimybė ne tik kiekvienam sergančiajam, bet ir jo artimiesiems gauti kompleksinę profesionalią psichosocialinę pagalbą, kuri padėtų įveikti ligos keliamus iššūkius ir palaipsniui integruotis į įprastinį gyvenimo ritmą.

Taigi, dėl užmegztų bendradarbiavimo ryšių tarp šios organizacijos ir Klaipėdos universitetinės ligoninės Onkologijos Departamento Lietuvos mastu, netgi Pabaltijo šalių kontekste, palaipsniui kuriama unikali psichosocialinės pagalbos infrastruktūra. Pasaulyje garsiai kalbama apie būtinybę užtikrinti onkologiniams ligoniams ne tik kompleksinės pagalbos prieinamumą, bet ir tęstinumą, kas yra realu Klaipėdos universitetinės ligoninės atveju.

### 3.3. Ekspertų interviu duomenų analizės rezultatai

#### 3.3.1. Onkologinių ligonių psichosocialinio distreso vertinimas įstaigoje

##### Psichosocialinio distreso vertinimas

Norint suteikti tikslingą psichosocialinę pagalbą onkologiniams ligoniams, pirmiausia, būtina įvertinti jų patiriamą psichosocialinį distresą. Tyrimo metu, pirmiausia, siekta sužinoti, ar visiems Klaipėdos universitetinėje ligoninėje besilankantiems onkologiniams ligoniams vertinamas jų patiriamas psichosocialinis distresas bei kokie yra šio vertinimo ypatumai (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Individualus psichosocialinio distreso vertinimas

(n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Vertinimo taikymas	Visiems ligoniams (n=5)	„psichosocialinis įvertinimas atliekamas vos tiktai pacientui <b>įžengus pro duris</b> (R3) „analizuojame individualiai psichologinius, psichosocialinius klausimus“ (R9), „ <b>kada ateina ligonis, tu pradedi su juo dirbti</b> <..> natūralu, kad tu jį matai kaip visumą“ (R10)
	Ne visiems ligoniams (n=4)	„aš manau, kad <b>tikrai ne visiems</b> <...> matai žmoguje problemą, nu tada perduodi gydytojui <...> <b>kartais žmonės patys išsako problemą</b> (R2), „ <b>jeigu gydytojai mato, kad pacientui reikia,</b> tiesiog jį nusiunčia (R7), „neatliekamas [visiems], deja <..> <b>atrenkami tie ligoniai tikriausiai subjektyviai</b> “ (R8)
Vertinimo ypatumai	Vertinimas pagal distreso skalę (n=2)	„ <b>Vadovaujamės NCCN distress management gairėmis</b> “ (R1), „yra <b>taikoma distreso skalė</b> <..> praktikoje mes jį naudojame, daugiau nieko neturime“ (R6)
	Subjektyvus vertinimas (n=7)	„ <b>subjektyviai</b> gydytojas <b>vertina</b> pagal žinias <..>supratimą, nuovoką“ (R1), „tai <b>mes [onkologai] nusprendžiame patys individualiai</b> <..> ne ne, <b>nėra nei skalių, nei algoritmų</b> “ (R3)
Psichosocialinio streso suvokimas	Subjektyvus (n=7)	„ <b>subjektyviai</b> aš jį <b>suprantu</b> <..> nuolatinis verksmingumas, galbūt, gydymo ignoravimas, rekomendacijų, galbūt labiausiai rekomendacijų ignoravimas“ (R5), „tai turėtų būti kažkokia būseną žmogaus, kuri sutrigdo žmogaus psichologinę būseną, socialinį funkcionavimą“ (R8)
	Objektyvus (n=2)	„ <b>remiamės</b> va tuo Amerikos nacionalinio vėžio instituto <b>apibrėžimu, kurį išsivertėm</b> “ (R1), (R6)

Šalt.: Sudaryta autorės

Absoliuti tyrimo dalyvavusių informantų dauguma patvirtinto, kad ligoninėje yra vykdomas psichosocialinio distreso vertinimas, tačiau jis atliekamas ne visiems onkologiniams ligoniams. Atsakymai dėl pacientų diferencijavimo šiam vertinimui pasiskirstė beveik tolygiai: nežymi dauguma (5 iš 9 informantų) teigė, jog visi ligoniai yra įvertinami dėl jų patiriamo ligos sukkelto streso, tuo tarpu 4 informantų tvirtinimu, vertinami tik tie ligoniai, kuriems ši pagalba atrodo reikalinga.

Pagal informantų atsakymus nustatyta, kad dauguma su onkologiniais ligoniais dirbančių specialistų (n=7) savo praktikoje netaiko standartizuoto instrumento vertinant ligonių psichosocialinį distresą, todėl šis vertinimas pagrįstas subjektyviu požiūriu t.y. vertinant ligonius dėmesys kreipiamas į jo elgseną, bendravimą, reakcijas ir jų problemišumą. Tuo tarpu du informantai nurodė savo praktikoje taikantys amerikiečių mokslininkų sukurtą distreso skalę kaip įrankį racionaliam ir patikimam psichosocialinių problemų identifikavimui.

Tyrimo taip pat buvo siekiama nustatyti, ar savo darbinėje veikloje su onkologiniais ligoniais specialistai vadovaujasi tam tikru psichosocialinio distreso apibrėžimu ir kaip jie suvokia psichosocialinį distresą, darant prielaidą, kad aiškus psichosocialinio distreso bei jo požymių suvokimas yra svarbi sąlyga siekiant sėkmingai identifikuoti tuos ligonius, kuriems būtina psichosocialinė pagalba. Pažymėtina, kad informantų atsakymai šiuo klausimu pasiskirstė taip pat kaip dėl standartizuoto instrumento taikymo vertinant psichosocialinį distresą. Rezultatai atskleidė, kad dauguma specialistų (7 iš 9) subjektyviai suvokia psichosocialinį distresą, kas atitinkamai gali būti glaudžiai siejama su prieš tai minėtu faktu, kad tokia pati dauguma specialistų taip pat subjektyviai vertina savo pacientų distresą. Atitinkamai 2 informantai nurodė, kad savo darbe vadovaujasi Amerikos nacionalinio vėžio instituto apibrėžimu, pagal kurį konkrečiai įvardijama kas yra onkologinių psichosocialinis distresas, kokie jo požymiai ir kokiais atvejais jis dažniausiai pasireiškia.

### **Psichosocialinio distreso vertinimo galimybės**

Tam, kad kuo daugiau onkologinių ligonių būtų įvertinti dėl jų patiriamo psichosocialinio distreso, labai svarbu šio vertinimo prieinamumas pacientui. Tuo tikslu, informantų buvo klausama apie įstaigoje esančias galimybes įvertinti ligonio psichosocialinį distresą. Susisteminti tyrimo rezultatai pateikiami lentelėje (žr. 8 lentelę).

8 lentelė. Onkologinių ligonių psichosocialinio distreso vertinimo galimybės įstaigoje (n-bendras teiginių skaičius)

<b>Kategorija</b>	<b>Subkategorija</b>	<b>Patvirtinantys teiginiai</b>
Pirminis vertinimas	Gydantysis gydytojas – onkologas (n=8)	„gydantysis gydytojas po pokalbio su pacientu įvertina ar tarpusavyje pasitaria, kad šitam pacientui tokia pagalba reikalinga“ (R1) „tai vertina pats gydytojas specialistas“ (R3)
	Slaugytoja (n=2)	„turbūt ir slaugytojos dalyvauja visam šitam procese <.>nes labai dažnai slaugytojos mato žmoguje problemą“ (R2), „su

		krūtų ligomis sergančiais pacientais daugiausia dirba <b>slaugytoja</b> , jai labiausiai ir pasiguodžia pacientas <...> tai yra slaugytojo kompetencija visa psichologinė pagalba“(R8)
Antrinis (profesionalus) vertinimas	Klinikinis psichologas (n=5)	„Dirba <b>psichologė</b> <...> ir <b>ten viskas yra vertinama</b> “ (R6) „jeigu matai, kad reikalinga dar pagilinta pagalba <...> <b>nukreipiam psichologo konsultacijai</b> “(R10)
	Gydytojas psichiatras (n=4)	„kartais pirma pasikviečia psichiatrą <...> <b>psichiatras įvertina</b> ir gali nukreipti pas psichologą> (R6), „ <b>nukreipiame pas psichologą, psichiatrą</b> , kurie turi kompetencijos šiam vertinimui“ (R9)

Šalt.: Sudaryta autorės

Kaip matyti iš 8 lentelės, psichosocialinio distreso vertinimo prieinamumas įstaigoje yra užtikrinamas šį vertinimą organizuojant dviem lygmenimis. Pirmiausia, pacientą gydantis specialistas – onkologas beveik visų informantų tarpe (8 iš 9 atvejų) įvardintas kaip pagrindinis subjektas, atliekantis pirminį ligonio psichosocialinio distreso įvertinimą ir atitinkamai nukreipiantis ligonį pas specialistus profesionaliam distreso įvertinimui. Tyrimo metu informantai taip pat paminėjo slaugytojas kaip asmenis, kurie pirminio kontakto su onkologiniu ligoniu metu subjektyviai vertina ligonio savijautą, patiriamą stresą ir apie savo įtarimus dėl paciento sutrikusios psichosocialinės gerovės gali pranešti gydančiajam gydytojui, tačiau informantų tarpe ši pareigybė buvo minima mažiausiai kartų (n=2). Kaip rodo rezultatai, įstaigoje antrinio profesionalaus psichosocialinio ligonių distreso įvertinimo funkcijas atlieka klinikinis psichologas ir gydytojas psichiatras. Pastebėtina, kad informantų atsakymai dėl šių specialistų pasiskirstė beveik tolygiai (n=4 ir n=5), iš to galima daryti prielaidą, jog šios dvi pareigybės organizacijoje laikomos vienodai reikšmingomis ir reikalingomis profesionaliai nustatant psichosocialines onkologinių ligonių problemas.

Apibendrinant informantų išsakytas mintis psichosocialinio distreso vertinimo įstaigoje klausimais, galima daryti išvadą, kad ligoninėje skiriamas didelis dėmesys ligonių psichosocialinio distreso vertinimui, egzistuoja net kelios už šį vertinimą atsakingos institucijos, tarp kurių svarbiausią vaidmenį atlieka pirminį kontaktą su ligoniu turintys gydantieji specialistai-onkologai. Tačiau nepriklausomai nuo psichosocialinio distreso vertinimo prieinamumo, visgi ne visiems ligoniams šis vertinimas atliekamas ir tai priklauso nuo subjektyvaus specialistų psichosocialinio distreso suvokimo ir subjektyvaus psichosocialinio distreso vertinimo kontakto su ligoniu metu. Atitinkamai tik atliekant antrinį vertinimą, kai ligonis dėl psichosocialinio distreso nukreipiamas pas tam tikrus psichosocialinės pagalbos specialistus, atliekamas profesionalus psichosocialinio distreso įvertinimas, paremtas metodikomis. Šie rezultatai patvirtina mokslininkų P. B. Jacobsen et al. (2011; 2015), K. Abrahamson et al. (2011) tyrimuose keliamą problemą, kad praktikoje ne visiems ligoniams psichosocialinis distresas yra įvertinamas ir atitinkamai tik dalis reikšmingą

psichosocialinį distresą patiriančių ligonių nukreipiami tolimesnei specializuotai pagalbai, todėl didžiulis dėmesys organizacijoje turi būti skiriamas pacientų atrankos sąlygų gerinimui.

### 3.3.2. Standartizuotas instrumentas psichosocialinio distreso vertinimui

Norint išspręsti onkologinių ligonių atrankos problemas labai svarbu šiame etape atrankos procedūras personalizuoti taikant standartizuotą psichosocialinio distreso vertinimo instrumentą visiems įstaigoje besilankantiems ligoniams, kurio pagalba profesionaliai būtų identifikuojami asmenys, kurie patiria reikšmingus psichosocialinės sveikatos sutrikimus ir kuriems būtina specializuota pagalba. Tačiau šios priemonės integravimas į praktiką sąlygoja tam tikrus pokyčius organizacijoje vykstantiems psichosocialinės pagalbos valdymo procesams, todėl informantų buvo prašoma įvertinti šio instrumento taikymo organizacijoje ypatumus jų subjektyviu požiūriu. Apibendrinti atsakymai pateikiami lentelėse (žr. 9 lentelę, 10 lentelę, 11 lentelę).

#### Standartizuoto instrumento taikymo privalumai vertinant psichosocialinį distresą

9 lentelė. Standartizuoto psichosocialinio distreso vertinimas: privalumai  
(n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Subkategorija	Teiginiai
Bendroji nauda (n=9)		„manau, kad <b>tai</b> yra <b>naudingas dalykas</b> “ (R2), „tai būtų <b>labai naudinga</b> “ (R3), „ <b>naudingumas</b> tai yra <b>be abejo</b> “ (R6), „aš manau, kad <b>idealų būtų</b> , jei būtų kažkoks standartizuotas klausimynas“ (R8)
Mokslinė nauda (n=1)		„ <b>mokslinė prasme tai yra nauda</b> , nes nu standartizuotą instrumentą turint jau <b>galima kažkokį tai mokslą kurti</b> “ (R6)
Pacientų gyvenimo kokybės gerinimas (n=6)	Tikslinga ir savalaikė pagalba (n=3)	„pacientas <b>tikslingai gautų specializuotą pagalbą</b> <...> <b>laiku būtų įvertinta</b> kiek jam reikia (R6) „jis <b>tikslingai gautų pagalbą</b> , kurios jam reikia <...> <b>padeda atrinkti kas naudingiausia</b> pacientui“ (R7)
	Paciento gerovės užtikrinimas (n=3)	„manau <b>pacientui būtų drąsiau</b> , jis jaustųsi <b>labiau savimi pasitikintis</b> <...> patirtų <b>mažiau streso</b> <...> <b>daugiau žinotų</b> tos prieinamos, kompetentingos informacijos“ (R5), „naudinga nes <b>padeda adaptuotis</b> , naudingas <b>lydėjimas per visas fazes</b> “ (R9)
Specialistų darbo kokybės gerinimas (n=10)	Racionali ligonių atranka (n=5)	„būtų galima <b>grupuoti ir pažinti</b> tas <b>labiausiai pažeidžiamas grupes</b> “ (R8), „aš manau visi turėtų praeiti tą anketavimą kaip <b>atranką ar tas poreikis jam yra</b> šiuo metu aktualus“ (R5)
	Produktyvesnės konsultacijos dėl gydymo (n=2)	„ <b>galėtumėm [onkologai] daugiau laiko skirti konsultacijos gerinimui</b> “ (R5), „mes <b>sutaupytime laiko tam pacientui</b> <...> <b>specialybiniam pokalbiui</b> <...> tai nebūtų taip paskubom kaip dabar“ (R3)
	Tikslingos pagalbos paskyrimas (n=3)	„aš turėdamas vieną vertinimą, jau <b>galiu žinoti į ką man atkreipti dėmesį</b> , <...> aš jau galėčiau užduoti tikslingus klausimus <...> žinodama, <b>galiu dėliotis, kaip man elgtis</b> “ (R6)
Specialistų pasitenkinimo darbu didinimas (n=3)	Išaugęs pasitikėjimas (n=1)	„aš <b>jausčiausi tvirtesnė kaip specialistė</b> kai neturiu ką pasakyti ir kaip paklausti <...> būtų tiesiog instrumentas, kur galėčiau išsiaiškinti“ (R7)
	Sumažėjęs stresas ir įtampa darbe (n=2)	“mūsų konsultacijos būtų tobulesnės, <b>turėtume patys daugiau energijos ir mažiau patirtume streso darbe</b> “ (R5), „tai palengvintų mūsų darbą“ (R3)

Šalt.: Sudaryta autorės

Pirmiausia, ekspertų buvo prašoma įvertinti standartizuoto psichosocialinio distreso instrumento galimus privalumus ir naudą vertinant psichosocialinį distresą. Rezultatai atskleidė, kad visi informantai labai teigiamai vertina tokio instrumento taikymą ir visuotinai sutinka, kad tai būtų naudinga priemonė onkologinių ligų atveju, kas paantrina šioje srityje nusipelnusių mokslininkų P.B. Jacobsen et al. (2015; 2012; 2011) skleidžiamai idėjai, kad standartizuotas vertinimas yra labai svarbi sąlyga psichosocialinės pagalbos efektyvumui ir pacientų gerovei užtikrinti.

Išsakę savo apibendrintus vertinimus, specialistai standartizuoto distreso instrumento galimą naudingumą taip pat aptarė dviem požiūriais: nauda specialistui bei nauda ligoniui. Dažniausiai (n=10) įvardinta standartizuoto vertinimo numanoma nauda darbo kokybei, kurios gerinimui informantų tarpe buvo akcentuoti racionalios ligonių atrankos dėl patiriamo psichosocialinio distreso, atskleidžiant realų pagalbos poreikį ir ligonio pažeidžiamumą, bei tikslingos psichosocialinės pagalbos paskyrimo aspektai. Pabrėžtina, kad tokius instrumento privalumus akcentavo mokslininkų S.D. Hutchison et al. (2006) grupelė, sukūrusi etapinį psichosocialinės pagalbos modelį kaip racionalios pacientų atrankos problemos sprendimą. Taip pat dalis informantų nurodė, kad standartizuoto instrumento kaip konstruktyvaus ir profesionalaus įrankio vertinant psichosocialinį distresą taikymas nulemtų produktyvesnę specialisto onkologo konsultacijos dėl gydymo laiko išnaudojimą bei suteiktų didesnę pasitikėjimą patiems specialistams, sumažintų jų patiriamą stresą ir įtampą darbe, kurį nulemia ligonių psichosocialinės problemos.

Galiausiai standartizuoto instrumento privalumų vertinimo kontekste ekspertai išvelgė galimybę gerinti pacientų gyvenimo kokybę, kadangi profesionaliai atrenkant probleminius ligonius ir įvertinant jiems būdingas psichosocialines problemas, tiems asmenims, kurie turi stipriai išreikštą distresą, būtų skiriama tikslinga bei savalaikė pagalba ir taip užtikrinama jų gerovė mažinant patiriamą stresą, didinant informuotumą, ugdant pasitikėjimą ir pan. Vienas informantas nurodė ir mokslinę instrumento naudą organizacijos veiklai, sudarant sąlygas mokslinės veiklos vystymui šioje srityje, kas taip pat svarbu psichosocialinės pagalbos plėtrai ir ligonių gyvenimo kokybės gerinimui.

### **Standartizuoto instrumento taikymo iššūkiai vertinant psichosocialinį distresą**

Standartizuoto ligonių psichosocialinio distreso vertinimo instrumento integravimas į specializuotų gydymo įstaigų praktiką yra savaime probleminis dėl daugelio priežasčių. Kadangi integravimo sėkmė labai priklauso nuo vidinių organizacijos sąlygų, informantai vertino galimus tokio instrumento taikymo iššūkius ligoninėje (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. Standartizuotas psichosocialinio streso vertinimas: iššūkiai  
(n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Subkategorija	Teiginiai
Licencijuoto instrumento nebuvimas (n=3)		„ <b>neturime instrumento</b> “ (R6) „ <b>siekiamybė</b> kartu su psichosocialinės onkologijos asociacija <b>daryti distreso termometro adaptaciją</b> Lietuvoje, kad mes galėtume jį taikyti <...> oficialiai ir iš tikrųjų tada jau didesniu mastu“ (R1)
Gydytojų onkologų konsultacijos laiko trūkumas ir darbo krūvis (n=9)		„neįsivaizduoju, kaip tai reiktų padaryti kada <b>daktaras turi labai mažai laiko</b> “ (R2), „jeigu mums [onkologams] užkrautų dar ir šitą darbą [pakyla tonas], tai mums <b>darbo [būtų] tikrai per daug</b> “ (R10)
Psichosocialinio distreso pirminis vertinimas (n=7)	Kompetencijos ir atsakomybės problema	„ <b>aš nesu specialistė</b> [vertinant distresą] <...> ir galiu dažnai klysti ir nepastebėti to, ką turėjau pastebėti sakykim (R8), „tai jau <b>gaunasi nebe kompetentinga</b> , jeigu <b>aš [onkologas] vertinu žmogiškai, bet ne kaip specialistas</b> “ (R5)
Žmogiškųjų resursų trūkumas (n=9)	Psichosocialinio distreso vertinimą atliekančio žmogaus poreikis (n=6)	„ <b>pagrindinės kliūtys yra žmogiškieji resursai</b> <...> <b>reikia žmogaus, kuris tuo užsiims</b> “ (R1), „jeigu reiktų tą daryti, tai tiesiog turėtų būti <b>papildomas žmogus, kuris tai dirbtų</b> “ (R10), „čia turtėtų būti atskiras kažkoks <b>tai specialistas</b> <...> aš manyčiau, kad kliūtis yra <b>personalo/specialistų trūkumas</b> “ (R2)
	Psichosocialinės pagalbos specialistų trūkumas (n=3)	„ <b>jeigu visiems atliktumėm psichosocialinio streso vertinimą, pritrūktumėm ir psichologų, ir vertintojų</b> “ (R6), „šiai dienai tiesiog <b>trūksta psichologų ligoninėj</b> , kad užtikrinti, kad kiekvienas, kuris turi išreikštą distresą, gaus psichologinę pagalbą greitai“ (R1)
Pagalbos tęstinumo užtikrinimas (n=2)		„ <b>jei tik vertinama</b> , o po to nėra numatyta ką daryti su žmogumi, tai tuomet <b>neturi prasmės vertinimas</b> “ (R7), „ <b>pats vertinimas savaime neturi rezultato</b> , vertinti jeigu neturi galimybių ką pasiūlyti nėra naudingas“ (R1)
Vertinimo organizavimas ambulatorijos ir stacionaro pacientams (n=1)		„ <b>stacionare įvertinimą</b> , sakykim, <b>nėra sudėtinga suorganizuoti</b> <...> <b>su ambulatorine pagalba sudėtingiau</b> , nes praktiškai reikia žmogaus, kuris tuo užsiims“ (R1)
Vertinimo objektyvumas ir patikimumas (n=1)		„problemos dar: vertinimo <b>objektyvumas, patikimumas</b> “ (R7)
Per mažai išreikštas poreikis (n=1)		„ <b>nėra sukurta sistema, kad tai yra kaip poreikis</b> <...> dauguma specialistų dar nesuvokia to poreikio, kad mes turėtume vertinti tą psichosocialinį stresą, tai viskas žmogiškąja prasme vyksta“ (R5)
Instrumento pritaikomumas pacientui (n=2)		„pacientui <b>klausimai turi supaprastinti iki tam tikro lygio</b> <...> priešingu atveju klausimai gali sukelti nerimą, stresą, įtampą“ (R6), „idealu, jeigu jisai būtų <b>paprastas naudoti</b> , pacientas pats galėtų užpildyti klausimą“ (R8)

Šalt.: Sudaryta autorės

Pirmiausia, standartizuoto psichosocialinio distreso vertinimo taikymą praktikoje apribotų situacija, kad nėra patikimo ir licencijuoto instrumento Lietuvoje, kuris būtų oficialus ir pritaikytas mūsų šaliai, ką atsakymuose mini ir informantai. Pažymėtina, kad tai jau ne organizacijos, bet valstybinio lygmens problema, su kuria susiduriama ir kitose Europos valstybėse (Travado, Reis et al., 2015). Tačiau, interviu metu informantų tarpe buvo įvardinta siekiamybė bendradarbiaujant su kitomis organizacijomis tokį instrumentą akredituoti, kas parodo ne tik įstaigos darbuotojų vidinį iniciatyvumą, kryptingumą sprendžiant šią problemą, bet ir atskleidžia įstaigos viduje

psichosocialinės pagalbos plėtrai ypatingai palankią atmosferą. Taip pat vertėtų prisiminti, kad įstaigoje psichosocialinės pagalbos specialistai savo iniciatyva darbe jau taiko pasaulyje pripažintą psichosocialinio distreso termometrą, kas sustiprina prieš tai išsakyta mintį. Kita vertus, komentuojant klausimus dėl standartizuoto distreso vertinimo instrumento taikymo, informantai išskėlė tokio instrumento galimą problematiką dėl pritaikomumo pacientui, įžvelgdami lengvinančias šios priemonės integravimo sąlygas jei toks instrumentas būtų paprastas, nesudėtingas naudoti ir kurį galėtų lengvai užsipildyti patys pacientai.

Toliau plėtojant mintį ir atsižvelgiant į tai, kad visgi pirminį kontaktą su ligoniu turi juos gydantys specialistai – onkologai, vertinant problemines instrumento taikymo sritis, informantai akcentavo gydytojų onkologų konsultacijos laiko trūkumo ir darbo krūvio problemas. Visi interviu dalyvavę asmenys (n=9) pabrėžė, kad konsultuojant ligonius dėl ligos medikamentinio gydymo gydytojai nespėtų papildomai dar atlikti ir individualų psichosocialinio distreso įvertinimą, kas buvo pabrėžiama ir Fann et al., (2012), Lambert et al. (2010) tyrimuose, tad ši problema gali būti viena iš svarbiausių. Atitinkamai informantai adekvačiai išskėlė ir žmoniškųjų resursų problemą išreikšdami atskiro psichosocialinio distreso vertinimą atliekančio žmogaus bei didesnio psichosocialinės pagalbos specialistų skaičiaus poreikį, kadangi norint visiems atlikti standartizuotą vertinimą, labai tikėtina, kad asmenų, kuriems reikalinga specializuota pagalba, skaičius išaugs ir atitinkamai didės ir psichosocialinės pagalbos specialistų poreikis. Tai vėlgi patvirtina R. Nissim, M. Regeh, L. Rozmovits (2009) keltą ribotų organizacijos išteklių problemą kaip vieną iš didžiausių iššūkių integruojant psichosocialinę pagalbą sveikatos priežiūros įstaigose.

Kaip pažymi J.M. Borrás ir J. Prades (2014), psichosocialinės pagalbos plėtrą tiek organizaciniu, tiek nacionaliniu lygmenimis taip pat stabdo specializuotų apmokymų ir švietimo stygius bei specialistų atsakomybės už psichosocialinės sveikatos stiprinimą neapibrėžtumas (Albrecht, Bulke, 2017). Šias galimas kliūtis kaip reikšmingas pažymėjo ir dauguma informantų (n=7) konkrečiai kalbėdami apie pirminį distreso vertinimą, kurį daugiausia atlieka onkologai ir slaugytojos. Ekspertų požiūriu, standartizuotą psichosocialinio distreso vertinimo instrumentą pacientams turėtų taikyti specialiai apmokyti ir kompetentingi asmenys, kurie gebėtų tinkamai jį pateikti ligoniui ir taip užtikrintų profesionalų instrumento panaudojimą, o ne „formalų“ taikymą.

Analizuojant informantų mintis dar paaiškėjo, kad standartizuoto psichosocialinio distreso vertinimo instrumento taikymo iššūkiais galima įvardinti pagalbos tęstinumą, vertinimo organizavimą ambulatorijos ir stacionaro pacientams bei šio vertinimo adekvataus poreikio supratimą tarp ligonį gydančių specialistų. Nors informantų pasisakymų šiuo klausimu nebuvo daug, visgi šie aspektai tikrai svarbūs, kadangi instrumento taikymas savaime nėra efektyvus ir problemų nesprendžia, jeigu nėra pasiūloma reikiama pagalba, o ambulatorijos ir stacionaro

pacientų specifika taip pat skiriasi, todėl būtini tokie vadybiniai sprendimai, kurie sudarytų palankias sąlygas minėtų problemų eliminavimui ir instrumentą sėkmingai būtų galima taikyti visų įstaigoje besilankančių onkologinių ligonių mastu.

### Standartizuoto instrumento vertinant psichosocialinį distresą taikymo galimybės

Galiausiai, vertindami standartizuotą instrumentą kaip įrankį patikimai visiems ligoniams įvertinti jų patiriamą psichosocialinį distresą, informantai pasidalino ir savo išvalgomis dėl instrumento taikymo galimybių įstaigoje (žr. 11 lentelę).

11 lentelė. Standartizuoto instrumento psichosocialinio distreso vertinimui taikymas: išvalgos (n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Instrumento taikymas visiems ligoniams (n=5)		„galbūt vat chemoterapijos, radioterapijos skyriuose iš tikrųjų <b>visiems pacientams</b> “ (R1), „tiesiog kiekvieną naują atvejį siųsti [pas specialistus]“ (R2) „aš manau <b>visi turėtų praėti tą anketavimą</b> “ (R5)
Daugkartinis paciento vertinimas (n=3)		„ <b>vertinimas pagal ligos faktą, epizodiškumą</b> “ (R6) „galėtų <b>bet jau porą kartų būt vertinimas</b> <...> prieš susiduriant su gydymu ir gydymo gale“ (R5), „tai turėtų būti <b>kartotinis vertinimas</b> “ (R8)
Galimi už vertinimą atsakingi asmenys (n=13)	Slaugytoja (n=6)	„tai galėtų būti ir <b>slaugytoja</b> , kuri apmokyta“ (R6), „aš manau, kad slaugytojos gali tai atlikti“ (R8), „tai čia gali ir <b>sesutė</b> man atrodo tokius darbus dirbti“ (R10)
	Socialinis darbuotojas (n=3)	„vertinimą būtų <b>galima priskirti ir socialinio darbuotojo pareigoms</b> <...> jie tai daro daugumoje atvejų, kiek aš skaičiau mokslinių straipsnių“ (R1), „tai galėtų būti <b>socialinis darbuotojas</b> “ (R6), „jeigu būtų tarkim specialistas <...> <b>socialinis darbuotojas</b> “ (R5)
	Gydantysis specialistas (n=2)	„ne visada gali pateikti pačiam žmogui atsakyti, tai turbūt jau būtų čia reikalinga, kad <b>pats gydantysis specialistas</b> klausimus užduotų“ (R3), „aš manau, kad <b>bet kuris gydytojas</b> “ (R7)
	Savanoris (n=1)	„tai <b>galėtų būti</b> bet koks <b>savanoris</b> realiai, kuris yra apmokytas tą darbą dirbti“ (R6)
	Psichologas (n=1)	„tai galėtų būti psichologas“ (R6)

Šalt.: Sudaryta autorės

Kaip rodo 11 lentelėje pateikti rezultatai, su onkologiniais ligoniais dirbančių specialistų požiūriu, standartizuotas instrumentas psichosocialinio distreso vertinimui turėtų būti taikomas visiems ligoninėje besilankantiems onkologiniams ligoniams, kadangi pirminį kontaktą su ligoniu turintiems asmenims sudėtinga atskirti tuos asmenis, kuriems iš tiesų pagalba būtina, todėl reikalingas patikimas instrumentas, kurio pagalba būtų identifikuojamos rizikos grupės. Taip pat ekspertų manymu, instrumentas turėtų būti taikomas daugiau nei vieną kartą t.y. tam tikrais ligos gydymo periodais, kadangi onkologinės ligos gydymo kelyje psichosocialinės problemos ir jų sukeltas distreso intensyvumas kinta, todėl pacientų įvertinimas turėtų būti atliekamas 2-3 kartus: prieš prasidedant gydymui, gydymo eigoje ir jam pasibaigus, ką rekomenduoja ir pasaulyje atlikti klinikiniai tyrimai.

Kadangi prieš tai buvo keliama atskiro specialisto, taikančio standartizuotą instrumentą visiems ligoniams, poreikio problema, ekspertų buvo prašoma nurodyti, koks specialistas jų manymu galėtų tai atlikti. Dėl riboto klinikinių psichologų kiekio organizacijoje bei gydytojo onkologo vaidmens problemiško, šie specialistai mažiausiai kartų buvo įvardinti kaip visiems ligoniams distresą vertinti galintys asmenys. Dažniausiai informantai įvardino slaugytojų (n=6) bei socialinio darbuotojo (n=3) institucijas. Pastebėtina, kad analizuotose gerosios praktikos modeliuose šie du specialistai taip pat dominuoja kaip tinkamiausi asmenys vertinti ligonių psichosocialinę distresą.

Atlikus analizę, galima daryti išvadą, kad ligoninėje specialistai labai palankiai žiūri į distreso vertinimo instrumento taikymo galimybę jų darbe ir visuotinai sutinka, kad tai smarkiai pagerintų psichosocialinės pagalbos teikimą ligoninėje. Tačiau, nepaisant galimų instrumento taikymo iššūkių organizacijoje, šios priemonės integravimą iš esmės labiausiai riboja licencijuoto ir Lietuvai pritaikyto standartizuoto instrumento nebuvimas, kadangi tik turint patikimą įrankį galima jį pradėti taikyti oficialiai visiems ligoniams. Tai patvirtina P.B. Jacobsen ir M. Lee (2015) mintį, jog valstybinio lygmens iniciatyvų trūkumas yra reikšmingas „stabdis“ psichosocialinių paslaugų teikimui žemesnio lygmens institucijose. Taigi, apibendrinant ekspertų pasisakymus standartizuoto instrumento vertinant onkologinių ligonių psichosocialinę distresą tema, galima pastebėti, kad ekspertų vertinimas daugeliu atveju patvirtina jau kitose šalyse atliktų mokslinių tyrimų rezultatus, kas rodo, kad integruojant personalizuotas psichosocialines paslaugas Lietuvoje, susiduriama su panašiais iššūkiais kaip ir visame pasaulyje.

### 3.3.3. Psichosocialinės pagalbos organizavimas įstaigoje

Analizuojant psichosocialinės pagalbos ypatumus įstaigoje, labai svarbu įvertinti ir psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams organizavimo aspektą, kurio pagrindu vėliau galima plėtoti personalizuotos psichosocialinės pagalbos integravimo tyrimus. Atlikus ekspertų apklausą, susisteminti rezultatai pateikiami lentelėje (žr. 12 lentelę).

12 lentelė. Psichosocialinės pagalbos organizavimas  
(n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Subkategorija	Teiginiai
Ligonių nukreipimo pas psichosocialinės pagalbos specialistus vidinė tvarka (n=25)	Nukreipimas pas klinikinį psichologą (n=9)	„gydantis gydytojas įvertina tokios psichosocialinės pagalbos poreikį <..> tada <b>kviečia nustatyta tvarka konsultacijai psichologą</b> “ (R1), „mūsų atveju, tai mes <b>kviečiamės konsultuoti psichologą</b> “, (R2), „taip, planas yra <..>gydantis gydytojas turi pamatyti distreso riziką turinčius pacientus, laiku <b>nukreipti juos pas psichologą</b> “ (R6)
	Nukreipimas pas	„dažnai toks <b>pacientas siunčiamas psichoterapeuto</b>

	psichiatrą (n=5)	<b>konsultacijai</b> “ (R8), „aiški tvarka, <b>nukreipiame</b> , jei reikia, <b>pas psichiatrą</b> “ (R9)
	Nukreipimas pas dvasininką (n=4)	„ <b>dvasininkas</b> yra <b>kviečiamas</b> tada, kai žmogus išsako norą <...> išsako, kad turi dvasinių poreikių“ (R1), „ <b>kviečiamės kapelioną</b> , jeigu jam tarkim reikia“ (R2)
	Nukreipimas pas socialinį darbuotoją (n=3)	„ <b>socialinis darbuotojas</b> jisai <b>yra</b> kažkur ligoninėje <...> tai jeigu jau užsinori reikia“ (R10), „mes visiems pacientams <b>paaiškiname apie socialinio darbuotojo galimybes</b> “ (R9)
	Nukreipimas į šv. Pranciškaus onkologijos centrą (n=4)	„Jeigu reikia, <b>kviečiamės kaimynus Šv. Pranciškaus onkologijos centrą</b> “ (R2), „po to šalia įstaigos <b>yra pranciškonų veiklos</b> , irgi suteikia informaciją <...> <b>pasiūlom nueiti</b> “ (R5)
Numatyta tvarka išsikviesti psichologą dalyvauti onkologo konsultacijoje (n=4)		„netgi <b>yra galimybė</b> , kad <b>konsultacijos metu</b> būtų galima <b>išsikviesti psichologą</b> “ (R1), „kai mes numanom, kad turėsime pacientą su dideliu stresu <...> <b>kviečiam, kad kartu dalyvautų ir psichologas</b> , kad stebėtų tą situaciją“ (R5)

Šalt.: Sudaryta autorės

Anot informantų, ligoninėje yra nustatyta tvarka, pagal kurią onkologiniam ligoniui organizuojama psichosocialinė pagalba. Vadovaujantis ja, gydytojai esant poreikiui ligonį nukreipia pas įstaigoje dirbančius įvairių sričių psichosocialinės pagalbos specialistus (dvasininką, psichiatrą, soc. darbuotoją, klinikinį psichologą) arba gali išsikviesti psichologą dalyvauti konsultacijoje, kad šis stebėtų paciento reakcijas ir profesionaliai vertintų jo distresą. Daugiausia informantai akcentavo sklandžiai ir operatyviai veikiančią nukreipimo pas klinikinį psichologą tvarką, todėl tai parodo, kad iš tiesų šis specialistas yra pagrindinis teikiant psichosocialinę pagalbą, kas atitinka Europos praktikos tendencijas (Borras, Rades, 2014). Pastebėtina, kad pagalbos organizavimo kontekste atsiranda nevyriausybiniais pagrindais veikianti, šalia ligoninės esanti organizacija „Šv. Pranciškaus onkologijos centras“, į kurią ligoniai taip pat tam tikrais atvejais nukreipiami psichosocialinei pagalbai, tačiau tai vyksta žodine forma, todėl nukreipimo tvarka pas specialistus, dirbančius toje organizacijoje, yra neformali.

Taigi, iš ekspertų pasisakymų galima spręsti, kad ligoninėje egzistuoja aiški psichosocialinės pagalbos organizavimo tvarka, kas rodo, kad įstaigoje yra sudarytos palankios sąlygos ligoniams gauti įvairiapusišką pagalbą iš specializuotų psichosocialines paslaugas teikiančių specialistų. Pabrėžtina, kad pagalbos kontekste yra ir tęstinę pagalbą galinti suteikti nevyriausybinė organizacija, kurios egzistavimas sudaro išskirtinai palankias sąlygas ligoniui gauti kompleksinę ir ilgalaikę psichosocialinę pagalbą iš profesionalų, tokiu būdu stiprinant sergančiojo gerovę bei kuriant integruotos pagalbos modelį.

### 3.3.4. Standartizuotas psichosocialinės pagalbos planas

Psichosocialinių paslaugų personalizavimas negali būti pilnai įgyvendinamas jei įvertinus ligonių patiriamą psichosocialinį distresą pagal gautus rezultatus nėra sudaromas standartizuotas psichosocialinės pagalbos planas. Apskritai, standartizuotas psichosocialinės pagalbos planas yra kone svarbiausia sąlyga siekiant užtikrinti individualius poreikius atliepiančią, efektyvią psichosocialinę pagalbą sergančiajam. Kaip rodo M. J. Loscalzo (2016), Domain grupės et al. (2015) tyrimai, individualus pagalbos planavimas reikšmingai teigiamai atsiliepia tiek pacientams, tiek organizacijai plačiąja prasme. Tyrime dalyvavusių informantų vertinimas šiuo požiūriu taip pat neišsiskyrė (žr. 13 lentelę).

13 lentelė. Standartizuoto psichosocialinės pagalbos plano vertinimas: privalumai  
(n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Subkategorija	Teiginiai
Bendroji nauda ir poreikis (n=9)		„taip, tai yra tikrai <b>labai naudinga</b> “ (R3), „ <b>individualus pagalbos planas iš tikrųjų labai naudingas</b> <...>mūsų gydymas turi sukelti aplink pacientą“ (R6), „ <b>tokios pagalbos reikia</b> “ (R9)
Nauda pacientui (n=8)	Saugumo jausmas (n=2)	„ <b>pacientas jaučiasi saugus</b> , kad jisai yra nukreipiamas kažkur konkrečiai <...> paaiškini ko galima tikėtis, kad jis nėra tiesiog nukreipiamas į nežinią“ (R3)
	Informuotumas (n=2)	„galėtų ir pats pacientas matyti, ko jisai prieš tai nežinojo, kokią <b>informaciją jau turi</b> <...> <b>yra</b> kažkas kas <b>kompetentingai pakonsultuoja</b> “ (R5)
	Gerinami ligos valdymo įgūdžiai (n=2)	„jeigu žmogus turi ramybę tokią, motyvaciją normalią, susitvarko su savo emocijom, tai tada jam yra <b>lengviau ir gydymą toleruoti ir priimti</b> “ (R10)
	Kompleksinė pagalba (n=2)	„turim akcentuoti šį pacientą, mūsų <b>gydymas turi sukelti aplink pacientą</b> “ (R6), „čia yra gėris, taigi žmogus yra <b>daugialypė sistema</b> “ (R10)
Nauda klinikiniam gydymo procesui (n=7)	Sklandesnis procesų vykdymas (n=2)	„taip <b>viskas vyksta daug sklandžiau</b> <...> ir kai yra galimybė, kur jį (pacientą) nusiųsti ir kur jisai gauna taip pat atsakymus ir pagalbą. <b>Tai palengvina</b> “ (R3)
	Produktyvesnis konsultacijos dėl gydymo laikas (n=1)	„tada <b>liktų laiko daugiau galvoti apie gydymo paskyrimą, strategavimą</b> “ (R10)
	Aiškus atsakomybės pasidalijimas (n=3)	„nauda yra, kad mes <b>pasidalinam ir susitvarkom</b> su tam tikrais taškais“ (R6), „ <b>nusikrautų didelė dalis jam padėti</b> ir organizuoti pagalbą papildomai, ką turėtų aš išvaizduoju atlikti kažkas lygiagrečiai <...> šalia <b>būtų struktūra, kuri tą išspręstų</b> “ (R5)
Nauda darbuotojams (n=2)	Saugumas (n=1)	„ <b>saugiau jaustūsi patys darbuotojai</b> , žinotų kas reikia ir padarytų“ (R7)
	Emocinė gerovė (n=1)	„tada <b>neištaškytum emocijų</b> dirbant ir sprendžiant tikrai kartais kas nuveš, kaip parveš, o kiek mokėti <...> juk kartais ir tokį darbą tu atlieki <...> <b>liktų baltos dienos</b> net paskaityti straipsniams“ (R10)

Šalt.: Sudaryta autorės

Rezultatai rodo, kad visi tyrime dalyvavusieji ekspertai išreiškė savo teigiamą požiūrį į psichosocialinės pagalbos plano standartizavimą vertindami šį galimą pokytį kaip naudingą ir reikalingą organizacijoje teikiamos psichosocialinės pagalbos gerinimui. Kadangi personalizuotas pagalbos planavimas orientuotas būtent į efektyvų ligonio patiriamo psichosocialinio distreso mažinimą, teikiama nauda pacientui yra labai svarbu. Pabrėžtina, kad informantai vertindami standartizuotą pagalbos planą naudingumo aspektu, akcentavo tokius privalumus pacientui kaip ligos valdymo įgūdžių stiprinimas, patiriamo streso ir nerimo mažinimas, informuotumo didinimas ir saugumo jausmo visoje sistemoje sukūrimas. Atsižvelgiant į tai, kad onkologinė liga yra kompleksinė, pažeidžianti daugelį ligonio gyvenimo aspektų, sisteminis tiek fiziologinių, tiek psichologinių, emocinių, socialinių ligos sukeltų problemų sprendimas yra tikrai svarbu ir reikalinga sergančiojo gerovės stiprinime.

Taip pat vertindami standartizuoto psichosocialinės pagalbos plano privalumus informantai atspindėjo Domain et al. (2015) tyrimų rezultatus, kad standartizuota pagalba teigiamai veikia klinikinio gydymo procesus ir gerina ligonius gydančių specialistų patirtis. Ekspertų vertinimu, sudarius aiškų ir struktūruotą pagalbos planą, pacientas dalyvaudamas ligos gydymo procesuose lygiagrečiai gautų tikslingą psichosocialinę pagalbą iš atsakingų institucijų, kuri mažindama distresą sąlygotų sklandesnius gydymo procesus, produktyvesnes konsultacijas su gydytoju. Atitinkamai specializuotas gydymo paslaugas teikiantis personalas galėtų jaustis ramesnis ir saugesnis, žinodamas, kad šalia jų veikia struktūra, kuri kompetentingai pasirūpina psichosocialinėmis ligonio problemomis.

Visgi, psichosocialinės pagalbos standartizavimas, kaip ir standartizuoto instrumento psichosocialinio distreso vertinimui taikymas, susidurtų su tam tikrais iššūkiais, kas atspindi ir ekspertų požiūriuose (žr. 14 lentelę).

14 lentelė. Standartizuoto psichosocialinės pagalbos plano taikymo iššūkiai  
(n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pagalbos planą sudarančio ir jį koordinuojančio žmogaus poreikis (n=4)	„viskas įmanoma padaryti, <b>reikia žmogiškųjų resursų</b> “ (R1), „ <b>apsunkina žmogiškųjų išteklių trūkumas</b> <...> ką turėtų atlikti kažkas lygiagrečiai“ (R5), „ <b>reikalingas žmogus</b> , kuris realiai dirbtų būtent tą vadybinį darbą“ (R8)
Mokslinių tyrimų poreikis (n=1)	„ <b>naujausių mokslinių tyrimų integravimas į praktiką yra sunkumas</b> <...> tyrimai būtini vertinant pagalbos efektyvumą <...> <b>reikalingas vertinimas ir mūsų vietoje</b> : tiek pagalbos organizavimo <...>“ (R1)
Infrastruktūros nebuvimas (n=3)	„ <b>apsunkina</b> ir aiškumo, <b>infrastruktūros nebuvimas</b> “ (R5), „ <b>reikia vadybinio plano</b> , nes psichosocialinė pagalba onkologijoje tai vienas aspektas yra darbas su pačiais ligoniais <...> nėra va tos struktūros“ (R1)
Visuomenės švietimo stoka: psichosocialinės pagalbos stigmatizavimas (n=6)	„ <b>reikia pacientus edukuoti</b> , nes jie prisiskaito, ateina su tam tikrais <b>stereotipais</b> <...> <b>ties iš gydytojų pusės</b> “ (R6), „būna pacientai turi kažkokių tai <b>mitų</b> , klaidinančių gydymą <...> Lietuvoje <b>medicininis intelektas</b> yra <b>vienas žemiausių</b> “ (R8), „ <b>šviečiamoji dalis</b> yra <b>būtina</b> ir nuolatinė <...> tiek medicinos personalo, tiek

	visuomenės švietimas, kad ta pagalba jinais yra <...> <b>pats vėžys stigmatizuotas ir psichosocialinė pagalba</b> taip pat <b>turi savo stigmą</b> “ (R1)
Pagalbos tęstinumo problema (n=2)	„pagrindinė problema tai yra <b>kai jau mes pabaigiam gydymą</b> <...> yra tam tikrų situacijų, kai žmogus puola į neviltį <...> kai galbūt gyvena rajone kur nėra suteikiama ar taip lengvai prieinama slaugos pagalba, kai nėra komandos <...>toliau visiškai <b>neaišku kas su juo vyksta</b> “ (R3)
Lyderystės stoka (n=1)	„galbūt nėra kažkokių tai <b>lyderių</b> , kurie pakeistų tą situaciją <...> <b>iniciatyvos</b> iš pačių gydytojų <...> nes mes laukiame kol čia viską pakeis“ (R7)
Duomenų surinkimas (n=2)	„ <b>apsunkina pirminių duomenų surinkimas</b> “ (R2), kadangi <b>nėra to instrumento, kuris leidžia diferencijuoti tuos pacientus</b> , tai manau daugybė tokių pacientų <...> gali likti nepastebėti ir negauti jiems reikiamos pagalbos“ (R8)

Šalt.: Sudaryta autorės

Kaip teigė S. Dilworth et al. (2014), klaidingas pacientų ir specialistų psichosocialinės pagalbos interpretavimas apsunkina ne tik psichosocialinių paslaugų integravimą į rutininę gydymo įstaigų veiklą, bet ir sulaiko asmenis, kuriems ši pagalba reikalinga, pasinaudoti ja. 14 lentelėje pateikti duomenys patvirtina, kad informantai kaip didžiausią iššūkį standartizuojant psichosocialinę pagalbą taip pat pabrėžė būtent psichosocialinės pagalbos stigmatizavimą tiek pačių ligonių, tiek juos gydančių specialistų tarpe (n=6). Anot jų, siekiant mažinti stigmas Lietuvos visuomenėje ir plėtoti psichosocialinę pagalbą organizacijoje, būtinas švietimas, kad tiek patys gydytojai būtų palankiai nusiteikę nukreipti pacientą reikiamai pagalbai, tiek patys ligoniai šią pagalbą priimtų be išankstinių nuostatų ir galėtų pasinaudoti jos teikiama nauda.

Taip pat integruojant personalizuotos pagalbos planavimo elementą viena iš svarbiausių sėkmės sąlygų onkologijoje yra atvejo vadyba – pagalbą koordinuojančio asmens buvimas (Aitken, Treurer, 2014). Dalis tyrime dalyvavusių asmenų šią mintį išskėlė išskirdami pagalbos planą sudarančio ir procesus koordinuojančio asmens poreikio problemą, kuris užtikrintų, jog psichosocialinė pagalba teikiama koordinuotai skirtingose ligos stadijose ir priežiūros lygmenyse. Specialistų manymu (n=4), šioje srityje, kaip ir taikant standartizuotą instrumentą, prireiktų daugiau žmogiškųjų išteklių, kas sudėtingai pasiekama praktikoje dėl ribotų organizacijos resursų.

Toliau plėtojant mintis, remiantis informantų atsakymais, dar išryškėja pirminių duomenų apie psichosocialines ligonio problemas surinkimo problematika, kas patvirtina, jog standartizuotas instrumentas distreso vertinimui yra svarbus įrankis, kurį pasitelkiant galėtų būti sudaromas patikimas ir veiksmingas standartizuotas pagalbos planas taip sukuriant personalizuotos psichosocialinės pagalbos paketą ligoniui. Taip pat ekspertai įvardino pagalbos infrastruktūros iššūkį, kad visgi pagalbos planavimas ir standartizuoto plano sudarymas turėtų turėti aiškią struktūrą, formą.

Kitas svarbus aspektas, kuris buvo paminėtas informantų tarpe - tai pagalbos tęstinumas. Kadangi psichosocialinė pagalba ligoninėje prieinama tik gydymosi laikotarpiu ir ribotai, kuriant standartizuotą psichosocialinės pagalbos planą svarbu plėtoti bendradarbiavimą su kitomis

psichosocialinę pagalbą teikiančiomis organizacijomis, į kurias ligonį būtų galima nukreipti taip užtikrinant pagalbos tęstinumą ir tokios specializuotos pagalbos prieinamumą, kokios negali užtikrinti pati gydymo įstaiga. Galiausiai, vertinant standartizuotos pagalbos plano taikymo iššūkius buvo paminėta ir lyderystės stoka organizacijoje, kurios buvimas paskatintų pokyčius standartizuotos pagalbos kūrimo link ir palengvintų jų įgyvendinimą.

Apibendrinant visų informantų išsakytas mintis standartizuotos psichosocialinės pagalbos plano klausimu, galima teigti, kad Klaipėdos universitetinėje ligoninėje iš esmės jau yra ganėtinai sklandžiai ir sėkmingai veikianti psichosocialinės pagalbos teikimo tvarka, kurią būtų galima patobulinti dar labiau šią pagalbą standartizuojant, kam pritarė visi tyrime dalyvavusieji asmenys. Nors informantų vertinimu pagalbos standartizavimą apsunkintų visuomenėje vyraujančios stigmos, pirminių duomenų surinkimas, žmoniškųjų išteklių poreikis pagalbos koordinavimui bei kitos probleminės sritys, visgi tokie pokyčiai, ekspertų požiūriu, turėtų didelę naudą plačiąja prasme ir teigiamai atsilieptų tiek pacientų gerovei, tiek specialistų darbo kokybei, todėl turėtų būti palaiapsniui įgyvendinami organizacijoje.

### 3.3.5. Informacijos apie psichosocialinius ligonio poreikius ir psichosocialinę pagalbą sklaida

Vienas iš kertinių personalizacijos įgyvendinimo sąlygų bei tuo pačiu metu ir teikiamų privalumų yra specialistų bei pacientų informuotumas ir bendradarbiavimas. Todėl, siekiant praktiškai įgyvendinti psichosocialinių paslaugų personalizaciją, svarbu užtikrinti, kad informacija apie psichosocialinius ligonio poreikius, psichosocialinę pagalbą būtų prieinama visoms suinteresuotoms šalims: tiek specialistams, tiek pacientams. Šiuo tikslu ekspertų taip pat buvo prašoma apibūdinti informacijos sklaidos įstaigoje ypatumus, apibendrinti rezultatai pateikiami lentelėse (žr. 15 lentelę, 16 lentelę).

15 lentelė. Informacijos apie psichosocialinę pagalbą sklaida įstaigoje  
(n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Informacijos šaltiniai pacientui (n=13)	Gydantysis gydytojas – onkologas (n=9)	„vėlgi <b>gydytojas</b> , viską gydantysis gydytojas“ (R5), „mūsų onkologiniai ligoniai yra informuojami <b>operuojančių gydytojų</b> , pas kuriuos pirmiausia patenka <...>vėliau būna chemoterapinis gydymas <...>radioterapijos stebėjimas <...> ir <b>bet kuris iš šių gydytojų</b> visais atžvilgiais“ (R7)
	Slaugytoja (n=3)	„ <b>slaugė</b> “ (R2), „ir <b>slaugytoja</b> “ (R8)
	Socialinis darbuotojas (n=1)	„ <b>socialiniai darbuotojai</b> , galbūt, bet tai nėra labai aktyvioji veikloja“ (R3)
Informacijos tarp specialistų dalijimosi būdai (n=13)	Specialistų įrašas kortelėje (n=4)	„psichologas, psichiatras <b>daro įrašą</b> , kurį mato gydantysis gydytojas“ (R1), „visi duomenys apie pacientą, <b>yra medicininė dokumentacija, įrašai</b> , kuriuos mes pateikiam“ (R3)
	Bendrų aptarimų metu (n=1)	„stacionare gydytojai dažniausiai <b>bendrų aptarimų metu</b> tarpusavyje aptaria pacientus, kuriems psichologinė,

		psichosocialinė pagalba yra reikalinga“ (R1)
	Tarpasmeninis specialistų pokalbis (n=7)	„kviečia psichologą, psichiatrą <.> jie taip pat <b>kalbasi su gydytoju</b> apie tai, ką pamatė“ (R1), „mes <b>pasidalinam neformaliai</b> tarp gydytojų“ (R5), „taip <.>gydytojas pamato, <b>paskambina, pasako, pasikalba</b> “ (R7)
	„Penkiaminučių“ metu (n=1)	„mes apie tai kalbamės <b>penkiaminučių metu</b> <.>ar slaugytojos pastebėjo tai kažkokios pagalbos poreikį, tai yra aptariama ir po to aišku <b>grįžtamasis ryšys</b> “ (R2)
Informacijos dalijimosi tarp specialistų dažnis (n=8)	Epizodinis (n=6)	„ <b>dalijamasi</b> informacija, <b>jei ten koks probleminis pacientas</b> “ (R5), „Čia <b>daugiau epizodiškai</b> <.> neturim savo apibrėžto laiko, kol kas, kada būtų pacientai aptariami iš tos psichosocialinės perspektyvos“ (R1)
	Reguliarus (n=2)	„mūsų skyriuje tai taip, nes mes apie tai kalbamės ryta“ (R2), gydytojai onkologai visada informuoja kaip yra kas“ (R6)

Šalt.: Sudaryta autorės

Pirmiausia tyrimo metu ekspertai nurodė asmenis, kurie suteikia onkologiniams ligoniams informacijos apie psichosocialinę pagalbą. Anot visų tyrime dalyvavusių informantų (n=9), pagrindinis informacijos šaltinis įstaigoje besilankantiems onkologiniams ligoniams yra gydantysis gydytojas – onkologas, taip pat šią informaciją suteikia slaugytojai ir soc. darbuotojai, tačiau jie tai atlieka rečiau. Kadangi gydantysis specialistas yra pagrindinį kontaktą su ligoniu turintis asmuo, galima teigti, kad ligoninėje pacientams sudarytos palankios sąlygos informacijai gauti, tokiu būdu užtikrinamas informacijos prieinamumas.

Gerinant psichosocialinės pagalbos efektyvumą plačiąja prasme taip pat svarbu ir aktualios informacijos apie onkologinio ligonio psichosocialines problemas dalijimasis tarp specialistų. Šiuo atžvilgiu ekspertai nurodė, kad dažniausiai specialistai esant poreikiui psichosocialines ligonio problemas aptaria verbaliniu būdu, todėl galima teigti, kad įstaigoje vyrauja epizodinis neformalus bendravimas tarp specialistų psichosocialiniais klausimais. Tačiau, susisteminta ir būtina informacija apie psichosocialines ligonio problemas, jiems suteiktą pagalbą apiforminama ir paciento kortelėje, kurioje įrašus palieka atsakingi specialistai, kas rodo, jog ligoninėje informacijos sklaida galima įvairiais būdais.

Taip pat ekspertų buvo prašoma įvertinti, kokia yra informacijos tarp specialistų dalijimosi nauda ir kokias problemines sritis galima išvelgti šioje srityje (žr. 16 lentelę).

16 lentelė. Informacijos dalijimosi tarp specialistų vertinimas (n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Naudingumas (n=11)	Gydytojo-paciento santykių gerinimas (n=3)	„gydytojas informuojamas apie tuos aspektus, kurie <b>liečia gydytojo-paciento santykį</b> ir emocinę būklę paciento <.>kas yra svarbu“ (R1), „manau <b>pagerintų empatiją</b> visų dirbančių žmonių“ (R10)
	Efektyvesnė pagalba sergančiajam (n=3)	„kuo daugiau šnekam, tuo <b>labiau</b> mes žmogui <b>galim padėti</b> “ (R2) „nauda yra ta, kad mes susieinam ir apsprendžiam, kad būtų galima visus tuos taškus sujungti ir suteikti kiek įmanoma <b>naudingesnę pagalbą</b> pačiam <b>pacientui. Tada rezultatai yra geresni</b> “ (R6)
	Didinamas specialistų informuotumas apie psichosocialinę pagalbą	„ <b>daugiau išgirsta apie tą pagalbą</b> , galbūt kažkas nežino, pasidalina ta patirtimi – vienas tokį atvejį turėjęs, kitas tokį, nu ir vat kokia pagalba buvo apčiuopiama“ (R2), „ <b>naudinga, nes aktualu žinoti, kas teikia</b>

	(n=3)	<b>(pagalbą), kad pacientą nukreipti ir nuraminti“ (R9)</b>
	Skatinama individualizuota prieiga (n=2)	„nauda yra tai, kad tai yra <b>betarpinis bendravimas, labiau individualizuoto plano sudarymas“ (R6), „žinodami ar įspėti apie tokį jautresnį žmogų mes tikrai <b>atidžiau pasižiūrėtume</b> ir gal šiek tiek ir tonas ir tos visos konsultacijos eiga būtų šiek tiek švelnesnė“ (R8)</b>
Probleminiai aspektai (n=15)	Informacijos sklaidos ir bendradarbiavimo tarp ligoninės ir Šv. Pranciškaus onkologijos centro trūkumas (n=2)	„ <b>informacija nekeliauja už ligoninės ribų, ir pareina [ligonis] be informacijos</b> . Toje srityje mes <b>galėtume takelį tokį platesnį padaryti</b> , nes pagalba ten [šv. Pranciškaus onkologijos centre] yra (R2), „mes pasakom, kad šalia yra pranciškaus onkologijos centras, bet man atrodo, <b>kad to maža &lt;...&gt; turėtų būti paskatinimas“ (R7)</b>
	Laiko trūkumas (n=2)	„pagrindinė <b>problema laikas“ (R8), „dar kažkur tai atskirai dalintis ta informacija tai turbūt būtų sudėtinga &lt;...&gt; nes <b>ir taip čia veiklos užtenka“ (R3)</b></b>
	Specialistų požiūris ir medikamentinio gydymo kultūra (n=4)	„ <b>priklauso nuo gydytojų požiūrio“ (R6), „Pas mus gi šalyje &lt;...&gt; nepakankamas psichologinės būsenos, psichologinės sveikatos žmogaus vertinimo, yra <b>koncentruojamasi būtent į tą tradicinį gydymo metoda pagydyti ligą“ (R8), „žinojimas</b> apie psichosocialines problemas <b>gydymo taktikos nekeičia“ (R5)</b></b>
	Informacijos konfidencialumas (n=5)	„problema kyla dėl <b>informacijos atskleidimo pacientui</b> , kuri turi būti konfidenciali netgi jo atžvilgiu“ (R6), „iš tikrųjų problema tokia yra jeigu kyla, tarkim, konkreči žmogui bėda <...> <b>tokių intymių dalykų būna</b> , kur galbūt kaip ir nereiktų dalintis ta informacija“ (R7)
	Komandinių pokalbių nebuvimas (n=2)	„ <b>iki multidisciplinės komisijos mūsų dar nedaleido</b> , bet vėlgi žmogiškasis resursas šitoj vietoj labai streikuoja“ (R6), „ <b>aptarimas neturi savo, sakykim, apibrėžto laiko</b> , kada būtų pacientai aptariami iš tos psichosocialinės perspektyvos, bet <b>yra siekiamybė, kad tie komandiniai aptarimai vyktų“ (R1)</b>

Šalt.: Sudaryta autorės

Viena vertus, tyrimo metu kalbinti informantai teigė, kad informacijos sklaida psichosocialinės pagalbos srityje tarp specialistų yra naudinga dėl kelių priežasčių. Pirmiausia, žinojimas apie tam tikras, galbūt, pacientui labai jautrias ir svarbias problemas, padidina specialistų empatiškumą ir gerina gydytojo-paciento tarpusavio santykius, kas svarbu norint sukurti tarpusavio pasitikėjimu ir supratingumu pagrįstus ryšius, kurie visa ko pasekoje gali nulemti sklandesnius gydymosi procesus. Žinojimas dar skatina labiau individualizuotą požiūrį į ligonį, suvokiant jį kaip holistinius poreikius turinčią asmenybę, kuriai reikalinga kompleksinė pagalba. Taip pat informantai išreiškė požiūrį, kad informacijos sklaida ir bendradarbiavimas tarp specialistų užtikrina efektyvesnę pagalbą sergančiajam, nes taip galima pasiekti geresnių rezultatų nei dirbant fragmentuotai. Galiausiai, informacijos sklaida tarp specialistų naudinga, nes didinamas jų žinojimas ir informuotumas apie psichosocialinę pagalbą, dalijamasi aktualia informacija, gerosios praktikos pavyzdžiais, kas gali padėti jų pačių darbe. Kaip pažymi N.E. Adler, R.A. Page (2008), specialistai, neturintys pakankamai žinių, nėra pasiruošę nukreipti pagalbos sergančiojo ir tai sumažina ligonio pasinaudojimo psichosocialine pagalba galimybes. Todėl visi šie minėti aspektai išties svarbūs ir reikalingi norint sėkmingai plėtoti psichosocialinę pagalbą.

Kita vertus, informacijos dalijimasis tarp skirtingų sričių specialistų dėl psichosocialinių onkologinių ligonių poreikių turi ir probleminį aspektą. Esminėmis problemomis vykdant

informacijos sklaidą tyrime dalyvavusių ekspertų įvardinti informacijos konfidencialumas ir specialistų požiūris, paremtas medikamentine gydymo kultūra. Iš tiesų onkologinio ligonio patiriamą psichosocialinį distresą gali sukelti labai intymios ir privačios priežastys, apie kurias turi žinoti tų problemų sprendimu suinteresuoti asmenys, todėl kyla klausimas dėl informacijos atskleidimo ribotumo ir saugumo paciento atžvilgiu. Taip pat dėl prieš tai minėtų stigmų ir kitų priežasčių, ne visi specialistai linkę pripažinti psichosocialinės pagalbos svarbą ir įsitraukti į su tuo susijusius procesus: dalyvauti aptarimuose, dalintis informacija.

Informacijos sklaidos tarp specialistų problemišumą pagrindžia ir informantų nuomonė, kad tam reikia skirti papildomo laiko, kuris dėl intensyvios darbinės veiklos yra labai ribotas. Taip pat pastebimas dar glaudesnio bendradarbiavimo ir įtraukties poreikis, tiek tarp pačioje organizacijoje dirbančių specialistų, kad būtų galima psichosocialinės pagalbos specialistams dalyvauti multidisciplininės komandos pasitarimuose, tiek tarp ligoninės ir šv. Pranciškaus onkologijos centro, kur teikiama psichosocialinė pagalba sergantiesiems. Pabrėžtina, kad nevyriausybinų organizacijų ir specializuotų gydymo įstaigų bendradarbiavimo svarba akcentuojama ne tik mokslininkų tarpe, bet ir strateginiuose Lietuvos dokumentuose. Todėl išties šioje srityje būtinas įdirbis, kad bendradarbiavimo pagrindu tarp organizacijų būtų sukurta pacientų gerovę stiprinanti personalizuotos psichosocialinės pagalbos infrastruktūra, kurios sukūrimui būtina skirti adekvatų dėmesį žinių dalijimuisi ir informacijos sklaidai.

Taigi, vertinant informantų pasisakymus personalizacijos įgyvendinimui svarbios sąlygos t.y. informacijos sklaidos apie psichosocialines problemas ir psichosocialinę pagalbą aspektu, nustatyta, kad įstaigoje visiems pacientams informacija dėl psichosocialinės pagalbos galimybių prieinama. Svarbiausia figūra t.y. informacijos šaltinis pacientams, yra gydantysis gydytojas, su kuriuo betarpiškai bendrauja ligoniai. Analizuojant informacijos sklaidos tarp specialistų ypatumus paaiškėjo, kad apie psichosocialines ligonio problemas dažniausiai tarp specialistų kalbama neformaliai, kai yra tokiam aptarimui iškilęs poreikis. Taip pat aktuali, specifinė informacija pateikiama raštiškai paliekant įrašus kortelėje, su kuriais gali susipažinti kiti specialistai. Galiausiai, ekspertų vertinimu, tokia informacijos sklaida turi savų privalumų ir probleminių aspektų. Pastarieji turi būti apsvarstyti siekiant stiprinti psichosocialinę pagalbą organizacijoje ir visame Vakarų regione.

### 3.3.6. Psichosocialinė pagalba įstaigoje: dabartis ir ateities perspektyvos

Šiame darbe iš personalizacijos perspektyvos atlikta psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams atvejo analizė Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. Tyrimo metu kalbinti ekspertai labai palankiai vertino personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracijos galimybę įstaigoje, kuomet

rutininėje veikloje ligoniams būtų pradėti taikyti standartizuotas psichosocialinio distreso vertinimo instrumentas bei standartizuotas pagalbos planavimas. Tačiau, kaip jau ne kartą minėta šiame darbe, psichosocialinės pagalbos integravimą ir jos personalizavimą vietiniu lygmeniu reikšmingai gali pristabdyti arba paskatinti organizacijos, kurioje planuojami pokyčiai, aplinka. Šiame kontekste palankių psichosocialinės pagalbos plėtrai sąlygų kūrimas pačioje įstaigoje yra ypač reikšmingas veiksnys. Pabrėžtina, kad tyrime dalyvavusieji informantai, vertindami psichosocialinę pagalbą organizacijoje plačiaja prasme, akcentavo tam tikrus šios pagalbos privalumus, kurie gali būti laikomi personalizuotos pagalbos kūrimo procesų pradžia (žr. 17 lentelę).

17 lentelė. Psichosocialinės pagalbos įstaigoje vertinimas: pranašumai  
(n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pagalbos prieinamumas ir savalaikiškumas (n=6)	„bandom daryti „žalia“ koridorių psichosocialinei pagalbai gauti <.>, kad pagalba būtų kiek įmanoma <b>greičiau prieinama</b> <.> <b>čia pat, vietoj ir prieinama</b> , net fiziškai šalia gydytojų onkologų kabinetų (R1), „jeigu mes matom, kad pacientui reikalinga skubi pagalba, tai irgi <b>prieinama</b> <.> taip pat <b>skubiai, tiek pat planiškai</b> “ (R3), „eilių nėra, <b>labai greitai priima</b> <.> <b>puikiai veikia ta sistema</b> “ (R10)
Onkologo psichologo atsiradimas (n=4)	„manau, kad galbūt dabar <b>atsirado ta naujovė</b> , kad mes dabar <b>turim tą onkologą psichologą</b> <.> mes jau galim nukreipt specialistui, o ne patys imtis kažkokios iniciatyvos kaip jam ten psichologiškai padėt <.> ir <b>tą labai ženkliai pagerina</b> “ (R5), „psichologas gerai pas mus dirba <.> bendradarbiauja labai glaudžiai“ (R10), „netgi va <b>psichologė</b> <.> dirba būtent su onkologiniais ligoniais, tai yra šviežia, bet <b>labai gerai</b> “ (R2)
Kryptingumas ir vidinė darbuotojų iniciatyva (n=5)	„mes žinom, ko mes norim, yra <b>siekiamybė</b> <.> yra <b>galimybė gerinti kompleksinę pagalbą pacientams</b> “ (R1), „pas mus jau <b>daroma iniciatyva</b> <.> daug <b>investuojama į krūties sesers atsiradimą</b> , kurios galėtų sudaryti tą gydymo planą <.> tai tik su krūtų susirgimais“ (R5), „mūsų <b>tikslas</b> <.> <b>steigti pacientų mokyklą</b> “ (R8)
Bendradarbiavimo dėl psichosocialinės pagalbos vystymas (n=6)	„ <b>pasakojam</b> gydytojam, <b>supažindinam</b> su tuo, kas yra psichosocialinis stresas, kad jie žinotų“ (R1) „didžiąjai daliai mes <b>stengiamės informuoti</b> , kad yra psichologo tarnyba pas mus ligoninėje, tiek psichoterapeuto“ (R8), „mūsų psichologė tikrai labai glaudžiai su mumis bendradarbiauja <.> <b>gerai, kad šalia mūsų yra pranciškonai</b> “ (R10)

Šalt.: Sudaryta autorės

Remiantis M. Patlak (2011), onkologinių ligonių gydymo aplinka yra labai fragmentuota, dažnai net keliose skirtingose vietose. Tačiau tyrimo metu informantai vertindami psichosocialinę pagalbą nurodė priešingai ir kaip vieną iš didžiausių privalumų savo organizacijoje įvardino pagalbos prieinamumą ir savalaikiškumą (n=6). Ekspertų teigimu, onkologiniai ligoniai esant poreikiui tame pačiame pastate gali gauti reikiamą psichosocialinę pagalbą iš įstaigoje dirbančių skirtingų sričių specialistų (psichiatro, psichologo, dvasininko ir kt.) kas iš tiesų yra labai naudinga ir patogiu ligoniui.

Plėtojant mintį dėl psichosocialinės pagalbos specialistų prieinamumo, informantai taip pat labai palankiai vertino pokytį organizacijoje įdarbinus profesionalią psichologinę pagalbą specifiskai onkologiniams ligoniams teikiantį specialistą klinikinį psichologą, kas anot jų, labai gerai atsiliepia tiek jų pačių darbui, tiek įstaigoje besilankantiems ligoniams. Vertėtų pabrėžti, kad tokių profesionalų įdarbinimas organizacijoje sudaro galimybes suteikti aukštos kvalifikacijos

psichosocialinę pagalbą onkologiniams ligoniams (Ueno, 2010), taip kuriant pasaulines tendencijas atitinkančią onkologinių ligonių priežiūros kokybę.

Kitas ne mažiau svarbus informantų tarpe įvardintas psichosocialinės pagalbos privalumus išryškinantis aspektas yra bendradarbiavimo dėl psichosocialinės pagalbos vystymas (n=6) tiek organizacijos viduje tarp įstaigoje dirbančių specialistų, tiek su šalia esančiu šv. Pranciškaus onkologijos centru. Pažymėtina, kad bendradarbiavimo tarp skirtingų specialistų ir organizacijų plėtra Pasaulinės Sveikatos Organizacijos deklaracijoje (2016) įvardinama kaip perėjimas nuo fragmentuotos priežiūros prie į asmenį orientuotos (personalizuotos) pagalbos modelio.

Iš tyrime dalyvavusių informantų atsakymų išryškėjo labai svarbus psichosocialinės pagalbos plėtrą organizacijoje skatinantis aspektas – vidinė darbuotojų iniciatyva ir kryptingumas. Ekspertų teigimu, įstaigoje vyksta plataus spektro vidiniai judėjimai siekiant vystyti psichosocialinę pagalbą onkologine liga sergantiems asmenims. Tikslinga paminėti, kad įstaigoje planuojama tyrimų pagrindu paskatinti krūtų sesers atsiradimą Lietuvoje, kuri teiktų profesionalią pagalbą krūties vėžiu sergančioms moterims ligoninėje, siekiama įsteigti pacientų mokyklą, kurios pagalba būtų didinamas onkologinių ligonių raštingumas ir informuotumas. Taip pat bendradarbiaujant su kitomis organizacijomis siekiama akredituoti standartizuotą psichosocialinio distreso vertinimo instrumentą, prisidėti prie psichosocialinės pagalbos plėtros ne tik įstaigos, bet ir Lietuvos mastu. Taigi, ligoninėje dirbančių specialistų tarpe yra akcentuojamas judėjimas link kompleksinės prieigos, ugdomas holistinis požiūris į onkologinį ligonį, kas išties svarbu aukščiausios kokybės ligonių priežiūrai užtikrinti.

Galiausiai, informantų teigiamas nuostatas personalizuotų psichosocialinių paslaugų integracijos atžvilgiu patvirtina jų pasisakymai dėl esamos psichosocialinės pagalbos gerinimo kryptių (žr. 18 lentelę).

18 lentelė. Psichosocialinės pagalbos įstaigoje gerinimo kryptys (n-bendras teiginių skaičius)

Kategorija	Subkategorija	Teiginiai
Prailegintas onkologų konsultacijos laikas (n=1)		„truputėli per trumpas konsultacijai laikas <...> <b>ilgesnis laikas</b> , kad būtų <b>galima tiesiog įvertinti viską</b> (R3)
Moksliniai tyrimai (n=2)		„ <b>moksliniais tyrimais</b> “ (R2), „efektyvumui [psichosocialinės pagalbos] mums reikia <b>tyrimų</b> <...> konkrečios mūsų įstaigai pritaikytos metodikos, tokios pagalbos efektyvumui vertinti“ (R1)
Specialistų mokymai ir informacijos sklaida (n=2)		„reikia <b>organizuoti</b> kažkokių <b>profesionalių kursų</b> “ (R8), „jeigu mes kalbam apie pagalbos didinimą, tai yra <b>informacijos sklaida</b> bet kam, kas galėtų tą informaciją pasiimti: <b>gydytojams, pacientams</b> “ (R6)
Pagalbos standartizavimas (n=14)	Standartizuoto instrumento taikymas visiems ligoniams (n=6)	„ <b>standartizuotas visas tyrimas turėtų</b> būti kažkoks tai“ (R2), „galėtų būti kažkokia tai <b>forma</b> , kur jis [pacientas] pats galėtų iš šono pamatyti ar <b>apklauso</b> , kad vat galbūt jam reikia pagalbos tose ar kitose srityse <...> reikia <b>metodikos</b> (R5)

	Psichosocialinio streso vertinimas prieš pradėdant gydymą (n=2)	„galėtų būti tas žmogus, kur jau <b>ateitų pacientas</b> sužinojęs tą diagnozę, jau <b>be tokių visų emocijų pas tą gydytoją</b> , kad galėtų bent jau tinkamai gydytojo specialisto rekomendacijas ir nurodymus“ (R5)
	Už distreso vertinimą ir pagalbos koordinavimą atsakingo specialisto atsiradimas (n=4)	„be abejo, ir <b>personalo daugiau reikėtų</b> “ (R2), „žmogiškųjų išteklių problema, <b>kuris nukreiptų, „prasijotų“</b> (R6), „galimybė būtų išspręsti daugiau tų bėdų <b>jeigu kažkas galėtų tuos pacientus rūšiuoti</b> “ (R8), „aš tai manau, kad galėtų būti atskiras žmogus, kuris galėtų vertinti ir tą žmogų koordinuoti“ (R5)
	Pagalbos plano struktūravimas (n=2)	„ <b>nėra tokio plano</b> <.> pagal susitarimo formą bandoma kalbėti“, (R5), „ <b>nėra va tos struktūros</b> “ (R1)
Didesnis socialinių darbuotojų įsitraukimas (n=3)		„tie patys <b>socialiniai darbuotojai galėtų daugiau dalyvauti</b> “ (R6), „galėtų efektyvumas būti didinamas, <b>jeigu atsirastų soc. Darbuotojas</b> ir jis kartu su psichologu darniai dirbtų“ (R9)

Šalt.: Sudaryta autorės

Kaip matyti iš 18 lentelės, subjektyviu ekspertų požiūriu, ateityje siekiant efektyvesnės psichosocialinės pagalbos organizacijoje, ji turėtų būti standartizuojama. Teiginių šiuo klausimu buvo nustatyta daugiausia (n=14) ir tai patiprina Domain et al. (2015) tyrimų rezultatus, kad personalizuotos pagalbos planavimas lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims yra esminė sąlyga norint suteikti tinkamą, poreikius atliepiančią ir efektyvią pagalbą. Pagalbos personalizavimo kontekste informantų tarpe labiausiai akcentuotas standartizuoto psichosocialinio distreso vertinimo instrumento taikymas visiems ligoniams (n=6) bei už šį vertinimą ir paslaugų ligoniui koordinavimą atsakingo asmens paskyrimas (n=4). Pažymėtina, kad kalbant apie psichosocialinio distreso vertinimą tik vienas informantas nurodė, kad visgi būtų galima prailginti gydytojo onkologo konsultacijos laiką, kad pats specialistas galėtų tą vertinimą atlikti pokalbio dėl gydymo su pacientu metu. Priešingai šiai minčiai, likusieji informantai nurodė, kad geriausias sprendimas būtų atskiro specialisto paskyrimas. Iš tiesų visi gerosios praktikos pavyzdžiai pasaulyje rodo, kad efektyvios psichosocialinės pagalbos užtikrinimui reikalingas specialistas, kuris lydėtų sergantįjį jo ligos kelyje, reguliariai vertintų jo kompleksinius sveikatos poreikius ir nukreiptų reikiamai pagalbai t.y. sudarytų pagalbos planą (Clark, Bolte et al., 2012). Anot tyrimo dalyvavusių informantų, taip pat svarbu, kad standartizuojant pagalbą distresas pacientams būtų vertinamas daugiau nei vieną kartą ir visas pagalbos planas struktūruojamas, aiškiai paskirstant atsakomybes ir funkcijas. Nors informantai kaip atvejo vadybininko funkcijas galintį atlikti specialistą dažniausiai nurodė slaugytojas ir socialinius darbuotojus (žr. 11 lentelė), vertėtų pabrėžti, kad distresą vertinančio ir koordinuojančio asmens pasirinkimas priklauso nuo turimų išteklių ir nėra vieno teisingo atsakymo į šį klausimą, juolab kad onkologinių ligonių gydymas yra kompleksinis, todėl pacientas skirtingais etapais lankosi pas daugelį specialistų, tad atvejo vadyba turi būti labai išplėtotą ir apimti visus pagalbos lygmenis.

Visuotinai sutinkama, kad psichosocialinių paslaugų integracija į rutininę specializuotų gydymo įstaigų veiklą yra savaimė sudėtinga dėl socialinių ir gydymo paslaugų fragmentiškumo. Visgi, psichosocialinė pagalba kaip tokia paslaugos rūšis iš esmės yra daugiau socialinės srities kompetencija, todėl informantų nuomone, į psichosocialinės pagalbos teikimo procesus reiktų labiau įtraukti ligoninėje dirbantį socialinį darbuotoją (n=3). Subjektyviu vertinimu, tai sustiprintų dabartinę psichosocialinės pagalbos specialistų komandą, nes jos nariai darniai dirbdami kartu išspręstų daugiau problemų, patenkintų skirtingus ligonio poreikius (dvasinius, socialinius, emocinius ir pan.), kurie kartais dėl glaudesnio bendradarbiavimo trūkumo apleidžiami.

Galiausiai, tyrime dalyvavusių ekspertų vertinimu, psichosocialinė pagalba įstaigoje turi būti gerinama per mokslinę ir šviečiamojo pobūdžio veiklas. Moksliniai tyrimai pasak P.B. Jacobsen (2017) yra pagrindas specifinių rekomendacijų, pritaikytų organizacijos atvejui, kūrimui kas buvo akcentuojama ir informantų tarpe (n=2). Taip pat, lygiagrečiai vykdoma švietėjiška veikla svarbi sprendžiant pagalbos stigmatizavimo ir kitas psichosocialinių paslaugų integracijos problemas (Shulman-Green, 2017; Ueno, 2010), ši mintis taip pat atsispindėjo ir informantų atsakymuose.

Apibendrinant tyrimo metu gautus rezultatus, nagrinėtas Klaipėdos universitetinės ligoninės atvejis parodė, kad organizacijoje yra sudaryta palanki terpė personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracijai. Tyrime dalyvavusių informantų vertinimu, ligoninėje jau yra nemažai įgyvendinta personalizaciją skatinančių pokyčių ir dar daugiau jų planuojama. Todėl, remiantis atliktos atvejo studijos tyrimo rezultatais galima teigti, kad įstaigoje dirbantys ekspertai mato psichosocialinės pagalbos personalizavimo ir integravimo naudą ir prasmę bei patvirtina ligoninės pasiruošimą tolimesniems pokyčiams psichosocialinės pagalbos personalizavimo linkme. Šie požymiai leidžia teigti, kad įstaiga sparčiu žingsniu vejasi pasaulines onkologinių ligonių sveikatos priežiūros tendencijas, siekdama užtikrinti aukščiausią onkologinių ligonių priežiūros kokybę įtraukiant psichosocialinės pagalbos elementą.

## IŠVADOS

Išnagrinėjus onkologinių ligonių sveikatos priežiūros šiuolaikines tendencijas psichosocialinės pagalbos aspektu nustatyta, kad siekiant efektyviai ir veiksmingai minimalizuoti onkologinės ligos sukulto psichosocialinio distreso daromą žalą ligoniui ir ligos gydymo procesams, būtina integruoti į asmens kompleksinius poreikius orientuotą t.y. personalizuotą psichosocialinę pagalbą į rutininę gydymo įstaigų veiklą. Naujausi tyrimai ir pasaulinės direktyvos akcentuoja tokios pagalbos reikšmę kuriant kokybišką, šiuolaikinius poreikius atliepiančią onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą. Tačiau, personalizuotos psichosocialinės pagalbos paslaugų integravimą plačiąja prasme apsunkina įvairios tiek individo, tiek vietinio bei nacionalinio lygmens problemos, kurias daugiausia sąlygoja socialinių ir medicininių paslaugų fragmentiškumas, ribotas finansavimas socialinėms paslaugoms, todėl psichosocialinė pagalba net pažangiausiose valstybėse dar sunkiai prieinama visiems ligoniams ir jos įtraukimas į specializuotų gydymo įstaigų veiklą lieka probleminis. Visgi, apžvelgus jau taikomus gerosios praktikos modelius bei įvairių mokslininkų teikiamas rekomendacijas dėl personalizuotos psichosocialinės pagalbos, nustatyta, kad nepriklausomai nuo to, jog kuriami modeliai tarpusavyje skiriasi dėl turimų vidinių/išorinių išteklių ir aplinkos sąlygų, juos vienija bendri pagrindiniai elementai: reguliarius psichosocialinio distreso vertinimas ligoniui, standartizuotos pagalbos plano sudarymas, procesus koordinuojančio asmens buvimas ir suteiktos pagalbos efektyvumo vertinimas. Taip pat šiame kontekste pabrėžiami specializuotų gydymo įstaigų ir nevyriausybinių sektoriaus bendradarbiavimo vystymo, psichosocialinės pagalbos plėtrai palankios aplinkos sukūrimo svarba.

Ištyrus Klaipėdos universitetinės ligoninės atvejį ir jo unikalumą personalizuotos psichosocialinės pagalbos aspektu, galima teigti, jog įstaigoje vyrauja išskirtinai palankios sąlygos personalizacijos įgyvendinimui. Dėl ligoninėje jau skiriamo didelio dėmesio priemonėms kompleksiškai gerinti onkologinių ligonių priežiūrą taikant moderniausias gydymo technologijas ir metodus, skatinant glaudų bendradarbiavimą tarp įstaigoje dirbančių specialistų, plėtojant psichosocialinę pagalbą onkologinių ligonių gyvenimo kokybės gerinimui ir kuriant jos plėtrai palankią atmosferą, bei dėl esamos unikalios psichosocialinės pagalbos infrastruktūros įtraukiant nevyriausybinių sektorių - šv. Pranciškaus onkologijos centrą, stipriai prisidedama prie personalizuotos pagalbos principų ir praktikų įtvirtinimo organizacijoje.

Išnagrinėjus tyrime dalyvavusių informantų pasisakymus dėl esamos psichosocialinės pagalbos įstaigoje ypatumų personalizacijos aspektu, pažymėtina, kad įstaigos veikloje yra nemažai personalizuotos psichosocialinės pagalbos užuomazgų. Akcentuotina, kad rutininėje įstaigos veikloje praktikuojamas pirminis ir antrinis (profesionalus) psichosocialinio distreso vertinimas

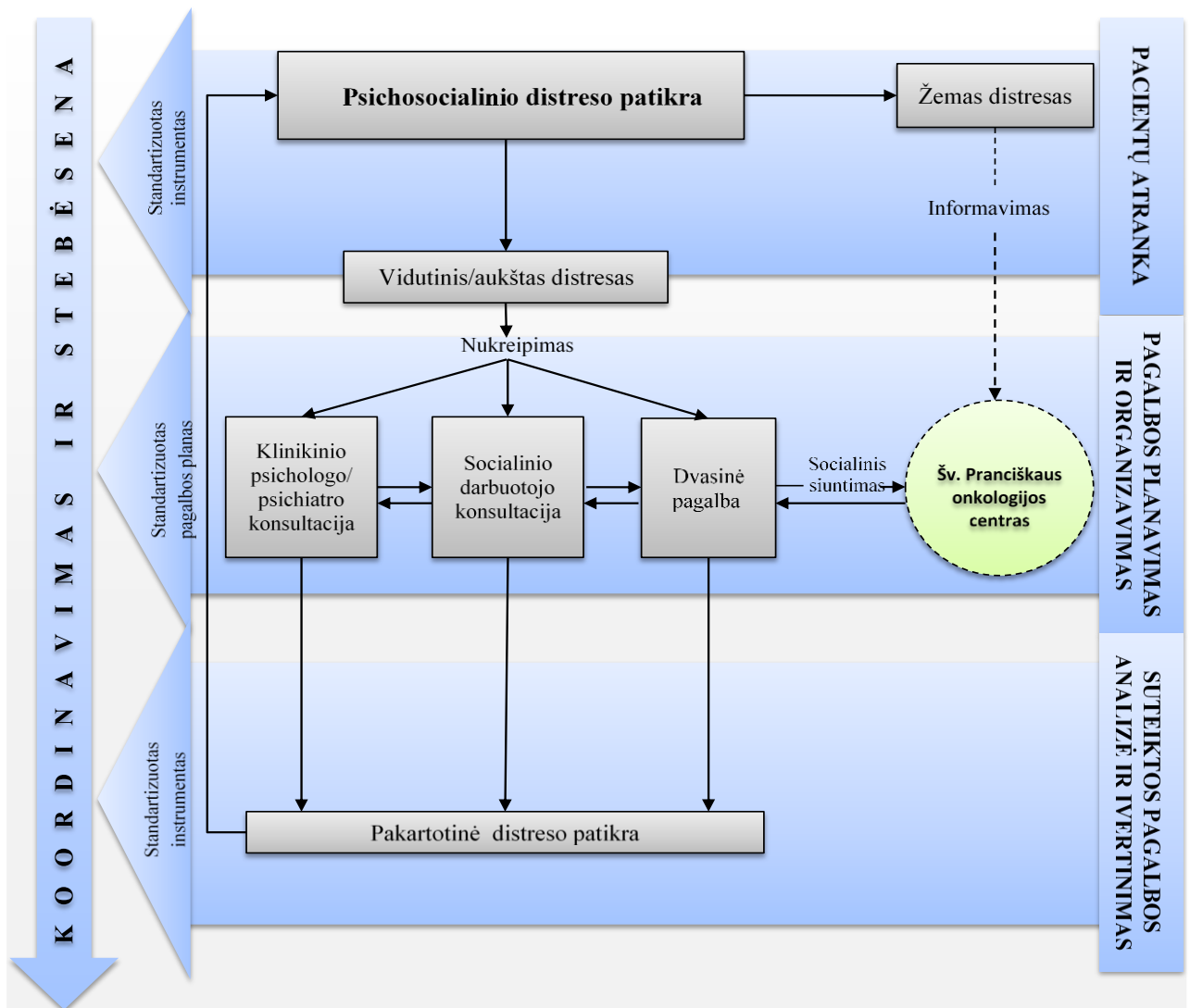
onkologiniams ligoniams, yra nustatyta vidinė tvarka, pagal kurią organizuojama psichosocialinė pagalba sergančiajam. Ligonio distresą konsultacijos metu, pirmiausia, vertina gydytojai onkologai, kurie atsakingi už paciento nukreipimą pas specialistus tolimesniam distreso vertinimui, tarp kurių pabrėžiamas klinikinio psichologo vaidmuo. Taip pat specialistų tarpe neformaliu būdu epizodiškai dalijamasi aktualiais psichosocialinės pagalbos pacientui klausimais. Tačiau, tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad pirminis distreso vertinimas yra subjektyvus ir atliekamas ne visiems ligoniams, kas atitinkamai nulemia situaciją, kuomet psichosocialinę pagalbą gauną tik dalis pacientų. Dėl šių priežasčių pacientų atranka yra silpniausia psichosocialinės pagalbos sritis įstaigoje.

Išanalizavus ekspertų asmenines nuostatas dėl personalizuotos psichosocialinės pagalbos elementų t.y. standartizuoto instrumento vertinant ligonių psichosocialinį distresą, standartizuoto pagalbos plano ligoniui sudarymo ir skirtingų sričių specialistų bendradarbiavimo psichosocialinės pagalbos srityje, pastebėtina, kad vertinimas yra nevienareikšmis. Viena vertus, visi informantai labai palankiai vertina šias priemones kaip labai reikalingus ir svarbius pokyčius stiprinant pacientų gerovę bei tobulinant esamos onkologinių ligonių sveikatos priežiūros procesus plačiąja prasme. Kita vertus, personalizuotos pagalbos integravimą riboja tam tikros probleminės sritys, kurių tarpe kaip didžiausios laikytinos žmogiškųjų išteklių trūkumas, ribotas gydytojų onkologų konsultacijų laikas ir didelis darbo krūvis, psichosocialinės pagalbos stigmatizavimas. Taip pat pabrėžtinai akredituoto, Lietuvai pritaikyto instrumento poreikis, kas jau yra nacionalinio lygmens problema, kuri reikšmingai stabdo personalizacijos įgyvendinimą ir plėtrą vietiniu lygmeniu. Tyrime dalyvavusių ekspertų vertinimu, personalizuota psichosocialinė pagalba gali būti integruojama: taikant visiems ligoniams standartizuotą psichosocialinio distreso vertinimo instrumentą, struktūruojant psichosocialinės pagalbos planą, įdarbinant psichosocialinės pagalbos procesus koordinuojantį asmenį, aktyviau į procesus įtraukiant socialinį darbuotoją bei Šv. Pranciškaus onkologijos centrą.

Galiausiai, išnagrinėjus Klaipėdos universitetinės ligoninės atvejį per joje dirbančių specialistų vertinimo prizmę, pažymėtina, kad įstaigoje stebimas pasirengimas tolimesniems personalizacijos plėtros žingsniams integruojant standartizuotos psichosocialinės pagalbos elementus į praktiką. Esamos psichosocialinės pagalbos prieinamumas ir savalaikiškumas, vidinė darbuotojų iniciatyva, planuojamos veiklos psichosocialinės pagalbos srityje, plėtojamas bendradarbiavimas su tęstinę psichosocialinę pagalbą teikiančiu, šalia ligoninės esančiu Šv. Pranciškaus onkologijos centru, sudaro išskirtinę galimybę integruoti personalizuotą psichosocialinę pagalbą ir taip stiprinti ne tik onkologinių ligonių gerovę, bet ir užtikrinti aukščiausią kompleksinės onkologinių ligonių priežiūros kokybę, sukuriant unikalų pasaulines tendencijas atitinkantį personalizuotos psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams modelį Lietuvoje.

## REKOMENDACIJOS

Norint sėkmingai išnaudoti tyrimo metu nustatytas personalizuotos psichosocialinės pagalbos integracijai išskirtinai palankias sąlygas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, turėtų būti taikomas personalizuotos psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams teikimo modelis (žr. 10 pav.), sukurtas remiantis autorių Adler, N.E., Page, R.A. (2008) ir Holland C. J. ir kt. (2015) darbais. Tokiu būdu Vakarų Lietuvoje būtų vykdoma naujausias pasaulines tendencijas atitinkanti onkologinių ligonių sveikatos priežiūra, kurioje veiktų pilnai integruotas psichosocialinės pagalbos elementas, taip sukuriant gerosios praktikos pavyzdį Lietuvos mastu, kuomet koordinuotai bendradarbiavimo pagrindu personalizuotą kompleksinę pagalbą teikia sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos specialistai.



10 pav. Personalizuotos psichosocialinės pagalbos Klaipėdos universitetinėje ligoninėje teikimo modelis

Šalt.: Sudaryta autorės, 2018

Šiuo modeliu siūloma:

1. Sukurti efektyviai veikiančią pacientų atrankos dėl patiriamo psichosocialinio distreso sistemą. Atrankos metu kiekvienam pacientui prieš pirmą apsilankymą pas gydytoją onkologą turėtų būti įteikiama psichosocialinio distreso patikros anketa t.y. standartizuotas psichosocialinio distreso vertinimo instrumentas, kurio pagalba būtų identifikuojamas ligonių patiriamo psichosocialinio distreso lygis. Asmenims, kuriems nustatytas žemas distresas, turėtų būti pateikiamas rekomendacinio pobūdžio pasiūlymas pasinaudoti Šv. Pranciškaus onkologijos centro paslaugomis. Tuo tarpu su asmenimis, kuriems nustatytas vidutinis arba aukštas distreso lygis, toliau turėtų būti pereinama prie kito etapo žingsnių.

2. Vidutinį ar aukštą distresą patiriantiems ligoniams sudaryti standartizuotą psichosocialinės pagalbos planą. Tai antrasis etapas, kuriame atvejo vadybininkas individualiai su ligoniu turėtų aptarti distreso patikros rezultatus ir pagal nustatytas problemas suorganizuoti pacientui reikiamą pagalbą ligoninėje. Pastebėtina, kad ligoninėje dirbantiems psichosocialinės pagalbos specialistams pastebėjus papildomų paslaugų, kurios teikiamos Šv. Pranciškaus onkologijos centre, poreikį, ligoniui turėtų būti įteiktas socialinis siuntimas kaip formalus nukreipimas iš gydymo įstaigos tikslingai psichosocialinei pagalbai gauti šiame centre.

3. Atlikti suteiktos pagalbos analizę ir įvertinimą. Tai trečiasis personalizuotos psichosocialinės pagalbos etapas. Šiame etape turėtų būti pakartotinai įvertinamas pirminę psichosocialinę pagalbą ligoninėje gavusių ligonių psichosocialinis distresas, jo pakitimai ir suteiktos pagalbos veiksmingumas. Taip pat pakartotinė psichosocialinio distreso patikra turėtų būti atliekama visiems pacientams kiekviename ligos etape.

4. Teikiant personalizuotą psichosocialinę pagalbą taikyti atvejo vadybą. Visuose minėtuose etapuose onkologinį ligonį turėtų koordinuoti atskiras specialistas t.y. turėtų būti atliekamas pagalbos koordinavimas ir stebėseną. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, atvejo vadybininko funkcijas galėtų atlikti specialiai apmokytas socialinis darbuotojas, tačiau galima tai priskirti ir sveikatos priežiūros vadybininkui. Pagrindinės tokio specialisto funkcijos turėtų būti: suteikti pirminę psichosocialinę pagalbą ligoniui; įvertinti ligonio psichosocialinio distreso patikros rezultatus; sudaryti psichosocialinės pagalbos planą ir nukreipti pas atitinkamus specialistus; motyvuoti, įtraukti ir įgalinti ligonius dalyvauti gydymo procesuose; suteikti aktualią informaciją ligoniui bei jo artimiesiems dėl ligos keliamų psichosocialinio pobūdžio problemų; vykdyti šviečiamąją veiklą organizacijoje psichosocialinės pagalbos srityje; skatinti ir plėtoti tarpdisciplininį bendradarbiavimą; koordinuoti ligonių psichosocialinę pagalbą bei vertinti jos efektyvumą; glaudžiai bendradarbiaujant su gydytojais onkologais vykdyti ligonių stebėseną gydymosi laikotarpiu ir atlikti pakartotinę distreso patikrą skirtinguose ligos gydymo etapuose.

## LITERATŪRA

1. Abbott, Y. et al. 2013. Use of Psychosocial Services Increases After a Social Worker- Mediated Intervention in Gynecology Oncology Patients. *Health & Social Work [interaktyvus]*, vol. 38, no. 2 [žiūrėta 2017-05-16], 113-121 p. DOI 10.1093/hsw/hlt006. Prieiga per EBSCO.
2. Abrahamson, K. et al. 2011. Provision of Psychosocial Care for Cancer Patients. *J Prim Care Community Health [interaktyvus]*, vol. 2, no. 4 žiūrėta [2017-08-16], 220-224 p. DOI 10.1177/2150131911407201. Prieiga per EBSCO.
3. Adler, N.E., Page, R.A. 2008. *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs [interaktyvus]*. National Academies Press, [žiūrėta 2017-04-16]. Prieiga per Internetą: <<https://www.nap.edu/catalog/11993/cancer-care-for-the-whole-patient-meeting-psychosocial-health-needs>>.
4. Albrecht T., Bulcke M. V. 2017. *European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control [interaktyvus]*. National Institute of public health, [žiūrėta 2017-09-16]. Prieiga per Internetą:< <https://cancercontrol.eu/archived/guide-landing-page.html>>.
5. Aitken, K., VON Treuer, K. 2014. Organisational and Leadership Competencies for Successful Service Integration. *Leadership in Health Services [interaktyvus]*, vol. 27, no. 2 [žiūrėta 2017-05-16], 150-180 p. DOI 10.1108/LHS-08-2012-0028. Prieiga per EBSCO.
6. Andersen, B.L., Dorfman, C.S. 2016. Evidence-Based Psychosocial Treatment in the Community: Considerations for Dissemination and Implementation. *Psycho-Oncology [interaktyvus]*, vol. 25, no. 5 [žiūrėta 2017-08-15], 482-490 p. DOI 10.1002/pon.3864. Prieiga per EBSCO.
7. Association of Chief Executives of Voluntary Organisations. (2010). *Personalisation: exploring the legal implications [interaktyvus]*. London: ACEVO, [žiūrėta 2017-10-12]. Prieiga per internetą: <  
<http://www.oneeastmidlands.org.uk/sites/default/files/library/ACEVO%20Personal%20budgets%20legal%20implications.pdf>>.
8. Arving, C., Brandberg, Y., Feldman, I., Johansson, B., Glimelius, B. 2014. Cost–utility analysis of individual psychosocial support interventions for breast cancer patients in a randomized controlled study. *Psycho-Oncology [interaktyvus]*, no. 23 [žiūrėta 2017-05-16], 251-258 p. DOI:10.1002/PON.3411. Prieiga per EBSCO.
9. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydžiūnaitė, V. 2008. *Kokybinių Tyrimų Metodologija: Vadovėlis Vadybos Ir Administravimo Studentams*. Klaipėda. ISBN 9789986312673.
10. Brédart, A. et al. 2017. The European Organization for Research and Treatment of Cancer? Satisfaction with Cancer Care Questionnaire: Revision and Extended Application Development. *Psycho-Oncology [interaktyvus]*, vol. 26, no. 3 [žiūrėta 2017-05-12], 400-404 p. DOI 10.1002/pon.4127. Prieiga per EBSCO.
11. Borrás J.M., Prades J. 2014. Work Package 7: Health care. Deliverable: Mapping the landscape of cancer care in Europe [interaktyvus]. European partnership for action against cancer (EPAAC), [žiūrėta 2017-09-15]. Prieiga per internetą: <  
[http://www.epaac.eu/images/END/Final\\_Deliverables/WP\\_7\\_FINAL\\_DELIVERABLE\\_Mapping\\_1andscape\\_of\\_cancer\\_care\\_in\\_Europe.pdf](http://www.epaac.eu/images/END/Final_Deliverables/WP_7_FINAL_DELIVERABLE_Mapping_1andscape_of_cancer_care_in_Europe.pdf)>.
12. Burke M. 2016. Emotional and Psychosocial Effects of Cancer [interaktyvus]. [žiūrėta 2017-09-12]. Prieiga per internetą: < <https://www.cancerquest.org/patients/psychosocial-problems>>.

13. Carlsen, K. et al. 2005. Psychosocial Aspects of Lung Cancer. Lung Cancer [interaktyvus], vol. 47, no. 3 [žiūrėta 2017-08-16], 293-300 p. DOI 10.1016/j.lungcan.2004.08.002. Prieiga per EBSCO.
14. Chakraborty S., R.T. 2012. The Difficulties in Cancer Treatment. Ecancer medical science [interaktyvus], vol. 6 (16) [žiūrėta 2017-08-16]. Prieiga per EBSCO.
15. Charmaz, K. 2000. Experiencing chronic illness. Handbook of social studies in health and medicine. Experiencing Chronic Illness [interaktyvus], 277-292 p. [žiūrėta 2017-04-12]. Prieiga per EBSCO.
16. Chatterton, M.L. et al. 2016. Economic Evaluation of a Psychological Intervention for High Distress Cancer Patients and Carers: Costs and Quality-Adjusted Life Years. Psycho-Oncology [interaktyvus], vol. 25, no. 7 [žiūrėta 2017-10-22], 857-864 p. DOI 10.1002/pon.4020. Prieiga per EBSCO.
17. Clark, P.G. et al. 2012. From Distress Guidelines to Developing Models of Psychosocial Care: Current Best Practices . Journal of Psychosocial Oncology [interkatyvus], vol. 30, no. 6 [žiūrėta 2018-10-11], 694-714 p. DOI 10.1080/07347332.2012.721488 . Prieiga per EBSCO.
18. Cohen, M., Numa, M. 2011. Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: A Comparison of Volunteers and Non-Volunteers . Psycho-Oncology [interaktyvus], vol. 20, no. 1, [žiūrėta 2017-10-14], 69-76 p. DOI 10.1002/pon.1709. Prieiga per EBSCO.
19. Curry, N., Chris H. 2010. Clinical and service integration: The route to improved outcomes [interaktyvus]. The Kings Fund, London [žiūrėta 2018-09-18]. Prieiga per internetą: <<https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>>.
20. Dagienė, R., Vaitkaitienė, E., Plieskienė, A., Janušonis, V. 2011. Pacientų, Susirgusių Onkologine Liga, Darbingumo, Gydymo Savalaikiškumo Ir Teikiamų Paslaugų Subjektyvus Vertinimas. Sveikatos Mokslai : Visuomenės Sveikata, Medicina, Slauga [interaktyvus], vol. 21, no. 4, [žiūrėta 2017-08-23]. 27-31 p. Prieiga per internetą: <<https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:2197513/2197513.pdf>>.
21. Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B., Turner, J. 2014. Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. Psycho-Oncology [interaktyvus], no. 23 [žiūrėta 2017-05-24], 601-612 p. doi:[10.1002/pon.3474](https://doi.org/10.1002/pon.3474). Prieiga per EBSCO.
22. Deshields, T., Zebrack, B., Kennedy, V. 2013. The State of Psychosocial Services in Cancer Care in the United States. Psycho-Oncology [interaktyvus], vol. 22, no. 3 [žiūrėta 2017-07-22], 699-703 p. DOI 10.1002/pon.3057. Prieiga per EBSCO.
23. Dieng, M., et al. 2016. Economic Evaluations of Psychosocial Interventions in Cancer: A Systematic Review. Psycho-Oncology [interaktyvus], vol. 25, no. 12 [žiūrėta 2017-10-21], 1380-1392 p. DOI 10.1002/pon.4075. Prieiga per EBSCO.
24. Domain team et al. 2015. NHS England: Personalised Care & Support Planning Handbook [interaktyvus]. NHS, UK. [žiūrėta: 2018-01-06]. Prieiga per internetą: <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/core-info-care-support-planning-1.pdf>>.
25. IPOS (International Psycho-oncology society). 2014. IPOS human rights declaration for psychosocial cancer care [interaktyvus]. [žiūrėta 2018-01-04]. Prieiga per internetą: <<https://ipos-society.org/wp-content/uploads/HR-Task-Force-Declaration-for-website.pdf>>.

26. Fann, J.R., Ell, K., Sharpe, M. 2012. Integrating Psychosocial Care into Cancer Services. Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology [interaktyvus], vol. 30, no. 11, [žiūrėta 2017-10-18], 1178-1186 p. DOI 10.1200/JCO.2011.39.7398. Prieiga per EBSCO.
27. Faulkner, J. 2009. Informacijos ir pagalbos paslaugos onkologinės ligos paliestiems žmonėms Lietuvoje šiandien ir ateityje palyginant su situacija D. Britanijoje [interaktyvus]. [žiūrėta 2016 m. balandžio 2 d.]. Prieiga internetu: < <http://www.pola.lt/wp-content/uploads/2013/01/J-Faulkner-Ataskaita.pdf>>.
28. Given L. The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. Vol. 2. Swinburne University, Australia
29. Grassi, L. et al. 2016. Disparities in Psychosocial Cancer Care: A Report from the International Federation of Psycho- Oncology Societies. Psycho-oncology [interaktyvus], vol. 25, no. 10 [žiūrėta 2017-11-16], 1127-1136 p. DOI 10.1002/pon.4228. Prieiga per EBSCO.
30. Guerrero, E.G., Aarons, G.A., Palinkas, L.A. 2014. Organizational Capacity for Service Integration in Community-Based Addiction Health Services. American Journal of Public Health [interaktyvus], vol. 104, no. 4 [žiūrėta 2017-11-16], pp. e40-7. DOI 10.2105/AJPH.2013.301842. Prieiga per EBSCO.
31. Hall, M., 2006. Psychosocial Health: Being Mentally, Emotionally, Socially, and Spiritually Well [interaktyvus], [žiūrėta 2017-10-25]. Prieiga per internetą: <<http://www.medtechbridge.com/DynamicHealth/ch2.pdf>>.
32. Hegel, M.T., et al. 2006. Distress, Psychiatric Syndromes, and Impairment of Function in Women with Newly Diagnosed Breast Cancer. Cancer [interaktyvus], vol. 107, no. 12 [žiūrėta 2017-06-14], 2924-2931 p. DOI 10.1002/cncr.22335. Prieiga per EBSCO.
33. Hewitt M., Herdman, R., Holland, J. 2004. Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer. Washington (DC): National Academies Press (US).
34. Higienos instituto sveikatos informacijos centras. 2017. Mirtingumas pagal mirties priežastis mirties priežastis]. Mirties priežastys (išankstiniai duomenys)[interaktyvus], [žiūrėta 2018-04-12]. Prieiga per internetą: <[http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties\\_priezastys/MPR\\_2017\\_isankstiniai.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priezastys/MPR_2017_isankstiniai.pdf)>.
35. Higienos instituto sveikatos informacijos centras (b). 2017. Užregistruotų susirgimų skaičius pagal diagnozių grupes [interaktyvus], [žiūrėta 2018-04-24]. Prieiga per internetą: < [https://stat.hi.lt/default.aspx?report\\_id=169](https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=169)>.
36. Holland, J.C., Reznik, I. 2005. Pathways for Psychosocial Care of Cancer Survivors. Cancer [interaktyvus], vol. 104 [žiūrėta 2017-07-12], 2624-2637 p. DOI 10.1002/cncr.21252. Prieiga per EBSCO.
37. Hutchison, S.D., Steginga, S.K., Dunn, J. 2006. The Tiered Model of Psychosocial Intervention in Cancer: A Community Based Approach. Psycho-oncology [interaktyvus], vol. 15, no. 6 [žiūrėta 2017-07-12], 541-546 p. DOI 10.1002/pon.973. Prieiga per EBSCO.
38. Hinkley, T., et al. 2014. Early Childhood Physical Activity, Sedentary Behaviors and Psychosocial Well-being: A Systematic Review . Preventive Medicine [interaktyvus], vol. 62 [žiūrėta 2017-05-18], 182-192 p. DOI 10.1016/j.ypmed.2014.02.007. Prieiga per EBSCO.
39. Holland J.C., Breitbart W.S., et al. 2015. Psycho oncology. Third edition. Oxford University press.

40. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. 2001. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US). Prieiga per internetą: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057539>>.
41. Institute of Medicine. 2006. From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition Washington, D.C. : National Academies ; 2006. Books. ISBN 0309095956.
42. Jacobsen, P.B. 2017. New Challenges in Psycho-Oncology Research II: A Health Care Delivery, Dissemination, and Implementation Research Model to Promote Psychosocial Care in Routine Cancer Care. *Psycho-Oncology* [interaktyvus], vol. 26, no. 4 [žiūrėta 2017-08-24], 419-423 p. DOI 10.1002/pon.4428. Prieiga per EBSCO.
43. Jacobsen, P.B., Lee, M. 2015. Integrating Psychosocial Care into Routine Cancer Care. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center* [interaktyvus], vol. 22, no. 4 [žiūrėta 2017-07-26], 442-449 p. ISSN 1526-2359; 1073-2748. Prieiga per EBSCO.
44. Jacobsen, P.B., Holland, J.C., Steensma, D.P. 2012. Caring for the Whole Patient: The Science of Psychosocial Care. *Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology* [interaktyvus], vol. 30, no. 11 [žiūrėta 2017-10-18], 1151-1153 p. DOI 10.1200/JCO.2011.41.4078. Prieiga per EBSCO.
45. Jacobsen, P. 2012. Promoting Psychosocial Care as Part of Personalized Cancer Care. *Journal of Medicine and the Person* [interaktyvus], vol. 10, no. 1 [žiūrėta 2017-10-18], 5-9 p. DOI 10.1007/s12682-011-0096-4. Prieiga per EBSCO.
46. Jacobsen, P.B. et al. 2011. Evaluating the Quality of Psychosocial Care in Outpatient Medical Oncology Settings using Performance Indicators. *Psycho-Oncology* [interaktyvus], vol. 20, no. 11 [žiūrėta 2017-09-21], 1221-1227 p. DOI 10.1002/pon.1849. Prieiga per EBSCO.
47. Jansen, F., et al. 2016. A Review on Cost- Effectiveness and Cost- Utility of Psychosocial Care in Cancer Patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* [interkatyvus], vol. 3, no. 2 [žiūrėta 2017-09-14], 125-136 p. DOI 10.4103/2347-5625.182930. Prieiga per EBSCO.
48. Kaliatkaitė, J., Bulotaitė L. 2014. Gerovės Samprata Sveikatos Moksluose Ir Psichologijoje: Tyrimai, Problemos Ir Galimybės. Gerovės samprata [interaktyvus], vol. 1, no. 64. [žiūrėta 2017-10-13]. Prieiga per internetą: <[http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.1\(64\)/VS%202014%201\(64\)%20LIT%20A%20Geroves%20samprata.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.1(64)/VS%202014%201(64)%20LIT%20A%20Geroves%20samprata.pdf)>.
49. Kangas, M., Henry, J.L., Bryant, R.A. 2002. Posttraumatic Stress Disorder Following Cancer: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology Review* [interaktyvus], vol. 22, no. 4 [žiūrėta 2017-04-14], 499-524 p. DOI 10.1016/S0272-7358(01)00118-0. Prieiga per EBSCO.
50. Kardelis, K., 2016. Mokslinių Tyrimų Metodologija Ir Metodai: Edukologija Ir Kiti Socialiniai Mokslai : Vadovėlis. 5-asis patais. ir papild. leid. ed. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras ISBN 9785420017715.
51. Katon, W.J. 2003. Clinical and Health Services Relationships between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biological Psychiatry* [interaktyvus], vol. 54, no. 3 [žiūrėta 2017-03-15], 216-226 p. DOI 10.1016/S0006-3223(03)00273-7. Prieiga per EBSCO.
52. Kelly, J. 2007. Reforming Public Services in the UK: Bringing in the Third Sector. *Public Administration* [interaktyvus], vol. 85, no. 4 [žiūrėta 2017-05-22], 1003-1022 p. DOI 10.1111/j.1467-9299.2007.00680.x. Prieiga per EBSCO.
53. Lambert, S.D., et al. 2014. Insights into Preferences for Psycho-Oncology Services among Women with Gynecologic Cancer Following Distress Screening. *Journal of the National*

- Comprehensive Cancer Network: JNCCN [interaktyvus], vol. 12, no. 6 [žiūrėta 2017-05-12], 899-906 p. DOI 12/6/899 [pii]. Prieiga per EBSCO.
54. Leavitt, M.O., Downing, G.J., 2008. Toward a Future of Personalized Cancer Care. *Cancer* [interaktyvus], vol. 113 [žiūrėta 2017-06-12], 1724-1727 p. DOI 10.1002/cncr.23641. Prieiga per EBSCO.
55. Loscalzo, M.J. 2016. *Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care for People with Cancer*. ISBN: 9780199941926. *Psycho-Oncology* [interaktyvus], vol. 25, no. 3 [žiūrėta 2017-05-11], 359-360 p. DOI 10.1002/pon.4101. Prieiga per EBSCO.
56. Loul, B., Grawshaw, G. 2008. Personalisation of Health and Social Care Services: Leadership Challenges and Workforce Development Needs of the Mental Health Voluntary Sector in Leeds [interaktyvus]. *Volition* [žiūrėta 2017-05-21]. Prieiga per internetą: <<http://www.volition.org.uk/wp-content/uploads/2012/09/Volition-report-personalisation-and-workforce-development-Sept-08.pdf>>.
57. Macmillan cancer support. 2015. *Coping: Advice to Help You Cope with the Emotional, Relationship Or Health Issues You might Face during and After Cancer Treatment* [interaktyvus]. UK [žiūrėta 2017-05-17]. Prieiga per internetą: <<http://www.macmillan.org.uk/information-and-support/coping>>.
58. Maly, R.C., Umezawa, Y., Leake, B., Silliman, R.A. 2005. Mental Health Outcomes in Older Women with Breast Cancer: Impact of Perceived Family Support and Adjustment. *Psycho-Oncology* [interaktyvus], vol. 14, no. 7 [žiūrėta 2017-04-12], 535 p. ISSN 1057-9249. Prieiga per EBSCO.
59. Marples, G. 2012. Evidence Base [interaktyvus]. Macmillan Cancer support, UK [žiūrėta 2017-05-12]. Prieiga per internetą: <<http://www.macmillan.org.uk/aboutus/healthandsocialcareprofessionals/newsandupdates/macvoic/e/evidencebasespring2011.aspx>>.
60. Martinez, A., et al. 2017. Building a Personalized Cancer Treatment System. *Journal of Medical Systems* [interaktyvus], vol. 41, no. 2 [žiūrėta 2017-06-21], 1-10 p. DOI 10.1007/s10916-016-0678-z. Prieiga per EBSCO.
61. Mcguire, R.H.A. 2010. The Role of the Third Sector Innovation: Personalisation of Education and Learning Services: Recommendations [interaktyvus], [žiūrėta 2017-06-15]. Prieiga per internetą: <<http://dera.ioe.ac.uk/11230/1/anne%20mcguire%20report%20on%20education%20and%20learning%20final.pdf>>.
62. Miller, G.E., Chen, E., Zhou, E.S. 2007. If it Goes Up, must it Come Down? Chronic Stress and the Hypothalamic- Pituitary Adrenocortical Axis in Humans. *Psychological Bulletin* [interaktyvus], vol. 133, no. 1 [žiūrėta 2017-04-26], 25-45 p. DOI 10.1037/0033-2909.133.1.25. Prieiga per EBSCO.
63. Nacionalinis Vežio Institutas. 2017. Vežio Ligos Gydyimo Metodai [interaktyvus], [žiūrėta 2017-03-15]. Prieiga per internetą: <[http://www.nvi.lt/?page\\_id=3397&lang=lt](http://www.nvi.lt/?page_id=3397&lang=lt)>.
64. National Council for voluntary organizations. 2015. A bigger difference: realizing the potential of voluntary organizations and volunteers. *NCVO Manifesto 2015* [interaktyvus]. NCVO [žiūrėta 2017-05-13]. Prieiga per internetą: <[https://www.ncvo.org.uk/images/documents/policy\\_and\\_research/ncvo-manifesto-2015.pdf](https://www.ncvo.org.uk/images/documents/policy_and_research/ncvo-manifesto-2015.pdf)>.
65. National Voices. 2016. A discussion paper: what is the role of voluntary, community and social enterprise (vcse) organisations in care and support planning? [interkatyvus]. UK. [žiūrėta 2018-02-

- 17]. Prieiga per internetą: <[https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/what\\_is\\_the\\_role\\_of\\_vcese\\_organisations\\_in\\_care\\_and\\_support\\_planning.pdf](https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/what_is_the_role_of_vcese_organisations_in_care_and_support_planning.pdf)>.
66. Neamțiu, L. et al. 2016. Psycho- Oncological Support for Breast Cancer Patients: A Brief Overview of Breast Cancer Services Certification Schemes and National Health Policies in Europe. *The Breast* [interaktyvus], vol. 29 [žiūrėta 2017-04-26], 178-180 p. DOI 10.1016/j.breast.2016.07.002. Prieiga per EBSCO.
67. Needham, C. 2011. Personalization: From Story-Line to Practice. *Social Policy and Administration* [interaktyvus], vol. 45 (1), no. 5/21/2017 [žiūrėta per internetą 2017-04-03], 54-68 p. Prieiga per internetą: <<http://www.scie-socialcareonline.org.uk/personalization-from-story-line-to-practice/r/a1CG000000GgSKMA0>>.
68. Nekolaichuk, C.L., et al. 2013. Cancer Patients' Experiences of the Early Phase of Individual Counseling in an Outpatient Psycho-Oncology Setting . *Qualitative Health Research* [interaktyvus], vol. 23, no. 5 [žiūrėta 2017-03-28], 592-604 p. DOI 10.1177/1049732312470567. Prieiga per EBSCO.
69. Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija (POLA). 2017. *Gydymo Metodai* [interaktyvus], [žiūrėta 2017-07-12]. Prieiga per internetą: <<http://www.pola.lt/gydymo-metodai/>>.
70. Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija (POLA). 2016. *Onkologijos srityje veikiančios organizacijos* [interaktyvus], [žiūrėta 2017-07-12]. Prieiga per internetą: <<http://www.pola.lt/lietuvoje-veikiancios-organizacijos/>>.
71. Patlak, M., Balogh, E., Nass, S. 2011. Patient-Centered Cancer Treatment Planning: Improving the Quality of Oncology Care: Workshop Summary [interaktyvus]. *Institute of Medicine* [žiūrėta 2017-03-12]. Prieiga per internetą: <<https://www.nap.edu/catalog/13155/patient-centered-cancer-treatment-planning-improving-the-quality-of-oncology>>.
72. People and communities board. 2017. *A new relationship with people and communities* [interaktyvus]. NHS England. [žiūrėta 2018-02-01]. Prieiga per internetą: <[https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/a\\_new\\_relationship\\_with\\_people\\_and\\_communities\\_0.pdf](https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/a_new_relationship_with_people_and_communities_0.pdf)>
73. Phillips, J.L., Currow, D.C. 2010. Cancer as a Chronic Disease. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)* [interaktyvus], vol. 17, no. 2 [žiūrėta 2017-05-15], 47-50 p. Prieiga per internetą: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20738055>>.
74. Pirl, W.F. 2004. Evidence Report on the Occurrence, Assessment, and Treatment of Depression in Cancer Patients. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs* [interaktyvus], vol. (32), no. 32 [žiūrėta 2017-05-15], 32-39 p. DOI 10.1093/jncimonographs/lgh026 [doi]. Prieiga per EBSCO.
75. PMC (Personalised medicine coalition). 2014. *The Case for Personalised Medicine* [interaktyvus], [žiūrėta 2017-05-27]. Prieiga per internetą: <[http://www.personalizedmedicinecoalition.org/Userfiles/PMC-Corporate/file/pmc\\_the\\_case\\_for\\_personalized\\_medicine.pdf](http://www.personalizedmedicinecoalition.org/Userfiles/PMC-Corporate/file/pmc_the_case_for_personalized_medicine.pdf)>.
76. Redding, D., Hutchinson S. 2017. *Person-centred care in 2017* [interaktyvus]. National Voices, UK. [žiūrėta 2018-02-17]. Prieiga per internetą: <<https://www.nationalvoices.org.uk/publications/our-publications/person-centred-care-2017>>.
77. Rinat, N., Maja, R., Rozmovits, L., Rodin, G. 2009. Transforming the Experience of Cancer Care: A Qualitative Study of a Hospital-Based Volunteer Psychosocial Support Service. *Supportive Care in Cancer* [interaktyvus], vol. 17, no. 7 [žiūrėta 2017-05-27]. Prieiga per EBSCO.

78. Rowe, J., Young, N., Rowlands, S. 2014. The recovery package. We are macmillan cancer support.
79. Schilsky, R.L. 2009. Personalizing Cancer Care: American Society of Clinical Oncology Presidential Address 2009. Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology [interaktyvus], vol. 27, no. 23 [žiūrėta 2017-06-23], 3725-3730 p. DOI 10.1200/JCO.2009.24.6827. Prieiga per EBSCO.
80. Schulman-green, D., Jeon, S. 2017. Managing Cancer Care: A Psycho-Educational Intervention to Improve Knowledge of Care Options and Breast Cancer Self-Management. Psycho-Oncology [interaktyvus], vol. 26, no. 2 [žiūrėta 2017-07-12], 173-181 p. DOI 10.1002/pon.4013. Prieiga per EBSCO.
81. Sheiman, I., Shevski, V. 2014. Evaluation of Health Care Delivery Integration: The Case of the Russian Federation. Health Policy [interaktyvus], vol. 115, no. 2-3 [žiūrėta 2017-04-28], 128-137 p. DOI 10.1016/j.healthpol.2013.12.011. Prieiga per EBSCO.
82. Šiupšinskienė, N. ir kt. 2015. Pacientų, Gydytų Nuo Piktybinių Galvos Ir Kaklo Navikų, Fizinės Problemos. Sveikatos Mokslai [interaktyvus], vol. 25, no. 6 [žiūrėta 2017-03-24], 80-86 p. DOI 10.5200/sm-. Prieiga per internetą: < <http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/viewFile/sm-hs.2015.122/pdf> >.
83. Spiegel, D., Giese-davis, J. 2003. Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression. Biological Psychiatry [interaktyvus], vol. 54, no. 3 [žiūrėta 2017-04-27], 269-282 p. DOI 10.1016/S0006-3223(03)00566-3. Prieiga per EBSCO.
84. Spitzer, R.L., K., et al. 1995. Health-Related Quality of Life in Primary Care Patients with Mental Disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. Journal of the American Medical Association [interaktyvus], vol. 274(19) [žiūrėta 2017-03-21], 1511-1517 p. Prieiga per EBSCO,
85. Martin, S.L., Krasnik, A. 2009. Measurement of Integrated Healthcare Delivery: A Systematic Review of Methods and Future Research Directions. International Journal of Integrated Care [interaktyvus], vol. 9, no. 1 [žiūrėta 2017-03-28]. DOI 10.5334/ijic.305. Prieiga per EBSCO.
86. Stinesen Kollberg, K.M. 2014. Psychosocial support needs after a breast cancer diagnosis [interaktyvus]. University of Gothenburg. [žiūrėta 2018-02-12]. Prieiga per internetą: < [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/34822/1/gupea\\_2077\\_34822\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/34822/1/gupea_2077_34822_1.pdf) >.
87. Subramanian, S.V., Belli, P., Kawachi, I. 2002. The Macroeconomic Determinants of Health. Annual Review of Public Health [interaktyvus], vol. 23, 287 p. Prieiga per EBSCO.
88. Taylor, C., Jones, J. 2011. Demonstrating the Value of Macmillan Clinical Nurse Specialists [interaktyvus]. Macmillan Cancer Support, UK [žiūrėta 2017-03-24]. Prieiga per internetą: <<http://www.macmillan.org.uk/aboutus/healthandsocialcareprofessionals/newsandupdates/macvoic e/demonstratingthevalueofmacmillancnss.aspx>>.
89. Tidikis, R., 2003. Socialinių Mokslų Tyrimų Metodologija: Vadovėlis. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras ISBN 9955563265.
90. Travado, L., Reis, J.C., Watson, M., Borrás, J. 2015. Psychosocial Oncology Care Resources in Europe: A Study Under the European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC). Psycho-Oncology [interaktyvus], [žiūrėta 2017-05-25]. DOI 10.1002/pon.4044. Prieiga per EBSCO.
91. Tritter, J.Q., Calnan, M. 2002. Cancer as a Chronic Illness? Reconsidering Categorization and Exploring Experience . European Journal of Cancer Care [interaktyvus], vol. 11, no. 3 [žiūrėta 2017-04-25], 161-165 p. DOI 345 [pii]. Prieiga per EBSCO.

92. Ueno, N.T. et al. 2010. ABC Conceptual Model of Effective Multidisciplinary Cancer Care . Nature Reviews.Clinical Oncology [interaktyvus], vol. 7, no. 9 [žiūrėta 2017-03-28], 544-547 p. DOI 10.1038/nrclinonc.2010.115. Prieiga per EBSCO.
93. Vlmedicina.lt. 2013. Vėžys: statistika ir mitai.
94. We are Macmillan. 2014. Psychological and Emotional Support: Impact Briefs [interaktyvus], [žiūrėta 2017-06-12]. Prieiga per internetą: <<http://www.macmillan.org.uk/documents/aboutus/research/impactbriefs/impactbriefs-psychologicalandemotionalsupport2014.pdf>>.
95. We are Macmillan. 2013. Throwing the Light on the Consequences of Cancer and its Treatment [interaktyvus]. Macmillan Cancer Support, UK [žiūrėta 2017-04-12]. Prieiga per internetą: <<http://www.macmillan.org.uk/documents/aboutus/research/researchandevaluationreports/throwinglightontheconsequencesofcanceranditstreatment.pdf>>
96. Weinberg, R.A. 2013. The Biology of Cancer. Garland Science Custom Publishing: Garland Science [interaktyvus], [žiūrėta 2017-03-15]. Prieiga per internetą: <[http://www.nhri.org.tw/NHRI\\_ADM/userfiles/file/1010510.pdf](http://www.nhri.org.tw/NHRI_ADM/userfiles/file/1010510.pdf)>.
97. WHO (World Health Organization). 2016. Framework on integrated, people-centred health services [interaktyvus]. [žiūrėta 2018-01-07]. Prieiga per internetą <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1)>
98. WHO (World Health Organization). 2017. Mental Health in Emergencies. [interaktyvus]. [žiūrėta 2018-01-07]. Prieiga per internetą: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs383/en/>>.
99. Weiss, T., et al. 2012. Falling through the Cracks: A Review of Psychological Distress and Psychosocial Service Needs in Older Black and Hispanic Patients with Cancer. Journal of Geriatric Oncology [interaktyvus], 4, vol. 3, no. 2 [žiūrėta 2017-05-02], 163-173 p. Prieiga per EBSCO.
100. Williams, K., et al. 2016. The Impact of a Cancer Diagnosis on Health and Well-being: A Prospective, Population- Based Study. Psycho-oncology [interaktyvus], vol. 25, no. 6 [žiūrėta 2017-04-25], 626-632 p. DOI 10.1002/pon.3998. Prieiga per EBSCO.
101. Young, N. 2012. Holistic Needs Assessment and Care Planning – Introduction [interaktyvus], [žiūrėta 2017-05-12]. Prieiga per internetą: <<http://www.macmillan.org.uk/aboutus/healthandsocialcareprofessionals/newsandupdates/macvoice/macvoicewinter2012/holisticneedsassessmentandcareplanning.aspx>>.
102. Zebrack, B.J. et al. 2013. Psychosocial Service use and Unmet Need among Recently Diagnosed Adolescent and Young Adult Cancer Patients. Cancer [interaktyvus], vol. 119, no. 1 [žiūrėta 2017-06-12], 201-214 p. DOI 10.1002/cncr.27713. Prieiga per EBSCO.
103. Zucca, A., et al. 2016. Does Screening for Physical and Psychosocial Symptoms Vary between Medical Oncology Treatment Centres?. Psycho-oncology [interaktyvus], vol. 25, no. 5 [žiūrėta 2017-06-12], 521-528 p. DOI 10.1002/pon.3948. Prieiga per EBSCO.

### **Teisės aktai**

104. LR Seimas. 2006. Sveikatos apsaugos ir darbo ministro įsakymas dėl LR Socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo. Nr. A1-93. Vilnius.
105. LR Seimas. 2014. Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 m. programa. Patvirtinta įsakymu Nr. V-814. Vilnius
106. LR Seimas. 2016. Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 m. programos įgyvendinimo priemonių 2017-2019 m. planas. Nr. V-1419 -814. Vilnius

## **PRIEDAI**

**1 Priedas.** Psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams pasiskirstymas moksliniuose darbuose

	Informavimas	Įv. pobūdžio konsultacijos	Fizinio aktyvumo užsiėmimai	Reabilitacijos paslaugos	Paramos grupės	Įvairios dirbtuvės	Sveikos mitybos ugdymas	Streso valdymo mokymai	Įvairios terapijos	Joga, meditacija ir kt. alternatyvus gydymas	Emocinė parama	Praktinės pagalba, atstovavimas	Ligos simptomų valdymo mokymai	Edukacinė veikla	Psichologinė pagalba	Dvasinis konsultavimas	Socialinio darbuotojo konsultavimas	Intervencijos (koordinavimas ir t.t.)
Deshields, Zebrack, Kennedy (2013)	+	+	+	+	+	+									+	+	+	+
Loscalzo (2016)	+	+	+	+			+	+		+		+		+	+	+	+	+
Andersen, Dorfman (2016)	+								+					+	+		+	+
Zebravk, Block ir kt. (2013)	+	+					+			+	+			+	+	+	+	
Adler, Page (2008)	+	+					+	+			+	+	+		+			
Hewitt ir kt. (2004)	+	+			+				+	+	+			+		+	+	
Kazak ir kt. (2011)	+	+							+			+	+	+	+			+
Fann ir kt. (2012)	+	+		+				+	+					+				+

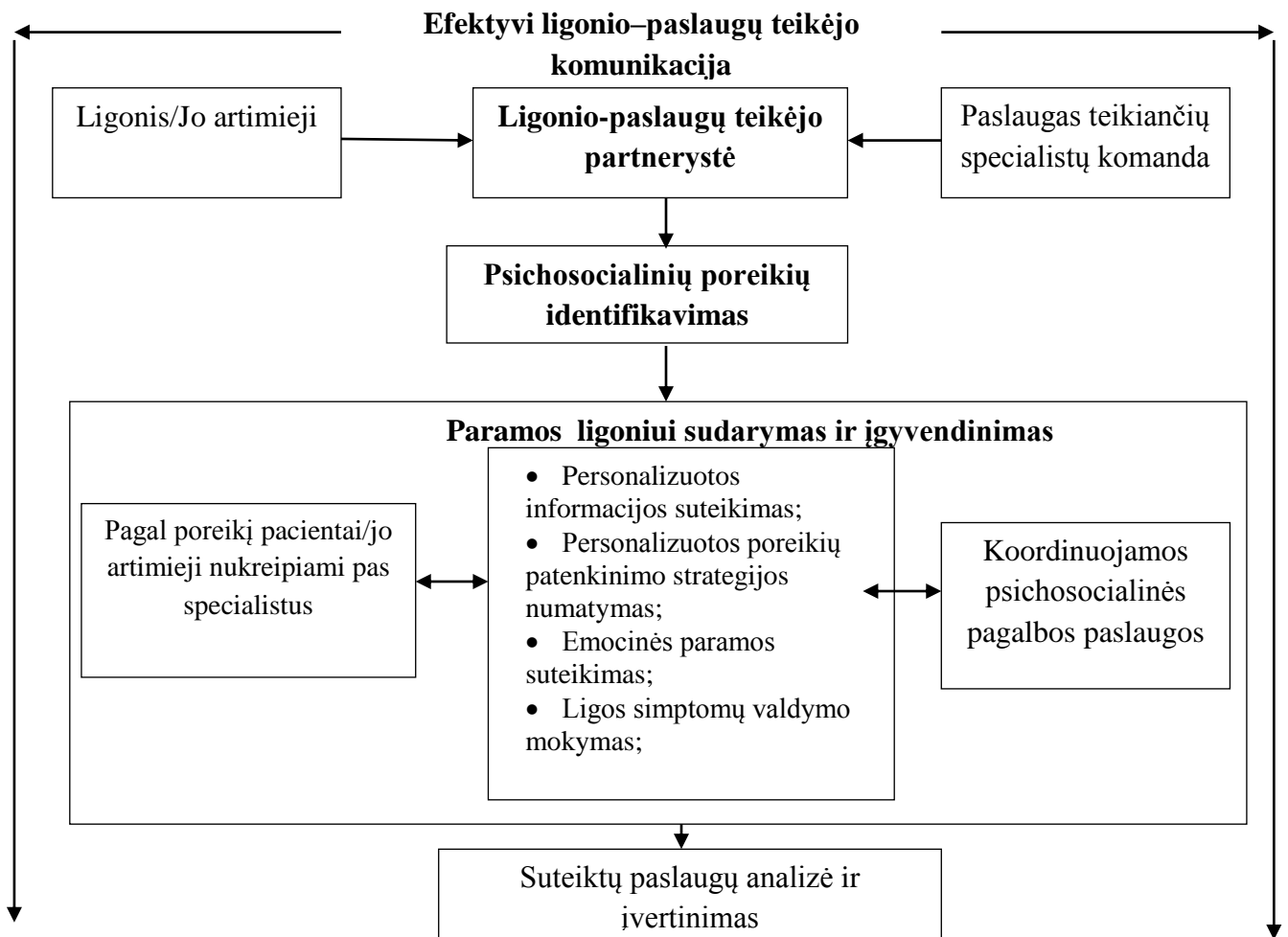
Šaltinis: Sudaryta autorės

**2 Priedas.** Personalizuotos pagalbos onkologiniams ligoniams teikiami privalumai

<b>Ligoniui</b>	<b>Gydančiam personalui</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Įtraukimas į sprendimų priėmimo procesus;</li> <li>- Geresnis savo būklės suvokimas, informuotumas;</li> <li>- Didesnis dėmesys kasdieniam savo elgsenos valdymui;</li> <li>- Ligos valdymo įgūdžių ugdymas, ankstyvų pavojaus sveikatai signalų atpažinimas;</li> <li>- Išaugęs pasitikėjimas savimi, sumažėjęs nerimas, stresas;</li> <li>- Priežiūros nuoseklumas ir tęstinumas;</li> <li>- Įgalinimas, situacijos kontrolės jausmas;</li> <li>- Išsamios žinios apie pagalbos galimybes, bendruomenines paslaugas</li> <li>- Naujų įgūdžių ugdymas;</li> <li>- Greitesnė socialinė adaptacija;</li> <li>- Sumažėjusi didelių krizinių situacijų, depresijos išsivystymo tikimybė;</li> <li>- Reikšmingai pagerėjusi gyvenimo kokybė;</li> <li>- Sveikatai palankios elgsenos ugdymas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produktyvesnės, didesnį pasitenkinimą keliančios konsultacijos su ligoniu;</li> <li>- Glaudus bendradarbiavimas, nulemiantis išsamios klinikinės informacijos prieinamumą;</li> <li>- Mažesnis gydymo atsisakymo atvejų skaičius;</li> <li>- Geresni ligonio gydymosi rezultatai;</li> <li>- Nauji įgūdžiai, padidėjusi kompetencija;</li> <li>- Padidėjusi paslaugų kokybė ir galimybė tobulėti</li> <li>- Sumažėjęs netinkamai naudojamų medikamentų atvejų skaičius;</li> <li>- Geresnė komunikacija su pacientu;</li> <li>- Produktyvesnis darbo laikas;</li> <li>- Išsprendžiamos netikslingų konsultacijų problemos</li> </ul>
<b>Organizacijai</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pinigai turi didesnę vertę, kadangi paslaugos atliepia individualius poreikius, pagerina sveikatos priežiūros išeišgas;</li> <li>- efektyvus ribotų resursų išnaudojimas;</li> <li>- Sutaupomos organizacijos lėšos;</li> <li>- Paslaugų koordinavimui palankių sąlygų sukūrimas;</li> <li>- Sumažėjęs sudėtingų hospitalizacijos, greitosios pagalbos iškvietimų atvejų skaičius;</li> <li>- Pagerėjusi paslaugų kokybė, didesnis pacientų pasitenkinimas;</li> <li>- Suteikiama sėkmingam pacientų poreikius tenkinančių paslaugų vykdymui reikalinga informacija;</li> <li>- Profesionalios ir savalaikės pagalbos užtikrinimas;</li> <li>- Prieinama ilgalaikė ir nuosekli pagalba, gerinanti pacientų gyvenimo kokybę ir išnaudojanti turimus vidinius ir išorinius resursus;</li> <li>- Išaugęs paslaugų efektyvumas</li> </ul>	

*Šalt.: sudaryta autorės, remiantis Loscalzo, 2016; Domain et al., 2015 m; We are Macmillan, 2013, 2014, p.11*

3 Priedas. Psichosocialinių paslaugų teikimo modelis



Šalt.:Adler, Page, 2008, p.8

**4 priedas.** Orientaciniai klausimai ekspertams siekiant aprašyti pasirinktą atvejį ir atskleisti jo unikalumą

Kada buvo įkurtas Onkologijos departamentas, kokia jo vizija, misija?

Kokios srityse specializuojamasi onkologinių lygų gydyme? Kokios prioritetingos veiklos kryptys?

Kokie pacientų srautai, kiek specialistų-darbuotojų?

Kokiais būdais gerinate savo pacientų gyvenimo kokybę?

Kokie psichinės sveikatos specialistai, į kuriuos gali kreiptis onkologiniai ligoniniai dėl patiriamo streso, dirba įstaigoje?

Kokie išoriniai psichosocialinės pagalbos išteklių yra prieinami onkologiniams ligoniniams?

Kas atsakingas už psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniniams planavimą, organizavimą ir koordinavimą įstaigoje?

Ar organizacijoje vyksta informacijos sklaida apie psichosocialinę pagalbą, jei taip, koku būdu?

## *5 priedas.* Pusiau standartizuoto interviu tyrimo klausimai

Ar visiems onkologiniams ligoniams įstaigoje atliekamas individualus psichosocialinio distreso vertinimas? Jei ne, kaip diferencijuojami tokie ligoniai?

Kokios yra galimybės įvertinti įstaigoje besilankančių onkologinių ligonių patiriamą psichosocialinį distresą?

Ar vertinant ligonių psichosocialinį distresą taikomas standartizuotas instrumentas? Jei taip, tai koks?

Kaip manote, ar standartizuotas psichosocialinio streso vertinimas yra naudingas? Kokias išvelgiate tokio vertinimo kliūtis?

Kas apibrėžia aukštą psichosocialinio distreso lygį?

Ar įstaigoje yra numatytas psichosocialinės pagalbos planas, aiški nukreipimų pas psichosocialinės pagalbos specialistus tvarka išskirtinai didelį distresą patiriantiems onkologiniams ligoniams?

Kaip manote, ar didelį distresą patiriančiam onkologiniam ligoniui naudinga taikyti standartizuotą psichosocialinės pagalbos planą? Kas apsunkina tokios pagalbos teikimą?

Kas ir kokiais atvejais informuoja onkologinius ligonius apie psichosocialines paslaugas?

Ar onkologinių ligonį gydančių specialistų tarpe yra dalijamasi informacija apie psichosocialinius ligonio poreikius, jam suteiktas psichosocialines paslaugas? Jei taip, koku būdu?

Kaip manote, ar tokios informacijos sklaida tarp specialistų yra naudinga? Kokias išvelgiate problemas?

Jūsų nuomone, ar įstaigoje skiriamas pakankamas dėmesys individualiam onkologinių ligonių psichosocialinio distreso mažinimui? Jei ne, kaip būtų galima pagerinti šias sąlygas?

Kaip manote, ar onkologinių ligonių psichosocialinio distreso mažinimas įstaigoje yra efektyvus? Jei ne, kokiomis priemonėmis psichosocialinės pagalbos efektyvumas gali būti didinamas?

Individualus psichosocialinio distreso vertinimas:

- Vertinimo taikymas
- Vertinimo ypatumai
- Psichosocialinio distreso suvokimas

Onkologinių ligonių psichosocialinio distreso vertinimo galimybės įstaigoje:

- Pirminis vertinimas
- Antrinis (profesionalus) vertinimas

Standartizuoto psichosocialinio distreso vertinimas (privalumai):

- Bendroji nauda
- Mokslinė nauda
- Pacientų gyvenimo kokybės gerinimas
- Specialistų darbo kokybės gerinimas
- Specialistų pasitenkinimo darbu didinimas

Standartizuotas psichosocialinio distreso vertinimas (kliūtys):

- Licenzijuoto instrumento nebuvimas
- Gydytojų onkologų konsultacijos laiko trūkumas ir darbo krūvis
- Psichosocialinio distreso pirminis vertinimas
- Žmogiškųjų resursų trūkumas
- Pagalbos tęstinumo užtikrinimas
- Vertinimo organizavimas ambulatorijos ir stacionaro pacientams
- Vertinimo objektyvumas ir patikimumas
- Per mažai išreikštas poreikis
- Instrumento pritaikomumas pacientui

Standartizuoto psichosocialinio distreso vertinimo taikymas (įžvalgos):

- Instrumento taikymas visiems ligoniams
- Daugkartinis paciento vertinimas
- Galimi už vertinimą atsakingi asmenys

Psichosocialinės pagalbos įstaigoje ypatumai:

- Ligonį nukreipimo pas psichosocialinės pagalbos specialistus vidinė tvarka
- Numatyta tvarka išsikviesti psichologą dalyvauti onkologo konsultacijoje

Standartizuoto psichosocialinės pagalbos plano vertinimas (privalumai):

- Bendroji nauda ir poreikis
- Nauda pacientui
- Nauda klinikiniam gydymo procesui
- Nauda darbuotojams

Standartizuoto psichosocialinės pagalbos plano taikymo iššūkiai:

- Pagalbos planą sudarančio ir jį koordinuojančio žmogaus poreikis
- Mokslinių tyrimų poreikis
- Infrastruktūros nebuvimas
- Visuomenės švietimo stoka: psichosocialinės pagalbos stigmatizavimas
- Pagalbos tęstinumo problema
- Lyderystės stoka
- Duomenų surinkimas

Informacijos apie psichosocialinę pagalbą sklaida įstaigoje:

- Informacijos šaltiniai pacientui
- Informacijos tarp specialistų dalijimosi būdai
- Informacijos tarp specialistų dalijimosi dažnis

Informacijos dalijimosi tarp specialistų vertinimas:

- Naudingumas
- Probleminiai aspektai

Psichosocialinės pagalbos įstaigoje vertinimas (pranašumai):

- Pagalbos prieinamumas ir savalaikiškumas
- Onkologo psichologo atsiradimas
- Krypingumas ir vidinė darbuotojų iniciatyva
- Bendradarbiavimo dėl psichosocialinės pagalbos vystymas

Psichosocialinės pagalbos įstaigoje gerinimo kryptys:

- Prailgintas onkologų konsultacijos laikas
- Moksliniai tyrimai
- Specialistų mokymai ir informacijos sklaida
- Pagalbos standartizavimas
- Didesnis socialinių darbuotojų įsitraukimas

## 7 priedas. Pusiau standartizuoto interviu pokalbio susisteminta išsklotinė

**Klausimas:** ar visiems onkologiniams ligoniams įstaigoje atliekamas individualus psichosocialinio streso vertinimas?

3 lentelė. Individualus onkologinių ligonių psichosocialinio streso vertinimas

Kategorija	N	Subkategorija	N	Teiginiai
Vykdomas	9	Visiems	5	„gydantysis gydytojas po pokalbio su pacientu vertina“ (R1), „psichosocialinis įvertinimas atliekamas vos tik tai pacientui įžengus pro duris <..> vertinama žmogaus psichologinė būklė, jo pažeidžiamumas“ (R3), „atėjus pacientui kalbant apie ligą stebiu, kaip jis reaguoja“ (R5); „analizuojame individualiai psichologinius, psichosocialinius klausimus“ (R9), „kada ateina ligonis, tu pradedi su juo dirbti <..> natūralu, kad tu jį matai kaip visumą“ (R10)
		Ne visiems	4	„aš manau, kad tikrai ne visiems <..> matai žmoguje problemą, nu tada perduodi gydytojui <..> kartais žmonės patys išsako problemą“ (R2), „atrenkam pagal tam tikrą distreso modelį <..> kai pirmą kartą nustatyta diagnozė <..> ligos atsikartojimo atvejais visada“ (R6), „jeigu gydytojai mato, kad pacientui reikia, tiesiog jį nusiunčia <..> tie žmonės, kurie neišreiškia savo emocijų, nesulaukia pagalbos“ (R7), „neatliekamas, deja <..> atrenkami tie ligoniai tikriausiai subjektyviai“ (R8)

**Klausimas:** kokios yra galimybės įvertinti įstaigoje besilankančių ligonių patiriamą psichosocialinį stresą?

2 lentelė. Onkologinių ligonių psichosocialinio streso vertinimo galimybės įstaigoje

Kategorija	Subkategorija	N	Teiginiai
Pirminis vertinimas	Gydantysis gydytojas - onkologas	8	„gydantysis gydytojas po pokalbio su pacientu įvertina ar tarpusavyje pasitaria, kad šitam pacientui tokia pagalba reikalinga“ (R1), „gydytojai dalyvauja šiame procese“ (R2), „tai vertina pats gydytojas specialistas“ (R3), „ateina konsultacijai [pacientas] ir šnekant ir pasakojant jam apie ligą stebiu [onkologas] kaip tas žmogus asmeniškai reaguoja“ (R5), „gydantysis gydytojas, ar gydytojas, kuris nustatė tą diagnozę, turi pamatyti distreso riziką“ (R6), „pas mus tai gydytojai [onkologai] atlieka“ (R7), „atrenkami tie ligoniai tikriausiai subjektyviai, kiekvieno gydytojo požiūriu“ (R8), „pats pokalbis su onkologu <..> jisai mato, jisai dirba ir jisai vertina“ (R10)
	Slaugytoja	2	„turbūt ir slaugytojos dalyvauja visam šitam procese <..> nes labai dažnai slaugytojos mato žmoguje problemą“ (R2), „su krūtų ligomis sergančiais pacientais daugiausia dirba slaugytoja, jai labiausiai ir pasiguodžia pacientas <..> tai yra slaugytojo kompetencija visa psichologinė pagalba“ (R8)
Antrinis-specializuotas vertinimas	Psichologas	5	„Dirba psichologė <..> ir ten viskas yra vertinama“ (R6), „atlieka [vertinimą] psichologai <..> gydytojai, jeigu mato, kad pacientui reikia psichologo konsultacijos, jie tiesiog nusiunčia jį“ (R7), „mes [onkologai] nukreipiame pas specialistus: psichologą, psichiatrą, kurie turi kompetencijos šiam vertinimui (R9), „jeigu matai, kad reikalinga dar pagilinta pagalba <..> nukreipiam psichologo konsultacijai“ (R10), „jeigu mes matom, kad pacientui reikalinga skubi psichologo pagalba, psichiatro nukreipiam (R3)

	Gydytojas psichiatras	4	„kartais pirma pasikviečia psichiatrą <...> psichiatras įvertina ir gali nukreipti pas psichologą“ (R6), „mes [onkologai] nukreipiame pas specialistus: psichologą, psichiatrą, kurie turi kompetencijos šiam vertinimui (R9), „jei reikalingas dar galbūt medikamentinis gydymas, tada jau nukreipia [pacientą] ir psichiatro konsultacijai“ (R10), jeigu mes matom, kad pacientui reikalinga skubi psichologo pagalba, psichiatro nukreipiam (R3)
--	-----------------------	---	---

**Klausimas:** Ar vertinant ligonių psichosocialinį stresą taikomas standartizuotas instrumentas? Jei taip, tai koks?

3 lentelė. Onkologinių ligonių psichosocialinio distreso vertinimo ypatumai

Kategorija	N	Subkategorija	Teiginiai
Objektyvus vertinimas	2	Standartizuoto instrumento taikymas	„Vadovaujamės NCCN distress management gairėmis“ (R1), „yra taikoma distreso skalė <...> praktikoje mes jį naudojame, daugiau nieko neturime“ (R6)
Subjektyvus vertinimas	8		„subjektyviai gydytojas vertina pagal žinias, <...>supratimą, nuovoką“ (R1), „standartizuoto kažkokio vertinimo nėra <...> matai žmoguje problemą <...>tada jau klausi patį žmogų“ (R2), „tai mes nusprendžiame patys individualiai <...> ne ne, nėra nei skalių, nei algoritmų“ (R3), „mano vertinimas psichosocialinis subjektyvus, atskiro vertintojo mes neturime (R5), „tiesiog empiriškai, iš turimų žinių, matosi, kuriam reikia“ (R7), „atrenkami tie ligoniai tikriausiai subjektyviai, gydytojo požiūriu“ (R8), „mes [onkologai] analizuojame individualiai psichologinius, psichosocialinius klausimus ir pasirenkame kaip veikti“ (R9), „aš manau čia ir atsiranda subjektyvus požiūris“ (R10)

**Klausimas:** kaip manote, ar standartizuotas psichosocialinio streso vertinimas yra naudingas?

4 lentelė. Standartizuoto psichosocialinio streso vertinimas: privalumai

Kategorija	N	Subkategorija	N	Teiginiai
Bendroji nauda	9			„manau, kad tai yra naudingas dalykas“ (R2), „tai būtų labai naudinga“ (R3), „aš tai galvoju turbūt, kad tai būtų geras toksai metodas, jeigu jis būtų pskritai taikomas“ (R10), „aš manau, kad naudinga“ (R5), „naudingumas tai yra be abejo“ (R6), „aš manau, kad naudingas“ (R7), „aš manau, kad idealu būtų, jei būtų kažkoks standartizuotas klausimynas“ (R8), „naudinga“ (R9), (R1)
Mokslinė nauda	1			„mokslinė prasme tai yra nauda, nes nu standartizuotą instrumentą turint jau galima kažkokį tai mokslą“ (R6)
Pacientų gyvenimo kokybės gerinimas	6	Tikslinga ir savalaikė pagalba	3	„naudinga, kadangi turint kažkokią schemas, gaires, yra tikslingi klausimai“ (R3), „pacientas tikslingai gautų specializuotą pagalbą <...> laiku būtų įvertinta kiek jam reikia socialinės pagalbos, kiek psichologo pagalbos“ (R6), „jis tikslingai gautų pagalbą, kurios jam reikia <...>padeda atrinkti kas naudingiausia pacientui“ (R7)
		Paciento gerovės	3	„manau pacientui būtų drąsiau, jis jaustųsi labiau savimi pasitikintis <...> patirtų mažiau streso <...>daugiau žinotų tos

		užtikrinimas		prieinamos, kompetentingos informacijos“ (R5) „žmonės kartais patys išsako problemą ir patys klausia, gal yra kažkokia pagalba <..> nes nu aš [pacientas] nesusitvarkau“ (R2) „naudinga nes padeda adaptuotis, naudingas lydėjimas per visas fazes“ (R9)
Specialistų darbo kokybės gerinimas	10	Racionali didelį distresą patiriančių ligonių atranka	5	„būtų galima grupuoti ir pažinti tas labiausiai pažeidžiamas grupes, kur tarkim aš nesu specialistė, nebaigiau psichologijos mokslų <..> ir galiu dažnai klysti ir nepastebėti to, ką turėjau pastebėti sakykim <..> (R8), „aš manau visi turėtų praeiti tą anketavimą kaip atranką ar tas poreikis jam yra šiuo metu aktualus“ (R5), „tuomet būtų sudaryta metodika, kuria remiantis, ten tiek ar tiek surinkus būtų matyti ten sos signalai“ (R10), „pagal jo rezultatus, objektyviai jau tada pagal balą siūlyti psichologinę pagalbą“ (R1), „naudingas atkapstant paslėptas problemas, kurių negali pamatyti“ (R2)
		Produktyvesnės konsultacijos dėl gydymo	2	„mums daug tokių nereikalingų galbūt mums užkraunamų problemų, kurių jei nereiktų spręst, mes galėtumėm daugiau laiko skirti konsultacijos gerinimui (R5) „mes sutaupytime laiko tam pacientui <..>specialybiniam pokalbiui <..> tai nebūtų taip paskubom kaip dabar“ (R3)
		Tikslingos psichosocialinės pagalbos paskyrimas	3	„aš turėdamas vieną vertinimą, jau galiu žinoti į ką man atkreipti dėmesį, ko netgi konkrečiai paklausti, kas kelia didžiausią nerimą <..> aš jau galėčiau užduoti tikslingus klausimus <..>žinodama, galiu dėliotis, kaip man elgtis <..>“ (R6) „idealu būtų, jei būtų kažkoks standartizuotas instrumentas, kuris jeigu surinko tiek balų-reikalinga pagalba, jei mažiau – tai net galima ir pan.“ (R8), „mes nesūlytumėm tos pagalbos, jei tas instrumentas parodytų, kad jos nereikia“ (R7)
Specialistų pasitenkinimo darbu didinimas		Išaugęs pasitikėjimas	1	„aš jausčiausi tvirtesnė kaip specialistė kai neturiu ką pasakyti ir kaip paklausti <..> būtų tiesiog instrumentas, kur galėčiau išsiaiškinti“ (R7)
		Sumažėjęs stresas ir įtampa darbe	2	“mūsų konsultacijos būtų tobulesnės, turėtume patys daugiau energijos ir mažiau patirtume streso darbe“ (R5), „tai palengvintų mūsų darbą“ (R3)

**Klausimas:** kokias įžvelgiate standartizuoto psichosocialinio streso vertinimo kliūtis?

5 lentelė. Standartizuotas psichosocialinio streso vertinimas: kliūtys

Kategorija	N	Subkategorija	N	Teiginiai
Licenzijuoto, instrumento nebuvimas	3			„bet kol kas mes neturime instrumento <..>dabar kiek žinau vyksta darbai, kad tą distreso skalę standartizuoti, licencijuoti“ (R6) „siekiamybė kartu su psichosocialinės onkologijos asociacija daryti distreso termometro adaptaciją Lietuvoje, kad mes galėtume jį taikyti <..> oficialiai ir iš tikrųjų tada jau didesniu mastu“ (R1), „klausimas kas imsis tos misijos, kas sudarys tuos klausimus“ (R3)
Gydytojų onkologų konsultacijos laiko trūkumas ir darbo krūvis	9			„neįsivaizduoju, kaip tai reiktų padaryti kada daktaras turi labai mažai laiko“ (R2), „pagrindinės kliūtys mano pačios [onkologo] asmeninis laikas“ (R5) „galbūt daugiau laiko reiktų“ (R7), „aš manau, kad pagrindinė kliūtis yra laikas <..> konsultacijai yra skirta 20 minučių“ (R8), šiai dienai

				onkologams jau yra tiek visko paduota, kad jie jau kratosi beleko“ (R6), „konsultacijos laikas gydytojo onkologo specialisto yra labai trumpas, per jį mes galim net nesužinot ar tas žmogus turi tų psichologinių problemų“ (R5) „gydytojai iš tikrųjų labai apkrauti“ (R1), „jeigu mums [onkologams] užkrautų dar ir šitą darbą [pakyla tonas], tai mums darbo tikrai per daug“ (R10), „gydytojas pas mus ir taip dirba daug darbų <.>kartais dar nesinorėtų ir psichologo“ (R8)
Psichosocialinio streso pirminis vertinimas (n=7)		Kompetencijos ir atsakomybės problema	7	„kiekvienas specialistas dirba savo kompetencijos rėmuose <.> Paslaugų apimtyje tai [vertinimas] nėra apibrėžtas“ (R9), „aš nesu specialistė <.> ir galiu dažnai klysti ir nepastebėti to, ką turėjau pastebėti sakykim (R8), „tai jau gaunasi nebe kompetentinga, jeigu aš [onkologas] vertinu žmogiškai, bet ne kaip specialistas“ (R5), „psichologinis vertinimas, yra būtent tos slaugytojos kompetencija, ne gydančio gydytojo“ (R8), „atsiranda specialisto patyrimas“ (R10), pirmai grandžiai turėtume tą distreso lygio matavimą pateikti“ (R6), „aš [onkologas] ir nenorėčiau būt ta vertintoja ir tų problemų sprendėja (R5)
Žmogiškųjų resursų trūkumas	9	Psichosocialinio streso vertinimą atliekančio žmogaus poreikis	6	„pagrindinės kliūtys yra žmogiškieji resursai <.> reikia žmogaus, kuris tuo užsiims“ (R1), „čia turtėtų būti atskiras kažkoks tai specialistas <.>aš manyčiau, kad kliūtis yra personalo/specialistų trūkumas“ (R2), „nėra to žmogaus [atliekančio vertinimą“ (R5), „iš tikrųjų žmogiškųjų resursų trūkumas [pabrėžiama] <.>pirmai grandžiai turėtume tą distreso lygio matavimą pateikti“ (R6), R8, „jeigu reiktų tą [vertinti] daryti, tai tiesiog turėtų būti papildomas žmogus, kuris tai dirbtų <.> nes mums būtų darbo tikrai per daug <.> bėda ta, kad mes neturim sesučių“ (R10)
		Psichosocialinės pagalbos specialistų trūkumas	3	„jeigu visiems atliktumėm psichosocialinio streso vertinimą, pritrūktumėm ir psichologų, ir vertintojų“ (R6), „šiai dienai tiesiog trūksta psichologų ligoninėj, kad užtikrinti, kad kiekvienas, kuris turi išreikštą distresą, gaus psichologinę pagalbą greitai“ (R1) „psichologinė konsultacija visiems neįmanoma <.> jinai [psichologė] tiesiog nevaliotų [nesuspėtų] šitiek pacientų pakonsultuoti (R8)
Pagalbos tęstinumo užtikrinimas	2			„jei tik vertinama, o po to nėra numatyta ką daryti su žmogumi, tai tuomet neturi prasmės vertinimas“ (R7), „pats vertinimas savaime neturi rezultato, vertinti jeigu neturi galimybių ką pasiūlyti nėra naudingas“ (R1)
Vertinimo organizavimas tarp ambulatorijos ir stacionaro paslaugų	1			„stacionare įvertinimą, sakykim, nėra sudėtinga suorganizuoti <.> su ambulatorine pagalba sudėtingiau, nes praktiškai reikia žmogaus, kuris tuo užsiims“ (R1)
Vertinimo objektyvumas ir patikimumas	1			„problemos dar: vertinimo objektyvumas, patikimumas“ (R7)
Per mažai išreikštas poreikis	1			„nėra sukurta sistema, kad tai yra kaip poreikis <.> dauguma specialistų dar nesuvokia to poreikio, kad mes turėtume vertinti tą psichosocialinį stresą, tai viskas žmogiškąja prasme vyksta“ (R5)
Instrumento pritaikomumas	2			„pacientui klausimai turi supaprastinti iki tam tikro lygio <.>priešingu atveju klausimai gali sukelti nerimą, stresą, įtampą“ (R6), „idealu, jeigu jisai būtų paprastas naudoti,

pacientui			pacientas pats galėtų užpildyti klausimyną“ (R8)
-----------	--	--	--

6 lentelė. Standartizuoto psichosocialinio streso vertinimo taikymas: įžvalgos

Kategorija	N	Subkategorija	N	Teiginiai
Vertinimo taikymas	5	Visiems ligoniams		„galbūt vat chemoterapijos, radioterapijos skyriuose iš tikrųjų visiems pacientams kartu su pasirašymo forma gydymui“ (R1), „tai jeigu dabar ten vyksta atranka ką siųsti pas specialistus, tai tiesiog kiekvieną naują atvejį siųsti“ (R2), „aš manau visi turėtų praeiti tą anketavimą“ (R5), „kiekvienas pacientas galėtų užpildyti tokį klausimyną“ (R6), (R8)
Vertinimo dažnis	3	Kelis kartus		„vertinimas pagal ligos faktą, epizodiškumą“ (R6) „galėtų bent jau porą kartų būt vertinimas <...> prieš susiduriant su gydymu ir gydymo gale“ (R5), „tai turėtų būti kartotinis vertinimas“ (R8)
Galimi už vertinimą atsakingi asmenys	13	Slaugytoja	6	„stacionare <...> tai nėra didelis papildomas darbas slaugytojoms“ (R1), „galėtų gal būti specializuota sesuo“ (R5), „tai galėtų būti ir slaugytoja, kuri apmokyta“ (R6), „aš kaip slaugytoja galėčiau taikyti. Tuo labiau slaugytoja susiduria su ta tiksline grupe, kuriai yra vertinimas reikalingas“ (R7) „aš manau, kad slaugytojos gali tai atlikti“ (R8), „tai čia gali ir sesutė man atrodo tokius darbus dirbti“ (R10)
		Socialinis darbuotojas	3	„vertinimą būtų galima priskirti ir socialinio darbuotojo pareigoms <..> jie tai daro daugumoje atvejų, kiek aš skaičiau mokslinių straipsnių“ (R1), „tai galėtų būti socialinis darbuotojas“ (R6), „Ir jeigu būtų tarkim specialistas, kad žmogus konkrečiai žino, kad nuėjęs jis gaus informaciją ką reikia daryt, kur toliau kreiptis ir tai nebūtų gydytojas, o tarkim <...> ar socialinis darbuotojas (R5)
		Gydantysis specialistas	2	„ne visada gali pateikti pačiam žmogui atsakyti, tai turbūt jau būtų čia reikalinga, kad pats gydantysis specialistas klausimus užduotų“ (R3) „aš manau, kad bet kuris gydytojas“ (R7)
		Savanoris	1	„tai galėtų būti bet koks savanoris realiai, kuris yra apmokytas tą darbą dirbti“ (R6)
		Psichologas	1	„tai galėtų būti psichologas“ (R6)

**Klausimas:** kas apibrėžia aukštą psichosocialinio streso lygį? Kaip Jūs jį suprantate?

7lentelė. Psichosocialinio distreso suvokimas

Kategorija	N	Subkategorija	Teiginiai
Subjektyvus suvokimas	7		„Turbūt, kad intuityviai jaučiu“ (R2) „subjektyviai vertinam patys, nes tai labai lemia ir paties ligonio būklė“ (R3), „subjektyviai aš jį suprantu <...> nuolatinis verksmingumas, galbūt, gydymo ignoravimas, rekomendacijų, galbūt labiausiai rekomendacijų ignoravimas“ (R5), „ta pati situacija yra 100 proc. stresinė <...> matosi, kad jie jau yra labai pavargę“ (R7), „tai turėtų būti kažkokia būseną žmogaus, kuri sutrikdo žmogaus psichologinę būseną, socialinį funkcionavimą“ (R8), „įvairiausi dalykai, kiekvienam individualiai <...> sutrinka miegas, kamuoja nerimas, nesusitaiko“ (R9), R10 „kaip aš suprasčiau, tai psichosocialinis stresas ne tik tai gali būti ligos sąlygotas <...> matosi, kaip žmogus kontroliuoja save, kaip jisai elgiasi“
Objektyvus suvokimas	2	National Comprehensive Cancer Network apibrėžimas	„mes remiamės va tuo Amerikos nacionalinio vėžio instituto apibrėžimu, kurį išsivertėm“ (R1), „remiamės amerikiečiais“ (R6)

**Klausimas:** ar įstaigoje numatytas psichosocialinės pagalbos planas, aiški nukreipimų pas psichosocialinės pagalbos specialistus tvarka išskirtinai didelį stresą patiriantiems onkologiniams ligoniams?

8 lentelė. Psichosocialinės pagalbos planavimas įstaigoje

Kategorija	N	Subkategorija	N	Teiginiai
Ligonių nukreipimo pas psichosocialinės pagalbos specialistus vidinė tvarka		Nukreipimas pas psichologą	9	„gydantysis gydytojas įvertina tokios psichosocialinės pagalbos poreikį <..> tada kviečia nustatyta tvarka konsultacijai psichologą ar psichiatrą“ (R1) „mūsų atveju, tai mes kviečiamės konsultuoti psichologą“ (R2), „yra planas <..> psichologo <..> pagalba, kuri gali būti suteikta tuoj pat“ (R3), „taip, planas yra <..> gydantysis gydytojas turi pamatyti distreso riziką turinčius pacientus, laiku nukreipti juos pas psichologą“ (R6), „kai mes numanom, kad turėsime pacientą su dideliu stresu arba jis ateis pakartotinai konsultacijai, kad kartu dalyvautų ir psichologas, kad stebėtų tą situaciją, galėtų padėti atreaguoti, dalyvauti pokalbyje, arba bent jau po to tam pacientui suteikti pagalbą“ (R5), „sakom gydytojui ir jisai siunčia pas psichologą“ (R7), „dažniausiai pacientas siunčiamas psichologo/psichoterapeuto konsultacijai“ (R8), „aiški tvarka, nukreipiame pas psichologą/psichiatrą“ (R9), „pirminis specialistas, paskui psichologas“ (R10)
		Nukreipimas pas psichiatrą	5	„pagal tą planą <..> turi pamatyti gydantysis gydytojas ar reikia psichiatro pagalbos“ (R1), taip, planas yra <..> gydantysis gydytojas turi pamatyti distreso riziką turinčius pacientus, laiku nukreipti juos pas psichiatrą“ (R6), „yra planas <..> psichiatro pagalba, kuri gali būti suteikta tuoj pat“ (R3), „dažnai toks pacientas siunčiamas psichoterapeuto konsultacijai“ (R8), aiški tvarka, nukreipiame, jei reikia, pas psichiatrą (R9) <..>“
		Nukreipimas pas dvasininką	4	„dvasininkas yra kviečiamas tada, kai žmogus išsako norą <..> išsako, kad turi dvasinių poreikių“ (R1), „kviečiamės kapelioną, jeigu jam tarkim reikia“ (R2), „yra kapelionas, kuris dirba pas mus ligoninėje“ (R8), „dvasininkas pas mus irgi yra“ (R10)
		Nukreipimas pas socialinį darbuotoją	3	„žiūrim tada [įvertinus distresą] kartu, kas turėtų, ar socialinis darbuotojas“ (R6), „socialinis darbuotojas jisai yra kažkur ligoninėje <..> tai jeigu jau užsinori reikia“ (R10), „mes visiems pacientams paaiškiname apie socialinio darbuotojo galimybes“ (R9)
		Nukreipimas į šv. Pranciškaus onkologijos centrą	4	„Jeigu reikia, kviečiamės kaimynus Šv. Pranciškaus onkologijos centrą“ (R2), „po to šalia įstaigos yra pranciškonų veiklos, irgi suteikia informaciją <..> pasiūlom nueiti“ (R5), „šalia mūsų yra pranciškonai, tai jie irgi ateina ir tikrai aš matau kaip jie gražiai dirba ir kam reikia, žmonės tai tikrai gali daryti“ (R10), „mes pasakom, kad šalia yra pranciškaus onkologijos centras“ (R7)
Numatyta galimybė išsikviesti psichologą dalyvauti onkologo konsultacijoje	4			„netgi yra galimybė, kad konsultacijos metu būtų galima išsikviesti psichologą“ (R1), „kai mes numanom, kad turėsime pacientą su dideliu stresu <..> kviečiam, kad kartu dalyvautų ir psichologas, kad stebėtų tą situaciją“ (R5), „yra galimybė, kad konsultacijos metu būtų galima išsikviesti psichologą, kuris dalyvautų šalia“ (R3), „kviečiamės konsultuoti psichologą“ (R2)

4 lentelė. Standartizuoto psichosocialinės pagalbos plano vertinimas: privalumai

Kategorija	N	Subkategorija	N	Teiginiai
Bendroji nauda ir poreikis	9			„aš vis tik galvoju, kad visiems turėtų būti“ (R2), „taip, tai yra tikrai labai naudinga“ (R3), „individualus pagalbos planas iš tikrųjų labai naudingas <...> mūsų gydymas turi sukelti aplink pacientą“ (R6), „aš manau, kad tai būtina kiekvienam <...> ir taip pat po kiek laiko <...> iš viso tų standartizuotų dalykų daugiau reikėtų“ (R7), „nauda tikrai yra reali, tikrai egzistuoja“ (R8), „tokios pagalbos reikia“ (R9), „jeigu būtų normaliai sustatyta tvarka ir jeigu būtų ir dvasinė, ir socialinė pagalba, ir dar socialinis darbuotojas jei įsijungtų <...> tai čia būtų gėris“ (R10), „aš manau, kad naudinga [taikyti]“ (R5), (R1)
Nauda pacientui	8	Saugumo jausmas	2	„pacientas jaučiasi saugus, kad jisai yra nukreipiamas kažkur konkrečiai <...> paaiškini ko galima tikėtis, kad jis nėra tiesiog nukreipiamas į nežinią“ (R3), „galbūt nesijaustų toj situacijoj vienišas, nes būtų įtrauktas, kad yra kažkas, kas jam padeda“ (R5)
		Informuotumas	2	„galėtų ir pats pacientas matyti, ko jisai prieš tai nežinojo, kokią informaciją jau turi <...> yra kažkas kas kompetentingai pakonsultuoja“ (R5), „tada jisai [pacientas] žino, kodėl ta medžiaga yra leidžiama, dėl ko jisai turi patirti tą stresą“ (R10)
		Gerinami ligos valdymo įgūdžiai	2	„jeigu žmogus turi ramybę tokią, motyvaciją normalią, susitvarko su savo emocijom, tai tada jam yra lengviau ir gydymą toleruoti ir priimti“ (R10), „labai dažnai būna kad pacientai dėl šoko atsisako gydymo arba renkasi alternatyvų būdą“ (R8)
		Kompleksinė pagalba	2	„turim akcentuoti į pacientą, mūsų gydymas turi sukelti aplink pacientą“ (R6), „čia yra gėris, taigi žmogus yra daugialypė sistema“ (R10)
Nauda klinikiniam gydymo procesui	7	Sklandesnis procesų vykdymas	3	„taip viskas vyksta daug sklandžiau <...> ir kai yra galimybė, kur jį (pacientą) nusiųsti ir kur jisai gauna taip pat atsakymus ir pagalbą. Tai palengvina“ (R3), „labai dažnai būna, kad pacientai dėl šoko atsisako gydymo arba renkasi alternatyvų gydymą <...> ir dažnai nesiklauso ką jam sakai“ (R8), „paprastai kažką tada daryti negu chaosas kažkoks“ (R10)
		Produktyvesnis konsultacijos dėl gydymo laikas	1	„tada liktų laiko daugiau galvoti apie gydymo paskyrimą, strategavimą“ (R10)
		Aiškūs atsakomybės dėl psichosocialinės pagalbos pasidalijimas	3	„nauda yra, kad mes pasidalinam ir susitvarkom su tam tikrais taškais“ (R6), „nusikrautų didelė dalis jam padėti ir organizuoti pagalbą papildomai, ką turėtų aš įsivaizduoju atlikti kažkas lygiagrečiai <...> šalia būtų struktūra, kuri tą išspręstų“ (R5), „distreso termometras yra diegiamas daugybėje šalių tam, kad nuimti tą dalį, kuri šiai dienai tenka gydytojų atsakomybei <...> įvertinti be ligos dar jo emociinę būklę“ (R1)
Nauda darbuotojams	2	Saugumas	1	„saugiau jaustūsi patys darbuotojai, žinotų kas reikia ir padarytų“ (R7)
		Emocinė gerovė	1	„tada neištaškytum emocijų dirbant ir sprendžiant tikrai kartais kas nuveš, kaip parveš, o kiek mokėti <...> juk kartais ir tokį darbą tu atlieki <...> liktų

				baltos dienos net paskaityti straipsniams“ (R10)
--	--	--	--	--

5 lentelė. Standartizuoto psichosocialinės pagalbos plano diegimo iššūkiai

Kategorija	N	Subkategorija	N	Teiginiai
Pagalbos planą sudarančio ir jį koordinuojančio žmogaus poreikis	4			„viskas įmanoma padaryti, reikia žmogiškųjų resursų“ (R1), „apsunkina žmogiškųjų išteklių trūkumas <...> ką turėtų atlikti kažkas lygiagrečiai“ (R5), „reikalingas žmogus, kuris realiai dirbtų būtent tą vadybinį darbą“ (R8) „apsunkina žmogiškųjų išteklių ribotumas“ (R6)
Mokslinių tyrimų poreikis	1			„naujausių mokslinių tyrimų integravimas į praktiką yra sunkumas <...> tyrimai būtini vertinant pagalbos efektyvumą <...> reikalingas vertinimas ir mūsų vietoje: tiek pagalbos organizavimo, tiek pagalbos teikimo efektyvumo“ (R1)
Infrastruktūros nebuvimas	3			„jeigu būtų normaliai sustatyta tvarka <...> tai galvoju, kad čia būtų gėris“ (R10), „ nėra tokio plano <...> apsunkina ir aiškumo, infrastruktūros nebuvimas“ (R5), „reikia vadybinio plano, nes psichosocialinė pagalba onkologijoje tai vienas aspektas yra darbas su pačiais ligoniais <...> nėra va to struktūros“ (R1),
Visuomenės švietimo stoka	6	Psichosocialinės pagalbos stigmatizavimas	6	reikia pacientus edukuoti, nes jie prisiskaito, ateina su tam tikrais stereotipais <...> tiek iš gydytojų pusės“ (R6), „būna pacientai turi kažkokių tai mitų, klaidinančių gydymą <...> Lietuvoje medicininis intelektas yra vienas žemiausių “ (R8), „pacientas linkęs dažnai dėl kažkokių tai stereotipų tos psichologo pagalbos atsisakyti“ (R5), „šviečiamoji dalis yra būtina ir nuolatinė <...> tiek medicinos personalo, tiek visuomenės švietimas, kad ta pagalba jinai yra <...> pats vėžys stigmatizuotas ir psichosocialinė pagalba taip pat turi savo stigmą“ (R1), „žmogų nukreipti pas psichiatrą tai vistiek mūsų visuomenėje nesupratimas yra toksai, ir ne tik ligonių, apskritai visuomenės ir pačių medikų dar toks išlikęs aj pas psichiatrą aš maždaug čia jau durnas“ (R10), „su dvasininku labai subtilu <...> daugumai žmonių tai asocijuojasi su kažkokiu tai vos ne priešmirtiniu nuodėmklausiu <...> ir jie dar labiau įsibaimina <...> tas pats ir su Pranciškaus onkologijos centru“ (R8)
Lyderystės stoka	1			R7 „galbūt nėra kažkokių tai lyderių, kurie pakeistų tą situaciją <...> iniciatyvos iš pačių gydytojų <...> nes mes laukiam kol čia viską pakeis“
Pagalbos tęstinumas	2			„pagrindinė problema tai yra kai jau mes pabaigiam gydymą <...> kai žmogų išrašom į namus <...> yra tam tikrų situacijų, kai žmogus puola į neviltį <...> kai galbūt gyvena rajone kur nėra suteikiama ar taip lengvai prieinama slaugos pagalba, kai nėra komandos <...> toliau visiškai neaišku kas su juo vyksta“ (R3), „psichologinės reabilitacijos pas mus išvis nėra“ (R8)
Duomenų surinkimas	2			„apsunkina pirminių duomenų surinkimas“ (R2), „kadangi nėra to instrumento, kuris leidžia diferencijuoti tuos pacientus, tai manau daugybė tokių pacientų <...> gali likti nepastebėti ir negauti jiems reikiamos pagalbos“ (R8)

**Klausimas:** kas ir kokiais atvejais informuoja onkologinius ligonius apie psichosocialines paslaugas?

6 lentelė. Informacijos apie psichosocialinę pagalbą šaltiniai

Kategorija	N	Teiginiai
Gydantysis gydytojas - onkologas	9	„vėlgį gydytojas, viską gydantysis gydytojas“ (R5), „mūsų onkologiniai ligoniai yra informuojami operuojančių gydytojų, pas kuriuos pirmiausia patenka <...> vėliau būna chemoterapinis gydymas <...> radioterapijos stebėjimas <...> ir bet kuris iš šių gydytojų visais atžvilgiais“ (R7), „mes visiems pacientams apie psichologo, socialinio darbuotojo galimybes“ (R9), „gydantysis gydytojas“ (R1), „gydantysis gydytojas“ (R2), „pats gydytojas specialistas onkologas“ (R3), „gydantys gydytojai, kurie pirmą kartą nustatė, kitas dalykas onkologai, gydytojai onkologai visada informuoja kaip yra kas“ (R6), „gydantysis gydytojas“ (R8), „gydantysis gydytojas“ (R10)
Slaugytoja	3	„slaugės“ (R2), „gydytojas ir slaugytoja“ (R8), „ir slaugytojos gali“ (R6)
Socialinis darbuotojas	1	„socialiniai darbuotojai, galbūt, bet tai nėra labai aktyvioj veikloj“ (R3)

**Klausimas:** Ar onkologinį ligonį gydančių specialistų tarpe yra dalijamasi informacija apie psichosocialinius ligonio poreikius, jam suteiktas psichosocialines paslaugas? Jei taip, kokių būdu?

7 lentelė. Informacijos sklaida tarp specialistų apie psichosocialinius ligonio poreikius ir jam suteiktą pagalbą

Kategorija	N	Subkategorija	N	Teiginiai
Informacijos dalijimosi būdai	13	Specialistų įrašas kortelėje	4	„psichologas, psichiatras daro įrašą, kurį mato gydantysis gydytojas“ (R1), „visi duomenys apie pacientą, yra medicininė dokumentacija, įrašai, kuriuos mes pateikiame“ (R3), „kartais tiesiog nukreipi <...> rašai konsultacijai“ (R10), „yra surašoma kortelėje“ (R6)
		Bendrų aptarimų metu	1	„stacionare gydytojai dažniausiai bendrų aptarimų metu tarpusavyje aptaria pacientus, kuriems psichologinė, psichosocialinė pagalba yra reikalinga“ (R1)
		Tarpasmeninis specialistų pokalbis	7	„kviečia psichologą, psichiatrą <...> jie taip pat kalbasi su gydytoju apie tai, ką pamatė“ (R1), „visada teikiame informaciją, jeigu skambinasi, klausiasi specialistas“ (R3), „mes pasidalinam neformaliai tarp gydytojų multidisciplininės komandos narių“ (R5), „daugiausia žodine forma tarpusavyje pasikalbam“ (R6), „taip <...> gydytojas pamato, paskambina, pasako, pasikalba“ (R7), „verbaliniu būdu“ (R9), „nu ta prasme tokiu būdu, kolegišku, kur susitinki, ten pasišneki“ (R10)
		„Penkiaminučių metu“	1	„mes apie tai kalbamės penkiaminučių metu <...> ar slaugytojos pastebėjo tai kažkokios pagalbos poreikį, tai yra aptariama ir po to aišku grįžtamasis ryšys“ (R2)
Informacijos dalijimosi dažnis	8	Epizodinis	6	„dalijamasi informacija, jei ten koks probleminis pacientas“ (R5), „Čia daugiau epizodiškai <...> neturim savo apibrėžto laiko, kol kas, kada būtų pacientai aptariami iš tos psichosocialinės perspektyvos“ (R1), „visada teikiame, jeigu skambinasi, klausiasi“ (R3), „pagal poreikį“ (R6), „dažniausiai ne“ (R8), „kartais“ (R10)
		Reguliarus	2	„mūsų skyriuje tai taip, nes mes apie tai kalbamės rytą“ (R2), „gydytojai onkologai visada informuoja kaip yra kas“ (R6)

**Klausimas:** Kaip manote, ar tokios informacijos sklaida tarp specialistų yra naudinga? Kokias išvelgiate problemas?

8 lentelė. Informacijos dalijimosi tarp specialistų apie psichosocialinius ligonio poreikius vertinimas

Kategorija	N	Subkategorija	N	Teiginiai
Naudingumas	11	Gydytojo-paciento santykių gerinimas	3	gydytojas informuojamas apie tuos aspektus, kurie liečia gydytojo-paciento santykių ir emocinę būklę paciento <...>kas yra svarbu“ (R1), „man [onkologui] tai naudinga, kad aš jį informuoju kai pasiruošti“ (R5), „manau pagerintų empatiją visų dirbančių žmonių“ (R10)
		Efektyvesnė pagalba sergančiam	3	„kuo daugiau šnekam, tuo labiau mes žmogui galim padėti“ (R2), „neabejotinai naudinga žinoti apie tai, kaip pacientas jaučiasi“ (R3), „kiekvienas specialistas mato iš savo taško tą ligonį <...> nauda yra ta, kad mes susieinam ir apsprendžiam, kad būtų galima visus tuos taškus sujungti ir suteikti kiek įmanoma naudingesnę pagalbą pačiam pacientui. Tada rezultatai yra geresni“ (R6)
		Didinamas specialistų informuotumas apie psichosocialinę pagalbą	3	„daugiau išgirsta apie tą pagalbą, galbūt kažkas nežino, pasidalina ta patirtimi – vienas tokį atvejį turėjęs, kitas tokį, nu ir vat kokia pagalba buvo apčiuopiama“ (R2), „naudinga, nes aktualu žinoti, kas teikia (pagalbą), kad pacientą nukreipti ir nuraminti“ (R9), „informacijos prieinamumas geras dalykas, galvoju, kad jei yra informacija, tai čia būtų neblogai, nes tu žinai, geriau pažįsti pacientą“ (R10)
		Skatinama individualizuota prieiga	2	„nauda yra tai, kad tai yra betarpinis bendravimas, labiau individualizuoto plano sudarymas“ (R6), „žinodami ar įspėti apie tokį jautresnį žmogų mes tikrai atidžiau pasižiūrėtume ir gal šiek tiek ir tonas ir tos visos konsultacijos eiga būtų šiek tiek švelnesnė“ (R8)
Trukdžiai	15	Informacijos sklaidos tarp ligoninės ir Šv. Pranciškaus onkologijos centro trūkumas	2	„informacija nekeliauja už ligoninės ribų, ir pareina be informacijos. Toje srityje mes galėtume takelį tokį platesnį padaryti, nes pagalba ten [šv. Pranciškaus onkologijos centre] yra <...> ir kartais mes sužinom daugiau iš pacientų, negu jie iš mūsų sužinot turėtų“ (R2), „mes pasakom, kad šalia yra pranciškaus onkologijos centras, bet man atrodo, kad to maža <...> turėtų būti paskatinimas“ (R7)
		Laiko trūkumas	2	„dėl tos pačios laiko stokos skriaudžiam pacientą jo konsultacijos metu <...>pagrindinė problema laikas“ (R8), „dar kažkur tai atskirai dalintis ta informacija tai turbūt būtų sudėtinga <...> nes ir taip čia veiklos užtenka“ (R3)
		Specialistų požiūris ir medikamentinio gydymo kultūra	3	„ko pasigendami su chirurgais, va šito tokio <...>žmonės ateina pas mus ir nežino realios situacijos“ (R2), „priklauso nuo gydytojų požiūrio“ (R6), „Pas mus gi šalyje <...> nepakankamas psichologinės būsenos, psichologinės sveikatos žmogaus vertinimo, yra koncentruojamasi būtent į tą tradicinį gydymo metodą pagydyti ligą“ (R8), „žinojimas apie psichosocialines problemas gydymo taktikos nekeičia“ (R5)
		„Apčiuopiamos“ naudos nebuvimas	1	„žinojimas apie psichosocialines problemas gydymo taktikos nekeičia“ (R5)
		Informacijos konfidencialumas ir prieinamumas	5	„problema kyla dėl informacijos atskleidimo pacientui, kuri turi būti konfidenciali netgi jo atžvilgiu <...> informacijos atskleidimas labai ribotas“ (R6), „iš tikrųjų problema tokia yra jeigu kyla, tarkim, konkreti žmogui bėda <...> tokių intymių dalykų būna, kur galbūt kaip ir nereiktų dalintis ta informacija“ (R7), „turėtų būti informacijos prieinamumas“ (R6), „yra dalykai, kur jau visko neišpasakosi“ (R10), „dauguma informacijos yra konfidenciali“ (R1)
		Komandinių pokalbių nebuvimas	2	„iki multidisciplinės komisijos mūsų dar nedaleido, bet vėlgi žmogiškasis resursas šioje vietoje labai streikuoja“ (R6), „aptarimas neturi savo, sakykim, apibrėžto laiko, kada būtų

				pacientai aptariami iš tos psichosocialinės perspektyvos, bet yra siekiamybė, kad tie komandiniai aptarimai vyktų“ (R1)
--	--	--	--	---

**Klausimai:** Jūsų nuomone, ar įstaigoje skiriamas pakankamas dėmesys individualiam onkologinių ligonių psichosocialinio streso mažinimui? Jei ne, kaip būtų galima pagerinti šias sąlygas?

Kaip manote, ar onkologinių ligonių psichosocialinio streso mažinimas įstaigoje yra efektyvus? Jei ne, kokiomis priemonėmis psichosocialinės pagalbos efektyvumas gali būti didinamas?

13 lentelė. Esamos psichosocialinės pagalbos įstaigoje vertinimas: privalumai

Kategorija	N	Teiginiai
Pagalbos prieinamumas ir savalaikiškumas	6	„bandom daryti „žalią“ koridorių psichosocialinei pagalbai gauti <..>, kad pagalba būtų kiek įmanoma greičiau prieinama <..> <b>čia pat, vietoj ir prieinama</b> , net fiziškai šalia gydytojų onkologų kabinetų <..>,jeigu stacionare, tai kviečiamas psichologas arba psichiatras <..> dabar lygiai taip pat ambulatorijoje“ (R1), „jeigu mes matom, kad pacientui reikalinga skubi pagalba, tai irgi prieinama <..> taip pat skubiai, tiek pat planiškai“ (R3), „eilių nėra, labai greitai priima <..> puikiai veikia ta sistema“ (R10), „Galimybės pagalbai šiai dienai iš tikrųjų yra visai neblogos <..> visas galimybes turim įvertinti“ (R6), „stengiamės pacientus informuoti, kad yra psichologo tarnyba pas mus ligoninėje, tiek psichoterapeuto“ (R8), (R5)
Psichosocialinės pagalbos specialisto atsiradimas	4	„manyčiau, kad įstaigoje tai tikrai pakankama, nes ne visur Lietuvoj galima sulaukti tos psichologinės pagalbos ir iš karto kad nukreiptas ir psichiatro konsultacijai“ (R3), „manau, kad galbūt dabar atsirado ta naujovė, kad mes dabar turim tą onkologą psichologą<..> mes jau galim nukreipt specialistui, o ne patys imtis kažkokios iniciatyvos kaip jam ten psichologiškai padėt <..> ir tą labai ženkliai pagerina“ (R5), „psichologas gerai pas mus dirba <..> bendradarbiauja labai glaudžiai“ (R10), „netgi va psichologė <..> dirba būtent su onkologiniais ligoniais, tai yra šviežia, bet labai gerai“ (R2)
Kryptingumas ir vidinė darbuotojų iniciatyva	5	„mes žinom, ko mes norim, yra siekiamybė <..> yra galimybė gerinti kompleksinę pagalbą pacientams“ (R1), „pas mus jau daroma iniciatyva <..> daug investuojama į krūties sesers atsiradimą, kurios galėtų sudaryti tą gydymo planą <..> tai tik su krūčių susirgimais“ (R5), „mūsų tikslas įgyvendinti ir įteisinti krūčių slaugytoją Lietuvoje <..> steigti pacientų mokyklą“ (R8), „galbūt po poros metų turėsime jau tą standartizuotą, validų instrumentą“ (R6), „yra siekiamybė kartu su psichosocialinės onkologijos asociacija daryti distreso termometro adaptaciją Lietuvoje, kad mes galėtume jį taikyti <..> oficialiai ir iš tikrųjų tada jau didesniu mastu“ (R1)
Bendradarbiavimo tarp specialistų dėl psichosocialinės pagalbos vystymas	6	„pasakojam gydytojam, supažindinam su tuo, kas yra psichosocialinis stresas, kad jie žinotų“ (R1), „kviečiamės psichologą, jeigu reikia toliau jau psichiatrą <..> Šv. Pranciškaus onkologijos centrą“ (R2), „su psichologais kiekvieną rytą apsitariam ir ne vien darbo valandomis“ (R6), „didžiąjai daliai mes stengiamės informuoti, kad yra psichologo tarnyba pas mus ligoninėje, tiek psichoterapeuto“ (R8), „psichologas su psichiatru yra glaudžiai bendradarbiaujantys specialistai“ (R5), „mūsų psichologė tikrai labai glaudžiai su mumis bendradarbiauja <..> gerai, kad šalia mūsų yra pranciškonai“ (R10)

9 lentelė. Psichosocialinės pagalbos gerinimo kryptys įstaigoje specialistų požiūriu

Kategorija	N	Subkategorija	N	Teiginiai
Prailgintas onkologų konsultacijos laikas	1			„truputėli per trumpos konsultacijos laikas <..> ilgesnis laikas, kad būtų galima tiesiog įvertinti viską (R3)
Moksliniai tyrimai	2			„moksliniais tyrimais“ (R2), „efektyvumui [psichosocialinės pagalbos] mums reikia tyrimų <..> konkrečios mūsų įstaigai pritaikytos metodikos, tokios pagalbos efektyvumui vertinti“ (R1)

Specialistų mokymai ir informacijos sklaida	2			„reikia organizuoti kažkokius profesionalius kursus“ (R8), „jeigu mes kalbam apie pagalbos didinimą, tai yra informacijos sklaida bet kam, kas galėtų tą informaciją pasiimti: gydytojams, pacientams“ (R6)
Pagalbos standartizavimas	14	Standartizuoto psichosocialinio streso vertinimo instrumento taikymas	6	„pirmas punktas adaptuoti distreso vertinimo metodiką,, (R1) „standartizuotas visas tyrimas turėtų būti kažkoks tai“ (R2), „galėtų būti kažkokia tai forma, kur jis (pacientas) pats galėtų iš šono pamatyti ar apklaustos, kad vat galbūt jam reikia pagalbos tose ar kitose srityse <...> reikia metodikos (R5), „turėtų būti kažkoks tai filtrai, pirmoji grandis, kuri pasakytų, kad čia yra socialinė problema, čia psichologinė problema“ (R6), „ pagalbos efektyvumo didinimo priemonės: naudojimas standartizuoto instrumento“ (R8), „ [dabar] pagalbą gauna tik tie pacientai, kurie išreiškia savo emocijas <...> tas vertinimas [standartizuotas] iš tikrųjų yra geras dalykas“ (R7)
		Psichosocialinio streso vertinimas prieš pradėdant gydymą	2	„galėtų būti tas žmogus, kur jau ateitų pacientas sužinojęs tą diagnozę, jau be tokių visų emocijų pas tą gydytoją, kad galėtų bent jau tinkamai gydytojo specialisto rekomendacijas ir nurodymus“ (R5), „idealu būtų jeigu pirmas pokalbis būtų ne toks jau ir ilgas, jeigu žmogus pabūna su savo emocijom <...> kad pas gydytoją sugrįžti ir išgirsti tą gydymo planą <...>, kad jam jau emocijos nebeviršytų gebėjimo dar priimti naują informaciją“ (R1)
		Už psichosocialinio streso vertinimą atsakingo atskiro specialisto atsiradimas	4	„be abejo, ir personalo daugiau reikėtų“ (R2), „žmoniškųjų išteklių problema, kuris nukreiptų, „prasijotų“ (R6), „galimybė būtų išspręsti daugiau tų bėdų jeigu kažkas galėtų tuos pacientus rūšiuoti“ (R8), „aš tai manau, kad galėtų būti atskiras žmogus, kuris galėtų vertinti ir tą žmogų koordinuoti“ (R5)
Didesnis socialinių darbuotojų įsitraukimas	3			„tie patys socialiniai darbuotojai galėtų daugiau dalyvauti“ (R6) „galėtų efektyvumas būti didinamas, jeigu atsirastų soc. Darbuotojas ir jis kartu su psichologu darniai dirbtų“ (R9), „socialinis darbuotojas jei įsijungtų ir padėtų tenai atlikti kai kurias funkcijas <...> tai čia būtų gėris“ (R10)