

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Miglė Blinkevičiūtė

Sveikatos psichologijos studijų programa
Magistro darbas

Krūties vėžiu sergančių moterų suvoktas stigmatizavimas bei emocinė būseną

Darbo vadovė: dr. Olga Zamalijeva

Vilnius
2020

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS.....	9
1.1. Stigmatizavimas	9
1.1.1. Stigmos ir stigmatizavimo samprata	9
1.1.2. Stigmos dimensijos.....	10
1.1.3. Stigmatizavimo tipai.....	11
1.1.4. Suvoktas stigmatizavimas.....	12
1.1.5. Stigmatizavimas ir onkologinės ligos.....	15
1.1.6. Stigmatizavimas ir krūties vėžys.....	17
1.1.7. Stigmatizavimo pasireiškimas šiuolaikinėje visuomenėje.....	19
1.1.8. Suvokto stigmatizavimo poveikis ir pasekmės	21
1.2. Emocinė būseną ir onkologinę ligą.....	23
1.2.1. Onkologinė liga sergančiųjų emocinė būseną.....	23
1.2.2. Krūties vėžiu sergančių moterų emocinė būseną	26
1.2.3. Vėžio terapijos reikšmė emocinei būsenai.....	27
1.3. Suvokto stigmatizavimo reikšmė emocinei būsenai	30
1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	32
2. TYRIMO METODIKA.....	33
2.1. Tyrimo dalyviai	33
2.2. Tyrimo instrumentai.....	35
2.3. Tyrimo eiga.....	38
2.4. Duomenų analizė.....	39
1. REZULTATAI	40
3.1. Pirminė suvokto stigmatizavimo ir emocinės būsenos veiksnių analizė.....	40
3.1.1. Suvoktas stigmatizavimas ir sociodemografiniai veiksniai.....	40
3.1.2. Suvoktas stigmatizavimas ir gydymo veiksniai.....	43
3.1.3. Emocinė būseną ir sociodemografiniai veiksniai	45
3.1.4. Emocinė būseną ir gydymo veiksniai.....	47
3.1.5. Suvoktas stigmatizavimas ir emocinė būseną.....	49
3.1.6. Suvoktas stigmatizavimas ir subjektyviai vertinama sveikata.....	49

3.1.7. Emocinė būseną ir subjektyviai vertinama sveikata	51
3.2. Antrinė suvokto stigmatizavimo ir emocinės būsenos veiksnių analizė	52
3.2.1. Sociodemografinių, subjektyviai vertinamos sveikatos, gydymo ypatumų ir suvokto stigmatizavimo veiksnių reikšmė emocinei būsenai	52
3.2.2. Sociodemografinių, subjektyviai vertinamos sveikatos ir gydymo veiksnių reikšmė suvoktam stigmatizavimui	55
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	59
IŠVADOS	67
LITERATŪRA.....	68
PRIEDAI.....	79
1 priedas. Sociodemografinių klausimų blokas.....	79
2 priedas. Subjektyvios sveikatos vertinimas.....	81
3 priedas. Su sveikata susijusių sunkumų tikrinių reikšmių grafikas.....	82
4 priedas. Su liga susijusių sunkumų skalės tiriamosios faktorių analizės teiginių faktorių svoriai	83
5 priedas. Socialinio poveikio skalės patvirtinančiosios faktorių analizės teiginių faktorių svoriai	84
6 priedas. Generalizuoto nerimo sutrikimo skalės-7 faktorių tikrinių reikšmių grafikas	85
7 priedas. Generalizuoto nerimo sutrikimo skalės-7 tiriamosios faktorių analizės teiginių faktorių svoriai	86
8 priedas. Tiriamojo informavimo forma	87

SANTRAUKA

Krūties vėžiu sergančių moterų suvoktas stigmatizavimas bei emocinė būseną

Miglė Blinkevičiūtė

Vilniaus universitetas, Vilnius, 2020, 87 psl.

Krūties vėžiu sergančios moterys susiduria ne tik su fizinės sveikatos, tačiau ir psichosocialiniais bei psichologiniais sunkumais, vieni kurių – stigmatizuojantis požiūris į sergančiąsias bei emocinės būsenos sunkumai. Tyrimu siekta išanalizuoti krūties vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo reikšmę jų emocinei būsenai pooperaciniu laikotarpiu, atsižvelgiant į taikyto gydymo ir sveikatos būklės ypatumus. Tyrime dalyvavo 95 krūties vėžiu sergančios moterys po atlikto chirurginio vėžio gydymo, jų amžius – nuo 20 iki 80 metų. Tyrimas buvo atliekamas Nacionaliniame vėžio institute. Tyrime naudoti šie instrumentai: Socialinio poveikio skalė, Geriatriinė depresijos skalė, Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7, sociodemografinių, subjektyvios sveikatos būklės ir taikyto gydymo veiksnių anketa. Gauti rezultatai parodė, jog suvoktas stigmatizavimas siejasi su emocine būseną, taip pat, jog suvokto stigmatizavimo aspektai susiję su finansine padėtimi, taikyta rekonstrukcija, subjektyviai vertinama sveikata bei sunkumais, susijusiais su krūties vėžiu bei jo gydymu. Emocinė būseną taip pat siejasi su sunkumais, susijusiais su liga. Šiame tyrime taip pat atskleista, jog suvoktas stigmatizavimas prisideda prie emocinės būsenos paaiškinimo. Svarbiausias depresijos simptomų prognostinis veiksnys yra socialinė atskirtis.

Raktiniai žodžiai: *suvoktas stigmatizavimas, krūties vėžys, emocinė būseną*

SUMMARY

Perceived stigmatization and emotional state among women with breast cancer

Miglė Blinkevičiūtė

Vilnius university, Vilnius, 2020, 87 p.

Women with breast cancer face not only physical health but also psychosocial and psychological issues, some of which include stigmatizing attitudes towards the ill and difficulties with emotional state. This study analyzes the impact of perceived stigmatization on the emotional state of women with breast cancer, whilst controlling sociodemographic, subjective health and cancer treatment factors. The study included 95 women between the ages of 20 and 80 with breast cancer that had undergone surgical cancer treatment. The study was conducted at the National Cancer Institute. The study used the following instruments: The Social Impact Scale; The Geriatric Depression Scale; The Generalized Anxiety Disorder Scale-7 and; questionnaires on sociodemographic, subjective health status and treatment factors. The results showed that certain aspects of perceived stigmatization among women were related to emotional state, as well as financial status, breast reconstruction, subjective health and difficulties associated with breast cancer and its treatment. The results also revealed that participants emotional state was related to difficulties associated with the illness and that perceived stigmatization predicted emotional state. The most important prognostic factor for depressive symptoms was social isolation.

Keywords: *perceived stigmatization, breast cancer, emotional state*

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Stigma – žymė, išsiskiriantis bruožas, dėl kurios asmuo yra priskiriamas tam tikrai grupei, tuomet jam taikomi stereotipai ir galimai reiškiasi diskriminacija.

Stigmatizuojantis požiūris – smerkiantis ar diskriminuojantis požiūris į asmenį, grindžiamas socialinėmis charakteristikomis, kurios padeda jį išskirti iš kitų visuomenės narių.

Suvoktas stigmatizavimas (angl. *perceived stigmatization*) – daugialypė sąvoka, neturinti vieningo apibrėžimo. Gali būti apibūdintas kaip socialinis procesas arba individo asmeninė patirtis, kuriems būdingas atskirties, atstūmimo, kaltinimo ar nuvertinimo suvokimas, atsirandantis dėl patirtos arba numanomos neigiamos socialinės nuostatos apie tam tikrą grupę ar asmenį (Weiss & Ramakrishna, 2006).

Onkologinė liga (vėžys, piktybinis auglys, navikas) – liga, kuriai būdingas nekontroliuojamas ir greitas pakitusių vėžinių ląstelių dauginimasis formuojant piktybinį auglį. Piktybiniai augliai auga ir naikina aplinkinius audinius, o taip pat gali persikelti į kitus organus, sukeldami metastazes (Eimutienė, 2013).

Mastektomija – visos krūties arba abiejų krūčių pašalinimo operacija.

Rekonstrukcija – krūties arba abiejų krūčių atkuriamoji operacija.

Chemoterapija – gydymas vaistais nuo vėžio (Nacionalinis vėžio institutas, 2014).

Radioterapija (spindulinis gydymas, spindulinė terapija) – vėžio gydymas naudojant didelės energijos jonizuojančią spinduliuotę, siekiant sunaikinti vėžio ląsteles ir kuo mažiau pažeisti sveikuosius audinius (Nacionalinis vėžio institutas, 2014).

PRATARMĖ

Visame pasaulyje daugybė moterų išgirsta krūties vėžio diagnozę, lydimą nežinomybės, sumaišties, netikrumo, o kartu ir vilties žvelgiant į ateitį. Kiekvienais metais diagnozuojama per 2 milijonus krūties vėžio ligos atvejų, o Lietuvoje tai yra dažniausia moterų onkologinė liga (Lekauskaitė, 2019; World Health Organization, 2020). Krūties vėžiu sergančios moterys susiduria ne tik su onkologinės ligos našta, tačiau kai kuriais atvejais ir su suvoktu stigmatizavimu bei jo sąlygotais sunkumais.

Šiuolaikinėje visuomenėje sveikata yra traktuojama kaip norma. Visuomenės poreikiai nukreipiami į sveikatą ir grožį, kurie yra aukštinami, kai, tuo tarpu, nuokrypiu nuo normos pasižymintis kūnas – stigmatizuojamas. Tad neretai krūtų onkologine liga sergančiosioms mastektomija arba vėžio terapijos pasekmė – plaukų nuslinkimas yra stigmatizuojantį požiūrį sąlygojantys veiksniai (Else-Quest & Jackson, 2014). Vakarų kultūrose krūtys yra seksualizuojamos, siejamos su moters lytimi bei jos kūno tapatumu. Autorius Ziegler (1985, cit. iš Bagdonienė, 2012) teigia, jog *„vargu ar egzistuoja kita tokia liga, kuri taip stipriai paveiktų moters Aš vaizdą ir jos tapatumą, kaip krūties vėžys ir su mastektomija susijęs fizinis subjaurojimas“*. Panašu, jog ši citata puikiai atspindi sergančių moterų internalizuotas stigmatizuojančias nuostatas apie krūties vėžio sąlygotus kūno vaizdo pokyčius.

Dar daugiau, neigiamas visuomenės požiūris į krūties vėžiu sergančias moteris pasireiškia ne tik dėl Gofman (1963) išskirto fizinių deformacijų komponento, tačiau ir dėl pačios ligos baimės (Fife & Wright, 2000). Kai kuriose kultūrose vis dar esti vėžio mitų, kai tikima, jog onkologinė liga yra užkrečiama (Neal et al., 2011) arba yra prilyginama neišvengiamam mirties nuosprendžiui (Chapple, Ziebland, & McPherson, 2004). Be to, ir vakarų kultūrose vėžio ligos sąvoka asocijuojama su mirties tematika, pavyzdžiui, naudojamos „mūsų laikmečio raupsai“ ar „liga mirčiai“ metaforos, o vėžio terapijoje naudojami kariniai terminai, tokie kaip „kova prieš vėžį“, „ląstelių nuodai“ ir kiti (Bagdonienė, 2012). Vėžio diagnozė asocijuojasi su kiekvieno iš mūsų trapumu, pažeidžiamumu, būties laikinumumu, o tai baugina. Baimės jausmas skatina stigmatizuojančias nuostatas sergančiųjų atžvilgiu. Nors platesnis onkologinių ligų etiologijos suvokimas leidžia jausti, jog galime bent dalinai kontroliuoti ligą, o visuomenės švietimas prisideda prie neigiamų nuostatų raiškos mažinimo, suvokto stigmatizavimo reiškinys išlieka aktuali ir opi problema šiuolaikinėje visuomenėje.

Tiek pats onkologinis susirgimas ir dėl jo kilę sunkumai įvairiose sergančiųjų gyvenimo srityse, tiek suvoktas stigmatizavimas turi skaudžias pasekmes sergančių moterų emocinei būsenai. Krūties

vėžiu sergančioms moterims neretai komorbidiskai pasireiskia depresijos bei nerimo simptomai (pavyzdžiui, Burgers et al., 2005), kurie yra dažniausiai pasireiškiantys onkologinėmis ligomis sergančių pacientų emocinės būsenos sunkumai (Derogatis et al., 1983, cit. iš Cankurtaran et al., 2008). Be to, mokslinėje literatūroje randama, jog vėžinėmis ligomis sergančiųjų stigmatizavimas siejasi su emocinės būsenos sutrikimais (pavyzdžiui, Cataldo & Brodsky, 2013). Visgi, nors stigmatizavimas yra nuo seno įvairių sričių mokslininkus dominęs reiškinys, stigmos, susijusios su onkologinėmis ligomis tyrimai prasidėjo daug vėliau. Tad literatūroje susiduriame su onkologinių pacientų, o ypač krūtų vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo bei jo reikšmės emocinei būsenai stygiu. Tuo tarpu, depresijos ir nerimo simptomų identifikavimas ir psichologinės pagalbos teikimas yra itin svarbūs onkologinių ligonių gydymo aspektai. Taigi, atsižvelgiant į suvokto stigmatizavimo problematiką bei šį reiškinį nagrinėjančių tyrimų stoką moterų krūtų onkologinės ligos kontekste, šiame tyrime keliamas tikslas išnagrinėti krūtų vėžiu sergančių moterų patiriamą suvoktą stigmatizavimą bei jo ryšį su emocine būseną.

1. ĮVADAS

1.1. Stigmatizavimas

1.1.1. Stigmos ir stigmatizavimo samprata

Individu, turinčių nuokrypio nuo normos žymių, visuotinis nuvertinimas paskatino gausius mokslinius stigmatizavimo reiškinių tyrimus. Literatūroje identifikuojamos stigmatizavimo priežastys, konstruktas bei pasekmės. Didžioji dalis tiek teorijos, tiek mokslinių tyrimų, nagrinėjančių stigmatizacijos procesą, ištakų atveda prie Goffman (1963, p. 3), kuris apibrėžė stigumą kaip „*atributą, kuris ypač diskredituoja*“ ir kenkia asmens socialiniam tapatumui – „*nužemina asmenį iki sugedusio ir nuvertinto*“. Pasak autoriaus, stigmatizavimas pasireiškia socialinės interakcijos metu, kuomet individo realus socialinis identitetas neatitinka visuomenės normatyvinių įsitikinimų apie tai, kokius požymius individas turėtų įkūnyti, kitaip tariant, tariamo socialinio identiteto. Dėl šios priežasties asmuo yra suvokiamas kaip negebantis išpildyti vaidmens socialinėje interakcijoje reikalavimų ir jai netinkamas.

Nuo Goffman, padėjusio pamatą stigmatizavimo tyrimams, buvo pasiūlytos dar trys pagrindinės stigmos sampratos. Remiantis Jones ir kolegomis (1984), galima teigti, jog asmuo yra stigmatizuojamas, kai žymė, t.y. nuokrypis nuo prototipo ar normos, yra susiejama su nuostatomis, kurios diskredituoja tos žymės turėtoją. Dar daugiau, nuokrypio žymė pradeda priskyrimo procesą, kurio metu žmonės sprendžia apie individą ir kitas jo savybes pagal žymę ir reaguoja į individą remdamiesi stigma, o ne jo asmenybe. Kita vertus, Elliott, Ziegler, Altman ir Scott (1982) teigė, kad stigma yra nuokrypio forma, dėl kurios kiti žmonės nusprendžia, jog individas yra neteisėtas socialinės interakcijos dalyvis. Šie žmonės neteisėtais dalyviais laikomi dėl to, kad jiems trūksta gebėjimų ar įgūdžių, reikalingų socialinei tarpusavio sąveikai, jie gali elgtis nenusipėjamai ar nepastoviai, arba gali būti grėsmė kitiems ar net pačiai sąveikai.

Galiausiai, Crocker, Major ir Steele (1998) pripažino, jog itin sunku rasti konkretų bruožą, nusakantį stigmos sampratą, bet pasiūlė, jog yra manoma, kad stigmatizuojamiems asmenims priklauso tam tikra atributika ar charakteristika, kuri perteikia socialinį identitetą, nuvertinamą konkrečiame socialiniame kontekste. Remiantis šių autorių požiūriu, stigmatizavimo priežastis yra asmens narystė tam tikroje grupėje ar kategorijoje, kuri yra neigiamai vertinama specifinėje situacijoje. Apibendrinus minėtas sampratas matome, kad jose bendra tai, jog stigmatizavimo priežastis yra neigiamas asmens vertinimas, nesvarbu, ar tai būtų diskreditavimas, ar suvokiamas neteisėtumas, ar nuvertinta socialinė tapatybė.

1.1.2. Stigmos dimensijos

Tyrinédami stigmos reiškinį, autoriai daug dėmesio skiria stigmatizavimo priežastims suprasti. Siekdami paaiškinti, kokios aplinkybės bei charakteristikos yra stigmatizuojamos, Jones ir kolegos (1984) išskyrė šešias stigmos dimensijas. Tai yra:

- Matomumas arba galimybė nuslėpti žymę. Žymės nuslėpimo galimybė priklauso nuo to, kiek nuokrypio nuo normos charakteristika yra akivaizdi ir pastebima kitiems žmonėms. Jei asmuo turi galimybę nuslėpti žymę, jis ir stengsis tai daryti tam, kad išvengtų stigmatizavimo. Pavyzdžiui, psichikos sveikatos ligos, kurios išoriškai gali būti nesunkiai nuslepiamos, tokios kaip lengva depresija ar lengvas nerimo sutrikimas, susilaukia mažiau stigmatizacijos lyginant su sunkiai maskuojamomis, tokiomis kaip šizofrenija (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004). Kalbant apie onkologinius ligonius, išoriškai matomi vėžio simptomai, pavyzdžiui, veido melanoma, yra labiau stigmatizuojami (Knapp-Oliver & Moyer, 2009).
- Ligos eiga. Kitas svarbus elementas yra ligos eiga. Ligos eiga apima nuostatas dėl nepageidaujamos žymės stabilumo laiko atžvilgiu. Kuo stabilesnė yra nepageidaujama charakteristika, tuo didesnė tikimybė, kad individas dėl to bus stigmatizuojamas (Link et al., 2004).
- Ligos žala. Ligos žala atspindi tai, kiek asmens sutrikimas ar liga kenkia socialinėms interakcijoms. Tarkime, dažnai manoma, kad psichikos liga sergančiųjų elgesys yra nenusipėjamas, kas trukdo bendravimui su kitais žmonėmis (Ahmedani, 2011). Onkologinių ligų atveju, tiek pačios ligos, tiek vėžio terapijos sąlygoti sunkumai taip pat apriboja socialinį gyvenimą.
- Estetinės charakteristikos. Dar vienas stigmos elementas yra estetinis aspektas, kuris yra susijęs su tuo, kaip sergančiojo žymė arba charakteristika gali sukelti kitų žmonių emocinio arba fizinio pasibjaurėjimo reakcijas.
- Ligos kilmė. Stigmatizavimo reiškimąsi ir stiprumą taip pat lemia ir įsitikinimai dėl ligos kilmės. Ligos kilmė yra tai, kas sukėlė konkrečią ligą. Jei manoma, kad liga gali būti kontroliuojama paties asmens, sergantis bus kaltinamas dėl savo būsenos, laikomas už ją atsakingu, dėl ko stiprės ir stigmatizavimas. Tokiu atveju manoma, jog liga atsirado dėl savikontrolės stokos. Taigi, stigmatizavimo stiprumas yra reikšmingai susijęs su suvokiama atsakomybe už ligą (Feldman & Crandall, 2007). Kuo daugiau atsakomybės už ligą,

aplinkinių manymu, priklauso sergančiam asmeniui, tuo mažiau užuojautos ir daugiau neigiamų emocijų jam bus jaučiama.

- Ligos pavojingumas. Vienas stipriausių stigmatizacijos atsiradimą lemiančių veiksnių yra grėsmės elementas. Įsitikinimas, kad psichikos liga sergantieji yra pavojingi sukelia emocines reakcijas, tokias kaip baimė ir nesaugumas, o šios skatina socialinį atstūmimą (Feldman & Crandall, 2007). Vėžinių ligų atveju, grėsmingais suvokiami ne sergantieji, o pati liga.

Taigi, onkologinių ligų, o taip pat ir krūties vėžio ligos atveju, ypač svarbios ligos matomumo, ligos žalos bei ligos kilmės dimensijos, kurios bus aptariamoms šio darbo eigoje.

1.1.3. Stigmatizavimo tipai

Be komponentų, sudarančių stigmos konstrukta, svarbu aptarti ir skirtingus stigmatizavimo tipus arba rūšis. Literatūroje aptinkama šių tipų įvairovė. Dažniausiai autorių darbuose sutinkami viešojo bei asmeninio stigmatizavimo tipai. Viešąjį stigmatizavimą galima apibrėžti kaip tipišką visuomenės atsaką į asmenis su nuokrypio žymėmis, tuo tarpu asmeninio stigmatizavimo sąvoka atspindi internalizuotą psichologinį atsaką į viešąjį stigmatizavimą. Be to, su viešuoju stigmatizavimu itin susijęs ir patiriamas stigmatizavimas. Šį tipą galima apibūdinti kaip žymę turinčio asmens realios diskriminacijos arba dalyvumo apribojimo patirtį (Van Brakel et al., 2006).

Viešasis stigmatizavimas, nukreiptas į sergančiuosius, yra prietarų arba išankstinių nuostatų forma, kuri apima kognityvinius, emocinius bei elgesio komponentus (Watson & Corrigan, 2005). Kognityvinis komponentas yra kognityvinė reakcija į tam tikrą ligą sergantį žmogų. Pavyzdžiui, reakcija į psichikos liga sergantį žmogų sudaro stereotipiniai įsitikinimai, kad psichikos liga sergantieji yra pavojingi ar netvarkingi (Schumacher, Corrigan, & Dejong, 2003). Taip pat gali būti kognityvinės nuostatos, jog sergantieji yra vienaip ar kitaip patys atsakingi už savo ligą. Pavyzdžiui, rūkantys plaučių vėžiu sergantieji gali būti stigmatizuojami kaip patys sukėlę sau ligą (Marlow, Waller, & Wardle, 2010), kaip ir gimdos kaklelio vėžiu sergančios pacientės, kadangi ši liga siejama su lytiškai pntančiomis ligomis ir neatsakingu elgesiu (Else-Quest & Jackson, 2014).

Tuo tarpu, dažnai pasitaikanti emocinė reakcija į sergančiuosius onkologine liga yra baimės jausmas, o elgesio komponentas – diskriminacija. Susidūrimas su tokiu ligoniu kitiems primena apie jų pačių pažeidžiamumą, todėl kelia baimę ir skatina stigmatizavimą (Herek, 1999; Mosher & Danoff-Burg, 2007; Stahly, 1989, cit. iš Else-Quest & Jackson, 2014). Kalbant apie elgesio

komponentą, jis dažnai pasireiškia sergančiųjų diskriminacija, kuri liečia įdarbinimą, buitį, sveikatos apsaugą ir socialinę interakciją (Dickerson, Sommerville, & Origoni, 2002; Wahl, 1999).

Asmeninis stigmatizavimas gali būti įvardintas kaip internalizuotas psichologinis stigmatizuojančių savybių poveikis. Corrigan ir Watson (2002) šį stigmatizavimo tipą sieja su susijusios su liga gėdos, kaltės, beviltiškumo bei diskriminacijos baimės internalizavimu. Asmeninio stigmatizavimo pasekmės gali būti savigarbos ir saviveiksmingumo praradimas. Dar daugiau, tyrimai atskleidė asmeninio stigmatizavimo, kilusio dėl patirto viešojo stigmatizavimo ir depresijos ryšį (Manos, Rusch, Kanter, & Clifford, 2009). Visgi, nors ir dažnos, tokios pasekmės pasireiškia ne visiems nuokrypio žymę turintiems asmenims. Viešojo stigmatizavimo suvokimas, patvirtinimas ir pritaikymas sau sąlygoja asmeninio stigmatizavimo raišką (Corrigan, Watson, & Barr, 2006).

Gėdos, baimės ir susvetimėjimo emocijos yra pagrindinės asmeninio stigmatizavimo sudedamosios dalys (Link et al., 2004). Asmenys, kuriems užklijuotos „nesveikų“ etiketės, tikisi sulaukti nuvertinimo ir diskriminacijos, o tai savo ruožtu veda prie savigarbos sumažėjimo ir demoralizacijos, ypač tais atvejais, kai stigmatizuojamų žmonių baimės yra iš tiesų patvirtinamos realios diskriminacijos (Markowitz, 1998). Dickerson ir kolegų (2002) tyrimas atskleidė, jog psichologinės ligos diagnozę turintieji galėjo nurodyti konkrečius patirtos stigmatizacijos atvejus, nepaisant jų ligos simptomų sunkumo ar diagnozės. Be to, kai kurie autoriai išskiria dvi asmeninio, su psichikos ligomis susijusio, stigmatizavimo rūšis: asmeninis stigmatizavimas, susijęs su psichikos liga ir asmeninis stigmatizavimas, susijęs su kreipimusi dėl psichologinės pagalbos (Tucker et al., 2013).

1.1.4. Suvoktas stigmatizavimas

Suvoktas stigmatizavimas – dar vienas stigmatizacijos tipas. Tai kiek rečiau literatūroje sutinkamas, bet ypatingai svarbus reiškinys, kuriam skiriamas didžiausias dėmesys šiame darbe. Ši sąvoka iš esmės reiškia patiriamą stigmatizavimo baimę, bet taip pat apima ir gėdos jausmą, susijusį su liga (Scrambler & Hopkins, 1986). Platesnis apibrėžimas suvoktą stigmatizavimą apibūdina kaip socialinį procesą arba individo asmeninę patirtį, kuriai būdingas atskirties, atstūmimo, kaltinimo ar nuvertinimo suvokimas, atsirandantis dėl patirtos ar numanomos neigiamos socialinės nuostatos apie tam tikrą grupę ar asmenį (Weiss & Ramakrishna, 2006). Literatūroje randami skirtingi suvokto stigmatizavimo teoriniai modeliai. Dalis šių modelių akcentuoja psichikos sveikatos

sutrikimų turinčių asmenų suvoktą stigmatizavimą, tuo tarpu, kiti yra labiau pritaikyti somatinėmis ligomis sergantiesiems. Siekiant geriau suprasti suvokto stigmatizavimo reiškinių, šiame skyrelyje bus aptarti įvairūs požiūriai.

Vienas iš ankstesnių suvokto stigmatizavimo modelių yra Link ir kolegų (1989) pasiūlyta Modifikuota etikečių klijavimo teorija (angl. *Modified labeling theory*). Visų pirma, suvokto stigmatizavimo komponentai yra asmens įsitikinimai apie nuvertinimą ir diskriminacija. Čia svarbi idėja, jog individai internalizuoja socialinį suvokimą apie tai, ką reiškia būti su užklijuota „psichiškai nesveiko“ etikete (Scheff, 1984, cit. iš Link et al., 1989). Įsitikinimams apie nuvertinimą įtaką daro ir tokie šaltiniai, kaip anekdotai, karikatūros bei žiniasklaidos pranešimai apie sergančiuosius psichikos ligomis (Scheff, 1966, cit. iš Link et al., 1989). Asmens suvokimas apima du svarbius komponentus: žmonių tikėjimo, jog psichikos liga sergantysis bus nuvertintas laipsnį ir tai, kiek jie tiki, kad toks sergantysis bus diskriminuojamas. Nuvertinimo sąvoka kilusi iš Cumming ir Cumming (1965) stigmos, kaip „statuso praradimo“ suvokimo ir Goffman (1963, cit. iš Link et al., 1989) idėjos apie „diskredituojančią“ stigmos prigimtį. Tuo tarpu, diskriminacijos sąvoka pasiūlyta dėl psichikos ligomis sergantiems dažnai taikomo socialinio atstumo (Link et al., 1989).

Literatūroje randamas vėlesnis Link ir kitų (1997) šio suvokto stigmatizavimo modelio papildymas atstūmimo komponentu. Anot autorių, suvoktas stigmatizavimas apima kognityvinį bei elgesio aspektus – suvokimą, jog asmuo turi socialiai nepageidautinų savybių ir dėl to jaučiamą atstūmimą. Turintiesiems tam tikrą žymę būdingi įsitikinimai, kad visuomenė gali atstumti arba nuvertinti sergančius žmones. Jei jie tiki, kad psichikos liga sergantis asmuo gali būti atstumtas kaip darbuotojas, kaimynas, artimasis arba nuvertintas kaip esantis ne toks patikimas ar protingas, įsivyrąja laukimas būti atstumtu ir baimės jausmas (Link et al., 1991). Taigi, šiame modelyje pateikiami asmens įsitikinimų apie nuvertinimą, diskriminacijos ir atstūmimo komponentai.

Mickelson ir Williams (2008) pateikia kitokį suvokto stigmatizavimo modelį. Pagal jį, suvoktas stigmatizavimas susideda iš internalizuoto ir patiriamo stigmatizavimo. Internalizuotas stigmatizavimas reiškia neigiamus asmens jausmus, susijusius su liga, tokius kaip gėda, drovėjimasis ir panašūs jausmai. Prisimenant šiame darbe jau aptartus stigmos tipus, internalizuotas stigmatizavimas turi asmeninei stigmai būdingų bruožų. Patiriamas stigmatizavimas modelyje suprantamas kaip asmens suvokimas, jog jis yra stigmatizuojamas. Visgi, nėra konkrečiai apibrėžta, ką reiškia toks suvokimas. Čia verta prisiminti minėtą Van Brakel (2006) patiriamos stigmos apibūdinimą kaip realios diskriminacijos arba dalyvumo apribojimo patirtį. Be to, patiriamą stigmą kai kurie autoriai lygina su viešąja, kuri Corrigan (2005) apibrėžiama kaip stigmatizuojamo asmens visuomenės nuostatų bei stereotipų apie žymę turinčiuosius suvokimas. Galiausiai, Mickelson ir

Williams (2008) analizuoja ir atstūmimo baimės komponentą, kuris siejasi su prieš tai aptartu modeliu. Nors baimė būti atstumtam priskiriama prie stigmatos pasekmių, autoriai svarsto, jog tai gali būti ir suvokto stigmatizavimo komponentas.

Šiame darbe remiuosi Fife ir Wright (2000) modeliu ir jų socialinio poveikio skale (angl. *Social Impact Scale*). Autoriai tyrinėjo suvoktos stigmatos pasireiškimą fizinėmis ligomis – ŽIV/AIDS bei vėžiu sergančiųjų atžvilgiu, todėl būtent jų siūloma stigmatizavimo samprata yra tinkamiausia ir šiame darbe. Visų pirma, autorių stigmatos koncepcija pagrįsta Modifikuota etikečių klijavimo teorija (Link, 1982; Link et al., 1997), kurioje teigiama, kad stigmatizuojančių nuostatų apie individus su tam tikromis nuokrypio nuo normos žymėmis yra gausu visuomenėje. Kai toks individas atpažįsta priklausantis stigmatizuojamai grupei, šios nuostatos tampa reikšmingomis ir aktualiomis jo savęs suvokimui. Jei individas internalizuoja neigiamus įsitikinimus, stigmatos pasekmės gali būti tokios, kaip neigiami savęs samprata ir neigiamos gyvenimiškos patirtys (Link, 1982; Link, et al., 1987 cit. iš Fife & Wright, 2000). Fife ir Wright (2000) pateikia atnaujintą originalaus stigmatos klausimyno versiją, kurioje išskiria keturias suvokto stigmatizavimo dimensijas: socialinį atstūmimą, finansinį nesaugumą, internalizuotą gėdą ir socialinę atskirtį.

Socialinio poveikio skalė bei Link ir kolegų (1989) modelis dalijasi keliomis bendromis dimensijomis. Socialinis atstūmimas atspindi individo jausmą, jog jis yra diskriminuojamas darbe ar visuomenėje, įskaitant ir suvokimą, jog aplinkiniai yra mažiau pagarbūs su juo, nesielgia su juo kaip su kompetentingu, jo vengia arba jaučiasi nepatogiai šalia jo (Fife & Wright, 2000). Tuo tarpu, socialinė atskirtis autorių skalėje reiškia anomijos jausmą tradicinės sociologijos prasme (Durkheim, 1951 cit. iš Fife & Wright, 2000), prijungiant ir vienišumo, nelygiavertiškumo su kitais jausmus bei jausmą, kad asmuo yra nenaudingas. Taigi, socialinio atstūmimo ir socialinės atskirties koncepcijos iš tiesų primena Link ir kolegų (1989) modelio komponentus.

Finansinis nesaugumas ir internalizuota gėda yra likusieji socialinio poveikio skalės kintamieji, kurie skiriasi nuo komponentų, pateiktų aptartuose suvokto stigmatizavimo modeliuose. Finansinis nesaugumas yra specifinė diskriminacijos darbo vietoje pasekmė, kuri siejasi su nepakankamu saugumu darbe ir neadekvačiu darbo užmokesčiu (Fife & Wright, 2000). Ši diskriminacijos pasekmė daro tiesioginę įtaką tam, kaip asmuo mąsto apie save, arba jo savivaizdžiui, bei tarpasmeniniams santykiams. Internalizuota gėda nurodo mastą, kuriuo atstūmimo ir finansinio nesaugumo patirtis yra tapusi vidine ir įtraukia atskirties nuo tų žmonių, kurie yra sveiki jausmą, savęs kaltinimą dėl ligos bei pojūtį, jog savo ligą reikia laikyti paslapyje.

Kaip ir stigmatizavimo bendrąja prasme, taip ir suvokto stigmatizavimo sąvoka neturi vieningo apibrėžimo. Be to, nėra ir vieno standartinio apibrėžimo, kuris aprėptų visas suvokto

stigmatizavimo dimensijas. Taigi, suvoktas stigmatizavimas nėra paprasta koncepcija – tai veikiau sudėtingas kompleksiškas fenomenas, apimantis suvokimą, jog asmuo yra stigmatizuojamas visuomenės, gali būti nuvertintas, atstumtas bei diskriminuotas, dėl to kylantį baimės jausmą bei vidinę gėdą. Aptartas Fife ir Wright (2000) modelis ne tik atnaujina bei papildo Link ir kolegų (1989) Modifikuotą etikečių klijavimo teoriją, bet taip pat yra aktualus ir tinkamas fizinėmis ligomis sergančiųjų suvoktai stigmatizacijai tirti, todėl yra naudojamas šiame darbe.

1.1.5. Stigmatizavimas ir onkologinės ligos

Stigmatizavimas, susijęs su vėžinėmis ligomis yra kompleksiškas ir heterogeniškas reiškinys. Įvairių rūšių vėžinės ligos yra stigmatizuojamos dėl skirtingų priežasčių, be to, vienomis vėžinėmis ligomis sergantieji yra stigmatizuojami daugiau, kitomis – mažiau. Taip yra dalinai dėl to, kad skirtingas vėžys turi skirtingas priežastis, gydymo būdus bei pasekmes. Visgi, pirminė bet kokio vėžio stigmatizacijos priežastis yra pati šios ligos baimė (Fife & Wright, 2000). Pavyzdžiui, tyrimas, kurio metu buvo apklausti suaugusieji Jungtinėse Valstijose, Prancūzijoje, Vokietijoje bei Ispanijoje atskleidė, jog būtent vėžio ligos iki šiol yra bijoma labiausiai (Harvard School of Public Health, 2011). Manoma, jog vėžio baimė ir stigma kyla dėl suvokiamo šios ligos sunkumo, asocijavimo su didelėmis kančiomis bei fiziniais apribojimais, ir daugelio žmonių įsitikinimo, kad vėžio diagnozė yra mirties nuosprendis (Chapple et al., 2004; Fife & Wright, 2000). Ligos, kurios yra laikomos degeneracinėmis arba mirtinomis yra siejamos su didžiausia baime ir veikusiai sukelia stigmatizaciją (Fife ir Wright, 2000). Dar daugiau, egzistuoja su vėžinėmis ligomis susiję mitai, kurie, tikėtina, prisideda prie vėžio stigmatizacijos. Tokie mitai yra ne tik tikėjimas, kad vėžio liga yra visuomet mirtina, tačiau ir manymas, jog onkologinės ligos yra užkrečiamos (Neal et al., 2011).

Be onkologinių ligų baimės, dar keli faktoriai, susiję su vėžio ligomis, taip pat siejami su stigmatizavimo reiškiniu. Goffman (1963) identifiko tris stigmatizacijos pasireiškimą skatinančius faktorius: fizines deformacijas, charakterio trūkumus bei rasės, tautos ir religijos stigmatizaciją. Nors paskutinis komponentas nėra susijęs su vėžio stigma, fizinės deformacijos ir asmens charakterio trūkumai atlieka svarbų vaidmenį vėžinėmis ligomis sergančiųjų stigmatizavimo procese. Pirmiausia, tiek pati vėžio liga, tiek jos gydymas sukelia įvairius fizinius pokyčius. Anot Goffman (1963), tokie išvaizdos pasikeitimai apsunkina galimybę užmaskuoti, kaip nors paslėpti ligą ir padidina su fizinėmis deformacijomis sietino stigmatizavimo tikimybę. Šis komponentas panašus į jau aptartas Jones ir kolegų (1984) ligos matomumo arba galimybės nusišalinti žymę dimensiją. Vienas labiausiai žinomų, su onkologinėmis ligomis asocijuojamų fizinių požymių, yra

chemoterapinio gydymo sąlygota alopecija. Nuo chemoterapijos nuslinkę sergančiojo plaukai kitiems kelia neigiamas emocijas ir verčia jaustis nepatogiai, galimai todėl, kad siejasi su mirties koncepcija ir provokuoja stigmatizavimą (Lebel & Devins, 2008). Be to, alopecija siejasi ir su kita suvokto stigmatizavimo dalimi – savęs stigma, kadangi sustiprina asmens, kaip onkologinio ligonio identitetą ir silpnina savivertę (Rosman, 2004).

Literatūroje randama, jog nemažai autorių, tyrinėjusių vėžio stigmą, dėmesį sutelkė į Gofmano (1963) charakterio trūkumą, kaip stigmatizavimo priežasties, fenomeną. Visų pirma, čia svarbu paminėti teisingo pasaulio hipotezę (angl. *Just world belief*). Kaip jau minėta, susidūrimas su individu, sergančiu onkologine liga, sukelia baimės ir pažeidžiamumo jausmus kituose žmonėse. Tam, kad sušvelninti tokius jausmus, kai kurie žmonės linkę tikėti pasaulio teisingumu, paprastai tariant – geri dalykai nutinka geriems žmonėms, o blogi dalykai nutinka blogiems (Fife & Wright, 2000). Remiantis šia teorija, aplinkiniai racionalizuoja, jog asmenys, sergantys vėžiu, padarė kažką, dėl ko „nusipelnė“ šios ligos (Stahly, 1989). Tokie reakcija yra ne piktavališkumo ar rūpesčio dėl sergančiųjų stygiaus rezultatas, bet verčiau aplinkinių siekis jausti, jog jie gali valdyti savo gyvenimus ir išvengti blogų dalykų (Stahly, 1989).

Jones ir kolegų (1984) ligos kilmės dimensija taip pat turi bendro su charakterio trūkumų fenomenu. Susidūrus su sergančiuoju, kiti žmonės įvertina ligos kilmę ir priklausomai nuo to, ar, jų manymu, ligos pradžia yra kontroliuojama, ar ne, jie sprendžia apie ligonio atsakomybę už ligą. Vienas ryškiausių aplinkinių suvokiamos kaip kontroliuojamos ligos pavyzdys yra plaučių vėžys. Pacientai, atskleidę plaučių vėžio diagnozę, dažnai sulaukia klausimo „ar jūs rūkėte?“ (Else-Quest et al., 2009), kuris leidžia suprasti, kad individo elgesys praeityje yra galima jo ligos priežastis. Tyrimų duomenimis, daugelis tiki, jog plaučių vėžiu sergantys pacientai yra bent dalinai kalti dėl savo ligos (Marlow, Waller, & Wardle, 2010). Be to, rūkantys pacientai kurie serga šia liga, yra stigmatizuojami labiau nei nerūkantys (Hamann, Howell, & McDonald, 2013).

Taigi, autoriai, bandydami paaiškinti su vėžiniais susirgimais susijusį stigmatizavimo reiškinių, pirmiausia akcentuoja pačios ligos keliamą baimės jausmą – sergantieji šia sunkiai išgydoma liga tarytum primena aplinkiniams apie jų pačių pažeidžiamumą ir trapumą. Be to, onkologinių ligonių stigmatizavimo priežastiniai veiksniai yra ir Gofman (1963) įvardintos kūno deformacijos bei asmens charakterio trūkumai.

1.1.6. Stigmatizavimas ir krūties vėžys

Krūties vėžys yra viena dažniausių moterų onkologinių ligų Lietuvoje ir pasaulyje. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, visame pasaulyje kiekvienais metais užregistruojama daugiau nei 2 milijonai naujų krūties vėžio atvejų (World Health Organization, 2020). Lietuvoje tiek sergamumas, tiek mirtingumas nuo šios onkologinės ligos nuolat auga. Krūties vėžio priežastys nėra visiškai aiškios. Jaunoms moterims rizika susirgti šia liga nėra didelė – daugiausia naujų krūties vėžio atvejų diagnozuojama virš 50 metų amžiaus moterims (Nacionalinis vėžio institutas, 2014).

Literatūroje susiduriame su mokslinių krūties vėžio stigmos tyrimų stoka. Visgi, kartu su šio fenomeno svarbos suvokimu, auga ir tokių tyrimų skaičius. Autoriai sutinka, jog krūties vėžiu sergančioms moterims iškyla daugybė sunkumų, o suvokto stigmatizavimo problema – viena iš jų (Wang, Bai, Lu, & Zhang, 2017). Visų pirma, krūties vėžio diagnozę lydi tiek su pačia liga, tiek su jos gydymu susiję kūno vaizdo pokyčiai. Tai, kaip moteris suvokia savo kūną, gali turėti įtakos jos identitetui, savivertei, seksualumui ir suvoktam stigmatizavimui (Tripathi, Datta, Agrawal, Chatterjee, & Ahmed 2017). Tyrimas, atliktas su krūties vėžiu sergančiomis moterimis Tailande atskleidė, jog po chirurginio gydymo šios moterys jautė socialinę izoliaciją bei dėl kūno vaizdo pokyčių sumažėjusį pasitikėjimą savimi – jos dengdavo krūties sritį, kad išvengtų spoksojimo, be to, buvo linkusios atsiriboti nuo draugų ir bendruomenės (Suwankhong & Liamputtong, 2015). Dar daugiau, šios moterys jautėsi seksualiai nepatrauklios – kūno vaizdo pokyčiai vertė jas svarstyti, ar jų partneriai jautė pasibjaurėjimą jomis (Suwankhong & Liamputtong, 2015). Matyti, kad kūno vaizdo pokyčiai po krūties vėžio gydymo iššaukė suvoktam stigmatizavimui būdingus, tiek savęs, tiek viešosios stigmos komponentus.

Krūties vėžio stigmos tyrimai atskleidžia, jog kai kuriose kultūrose egzistuoja Gofman (1963) charakterio trūkumų, kaip stigmos priežasties, fenomenas. Pavyzdžiui, Indijoje vyrauja įsitikinimas, kad krūtų ligos yra prasto charakterio atspindys (Dey et al., 2016, cit. iš Nyblade et al., 2017). Dėl šios priežasties visuomenė linkusi stigmatizuoti krūties vėžiu sergančiąsias, o moterys – slėpti simptomus. Indijoje reiškiasi minėtas teisingo pasaulio hipotezės fenomenas: manoma, kad serganti moteris padarė kažką blogo ir tikima, kad vėžio diagnozė yra bausmė už nuodėmę arba karma (Nyblade et al., 2017). Anot Nyblade ir kolegų (2017), be įsitikinimų, kad asmuo padarė kažką negero ir nusipelnė ligos, būdingas mitas, kad vėžio liga yra užkrečiama. Tyrimo duomenimis, kai kurie respondentai baiminasi, arba nurodo, kad baiminasi kiti aplinkiniai, jog kontaktuojant su sergančiąja galima užsikrėsti, o tokie būgštavimai veda prie socialinės izoliacijos (Nyblade et al.,

2017). Panašias pačių krūties vėžiu sergančių moterų peripetijas atskleidė ir jau minėtas Tailande atliktas kokybinis tyrimas. Nors moterys turėjo žinių, kad krūties vėžys yra neužkrečiama liga, ją suvokė kaip pasibjaurėtiną sveikatos būklę: kai kurios sau maistą ruošė atskirai nuo kitų šeimos narių, o virtuvės įrankius, kuriuos naudojo sau, taip pat laikė atskirai nuo likusiųjų (Suwankhong & Liamputtong, 2015). Jos buvo itin susirūpinusios dėl to, kad jų sveikatos būklė ir simptomai sukurs netinkamas sąlygas aplinkiniams žmonėms, be to, suvokė save kaip nesveikus individus su sunkia liga ir galvojo, kad apie jas taip mano ir kiti (Suwankhong & Liamputtong, 2015).

Krūties vėžio ligos suvokimas kiek skiriasi Vakarų šalyse, kuriose mažiau paplitę kai kurie mitai, pavyzdžiui, įsitikinimas, kad krūties vėžys yra užkrečiama liga. Visgi, jose besireiškiančiai suvoktai stigmati būdingas Gofman (1963) fizinių deformacijų komponentas. Krūties vėžiu sergančioms pacientėms, mastektomija gali būti stigmatizuojamas fizinis požymis, kadangi tai yra suvokiama kaip fizinis trūkumas ir nuokrypis nuo moteriškumo normų (Else-Quest & Jackson, 2014). Vakarų kultūrose krūtys yra seksualizuojamos ir matomos per vyrišką prizmę (Ward, Merriwether, & Caruthers, 2006). Nors pagrindinė krūtų funkcija yra kūdikio maitinimas, jos yra siejamos ir su moters lytimi bei kūno tapatumu (Bagdonienė, 2012). Krūtys simbolizuoja grožį, vaisingumą ir erotiką ne tik pačiai moteriai, tačiau ir kitiems. Dėl šios priežasties, krūtų pašalinimas chirurginiu būdu gali turėti tokias pasekmes, kaip tiek aplinkinių, tiek pačios moters savęs suvokimas kaip neseksualios arba mažiau moteriškos. Literatūroje randama, jog po atliktos krūties arba abiejų krūtų pašalinimo operacijos moterys jaučia distresą apžiūrinėdamos savo kūną, gyvenimo kontrolės praradimą (Abt-Zegelin, 2007, cit. iš Bagdonienė, 2012), be to, jų savijauta turi neigiamą poveikį santykiams su vyru (Veers, 2005, cit. iš Bagdonienė, 2012). Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, jog kai kurios krūties onkologine liga sergančios moterys dėl kosmetinių defektų yra nepatenkintos savo kūnu, o dalis respondenčių atsakė dažnai pasijuntančios mažiau moteriškomis (Sąlyga, Paškevičienė ir Žiliukas, 2015). Todėl krūtų rekonstrukcijos tikslas šiuo atveju yra fizinių požymių maskavimas ir bandymas išvengti stigmatizavimo.

Kita vertus, kai kurie teigia, jog krūtų rekonstrukcija skatina objektyvaciją ir savęs stigmą krūties vėžiu sergančioms pacientėms. Pavyzdžiui, poetė ir aktyvistė Lorde (1980), po atliktos mastektomijos atsisakiusi protezų, teigė, jog tokios kosmetinės procedūros tik skatina tylą ir izoliuoja moteris, „besikaunančias“ su krūties vėžiu. Autorė teigė, jog visuomenės požiūris į rekonstrukciją atspindi požiūrį į moteris plačiąja prasme – jos matomos kaip dekoracijos ar seksualiniai objektai (Lorde, 1980).

Svarbu paminėti, jog kai kuriose valstybėse stebimas su onkologinėmis ligomis susijusio stigmatizavimo pasireiškimo situacijos pagerėjimas. Pavyzdžiui, manoma, jog vėžio

stigmatizavimas sumažėjęs Jungtinėse Valstijose (Smith, 2002, cit. iš Else-Quest ir Jackson, 2014). Krūties vėžys iš stipriai stigmatizuojamos, tapo bene labiausiai palaikoma socialine prasme liga, o sergantieji ja susilaukia didelės visuomenės paramos (King, 2004, cit. iš Else-Quest, 2014). Prie šių teigiamų pokyčių prisidėjo įvairūs paramos fondai bei intervencijos. Lietuvoje taip pat savo veiklą vykdo Nacionalinė krūties ligų asociacija, kuri siekia kuo geresnės krūties ligomis sergančių moterų gyvenimo kokybės, aktyvaus ir visapusiško jų dalyvavimo visuomenės gyvenime bei profesinėje veikloje. Organizacija palaiko ir skatina sergančiųjų dalyvavimą įvairiose laisvalaikio užimtumo veiklose, siekiant kuo didesnio šių moterų visuomeninio aktyvumo bei socialinės atskirties mažinimo.

Ir vis dėlto, nepaisant kai kurių autorių pastebimų vėžio stigmos pasireiškimo situacijos prošvaisčių, ši problema vis dar išlieka aktuali ir skausminga šių laikų visuomenėje. Be to, apžvelgus literatūrą ir ypatingai Lietuvoje atliktus tyrimus, stebima suvokto stigmatizavimo krūties vėžio srityje stygius ir tokių darbų poreikis.

1.1.7. Stigmatizavimo pasireiškimas šiuolaikinėje visuomenėje

Stigmatizuojantis požiūris į žmones, išsiskiriančius tam tikra aplinkiniams nepriimtina žyme, yra gerai žinoma ir itin opi problema šių laikų visuomenėje. Tyrimai rodo, jog neigiamos nuostatos, susijusios su lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip vėžys, ŽIV/AIDS, tuberkulioze, epilepsija, raupsais bei psichikos ligomis, nepaisant kultūrinių skirtumų, yra globalus reiškinys (Van Brakel, 2006). Stigmatizacija pasireiškia itin įvairiomis aplinkybės pradedant žmonėmis, kurie turi šlapimo nelaikymo problemą (Sheldon & Caldwell, 1994), serga onkologine liga (Fife & Wright, 2000), psichikos sveikatos liga (Angermeyer & Matschinger, 1994; Corrigan & Penn, 1999; Phelan et al., 2000), baigiant asmenimis, kurie yra fiziškai neįgalūs (Cahill & Eggleston, 1995; Green, 2007).

Literatūroje randama mokslinių darbų, lyginusių stigmatizavimą onkologinių ir kitų ligų atžvilgiu. Weiner, Perry ir Magnusson (1988) nustatė, jog vėžio stigmos pasireiškimas yra mažesnis nei AIDS, širdies ligų, aklumo, Alzheimerio ir kitų ligų stigmos. Visgi, šis tyrimas atliktas santykinai seniai. Naujesniame moksliniame tyrime, Fife ir Wright (2000) siekė ištirti suvokto stigmatizavimo pasireiškimą vėžio ir ŽIV / AIDS pacientų tarpe. Autoriai grindžia tokį ligų pasirinkimą tuo, jog abu susirgimai yra keliantys baimę ir pavojų sergančiųjų gyvybei. Ir visgi, su ŽIV / AIDS susijęs stigmatizavimas jau seniai yra akivaizdus šią ligą lydintis aspektas, kai, tuo tarpu, vėžio stigma yra mažiau akivaizdi, tačiau egzistuojanti onkologine liga sergančių žmonių gyvenimuose (Fife & Wright, 2000). Tyrime nustatyta, kad suvoktas stigmatizavimas esti tiek

vėžiu, tiek ŽIV / AIDS sergančiųjų patirtyse, nors sergantieji neišgydoma infekcine liga nurodė jaučiantys daugiau stigmatizavimo (Fife & Wright, 2000). Svarbu tai, jog abiejų ligų atvejais, stigmatizavimo lygis siejosi su ligos sunkumu, kadangi nuo to priklausė galimybė paslėpti ligą ir sergančiųjų galimybė dalyvauti įprastame socialiniame gyvenime.

Suvokto stigmatizavimo pasireiškimas tarp konkrečių ir kelių skirtingų onkologinių ligų atvejų svyruoja nuo 13 iki 80 procentų (Ernst, Mehnert, Dietz, Horneman, & Esser, 2017). Kaip jau aptarta, tai priklauso nuo vėžinės ligos numanomos priežasties, gydymo būdų ir pasekmių. Kai aplinkiniai mano, jog asmuo yra atsakingas už savo ligą, pavyzdžiui, rūkančio plaučių vėžio paciento atveju, stigmatizavimas pasireiškia stipriau. Ligos gydymas, jo ir pačios ligos pasekmės, tokios kaip mastektomija, plaukų ar svorio netekimas, taip pat lemia suvokto stigmatizavimo pasireiškimą. Be to, tai priklauso ir nuo kultūros, kadangi kai kuriose iš jų vis dar egzistuoja klaidingi įsitikinimai arba mitai apie vėžį, pavyzdžiui, jog vėžys yra užkrečiama (Neal et al., 2011) arba neišvengiamai mirtina liga (Chapple et al., 2004). Kadangi vėžio ligos suvokto stigmatizavimo pasireiškimas priklauso nuo daugelio veiksnių, sunku nustatyti, kuri onkologinė liga sulaukia daugiausiai neigiamų nuostatų. Visgi, matyti, jog bene didžiausias dėmesys mokslinėje literatūroje skiriamas būtent plaučių vėžio stigmatizavimui. Kai kurių tyrimų rezultatai atskleidė, jog lyginant su krūties vėžiu, plaučių vėžio ligai buvo būdingas didesnis stigmatizavimo pasireiškimas (Marlow, Waller, & Wardle, 2015).

Kalbant apie onkologinių ligų stigmatizavimą taip pat svarbu paminėti, kad šių laikų Vakarų kultūrose, vis efektyvėjantys gydymo būdai, didėjantys išgyvenamumo rodikliai ir besiplečiantis šių ligų priežasčių suvokimas, prisideda prie baimės, susijusios su vėžinėmis ligomis, ir, tuo pačiu, stigmatizavimo mažinimo, ypač krūties vėžio atveju. Dar daugiau, teigiama, kad visame pasaulyje naikinant vėžio mitus, tam pasitelkus edukaciją ir socialinės medijos kampanijas, taip pat mažinama ir baimė bei stigmatizavimas (Marlow et al., 2010; Neal et al., 2011). Platesnis vėžio etiologijos suvokimas yra reikšmingas vėžio prevencijai ir leidžia jausti, kad galime kontroliuoti šios ligos atsiradimą. Visgi, čia susiduriame su problema: galimybė kontroliuoti ligą siejasi su didesniu stigmatizavimu, todėl kai kuriomis vėžio formomis, pavyzdžiui, plaučių ar gimdos kaklelio vėžiu sergantys pacientai gali būti stigmatizuojami, kaip patys sukėlę sau ligą. Taigi, visuomenės pastangų mažinti stigmatizavimą dėka situacija gerėja, tačiau tai vis dar išlieka globalus reiškinys ir opi problema šių laikų visuomenėje.

1.1.8. Suvokto stigmatizavimo poveikis ir pasekmės

Suvoktas stigmatizavimas bei kitos stigmatizavimo formos neigiamai veikia sergančiųjų socialinius ryšius, savivertę bei savęs suvokimą, kas savo ruožtu daro neigiamą įtaką jų gyvenimo kokybei bei emocinei būsenai. Neigiamai veikiami ir fizinės sveikatos aspektai, tokie kaip ligos prevencija, eiga ir gydymas.

Visų pirma, teigiami socialiniai santykiai yra būtina sąlyga asmens psichologinei ir fizinei sveikatai palaikyti. Žmonės, kurie jaučiasi susvetimėję ar atstumti, tampa mažiau atsparūs daugeliui emocinių, psichologinių bei fizinių problemų, kas rodo, jog individai turi įgimtą poreikį priklausyti (Baumeister & Leary, 1995). Tuo tarpu tyrimai rodo, jog kartais būtent stigma, o ne pati liga lemia asmens visaverčio dalyvavimo visuomenės gyvenime apribojimus. Žymę turintys žmonės yra laikomi nekompetentingais ar turinčiais silpną charakterį, tuomet juos siekiama izoliuoti bei pasireiškia diskriminacija (Corrigan, 2002). Tiek suvokto stigmatizavimo modelio komponentas, tiek pasekmė yra sveikatos turinčių asmenų išstūmimas į visuomenės pakraštį – socialinė atskirtis. Ši atskirtis aprėpia daugelį tokio asmens gyvenimo sričių, pradedant apgyvendinimu izoliuotose institucijose, nenoru suteikti paslaugas ir baigiant dalyvavimu atviroje darbo rinkoje. Tokiu būdu stigmatizacijos nulemta socialinė atskirtis kenkia asmenų psichinės ir fizinės sveikatos gerovei.

Be to, kad suvoktas stigmatizavimas apsunkena sergančio asmens socialinį gyvenimą, jis turi ir neigiamos įtakos tokio asmens santykiui su pačiu savimi. Ne maža dalis stigmos mokslinių tyrimų koncentravosi į stigmatizavimo poveikį savęs vertinimui (Link et al., 2001, Mickelson & Williams, 2008) bei savęs suvokimui (Fife & Wright, 2000; West et al., 2018). Tyrimai atskleidžia, jog didesnis suvoktos stigmos laipsnis siejasi su žemesniu savęs vertinimu (Mickelson & Williams, 2008) ir negatyvia savęs samprata (Crandal & Coleman, 1992). Tai, kaip stigmatizavimas veikia šiuos aspektus, yra sudėtingas, kompleksiškas fenomenas, o tam, kad jį suprasti, svarbu aptarti kelias tarpusavyje susijusias sąvokas ir jų sąveiką. Remiantis Salter (1998, cit. iš Bagdonienė, 2012) kūno vaizdo teorija, savęs samprata yra sudaryta iš savęs suvokimo pažinimo – visumos to, ką asmuo objektyviai apie save galvoja. Tuo tarpu, savęs vertinimas yra emocinė savęs suvokimo ir saviraiškos dalis (Salter, 1998, cit. iš Bagdonienė, 2012). Savęs vertinimas aprėpia tiek konkrečius, tiek bendrus aspektus. Pavyzdžiui, tikėtina, jog asmuo, laikantis save ištikimu draugu, produktyviu studentu, geru tėvu, vertins save kaip puikų žmogų.

Svarbu tai, kad objektyvų savęs vertinimą veikia subjektyvus aplinkinių vertinimas. Anot Fife ir Wright (2000), savasis Aš formuojasi sąveikos su aplinkiniais proceso metu, kai individas

priešpastato save kaip objektą ir kitų požiūrį į save prisiima sau. Šiai idėjai artima klasika tapusi Cooley's (1902) veidrodinio aš sąvoka (angl. *looking – glass self*) – savęs suvokimas kitų akimis. Savęs koncepcija tampa individo suvokimo lauko centrine dalimi, o stigma – savęs suvokimo centru. Kadangi stigmatizuojami individai dažnai sulaukia negatyvių emocinių reakcijų, jie linkę susidaryti negatyvią savęs sampratą, nuvertinti save ir atsiriboti nuo socialinių santykių (Crandall & Coleman, 1992, cit. iš Fife & Wright, 2000). Visgi, savivertė paveikiama ne visuomet, todėl, kad ne kiekvienas stigmatizuojamos grupės narys sutinka su jiems klijuojamomis etiketėmis ar stereotipais (Camp, Finlay, & Lyons, 2002). Kaip teigia Corrigan ir kiti (2006), būtent vidinė stigma arba internalizuotas stigmatizavimas susideda iš asmenų sutikimo su stereotipais, tikėjimo, kad šie stereotipai jiems taikytini ir jų prisitaikymo sau, ko pasekmė yra sumažėjusi savivertė.

Be internalizuoto aplinkinių vertinimo, objektyviam savęs vertinimui didelę įtaką daro ir kūniškasis savivaizdžio komponentas – požiūris į savo kūną. Kūno vaizdas yra vienas iš svarbiausių kūno sampratos komponentų. Kūno vaizdą galima apibrėžti kaip savo kūno suvokimą bei su kūnu ir jo išvaizda susijusią patirtį (Cash & Pruzinsky, 2004). Onkologine liga sergantys pacientai dažnai susiduria su tiek pačios ligos, tiek vėžio terapijos sukeltais pakitimais, tokiais kaip plaukų netekimas ar chemoterapinio gydymo sukeltas stiprus sulysimas. Tokie pokyčiai siejasi su stigmatizuojančiu požiūriu į savo kūną. Pakitęs kūno vaizdas yra paciento išreikštas nusiskundimas, nurodantis, kad kūnas nebegali palaikyti savivertės ir neigiamai veikia asmenybę, ribodamas socialinius ryšius. Literatūroje randama, kad krūties vėžiu sergančioms moterims, ligos ir jos gydymo sąlygoti kūno pokyčiai neigiamai paveikia jų kūno suvokimą (Balevičienė, 2009; Sąlyga ir kt., 2015). Kaip jau minėta aptariant krūties vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo patirtį, neretai stigmatizavimą sukelia atlikta mastektomija. Po krūties vėžio gydymo dalis moterų pasijusdavo mažiau moteriškomis, o tai gali įtakoti moters savivertės mažėjimą ir didinti depresijos tikimybę (Sąlyga ir kt., 2015). Taip negatyvus kūno vaizdo suvokimas deda pamatus negatyviam savęs vertinimui, o anot Link ir kitų (2001), savivertės praradimas yra viena tragiškiausių stigmos pasekmių.

Taigi, savivertę gali paveikti aplinkinių vertinimas, kai priimami ir prisitaikomi stereotipai, susiję su liga, ir negatyvus požiūris į savo kūno vaizdą. Veikdamas savęs suvokimą ir savęs vertinimą, suvoktas stigmatizavimas daro neigiamą įtaką gyvenimo kokybei ir psichinei gerovei. Neigiamas stigmos internalizavimo poveikis savęs sampratai gali būti negatyvios savęs suvokimo emocijos, tokios kaip savęs kaltinimas bei gėda, kurios yra siejamos su negatyviomis psichinės sveikatos pasekmėmis onkologine liga sergantiems pacientams (Else-Quest & Jackson, 2014). Literatūroje randama, jog savivertė yra tarsi tarpininkas tarp suvokto stigmatizavimo ir gyvenimo

kokybės (Rosenfield, 1997, cit. iš Mickelson & Williams, 2008) bei pasitenkinimo gyvenimu (Markowitz, 1998, cit. iš Mickelson & Williams, 2008). Dar daugiau, toks suvokto stigmatizavimo poveikis savęs sampratai ir savivertei gali turėti neigiamų pasekmių asmens psichinei sveikatai, kadangi iškreiptas savęs vertinimas siejamas su adaptacijos sunkumais (Valickas, 1991) bei emocinės būsenos sutrikimais, tokiais kaip depresijos simptomai (Mickelson & Williams, 2008), kurie bus plačiau aptarti tolimesnėje šio darbo dalyje.

Galiausiai, stigmatizavimo reiškinys turi neigiamas pasekmes su liga susijusiems aspektams: prevencijai, eigai ir gydymui. Vienas svarbiausių vėžio prevencijos aspektų yra antrinė prevencija – tai yra ankstyva diagnostika. Tuo tarpu, ne tik onkologinės ligos baimė, tačiau ir stigmatizavimas kai kuriais atvejais yra vėžio patikros atidėliojimo priežastis. Pavyzdžiui, kai kurie autoriai teigia, kad rūkantys asmenys ir plaučių vėžio pacientai internalizuoja stigmą ir todėl vengia išsakyti simptomus, kreiptis dėl gydymo ir pasisakyti dėl jų sveikatos priežiūros (Bayer & Stuber, 2006; Stuber, Galea, & Link, 2008, cit. iš Else-Quest & Jackson, 2014). Be to, suvoktas stigmatizavimas apsunkina ir pačią onkologinės ligos eigą, kadangi didina su liga susijusio streso lygį (Fife & Wright, 2000), sukelia psichosomatinius simptomus (Koller et al., 1996) ir prisideda prie antrinių ligų atsiradimo (Fife & Wright, 2000). Pabaigai, stigmatizavimo reiškinys trukdo visuomenės sveikatos programų pastangoms kovoti su ligomis (Link & Phelan, 2001; Nicholls et al., 2002), o ligų, kurios stigmatizuojamos kaip pačių sergančiųjų elgesio sukeltos, pavyzdžiui, plaučių vėžio atveju, yra apribojamos lėšos, skirtos šių ligų prevencinėms programoms (Else-Quest, 2014).

1.2. Emocinė būseną ir onkologinę ligą

1.2.1. Onkologine liga sergančiųjų emocinė būseną

Vėžio diagnozė yra lydima stingdančios baimės ir nepaprastai didelės psichinės įtampos, o kai kurių autorių traktuojama kaip kritinis gyvenimo įvykis. Kritinis gyvenimo įvykis gali būti apibrėžtas kaip asmens gyvenime nutikęs įvykis, pasižymintis gyvenimo pokyčiais ir reikalaujantis prisitaikymo pastangų reakcijos (Fillip, 1995, cit. iš Bagdonienė, 2012). Onkologinė liga gali būti vertinama kaip kritinis įvykis, kadangi ji skatina gilius, ypatingo prisitaikymo pastangų reikalaujančius pokyčius tiek socialinėje, tiek kitose individo gyvenimo srityse. Ir visgi, vėžys ir kitos ligos yra negatyvūs, stresą keliantys kritiniai gyvenimo įvykiai, nes liga ir išsiskiriantys kūno požymiai šių laikų visuomenėje yra laikomi nuokrypiu nuo normos, todėl stigmatizuojami.

Sergantysis neretai priverstas išgyventi stigmatizuojantį visuomenės požiūrį, gėdos bei kaltės jausmus.

Kritiniai gyvenimo įvykiai kaip potencialiai stresiniai traktuojami ir streso tyrimuose. Stresas patiriamas tuomet, kai organizmui keliami tam tikri reikalavimai ir kyla grėsmė fizinei arba psichinei sveikatai (Žemaitienė, Bulotaitė, Jusienė ir Veryga, 2001). Fiziniai stresoriai, tokie kaip onkologinė liga pirmiausia kelia grėsmę fizinei gerovei, tačiau gali turėti ir psichologinių padarinių, kadangi liečia įvairias sergančiojo gyvenimo sritis, tokias kaip socialinis gyvenimas, šeima, seksualumas, profesija, laisvalaikis, ir pokyčius jose. Tyrimai atskleidžia, jog stresas yra susijęs su neigiamomis psichologinėmis pasekmėmis onkologiniams pacientams (Bukberg et al., 1984; Grassi et al., 1997, cit. iš Golden-Kreutz, 2014). Ir visgi, kiekvienas asmuo į panašią situaciją gali reaguoti skirtingai, todėl sunku numatyti, kiek stresorius bus žalingas žmogui. Asmens psichinės reakcijos į onkologinės ligos diagnozę bei eigą yra skirtingos ir priklauso asmenybės savybių, patirties, ligos stadijos, artimųjų ir socialinės aplinkos požiūrio (Faller, 1998, cit. iš Bagdonienė, 2012). Šalyga ir kiti (2015) savo atliktame tyrime taip pat konstatuoja, jog vėžio ligos patirtis yra labai individualus dalykas – vienos sergančiosios jautė nerimą ar liūdesį, kai, tuo tarpu, kitų dominuojanti emocinė būseną buvo ramybės jausmas.

Kritiniai gyvenimo įvykiai yra sukrečiantys ir intensyvūs, tačiau ne visuomet tik negatyvūs individo gyvenimo momentai. Todėl onkologinė liga gali tapti ribine situacija, paskatinusia teigiamus žmogaus gyvenimo pokyčius: augimą, gyvenimo prasmės išsąmoninimą, intensyvesnę socialinę gyvenimą. Gyvenimo prasmės paieškos yra natūralus reiškinys, su kuriuo susiduria onkologinių ligų pacientai: šį reiškinį skatina ribinės patirtys, tokios kaip mirties grėsmės ar ligos atsinaujinimas (Auglytė, 2019). Egzistencializmo atstovas Yalom pastebėjo, kad daugelis onkologine liga sergančiųjų, užuot nugrimzdę į neviltį, iš naujo peržvelgė savo gyvenimo vertybes: „*mirtis mums primena, jog buvimas negali būti atidėtas*“, rašė jis (Yalom, 2009, p. 13). Lietuvoje atlikto tyrimo autoriai Šalyga ir kiti (2015) atskleidė, jog krūties vėžio liga ir jos sąlygota dvasinė būklė turėjo įtakos sergančiųjų asmenybės pokyčiams: net pusė (49 procentai) moterų teigė, kad onkologinė liga jų asmenybę sustiprino. Dar daugiau, to paties tyrimo autoriai atskleidė, jog sužinojusios krūties vėžio ligos diagnozę, moterys pradėjo labiau atsigręžti į savo būtį, filosofines bei dvasines plotmes (Šalyga ir kt., 2015). Daugiau nei pusė – 59 procentai šio mokslinio darbo respondenčių teigė, jog liga labai pakeitė požiūrį į gyvenimą ir vertybes, taip pat daugiau nei pusė moterų tapo labiau religingomis ir panašus procentas jų pakeitė mirties suvokimą – susitaikė su baigtimi, kaip natūraliu reiškiniu (Šalyga ir kt., 2015). Taigi, matyti, jog gyvenimo prasmės paieškos ir dvasingumas yra vienos esminių onkologine liga sergančiųjų patirčių.

Kita vertus, onkologinės ligos sukeltas intensyvus stresas gali peraugti į potrauminio streso sutrikimą. Ne visi su vėžiniu susirgimu susidūrę žmonės pastebi teigiamą asmenybės augimą, o kai kurie pacientai onkologinę ligą suvokia kaip trauminę patirtį. Literatūroje randama, jog vėžio diagnozė ir gydymas siejasi ne tik su potrauminiu augimu, tačiau ir potrauminiu stresu. Šio sindromo paplitimas vėžiu sergančiųjų tarpe svyruoja nuo 5 iki 35 procentų (Kangas, Henry, & Bryant, 2002). Kalbant apie krūties vėžiu sergančias moteris, autoriai Andrykowski ir Cordova (1998, cit. iš Cordova et al., 2007) nustatė, jog potrauminio streso sutrikimas buvo susijęs su socialinės paramos trūkumu, ankstesne traumuojančia patirtimi ir vėlyvesne ligos stadija. Įdomu tai, jog nors vėžio terapijos intensyvumas, pavyzdžiui, adjuvantinės terapijos metodų skaičius, neturi įtakos su vėžiu susijusiems potrauminio streso sutrikimo simptomams, atliktos chirurginės operacijos būdas, (lyginta lumpektomija ir mastektomija), siejasi su krūties vėžiu sergančių moterų patiriamu distresu (Moyer & Solovey, 1996, cit. iš Cordova et al., 2007).

Be potrauminio streso sindromo, onkologinės ligos atveju pacientams gali pasireikšti ir daugiau kitų emocinės būsenos sutrikimų. Psichologiniai sutrikimai onkologinės ligos atveju yra ne išimtinai, o veikiau labai tikėtini. Vidutiniškai 25 procentams onkologinių pacientų pasireiškia rimti psichikos sveikatos sutrikimai (Thielking-Wagner, 2006, cit. iš Bagdonienė, 2012). Kiti autoriai pateikia panašius rezultatus: apie 40 procentų hospitalizuotų pacientų pasireiškia įvairios simptomatikos ir etiologijos psichiniai sutrikimai (Härter & Koch, 2000, cit. iš Bagdonienė, 2012). Weis ir bendradarbių (2000) pateiktų psichikos sutrikimų sergant vėžine liga sąrašė randami baimės, depresijos, adaptacijos, potrauminio streso bei organiniai smegenų sutrikimai (Bagdonienė, 2012). Be to, mokslinėje literatūroje randama ir vėžio ligos sąsajų su padidinta savižudybės rizika (Henson et al., 2018) bei delyru (Stiefel & Holland, 1991). Ar pacientui pavyks įveikti onkologinę ligą išvengiant psichinių sutrikimų lemia santykis tarp stresorių ir resursų (Keller, 2001, cit. iš Bagdonienė, 2012).

Adaptacija onkologinės ligos diagnozės atveju yra sudėtingas procesas. Sergantieji gali išgyventi ir teigiamas emocijas, pavyzdžiui, viltį, viltį, viltį. Visgi, daugelis pacientų patiria neigiamas emocijas, tokias kaip liūdesys baimė, nerimas, kaltė, ir jų sąlygotus sunkumus (Claire, Bishop, & Andersen, 2016). Depresijos simptomai – vieni dažniausių onkologinių ligonių emocinės būsenos sutrikimų. Autorė Massie (2004) apžvelgusi tyrimus pateikia duomenis, jog klinikinė depresija pasireiškia iki 38 procentų, o depresijos spektro sindromai iki 58 procentų onkologinių ligonių. Nors tyrimų rezultatai varijuoja, vidutiniškai 25 procentams vėžine liga sergančių pacientų pasireiškia ir depresija, kuri yra nediagnozuojama ir negydoma (Lekauskaitė ir Butkutė, 2010).

Nerimas yra taip pat dažnai onkologinius pacientus lydintis reiškinys. Autorė Meerwein (1998, cit. iš Bagdonienė, 2012) teigė, kad onkologinės ligos diagnozės pasekmė yra emocinė reakcija, kuri žmogaus būties grėsmės akivaizdoje ypatingai siejasi su ateities baime. Nerimas vėžio ligos atveju taip pat yra susijęs su baime prarasti šeimą ir draugus, savikontrolės bei tapatumo praradimo baime, kančios ir skausmo baime, tapimo neįgaliu baime ir, galiausiai, ligos atsinaujinimo baime (Rando, 1999). Šiame darbe pasirinkti emocinės būsenos aspektai – depresijos ir nerimo simptomai, nes tai vieni dažniausių ir optimaliausiai bendrą emocinę būklę atspindinčių veiksnių.

1.2.2. Krūties vėžiu sergančių moterų emocinė būseną

Krūties vėžys – tai ne tik moters fizinei sveikatai grėsminga liga, tačiau ir intensyvus psichologinis išbandymas sergančiosioms. Ligos paveikta sveikatos būklė ir vėžio terapijos taikymas veikia moters fizinį, emocinį bei socialinį būvį. Krūties vėžiu sergančios moterys susiduria su kūno pokyčių, sutrikusio seksualinio gyvenimo ir vaisingumo, pasikeitusių vaidmenų šeimoje ir darbe, finansų, netikrumo, nepriklausomumo bei vėžio ligos pasikartojimo tikimybės sąlygotais sunkumais (Frierson & Thiel, 2006). Su ligos ir jos sukeltų sunkumų našta susidoroti yra didžiulis iššūkis. Neretai krūties vėžiu sergančios moterys patiria emocinės būsenos sutrikimus, vieni kurių – depresijos ir nerimo simptomai.

Mokslinėje literatūroje randama duomenų, jog moterų, sergančių krūties vėžiu, depresijos pasireiškimo lygis yra trečias pagal dydį onkologinių ligų diagnostinėje grupėje (Golden-Kreutz & Andersen, 2007). Tyrimų duomenimis, depresija suseraga nuo 20 iki 60 procentų krūties onkologine liga sergančių moterų (Fallowfield, Hall, Maquire, & Baum, 1990; Goldberg, Scott, & Davison, 1992). Lietuvoje atlikto tyrimo autoriai Šalys ir kiti (2015) nustatė, kad paklaustos, ar joms bent kartą ligos pradžioje ar eigoje buvo pasireiškusi depresija, daugiau nei pusė (56 procentai) krūties vėžiu sergančių moterų atsakė teigiamai. Autorės Golden-Kreutz ir Andersen (2007) tyrė sąsajas tarp krūties vėžio pacienčių patiriamo streso ir depresijos simptomų ir nustatė, jog tiek su vėžiu susijęs stresas, tiek bendras sergančių moterų patiriamas stresas siejasi su jų depresijos simptomų pasireiškimu. Dar daugiau, depresijai įtakos turėjo ir finansiniai sunkumai iki diagnozės, neurotiškumas bei buvimas rasinės grupės mažuma (Golden-Kreutz & Andersen, 2007). Depresijos pasekmės yra tokios, kaip apsunkintas dalyvumas gydymo procese ir sumažėjusios galimybės sulaukti pagalbos iš socialinės aplinkos. Moterys tampa taip emociškai paveiktos, jog atsisako chirurginio gydymo arba nutraukia vėžio terapijos kursą, o to rezultatas yra ligos progresavimas (Grigaliūnienė ir Stolygaitė, 2008).

Nerimas ir baimės – taip pat dažnai pasireiškiantis emocinės būsenos sunkumas krūties vėžiu sergančių moterų ligos procese. Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, jog didžioji dauguma krūties onkologine liga sergančiųjų (78 procentai) dėl ligos jautė nerimą ir baimę (Sąlyga ir kt., 2015). Neretai nerimo simptomai pasireiškia kartu su depresijos simptomais. Burgers su kolegomis (2005) nustatė, jog beveik 50 procentų sergančiųjų pasireiškė nerimas, depresija arba abu kartu. Šie simptomai siejosi su jaunu amžiumi, užsitęsusia vėžio terapija ir intymumo santykiuose stoka. Taip pat sergančiasias neramina su liga ir jos sąlygotais pokyčiais šeimos ir draugų, laisvalaikio, finansų, seksualumo srityse susiję klausimai ir nuogąstavimai. Dažnai pasireiškianti yra recidyvo baimė. Čia susiduriame su realia grėsme, kadangi nepaisant potencialios išgyjimo tikimybės, moterys serga ne tik jų sveikatai, tačiau ir gyvybei pavojinga liga. Kartais jų baimės pasitvirtina, nes niekas negali garantuoti visiško pasveikimo, pasireiškia vėžio terapijos šalutinio poveikio pasekmės, o gydymo sėkmė neretai yra sunkiai apčiuopiama. Be to, dažnai pacientės nerimą sukelia žinia, kad onkologinė liga atsinaujino kitai pažįstamai sergančiajai ir ši mirė (Bulotienė, 2007). Taigi, pacientės dažnai kovoja su mintimis apie ligos pasikartojimą ir būties baigtį. Kyla egzistenciniai klausimai (Aulbert et al., 1997, cit. iš Bagdonienė, 2012).

Apibendrinant, matyti, jog onkologiniai ligoniai, vienos kurių yra krūties vėžiu sergančios moterys, patiria emocinės būsenos sunkumų. Vieni dažniausiai pasireiškiančių – depresijos ir nerimo simptomai. Šie sunkumai ne visuomet tiek pačių pacienčių, tiek profesionalų yra nustatomi, kas užkerta kelia pagalbos galimybėms. Tuo tarpu, komorbidiškai pasireiškę emocinės būsenos ir psichikos sutrikimai turi neigiamas pasekmes ligos eigai ir sveikimo galimybėms (Flatten et al., 2003). Be to, depresijos simptomai, pasireiškę krūties vėžiu sergančioms pacientėms, yra susiję su žemesne šių moterų gyvenimo kokybe (Ganz & Lerman, 1998, cit. iš Golden-Kreutz & Andersen, 2004). Todėl labai svarbu identifikuoti depresijos ir nerimo simptomus ir suteikti pacientėms psichologinę pagalbą. Tyrimai atskleidžia, jog psichologinė pagalba vėžio ligos akivaizdoje sumažina depresijos ir nerimo simptomų pasireiškimą, distresą, vienatvės jausmą, skatina geresnę savijautą gydymosi ir gijimo etape, ir taip gerina pacientų gyvenimo kokybę (Bulotienė, Rastakov ir Ostapenko, 2005).

1.2.3. Vėžio terapijos reikšmė emocinei būsenai

Prie emocinės būsenos sunkumų prisideda ne tik pats onkologinis susirgimas, tačiau ir vėžio terapija. Moterys, sergančios krūtų onkologine liga, priklausomai nuo individualaus atvejo, yra dažniausiai gydomos chirurginiu, chemoterapiniu bei spindulinės terapijos gydymo būdu arba kelių

iš šių būdų deriniu. Gydytas parenkamas pagal pacientės ligos situaciją: piktybinio naviko lokalizaciją, išplitimą, morfologiją bei bendrą moters sveikatos būklę. Kiekvienas iš šių būdų gali turėti tiek momentinį šalutinį poveikį, tiek ilgai trunkančias pasekmes fizinei bei psichologinei sveikatai. Pooperaciniu periodu krūties vėžiu sergančios pacientės jaučia tokius fizinius negalavimus, kaip skausmą, sumažėjusį plaštakos bei rankos paslankumą, šių organų tinimą, taip pat nuovargį bei miego ir apetito sutrikimus (Sąlyga ir kt., 2015). Be to, Härter ir Koch (2000, cit. iš Bagdonienė, 2012) nustatė, jog intensyvios terapijos metu pasireiškia 10 procentų didesnis psichikos ligų pasireiškimas. Svarbu aptarti kiekvieno iš minėtų gydymo būdų įtaką pacienčių emocinei būsenai.

Operacija yra naviko pašalinimas chirurginiu būdu. Kadangi onkologinės ligos atveju tai, dažniausiai, neišvengiama priemonė, jos tikslas yra pašalinti pažeistus audinius, suteikiant maksimaliai priimtina kosmetinį vaizdą. Onkologinį susirgimą aptikus ankstyvoje stadijoje, veiksminga yra ir tausojamoji operacija, tuo tarpu, vėlyvesnėse stadijose reikalinga mastektomija – vienos arba dviejų krūtų pašalinimo operacija.

Mastektomijos poveikis yra pasikeitęs moters kūno vaizdas ir požiūris į jį, o tai gali apsunkinti moters gyvenimą ir sąlygoti neigiamas pasekmes emocinei būsenai. Po atliktos krūtų pašalinimo operacijos daugelis moterų yra nepatenkintos savo kūnu ir neigiamai vertina savo išvaizdą (Balevičienė, 2009; Sąlyga ir kt., 2015). Autoriai Sąlyga ir kiti (2015) nustatė, jog daugiau nei pusei (59 procentai) krūties vėžiu sergančių moterų dėl kosmetinių defektų pasikeitė gyvenimo būdas. To paties tyrimo duomenimis, 37 procentai sergančiųjų dėl kosmetinių defektų dažnai būdavo nepatenkintos savo kūnu, o 24 procentai moterų dėl ligos ar vėžio terapijos pasekmių pasijusdavo mažiau moteriškos. Be to, autoriai teigia, jog dėl moters savęs, kaip mažiau moteriškos vertinimo, gali sumažėti savivertė, pilnavertiškumo jausmas ir didėti depresijos tikimybė (Sąlyga ir kt., 2015). Literatūroje randama patvirtinimų, jog negatyvūs kūno vaizdo pasikeitimai yra susiję su depresyvia nuotaika (Abt-Zegelin & Georg, 2000, cit. iš Bagdonienė, 2012), o mastektomija gali būti traumuojanti patirtis, kuri kelia stresą, menkina moters savivertę ir didina seksualinių sutrikimų tikimybę.

Dėl šių tikėtinų chirurginės intervencijos pasekmių, neretai stengiamasi išsaugoti arba rekonstruoti krūtis, žinoma, kai tai yra įmanoma atsižvelgiant į ligos situaciją. Kadangi ankstyvoje stadijoje tausojanti operacija, mastektomija bei mastektomija su krūtų atkūrimu yra vienodai veiksmingos, operacijos būdo pasirinkimo kriterijais tampa moterų emocinė savijauta ir jų gyvenimo kokybė (Aštrauskas, Markelis, Tiknius ir Žumbakys, 2003). Visgi, literatūroje randama, jog bet kokia operacija yra didžiulis iššūkis moteriai. Po operacinio gydymo pacientė jaučiasi

išvarginta tiek fizine, tiek emocine prasme, jos nuotaika tampa labai prasta, jos jaučia širdgėlą, baimę ir pyktį (Nacionalinis vėžio institutas, 2014). Moterys jaučia su chirurginiu gydymu susijusią skausmo ir fizinių trūkumų baimę, be to, nerimą stiprina ir padidėjusi mirties rizika. Tyrimų duomenimis, pooperaciniu etapu dažnai pasireiškia depresijos simptomai, ypač tada, kai išgyjimo tikimybė nėra didelė (Martin & Cheng, 2006).

Chemoterapija yra adjuvantiniam arba neoadjuvantiniam vėžio gydymui priskiriamas būdas, kuomet piktybiniai navikai yra gydomi vaistais. Krūties vėžiu sergančioms pacientėms, kurios turi nedidelę ligos atsinaujinimo riziką, chemoterapinis gydymas šią riziką sumažina nežymiai, tačiau toms, kurių ligos atsinaujinimo rizika yra aukšta, chemoterapija ją sumažina ženkliai (Nacionalinis vėžio institutas, 2014). Visgi, naudojant šį gydymo būdą taip pat neišvengiama šalutinio poveikio ir pasekmių emocinei būsenai. Chemoterapijos šalutinis poveikis yra simptomai, tokie kaip pykinimas, suprastėjęs apetitas ar plaukų nuslinkimas. Chemoterapinis gydymas, sukeldamas stiprius šalutinio poveikio simptomus bei medicininės komplikacijas, neigiamai veikia onkologine liga sergančių žmonių gyvenimo kokybę, be to, sukelia nerimo ir depresijos simptomus (Martin & Cheng, 2006; Martin et al., 2006). Be to, chemoterapija gydomos moterys dažnai turi prastesnę išgyjimo tikimybę ir paprastai apie tai žino, todėl žemesnei jų gyvenimo kokybei įtakos turėti gali būtent šis aspektas (King, Kenny, Shiell, Hall, & Boyages, 2000).

Lietuvoje atlikto tyrimo, kuriuo buvo siekiama nustatyti krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybės ryšį su taikomu gydymo metodu, rezultatai atskleidė, kad didžiausią poveikį emocinės būsenos pablogėjimui turėjo būtent chemoterapinis gydymas (Paukštytė ir Rapolienė, 2015). Bagdonienė (2012) kokybinėje analizėje atskleidė, kad dažnai chemoterapinis gydymas krūties vėžiu sergančioms moterims asocijuojasi su nuodais, be to, kai kurioms sergančiosioms pasireiškia su gydymo sukeltu distresu susijusios fiziologinės reakcijos, tokios kaip išankstinis pykinimas.

Radioterapija – paskutinytis šiame darbe aptartinas vėžio gydymo būdas. Tai onkologinės ligos gydymas naudojant didelės energijos jonizuojančią spinduliuotę, su tikslu naikinti vėžines ląsteles (Nacionalinis vėžio institutas, 2014). Tyrimų duomenimis, radiologinio gydymo metu, pacientėms pasireiškia nuovargis, miego kokybės suprastėjimas ir nerimo simptomai (Mock et al., 1997). Stiprų nerimą spindulinio gydymo metu jaučia net du iš trijų pacientų (Diržytė, 2001). Radioterapijos metu gali išsivystyti tokie šalutinio poveikio simptomai, kaip silpnumas, pykinimas, kurie paprastai praeina baigus gydymą. Visgi, kiti simptomai – nuovargis ir silpnumas gali tęstis ir kelis mėnesius po atliktos terapijos (Nacionalinis vėžio institutas, 2014). Dėl šalutinio poveikio simptomų daugeliui radioterapija gydomų ligonių būdingas stiprėjantis nerimo sutrikimas (Paukštytė ir

Rapolienė, 2015). Spindulinei terapijai būdinga izoliavimo ir spindulių (Martin & Cheng, 2006), grėsmingai atrodančių medicininių prietaisų, skausmo ir nudegimų bei vaisingumo, seksualinio gyvenimo sutrikimo ar pavojaus susirgti kitu vėžiu (Bagdonienė, 2012) baimė, kelianti nerimą ir stresą.

Taigi, krūtų onkologiniams susirgimams gydyti taikomi įvairūs būdai bei jų deriniai. Kiekvienas gydymo būdas sergančioms moterims yra rimtas fizinis bei psichologinis išbandymas. Nors poveikis emocinei būsenai skiriasi priklausomai nuo vėžio terapijos metodų, tyrimai atskleidžia, kad nepriklausomai nuo taikyto gydymo, krūties vėžiu sergančios pacientės jautė didelę įtampą, nerimą ir susierzinimą (Paukštytė ir Rapolienė, 2015).

1.3. Suvokto stigmatizavimo reikšmė emocinei būsenai

Suvoktas stigmatizavimas turi skaudžias pasekmes ne tik su liga ir fizine sveikata susijusiems aspektams, tačiau ir sergančiųjų emocinei būsenai. Literatūroje randamas ryšys tarp skirtingą žymę turinčių grupių suvokto stigmatizavimo, (kai kurių autorių darbuose internalizuoto ir / arba patiriamo stigmatizavimo) ir emocinio distreso bei depresijos (pavyzdžiui, Baxter, 1989; Coffey, Leitenberg, Henning, Turner, & Bennett, 1996; Devins, Stam, & Koopmans, 1994; Hermann, Whitman, Wyler, Anton, & Vanderzwagg, 1990). Dar daugiau, nustatyta, jog onkologinėmis ligomis sergančiųjų stigmatizavimas siejasi su emocinės būsenos sutrikimais, tokiais kaip depresijos (Cataldo & Brodsky, 2013; Cho et al., 2013; Gonzalez & Jacobsen, 2012; Phelan et al., 2013) bei nerimo simptomai (Cataldo & Brodsky, 2013).

Mokslinėje literatūroje nėra vieningo paaiškinimo, kodėl suvoktas stigmatizavimas siejasi su stigmatizuojamų asmenų emociniu distresu. Tyrimai atskleidžia, jog onkologine liga sergantieji dažnai patiria diskriminaciją (Cho et al., 2013; Marlow & Wardle, 2014). Autoriai Fujisawa ir Hagiwara (2015) teigia, jog būtent patiriamos diskriminacijos poveikis yra psichologinis distresas, dėl kurio pasireiškia neigiami padariniai onkologinių pacientų psichologinei gerovei. Autoriai remiasi tuo, jog tokios asociacijos buvo rastos kitose grupėse, kaip pavyzdžiui, rasinės (Ertel et al., 2012, cit. iš Fujisawa ir Hagiwara, 2015) ar seksualinės mažumos (Feinstein, Golfried, & Davila, 2012, cit. iš Fujisawa ir Hagiwara, 2015). Be to, Fujisawa ir Hagiwara (2015) teigia, kad vėžio stigmos pasekmės psichologinei sveikatai gali būti tiesioginės – suprastėjusi psichologinė gerovė dėl patirtų neigiamų išankstinių nuostatų bei diskriminacijos, arba netiesioginės – neigiama įtaka psichologinei gerovei dėl išankstinių neigiamų nuostatų ir diskriminacijos baimės. Visgi, autoriai

sutinka, jog stigmatizavimo reikšmės emocinei būsenai priežastiniai veiksniai turėtų būti plačiau ištirti tolimesnėse studijose.

Mickelson ir Williams (2008) teigia, jog depresija, kaip suvokto stigmatizavimo pasekmė, pasireiškia dėl sunkumų socialiniame gyvenime arba sumenkusios savivertės. Abu reiškiniai šiame darbe minėti aptariant suvokto stigmatizavimo pasekmes, tačiau čia jie bus aptarti emocinės būsenos sunkumų kontekste. Pirmasis ryšys tarp suvokto stigmatizavimo ir depresijos simptomų paaiškinamas tuo, kad individo jaučiami visuomenės jam taikomi stereotipai ir iš tiesų patiriama diskriminacija turi neigiamą poveikį jo socialiniams santykiams (Mickelson & Williams, 2008). Patirtas stigmatizavimas siejasi su neigiama sąveika su aplinkiniais bei žymę turinčių žmonių suvoktais arba realiais socialinių veiklų apribojimais. Ši reiškinį matuojantys socialinio atmetimo bei socialinės atskirties faktoriai yra ir šiame darbe naudojamame Fife ir Wright (2000) suvokto stigmatizavimo klausimyne, kas suteikia galimybę išnagrinėti šių aspektų reikšmę emocinei būsenai.

Suvokto stigmatizavimo poveikis individo savęs vertinimui yra dar vienas galimas stigmatizavimo ir depresijos pasireiškimo priežastinis veiksnys. Tyrimai rodo, jog aukštesnis internalizuotos stigmos arba suvokto stigmatizavimo laipsnis siejasi su žemesniu savęs vertinimu (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001, cit. iš Mickelson & Williams, 2008). Savivertę neigiamai veikti gali su liga susijusių stereotipų priėmimas bei kaltės ar gėdos jausmai (Corrigan & Calabrese, 2005; Gofman, 1963). Ši suvokto stigmatizavimo aspektą tirti ir jo poveikį krūties vėžiu sergančių moterų emocinės būsenos aspektams – nerimo ir depresijos simptomams, išnagrinėti leis šiame darbe naudojamos Fife ir Wright (2000) Socialinio poveikio skalės vidinės gėdos subskalė.

Autoriai, sujungę šiuos kognityvinių ir socialinių suvokto stigmatizavimo poveikius, pateikė modelį, kuriame abu veiksniai – socialinis atmetimas ir neigiamas savęs vertinimas daro įtaką depresijos simptomų atsiradimui. Mickelson ir Williams (2008) atrado, jog jų pasiūlytas modelis yra iš dalies tinkamas. Rezultatai parodė, jog internalizuotas stigmatizavimas ir depresija buvo susiję su savęs vertinimu ir socialinės paramos atmetimo baime, kai, tuo tarpu, patiriamas stigmatizavimas veda prie depresijos simptomų, sukeldama tik socialinio palaikymo atmetimo baimę, bet be savęs nuvertinimo. Tai patvirtina jau aptartą idėją, jog suvoktas stigmatizavimas yra sudėtingas daugialypis konstruktas.

Keletas kitų autorių taip pat bandė paaiškinti sąsajas tarp suvokto stigmatizavimo ir depresijos mechanizmą. Pavyzdžiui, Mickelson (2001) nustatė, jog suvokto stigmatizavimo sukelti depresijos simptomai specialiųjų poreikių vaikų tėvams pasireiškė dėl subjektyviai jų vertinamo socialinio

palaikymo sumažėjimo bei sustiprėjusių neigiamų sąveikų su kitais asmenimis jų socialiniame rate (Mickelson, 2001). Visgi, literatūroje susiduriame su ši priežastingumą aiškinančių tyrimų stoka.

Taigi, literatūroje susiduriame su tyrimų, nagrinėjančių suvokto stigmatizavimo pasekmes onkologinių ligonių, o ypač krūties vėžiu sergančių moterų, emocinei būsenai ir ši reiškinį paaiškinančių mechanizmų trūkumu. Šiame darbe, atsižvelgiant į tai, bus stengiamasi atskleisti minėtus aspektus bei jų ryšius.

1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Apibendrinus mokslinėje literatūroje rastą informaciją apie suvoktą stigmatizavimą ir onkologinėmis ligomis sergančiųjų emocinę būseną bei atsižvelgus į tyrimų krūties vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo srityje stoką, keliamas toks šio tyrimo tikslas:

Išanalizuoti krūties vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo reikšmę jų emocinei būsenai pooperaciniu laikotarpiu, atsižvelgiant į taikyto gydymo ir sveikatos būklės ypatumus. Siekiant šio tikslo iškelti tokie uždaviniai:

- Įvertinti krūties vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo aspektų ryšius su depresijos bei nerimo simptomais;
- Įvertinti krūties vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo aspektų, depresijos bei nerimo simptomų sąsajas su sociodemografiniais ir sveikatos būklės veiksniais;
- Palyginti skirtingą gydymą gavusių krūties vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo aspektų, depresijos ir nerimo simptomų lygį;
- Įvertinti suvokto stigmatizavimo aspektų reikšmę krūties vėžiu sergančių moterų depresijos ir nerimo simptomams, kontroliuojant sociodemografinius, gydymo bei sveikatos būklės veiksnius.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimė dalyvauti buvo kviečiamos Nacionalinio vėžio instituto (NVI) pacientės, sergančios krūties vėžiu. Atsižvelgus į tiriamųjų grupės specifiškumą, buvo vykdoma netikimybinė tikslinė ir patogioji atranka. Tyrimė dalyvauti sutiko 95 pacientės. Į duomenų analizę buvo įtraukti visi pildyti klausimynai. Dalyvių amžius varijavo nuo 20 iki 80 metų. Jų amžiaus vidurkis – 57,3 metai (st. nuokrypis – 11,7 m.). Tyrimo dalyvių sociodemografinės charakteristikos pristatomos 1 lentelėje.

1 lentelė. *Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos.*

		N	Proc.
Gyvenamoji vieta	Didmiestis arba didmiesčio priemiestis	49	51,6
	Rajono centras	16	16,8
	Miestelis	18	18,9
	Kaimas	12	12,6
	<i>Nenurodė</i>	0	0
Išsilavinimas	Pagrindinis, nebaigtas vidurinis	1	1,1
	Vidurinis, profesinis	19	20
	Aukštasis neuniversitetinis, aukštesnysis, spec. vidurinis	30	31,6
	Aukštasis universitetinis	44	46,3
	<i>Nenurodė</i>	1	1,1
Finansinė padėtis	Daug geresnė nei daugumos Lietuvos gyventojų	1	1,1
	Kiek geresnė nei daugumos Lietuvos gyventojų	11	11,6
	Vidutinė, panaši į daugumos Lietuvos gyventojų	63	66,3
	Kiek prastesnė nei daugumos Lietuvos gyventojų	17	17,9
	Daug prastesnė nei daugumos Lietuvos gyventojų	2	2,1
	<i>Nenurodė</i>	1	1,1
Šeiminė padėtis	Ištekėjusi	53	55,8
	Gyvena su partneriu (-e)	5	5,3
	Turi partnerį (-ę), kuris (-i) gyvena atskirai	1	1,1
	Išsiskyrusi	9	9,5
	Našlė	17	17,9
	Vieniša	7	7,4
	<i>Nenurodė</i>	3	3,2

Daugiau nei pusė tiriamųjų savo gyvenamąją vietą nurodė didmiestį arba didmiesčio priemiestį, o 16,8 proc. tiriamųjų gyvena rajono centre. Tuo tarpu kaime gyvena 12,6 proc. moterų, o kiek mažiau nei penktadalis jų gyvena miestelyje, kas yra laikoma kaimo vietovės tipu (1 lentelė).

Kiek mažiau nei pusė moterų nurodė turinčios aukštąjį universitetinį išsilavinimą, o kiek mažiau nei trečdalis buvo įgijusios aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą. Penktadalis šio tyrimo dalyvių

nurodė turinčios vidurinę / profesinę išsilavinimą, 1,1 proc. nebuvo įgijusios vidurinio, o dar 1,1 proc. išsilavinimo nenurodė (1 lentelė).

Savo finansinę padėtį, kaip vidutinę, panašią į daugumos Lietuvos gyventojų nurodė daugiau nei pusė moterų. Kiek geresnę arba daug geresnę už daugumos Lietuvos gyventojų finansinę padėtį nurodė daugiau nei dešimtadalis tiriamųjų. Kaip kiek prastesnę arba daug prastesnę už daugumos Lietuvos gyventojų finansinę padėtį turinčios nurodė penktadalis tyrimo dalyvių. 3, 2 proc. moterų savo finansinės padėties nenurodė (1 lentelė).

Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių nurodė, jog yra ištekėjusios arba gyvena su partneriu. Turinčios partnerį, kuris (-i) gyvena atskirai buvo 1,1 proc. tiriamųjų. Mažiau nei penktadalis moterų nurodė, jog yra našlės, išsiskyrusios yra 9,5 proc. tiriamųjų, o 7,4 proc. yra vienišos. 1,1 proc. moterų savo šeimines padėties nenurodė (1 lentelė).

Daugiau nei pusė (57, 9 proc.) moterų nurodė, jog joms buvo taikytas chemoterapinis / radiologinis gydymas, o mažiau nei pusei (38,9 proc.) tiriamųjų toks gydymas nebuvo taikytas, dar 3,2 proc. tiriamųjų, ar joms buvo taikytas chemoterapinis / radiologinis gydymas nenurodė. 54, 7 procentai moterų nurodė, kad joms atlikta mastektomija, 43,2 proc. moterų šis chirurginio gydymo būdas nebuvo taikytas, 2,1 proc. nenurodė, ar mastektomija joms buvo atlikta. Rekonstrukcija buvo atlikta mažiau nei penktadaliui (14,7 proc.) sergančiųjų, didžiajai daliai (82,1 proc.) sergančiųjų rekonstrukcinė operacija nebuvo atlikta, o 3,2 proc. tiriamųjų nenurodė, ar joms buvo atlikta rekonstrukcija (2 lentelė).

2 lentelė. *Tiriamųjų pasiskirstymas pagal taikytą gydymą*

		N	Proc.
Chemoterapinis / radiologinis gydymas	Taikytas	37	38,9
	Netaikytas	55	57,9
	<i>Nenurodė</i>	3	3,2
Mastektomija	Atlikta	41	43,2
	Neatlikta	52	54,7
	<i>Nenurodė</i>	2	2,1
Rekonstrukcija	Atlikta	14	14,7
	Neatlikta	78	82,1
	<i>Nenurodė</i>	3	3,2

2.2. Tyrimo instrumentai

Sociodemografiniai, sveikatos būklės ir gydymo veiksniai.

Sociodemografinių klausimų bloką sudaro 5 klausimai, apimantys šiuos sociodemografinius kintamuosius: amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, finansinę padėtį bei šeimines padėtį (žr. 1 priedą).

Subjektyvios sveikatos ir gydymo veiksniai.

Struktūra. Subjektyvios sveikatos vertinimą apima subjektyvios sveikatos būklės skalė, su liga susijusių sunkumų skalė ir klausimai apie taikytą gydymą (žr. 2 priedą). Pirmiausia, tyrimo dalyvių buvo prašoma įvertinti savo sveikatos būklę. Tuomet tiriamųjų buvo prašoma nurodyti sunkumus ir nemalonius pojūčius, susijusius su liga, tokius kaip skausmas, silpnumas, nuovargis, dusulys, pykinimas / vėmimas, skausminga burnos gleivinė, sumažėjęs noras valgyti, sunkumai laisvai judinti ranką. Tiriamosios taip pat galėjo nurodyti ir kitus sunkumus, kurie nebuvo paminėti. Sunkumų skalė buvo sudaryta šio baigiamojo darbo autorės, remiantis leidiniu „Apie krūties vėžį“ (Nacionalinio vėžio institutas, 2014), ir pakoreguota šio darbo vadovės. Taikyto gydymo vertinimą apėmė: chemoterapinis / radiologinis gydymas, mastektomija ir rekonstrukcija.

Iverčių skaičiavimas. Subjektyvus sergančiųjų sveikatos būklės vertinimas buvo atliekamas naudojant dešimtbalę Likerto tipo skalę, kai 1 – „labai prasta“, o 10 – „puiki“. Sunkumų pasireiškimas buvo vertinamas naudojant dešimtbalę Likerto tipo skalę, kai 1 – „visai nepasireiškia“, o 10 – „pasireiškia labai stipriai“. Taikytas gydymas buvo vertinamas pasirenkant „taip“ arba „ne“ atsakymus.

Psichometrinės charakteristikos. Siekiant patikrinti, kiek konstrukto sudaro skalės teiginiai, atlikta tiriamoji principinių komponentų faktorinė analizė. Rezultatai rodo, kad duomenys yra tinkami faktorių analizei – KMO = 0,721, Bartleto sferiškumo testo $p < 0,001$. Faktorių analizės rezultatai parodė, jog skalės teiginiai sudaro vieną faktorių, tačiau šis faktorius paaiškina tik 41,31 proc. duomenų sklaidos. Teiginių svoriai faktoriuje svyruoja nuo 0,261 iki 0,886. Pašalinus dvejus mažiausio svorio faktorius, visi teiginiai sudaro vieną faktorių, paaiškinantį 54,82 proc. duomenų sklaidos (KMO = 0,730, $p < 0,001$). 3 priede pristatomas skalės tikrinių reikšmių grafikas. Teiginių svoriai faktoriuje svyruoja nuo 0,623 iki 0,897. Teiginių svoriai faktoriuje pateikiami 4 priede. Nustatytas sunkumų, susijusių su liga, skalės suderinamumo Cronbach alpha koeficientas – 0,823, todėl galima laikyti, jog skalė suderinta.

Socialinio poveikio skalė (angl. *Social Impact Scale, SIS*), autoriai – Fife ir Wright, 2000.

Paskirtis. Siekiant išsiaiškinti, ar krūties vėžių sergančios moterys jaučia visuomenės ir aplinkinių stigmatizavimą bei jį internalizuoja, tyrime buvo naudojama Socialinio poveikio skalė. Socialinio poveikio skalė buvo sukurta pacientų, sergančių onkologinėmis bei kitomis ligomis, suvoktam stigmatizavimui matuoti, taigi, yra tinkama naudoti šiame tyrime su krūties vėžiu sergančiomis moterimis.

Struktūra. Šią skalę sudaro 24 klausimai, padalyti į 4 subskales: socialinio atmetimo, finansinio nesaugumo, vidinės gėdos ir socialinės atskirties. Socialinio atmetimo poskalė vertina asmens jausmą, jog jis yra diskriminuojamas – su juo elgiamasi mažiau pagarbiai, nesielgiama kaip su kompetentingu, jo vengiama arba jaučiamasi nepatogiai šalia jo. Finansinio nesaugumo poskalė vertina jaučiamą diskriminaciją darbe, susijusią su nepakankamu saugumu darbe ir nepakankamu darbo užmokesčiu. Vidinės gėdos poskalė vertina mastą, kuriuo atstūmimo ir finansinio nesaugumo patirtis yra tapusi vidine ir įtraukia atskirties nuo sveikų individų jausmą, savęs kaltinimą dėl ligos bei pojūtį, jog savo ligą reikia slėpti. Socialinės atskirties skalė vertina asmens vienišumo, nelygvertiškumo su kitais jausmą bei jausmą, kad asmuo yra nenaudingas.

Iverčių skaičiavimas. Teiginiai vertinami naudojant 4 balų Likerto tipo skalę, kur 4 – „visiškai sutinku“, 3 – „sutinku“, 2 – „nesutinku“, 1 – „visiškai nesutinku“. Didesnės reikšmės indikuoja didesnį suvokto stigmatizavimo pasireiškimą.

Psichometrinės charakteristikos. Siekiant įvertinti, ar Socialinio poveikio skalės kintamieji sudaro keturis faktorius, kaip ir nurodyta autorių, buvo atlikta patvirtinančioji faktorių analizė. Remiantis modelio tinkamumo rodikliais, pradinio skalės teorinio modelio atitikimas nėra pakankamas, nes $Tli = 0,698$, $CFi = 0,753$, $RMSE = 0,115$. Remiantis modifikacijos indeksais, buvo pridėtos paklaidų koreliacijos, modelio atitikimas pagerėjo ir, nors jis pilnai netenkina visų tinkamumo kriterijų, jis yra priimtinas ($Tli = 0,809$, $CFi = 0,849$, $RMSE = 0,089$). Teiginių svoriai faktoriuje pateikiami 5 priede. Modelio neatitikimą galima paaiškinti tai, jog tiriamųjų skaičius, reikalingas tokio pobūdžio analizei atlikti, buvo kiek per mažas, o tyrimo dalyviai atrinkti taikant netikimybinę atranką. Visgi, remiantis gautais analizės rezultatais yra tikėtina, jog autorių siūloma struktūra yra tinkama, todėl yra naudojama šiame tyrime.

Šiame tyrime gauta, jog poskalių vidinis suderinamumas yra geras (žr. 3 lentelę).

Vertimas. Instrumentą vertė trys vertėjai. Gautas autorių leidimas naudoti ir versti instrumentą tyrimo tikslams.

3 lentelė. Socialinio poveikio skalės poskalių vidinis suderinamumas.

Poskalės pavadinimas	Klausimo pavyzdys	Klausimų skaičius	Cronbach'o alpha
Socialinis atmetimas	"Kai kurie šeimos nariai atstūmė mane dėl mano ligos"	9	0,88
Finansinis nesaugumas	"Mano liga paveikė mano darbo saugumą"	3	0,77
Vidinė gėda	"Jaučiu, kad turėčiau savo ligą laikyti paslapyje"	5	0,77
Socialinė atskirtis	"Jaučiuosi labiau vieniša nei įprastai"	7	0,89

Geriatrinė depresijos skalė (GDS) – trumpoji versija (angl. *Geriatric Depression Scale, GDS – short form*), autoriai – Shiekh ir Yesavage, 1986.

Paskirtis. Depresijos simptomams įvertinti šiame tyrime bus naudojama GDS trumpoji versija. Ši skalė ypač tinkama naudoti ne tik vyresnio amžiaus žmonių depresiškumui nustatyti, tačiau ir somatinio profilio ligoninėse (Alseikienė, 1999).

Struktūra. Skalę sudaro 15 klausimų. Klausimo pavyzdys skalėje: „Ar esate patenkinta savo gyvenimu?“.

Iverčių skaičiavimas. Tyrimo dalyvių prašoma pasirinkti „taip“ arba „ne“ atsakymus, kurie tiksliausiai apibūdina jų praėjusios savaitės savijautą (atsakymai „TAIP“ arba „NE“ vertinami 1 arba 0). Klausimai 1, 5, 7, 11 ir 13 yra atvirkštiniai. Maksimali balų suma – 15 balų. Lietuvos geriatrijos paslaugų normoje nurodytas vertinimas: surinkus 0-5 balus nuotaika vertinama kaip normali, surinkti 6-10 balų indikuoja galimą depresiją, o 11-15 balų indikuoja depresiją.

Psichometrinės charakteristikos. Skalės vidinis suderinamumas yra geras: Cronbach alpha – 0,89.

Vertimas. Ši skalė yra plačiai taikoma Lietuvoje atliekamuose tyrimuose, yra išversta į lietuvių kalbą ir ją leidžiama laisvai naudoti moksliniuose tyrimuose.

Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė – 7 (angl. *The Generalized Anxiety Disorder scale-7, GAD-7*), autoriai – Spitzer ir kiti, 2006.

Paskirtis. Klausimynas skirtas moterų patiriamam nerimui vertinti. Šis klausimynas yra tinkamas onkologine liga sergančių pacientų nerimo simptomų vertinimui (Butkutė-Šliužienė, 2019).

Struktūra. Skalę sudaro 7 teiginiai. Teiginio pavyzdys skalėje: „Baimė, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus“.

Iverčių skaičiavimas. Kiekvienas atsakymas įvertinamas balais nuo 0 – „visai nekamavo“ iki 3 – „beveik kiekvieną dieną“, atsižvelgiant į nerimo simptomų dažnumą per pastarąsias dvi savaites. Bendras skalės įverčio suminis balas gali būti nuo 0 iki 21, o didesnis suminis balas indikuoja didesnį nerimo sunkumą. Suminiai balai – 5, 10 ir 15 yra atitinkamai vertinami kaip lengvi, vidutinio sunkumo ir sunkūs nerimo simptomai.

Psichometrinės charakteristikos. Siekiant patikrinti, kiek konstruktyvų sudaro skalės teiginiai, atlikta tiriamoji principinių komponentų faktoriinė analizė. Rezultatai rodo, kad duomenys yra tinkami faktorių analizei – KMO = 0,924, Bartleto sferiškumo testo $p < 0,001$. Faktorių analizės rezultatai parodė, jog skalės teiginiai sudaro vieną faktorių. Šis faktorius paaiškina 69,14 proc. duomenų sklaidos. 6 priede pristatomas skalės tikrinių reikšmių grafikas. Teiginių svoriai faktoriuje svyruoja nuo 0,763 iki 0,895. Teiginių svoriai faktoriuje pateikiami 7 priede. Šiame tyrime gauta, jog skalės vidinio suderinamumo Cronbach alpha – 0,92, todėl galima laikyti, jog skalė yra suderinta.

Vertimas. Lietuviškos skalės versijos naudojimui yra viešai pateikiamas autorių leidimas, todėl ją versti bei naudoti moksliniuose tyrimuose papildomo leidimo nereikia.

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimui atlikti buvo gautas leidimas iš Nacionalinio vėžio instituto (NVI). Gavus leidimą vykdyti tyrimą, duomenys buvo rinkti 2020 m. sausio – kovo mėnesiais. Pirmiausia tyrimo dalyvėms buvo pristatomas tyrimo tikslas, eiga bei klausimynų pildymo instrukcijos. Tuomet buvo pateikiamas informacinis lapas (žr. 8 priedą) bei gautas tyrimo dalyvių sutikimas dalyvauti tyrime. Tuomet „popieriaus – pieštuko forma“ buvo pateikiamos anketos ir paprašoma jas užpildyti.

2.4. Duomenų analizė

Gauti kiekybiniai duomenys apdoroti IBM SPSS Statistics 23 programa. Ja buvo tikrintas duomenų pasiskirstymas. Vertinant duomenų sklaidą buvo remtasi asimetrijos koeficientais (asimetrijos koeficientai, patenkantys į $\pm 0,80$ intervalą, priskiriami normaliai duomenų sklaidai), histograma (turėtų būti varpo formos, atspindėti Gauso skirstinį, kai duomenų sklaida normali) bei išskirtimis (Pakalniškienė, 2012). Taip pat remtasi Q-Q grafiko nuokrypiais (Q-Q grafiko nuokrypiai nuo nulinės reikšmės nėra dideli ir neviršija ± 1 intervalo, esant normaliai duomenų sklaidai (Pallant, 2003). Tikrinant duomenų pasiskirstymą, paaiškėjo, jog dalis duomenų yra nutolę nuo normaliojo skirstinio. Atsižvelgiant į tokį duomenų pasiskirstymą, statistinė analizė buvo atliekama naudojant ir parametrinius, ir neparametrinius metodus.

Pearson ir Spearman koreliacijos metodais buvo tikrinta, ar egzistuoja ryšys tarp suvokto stigmatizavimo faktorių ir emocinės būsenos aspektų. Tikrinant, ar egzistuoja ryšiai tarp suvokto stigmatizavimo aspektų, nerimo bei depresijos simptomų ir sociodemografinių bei subjektyvios sveikatos veiksnių, taip pat buvo apskaičiuoti Pearson ir Spearman koreliacijų koeficientai. Student t-testas ir Mann-Whitney U testas buvo naudoti su tikslu palyginti suvokto stigmatizavimo raišką bei emocinę būseną skirtingo išsilavinimo, gyvenamosios vietos, šeiminės padėties bei taikyto gydymo grupėse. Siekiant išanalizuoti suvokto stigmatizavimo reikšmę krūties vėžiu sergančių moterų emocinei būsenai, buvo atlikta hierarchinė tiesinė regresija. Taip pat, analizuojant dalį duomenų buvo apskaičiuoti vidurkiai, standartiniai nuokrypiai ir kt. Faktorių sudarančių kintamųjų vidiniam suderinamumui nustatyti buvo apskaičiuojamas Cronbach alfa (α) koeficientas.

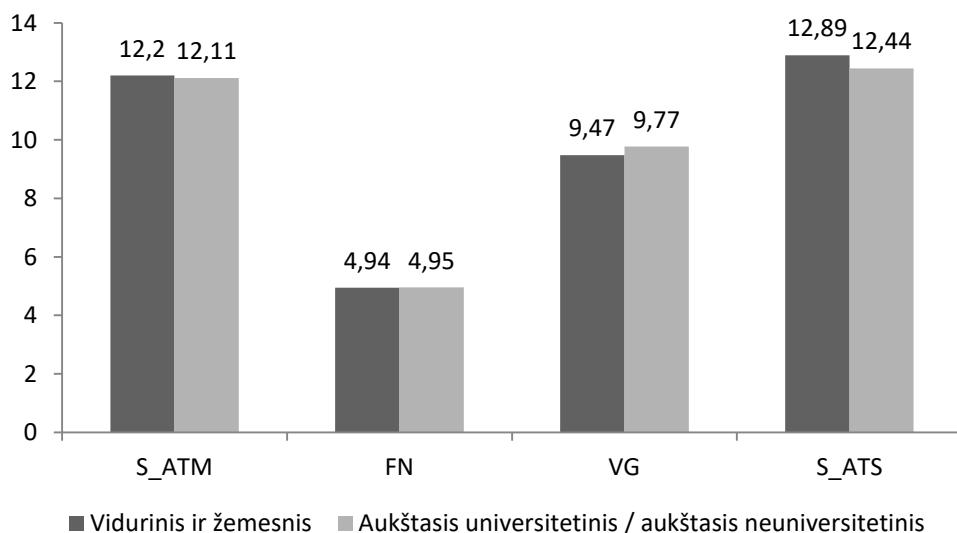
1. REZULTATAI

3.1. Pirminė suvokto stigmatizavimo ir emocinės būsenos veiksnių analizė

3.1.1. Suvoktas stigmatizavimas ir sociodemografiniai veiksniai

Siekiant įvertinti, ar krūties vėžiu sergančių moterų suvoktas stigmatizavimas susijęs su sociodemografiniais kintamaisiais, suvokto stigmatizavimo faktorių – socialinio atmetimo, finansinio nesaugumo, vidinės gėdos ir socialinės atskirties, įverčių vidurkiai buvo palyginti pagal išsilavinimą, gyvenamąją vietą ir šeimines padėtis bei apskaičiuoti koreliacijų koeficientai su tiriamųjų amžiumi ir finansine padėtimi.

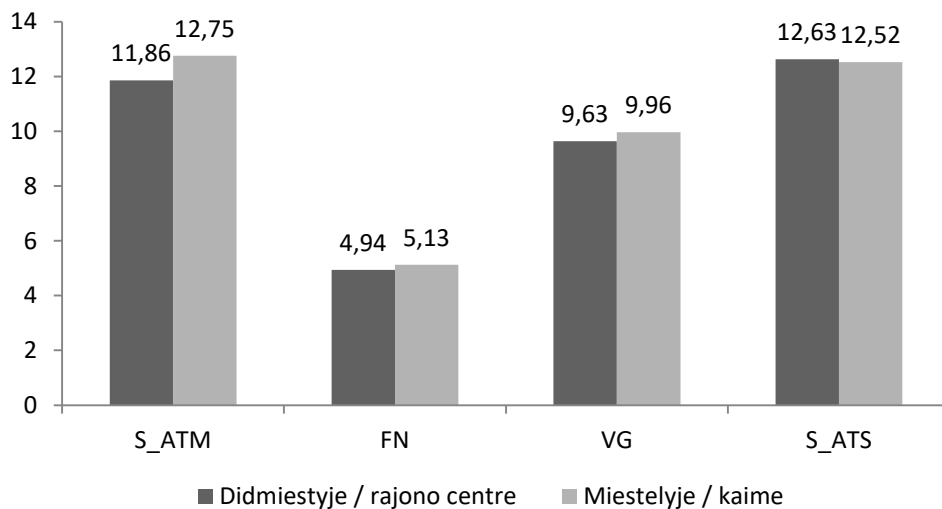
Suvokto stigmatizavimo faktoriams – socialiniam atmetimui ir finansiniam nesaugumui palyginti pagal išsilavinimą naudotas Mann-Whitney U testas. Likusiems suvokto stigmatizavimo faktoriams – vidinei gėdai ir socialinei atskirčiai palyginti pagal išsilavinimą naudotas Student t-testas. Palyginus suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių vidurkius skirtingą išsilavinimą turinčių tiriamųjų grupėse, reikšmingų skirtumų nei viename iš suvokto stigmatizavimo faktorių nenustatyta ($p > 0,05$). Suvokto stigmatizavimo faktorių vidurkių palyginimai pateikti 1 paveiksle.



Čia *S_ATM* – socialinis atmetimas; *FN* – finansinis nesaugumas;
VG – vidinė gėda; *S_ATS* – socialinė atskirtis.

1 pav. Suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių palyginimas vidurinių / žemesnių už vidurinių ir aukštųjų universitetinių / aukštųjų neuniversitetinių išsilavinimą turinčių tiriamųjų grupėse

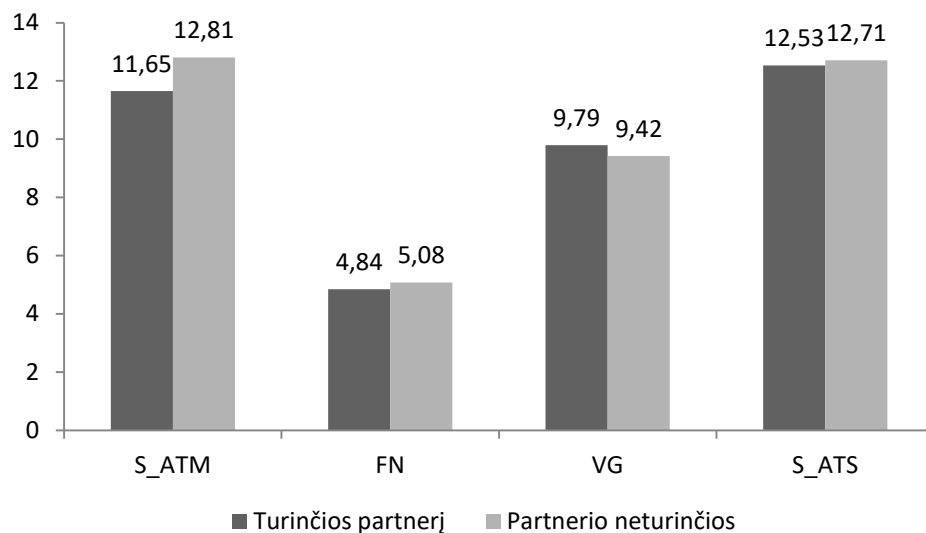
Tam, kad suvokto stigmatizavimo faktorius – socialinį atmetimą ir finansinį nesaugumą palyginti pagal gyvenamąją vietą naudotas Mann-Whitney U testas. Likusiems suvokto stigmatizavimo faktoriams – vidinei gėdai ir socialinei atskirčiai palyginti pagal gyvenamąją vietą naudotas Student t-testas. Palyginus suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių vidurkius didmiestyje / rajono centre ir miestelyje / kaime gyvenančių tiriamųjų grupėse, reikšmingų ryšių nenustatyta ($p > 0,05$). Student t-testo ir Mann-Whitney U testo vidurkių palyginimo rezultatai pristatomi 2 paveiksle.



Čia *S_ATM* – socialinis atmetimas; *FN* – finansinis nesaugumas; *VG* – vidinė gėda; *S_ATS* – socialinė atskirtis.

2 pav. Suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių palyginimas mieste ir kaime gyvenančių tiriamųjų grupėse

Socialiniam atmetimui ir finansiniam nesaugumui palyginti pagal šeimines padėtis naudotas Mann-Whitney U testas. Likusiems suvokto stigmatizavimo faktoriams – vidinei gėdai ir socialinei atskirčiai palyginti pagal šeimines padėtis naudotas Student t-testas. Palyginus suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių vidurkius turinčių partnerių ir partnerio neturinčių moterų grupėse, reikšmingi skirtumai nebuvo rasti ($p > 0,05$). Student t-testo ir Mann-Whitney U testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 3 paveiksle.



Čia *S_ATM* – socialinis atmetimas; *FN* – finansinis nesaugumas; *VG* – vidinė gėda; *S_ATS* – socialinė atskirtis.

3 pav. Suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių palyginimas turinčių partnerį ir partnerio neturinčių tiriamųjų grupėse

Be skirtingų grupių palyginimo, taip pat buvo apskaičiuoti Pearson ir Spearman koreliacijų koeficientai tarp suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių ir tiriamųjų amžiaus bei finansinės padėties. Koreliacinės analizės rezultatai pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. Suvokto stigmatizavimo faktorių sąsajos su amžiumi bei finansine padėtimi

	Amžius	Finansinė padėtis
Socialinis atmetimas (r_s)	-0,02	0,23*
Finansinis nesaugumas (r_s)	-0,09	0,32**
Vidinė gėda	-0,06	-0,05
Socialinė atskirtis	0,009	0,15

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; r_s – Spearman koreliacijos koeficientas.

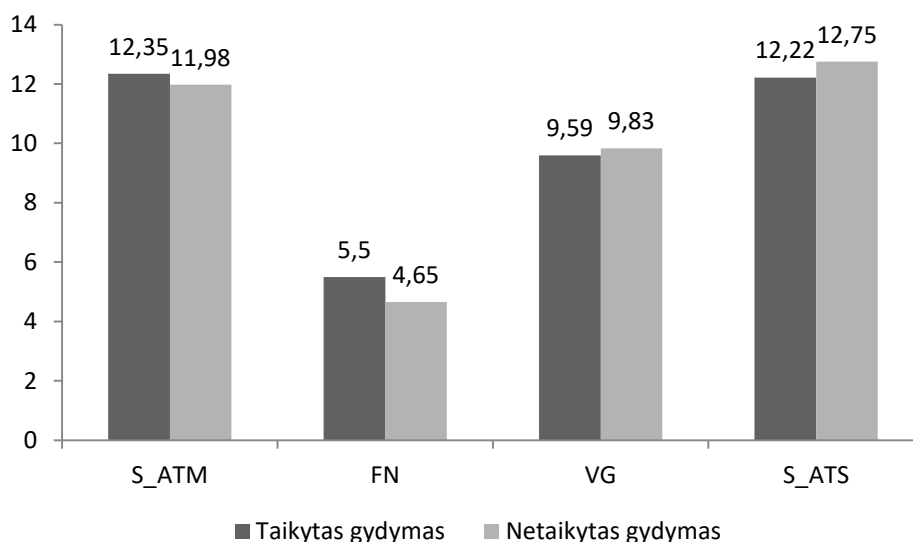
Remiantis koreliacijų rezultatais, reikšmingas ryšys egzistuoja tarp finansinės padėties ir socialinio atmetimo ($r = 0,23$, $p < 0,05$) bei finansinio nesaugumo ($r = 0,32$, $p < 0,01$). Rezultatas rodo, kad kuo prastesnė krūties vėžiu sergančių moterų finansinė padėtis, tuo daugiau socialiai atmetinos ir finansiškai nesaugios jos jaučiasi. Tarp finansinės padėties ir likusių dviejų suvokto

stigmatizavimo faktorių reikšmingų ryšių nustatyta nebuvo. Tiriamųjų amžius reikšmingai nesusijęs su nei vienu suvokto stigmatizavimo faktoriumi.

3.1.2. Suvoktas stigmatizavimas ir gydymo veiksniai

Tam, kad įvertinti, ar krūties vėžiu sergančių pacienčių suvoktas stigmatizavimas yra susijęs su gydymo veiksniais, suvokto stigmatizavimo faktorių – socialinio atmetimo, finansinio nesaugumo, vidinės gėdos bei socialinės atskirties, vidurkiai buvo palyginti pagal atliktą gydymą: chemoterapinį / spindulinį gydymą, mastektomiją ir rekonstrukciją.

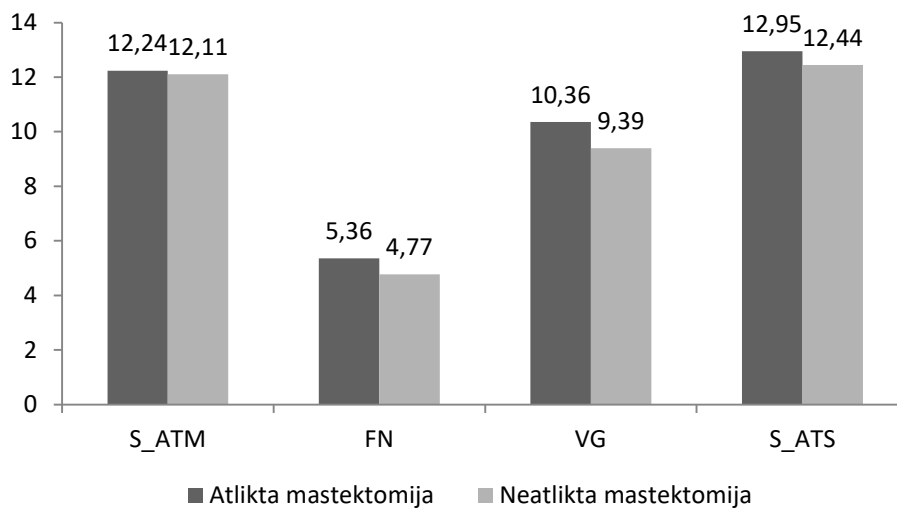
Suvokto stigmatizavimo faktoriams – socialiniam atmetimui ir finansiniam nesaugumui palyginti pagal atliktą chemoterapinį / spindulinį gydymą naudotas Mann-Whitney U testas. Vidinei gėdai ir socialinei atskirčiai palyginti pagal atliktą gydymą naudotas Student t-testas. Palyginus suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių vidurkius moterų, kurioms buvo taikytas chemoterapinis arba radiologinis gydymas ir moterų, kurioms šie gydymo metodai nebuvo taikyti, grupėse, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta ($p > 0,05$). Student t-testo ir Mann-Whitney U testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 4 paveiksle.



Čia *S_ATM* – socialinis atmetimas; *FN* – finansinis nesaugumas;
VG – vidinė gėda; *S_ATS* – socialinė atskirtis.

4 pav. Suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių palyginimas atlikto ir neatlikto chemoterapinio/radiologinio gydymo tiriamųjų grupėse

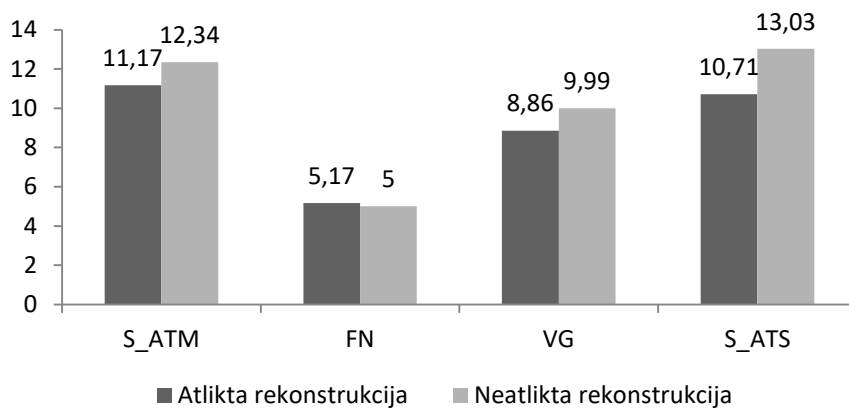
Siekiant socialinį atmetimą ir finansinį nesaugumą palyginti pagal atliktą arba neatliktą mastektomiją naudotas Mann-Whitney U testas. Vidinei gėdai ir socialiniai atskirčiai palyginti pagal atliktą arba ne mastektomiją naudotas Student t-testas. Moterų, kurioms buvo atlikta mastektomija ir moterų, kurioms ši intervencija nebuvo atlikta, grupėse, statistiškai reikšmingų skirtumų taip pat nebuvo nustatyta ($p > 0,05$). Student t-testo ir Mann-Whitney U testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 5 paveiksle.



Čia *S_ATM* – socialinis atmetimas; *FN* – finansinis nesaugumas; *VG* – vidinė gėda; *S_ATS* – socialinė atskirtis.

5 pav. Suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių palyginimas atliktos ir neatliktos mastektomijos tiriamųjų grupėse

Tam, kad socialinį atmetimą ir finansinį nesaugumą palyginti pagal atliktą arba neatliktą rekonstrukciją, naudotas Mann-Whitney U testas. Nors vidinės gėdos ir socialinės atskirties poskalės priskirtos normaliam duomenų pasiskirstymui, dėl mažos moterų, kurioms buvo atlikta rekonstrukcija grupės, šių poskalių palyginimui pagal atliktą arba ne rekonstrukciją taip pat naudotas Mann-Whitney U testas. Lyginant moteris, kurioms buvo atlikta krūtų rekonstrukcinė operacija ir tiriamąsias, kurioms ši operacija nebuvo atlikta, nustatytas reikšmingas skirtumas viename iš suvokto stigmatizavimo faktorių. Mann-Whitney U testo rezultatai parodė, kad lyginant minėtas grupes, reikšmingai skiriasi socialinės atskirties įverčio vidurkis (M (vidurkinis rangas) = 10,71 (32,14); M (vidurkinis rangas) = 13,03 (46,84), $U = 345$, $Z = -1,99$, $p < 0,05$). Moterys, kurioms buvo atlikta krūtų rekonstrukcinė operacija, jautė mažesnę socialinę atskirtį. Mann-Whitney U testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 6 paveiksle.



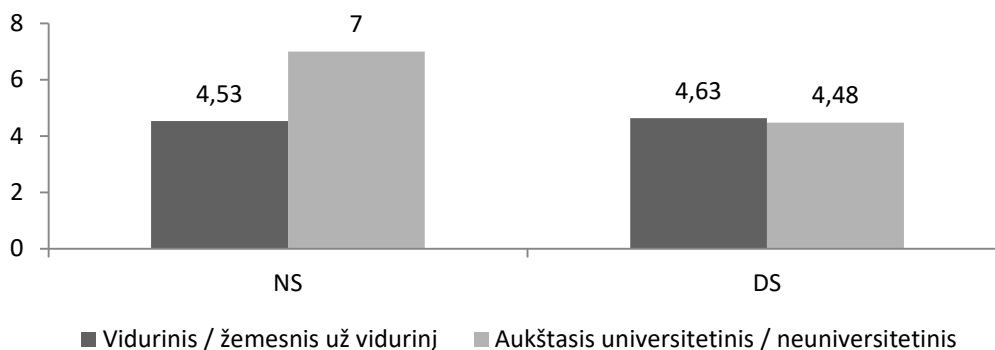
Čia *S_ATM* – socialinis atmetimas; *FN* – finansinis nesaugumas; *VG* – vidinė gėda; *S_ATS* – socialinė atskirtis.

6 pav. Suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių palyginimas atliktos ir neatliktos rekonstrukcijos tiriamųjų grupėse

3.1.3. Emocinė būseną ir sociodemografiniai veiksniai

Siekiant įvertinti, ar krūties vėžiu sergančių moterų emocinė būseną susijusi su sociodemografiniais veiksniais, nerimo ir depresijos simptomų skalių įverčių vidurkiai buvo palyginti pagal išsilavinimą, gyvenamąją vietą ir šeimines padėtis bei apskaičiuoti koreliacijų koeficientai su tiriamųjų amžiumi ir finansine padėtimi.

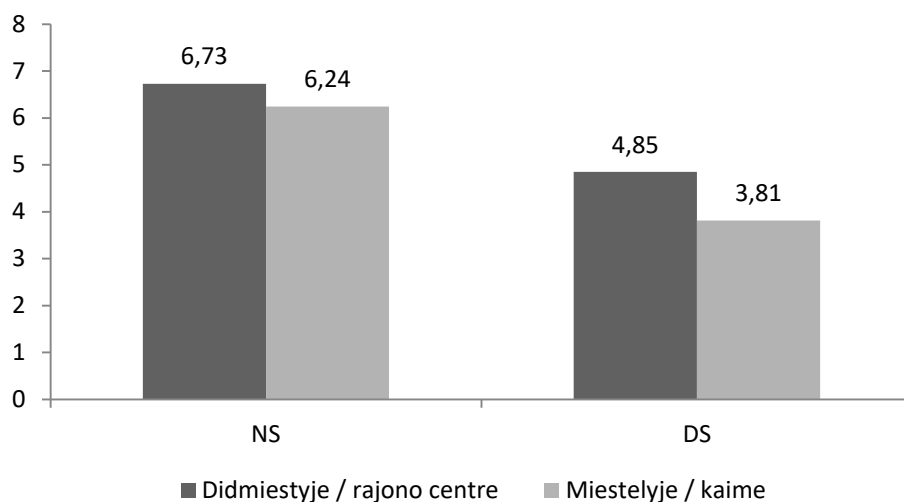
Siekiant emocinės būsenos faktorius – nerimo bei depresijos simptomus palyginti pagal išsilavinimą, naudotas Student t-testas. Palyginus nerimo bei depresijos simptomus emocinės būsenos faktorių įverčių vidurkius vidurinio / žemesnio už vidurinį bei aukštojo universitetinio / aukštojo neuniversitetinio išsilavinimo grupėse, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta ($p > 0,05$). Student t-testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 7 paveiksle.



Čia *NS* – nerimo simptomai; *DS* – depresijos simptomai.

7 pav. Emocinės būsenos faktorių įverčių palyginimas skirtingo išsilavinimo grupėse

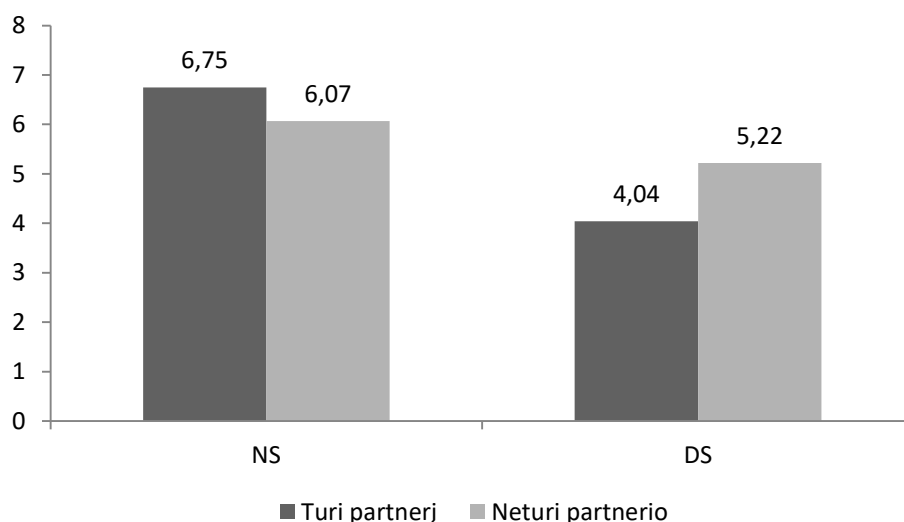
Palyginus nerimo bei depresijos simptomus emocinės būsenos faktorių įverčių vidurkius grupėse, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta ($p > 0,05$). Student t-testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 8 paveiksle.



Čia *NS* – nerimo simptomai; *DS* – depresijos simptomai.

8 pav. Emocinės būsenos faktorių įverčių palyginimas skirtingos gyvenamosios vietos grupėse

Palyginus nerimo bei depresijos simptomus emocinės būsenos faktorių įverčius turinčių partnerių ir partnerio neturinčių moterų grupėse, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta ($p > 0,05$). Student t-testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 9 paveiksle.



Čia *NS* – nerimo simptomai; *DS* – depresijos simptomai.

9 pav. Emocinės būsenos faktorių įverčių palyginimas skirtingos šeiminių padėties grupėse

Taip pat buvo apskaičiuoti Pearson koreliacijų koeficientai tarp suvokto emocinės būsenos faktorių įverčių ir tiriamųjų amžiaus bei finansinės padėties. Remiantis koreliacijų rezultatais, reikšmingų ryšių nebuvo nustatyta ($p > 0,05$). Koreliacinės analizės rezultatai pateikiami 5 lentelėje.

5 lentelė. *Emocinės būsenos faktorių sąsajos su amžiumi ir finansine padėtimi*

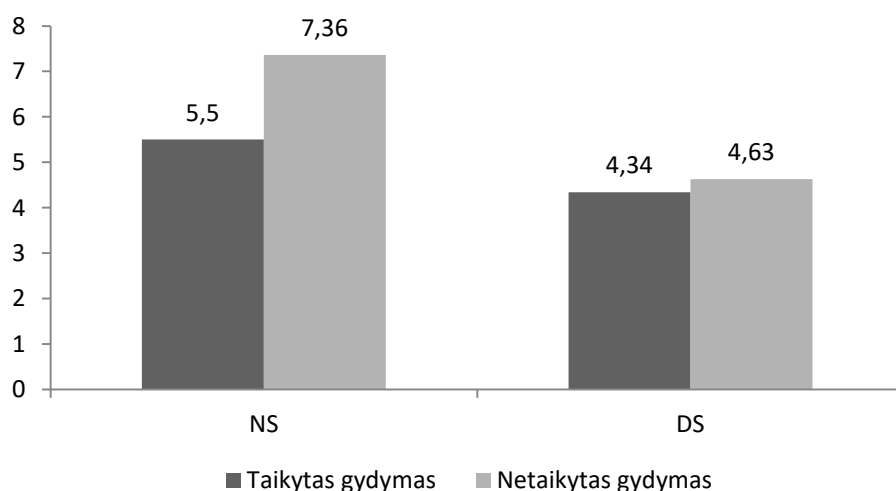
	Amžius	Finansinė padėtis
Nerimo simptomai	0,15	-0,03
Depresijos simptomai	0,08	0,15

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

3.1.4. Emocinė būsena ir gydymo veiksniai

Tam, kad įvertinti, ar krūties vėžiu sergančių moterų emocinė būsena susijusi su gydymo veiksniais, nerimo ir depresijos simptomų skalių įverčių vidurkiai buvo palyginti pagal atliktą gydymą: chemoterapinį / spindulinį gydymą, mastektomiją ir rekonstrukciją.

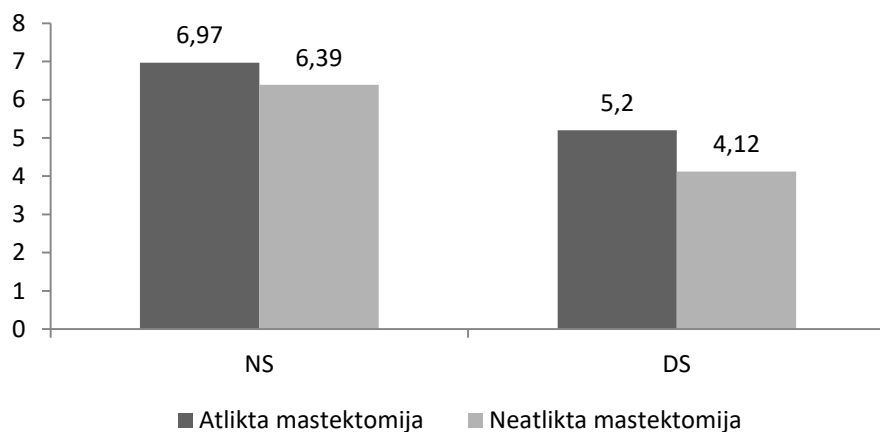
Palyginus emocinės būsenos faktorių įverčių vidurkius sergančiųjų, kurioms buvo taikytas chemoterapinis arba radiologinis gydymas ir moterų, kurioms šie gydymo metodai nebuvo taikyti, grupėse, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta ($p > 0,05$). Student t-testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 10 paveiksle.



Čia *NS* – nerimo simptomai; *DS* – depresijos simptomai.

10 pav. Emocinės būsenos faktorių įverčių palyginimas pagal atliktą gydymą

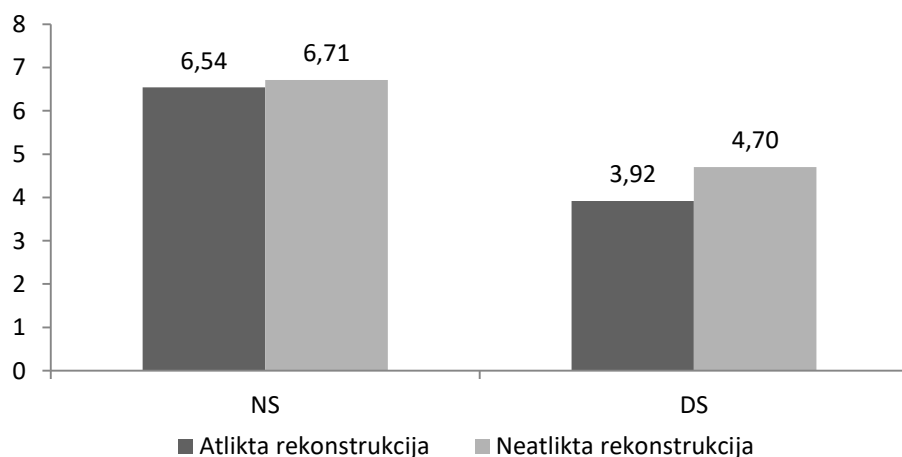
Palyginus emocinės būsenos faktorių įverčių vidurkius moterų, kurioms buvo atlikta mastektomija ir moterų, kurioms krūtų pašalinimo operacija nebuvo atlikta, grupėse, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta ($p > 0,05$). Student t-testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 11 paveiksle.



Čia *NS* – nerimo simptomai; *DS* – depresijos simptomai.

11 pav. Emocinės būsenos faktorių įverčių palyginimas pagal atliktą / neatliktą mastektomiją

Palyginus emocinės būsenos faktorių įverčių vidurkius moterų, kurioms buvo atlikta rekonstrukcinė operacija ir moterų, kurioms krūtų rekonstrukcija nebuvo atlikta, grupėse, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta ($p > 0,05$). Mann-Whitney U testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 12 paveiksle.



Čia *NS* – nerimo simptomai; *DS* – depresijos simptomai.

12 pav. Emocinės būsenos faktorių įverčių palyginimas pagal atliktą / neatliktą rekonstrukciją

3.1.5. Suvoktas stigmatizavimas ir emocinė būseną

Siekiant įvertinti, ar krūties vėžiu sergančių moterų suvoktas stigmatizavimas yra susijęs jų emocine būseną, buvo apskaičiuotos nerimo bei depresijos simptomų ir visų keturių suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių koreliacijos. Analizės Pearson ir Spearman koreliacijų koeficientai pristatomi 6 lentelėje.

6 lentelė. Suvokto stigmatizavimo faktorių sąsajos su emocinės būsenos faktoriais

	Nerimo simptomai	Depresijos simptomai
Socialinis atmetimas (r_s)	0,34**	0,34**
Finansinis nesaugumas (r_s)	0,28*	0,28*
Vidinė gėda	0,43**	0,34**
Socialinė atskirtis	0,50**	0,56**

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; r_s – Spearman koreliacijos koeficientas.

Remiantis koreliacinės analizės rezultatais, emocinė būseną yra reikšmingai susijusi su visais suvokto stigmatizavimo faktoriais (6 lentelė). Ryšiai rodo, jog stipriausiai tiek nerimo ($r = 0,50$, $p < 0,01$), tiek depresijos ($r = 0,56$, $p < 0,01$) simptomai susiję su socialine atskirtimi. Rezultatai atskleidžia, kad kuo didesnę socialinę atskirtį patiria moterys, sergančios krūties vėžiu, tuo labiau išreikšti jų nerimo simptomai. Kiti suvokto stigmatizavimo faktoriai – vidinė gėda ($r = 0,43$, $p < 0,01$), finansinis nesaugumas ($r = 0,28$, $p < 0,05$) bei socialinis atmetimas ($r = 0,34$, $p < 0,01$), taip pat siejasi su nerimo simptomais. Kuo labiau patiriami šie suvokto stigmatizavimo aspektai, tuo daugiau nerimo jaučia sergančios moterys. Kaip ir su nerimo, taip ir su depresijos simptomais – kuo labiau socialiai atskirtos jaučiasi sergančios moterys, tuo labiau pasireiškia depresijos simptomai. Taip pat su depresijos simptomais siejasi ir vidinė gėda ($r = 0,34$, $p < 0,01$), finansinis nesaugumas ($r = 0,28$, $p < 0,05$) ir socialinis atmetimas ($r = 0,34$, $p < 0,01$).

3.1.6. Suvoktas stigmatizavimas ir subjektyviai vertinama sveikata

Siekiant įvertinti, ar krūties vėžio pacienčių suvoktas stigmatizavimas yra susijęs su subjektyvia jų sveikatos būkle, apskaičiuotos subjektyviai vertinamos sveikatos bei subjektyviai vertinamų, su

liga susijusių patiriamų sunkumų ir visų keturių suvokto stigmatizavimo faktorių koreliacijos. Analizės rezultatai pateikiami 7 ir 8 lentelėse.

7 lentelė. Suvokto stigmatizavimo faktorių sąsajos su subjektyvia sveikata ir sunkumais, susijusiais su liga

	Subjektyvi sveikata	Sunkumai
Socialinis atmetimas (r_s)	-0,01	0,31**
Finansinis nesaugumas (r_s)	-0,10	0,32**
Vidinė gėda	-0,08	0,32*
Socialinė atskirtis	-0,22*	0,49**

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; r_s – Spearman koreliacijos koeficientas.

Koreliacinės analizės rezultatai atskleidžia, kad krūties vėžiu sergančių moterų subjektyvi sveikata yra susijusi su daugeliu suvokto stigmatizavimo faktorių. Su liga susiję patiriami sunkumai yra susiję su visais keturiais suvoktos stigmatizavimo faktoriais: socialiniu atmetimu ($r = 0,31$, $p < 0,01$), finansiniu nesaugumu ($r = 0,32$, $p < 0,01$), vidine gėda ($r = 0,32$, $p < 0,05$) ir socialine atskirtimi ($r = 0,49$, $p < 0,01$). Rezultatai rodo, kad kuo labiau išreikšti su sveikata susiję sunkumai, tuo daugiau socialinio atmetimo, finansinio nesaugumo, vidinės gėdos bei socialinės atskirties jaučia krūties onkologine liga sergančios pacientės. Dar daugiau, subjektyvios sveikatos būklės skalė siejasi su socialine atskirtimi ($r = -0,22$, $p < 0,05$). Reikšmingas ryšys nebuvo nustatytas tarp sveikatos būklės skalės ir likusių suvokto stigmatizavimo komponentų.

8 lentelė. Suvokto stigmatizavimo faktorių sąsajos su sunkumais, susijusiais su liga

	Skausmas	Silpnumas	Nuovargis	Pykinimas	Sumažėjęs noras valgyti	Sunkumai judinti ranką
Socialinis atmetimas (r_s)	0,25*	0,26*	0,33**	0,05	0,22	0,34**
Finansinis nesaugumas (r_s)	0,29*	0,21	0,32**	0,20	0,29**	0,36**
Vidinė gėda	0,14	0,18	0,29**	0,10	0,30**	0,29*
Socialinė atskirtis	0,40**	0,33**	0,41**	0,17	0,43**	0,38**

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; r_s – Spearman koreliacijos koeficientas.

Analizės rezultatai atskleidžia, kad daugelis sergančių moterų patiriamų sunkumų siejasi su suvokto stigmatizavimo faktoriais (8 lentelė). Tiriamųjų patiriamas skausmas siejasi su socialiniu atmetimu ($r = 0,25$, $p < 0,05$), finansiniu nesaugumu ($r = 0,29$, $p < 0,05$) ir socialine atskirtimi ($r = 0,40$, $p < 0,01$). Silpnumas siejasi su socialiniu atmetimu ($r = 0,26$, $p < 0,05$) bei socialine atskirtimi ($0,33$, $p < 0,01$). Nuovargis siejasi su visais suvokto stigmatizavimo aspektais. Sumažėjęs noras valgyti yra susijęs su finansiniu nesaugumu ($r = 0,29$, $p < 0,01$), vidine gėda ($r = 0,30$, $p < 0,01$) bei socialine atskirtimi ($r = 0,43$, $p < 0,01$). Galiausiai, sunkumai judinti ranką (-as) siejasi su visais suvokto stigmatizavimo faktoriais.

3.1.7. Emocinė būseną ir subjektyviai vertinama sveikata

Tam, kad įvertinti, ar moterų, sergančių krūties onkologine liga, emocinė būseną siejasi su subjektyviai vertinama jų sveikatos būkle, apskaičiuotos nerimo bei depresijos simptomų ir sveikatos būklės bei su liga susijusių sveikatos sunkumų koreliacijos. Šios analizės Pearson ir Spearman koreliacijų rezultatai pristatomi 9 lentelėje.

9 lentelė. *Emocinės būsenos faktorių įvėrių sąsajos su subjektyvia sveikata ir sunkumais, susijusiais su liga*

	Subjektyvi sveikata	Sunkumai (r_s)
Nerimo simptomai	-0,18	0,23*
Depresijos simptomai	-0,23	0,43**

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; r_s – Spearman koreliacijos koeficientas.

Remiantis koreliacinės analizės rezultatais, su liga susiję sunkumai siejasi su nerimo ($r = 0,23$, $p < 0,05$) bei depresijos ($r = 0,43$, $p < 0,01$) simptomais. Ryšiai rodo, kad kuo stipresni sergančių moterų patiriami su liga susiję sunkumai, tuo daugiau nerimo jos jaučia. Ryšiai atskleidžia, jog kuo labiau patiriami simptomai, susiję su liga, tuo labiau išreikšti ir jų depresijos simptomai.

10 lentelė. *Emocinės būsenos faktorių sąsajos su sunkumais, susijusiais su liga*

	Skausmas	Silpnumas	Nuovargis	Pykinimas	Sumažėjęs noras valgyti	Sunkumai judinti ranką
Nerimo simptomai	0,21	0,08	0,12	0,28*	0,25*	0,12
Depresijos simptomai	0,27*	0,33**	0,43**	0,11	0,16	0,29*

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Koreliacinės analizės rezultatai rodo, jog kai kurie sergančių moterų patiriami sunkumai – pykinimas ($r = 0,28$, $p < 0,05$) ir sumažėjęs noras valgyti ($r = 0,25$, $p < 0,05$) siejasi su nerimo simptomais. Kuo labiau pykinimą ir sumažėjusį apetitą patiria sergančiosios, tuo labiau išreikšti jų nerimo simptomai. Rezultatai taip pat atskleidžia, kad skausmas ($r = 0,27$, $p < 0,05$), silpnumas ($r = 0,33$, $p < 0,01$), nuovargis ($r = 0,43$, $p < 0,01$) bei sunkumai laisvai judinti ranką ($r = 0,29$, $p < 0,05$) yra susiję su depresijos simptomais. Kuo labiau pasireiškia šie su liga susiję sunkumai, tuo labiau išreikšti ir depresijos simptomai (10 lentelė).

3.2. Antrinė suvokto stigmatizavimo ir emocinės būsenos veiksnių analizė

3.2.1. Sociodemografinių, subjektyviai vertinamos sveikatos, gydymo ypatumų ir suvokto stigmatizavimo veiksnių reikšmė emocinei būsenai

Siekiant įvertinti, kokią dalį emocinės būsenos faktorių įverčių variacijos prognozuoja skirtingos kintamųjų grupės, buvo atlikta hierarchinė tiesinė regresinė analizė. Priklausomais kintamaisiais regresijos lygtyje buvo emocinę būseną sudarančių faktorių – depresijos bei nerimo simptomų įverčiai. Pirmiausia, nepriklausomų kintamųjų grupės į lygtį buvo įtrauktos keliais etapais: iš pradžių buvo įtrauktas sociodemografinių kintamųjų blokas, tuomet gydymo veiksniai, sveikatos būklės veiksniai ir galiausiai modelis buvo papildytas suvokto stigmatizavimo faktorių bloku.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojami depresijos simptomai, pristatomi 11 lentelėje. Analizės rezultatai rodo, kad vien sociodemografiniai veiksniai paaiškina 5,1 proc. depresijos simptomų įverčių. Modelį papildžius gydymo veiksniais, prognozės tikslumas padidėja tik 3,9 procento. Nei vienas iš sociodemografinių veiksnių ir, papildžius modelį, nei vienas iš gydymo veiksnių reikšmingai neprognozuoja depresijos simptomų. Trečiame modelyje, po to, kai į regresinę lygtį buvo įtrauktas sveikatos veiksnių blokas, paaiškinamos depresijos simptomų įverčių variacijos procentas padidėja iki 23,4 proc. Regresiniame modelyje išryškėja vienas reikšmingas prediktorius – su liga susiję sunkumai ($\beta = 0,36$, $p < 0,01$). Rezultatai rodo, kad kuo labiau krūtis vėžiu sergančioms moterims pasireiškia su liga susiję sunkumai, tuo labiau išreikšti jų depresijos simptomai.

11 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant depresijos simptomus

Depresijos simptomus prognozuoja	1	2	3	4	
	modelis	modelis	Modelis	modelis	
	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	
Sociodemografiniai veiksniai					
Amžius	0,04	0,02	0,07	0,01	
Išsilavinimas	-0,03	-0,05	-0,04	-0,03	
Gyvenamoji vieta	-0,14	-0,13	-0,14	-0,14	
Finansinė padėtis	0,11	0,14	0,04	0,02	
Šeiminė padėtis	0,09	0,09	0,09	0,14	
Gydymo veiksniai					
Chemoterapis / radiologinis gydymas		0,09	-0,03	-0,06	
Mastektomija		-0,20	-0,13	-0,13	
Rekonstrukcija		0,06	0,02	-0,09	
Sveikatos būklės veiksniai					
Subjektyvi sveikatos būklė			-0,12	-0,09	
Su liga susiję sunkumai			0,36**	0,17	
Suvokto stigmatizavimo veiksniai					
Socialinis atmetimas				0,03	
Finansinis nesaugumas				-0,19	
Vidinė gėda				-0,03	
Socialinė atskirtis				0,58**	
	R²	0,05	0,09	0,23	0,41
	F	0,67	0,74	1,77	2,73**

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis - sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis - sociodemografiniai ir gydymo veiksniai; 3 modelis - sociodemografiniai, gydymo ir sveikatos būklės veiksniai; 4 modelis - sociodemografiniai, gydymo, sveikatos būklės ir suvokto stigmatizavimo veiksniai.

Ketvirtas modelis, kuriame be sociodemografinių, gydymo bei sveikatos būklės veiksnių įvestas ir suvokto stigmatizavimo faktorių blokas, paaiškina 41,4 proc. depresijos simptomų. Suvokto stigmatizavimo faktorių grupės įtraukimas reikšmingai pagerina ankstesnio modelio prognostinį tikslumą (R pokytis = 0,18, F pokytis = 4,15, $p < 0,05$). Iš suvokto stigmatizavimo veiksnių depresijos simptomus reikšmingai prognozuoja socialinė atskirtis ($\beta = 0,58$, $p < 0,01$): kuo labiau sergančiosios jaučia socialinę atskirtį, tuo labiau išreikšti yra jų nerimo simptomai. Visgi, trečiame modelyje reikšmingas su liga susijusių sunkumų prediktorius, paskutiniajame modelyje tapo nebereikšmingu.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojami nerimo simptomai, pateikiami 12 lentelėje. Pirmame modelyje į nerimo simptomų prognostinę analizę įtraukta tik

sociodemografinių kintamųjų grupė, kuri paaiškina 6 proc. nerimo simptomų ir nei vienas iš kintamųjų nepasižymi reikšmingu prognostiniu ryšiu. Į regresinę lygtį įvedus gydymo veiksmų bloką, modelio prognostinis tikslumas pagerėjo labai nežymiai – tik 4,1 procento. Trečiasis modelis, kuriame be sociodemografinių ir gydymo veiksmų, įtrauktas ir sveikatos būklės veiksmų blokas, paaiškina 18,1 proc. duomenų variacijos. Trečiajame modelyje išryškėja vienas reikšmingas prediktorius – su liga susiję sunkumai ($\beta = 0,31, p < 0,05$): kuo labiau krūtų onkologine liga sergančios moterys patiria su liga susijusius sunkumus, tuo labiau pasireiškia nerimo simptomai. Ketvirtasis modelis, kuriame į regresinę lygtį įtraukti sociodemografiniai, gydymo, sveikatos ir suvokto stigmatizavimo veiksniai, paaiškina 37,5 proc. nerimo simptomų. Suvokto stigmatizavimo faktorių bloko įtraukimas reikšmingai pagerina ankstesnio modelio prognostinį tikslumą (R pokytis = 0,19, F pokytis = 4,18, $p < 0,05$). Paskutiniajame modelyje reikšmingų prediktorių nėra.

12 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant nerimo simptomus

	1	2	3	4	
<i>Nerimo simptomus prognozuoja</i>	modelis	modelis	Modelis	modelis	
	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	
Sociodemografiniai veiksniai					
Amžius	0,15	0,13	0,20	0,20	
Išsilavinimas	0,15	0,17	0,20	0,18	
Gyvenamoji vieta	-0,03	0,02	0,01	0,01	
Finansinė padėtis	-0,01	0,05	-0,02	-0,08	
Šeiminė padėtis	-0,10	-0,11	-0,11	-0,05	
Gydymo veiksniai					
Chemoterapinis / radiologinis gydymas		0,22	0,13	0,15	
Mastektomija		-0,07	-0,002	0,04	
Rekonstrukcija		0,04	0,11	-0,07	
Sveikatos būklės veiksniai					
Subjektyvi sveikatos būklė			0,002	0,04	
Su liga susiję sunkumai			0,31*	0,09	
Suvokto stigmatizavimo veiksniai					
Socialinis atmetimas				-0,06	
Finansinis nesaugumas				0,11	
Vidinė gėda				0,18	
Socialinė atskirtis				0,33	
	R²	0,06	0,10	0,18	0,38
	F	0,80	0,84	1,28	2,31*

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis - sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis - sociodemografiniai ir gydymo veiksniai; 3 modelis - sociodemografiniai, gydymo ir sveikatos būklės veiksniai; 4 modelis - sociodemografiniai, gydymo, sveikatos būklės ir suvokto stigmatizavimo veiksniai.

3.2.2. Sociodemografinių, subjektyviai vertinamos sveikatos ir gydymo veiksnių reikšmė suvoktam stigmatizavimui

Siekiant įvertinti, kokią dalį suvokto stigmatizavimo faktorių įverčių variacijos prognozuoja skirtingos kintamųjų grupės, buvo atlikta hierarchinė tiesinė regresinė analizė. Priklausomais kintamaisiais regresijos lygtyje buvo suvoktą stigmatizavimą sudarančių faktorių – socialinio atmetimo, finansinio nesaugumo, vidinės gėdos ir socialinės atskirties įverčiai. Pirmiausia, nepriklausomų kintamųjų grupės į lygtį buvo įtrauktos keliais etapais: iš pradžių buvo įtrauktas sociodemografinių kintamųjų blokas, vėliau gydymo veiksniai, dar vėliau sveikatos būklės veiksniai.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojamas socialinis atmetimas, pateikiami 13 lentelėje. Pirmame modelyje į socialinio atmetimo prognostinę analizę įtraukta tik sociodemografinių kintamųjų grupė, kuri paaiškina 7,5 proc. socialinio atmetimo ir nei vienas iš kintamųjų nepasižymi reikšmingu prognostiniu ryšiu. Į regresinę lygtį įvedus gydymo veiksnių bloką, modelio prognostinis tikslumas pagerėjo labai nežymiai – tik iki 8,9 procento. Trečiasis modelis, kuriame į regresinę lygtį įtraukti sociodemografinių, gydymo bei sveikatos veiksnių blokai, paaiškina 11 proc. duomenų variacijos. Galutiniame modelyje reikšmingų prediktorių nėra, determinacijos koeficientas yra nepakankamas ($R^2 < 0,20$), o pats modelis nėra reikšmingas.

13 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant socialinį atmetimą

<i>Socialinį atmetimą prognozuoja</i>	1	2	3
	modelis	modelis	modelis
	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)
Sociodemografiniai veiksniai			
Amžius	0,01	0,004	0,08
Išsilavinimas	0,01	0,02	0,04
Gyvenamoji vieta	0,10		0,12
Finansinė padėtis	0,22	0,25	0,23
Šeiminė padėtis	0,03	0,03	0,01
Gydymo veiksniai			
Chemoterapinis / radiologinis gydymas		0,05	0,02
Mastektomija		-0,04	-0,01
Rekonstrukcija		0,11	0,11
Sveikatos būklės veiksniai			
Subjektyvi sveikatos būklė			0,12

Su liga susiję sunkumai				0,06
	R²	0,08	0,09	0,11
	F	1,07	0,77	0,75

Pastaba. * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. 1 modelis - sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis - sociodemografiniai ir gydymo veiksniai; 3 modelis - sociodemografiniai, gydymo ir sveikatos būklės veiksniai.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojamas finansinis nesaugumas, pristatomi 14 lentelėje. Analizės rezultatai rodo, kad vien sociodemografiniai veiksniai paaiškina 15 proc. finansinio nesaugumo įverčių. Modelį papildžius gydymo veiksniais, prognozės tikslumas padidėja iki 18,2 procento. Trečiame modelyje, po to, kai į regresinę lygtį buvo įtraktas sveikatos veiksmų blokas, paaiškinamos finansinio nesaugumo įverčių variacijos procentas padidėja iki 28,1 proc. Visuose trijuose modeliuose finansinė padėtis yra reikšmingas finansinio nesaugumo prediktorius. Trečiajame regresiniame modelyje išryškėja ir dar vienas reikšmingas prediktorius – su sveikata susiję sunkumai ($\beta = 0,33$, $p < 0,05$). Rezultatai rodo, kad kuo labiau išreikšti su sveikata susiję sunkumai, tuo labiau sergančios moterys jaučia finansinį nesaugumą.

14 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant finansinį nesaugumą

<i>Finansinį nesaugumą prognozuoja</i>	1	2	3	
	modelis	modelis	modelis	
	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	
Sociodemografiniai veiksniai				
Amžius	-0,14	-0,14	-0,07	
Išsilavinimas	0,06	0,02	0,04	
Gyvenamoji vieta	0,02	-0,01	-0,02	
Finansinė padėtis	0,41**	0,39**	0,31*	
Šeiminė padėtis	-0,07	-0,07	-0,07	
Gydymo veiksniai				
Chemoterapinis / radiologinis gydymas		-0,09	-0,19	
Mastektomija		-0,14	-0,08	
Rekonstrukcija		0,01	-0,02	
Sveikatos būklės veiksniai				
Subjektyvi sveikatos būklė			-0,03	
Su liga susiję sunkumai			0,33*	
	R²	0,15	0,18	0,28
	F	2,23	1,67	2,27*

Pastaba. * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. 1 modelis - sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis - sociodemografiniai ir gydymo veiksniai; 3 modelis - sociodemografiniai, gydymo ir sveikatos būklės veiksniai.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojama vidinė gėda, pristatomi 15 lentelėje. Analizės rezultatai rodo, kad vien sociodemografiniai veiksniai paaiškina tik 1 proc. vidinės gėdos įverčių. Modelį papildžius gydymo veiksniais, prognozės tikslumas padidėja tik iki 6,4 proc. Trečiame modelyje, po to, kai į regresinę lygtį buvo įtrauktas sveikatos veiksnių blokas, paaiškinamos vidinės gėdos įverčių variacijos procentas padidėja tik iki 11,4 proc. Nei vienas iš sociodemografinių, gydymo bei sveikatos veiksnių reikšmingai neprognozuoja vidinės gėdos, determinacijos koeficientas yra nepakankamas ($R^2 < 0,20$), o pats modelis nėra reikšmingas.

15 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant vidinę gėdą

	1	2	3
Vidinę gėdą prognozuoja	modelis	modelis	modelis
	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)
Sociodemografiniai veiksniai			
Amžius	-0,05	-0,07	0,04
Išsilavinimas	0,05	0,04	0,06
Gyvenamoji vieta	0,05	0,06	0,06
Finansinė padėtis	-0,03	0,01	-0,04
Šeiminių padėtis	-0,02	-0,06	-0,07
Gydymo veiksniai			
Chemoterapis / radiologinis gydymas		0,09	0,02
Mastektomija		-0,17	-0,12
Rekonstrukcija		0,17	0,15
Sveikatos būklės veiksniai			
Subjektyvi sveikatos būklė			-0,01
Su liga susiję sunkumai			0,24
R²	0,01	0,06	0,11
F	0,14	0,55	0,81

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis - sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis - sociodemografiniai ir gydymo veiksniai; 3 modelis - sociodemografiniai, gydymo ir sveikatos būklės veiksniai.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojama socialinė atskirtis, pristatomi 16 lentelėje. Remiantis analizės rezultatais, vien sociodemografiniai veiksniai paaiškina tik 2,6 proc. socialinės atskirties įverčių. Modelį papildžius gydymo veiksniais, prognozės tikslumas padidėja tik iki 9,3 proc. Trečiame modelyje, po to, kai į regresinę lygtį buvo įtrauktas sveikatos veiksnių blokas, paaiškinamos vidinės gėdos įverčių variacijos procentas padidėja iki 27,8 proc. Sveikatos veiksnių grupės įtraukimas reikšmingai pagerina ankstesnio modelio prognostinį tikslumą (R pokytis = 0,19, F pokytis = 8,45, $p = 0,001$). Išryškėja vienas reikšmingas prediktorius – su

sveikata susiję sunkumai ($\beta = 0,45$, $p = 0,001$): kuo labiau krūties vėžiu sergančios pacientės patiria su sveikata susijusius sunkumus, tuo labiau jos jaučia socialinę atskirtį.

16 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant socialinę atskirtį

Socialinę atskirtį prognozuoja	1	2	3
	modelis	modelis	modelis
	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)
Sociodemografiniai veiksniai			
Amžius	-0,001	-0,02	0,06
Išsilavinimas	-0,04	-0,02	0,01
Gyvenamoji vieta	-0,03	0,00	-0,01
Finansinė padėtis	0,17	0,23	0,12
Šeiminė padėtis	-0,05	-0,11	-0,12
Gydymo veiksniai			
Chemoterapinis / radiologinis gydymas		0,12	-0,01
Mastektomija		-0,12	-0,03
Rekonstrukcija		0,23	0,18
Sveikatos būklės veiksniai			
Subjektyvi sveikatos būklė			-0,06
Su liga susiję sunkumai			0,45**
	R²	0,03	0,09
	F	0,39	0,88
			2,54*

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis - sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis - sociodemografiniai ir gydymo veiksniai; 3 modelis - sociodemografiniai, gydymo ir sveikatos būklės veiksniai.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas – išanalizuoti krūties vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo reikšmę jų emocinei būsenai pooperaciniu laikotarpiu, atsižvelgiant į taikyto gydymo ir sveikatos būklės ypatumus. Pirmiausia bus aptarta suvokto stigmatizavimo aspektų reikšmė krūties vėžiu sergančių moterų depresijos ir nerimo simptomams. Tuomet bus aptarti kiti krūties vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo aspektų ir emocinės būsenos veiksniai.

Aptarimą norėtume pradėti atskleidžiant krūties vėžine liga sergančių moterų suvokto stigmatizavimo reikšmę jų emocinei būsenai. Šiame tyrime nustatyta, jog suvokto stigmatizavimo aspektų raiška leidžia paaiškinti emocinės būsenos aspektus – depresijos ir nerimo simptomus, net tuomet, kai yra kontroliuojami taikyto gydymo ir sveikatos būklės ypatumai, o taip pat rastos teigiamos sąsajos su emocine būseną ir visais suvokto stigmatizavimo aspektais. Šis rezultatas dera su kitų autorių atrastomis onkologinėmis ligomis sergančių asmenų stigmatizavimo sąsajomis su emocinės būsenos sutrikimais. Įvairių šalių mokslininkų studijose atskleisti vėžio stigos ryšiai su depresijos (Cataldo & Brodsky, 2013; Cho et al., 2013; Gonzalez & Jacobsen, 2012; Phelan et al., 2013) bei nerimo simptomais (Cataldo & Brodsky, 2013). Dar daugiau, šio darbo rezultatai rodo, kad svarbiausias depresijos simptomų prognostinis veiksnys yra socialinė atskirtis. Kuo labiau socialiai atskirtos jaučiasi moterys, tuo labiau pasireiškia depresijos simptomai. Šį rezultatą galima interpretuoti kaip artimą ankščiau aptartai Mickelson ir Williams (2008) idėjai, jog depresija, kaip suvokto stigmatizavimo pasekmė, pasireiškia dėl sunkumų, kylančių socialiniame gyvenime, šiuo atveju – suvokiamos arba realios socialinės atskirties. Be to, krūties vėžiu sergančių moterų socialinį gyvenimą apsunkina ir socialinis atmetimas, kuomet jos jaučia, jog yra diskriminuojamos – su jomis elgiamasi mažiau pagarbiai, nesielgiama kaip su kompetentingomis, ar jaučiamasi nepatogiai šalia jų, o tai, savo ruožtu, prisideda tiek prie depresijos, tiek nerimo simptomų.

Tęsiant aptarimą Mickelson ir Williams (2008) idėjos kontekste, svarbu paminėti ir šiame darbe nustatytus vidinės gėdos bei finansinio nesaugumo ryšius su depresijos simptomais. Rezultatai rodo, jog kuo daugiau vidinės gėdos jaučia krūties onkologine liga sergančios moterys, tuo prastesnė jų psichologinė būseną. Vadinasi, vidinė tapusi stigmatizavimo patirtis, įtraukianti atskirties nuo sveikų individų jausmą, savęs kaltinimą dėl ligos bei pojūtį, jog savo ligą reikia laikyti paslapyje (Fife & Wright, 2000), siejasi su emociniais sunkumais. Tuo tarpu, kaip aiškina autoriai, suvokto stigmatizavimo poveikis sergančiojo savęs vertinimui yra dar vienas galimas stigmatizavimo ir depresijos pasireiškimą paaiškinantis veiksnys (Mickelson & Williams, 2008). Be to, šiame darbe nustatyta, jog kuo daugiau finansinio nesaugumo jaučia krūties vėžio pacientės, tuo labiau išreikšti

jų emocinės būsenos sunkumai. Kadangi šiame tyrime atskleista, jog visi suvokto stigmatizavimo aspektai bendrai leidžia paaiškinti emocinę moterų būseną, šis rezultatas leidžia papildyti Mickelson ir Williams (2008) suvokto stigmatizavimo įtakos depresijai modelį finansinio nesaugumo aspektu.

Kalbant apie nerimo simptomus, šiame darbe rasta, jog suvoktas stigmatizavimas leidžia paaiškinti ne tik krūties vėžiu sergančių moterų depresijos, tačiau ir nerimo simptomų raišką. Kuo daugiau socialinės atskirties, socialinio atmetimo, vidinės gėdos bei finansinio nesaugumo jaučia sergančiosios krūties vėžiu, tuo labiau išreikšti yra jų nerimo simptomai. Autoriai Cataldo ir Brodsky (2013) tyrė plaučių vėžiu sergančiųjų suvokto stigmatizavimo sąsajas su nerimo, depresijos bei fizinių simptomų pasireiškimu ir atskleidė statistiškai reikšmingas suvokto stigmatizavimo ir nerimo sąsajas. Visgi, nepavyko rasti krūties vėžiu sergančių moterų suvokto stigmatizavimo bei nerimo simptomus nagrinėjančių mokslinių tyrimų, kaip ir šiame darbe naudotų suvokto stigmatizavimo aspektų reikšmę nerimo pasireiškimui tyrusių darbų. Kadangi literatūroje susiduriame su onkologinių ligonių suvokto stigmatizavimo reikšmę nerimo simptomams nagrinėjančių tyrimų stoka, šis rezultatas ne tik papildo jau esamus tyrimus, tačiau ir iškelia poreikį naujiems šį reiškinį nagrinėjantiems moksliniams darbams.

Kaip jau aptarėme, visi suvokto stigmatizavimo aspektai bendrai prisideda prie krūties vėžiu sergančių moterų emocinės būsenos paaiškinimo, o kiekvienas jų siejasi tiek su depresijos, tiek su nerimo simptomais. Visgi, būtent socialinės atskirties jausmas išryškėja kaip svarbiausias depresijos simptomų prognostinis veiksnys, tuo tarpu, vidinės gėdos, finansinio nesaugumo bei socialinio atmetimo vaidmuo prognozuojant depresijos simptomus nėra toks didelis. Šį rezultatą bandysime paaiškinti Jones ir kolegų (1984) stigmos dimensijų bei kitų autorių tyrimų kontekste. Visų pirma, vidinės gėdos aspekto kertinės dalys yra savęs kaltinimas dėl ligos bei noras savo ligą laikyti paslapyje tam, kad nesulaukti neigiamo visuomenės vertinimo. Matyti, jog vidinės gėdos aspektas turi daug bendro su viena iš Jones ir kolegų (1984) išskirtų stigmos dimensijų – ligos kilme, lemiančia stigmatizavimo raišką. Jei aplinkiniai mano, jog liga gali būti kontroliuojama paties asmens, sergantis bus kaltinamas dėl savo būsenos, dėl ko stiprės ir stigmatizavimas. Pavyzdžiui, plaučių vėžio atveju manoma, jog individo elgesys praicityje – rūkymas yra galima jo ligos priežastis ir daugelis aplinkinių tiki, jog plaučių vėžiu sergantis pacientai yra bent dalinai kalti dėl savo ligos (Marlow, Waller, & Wardle, 2010). Tuo tarpu, krūties vėžio ligos priežastys nėra aiškios ir, priešingai nei plaučių vėžio atveju, krūties vėžio pacientams nėra užkraunama atsakomybė už savo ligos atsiradimą. Kadangi stigmatizavimo stiprumas yra reikšmingai susijęs su suvokiama atsakomybe už ligą (Feldman & Crandall, 2007), vidinės gėdos aspektas, nors ir yra susijęs, galimai nėra kritiškai svarbus aiškinant krūties vėžio pacientų depresijos simptomus.

Tęsiant likusių suvokto stigmatizavimo aspektų reikšmės aiškinant krūties vėžio pacienčių emocinę būseną aptarimą, svarbu aptarti socialinio atstūmimo bei finansinio nesaugumo komponentus. Socialinio atstūmimo aspektas atspindi asmens jausmą, jog jis yra diskriminuojamas, aplinkiniai yra mažiau pagarbūs su juo, nesielgia su juo kaip su kompetentingu, jo vengia arba jaučiasi nepatogiai šalia jo (Fife & Wright, 2000). Šis suvokto stigmatizavimo aspektas siejasi su Jones ir kolegų (1984) ligos pavojingumo dimensija. Feldman ir Crandall (2007) savo tyrime atskleidė, jog ligos pavojingumas yra vienas svarbiausių socialinį atstūmimą paaiškinančių veiksnių. Onkologinių ligų atveju, grėsmingais suvokiami ne sergantieji, o pati liga, tačiau kai kuriose kultūrose vis dar tikima, jog krūties vėžys yra užkrečiamas susirgimas (Nyblade et al., 2017). Atsižvelgus į gautus rezultatus ir mokslinę literatūrą, galima daryti prielaidą, jog socialinis atstūmimas yra mažiau svarbus veiksnys prognozuojant depresijos simptomus, kadangi mūsų visuomenėje tiek sergančiosios, tiek aplinkiniai yra pakankamai išsilavinę, kad suprastų, jog krūties vėžiu negalima užsikrėsti. Galiausiai, tai, jog finansinio nesaugumo aspektas taip pat nėra toks svarbus, kaip socialinė atskirtis, galimai paaiškina tai, jog dauguma moterų, dalyvavusių šiame tyrime, savo finansinę padėtį vertino kaip vidutinę. Taigi, socialinės atskirties aspektas yra reikšmingiausias aspektas prognozuojant krūties vėžiu sergančių pacienčių depresijos simptomų raišką pooperaciniu laikotarpiu, o tai, jog likusieji suvokto stigmatizavimo aspektai yra mažiau svarbūs emocinės būsenos prediktoriai, galimai paaiškina Jones ir kolegų (1984) stigmos dimensijų svarbą krūties vėžio ligos atveju.

Tiriant emocinės būsenos sąsajas su sunkumais, susijusiais su liga, nustatyta jog fiziniai, dėl ligos bei vėžio terapijos patiriami simptomai siejasi nerimo bei depresijos simptomais. Panašūs rezultatai randami ir kitų autorių darbuose. Pavyzdžiui, Kirkova ir kolegų (2010) nustatė, jog onkologinių ligonių simptomų intensyvumas siejasi su jų patiriamu distresu. Anot autorių Cancurtaran ir kolegų (2008), onkologinių pacientų somatiniai simptomai, tokie kaip skausmas, pykinimas, vėmimas ir sumažėjęs apetitas, ne tik kelia distresą, bet ir siejasi su depresijos bei nerimo simptomais (Thomas, 2000, cit. iš Cancurtaran, 2008). Įdomu tai, jog mūsų tyrime rasta, kad su virškinimo sistema susiję sunkumai – pykinimas ir sumažėjęs noras valgyti siejasi su nerimo simptomais, o likusieji – skausmas, silpnumas, nuovargis bei sunkumai judinti ranką siejasi su depresijos simptomais. Mokslinėje literatūroje randama, jog funkciniai virškinimo trakto sutrikimai yra labai artimai susiję su nerimo sutrikimais (Boyce et al., 2015). Be to, keliami svarbūs klausimai apie galimai bendrus šių sutrikimų etiologinius faktorius, pavyzdžiui, tokius kaip neurotiškumas (Boyce et al., 2015). Dar daugiau, Hawkins (2001) savo studijoje nustatė, jog 36% onkologinių pacientų jautė nerimą dėl sumažėjusio noro valgyti. Tuo tarpu, tyrimuose nustatytas statistiškai reikšmingas teigiamas ryšys tarp onkologine liga sergančių pacientų depresijos simptomų ir

nuovargio (Fox & Lyon, 2006), o autorių Vahdaninia, Omidvari ir Montazeri (2010) rezultatai atskleidė, jog tiek nuovargis, tiek skausmas prisideda prie krūties vėžiu sergančių moterų depresijos simptomų paaiškinimo.

Svarbu tai, jog šiame tyrime nustatyta, jog sunkumai, susiję su onkologine liga bei jos gydymu prisideda prie emocinės būsenos paaiškinimo, tačiau, į analizę įtraukus suvokto stigmatizavimo veiksnius, jie tampa nebereikšmingais. Toks rezultatas leidžia daryti prielaidą, jog suvoktas stigmatizavimas turi didesnę poveikį krūties vėžiu sergančių moterų depresijos ir nerimo simptomų raiškai nei fiziniai simptomai, susiję su vėžio liga ir terapija.

Kalbant apie emocinės būsenos aspektų pasireiškimą skirtingą vėžio ligos gydymą gavusių moterų grupėse, reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta. Matyti, kad krūties vėžiu sergančioms moterims atlikta rekonstrukcija reikšmingai neprisidėjo prie sergančiųjų emocinės būsenos. Apie panašų reiškinį savo darbuose kalba ir kiti autoriai: „...prarastos krūties atstatymas gali rekonstruoti „išorinį siluetą“, bet nepanaikins atsiradusių „sielos žaizdų“ (Bagdonienė, 2012, p. 35). Galiausiai, rezultatas dera su kai kurių mokslininkų darbais, kuriuose taip pat nebuvo nustatyta onkologinių ligonių depresijos bei nerimo pasireiškimo skirtumų lyginant grupes pagal taikytą gydymą (pavyzdžiui, Jadoon, Munir, Shahzad, & Choudhry, 2010; Khali et al., 2016).

Tiriant suvokto stigmatizavimo aspektų sąsajas su subjektyviai vertinama sveikata nustatyta, jog sveikatos būklė siejasi su vienu iš suvokto stigmatizavimo aspektų – socialine atskirtimi. Rezultatai atskleidžia, jog geriau savo sveikatos būklę vertinančios moterys jaučia mažesnę socialinę atskirtį. Kitas aspektas, padedantis atskleisti sergančiųjų subjektyviai vertinamą sveikatos būklę, buvo su liga susijusių fizinių simptomų pasireiškimo vertinimas. Šiame darbe atskleista, jog minėti sunkumai siejasi su visais suvokto stigmatizavimo faktoriais. Glaudų subjektyvios sergančiųjų sveikatos, vertinamos pagal simptomų pasireiškimą, ir suvokto stigmatizavimo ryšį atskleidžia ir kiti stigmos tyrimai. Pavyzdžiui, autorių Fife ir Wright (2000) tyrime funkcinė sveikatos būklė siejosi su socialine atskirtimi, finansiniu nesaugumu ir socialiniu atmetimu. Anot autorių, sergančiųjų sveikatos būklė daro įtaką suvokto stigmatizavimo pasireiškimui dėl dviejų priežasčių. Visų pirma, kuo prastesnė sveikata, tuo sunkiau tampa užmaskuoti arba nuslėpti ligos požymius. Antrasis priežastinis veiksnys yra prastesnės sveikatos arba ligos sunkumo sąlygoti dalyvumo socialiniame gyvenime apribojimai, dėl kurių sergantieji jaučiasi socialiai atskirti ar atstumti (Fife & Wright, 2000). Taigi, matyti, jog krūties vėžiu sergančių moterų fizinės sveikatos būklė siejasi su suvokto stigmatizavimo raiška dėl Jones ir kolegų (1984) išskirtų galimybės nuslėpti žymę bei ligos žalos dimensijų.

Įdomu tai, jog krūties vėžiu sergančių moterų patiriamas nuovargis ir sunkumai judinti ranką siejasi su visais suvokto stigmatizavimo aspektais. Todėl smulkiau aptarsime būtent šiuos su liga susijusius sunkumus. Nuovargio sąsajas su stigmatizavimu atskleidė ir kitų studijų autoriai. Pavyzdžiui, autoriai Buseh, Kelber ir Park (2008), tyrę ŽIV infekuotų asmenų stigmatizavimą, rado, jog nuovargis buvo vienas labiausiai išreikštų sergančiųjų simptomų, o simptomų intensyvumas siejosi su stigmatizavimo raiška – kuo labiau sergantys individai jautė nuovargį, tuo labiau jie jautėsi stigmatizuojami. Nuovargis siejosi ir su odos ligomis sergančiųjų stigmatizavimu (Duller, Van Der Valk, & Evers, 2003). Tuo tarpu, su rankos valdymu susiję sunkumai yra vieni specifiškiausių krūties vėžio ligai bei terapijai būdingų simptomų. Pavyzdžiui, Kwan ir kolegės (2002, cit. iš Balevičienė, 2018) atliktame tyrime rado, jog beveik pusė krūties vėžiu sergančių moterų po operacijos patiria rankos ir peties problemų, vienas kurių yra ir rankos sustingimas, o šie simptomai išlieka nuo vienerių iki trejų metų po gydymo. Nors nepavyko rasti tyrimų, nagrinėjusių krūties vėžiu sergančių moterų stigmatizavimo ir sunkumų laisvai judinti ranką sąsajas, galima kelti prielaidą, jog šis sunkumas stigmatizuojamas ir dėl Johnes ir kolegų (1984) galimybės nuslėpti žymę dimensijos arba Goffman (1963) fizinių defektų komponento, o tai leidžia paaiškinti gautą rezultatą.

Be sunkumų, susijusių su onkologine liga ir jos gydymu, keletas sociodemografinių bei taikyto gydymo veiksnių taip pat siejasi su krūties vėžiu sergančių moterų suvoktu stigmatizavimu. Kalbant apie suvokto stigmatizavimo aspektų raišką sociodemografinių veiksnių atžvilgiu, šio tyrimo rezultatai atskleidžia finansinės padėties sąsajas su keliais suvokto stigmatizavimo faktoriais, be to, finansinė padėtis prisideda prie finansinio nesaugumo bei socialinio atmetimo aspektų paaiškinimo. Kituose tyrimuose taip pat randama, jog prasta finansinė padėtis bendrąja prasme siejasi su stigmatizavimu. Lott (2002) teigia, jog itin mažas pajamas gaunantys asmenys dėl jų finansinės padėties traktuojami kaip pasižymintys nuokrypiu nuo normos. Kalbant apie finansų sąsajas su stigmatizavimu onkologinės ligos atveju, literatūroje kai kuriuose tyrimuose pateikiami stereotipų pavyzdžiai. Dey ir kolegų (2016) krūties vėžio prevencijos barjerus nagrinėjusioje kokybinėje analizėje viena respondenčių dalijosi, jog „*vėžio liga sukelia finansinę krizę ir priverčia visus manyti, jog pinigai bus išleisti veltui, kadangi pacientas vis tiek greitai mirs*“ (Dey et al., 2016, p. 151). Matyti, jog stigmatizavimas galimai susijęs ne tik su pačia liga, tačiau ir prastesne sergančiojo finansine padėtimi. Be to, stigmatizuojančios nuostatos onkologinių ligonių atveju reiškiasi ir per su liga susijusius stereotipus, tokius kaip vėžio ligos tapatinimas su neišvengiama baigtimi.

Šiame tyrime nustatyta, jog krūties vėžiu sergančios moterys, kurių finansinė padėtis yra prastesnė, jautė didesnę finansinį nesaugumą ir socialinį atmetimą. Šis rezultatas dera su kai kurių

kitų autorių tyrimų rezultatais. Pavyzdžiui, minėtoje Dey ir kolegų (2016) kokybinėje analizėje atsispindi ir su finansine padėtimi susijusi finansinio nesaugumo aspekto raiška. Viena iš respondenčių, kalbėdama apie krūties vėžį teigia, jog ligoninėje praleistas laikas sąlygoja pravaikštas darbe, kas savo ruožtu reiškia, jog nebus atlyginimo, o vaikai turės miegoti alkani. Šis teiginys puikiai atspindi vieną iš mūsų darbe naudotos finansinio nesaugumo skalės teiginių: „Mano liga paveikė mano darbo saugumą“. Dar daugiau, autoriai Fife ir Wright (2000) taip pat nustatė, jog prastesnė onkologine liga arba ŽIV / AIDS sergančiųjų finansinė padėtis siejasi su suvokto stigmatizavimo finansinio nesaugumo faktoriumi. Visgi, šių autorių tyrime nerasta sąsajų su socialiniu atmetimu. Tokį rezultatą galimai paaiškina kitų mokslininkų darbai. Pavyzdžiui, autoriai Mickelson ir Williams (2008) teigia, jog itin prastos finansinės padėties asmens suvoktas stigmatizavimas siejasi su didesne šeimos ar draugų atmetimo baime, net jei jų finansinė padėtis yra panaši į stigmatizuojamo artimojo (Mickelson & Williams, 2008), kas paaiškintų ir šiame tyrime gautus rezultatus.

Galiausiai, tiriant tai, kaip suvoktas stigmatizavimas pasireiškia tarp skirtingą vėžio gydymą gavusių sergančiųjų, šiame tyrime buvo atskleista, jog moterys, kurioms buvo atlikta krūčių rekonstrukcinė operacija, jautė mažesnę socialinę atskirtį. Literatūroje randama, jog po atliktos krūčių pašalinimo operacijos moterys dažnai lieka nepatenkintos savo kūno vaizdu, be to, dėl kosmetinių defektų keičiasi jų gyvenimo būdas (Balevičienė, 2009; Sąlyga ir kt., 2015). Mastektomija krūčių vėžio atveju siejasi ir su Goffman (1963) fizinių defektų komponentu, skatinančiu stigmatizavimą. Anot Feather, Rucker ir Kaiser (1989, cit. iš Fang, Shu, & Chang, 2013), moterys siekia atkurti kūno vientisumą naudodamos protezus arba pasirinkdamos krūčių rekonstrukcinę operaciją. Kūno defektų maskavimas protezais arba rekonstrukcija yra vienas iš šių moterų bandymu išvengti su pašalinta krūtimi arba abejomis krūtimis susijusio stigmatizavimo (Feather et al., 1989, cit. iš Fang et al., 2013). Be to, rekonstrukcinė operacija mažina ligos matomumą bei ligos žalą, taip mažindama ir sergančiųjų socialinę atskirtį, kas leidžia paaiškinti šiame tyrime gautą rezultatą. Kita vertus, socialinė izoliacija gali būti sąlygota ne pačių moterų savo kūno stigmatizavimo, o visuomenės spaudimo darytis rekonstrukcinę operaciją. Pasak Joyce (2015), moterys, nepasirinkusios rekonstrukcijos jaučiasi vienos, keistos ir nematomos. Šis reiškinys taip pat paaiškintų, kodėl moterų, kurioms atlikta rekonstrukcija grupėje vyrauja mažesnė socialinė izoliacija, tačiau moterų vidinės gėdos, socialinio atmetimo bei finansinio nesaugumo pojūtis reikšmingai nesiskiria. Autoriaus Fang ir kolegų (2013) metaanalizėje taip pat randama, jog lyginant kūno stigmatizavimą atliktos rekonstrukcijos ir mastektomijos grupėse skirtumų nebuvo rasta. Autoriai remdamiesi tyrimais aiškina, jog protezai arba chirurginė rekonstrukcija galimai nėra efektyvus būdas tvarkytis su sutrikusiu kūno vaizdu bei jo stigmatizavimu: moterys savo naujas

krūtis dažnai suvokia kaip svetimkūnius ir nenatūralius objektus, ir sunkiai taip priima (Abu-Nab & Grunfeld, 2007; Fang, Balneaves, & Shu, 2010; Nissen, Swenson, & Kind, 2002, cit. iš Fang et al., 2013). Taigi, viena vertus, atlikta rekonstrukcinė operacija galimai sušvelnina neigiamą, su mastektomija susijusį savo kūno vaizdo suvokimą bei sergančių moterų jausmą, jog yra kitokios. Kita vertus, tikėtina, jog pats atskirties jausmas yra sukeltas būtent visuomenės stereotipų bei spaudimo atlikti rekonstrukciją.

Apibendrinant, šiame tyrime atskleista, jog suvoktas stigmatizavimas leidžia paaiškinti krūties vėžiu sergančių moterų emocinę būseną pooperaciniu laikotarpiu. Tai, jog socialinės atskirties jausmas labiau nei kiti suvokto stigmatizavimo aspektai prisideda prie emocinės būsenos paaiškinimo, galima paaiškinti remiantis Jones ir kolegų (1984) stigmos dimensijų raiška krūties vėžio atveju. Dar daugiau, atsižvelgiant į šiame tyrime gautus rezultatus, galima kelti prielaidą, jog fiziniai, su krūtų onkologine liga bei vėžio terapija susiję sveikatos sunkumai, netiesiogiai prisideda prie sergančiųjų emocinės būsenos paaiškinimo: fiziniai simptomai sustiprina suvokto stigmatizavimo jausmą, kuris, savo ruožtu, prisideda prie depresijos bei nerimo simptomų pasireiškimo. Žinoma, ši prielaida turėtų būti tikrinama bei plačiau tyrinėjama ateities moksliniuose darbuose. Taip pat, šio tyrimo rezultatai parodė, kad svarbūs yra ir sergančioms moterims atliktos krūtų rekonstrukcijos bei pacienčių finansinės padėties veiksniai, kurie siejasi su suvokto stigmatizavimo aspektais. Galiausiai, svarbu paminėti, jog stokoiant krūties onkologine liga sergančiųjų suvokto stigmatizavimo reiškinį bei jo reikšmę emocinei būsenai analizuojančių studijų, yra sudėtinga interpretuoti ir šiame tyrime gautus rezultatus. Dėl šios priežasties yra jaučiamas poreikis toliau plėtoti suvokto stigmatizavimo tyrimus onkologijos ir ypač krūties vėžio srityje.

Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams

Toliau bus pateikti šio tyrimo ribotumai bei, atsižvelgiant į juos, parengti siūlymai tolimesniems tyrimams. Visų pirma, šiame tyrime naudoti savistata paremti instrumentai, o vertinant taikytus gydymo metodus (chemoterapinis / spindulinis gydymas) bei chirurginės intervencijos pobūdį (ar buvo atlikta mastektomija ir / arba rekonstrukcinė operacija) buvo remtasi pačių tyrimo dalyvių pateikta informacija. Tad tikėtina, kad surinkti su gydymu ir sveikatos būkle susiję duomenys gali būti netikslūs. Dėl šios priežasties ateities tyrimuose rekomenduojama be subjektyviai vertinamų sveikatos rodiklių, analizę papildyti ir objektyviais duomenimis apie ligos ypatumus bei gydymą iš tiriamųjų ligos istorijos.

Nors šiame tyrime dalyvavo santykinai didelis tiriamųjų skaičius, o tyrimo dalyvės buvo skirtingo amžiaus, išsilavinimo ir iš skirtingų Lietuvos miestų ar kaimų, visi duomenys buvo surinkti toje pačioje gydymo institucijoje, tai reiškia, įstaigos ypatumai (pavyzdžiui, aplinka,

organizacinė kultūra, vykdomos psichosocialinės intervencijos) galėjo turėti įtakos tiek tyrimo dalyvių suvoktai stigmatizacijai, tiek jų emocinei būsenai. Dėl to, ateityje rekomenduotina rinkti duomenis iš kelių skirtingų gydymo įstaigų.

Galiausiai, svarbu paminėti, kad tyrimo dalyvių suvoktos stigmatizacijos raiška ir emocinė būsenai buvo vertinama būtent pooperaciniu laikotarpiu, tad šio tyrimo metu gauti rezultatai neleidžia daryti prielaidų apie galimus suvoktos stigmatizacijos ar emocinės būsenos pokyčius ir ryšius tolimesniuose gydymo ir sveikimo etapuose. Dėl šios priežasties, siekiant įvertinti galimus pokyčius, ateities tyrimuose tikslinga būtų pasitelkti longitudinalinio tyrimo strategiją.

Praktinio rezultatų pritaikymo galimybės

Gauti tyrimo rezultatai gali būti svarbūs medicinos psichologams, kitiems sveikatos priežiūros darbuotojams bei organizacijoms, galimai kuriant edukacines ar antidiskriminacijas kampanijas stigmatizavimo reiškiniui mažinti. Remiantis tyrimo rezultatais, pateikiamos šios rekomendacijos. Visų pirma, svarbus yra bendras stigmatizavimo, nukreipto į krūtis vėžiu bei kitomis onkologinėmis ligomis sergančius asmenis, mažinimas. Siekiant šio tikslo svarbu orientuotis į edukacinės informacijos, susijusios su krūtis onkologine liga bei stigmatizavimo reiškiniu, sklaidimą tiek sergančioms moterims, tiek aplinkiniams. Mokslinėje literatūroje randama, jog švietimas yra viena svarbiausių anti – stigmatizavimo kampanijų strategijų (Corrigan et al., 2001). Tam taip pat gali talkinti įvairių akcijų, renginių ar projektų organizavimas, siekiant mažinti suvokto stigmatizavimo raišką ir taip užkirsti kelią sergančiųjų patiriamoms emocinės būsenos sunkumams bei kitoms stigmatizavimo pasekmėms.

Kalbant apie stigmatizavimo reiškinių mažinimą individualiame lygmenyje, svarbu atsižvelgti į tai, jog šiame tyrime labiausiai išryškėjo krūtis vėžiu sergančių moterų patiriamas socialinės atskirties jausmas. Sergančios moterys jaučiasi kitokios nei tie, kurie yra sveiki, vienišos, mažiau kompetentingos, nelygiavertės santykiuose su kitais, be to, jų išvaizdos pokyčiai gali neigiamai veikti jų socialinius santykius. Tokie rezultatai signalizuoja apie krūtis vėžiu sergančių moterų socialinės integracijos didinimo poreikį. Siekiant šio tikslo svarbios savitarpio pagalbos bei psichologinės paramos grupės, kuriose moterys saugioje aplinkoje galėtų atvirai dalintis ligos patirtimi bei gauti palaikymą. Galiausiai, svarbus yra sergančių moterų socialinio aktyvumo didinimas.

IŠVADOS

1. Krūties vėžių sergančių moterų emocinę būseną pooperaciniu laikotarpiu geriausiai prognozuoja suvokto stigmatizavimo aspektai. Reikšmingiausias depresijos simptomų prognostinis veiksnys yra socialinė atskirtis: kuo stipriau moterys jaučia socialinę atskirtį, tuo stipriau išreikšti yra jų depresijos simptomai.
2. Krūties vėžio pacienčių suvoktas stigmatizavimas siejasi su sunkumais, susijusiais su onkologine liga bei jos gydymu; šie sunkumai leidžia paaiškinti ir kai kuriuos suvokto stigmatizavimo aspektus. Kuo labiau išreikšti fiziniai, su vėžio liga bei terapija susiję simptomai, tuo labiau sergančios moterys patiria socialinę atskirtį ir finansinį nesaugumą.
3. Krūties vėžiu sergančioms moterims atlikta krūčių rekonstrukcinė operacija siejasi su socialine atskirtimi: moterys, kurioms atlikta rekonstrukcija, jaučia mažiau socialinės atskirties.
4. Sergančių moterų finansinė padėtis siejasi su suvokto stigmatizavimo aspektais: kuo prastesnė šių moterų finansinė padėtis, tuo labiau jos jaučia socialinį atmetimą bei finansinį nesaugumą.

LITERATŪRA

- Ahmedani, B. K. (2011). Mental health stigma: Society, individuals, and the profession. *Journal of social work values and ethics*, 8(2), 4-1. Paimta iš: <https://jswve.org/download/2011-2/fall1114-Mental-health-stigma.pdf>
- Alseikienė, Z. (1999). Geriatrinė depresijos skalė. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 1(1), 35. Paimta iš: http://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2014/06/1999_1_1_Instrumentuot%C4%97.pdf
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1994). Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 39-45. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05864.x
- Aštrauskas, T., Markelis, R., Tiknius, V., & Žumbakys, J. (2003). Krūties formos atkūrimas po I-II stadijos krūties vėžio rezekcinių operacijų. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Kaunas: Vitae Litera, t. 7, Nr. 1. Paimta iš: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/71257>
- Auglytė, D. (2019). Onkologine liga sergančiųjų gyvenimo prasmės patyrimas dailės terapijos metu. (Magistro darbas). Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Paimta iš: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/101964>
- Baxter, C. (1989). Investigating stigma as stress in social interactions of parents. *Journal of Intellectual Disability Research*, 33(6), 455-466. doi: 10.1111/j.1365-2788.1989.tb01501.x
- Balevičienė, R. (2009). *Moterų, sergančių vėžiu, gyvenimo kokybės sąsajos su klinicine ligos forma, gydymo būdais ir šeimynine padėtimi* (Daktaro disertacija). Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas. Paimta iš: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/101964>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.497
- Boyce, P., Harris, A., Drobny, J., Lampe, L., Starcevic, V., & Bryant, R. (2015). A Guide to the Symptoms, Causes and Treatments of Anxiety Disorders. *The Sydney Handbook of Anxiety Disorders*, 207-214.

- Bulotienė, G. (2007). *Ankstyvųjų stadijų krūties vėžiu sergančių moterų emocinę būseną ir gyvenimo kokybę įtakojantys veiksniai* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universiteto onkologijos institutas.
- Bulotienė, G., Raskatov, D., Ostapenko, V., Vesėliūnas, J. (2005). Nerimas, depresija ir gyvenimo kokybė po I-II stadijos krūties vėžio chirurginio gydymo. *Sveikatos mokslai*. 15(1): 51- 55.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 702. doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Buseh, A. G., Kelber, S. T., Stevens, P. E., & Park, C. G. (2008). Relationship of symptoms, perceived health, and stigma with quality of life among urban HIV-infected African American men. *Public Health Nursing*, 25(5), 409-419. doi: 10.1111/j.1525-1446.2008.00725.x
- Cahill, S. E., & Eggleston, R. (1995). Reconsidering the stigma of physical disability: Wheelchair use and public kindness. *Sociological Quarterly*, 36(4), 681-698. doi: 10.1111/j.1533-8525.1995.tb00460.x
- Camp, D. L., Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine*, 55(5), 823-834. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00205-2
- Cankurtaran, E. S., Ozalp, E., Soygur, H., Akbiyik, D. I., Turhan, L., & Alkis, N. (2008). Mirtazapine improves sleep and lowers anxiety and depression in cancer patients: superiority over imipramine. *Supportive care in cancer*, 16(11), 1291-1298. doi: 10.1007/s00520-008-0425-1
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2004). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. The Guilford Press.
- Cataldo, J. K., & Brodsky, J. L. (2013). Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity. *Oncology*, 85(1), 33-40. doi: 10.1159/000350834
- Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *Bmj*, 328(7454), 1470. doi: 10.1136/bmj.38111.639734.7C
- Cho, J., Choi, E. K., Kim, S. Y., Shin, D. W., Cho, B. L., Kim, C. H., ... & Park, J. H. (2013). Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2372-2378. doi: 0.1002/pon.3302

- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T., & Bennett, R. T. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 20(5), 447-455. doi: 10.1016/0145-2134(96)00019-1
- Cooley, C. H. (1902). Looking-glass self. The production of reality: *Essays and readings on social interaction*, 6.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319. doi: 10.1007/s10880-007-9083-6
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765. doi: 10.1037/0003-066X.54.9.765
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53. doi: 10.1093/clipsy.9.1.35
- Corrigan, P. W., & Calabrese, J. D. (2005). Strategies for assessing and diminishing self-stigma. doi: 10.1037/10887-011
- Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. doi: 10.1037/10887-001
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., ... & Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 187-195. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884. doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875
- Claire C, Bishop B. T, Andersen B. (2016). Emotions and emotion regulation in breast cancer survivorship. *From Healthcare (Basel), Sep; 4(3): 56*. doi: 10.3390/healthcare4030056
- Crandall, C. S., & Coleman, R. (1992). AIDS-related stigmatization and the disruption of social relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9(2), 163-177. doi: 10.1177/0265407592092001
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.). *The handbook of social psychology (Vol. 2, 4th ed., pp. 504–553)*. New York: McGraw-Hill.

- Cumming, J., & Cumming, E. (1965). On the stigma of mental illness. *Community Mental Health Journal, 1*(2), 135-143. doi: 10.1007/BF01435202
- Devins, G. M., Stam, H. J., & Koopmans, J. P. (1994). Psychosocial impact of laryngectomy mediated by perceived stigma and illness intrusiveness. *The Canadian Journal of Psychiatry, 39*(10), 608-616. doi: 10.1177/070674379403901005
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin, 28*(1), 143-155. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917
- Diržytė, A. (2001). *Onkologinių pacientų kognityvinės schemos, ligos įveika ir ląstelinis imunitetas*. (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Eimutienė, N. (2013). *Sergančių onkologine liga asmenų ligos suvokimo sąsajos su gyvenimo prasme ir ligos įveikimo strategijomis*. (Daktaro disertacija) Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
- Elliott, G. C., Ziegler, H. L., Altman, B. M., & Scott, D. R. (1982). Understanding stigma: *Dimensions of deviance and coping*. *Deviant behavior, 3*(3), 275-300. doi: 10.1080/01639625.1982.9967590
- Else-Quest, N. M., & Jackson, T. L. (2014). *Cancer stigma*. In P. W. Corrigan (Ed.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (p. 165–181). American Psychological Association. doi: 10.1037/14297-009
- Ernst, J., Mehnert, A., Dietz, A., Hornemann, B., & Esser, P. (2017). Perceived stigmatization and its impact on quality of life-results from a large register-based study including breast, colon, prostate and lung cancer patients. *BMC cancer, 17*(1), 741. doi: 10.1186/s12885-017-3742-2
- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, G. P., & Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Bmj, 301*(6752), 575-580. doi: 10.1136/bmj.301.6752.575
- Fang, S. Y., Shu, B. C., & Chang, Y. J. (2013). The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. *Breast cancer research and treatment, 137*(1), 13-21. doi: 10.1007/s10549-012-2349-1
- Feldman, D. B., & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? *Journal of social and clinical psychology, 26*(2), 137-154. doi: 10.1521/jscp.2007.26.2.137

- Fife, B. L., & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of health and social behavior*, 50-67. doi: 10.2307/2676360
- Flatten, G., Jünger, S., Gunkel, S., Singh, J., & Petzold, E. (2003). Traumatic and psychosocial distress in patients with acute tumors. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 53(3-4), 191-201. doi: 10.1055/s-2003-38005
- Fox, S. W., & Lyon, D. (2007). Symptom clusters and quality of life in survivors of ovarian cancer. *Cancer nursing*, 30(5), 354-361. doi: 10.1097/01.NCC.0000290809.61206.ef.
- Frierson, G. M., Thiel, D. L. (2006). Body Change Stress for Women With Breast Cancer: The Breast-Impact of Treatment Scale. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 77-81. doi: 10.1207/s15324796abm3201_9
- Fujisawa, D., & Hagiwara, N. (2015). Cancer stigma and its health consequences. *Current Breast Cancer Reports*, 7(3), 143-150. Doi: 10.1007/s12609-015-0185-0
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: A Touchstone Book Published by Simon & Schuster Inc.
- Goldberg, J. A., Scott, R. N., Davidson, P. M., Murray, G. D., Stallard, S., George, W. D., & Maguire, G. P. (1992). Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 18(4), 327-331. doi: 10.1037/0278-6133.16.3.284
- Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(3), 211-220. doi: 10.1002/pon.736.
- Gonzalez, B. D., & Jacobsen, P. B. (2012). Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psycho-Oncology*, 21(3), 239-246. Doi: 10.1002/pon.1882
- Green, S. E. (2007). Components of perceived stigma and perceptions of well-being among university students with and without disability experience. *Health Sociology Review*, 16(3-4), 328-340. doi: 10.5172/hesr.2007.16.3-4.328

- Grigaliūnienė, V., & Stolygaitė, A. (2008). Psichologinė pagalba moterims, sergančioms krūties vėžiu. *Gydymo menas. Kaunas: Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra, 2008, Nr. 04 (151)*.
<https://hdl.handle.net/20.500.12512/84416>
- Hamann, H. A., Howell, L. A., & McDonald, J. L. (2013). Causal attributions and attitudes toward lung cancer. *Journal of Applied Social Psychology, 43*, E37-E45. doi: 10.1111/jasp.12053
- Harvard School of Public Health. (2011). International survey highlights great public desire to seek early diagnosis of Alzheimer's. Paimta iš: <https://medicalxpress.com/news/2011-07-international-surveyhighlights-great-desire.html>
- Henson, K., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., Elliss-Brookes, L., & Pitman, A. (2018). Risk of Suicide After a Cancer Diagnosis in England: A Population-Based Study. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3181
- Hermann, B. P., Whitman, S., Wyler, A. R., Anton, M. T., & Vanderzwegg, R. (1990). Psychosocial predictors of psychopathology in epilepsy. *The British Journal of Psychiatry, 156*(1), 98-105. doi: 10.1192/bjp.156.1.98
- Yalom, I. D. (2009). *Žiūrėti į saulę. Kaip įveikti mirties baimę*. Vilnius: Žmogaus psichologijos studija.
- Jadoon, N. A., Munir, W., Shahzad, M. A., & Choudhry, Z. S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC cancer, 10*(1), 594. doi: 10.1186/1471-2407-10-594
- Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Milller D, Scott R. (1984). *Social Stigma: the Psychology of Marked to Relationships*. New York: W.H. Freeman & Co.
- Joyce, M. A. (2015). Rejecting Reconstruction after Breast Cancer: Managing Stigmatized Selves. *Masters Theses. 276*. Paimta iš: https://scholarworks.umass.edu/masters_theses_2/276
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology review, 22*(4), 499-524. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00118-0

- King, M. T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9(7), 789-800. doi: 10.1023/a:1008936830764.
- Kirkova, J., Walsh, D., Rybicki, L., Davis, M. P., Aktas, A., Jin, T., & Homsy, J. (2010). Symptom severity and distress in advanced cancer. *Palliative medicine*, 24(3), 330-339. doi: 10.1177/0269216309356380.
- Khalil, A., Faheem, M., Fahim, A., Innocent, H., Mansoor, Z., Rizvi, S., & Farrukh, H. (2016). Prevalence of depression and anxiety amongst cancer patients in a hospital setting: a cross-sectional study. *Psychiatry journal*. doi: 10.1155/2016/3964806
- Knapp-Oliver, S., & Moyer, A. (2009). Visibility and the Stigmatization of Cancer: Context Matters 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(12), 2798-2808. doi: 10.1111/j.1559-1816.2009.00550.x
- Liamputtong, P., & Suwankhong, D. (2015). Therapeutic landscapes and living with breast cancer: The lived experiences of Thai women. *Social Science & Medicine*, 128, 263-271. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.01.031
- Lebel, S., & Devins, G. M. (2008). Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. *Future oncology*, 4 (5). doi: 10.2217/14796694.4.5.717
- Lekauskaitė, A. (2019). Sergančių krūties vėžiu gyvenimo kokybės vertinimas prieš chemoterapiją. *Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Leidybos namai*. Paimta iš: <http://repository.lsmuni.lt/handle/1/100052>
- Lekauskaitė, A., & Butkutė, V. (2010). Moterų, sergančių krūties vėžiu, gyvenimo kokybės vertinimas taikant chemoterapiją. *Sveikatos mokslai. Vilnius. Sveikata, Nr. 1 (67)*.
- Link, B. (1982). Mental patient status, work, and income: An examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*, 4(2), 202-215. doi: 10.2307/2094963
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American sociological review*, 400-423. doi: 10.2307/2095613
- Link, B. G., Mirotznik, J., & Cullen, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of health and social behavior*, 32(3), 302-320. doi: 10.2307/2136810

- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 38 (2), 177-190. doi: 10.2307/2955424
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 511-541. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098
- Lorde, A. (1980). Age, race, class, and sex: Women redefining difference. *Women in Culture: An intersectional anthology for gender and women's studies*, 16-22.
- Lu, Y., Duller, P., Van Der Valk, P. G. M., & Evers, A. W. M. (2003). Helplessness as predictor of perceived stigmatization in patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics/Dermatologie und Psychosomatik*, 4(3), 146-150. doi: 10.1159/000073991
- Manos, R. C., Rusch, L. C., Kanter, J. W., & Clifford, L. M. (2009). Depression self-stigma as a mediator of the relationship between depression severity and avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(9), 1128-1143. doi: 10.1521/jscp.2009.28.9.1128
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-348. doi: 10.2307/2676342
- Marlow, L. A., Waller, J., & Wardle, J. (2010). Variation in blame attributions across different cancer types. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 19(7), 1799-1805. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-09-1298
- Marlow, L. A., & Wardle, J. (2014). Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC cancer*, 14(1), 285. doi: 10.1186/1471-2407-14-285
- Martin, C. R., & Cheng, K. K. (2006). Issues in the psychiatric screening of cancer patients. *Current Psychiatry Reviews*, 2(1), 3-10.
- Martin, M., Lluch, A., Segui, M. A., Ruiz, A., Ramos, M., Adrover, E., ... & Roset, M. (2006). Toxicity and health-related quality of life in breast cancer patients receiving adjuvant docetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide (TAC) or 5-fluorouracil, doxorubicin and cyclophosphamide (FAC): impact of adding primary prophylactic granulocyte-colony stimulating factor to the TAC regimen. *Annals of oncology*, 17(8), 1205-1212. doi: 10.1093/annonc/mdl135
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32), 57-71. Doi: 10.1093/jncimonographs/lgh014

- Mickelson, K. D., & Williams, S. L. (2008). Perceived stigma of poverty and depression: Examination of interpersonal and intrapersonal mediators. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*(9), 903-930. Doi: 10.1521/jscp.2008.27.9.903
- Mock, V., Dow, K. H., Meares, C. J., Grimm, P. M., Dienemann, J. A., Haisfield-Wolfe, M. E., ... & Gage, I. (1997). Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *In Oncology nursing forum, 24*(6), 991-1000.
- Neal, C., Burke – Beckjord, E., Rechis, R., Shaeffer, J., Berno D., & Duchover, Y. (2011). Cancer stigma and silence around the world: a livestrong report. Paimta iš: <https://www.livestrong.org/sites/default/files/what-we-do/reports/LSGlobalResearchReport.pdf>
- Nichols, J. E., Speer, D. C., Watson, B. J., Watson, M., Vergon, T. L., Vallee, C. M., & Meah, J. M. (2002). *Aging with HIV: Psychological, social, and health issues*. Boston: Academic Press.
- Nyblade, L., Stockton, M., Travasso, S., & Krishnan, S. (2017). A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *BMC women's health, 17*(1), 58. doi: 10.1186/s12905-017-0407-x
- Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas. Metodinė priemonė*. Vilnius: VU leidykla.
- Pallant, J. (2003). *SPSS Survival Manual*. Philadelphia: Open University Press.
- Paukštytė, R., & Rapolienė, L. (2015). Krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybės ir taikomo gydymo metodo ryšys. *Visuomenės sveikata, 90-95*.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social behavior, 41*(2), 188-207. doi: 10.2307/2676305
- Phelan, S. M., Griffin, J. M., Jackson, G. L., Zafar, S. Y., Hellerstedt, W., Stahre, M., ... & Van Ryn, M. (2013). Stigma, perceived blame, self-blame, and depressive symptoms in men with colorectal cancer. *Psycho-oncology, 22*(1), 65-73. doi: 10.1002/pon.2048
- Rando T. A. (1999). Grief, Dying and Death. Champang. *Research Press Company*. 149-153.
- Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient education and counseling, 52*(3), 333-339. doi: 10.1016/S0738-3991(03)00040-5

- Sałyga, J., Paškevičienė, V., & Žiliukas, G. (2015). Sergančiųjų krūties vėžiu gyvenimo kokybės analizė. *Visuomenės sveikata*, 25(6), 5-10. doi: <http://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.109>
- Schumacher, M., Corrigan, P. W., & Dejong, T. (2003). Examining cues that signal mental illness stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(5), 467-476. doi: 10.1521/jscp.22.5.467.22926
- Scrambler G, Hopkins A. (1986). Being epileptic, coming to terms with stigma. *Sociology of Health & Illness*.8, 26–43. doi: 10.1111/1467-9566.ep11346455
- Sheldon, K., & Caldwell, L. (1994). Urinary incontinence in women: implications for therapeutic recreation. *Therapeutic Recreation Journal*. 28(4), 203–212.
- Stahly, G. B. (1989). Psychosocial aspects of the stigma of cancer: An overview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6(3-4), 3-27. doi: 10.1300/J077v06n03_02
- Stiefel, F., & Holland, J. (1991). Delirium in cancer patients. *International Psychogeriatrics*, 3(2), 333-336. doi: 10.1017/S1041610291000789
- Tripathi, L., Datta, S. S., Agrawal, S. K., Chatterjee, S., & Ahmed, R. (2017). Stigma perceived by women following surgery for breast cancer. *Indian journal of medical and paediatric oncology: official journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology*, 38(2), 146. doi: 10.4103/ijmpo.ijmpo7416
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520. doi: 10.1037/a0033555
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(3), 355-361. doi: 10.1007/s00127-009-0068-7
- Valickas, G. (1991). Asmenybės sąvokos vertinimas. *Vilnius: Vilniaus universitetas*, 7, 38-44.
- Van Brakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma – a literature review. *Psychology, health & medicine*, 11(3), 307-334. doi: 10.1080/13548500600595160
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 467-478. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394

- Wang, Q. X., Bai, Y., Lu, G. F., & Zhang, C. Y. (2017). Perceived health-related stigma among patients with breast cancer. *Chinese Nursing Research*, 4(4), 158-161. doi: 10.1016/j.cnre.2017.10.002
- Watson, A. C., & Corrigan, P. W. (2005). Challenging public stigma: A targeted approach. doi: 10.1037/10887-013
- Ward, L. M., Merriwether, A., & Caruthers, A. (2006). Breasts are for men: Media, masculinity ideologies, and men's beliefs about women's bodies. *Sex Roles*, 55(9-10), 703-714. doi: 10.1007/s11199-006-9125-9
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of personality and social psychology*, 55(5), 738. doi: 10.1037//0022-3514.55.5.738
- Weiss, M. G., & Ramakrishna, J. (2006). Stigma interventions and research for international health. *The Lancet*, 367(9509), 536-538. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68189-0
- World Health Organization (2000). Cancer. Paimta iš:
<https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>
- Žemaitienė, N., Bulotaitė, L., Jusienė, R., & Veryga, A. (2011). *Sveikatos psichologija*. Vilnius: Tyto alba.

PRIEDAI

1 priedas. Sociodemografinių klausimų blokas

Prašome užpildyti šią anketą. Jums tinkantį atsakymą žymėkite taip

Jūsų amžius? (*įrašykite*)

Jūsų išsilavinimas:

- Pagrindinis, nebaigtas vidurinis
- Vidurinis, profesinis
- Aukštasis neuniversitetinis, aukštesnysis, spec. vidurinis („technikumas“)
- Aukštasis universitetinis

Šiuo metu gyvenate:

- Didmiestyje arba didmiesčio priemiestyje
- Rajono centre
- Miestelyje
- Kaime

Jūsų finansinė padėtis:

- Daug geresnė nei daugumos Lietuvos gyventojų
- Kiek geresnė nei daugumos Lietuvos gyventojų
- Vidutinė, panaši į daugumos Lietuvos gyventojų
- Kiek prastesnė nei daugumos Lietuvos gyventojų
- Daug prastesnė nei daugumos Lietuvos gyventojų

Jūsų šeimatinė padėtis:

- Ištekėjusi
- Gyvenu su partneriu (-e)
- Turiu partnerį (-ę), kuris (-i) gyvena atskirai
- Išsiskyrusi
- Našlė
- Šiuo metu esu vieniša
- Kita (*įrašykite*):

Ar Jums taikytas chemoterapinis/radiologinis gydymas?

- Taip
- Ne

Ar Jums atlikta mastektomija (vienos ar abiejų krūtų pašalinimo operacija)?

- Taip

Ne

Ar Jums buvo atlikta krūties ar krūties spenelio rekonstrukcinė operacija?

Taip

Ne

2 priedas. Subjektyvios sveikatos vertinimas

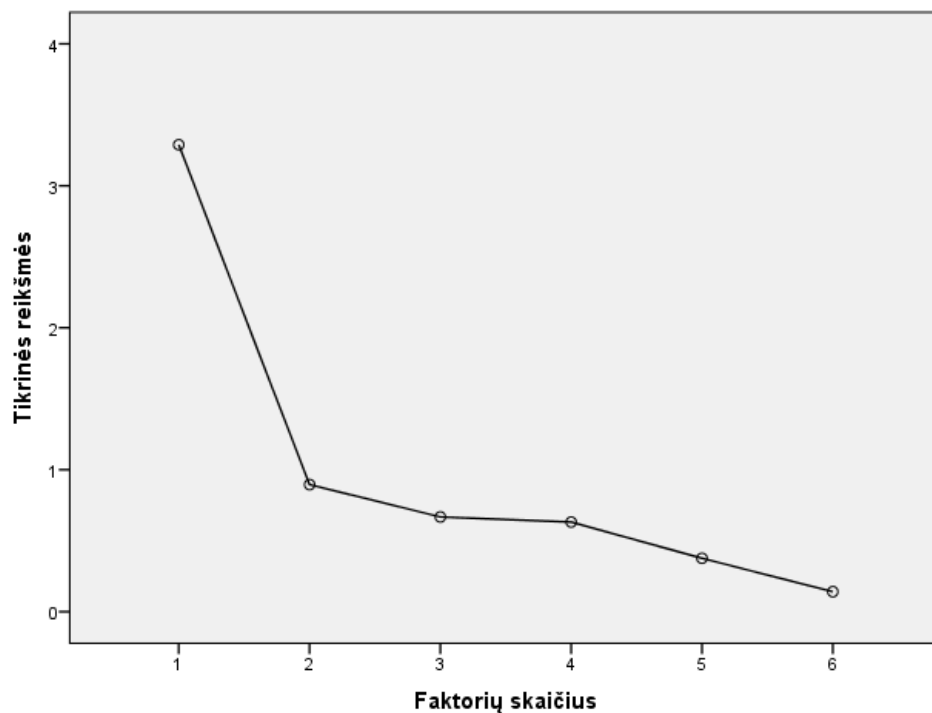
Įvertinkite savo sveikatos būklę skalėje nuo **1** (labai prasta) iki **10** (puiki). Apibraukite labiausiai tinkantį atsakymą.

Labai prasta 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Puiki**

Dėl ligos žmonės susiduria su įvairiais sunkumais ir patiria nemalonių pojūčių. Skirtingiems žmonėms šie sunkumai gali pasireikšti nevienodai. Pagalvokite apie paskutines dvi savaites ir įvertinkite, kaip stipriai skalėje nuo **1** (**visiškai nepasireiškia**) iki **10** (**pasireiškia labai stipriai**), kiekvienas žemiau nurodytas sunkumas pasireiškė Jums. Apibraukite vieną skaičių, kuris geriausiai atspindi Jūsų situaciją. Jeigu patiriate sunkumų, kurie čia nebuvo paminėti, juos galite įrašyti ir įvertinti apatinėje eilutėje.

	Visiškai nepasireiškia					Pasireiškia labai stipriai				
Skausmas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Silpnumas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nuovargis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dusulys	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pykinimas / vėmimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Skausminga burnos gleivinė	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sumažėjęs noras valgyti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sunkumai laisvai judinti ranką (-as)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kita (<i>įrašykite</i>):	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....										
.....										
.....										
.....										

3 priedas. Su sveikata susijusių sunkumų tikrinių reikšmių grafikas



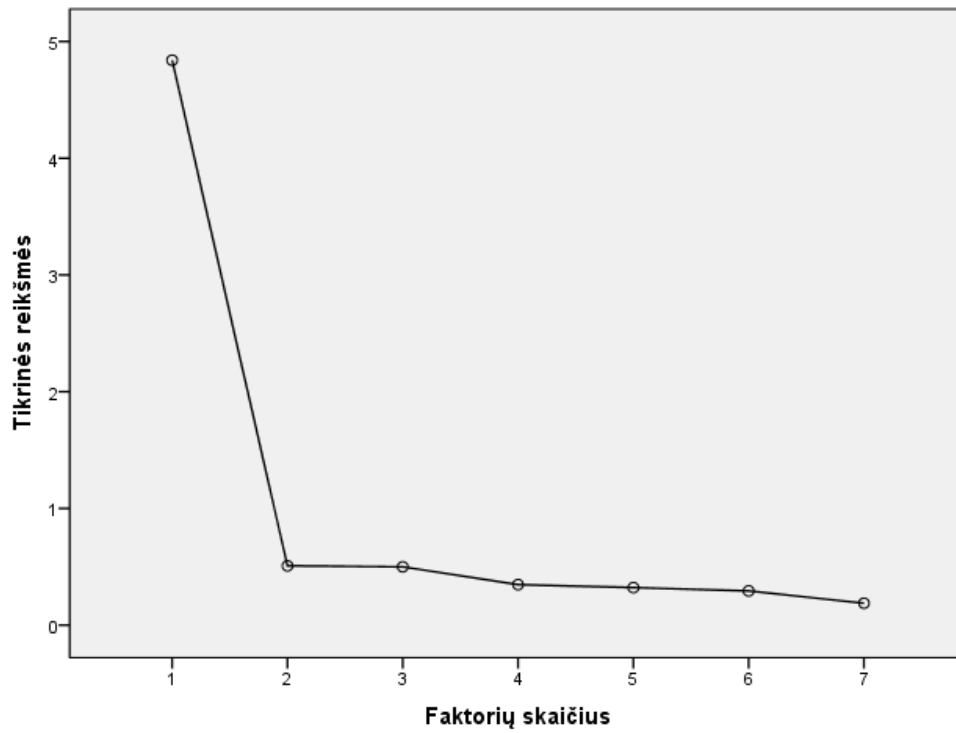
4 priedas. Su liga susijusių sunkumų skalės tiriamosios faktorių analizės teiginių faktorių svoriai

Teiginio numeris	Teiginio svoris faktoriuje
1	0,768
2	0,897
3	0,778
4	0,623
5	0,687
6	0,655

5 priedas. Socialinio poveikio skalės patvirtinančiosios faktorių analizės teiginių faktorių svoriai

Faktorius	Teiginio numeris	Faktoriaus svoris
Socialinis atstūmimas	S1	0,643
	S2	0,590
	S3	0,659
	S4	0,771
	S5	0,733
	S6	0,702
	S7	0,811
	S8	0,719
	S9	0,678
Finansinis nesaugumas	S10	0,767
	S11	0,662
	S12	0,343
Vidinė gėda	S13	0,444
	S14	0,832
	S15	0,791
	S16	0,738
	S17	0,319
Socialinė atskirtis	S18	0,738
	S19	0,579
	S20	0,732
	S21	0,882
	S22	0,856
	S23	0,782
	S24	0,627

6 priedas. Generalizuoto nerimo sutrikimo skalės-7 faktorių tikrinių reikšmių grafikas



7 priedas. Generalizuoto nerimo sutrikimo skalės-7
tiriamosios faktorių analizės teiginių faktorių svoriai

Teiginio numeris	Teiginio svoris faktoriuje
1	0,855
2	0,847
3	0,831
4	0,895
5	0,830
6	0,793
7	0,763

8 priedas. Tiriamojo informavimo forma

Gerbiama tyrimo dalyve,

Esu Miglė Blinkevičiūtė, Vilniaus universiteto Sveikatos psichologijos magistro antro kurso studentė. Šiuo metu rašau magistro baigiamąjį darbą tema „Krūties vėžiu sergančių moterų suvokta stigma ir emocinė būseną“, kuriuo sieksiu išsiaiškinti, ar krūties vėžiu sergančios moterys patiria stigmą ir kokia yra jų emocinė būseną.

Tyrimo metu Jums reikės užpildyti kelis klausimynus. Tyrimas turėtų trukti apie 15min. Pildydama šį klausimyną Jūs sutinkate dalyvauti tyrime. Dalyvavimas tyrime yra savanoriškas, todėl Jūs galite bet kuriuo momentu nutraukti dalyvavimą jame.

Tyrimo metu nebus renkama jokia asmeninė informacija, kuri padėtų Jus identifikuoti. Kadangi tyrimas atliekamas mokymosi tikslais, pristatant tyrimo rezultatus bus naudojami tik apibendrinti duomenys, tad Jūsų konfidencialumas yra garantuotas.

Jei turite klausimų, pastabų arba norėsite susipažinti su apibendrintais tyrimo rezultatais, galite kreiptis į mane el. paštu migle.blink@gmail.com arba į mano darbo vadovę dr. Olga Zamaljevą el. paštu olga.zamaljeva@fsf.vu.lt.

Dėkoju už Jūsų pagalbą!

Miglė Blinkevičiūtė