



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Išplėstinės praktikos slauga

Akušerijos ir slaugos katedra, Sveikatos mokslų institutas

Agnė Želvytė, 2 kursas, 1 grupė

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

***Sergančiųjų onkohematologinėmis ligomis suvokto socialinio palaikymo,
palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajos***

***The Relationship Between Perceived Social Support, Needs for Supportive Care,
and Psychological Well-Being Among Patients with Oncohematological Diseases***

Darbo vadovas

doc. dr. Brigita Miežienė

Katedros ar klinikos vadovas

doc. dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė

Konsultantas

lekt. Renata Giliūn

Vilnius, 2026.

Studento elektroninio pašto adresas agne.zelvyte@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRUMPOS	3
SANTRAUKA	4
SUMMARY	6
ĮVADAS	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	11
1.1. Onkologinių ligų paplitimas pasaulyje, Europoje ir Lietuvoje	11
1.2. Onkohematologinių ligų rūšys ir epidemiologija	12
1.3. Suvokto socialinio palaikymo samprata	13
1.4. Palaikomosios priežiūros poreikių samprata	17
1.5. Psichologinės gerovės samprata	19
1.6. Onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajos	22
2. TYRIMO METODIKA.....	26
2.1. Tyrimo metodas ir pagrįstumas	26
2.2. Tyrimo procesas	26
2.3. Tyrimo imtis.....	27
2.4. Tyrimo instrumentas	29
2.5. Tyrimo etika.....	32
2.6. Duomenų analizės metodai	32
2.7. Respondentų charakteristika	34
3. TYRIMO REZULTATAI.....	37
3.1. Onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo vertinimas	37
3.2. Onkohematologinių pacientų palaikomosios priežiūros poreikių vertinimas.....	39
3.3. Onkohematologinių pacientų psichologinės gerovės vertinimas.....	41
3.4. Onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajos	43
4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS	45
IŠVADOS	53
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	54
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	55
PRIEDAI	63

SANTRUMPOS

LLL – lėtinė limfocitinė leukemija

ŪML – ūminė mieloidinė leukemija

HL – Hodžkino limfoma

NHL – ne Hodžkino limfoma

APA – Amerikos psichologų asociacija

SWB – subjektyvi gerovė

PWB – psichologinė gerovė

WHO-5 – Pasaulio sveikatos organizacijos penkių klausimų geros savijautos indeksas

SD – standartinis nuokrypis

COVID – koronaviruso liga

IQR – tarpkvartilinis intervalas

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

MSPSS – Daugiamatė suvoktos socialinės paramos skalė

SCNS-SF34 – Palaikomosios priežiūros poreikių klausimynas, trumpoji 34 klausimų forma

Proc. – procentai

SANTRAUKA

Agnė Želvytė. Magistro baigiamasis darbas: *Sergančiųjų onkohematologinėmis ligomis suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajos*. Darbo vadovė – doc. dr. Brigita Miežienė, konsultantė – lekt. Renata Giliun. Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Akušerijos ir slaugos katedra, Sveikatos mokslų institutas. Vilnius, 2026.

Įvadas. Onkohematologinėmis ligomis sergantys pacientai susiduria ne tik su fiziniais ligos ir gydymo padariniais, bet ir su psichologiniais, socialiniais bei informaciniais iššūkiais. Ilgalais gydymas, ligos eigos neapibrėžtumai, galimi atkryčiai ir kasdienio gyvenimo pokyčiai gali turėti įtakos pacientų psichologinei gerovei.

Tyrimo tikslas – nustatyti onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti onkohematologinių pacientų suvoktą socialinį palaikymą, atsižvelgiant į lytį, išsilavinimą ir šeiminių padėtį.
2. Įvertinti onkohematologinių pacientų palaikomosios priežiūros poreikius ir nustatyti jų skirtumus pagal lytį, išsilavinimą ir šeiminių padėtį.
3. Įvertinti onkohematologinių pacientų psichologinę gerovę ir nustatyti jos skirtumus pagal lytį, išsilavinimą ir šeiminių padėtį.
4. Nustatyti sąsajas tarp sociodemografinių charakteristikų, suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Atliktas kiekybinis tyrimas, naudojant anoniminę anketinę apklausą. Tyrime dalyvavo 251 onkohematologinėmis ligomis sergantis pacientas. Suvoktam socialiniam palaikymui vertinti naudota *Daugiamatė suvoktos socialinės paramos skalė* (MSPSS), palaikomosios priežiūros poreikiams – *Palaikomosios priežiūros poreikių klausimynas* (SCNS-SF34), psichologinei gerovei – *Geros savijautos skalė* (WHO-5). Duomenų analizei taikyta aprašomoji statistika, Pearsono chi kvadrato testas, Fisher-Freeman-Halton tikslusis testas, Stjudento t kriterijus, vienfaktorinė dispersinė analizė ir hierarchinė tiesinė regresinė analizė.

Rezultatai. Onkohematologinių pacientų bendras suvokto socialinio palaikymo vidurkis buvo 5,61 (SD = 1,17), o 71,3 proc. pacientų pasižymėjo aukštu suvokto socialinio palaikymo lygiu. Aukštas palaikymas dažniausiai buvo gaunamas iš kitų reikšmingų asmenų (75,7 proc.) ir šeimos (74,1 proc.), rečiau – iš draugų (52,6 proc.). Statistiškai reikšmingų suvokto socialinio palaikymo skirtumų pagal lytį ir išsilavinimą nenustatyta, tačiau nustatytas reikšmingas ryšys su šeimine padėtimi ($\chi^2 = 10,335$; $df = 2$; $p = 0,006$): partnerį turintys pacientai dažniau pasižymėjo aukštu suvokto socialinio palaikymo lygiu. Labiausiai išreikšti palaikomosios priežiūros poreikiai buvo

informacijos / sveikatos priežiūros poreikiai ($M = 50,41$; $SD = 27,52$), psichologiniai poreikiai ($M = 45,03$; $SD = 25,78$) ir fiziniai poreikiai ($M = 44,10$; $SD = 25,28$). Moterims nustatyti reikšmingai didesni psichologiniai poreikiai nei vyrams ($t = 2,067$; $df = 249$; $p = 0,040$). Partnerio neturintys pacientai pasižymėjo didesniais fiziniais poreikiais nei partnerį turintys pacientai ($t = -2,162$; $df = 249$; $p = 0,032$). Pagal išsilavinimą statistiškai reikšmingų palaikomosios priežiūros poreikių skirtumų nenustatyta. Bendras psichologinės gerovės vidurkis buvo 45,80 ($SD = 19,89$), o tai rodo, kad pacientų psichologinė gerovė nebuvo aukšta. Statistiškai reikšmingų psichologinės gerovės skirtumų pagal lytį ir išsilavinimą nenustatyta, tačiau partnerį turintys pacientai pasižymėjo geresne psichologine gerove nei partnerio neturintys pacientai ($t = 3,753$; $df = 249$; $p < 0,001$). Hierarchinė regresinė analizė parodė, kad galutinis modelis paaiškino 38,9 proc. psichologinės gerovės dispersijos. Reikšmingais psichologinės gerovės prediktoriais buvo šeiminė padėtis ($\beta = -0,127$; $p = 0,020$), fiziniai poreikiai ($\beta = -0,251$; $p < 0,001$) ir psichologiniai poreikiai ($\beta = -0,348$; $p < 0,001$).

Išvados. Onkohematologiniams pacientams būdingas pakankamai aukštas suvokto socialinio palaikymo lygis, tačiau jų psichologinė gerovė nėra aukšta. Labiausiai išreikšti yra informacijos / sveikatos priežiūros, psichologiniai ir fiziniai palaikomosios priežiūros poreikiai. Partnerio turėjimas yra susijęs su didesniu suvoktu socialiniu palaikymu ir geresne psichologine gerove, o partnerio neturėjimas – su didesniais fiziniais poreikiais. Didesnis fizinių ir psichologinių poreikių išreikštumas yra susijęs su mažesne psichologine gerove. Tyrimo hipotezė pasitvirtina iš dalies.

Raktiniai žodžiai: onkohematologiniai pacientai, suvoktas socialinis palaikymas, palaikomosios priežiūros poreikiai, psichologinė gerovė.

SUMMARY

Agnė Želvytė. Master's Thesis *The Relationship Between Perceived Social Support, Needs for Supportive Care, and Psychological Well-Being Among Patients with Oncohematological Diseases*. Supervisor – doc. dr. Brigita Miežienė, Consultant – lect. Renata Giliun. Vilnius University, Faculty of Medicine, Department of Midwifery and Nursing, Institute of Health Sciences. Vilnius, 2026.

Introduction. Patients with oncohematological diseases face not only physical consequences of the disease and treatment but also psychological, social, and informational challenges. Long-term treatment, uncertainty regarding the disease course, possible relapse, and changes in daily life may affect patients' psychological well-being.

Aim of the Study: To determine the relationship between perceived social support, supportive care needs, and psychological well-being among patients with oncohematological diseases.

Objectives of the Study:

1. To assess perceived social support among patients with oncohematological diseases according to gender, education, and marital status.
2. To assess supportive care needs among patients with oncohematological diseases and determine their differences according to gender, education, and marital status.
3. To assess psychological well-being among patients with oncohematological diseases and determine its differences according to gender, education, and marital status.
4. To determine the associations between sociodemographic characteristics, perceived social support, supportive care needs, and psychological well-being.

Materials and Methods. A quantitative study was conducted using an anonymous questionnaire survey. The study included 251 patients with oncohematological diseases. Perceived social support was assessed using the *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS), supportive care needs were assessed using the *Supportive Care Needs Survey Short Form* (SCNS-SF34), and psychological well-being was assessed using the *WHO-5 Well-Being Index*. Data analysis included descriptive statistics, Pearson's chi-square test, Fisher-Freeman-Halton exact test, Student's t-test, one-way analysis of variance, and hierarchical linear regression analysis.

Results. The mean score of overall perceived social support among patients with oncohematological diseases was 5.61 (SD = 1.17), and 71.3% of patients had a high level of perceived social support. High support was most often reported from significant others (75.7%) and family (74.1%), and less often from friends (52.6%). No statistically significant differences in perceived social support were found according to gender or education; however, a significant association was found with marital status ($\chi^2 = 10.335$; $df = 2$; $p = 0.006$): patients with a partner were more likely to report a high level of perceived social support. The most pronounced supportive care needs were

information / health care needs ($M = 50.41$; $SD = 27.52$), psychological needs ($M = 45.03$; $SD = 25.78$), and physical needs ($M = 44.10$; $SD = 25.28$). Women had significantly higher psychological needs than men ($t = 2.067$; $df = 249$; $p = 0.040$). Patients without a partner had higher physical needs than patients with a partner ($t = -2.162$; $df = 249$; $p = 0.032$). No statistically significant differences in supportive care needs were found according to education. The mean psychological well-being score was 45.80 ($SD = 19.89$), indicating that patients' psychological well-being was not high. No statistically significant differences in psychological well-being were found according to gender or education; however, patients with a partner had better psychological well-being than those without a partner ($t = 3.753$; $df = 249$; $p < 0.001$). Hierarchical regression analysis showed that the final model explained 38.9% of the variance in psychological well-being. Significant predictors of psychological well-being were marital status ($\beta = -0.127$; $p = 0.020$), physical needs ($\beta = -0.251$; $p < 0.001$), and psychological needs ($\beta = -0.348$; $p < 0.001$).

Conclusions. Patients with oncohematological diseases have a sufficiently high level of perceived social support; however, their psychological well-being is not high. The most pronounced supportive care needs are information / health care, psychological, and physical needs. Having a partner is associated with higher perceived social support and better psychological well-being, whereas not having a partner is associated with higher physical needs. Greater expression of physical and psychological supportive care needs is associated with lower psychological well-being. The study hypothesis is partially confirmed.

Keywords: oncohematological patients, perceived social support, supportive care needs, psychological well-being.

IVADAS

Tyrimo aktualumas. Onkologinės ligos išlieka viena svarbiausių visuomenės sveikatos problemų pasaulyje ir Lietuvoje. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, pasaulinė vėžio našta didėja, o kartu auga ir sveikatos priežiūros paslaugų, palaikomosios priežiūros bei psichosocialinės pagalbos poreikis [1]. Onkohematologinės ligos, apimančios leukemijas, limfomas, dauginę mielomą ir kitas kraujo bei limfinės sistemos piktybines ligas, pasižymi sudėtinga diagnostika, ilgalaikiu gydymu, ligos eigos neapibrėžtumu ir galimais atkryčiais. Dėl šių priežasčių pacientai susiduria ne tik su fiziniais simptomais, bet ir su psichologiniais, socialiniais bei informaciniais sunkumais [2–4].

Onkohematologinėmis ligomis sergantys pacientai dažnai patiria ilgalaikį gydymą, hospitalizacijas, nuovargį, nerimą dėl ligos eigos, atkryčio baimę, socialinių vaidmenų pokyčius ir kasdienio gyvenimo apribojimus. Tyrimai rodo, kad hematologinėmis piktybinėmis ligomis sergantiems pacientams būdingi psichologiniai sunkumai, nerimas, depresijos simptomai, psichologinis distresas ir gyvenimo kokybės sumažėjimas [5–10]. Todėl šiai pacientų grupei ypač svarbi tampa ne tik medicininė pagalba, bet ir socialinis palaikymas, aiški informacija apie ligą bei gydymą, fizinių simptomų valdymas ir psichologinės gerovės palaikymas.

Socialinis palaikymas laikomas vienu svarbiausių psichosocialinių veiksnių, galinčių padėti pacientui prisitaikyti prie ligos ir gydymo keliamų sunkumų. Cobb socialinį palaikymą apibūdino kaip asmens įsitikinimą, kad jis yra mylimas, vertinamas ir priklauso socialiniam tinklui [11]. Vėlesni autoriai pabrėžė, kad ypač svarbus yra ne tik realiai gaunamos pagalbos kiekis, bet ir subjektyvus paciento įsitikinimas, kad pagalba yra prieinama [12]. Tyrimai rodo, kad didesnis suvoktas socialinis palaikymas yra susijęs su geresne hematologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybe, mažesniu nerimo ir depresijos lygiu bei geresne psichologine savijauta [13–15]. Taip pat nustatyta, kad socialinis palaikymas gali padėti pacientams veiksmingiau įveikti stresą, mažinti bejėgiškumo jausmą ir stiprinti prisitaikymą prie ligos [14,16]. Kita svarbi onkohematologinių pacientų priežiūros sritis yra palaikomosios priežiūros poreikiai. Remiantis Fitch palaikomosios priežiūros modeliu, onkologinių pacientų priežiūra turi apimti ne tik fizinių simptomų valdymą, bet ir psichologinius, socialinius, informacinius, praktinius bei dvasinius poreikius [17]. Tyrimai rodo, kad hematologinėmis piktybinėmis ligomis sergantys pacientai dažnai patiria nepatenkintų palaikomosios priežiūros poreikių, ypač psichologinėje, informacinėje bei fizinėje srityse [7,18,19]. Šie poreikiai gali būti susiję su ligos eigos neapibrėžtumu, informacijos trūkumu, gydymo šalutiniais poveikiais, kasdienės veiklos apribojimais ir emociniu distresu [5,6,20]. Psichologinė gerovė onkologinių ir onkohematologinių ligų kontekste yra svarbus paciento prisitaikymo, emocinės savijautos ir gyvenimo kokybės rodiklis. Ji siejama su mažesniu stresu, geresniu prisitaikymu prie ligos, stipresniu socialiniu palaikymu ir mažesniu psichologinių sunkumų intensyvumu [21,22]. Tyrimai, kuriuose

naudojamas WHO-5 geros savijautos indeksas, rodo, kad onkologinėmis ligomis sergančių pacientų psichologinė gerovė neretai išlieka sumažėjusi net ir pasibaigus aktyviam gydymui [23]. Hematologinio vėžio pacientų tyrimuose taip pat pabrėžiama, kad psichologinės pagalbos poreikiai ne visada vertinami nuosekliai, o psichologinės paramos prieinamumas gali būti nepakankamas [9].

Tyrimo problema. Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad onkohematologinių pacientų suvoktas socialinis palaikymas, palaikomosios priežiūros poreikiai ir psichologinė gerovė yra tarpusavyje susiję [10,14,15,20]. Didesnis suvoktas socialinis palaikymas siejamas su geresne psichologine savijauta, mažesniu nerimu ir depresijos simptomais, o didesni nepatenkinti palaikomosios priežiūros poreikiai – su didesniu psichologiniu distresu ir prastesne gyvenimo kokybe [10,19,20,24]. Vis dėlto tyrimų, kuriuose šie trys aspektai būtų kompleksiskai analizuojami būtent onkohematologinių pacientų grupėje, vis dar nepakanka. Dažniausiai socialinis palaikymas, palaikomosios priežiūros poreikiai ir psichologinė gerovė nagrinėjami atskirai arba platesnėse onkologinių pacientų imtyse. Todėl svarbu įvertinti, kaip šie veiksniai siejasi tarpusavyje ir kaip jie priklauso nuo sociodemografinių charakteristikų, tokių kaip lytis, išsilavinimas ir šeiminė padėtis.

Tyrimo tikslas – nustatyti onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti onkohematologinių pacientų suvoktą socialinį palaikymą, atsižvelgiant į lytį, išsilavinimą ir šeiminę padėtį.
2. Įvertinti onkohematologinių pacientų palaikomosios priežiūros poreikius ir nustatyti jų skirtumus pagal lytį, išsilavinimą ir šeiminę padėtį.
3. Įvertinti onkohematologinių pacientų psichologinę gerovę ir nustatyti jos skirtumus pagal lytį, išsilavinimą ir šeiminę padėtį.
4. Nustatyti sąsajas tarp sociodemografinių charakteristikų, suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės.

Tyrimo objektas – onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajos.

Tyrimo subjektas – pacientai sergantys onkohematologinėmis ligomis.

Tyrimo hipotezė: tikėtina, kad onkohematologinių pacientų didesnis suvoktas socialinis palaikymas ir palaikomosios priežiūros poreikiai yra reikšmingai susiję su didesne psichologine gerove bei priklauso nuo sociodemografinių charakteristikų.

Tyrimo metodai:

Kiekybinis tyrimo metodas – anoniminė anketinė apklausa. Statistinė duomenų analizė atlikta taikant aprašomąją statistiką, grupių palyginimo testus, koreliacinę analizę ir hierarchinę regresinę analizę. „MS Excel 2026“ ir „SPSS 30.0.“

Pritaikomumas. Atlikto tyrimo rezultatai gali būti naudingi onkohematologinių pacientų kompleksinei priežiūrai. Tyrimas gali padėti geriau suprasti, kokie socialinio palaikymo šaltiniai, palaikomosios priežiūros poreikiai ir sociodemografiniai veiksniai yra susiję su pacientų psichologine gerove. Gauti rezultatai gali būti taikomi planuojant individualizuotą palaikomąją priežiūrą, anksti identifikuojant pacientus, kuriems reikalinga papildoma psichologinė, informacinė ar fizinė pagalba, ir stiprinant pacientų socialinio palaikymo išteklius.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Onkologinių ligų paplitimas pasaulyje, Europoje ir Lietuvoje

Onkologinių susirgimų dažnis pasaulyje nuolat auga, o vėžys išlieka viena pagrindinių mirties priežasčių po kraujotakos sistemos ligų [1]. Ši didėjimą lemia demografiniai pokyčiai, visuomenės senėjimas bei įvairūs rizikos veiksniai, tarp jų gyvenimo būdo, aplinkos ir socialiniai determinantai [25,26]. Vis didėjanti vėžio našta pasaulyje kelia iššūkių ne tik sveikatos priežiūros institucijoms, bet sukelia reikšmingų psichologinių ir finansinių sunkumų tiek sergantiems asmenims, tiek jų artimiesiems bei visuomenei [26,27].

Remiantis GLOBOCAN 2022 duomenimis, pasaulyje tais metais buvo diagnozuota apie 19,98 mln. naujų vėžio atvejų ir užfiksuota apie 9,74 mln. mirčių [28]. Prognozuojama, kad iki 2050 metų naujų atvejų skaičius gali pasiekti maždaug 35 mln., o tai reikšmingai padidins sveikatos apsaugos poreikius, ypač šalyse su ribotais ištekliais [1,29]. Europa taip pat patiria didelę vėžio naštą. 2022 m. buvo užregistruota apie 4,47 mln. naujų onkologinių susirgimų ir beveik 2 mln. mirčių [30]. Nors Europoje gyvena mažiau nei 10 proc. pasaulio gyventojų, šiame regione diagnozuojama apie 23 proc. visų naujų vėžio atvejų ir 20 proc. mirčių nuo jų [28]. Vėžys išlieka antra dažniausia mirties priežastis Europoje po širdies ir kraujagyslių ligų [30]. Lietuvoje bendras onkologinių ligų paplitimas taip pat kelia iššūkių. 2022 m. amžiaus-standartizuotas sergamumo rodiklis vyrams siekė apie 780 / 100 000, o moterims – apie 395 / 100 000 gyventojų [31]. Vyrų sergamumo lygis yra aukštesnis už Europos Sąjungos vidurkį, tuo tarpu moterų – kiek žemesnis.

Hematologiniai vėžiai apima leukemijas, limfomas (Hodgkin ir non-Hodgkin) bei daugine mielomą. Nors šie vėžiai yra retesni už solidinius navikus, jie sudaro reikšmingą onkologinės naštos dalį. Europa vis dar patiria reikšmingą vėžio naštą: 2022-aisiais Danija, Norvegija, Airija ir Nyderlandai užregistravo vienus iš aukščiausių naujų susirgimų rodiklių (~340–375 susirgimų / 100 000 gyventojų) [32]. Pasauliniai skaičiavimai rodo, kad per pastaruosius tris dešimtmečius naujų hematologinių piktybinių navikų atvejų ir mirčių skaičius reikšmingai padidėjo, tačiau šios tendencijos labai skiriasi priklausomai nuo vėžio tipo, lyties, amžiaus, regiono bei socialinio ir ekonominio išsivystymo lygio [32].

2022 m. hematologiniai vėžiai pasaulyje sudarė apie 6,6 proc. visų naujų vėžio atvejų ir 7,2 proc. visų mirčių nuo vėžio [33]. Remiantis naujausiais duomenimis, tais metais buvo diagnozuota apie 188 000 naujų daugines mielomos atvejų ir užfiksuota apie 121 000 mirčių [33]. Globalios analizės rodo, kad non-Hodgkin limfomos atvejų skaičius nuo 1990 iki 2022 m. pastebimai augo, tačiau amžiaus-standartizuoti mirtingumo rodikliai daugelyje hematologinių vėžių formų išlieka stabilūs arba mažėja, kas susiję su gydymo pažanga [34]. Lietuvoje onkohematologiniai susirgimai suaugusiųjų tarpe taip pat išlieka reikšminga problema. Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad non-Hodgkin

limfomos susirgimų skaičius moterų tarpe pastaraisiais metais ženkliai didėja (~4,7 proc. metinis augimas), o šie navikai užima svarbią vietą vėžio struktūroje ir daro didelę įtaką pacientų gyvenimo kokybei bei sveikatos sistemos ištekliams [35]. Nacionalinio vėžio instituto duomenimis, kasmet Lietuvoje diagnozuojama daugiau nei tūkstantis kraujo vėžio atvejų [36].

Apibendrinant galima teigti, kad onkologinių ligų našta pasaulyje ir Europoje nuosekliai didėja, o Lietuvoje rodikliai išlieka aukštesni nei daugelio kitų Europos Sąjungos šalių, ypač vyrų tarpe. Hematologiniai vėžiai, nors sudaro mažesnę dalį visų onkologinių susirgimų, pasižymi sparčiai augančiu sergamumu kai kurių formų (pvz., non-Hodgkin limfomos) atveju ir kelia rimtą iššūkį sveikatos priežiūros sistemoms.

1.2. Onkohematologinių ligų rūšys ir epidemiologija

Onkohematologinės ligos – tai piktybiniai susirgimai, išsivystantys kraują ir imuninės sistemos ląsteles gaminančiuose audiniuose, pirmiausia kaulų čiulpuose ir limfinėje sistemoje. Šiai ligų grupei priskiriamos leukemijos, limfomos ir mielomos, kurios bendruoju terminu dažnai vadinamos kraujo vėžiu [2]. Šių ligų patogenezės pagrindas – sutrikęs normalus kraujo ląstelių formavimosi procesas, kai dėl nekontroliuojamo kloninio atipinių ląstelių dauginimosi slopinama fiziologinė eritrocitų, leukocitų ir trombocitų gamyba, todėl nukenčia tokios gyvybiškai svarbios organizmo funkcijos kaip imuninė apsauga, deguonies pernaša ir kraujavimo kontrolė [37].

Leukemija – tai piktybinė kraujo ir kaulų čiulpų liga, kuriai būdinga nenormali atipinių baltųjų kraujo kūnelių proliferacija. Šios ląstelės nesugeba atlikti įprastų imuninių funkcijų ir kartu slopina normalią kraujo ląstelių (eritrocitų ir trombocitų) gamybą kaulų čiulpuose [3]. Leukemijos klasifikuojamos pagal ligos eigą į ūmines ir lėtines, o pagal piktybinių ląstelių kilmę – į limfoidines ir mieloidines formas [3]. Ūminėms leukemijoms būdinga staigi ligos pradžia ir greitas progresavimas, kai kaulų čiulpuose kaupiasi nesubrendusios, diferencijuotis nesugebančios ląstelės, galinčios infiltruoti organus ir sukelti kaulų čiulpų nepakankamumą [3]. Suaugusiesiems leukemijos rizika didėja senstant, todėl didžiausia sergamumo ir mirtingumo našta tenka vyresnio amžiaus grupėms [4,38]. Pagal potipius suaugusiųjų populiacijoje dažniausia yra ūminė mieloleukemija (ŪML) (vyrams apie 38 proc., moterims apie 43 proc.), o antroje vietoje – lėtinė limfoleukemija (LLL) (vyrams apie 28 proc., moterims apie 24 proc.), kas rodo, kad suaugusiųjų leukemijų struktūroje dominuoja mieloidinės ir lėtinės limfoidinės formos [4]. Be to, apžvalginiai duomenys rodo, kad aukštesnio išsivystymo regionuose amžiumi standartizuoti leukemijos sergamumo ir mirtingumo rodikliai dažniausiai yra didesni, o tai siejama su demografiniais procesais (populiacijos senėjimu) ir diagnostikos bei registrų skirtumais [3].

Limfomos – tai piktybiniai limfinės sistemos navikai, kylantys dėl sutrikusios limfocitų proliferacijos ir diferenciacijos. Pakitę (atipiniai) limfocitai kaupiasi limfmazgiuose ir kituose

limfiniuose audiniuose, todėl šie didėja, o ilgainiui silpnėja imuninės sistemos funkcija [3,39]. Skiriamos dvi pagrindinės limfomų grupės – Hodžkino limfoma (HL) ir ne Hodžkino limfomos (NHL); pastarosios sudaro labai heterogenišką ligų spektrą (daugiau nei 60 potipių), kurie skiriasi biologija, histopatologiniais požymiais, genetiniais pakitimais ir klinicine eiga [3]. Epidemiologiškai limfomoms būdingi aiškūs amžiaus ir lyties dėsningumai: HL dažniausiai nustatoma dviem „bangomis“ – didesnis sergamumas stebimas jauname suaugusiųjų amžiuje, o antra didesnio sergamumo fazė pasireiškia vyresniame amžiuje; taip pat dauguma HL atvejų diagnozuojami jaunesniems nei 40 metų asmenims [3]. Tuo tarpu NHL tipiniu atveju vyrauja vyresnio amžiaus populiacijoje, o didžiausia našta tenka vyresnėms amžiaus grupėms [34]. Lyties požiūriu, daugelyje analizų fiksuojamas didesnis NHL sergamumas vyrams nei moterims, nors skirtumo dydis gali skirtis priklausomai nuo potipio ir regiono [3,34]. Remiantis Pasaulinės ligų naštos tyrimo 2021 m. duomenimis, analizė rodo, kad 1990–2021 m. ne Hodžkino limfomos našta reikšmingai augo: didėjo tiek naujų atvejų, tiek mirčių skaičius, taip pat bendras dėl ligos prarastų sveiko gyvenimo metų rodiklis, todėl didėja sveikatos priežiūros sistemos poreikis, ypač senėjančiose visuomenėse [25].

Mieloma – tai piktybinė plazminių ląstelių liga, kuriai būdinga kloninė pakitusių plazminių ląstelių proliferacija kaulų čiulpuose ir sutrikusi imunoglobulinų gamyba, dėl ko silpnėja organizmo imuninė apsauga ir vystosi sisteminiai pažeidimai [3]. Epidemiologiniu požiūriu mieloma laikoma vyresnio amžiaus liga – didžioji dalis atvejų diagnozuojama vyresniems nei 60–65 metų asmenims, o jauname amžiuje ši liga nustatoma itin retai [3]. Pasauliniai epidemiologiniai duomenys rodo, kad mieloma, kaip ir dalis kitų onkohematologinių ligų, dažniau pasireiškia vyrams, o jos atsiradimas siejamas ne tik su nemodifikuojamais veiksniais (amžiumi, lytimi), bet ir su tam tikrais modifikuojamais rizikos veiksniais, tokiais kaip nutukimas ir gyvenimo būdo ypatumai [34,39]. Lietuvoje kasmet nustatoma maždaug 180 naujų dauginės mielomos atvejų [40].

Apibendrinant galima teigti, kad onkohematologinių ligų paplitimas nėra labai didelis, tačiau šios ligos sudaro reikšmingą visuomenės sveikatos problemą dėl lėtinės eigos, sudėtingo gydymo ir ryškaus poveikio pacientų gyvenimo kokybei. Epidemiologiniai duomenys rodo aiškią priklausomybę nuo amžiaus ir lyties, o pasaulinės tendencijos siejamos su visuomenės senėjimu, gyvenimo būdo pokyčiais ir gerėjančiomis diagnostikos galimybėmis.

1.3. Suvokto socialinio palaikymo samprata

Socialinis palaikymas yra daugiatis konstruktas, apimantis įvairias tarpasmeninės pagalbos formas įskaitant suvoktą ir gautą palaikymą. Gauto socialinio palaikymo matavimo priemonės skirtos įvertinti konkrečius palaikančius veiksmus, kuriuos asmenys iš socialinės aplinkos suteikia gavėjui. Suvokto socialinio palaikymo matavimo priemonės vertina gavėjų suvokimą apie bendrą palaikymo prieinamumą ir (arba) bendrą pasitenkinimą suteiktu palaikymu. Vieną pirmųjų socialinio palaikymo

apibrėžimų pateikė Cobb (1976), kaip asmens įsitikinimą, kad jis yra mylimas, vertinamas, priklauso artimųjų ir bendruomenės ryšių tinklui ir esant poreikiui gali tikėtis pagalbos [11]. Vėliau Sarason, Levine ir Basham (1983) šią sampratą papildė ir įtvirtino suvokto socialinio palaikymo (angl. perceived social support) sąvoką, pabrėždami, kad svarbus yra ne objektyvus pagalbos kiekis, bet žmogaus subjektyvus įsitikinimas, kad pagalba yra prieinama [12]. Šis požiūris tapo kertiniu daugelyje vėlesnių tyrimų, susijusių su psichologine savijauta ir sveikatos būkle. Thoits (1995) dar labiau išplėtė socialinio palaikymo sampratą, akcentuodama jo funkciją kaip psichologinio atsparumo šaltinį patiriamo streso ar ligos kontekste. Ji pabrėžė, kad reikšminga yra ne tik palaikymo šaltinių gausa, bet ir jų kokybė bei gebėjimas atliepti žmogaus poreikius [41].

Siekdami geriau suprasti, kokiomis formomis socialinis palaikymas pasireiškia, tyrėjai ėmė jį sisteminti į skirtingas kategorijas. Vieną iš labiausiai pripažintų tipologijų pateikė House (1981), kuris išskyrė keturias pagrindines socialinio palaikymo formas: emocinę, instrumentinę, informacinę ir vertinamąją [42]. Emocinė parama apima meilės, rūpesčio, empatijos ir pasitikėjimo suteikimą kitam žmogui – ji dažnai laikoma svarbiausia palaikymo forma, nes padeda sumažinti stresą ir kuria priklausymo jausmą [42]. Instrumentinis palaikymas reiškia tiesioginę pagalbą praktinėse situacijose, pavyzdžiui, pagalbą buityje ar finansinę paramą [42]. Informacinis palaikymas apima patarimus ir informaciją, padedančią asmeniui spręsti problemas ar priimti sprendimus, o vertinamasis palaikymas – tai grįžtamasis ryšys, padedantis asmeniui įsivertinti save ir savo veiksmus [42]. Šios keturios socialinio palaikymo kategorijos leidžia geriau suprasti, kokiais būdais žmonės vieni kitiems padeda ir parodo, kad palaikymas yra daugialypis reiškinys, aprėpiantis tiek emocinį ryšį, tiek praktinę pagalbą, tiek informaciją bei savęs vertinimą [42]. Svarbu nagrinėti ir tai, iš kokių šaltinių kyla šis palaikymas. Parama gali būti teikiama įvairių žmonių ir bendruomenių, su kuriais asmuo palaiko tarpasmeninius ryšius – tai gali būti šeimos nariai, draugai, kaimynai, kolegos, religinės bendruomenės, globėjai ar paramos grupės [43].

Norint išsamiau suprasti, kaip socialinis palaikymas veikia žmogaus sveikatą ir psichologinę gerovę, svarbu remtis teoriniais modeliais, kurie paaiškina šio ryšio mechanizmus. Socialinio palaikymo samprata apima įvairias formas ir palaikymo šaltinius, o modeliai padeda atskleisti, koku būdu palaikymas daro poveikį. Tarp dažniausiai minimų teorinių modelių yra tiesioginio poveikio modelis [42,44], apsauginio poveikio modelis [45] ir tinkamumo (atitikties) modelis [45,46].

Tiesioginio poveikio modelis (*angl. main effect model*).

Šis modelis teigia, kad socialinis palaikymas turi teigiamą poveikį žmogaus sveikatai ir gerovei, nepriklausomai nuo streso lygio. Didelis socialinis tinklas užtikrina teigiamas patirtis, stabilias socialines roles ir priklausymo jausmą, kas skatina emocinį stabilumą, savivertę ir sveikesnę elgseną.

Tyrimai rodo, kad ypač žemas palaikymo lygis (socialinė izoliacija) siejasi su didesne mirtingumo rizika, o net ir vidutinis palaikymas jau turi apsauginį poveikį [44,47].

Apsauginio poveikio modelis (*angl. buffering hypothesis*).

Šis modelis grindžiamas prielaida, kad socialinis palaikymas apsaugo nuo neigiamų streso pasekmių. Palaikymas gali veikti dviem lygmenimis: (1) sumažinti tikimybę, kad įvykis bus suvokiamas kaip labai keliantis stresą, nes žmogus jaučia turintis resursų; (2) jei stresas jau patiriamas, palaikymas gali sušvelninti fiziologines reakcijas, nerimą ir psichologinį distresą. Taigi socialinis palaikymas „amortizuoja“ stresą ir mažina jo žalingą poveikį sveikatai [45].

Tinkamumo modelis (*angl. matching hypothesis*).

Šiame modelyje pabrėžiama, kad palaikymo poveikis priklauso nuo jo atitikimo konkrečiam poreikiui. Pvz., jei žmogus patiria finansinių sunkumų, veiksmingiausias yra instrumentinis palaikymas, o jei trūksta pasitikėjimo ar kyla grėsmė savivertei – svarbiausias tampa emocinis ar vertinamasis palaikymas. Ši hipotezė paaiškina, kodėl ne visais atvejais gautas palaikymas yra naudingas – jo tipas turi „sutapti“ su stresoriaus keliamu poreikiu [45,46].

Pagal atliktų tyrimų rezultatus suvoktas palaikymas dažnai turi stipresnę ryšį su psichologine gerove nei gautas palaikymas [48]. Nors gautas palaikymas gali turėti teigiamą poveikį, tyrimai rodo, kad netinkamai suteiktas ar nepageidaujamas palaikymas gali kelti diskomfortą, menkinti savarankiškumą ar net didinti stresą. Tai atitinka anksčiau minėtą tinkamumo modelio (*angl. matching hypothesis*) sampratą, kuri teigia, kad palaikymas bus veiksmingas tik tada, kai jo tipas atitinka žmogaus poreikius [48]. Suvoktas socialinis palaikymas labiau susijęs su žmogaus pasaulėžiūra, emociniu saugumu ir kontrolės pojūčiu. Šis subjektyvus įsitikinimas, kad pagalba yra prieinama, mažina nerimo jausmą, didina psichologinį atsparumą ir skatina geresnę savijautą net ir tuomet, kai realus palaikymo gavimas nėra aktyvus [49,50].

Remiantis šia teorine prielaida, socialinio palaikymo svarba tampa ypač aktuali lėtinių ir grėsmę gyvybei keliančių ligų kontekste, kur pacientai susiduria su ilgalaikiu stresu bei prisitaikymo iššūkiais. Onkohematologinių pacientų gydymo kelias dažnai yra ilgas, sudėtingas ir lydimas įvairių fizinių bei psichologinių iššūkių. Dėl to ypač svarbus tampa socialinis palaikymas – tiek objektyviai teikiama pagalba, tiek asmens suvokimas, kad pagalba yra prieinama. Tyrimai rodo, kad būtent suvoktas socialinis palaikymas (*angl. perceived social support*) gali turėti esminį poveikį psichologinei gerovei, emociniam atsparumui ir net gydymo rezultatams [13]. Pavyzdžiui, Geue tyrime buvo lyginami jaunesnio ir vyresnio amžiaus suaugusieji, sergantys hematologinėmis onkologinėmis ligomis, siekiant įvertinti suvokto socialinio palaikymo ryšį su gyvenimo kokybe [13]. Tyrimo rezultatai parodė, kad didesnis suvoktas palaikymas reikšmingai siejosi su geresne

psichologine savijauta abiejose grupėse, tačiau jaunesni pacientai dažniau išgyveno socialinę izoliaciją ir psichologinį distresą – todėl jų poreikis palaikymui buvo stipresnis.

Dar naujesniame tyrime su hematologinio vėžio pacientais, kurį atliko Liang, Mao, Du ir Chen, buvo taikoma struktūrinių lygčių modelių analizė, siekiant ištirti sąsajas tarp socialinio palaikymo, įveikos strategijų ir potrauminio augimo. Tyrimas parodė, kad suvoktas socialinis palaikymas tiesiogiai ir netiesiogiai (per įveikos būdus) mažino nerimo bei depresijos simptomus, taip pat skatino potrauminį augimą [14]. Emocinis, informacinis bei instrumentinis palaikymas buvo reikšmingi šio poveikio komponentai, pabrėžiantys daugiamatį socialinio palaikymo pobūdį. Ši įžvalga apie netiesioginį poveikį per adaptyvias įveikos strategijas kartojasi ir kituose tyrimuose: socialinė parama gali veikti kaip resursas, stiprinantis aktyvesnį problemų sprendimą ir mažinantis depresijos simptomus [14]. Taip pat nustatyta, kad limfomos pacientai, turintys daugiau socialinio palaikymo, rečiau jaučiasi bejėgiai, o socialinė parama iš dalies paaiškina ryšį tarp ligos suvokimo ir baimės dėl ligos progresavimo: kuo liga atrodo sunkesnė, tuo baimė didesnė, ypač kai trūksta palaikymo [14]. Kinijoje atliktame tyrime prastas socialinis palaikymas buvo siejamas su nepatenkintais psichologiniais, sveikatos sistemos ir informacijos poreikiais bei priežiūros ir palaikymo poreikiais [16]. Tai leidžia pagrįsti, kad socialinis palaikymas onkohematologinių pacientų atveju yra svarbus ne tik emocinei būklei, bet ir platesniems prisitaikymo bei poreikių tenkinimo aspektams.

Siekiant išplėsti kontekstą, kai kurie tyrimai, atlikti su kitomis populiacijomis, rodo panašias tendencijas ir padeda geriau paaiškinti, kodėl suvoktas socialinis palaikymas laikomas apsauginiu veiksnio didesnio streso sąlygomis. Pavyzdžiui, COVID-19 pandemijos laikotarpiu Acoba atliktame tyrime, kuriame dalyvavo 426 suaugusieji Filipinuose, nustatyta, kad šeimos ir reikšmingų kitų asmenų palaikymas buvo susijęs su mažesniu suvoktu stresu, o mažesnis suvoktas stresas siejosi su teigiama emocine būsena bei mažesniais nerimo ir depresijos simptomais [51]. Panašios tendencijos nustatytos ir skerspjūvio tyrime, kuriame dalyvavo 200 lėtinėmis ligomis sergančių pacientų, nustatyta, kad didesnis suvoktas socialinis palaikymas buvo reikšmingai susijęs su didesniu psichologiniu atsparumu ir geresne emocine gerove [52]. Tyrime buvo įtraukti diabetu, vėžiu, neurologiniais sutrikimais ir psichikos sveikatos sutrikimais sergantys pacientai, o suvoktas socialinis palaikymas reikšmingai prognozavo tiek atsparumą, tiek emocinę gerovę [52]. Šie duomenys leidžia teigti, kad subjektyvus įsitikinimas apie prieinamą pagalbą gali būti svarbus psichologinės sveikatos išteklius įvairiose lėtinių ligų grupėse [52]. Kartu literatūroje išryškėja ir palaikymo šaltinių svarba, kuri onkologinių ligų kontekste turi itin aiškų praktinį pritaikymą. Pavyzdžiui, Bıkmaz ir Ünsar gauti duomenys parodė, kad suvoktas socialinis palaikymas, stipriausiai siejasi su geresniu emociniu funkcionavimu, veikia kaip apsauginis veiksnys, kai palaikymas gaunamas iš šeimos, draugų ar bendraminčių [53]. Amonoo kokybinis tyrimas pabrėžė kito palaikymo šaltinio svarbą, bendraminčių

paramą – bendravimas su panašią diagnozę turinčiais asmenimis mažina socialinę izoliaciją, suteikia supratimą ir padeda valdyti lūkesčius bei neapibrėžtumą [54]. Jis ne tik mažina izoliacijos jausmą, bet ir suteikia palaikymą, kurį gali suteikti tik panašią patirtį turintys asmenys, pavyzdžiui, bendraminčių paramos grupėse [54].

Apibendrinant, šie tyrimai patvirtina, kad suvoktas socialinis palaikymas yra vienas svarbiausių psichosocialinių veiksnių, darančių įtaką onkohematologinių pacientų emocinei būklei ir gyvenimo kokybei. Jis ne tik padeda mažinti stresą, bet ir skatina geresnį prisitaikymą prie gydymo, stiprina motyvaciją bei savarankiškumą. Dėl to klinikinėje praktikoje svarbu stebėti, kuriems pacientams trūksta palaikymo ir taikyti intervencines priemones, skatinančias palaikymo tinklų stiprinimą. Visi šie tyrimai kartu patvirtina, kad subjektyvus įsitikinimas, jog pagalba yra prieinama, yra esminis psichologinės sveikatos resursas įvairiose populiacijose, o palaikymo veiksmingumą sustiprina jo atitiktis individualiems poreikiams [46].

1.4. Palaikomosios priežiūros poreikių samprata

Onkologinė liga gali būti suvokiama kaip netikėtas gyvenimo įvykis arba tarpusavyje susijusių įvykių seka, kurią lemia ligos eiga. Kai kuriems asmenims vėžys pasireiškia kaip vienkartinis epizodas, turintis aiškią pradžią ir pabaigą, o kitiems tampa ilgalaikė jų gyvenimo dalimi. Diagnozė ir gydymas reiškia išitraukimą į onkologinės priežiūros sistemą, į kurią pacientai ir jų artimieji patenka skirtingais etapais, skirtingu tempu ir individualiais priežiūros keliais [55]. Vėžio patirtis apima sudėtingą įvykių, reakcijų ir sąveikų visumą – nuo diagnostinių tyrimų ir diagnozės patvirtinimo iki gydymo, reabilitacijos, tolesnio stebėjimo, o kai kuriais atvejais ir ligos atsinaujinimo ar mirties, kuri tampa kasdienio gyvenimo dalimi. Su liga susiję reikalavimai dažnai sutrikdo kasdienę veiklą, trukdo siekti asmeninių tikslų, planuoti ir priimti sprendimus, keičia tarpasmeninių santykių ir intymumo pusiausvyrą bei gali turėti neigiamų pasekmių šeimos narių fizinei ir psichinei gerovei [56]. Be to, susidūrus su gyvybei pavojinga liga, neretai kyla egzistenciniai klausimai apie gyvenimo prasmę. [17,56].

Viena iš pagrindinių autorių, formavusių palaikomosios vėžio priežiūros gydyme sistemą, yra M. I. Fitch, kurios darbai laikomi vienu svarbiausių atspirties taškų kuriant konceptualų modelį, skirtą sistemingai įvertinti pacientų poreikius ir planuoti jiems atliepiančias priežiūros paslaugas. Šios idėjos buvo pagrįstos empiriniais duomenimis – pacientų ir išgyvenusiujų giluminiais interviu apie vėžio patirtį, pacientų apklausomis apie poreikius ir pasitenkinimą priežiūra, bei sveikatos priežiūros specialistų diskusijomis apie pacientų poreikių tenkinimo praktiką [17]. Palaikomosios vėžio gydymo priežiūros sistema remiasi žmogaus poreikių, kognityvinio vertinimo, įveikos ir prisitaikymo koncepcijomis, todėl suteikia teorinį pagrindą suprasti, kaip asmenys išgyvena onkologinio susirgimo diagnozę ir kaip tvarkosi su ligos patirtimi [17]. Atsižvelgiant į tai, teigiama, kad onkologinio

susirgimo diagnozė gali paveikti asmens gebėjimą patenkinti poreikius įvairiose gyvenimo srityse, o ši neatitiktis siejama su didesne emocine kančia ir prastesne psichosocialine gerove[57]. Todėl, siekiant praktiškai taikyti šį modelį, būtina aiškiai apibrėžti, kokios konkrečios poreikių sritys sudaro palaikomosios priežiūros turinį. Palaikomosios priežiūros poreikiai apima holistinį paciento situacijos vertinimą, įtraukiant ne tik fizinę sveikatą, bet ir psichologinius, socialinius bei dvasinius gyvenimo aspektus. Remiantis Fitch koncepcija, šie poreikiai sisteminami į kelias pagrindines sritis: fizinę (simptomų kontrolę), emocinę ir psichologinę (nerimo bei streso mažinimą), socialinę (šeimos, darbo ir paramos tinklo stiprinimą), dvasinę (gyvenimo prasmės ir egzistencinių klausimų apmąstymą), informacinę (supratimą apie ligą ir gydymą) bei praktinę (finansinių, transporto ar kasdienių buities organizavimo sunkumų sprendimą)[17]. Tokia struktūra pabrėžia, kad paciento priežiūra turi būti orientuota į visą asmenį – svarbu atliepti ne tik klinikinius simptomus, bet ir jo emocinę būseną bei gyvenimo aplinkybes [17].

Tyrimai rodo, kad palaikomosios priežiūros poreikiai nėra pastovūs – jie kinta priklausomai nuo ligos eigos ir gydymo etapo [58,59]. Ankstyvuoju laikotarpiu pacientams dažniausiai svarbu gauti aiškią ir išsamią medicininę informaciją, suprasti diagnozę, gydymo planą ir jo pasekmes [18,58]. Ligai progresuojant arba gydymui intensyvėjant prioritetu dažniau tampa simptomų kontrolė ir skausmo valdymas, tačiau emocinio bei dvasinio palaikymo poreikis dažnai išlieka reikšmingas per visą ligos trajektoriją [19]. Onkohematologinių pacientų kontekste dalis hematologinių piktybinių susirgimų pasižymi lėtine eiga, su ilgais remisijų ir recidyvų ciklais, todėl pacientus dažnai nuolat lydi neapibrėžtumas dėl ateities, kuris gali stiprinti nerimo ir depresijos simptomus [5,6]. Svarbu ir tai, kad emocinio distreso intensyvumas ne visuomet tiesiogiai atspindi fizinių simptomų sunkumą – net esant palyginti stabiliai somatinei būklei, psichologinė įtampa gali išlikti didelė [5].

Empiriniai tyrimai patvirtina, kad nepatenkinti palaikomosios priežiūros poreikiai yra dažni ir apima kelias gyvenimo sritis. Sistemingoje apžvalgoje nustatyta, kad dažniausiai neišpildyti poreikiai sergant hematologinėmis ligomis yra susiję su sveikatos priežiūros sistema ir informacija, psichologine sritimi bei fiziniais ir kasdienio gyvenimo sunkumais [7]. Šie poreikiai fiksuojami tiek gydymo, tiek laikotarpiu po gydymo, o informacijos apie tyrimų rezultatus ir ligos eigą trūkumas išlieka vienas dažniausių nusiskundimų [7].

Japonijoje atliktame tyrime daugiau nei trys ketvirtadaliai jaunų suaugusiųjų, sergančių onkologinėmis ligomis, nurodė bent vieną nepatenkintą palaikomosios priežiūros poreikį [60]. Dažniausiai įvardyti poreikiai buvo psichologinio pobūdžio, susiję su baime dėl ligos progresavimo, nerimu, depresiniais išgyvenimais ir rūpesčiu dėl artimųjų emocinės būklės [60]. Taip pat reikšminga dalis poreikių buvo susiję su informacijos apie ligą, gydymą ir pagalbos galimybes stoka, o fiziniai sunkumai dažniausiai apėmė nuovargį, skausmą ir kasdienės veiklos apribojimus[60].

Kokybiniai tyrimai leidžia giliau suprasti šių poreikių patyrimą. Lėtinėmis hematologinėmis ligomis sergantys pacientai nurodo emocinės paramos trūkumą ir neaiškumą, į ką galima kreiptis norint aptarti baimes ar emocinius sunkumus [6]. Didžiausias psichologinis krūvis dažniausiai patiriamas diagnozės metu ir įtariant ligos progresavimą, o poreikiai laikui bėgant kinta priklausomai nuo santykių su šeima ir sveikatos priežiūros specialistais [6].

Kiti tyrimai patvirtina, kad nepatenkinti informaciniai ir psichologiniai poreikiai yra glaudžiai susiję su didesniu emociniu distresu ir prastesne adaptacija prie ligos [5,20]. Nustatytas stiprus neigiamas ryšys tarp nepatenkintų palaikomosios priežiūros poreikių ir emocinės gerovės, rodantis, kad informacijos apie ligos valdymą ir paramos trūkumas reikšmingai didina psichologinę įtampą [19]. Be to, aukštas nerimo ir depresijos lygis, susijęs su nepatenkintais poreikiais, neigiamai veikia socialinį ir kognityvinį funkcionavimą hematologinėmis ligomis sergantiems pacientams [8].

Apibendrinant, tyrimai nuosekliai rodo, kad palaikomosios priežiūros poreikiai onkohematologinių pacientų grupėje yra dažni, įvairialypiai ir kintantys, o jų neadresavimas siejamas su didesniu emociniu distresu, prastesne psichologine gerove ir sudėtingesniu prisitaikymu prie ligos. Tai pabrėžia būtinybę sistemingai vertinti pacientų poreikius visais ligos etapais ir integruoti psichologinį bei informacinį palaikymą į įprastą klinikinę praktiką.

1.5. Psichologinės gerovės samprata

Psichologinės gerovės samprata nėra vienareikšmė: skirtingose disciplinose ji apibrėžiama nevienodai, o jos turinys dažnai persidengia su subjektyvios gerovės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės konstruktais. Tai iš dalies paaiškinama tuo, kad gyvenimo kokybė paprastai vertinama kaip daugiamatė sąvoka, apimanti ir psichologinę/emocinę sritį, todėl tyrimuose, kuriuose akcentuojama gyvenimo kokybė, neretai aptariami ir psichologinės savijautos rodikliai [61]. Gerovė dažnai aiškinama kaip procesas, o ne statiška būseną: Dodge gerovę apibūdina kaip kintančią pusiausvyrą tarp asmens turimų resursų ir aplinkos keliamų reikalavimų [62]. Tuo tarpu Amerikos psichologijos asociacija (APA) psichologinę gerovę apibrėžia kaip pasitenkinimo būseną, mažą streso lygį, gerą bendrą fizinę ir psichinę sveikatą bei teigiamą požiūrį į gyvenimą ar gyvenimo kokybę [63]. Dėl skirtingų apibrėžimų literatūroje išskiriami skirtingi psichologinės gerovės teoriniai požiūriai. Teorinėje literatūroje psichologinė gerovė dažniausiai aiškinama dviem perspektyvomis – hedonine ir eudaimonine. Hedoninė kryptis akcentuoja malonumo patyrimą, teigiamų emocijų dominavimą, mažesnę neigiamų emocijų lygį ir pasitenkinimą gyvenimu [64]. Šios krypties pagrindus padėjo Diener, apibrėžęs subjektyvią gerovę (SWB) kaip pasitenkinimo gyvenimu ir emocijų patirčių (teigiamo bei neigiamo afekto) derinį [65]. Tuo tarpu eudaimoninis požiūris teigia, kad gerovė neapsiriboja laime – ji siejama su prasme, savirealizacija ir asmens potencialo įgyvendinimu [66]. Ryff psichologinės gerovės (PWB) modelis šią kryptį operacionalizuoja per šešias dimensijas:

savęs priėmimą, teigiamus santykius, autonomiją, gyvenimo tikslą, aplinkos kontrolę ir asmeninį augimą [61]. Empiriniai tyrimai rodo, kad abi kryptys viena kitą papildo: hedoninė labiau atspindi emocinę savijautą ir pasitenkinimą, o eudaimoninė – ilgalaikį funkcionavimą ir prasmės komponentą [67,68].

Psichologinė gerovė laikoma svarbiu prisitaikymo ir psichosocialiniu resursu, nes onkologinių ligų kontekste ji siejama su stipresniu suvoktu socialiniu palaikymu, mažesniu depresijos ir nerimo simptomų intensyvumu bei geresne psichosocialine adaptacija prie ligos ir jos keliamų gyvenimo pokyčių [21,22,54]. Tai ypač aktualu onkologinių ligų kontekste, kur pacientai susiduria su ilgalaikiu gydymu, simptomų našta ir padidintu distresu [21]. Brajković, tyrimo rezultatai parodė, kad aukštesnė vėžiu sergančių pacientų subjektyvi gerovė veikė kaip apsauginis veiksnys: ji siejosi su mažesniu stresu, silpnesniais nerimo ir depresijos simptomais bei geresne adaptacija prie ligos keliamų iššūkių, leidžiant gerovę vertinti kaip aktyvų psichologinį resursą, kompensuojantį ligos poveikį psichinei sveikatai [21].

Remiantis naujausiais tyrimais, psichologinė gerovė onkologinių ir onkohematologinių pacientų kontekste laikoma kliniškai reikšmingu resursu, susijusiu su simptomų našta, emociniu prisitaikymu ir poreikiu psichologinei pagalbai [21,22,54]. Nors psichologinė savijauta tyrimuose dažnai aptariama gyvenimo kokybės kontekste, empiriniai duomenys rodo, kad psichologinės gerovės rodikliai yra statistiškai susiję su pacientų kasdienių sunkumų intensyvumu ir gali būti svarbūs vertinant riziką prastesniam adaptavimuisi ar didesniam distresui [21,69]. Vienas ryškiausių pavyzdžių – Di Lorenzo tyrimas su suaugusiaisiais ($N = 268$), į kurį buvo įtraukti ir asmenys, turintys onkologinės ligos anamnezę. Tyrimo imtyje vidutinis psichologinės gerovės įvertis buvo 54,61 ($SD = 18,12$), mediana 56,00, o IQR 44–68. Rezultatai parodė, kad didesnis nuovargis buvo susijęs su prastesne psichologine gerove: nustatytas vidutinio stiprumo neigiamas ryšys tarp nuovargio ir gerovės ($r = -0,45$). Be to, regresinėje analizėje gerovės rodiklis buvo stipriausias nuovargio prediktorius: aukštesnė gerovė reikšmingai prognozavo mažesnę nuovargį ($\beta = -0,3906$, $p < 0,0001$). Šie duomenys pagrindžia, kad psichologinė savijauta glaudžiai siejasi su vienu labiausiai onkologinius pacientus varginančių simptomų – nuovargiu [69]. Tai patvirtina ir naujausia sisteminė apžvalga, kurioje analizuotas psichologinės gerovės vertinimas naudojant WHO-5 indeksą įvairiose ligų srityse. Apžvalgoje identifikuoti net 552 empiriniai tyrimai, iš kurių 20 buvo atlikti su onkologinėmis ligomis sergančiais pacientais, vertinant jų subjektyvią psichologinę gerovę skirtinguose ligos etapuose. Šie tyrimai parodė, kad vidutinis psichologinės gerovės įvertis po onkologinės diagnozės siekė apie 53,4 balo (skalėje 0–100), o ilgalaikių išgyvenusių pacientų grupėse – apie 60 balų, tačiau šie rodikliai dažnai išliko žemesni nei bendros populiacijos normos. Tai rodo, kad net ir stabilizavus ligą psichologinė gerovė gali išlikti sumažėjusi, todėl jos vertinimas laikomas

svarbia psichosocialinės priežiūros dalimi [23]. Kita svarbi kryptis – psichologinės gerovės vertinimas kaip ankstyvos rizikos atpažinimo priemonė po aktyvaus gydymo. Hadas tyrime, kuriame dalyvavo 453 galvos ir kaklo vėžiu sergantys pacientai (tinkamus duomenis pateikė 447), nustatyta, kad net 25,1 proc. pacientų psichologinės gerovės rodiklis buvo žemesnis už ribinę reikšmę ($WHO-5 < 13$), rodančią sumažėjusią gerovę. Dar svarbiau, šioje rizikos grupėje pritaikius struktūruotą klinikinį interviu (M.I.N.I.), net 40,9 proc. pacientų buvo diagnozuotas esamas depresijos epizodas. Pagal amžiaus grupes prasčiausia savijauta buvo būdinga 41–60 m. pacientams – ribinį ar žemesnį balą pasiekė 33,6 proc., o vyresnių nei 61 m. grupėje sumažėjusi gerovė nustatyta 21,4 proc. atvejų [70]. Tai parodo, kad daliai pacientų po gydymo išlieka reikšmingi psichologiniai sunkumai, kuriuos svarbu sistemingai atpažinti. Psichologinės gerovės matavimų tinkamumą onkologijoje papildomai pagrindžia Adamou validacijos tyrimas su kolorektaliniu vėžiu sergančiais pacientais Anglijoje. Autoriai analizavo dvi nepriklausomas kohortas ir nustatė, kad psichologinės gerovės vidurkiai buvo labai panašūs: 60,51 (SD = 23,30) (1 kohorta, n = 127) ir 59,93 (SD = 21,16) (2 kohorta, n = 57), o skirtumas tarp kohortų buvo nereikšmingas ($p = 0,709$). Taip pat parodyta, kad psichologinė gerovė prasmingai siejosi su holistinės gerovės matu: koreliacijos buvo $r = 0,66$ ir $r = 0,74$ [67]. Tai rodo, kad psichologinės savijautos rodikliai dera su platesniu paciento gerovės kontekstu ir yra informatyvūs onkologinėje populiacijoje.

Papildomai psichologinės gerovės reikšmę hematologinių navikų kontekste patvirtina tyrimai su limfomomis sergančiais pacientais. Viename klinikiniame tyrime, kuriame analizuota pacientų gyvenimo kokybė ir psichologinė savijauta sergant odos limfomomis, nustatyta, kad psichologinė gerovė buvo glaudžiai susijusi su ligos simptomų našta, ypač niežuliu. Pacientai, patiriantys intensyvesnius simptomus, pasižymėjo reikšmingai prastesne psichologine savijauta ir didesniu nerimo bei depresijos lygiu, o tai rodo, kad fiziniai simptomai gali tiesiogiai paveikti pacientų emocinę būseną ir bendrą psichologinę gerovę [72].

Vis dėlto onkohematologijoje išryškėja praktinis iššūkis – psichologinė gerovė ne visada vertinama nuosekliai, o psichologinė parama pacientams gali būti fragmentiška. Brett, mišrių metodų tyrimas Anglijoje parodė, kad mažiau nei pusė sveikatos priežiūros specialistų (47,3 proc.) manė, jog jų pacientai gauna pakankamą psichologinę paramą, o tik apie pusė (49,4 proc.) nurodė, kad psichologiniai paciento poreikiai vertinami reguliariai. Vertinimas dažniausiai vyko diagnozės metu (70,1 proc.) ir ligos progresavimo ar atkryčio metu (65,0 proc.), tačiau ne viso ligos kelio metu [9]. Tai pagrindžia, kad psichologinės gerovės stebėseną ir emocinės paramos integravimas į visą priežiūros procesą išlieka aktualus poreikis.

Apibendrinant, tyrimai rodo, kad psichologinė gerovė onkologijoje yra statistiškai susijusi su simptomų našta (pvz., nuovargiu) ir depresijos rizika, o onkohematologijoje išlieka sisteminių spragų psichologinių poreikių vertinime bei paramos prieinamume [9,69–71].

1.6. Onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajos

Užsienyje atliktuose tyrimuose, nagrinėjančiuose onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichologinės gerovės, suvokto socialinio palaikymo ir palaikomosios priežiūros poreikių sąsajas, nuosekliai nustatoma, kad šie veiksniai yra glaudžiai tarpusavyje susiję [34,52,70]. Hematologinių piktybinių ligų gydymas dažniausiai yra ilgalaikis, sudėtingas ir susijęs su ligos eigos neapibrėžtumu, todėl pacientai susiduria ne tik su fiziniais simptomais, bet ir su reikšmingais emociniais sunkumais, tokiais kaip nerimas, depresija ir psichologinis distresas [5–7]. Tyrimai rodo, kad pacientų psichologinė būklė yra susijusi tiek su jų patiriamais nepatenkintais palaikomosios priežiūros poreikiais, tiek su suvoktu socialiniu palaikymu [10,15,20]. Australijoje atliktame tyrime su hematologinėmis piktybinėmis ligomis sergančiais pacientais nustatyta, kad apie trečdalis pacientų patyrė kliniškai reikšmingą psichologinį distresą, panaši dalis nurodė bent vieną nepatenkintą palaikomosios priežiūros poreikį. Rezultatai parodė, kad didesnis nepatenkintų poreikių lygis buvo susijęs su didesniu psichologiniu distresu, o pacientai, suvokiantys nepakankamą sveikatos priežiūros specialistų palaikymą, turėjo daugiau nepatenkintų poreikių ir pasižymėjo prastesne psichologine savijauta [10]. JAV atliktame tyrime su pacientais, sergančiais lėtine mieloleukemija, nustatyta, kad didesnis suvoktas socialinis palaikymas buvo susijęs su mažesniu nerimo ir depresijos lygiu bei geresne psichologine gerove. Pacientai, jaučiantys stipresnį palaikymą, pasižymėjo didesniu gyvybingumu, geresne savikontrolė ir pozityvesniu emociniu funkcionavimu [15]. Panašias tendencijas patvirtina ir kiti tyrimai, kuriuose nustatyta, kad socialinis palaikymas yra neigiamai susijęs su nerimu ir depresija bei teigiamai – su potrauminiu augimu, o jo poveikis psichologinei gerovei gali būti tiek tiesioginis, tiek netiesioginis, pasireiškiantis per emocinių reakcijų reguliavimą [14]. Tuo tarpu Vokietijoje atliktame tyrime su onkohematologinėmis ligomis sergančiais pacientais nustatyta, kad neigiamos socialinės sąveikos buvo susijusios su prastesne emocine ir socialine funkcija, nepaisant bendro socialinio palaikymo lygio, kas rodo, jog psichologinei gerovei svarbus ne tik palaikymo kiekis, bet ir jo kokybė [13].

Kita svarbi sąsajų kryptis atsiskleidžia analizuojant nepatenkintus palaikomosios priežiūros poreikius. Kinijoje atliktame tyrime su ūmine leukemija sergančiais pacientais nustatyta, kad didesni nepatenkinti poreikiai, ypač psichologinėje ir fizinėje srityse, buvo susiję su prastesne gyvenimo kokybe, todėl šie poreikiai gali būti laikomi svarbiu psichologinės gerovės blogėjimo veiksniumi [19]. Panašiai kituose tyrimuose nustatyta, kad didesnis nepatenkintų poreikių lygis siejasi su didesniu

psichologiniu distresu ir depresijos simptomais, o ilgalaikėje perspektyvoje gali prognozuoti prastesnę gyvenimo kokybę bei didesnę nerimą ir depresiją [73,74]. Svarbią vietą užima tyrimai, nagrinėjantys suvokto socialinio palaikymo ir nepatenkintų poreikių tarpusavio sąveiką. Portugalijoje atliktame tyrime su daugine mieloma sergančiais pacientais nustatyta, kad didesnis suvoktas socialinis palaikymas buvo susijęs su mažesniu psichologiniu distresu, o didesnis distresas – su didesniais nepatenkintais palaikomosios priežiūros poreikiais. Taip pat nustatyta, kad socialinis palaikymas veikė netiesiogiai – per emocinių ir santykių poreikių mažinimą, o šių poreikių sumažėjimas buvo susijęs su geresne gyvenimo kokybe [20]. Šias sąsajas papildė ir kitų onkologinių pacientų tyrimai. Japonijoje atliktame tyrime nustatyta, kad mažesnis suvoktas socialinis palaikymas buvo susijęs su didesniais nepatenkintais palaikomosios priežiūros poreikiais ir didesniu psichologiniu distresu [60]. Irane atliktame tyrime su krūties vėžiu sergančiomis moterimis nustatyta, kad didesni nepatenkinti poreikiai buvo susiję su aukštesniu nerimo ir depresijos lygiu, o didesnis socialinis palaikymas – su mažesniu šių poreikių intensyvumu [75]. Turkijoje atliktame tyrime taip pat nustatyta, kad socialinis palaikymas gali veikti kaip tarpinis veiksnys tarp psichologinių resursų ir gyvenimo kokybės, mažindamas neigiamas emocines reakcijas ir stiprindamas pacientų psichologinę adaptaciją [76]. Kituose tyrimuose nustatyta, kad pacientai, turintys didesnius nepatenkintus palaikomosios priežiūros poreikius, pasižymi didesniu nerimo ir depresijos lygiu bei prastesne gyvenimo kokybe, o nerimas gali didinti šių poreikių intensyvumą [77,78].

Papildomi tyrimai rodo, kad suvoktas socialinis palaikymas yra reikšmingai susijęs su įvairiais psichologinės gerovės rodikliais, tokiais kaip optimizmas, pasitenkinimas gyvenimu ir ligos suvokimas, tačiau skirtingi palaikymo šaltiniai gali turėti nevienodą poveikį: artimųjų palaikymas labiau siejasi su emociniais aspektais, o draugų palaikymas – su fizine savijauta [79]. Taip pat nustatyta, kad didesnis simptomų intensyvumas, nerimo ir depresijos lygis yra susijęs su didesniais nepatenkintais palaikomosios priežiūros poreikiais, o mažesnis suvoktas socialinis palaikymas – su didesniu šių poreikių lygiu [80]. Kanadoje atliktame kokybiniame tyrime su pažengusia daugine mieloma sergančiais pacientais nustatyta, kad pacientai patyrė reikšmingą emocinį krūvį, susijusį su ligos neapibrėžtumu, sudėtingu gydymu ir ilgalaikiais šalutiniais poveikiais. Tyrime taip pat išryškėjo, kad informacijos trūkumas apie ligą ir gydymą didino pacientų nerimą bei psichologinį distresą, o socialinis palaikymas, ypač iš šeimos, artimųjų ir sveikatos priežiūros specialistų, buvo esminis veiksnys, padedantis pacientams susidoroti su liga, mažinti emocinę įtampą ir prisitaikyti prie gyvenimo su onkohematologine liga. Socialinio palaikymo trūkumas buvo siejamas su didesniu psichologiniu pažeidžiamumu [81]. Kiekybinis tyrimas, atliktas su onkologiniais pacientais, parodė, kad psichologiniai veiksniai yra reikšmingai susiję su palaikomosios priežiūros poreikiais. Nustatyta, kad pacientai, patiriantys daugiau su liga susijusių rūpesčių, turėjo statistiškai reikšmingai didesnę

palaikomosios priežiūros poreikių skaičių. Be to, pacientai dažnai patyrė emocinį distresą, įskaitant nerimą, depresiją ir susirūpinimą dėl gydymo, ateities bei finansinės situacijos, o psichologinės pagalbos gavimas buvo susijęs su mažesniu palaikomosios priežiūros poreikių lygiu, kas rodo intervencijų svarbą gerinant pacientų būklę [82]. Longitudinis tyrimas, atliktas su difuzine didelių B ląstelių limfoma ir daugine mieloma sergančiais pacientais, atskleidė, kad pirmaisiais dvejais metais po diagnozės nustatymo reikšminga dalis pacientų patiria nerimo ir depresijos simptomus. Taip pat nustatyta, kad pacientai dažnai susiduria su nepatenkintais palaikomosios priežiūros poreikiais, ypač psichologinėje bei fizinio ir kasdienio funkcionavimo srityse, o šie rodikliai laikui bėgant kinta, pabrėžiant nuolatinio pacientų vertinimo svarbą [24]. Japonijoje atliktas mišrių metodų tyrimas su pacientais, sergančiais recidyvuojančia ar refrakterine indolentine ne Hodžkino limfoma, parodė, kad pacientai dažniausiai patyrė nepatenkintus palaikomosios priežiūros poreikius psichologinėje bei sveikatos sistemos ir informacijos srityse. Taip pat nustatyta, kad didesnis nepatenkintų poreikių lygis buvo reikšmingai susijęs su prastesne gyvenimo kokybe. Pacientai patyrė nuolatinį nerimą dėl ligos progresavimo ir neapibrėžtumo jausmą, tačiau tuo pačiu stengėsi prisitaikyti prie ligos ir gyventi kuo geriau. Tyrimo rezultatai parodė, kad net ir prisitaikę prie ligos pacientai išlieka turintys psichologinių ir informacinių poreikių, kurie tiesiogiai susiję su jų psichologine gerove [5]. Šių sąsajų empirinį pagrindimą papildė ir naujesni tyrimai, atlikti kitose onkologinių pacientų grupėse. Kinijoje atliktame prospektyviniame vieno centro kohortiniame tyrime, kuriame vertinti gerklų vėžiu sergantys pacientai po totalinės laringektomijos, nustatyta, kad laikui bėgant reikšmingai didėjo nepatenkinti palaikomosios priežiūros poreikiai fizinėje ir kasdienio gyvenimo, psichologinėje, pacientų priežiūros bei sveikatos sistemos ir informacijos srityse, o tuo pat metu blogėjo pacientų gyvenimo kokybė ir mažėjo socialinis palaikymas, ypač šeimos parama. Be to, pacientams, kuriems buvo taikytas pridėtinis gydymas, gyvenimo kokybė blogėjo reikšmingai labiau nei tiems, kuriems toks gydymas nebuvo taikytas. Tyrimo autoriai pabrėžia ilgalaikės, individualizuotos palaikomosios priežiūros svarbą, orientuotą ne tik į fizinius, bet ir į psichologinius bei socialinius poreikius [83]. JAV atliktame skerspjūvio tyrime, kuriame dalyvavo radioterapija gydomi įvairiomis onkologinėmis ligomis sergantys pacientai, nustatyta, kad didesnis suvoktas socialinis palaikymas ir aukštesnis dėmesingo įsisaugojimo lygis buvo reikšmingai susiję su mažesniu patiriamu streso lygiu, o moteriškoji lytis ir paliatyvus gydymo tikslas – su didesniu streso lygiu. Šie rezultatai leidžia manyti, kad socialinis palaikymas kartu su asmeniniais psichologiniais resursais gali veikti kaip svarbūs apsauginiai veiksniai, mažinantys psichologinę naštą onkologinės ligos gydymo metu [84]. Kinijoje atliktame tyrime su plaučių vėžiu sergančiais pacientais nustatyta, kad didesnis suvoktas socialinis palaikymas buvo reikšmingai susijęs su mažesniu psichologinio distreso lygiu, o didesnė savigarda taip pat buvo susijusi su mažesniu distresu. Be to, struktūrinių lygčių modeliavimo rezultatai

atskleidė, kad savigarba iš dalies tarpininkavo ryšiui tarp socialinio palaikymo ir psichologinio distreso. Tai rodo, kad socialinis palaikymas gali veikti ne tik tiesiogiai, bet ir netiesiogiai, stiprindamas vidinius paciento psichologinius resursus [85]. Graikijoje atliktame tyrime su ginekologiniu vėžiu sergančiomis pacientėmis nustatyta, kad dauguma pacienčių prieš operaciją turėjo bent vieną nepatenkintą palaikomosios priežiūros poreikį, o didesnis bendras nepatenkintų poreikių skaičius buvo reikšmingai susijęs su aukštesniu depresijos, nerimo, streso ir bendro psichologinio distreso lygiu. Nors bendras suvoktas socialinis palaikymas buvo susijęs tik su mažesniais finansiniais poreikiais ir nebuvo reikšmingai susijęs su depresijos, nerimo ar streso rodikliais, nustatyta, kad susituokusios ar su partneriu gyvenančios patientės pasižymėjo mažesniu depresijos lygiu, tačiau turėjo daugiau informacinių poreikių, susijusių su diagnoze ir prognoze. Šie rezultatai rodo, kad palaikomosios priežiūros poreikiai ir psichologinis distresas yra glaudžiai susiję, tačiau socialinio palaikymo poveikis gali skirtis priklausomai nuo jo pobūdžio ar šaltinio [86].

Apibendrinant galima teigti, kad mokslinėje literatūroje išryškėja nuoseklus sąsajų modelis: didesnis suvoktas socialinis palaikymas yra susijęs su geresne psichologine gerove, mažesniu nerimo, depresijos ir psichologinio distreso lygiu, o didesni nepatenkinti palaikomosios priežiūros poreikiai – su didesniu psichologiniu distresu ir prastesne gyvenimo kokybe. Be to, socialinis palaikymas ir nepatenkinti poreikiai yra tarpusavyje susiję, o emociniai, santykių bei informaciniai poreikiai gali veikti kaip tarpiniai mechanizmai, per kuriuos socialinis palaikymas daro įtaką psichologinei gerovei. Pažymėtina, kad empirinių tyrimų, kuriuose būtų kompleksiskai analizuojamos suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajos būtent onkohematologinių pacientų populiacijoje, vis dar nepakanka. Esama mokslinių įrodymų bazė rodo, kad šie kintamieji dažniau tiriami atskirai arba analizuojami platesnėse onkologinių pacientų imtyse. Todėl, siekiant nuosekliai pagrįsti šių sąsajų teorinį ir empirinį kontekstą, svarbu remtis ne tik onkohematologinių pacientų, bet ir kitų onkologinių grupių tyrimais, kurie nuosekliai patvirtina socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės tarpusavio ryšius.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo metodas ir pagrindumas

Norint išsamiai išnagrinėti onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajas, buvo atliktas kiekybinis tyrimas. Siekiant garantuoti magistrinio darbo patikimumą ir pagrįstumą, šiame skyriuje detalai aprašomas tyrimo procesas, taikyti metodai, tiriamųjų atranka, etiniai aspektai, duomenų apdorojimo ir analizės principai bei argumentuotas tyrimo instrumentų pasirinkimas. Tyrimas atliktas vadovaujantis Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto baigiamųjų darbų rengimo, gynimo ir kaupimo metodiniais nurodymais[87]. Tyrimas buvo atliekamas nuo 2025-12-08 iki 2026-03-06 d. Gavus reikalingus leidimus, tyrimas buvo vykdomas kontaktiniu būdu vienoje iš Lietuvos tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų, kurioje gydomi onkohematologinėmis ligomis sergantys pacientai.

Šiame magistro darbe pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas, nes jis sudaro prielaidas objektyviai įvertinti ir statistiškai patikrinti sąsajas tarp onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės. Kiekybinis metodas leidžia rinkti standartizuotus duomenis, juos struktūruotai apdoroti ir interpretuoti taikant statistinius metodus, todėl galima nustatyti ryšių kryptį, stiprumą ir jų statistinį reikšmingumą [88]. Tyrimo metodikos pasirinkimas ir tyrimo organizavimo principai taip pat derinami su Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto baigiamųjų darbų rengimo, gynimo ir kaupimo metodiniais nurodymais [87]. Kiekybinis metodas buvo tikslingas ir praktiniu požiūriu: taikant struktūrizuotus klausimynus galima per ribotą laiką apklausti didesnę tiriamųjų skaičių, užtikrinti atsakymų palyginamumą bei duomenų patikimumą. Surinkti duomenys buvo sisteminami ir analizuojami naudojant „Microsoft Office Excel“ ir „IBM SPSS 30.0“ programas.

2.2. Tyrimo procesas

Tyrimo proceso trukmė – nuo 2024 m. spalio mėn. iki 2026 m. d. Tyrimas buvo planuojamas ir įgyvendinamas nuosekliai, išskiriant pagrindinius organizacinius ir metodinius etapus.

- I. **Etapas:** 2024 m. spalio mėnesį buvo pasirinkta magistro darbo tema. Analizuojant temos aktualumą ir mokslinį pagrįstumą, 2025 m. gegužės mėnesį buvo priimtas sprendimas temą koreguoti ir tikslinti, siekiant aiškiau apibrėžti tyrimo kryptį. Šiame etape buvo suformuluotas tyrimo tikslas, uždaviniai, hipotezė bei apibrėžtas tyrimo objektas ir subjektas.
- II. **Etapas** (2025 m. rugsėjo mėn. – 2025 m. gruodžio mėn.): Buvo vykdoma kryptinga mokslinės literatūros paieška, atranka ir analizė, reikalinga teorinei darbo daliai parengti. Šaltiniai lietuvių ir anglų kalbomis buvo ieškomi mokslinėse duomenų bazėse, taikant raktažodžių derinius bei loginius operatorius „AND“ ir „OR“. Atrinkta informacija buvo sisteminama,

grupuojama pagal temas ir integruojama į literatūros apžvalgą. Literatūros sąrašas sudarytas ir šaltiniai tekste cituojami pagal Vankuverio citavimo stilių.

- III. **Etapas** (2025 m. vasario mėn. – 2025 m. spalio mėn.): Šiame etape parengtas tyrimo instrumentas – struktūruotas klausimynas, sudarytas iš sociodemografinių klausimų ir trijų standartizuotų skalių, skirtų pagrindiniams tyrimo kintamiesiems įvertinti: Daugiamatė suvoktos socialinės paramos skalė (angl. Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS), PSO-5 – Pasaulio sveikatos organizacijos penkių punktų Geros savijautos skalė (angl. The World Health Organization-Five Well-Being Index, WHO-5) ir Palaikomosios priežiūros poreikių klausimynas (angl. Supportive Care Needs Survey – Short Form, SCNS-SF34). Suvoktam socialiniam palaikymui vertinti pasirinkta MSPSS skalė, kurios metodika Lietuvos mokslo praktikoje pirmą kartą buvo pritaikyta Balaisio [89]. Skalę bei jos vertimą moksliniams tikslams leidžiama naudoti be atskiro leidimo. Psichologinei gerovei vertinti taikyta WHO-5 skalė, kuri yra laisvai prieinama Pasaulio sveikatos organizacijos šaltiniuose. Palaikomosios priežiūros poreikiams įvertinti naudotas SCNS-SF34 klausimynas, taikant lietuvišką Jolitos Vingiliauskaitės parengtą vertimą [90]. Kartu su instrumento rengimu buvo vykdomos administracinės ir etinės procedūros, būtinos tyrimui atlikti. 2025 m. spalio 16 d. iš Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto gautas nutarimas Nr. (1.7E) 150000-KT-565, suteikiantis leidimą naudoti tyrimo instrumentą.
- IV. **Etapas** (2025 m. gruodžio 8 d. – 2026 m. kovo 6 d.): Empirinio tyrimo metu buvo vykdoma anoniminė anketinė apklausa, taikant kiekybinį duomenų rinkimo metodą. Duomenys rinkti kontaktiniu būdu vienoje iš Lietuvos tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų Onkologijos ir hematologijos klinikoje, tiriamiesiems pateikiant parengtą klausimyną. Prieš pradėdant pildyti anketą, respondentai buvo informuoti apie tyrimo tikslą ir dalyvavimo sąlygas. Užtikrinti anonimiškumo ir konfidencialumo principai, o dalyvavimas buvo savanoriškas, suteikiant galimybę bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti tyrime.
- V. **Etapas** (2026 m. kovo mėn.): Gautų tyrimo duomenų susisteminimas, apdorojimas ir analizavimas atliktas naudojant „Microsoft Office Excel“ ir „IBM SPSS 30.0“ programas.
- VI. **Etapas** (2026 m. kovo mėn. – 2026 m. gegužės mėn.): Tyrimo rezultatų interpretavimas ir pateikimas, išvadų bei rekomendacijų rengimas. Baigiamasis darbas parengtas laikantis Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto baigiamųjų darbų rengimo reikalavimų ir nustatyta tvarka įkeltas į VUSIS sistemą.

2.3. Tyrimo imtis

Tyrimo imtį sudarė onkohematologinėmis ligomis sergantys pacientai, gydomi stacionare vienoje Lietuvos tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigoje Vilniuje, Onkologijos ir hematologijos klinikoje,

duomenų rinkimo laikotarpiu. Ši gydymo įstaiga teikia tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas ir priima pacientus iš įvairių Lietuvos regionų, todėl tyrimo dalyviai atspindi įprastą klinikinę onkohematologinių pacientų populiaciją. Tyrime taikyta netikimybinė tikslinė atranka. Į tyrimą buvo kviečiamas kiekvienas įtraukimo kriterijus atitinkantis pacientas, tuo metu gydomas stacionare duomenų rinkimo laikotarpiu. Pradiniame tyrimo planavimo etape imties dydis buvo apskaičiuotas remiantis I. Paniotto formule taikant 5 proc. paklaidą [88]. Remiantis Nacionalinio vėžio instituto Vėžio registro 2023 metų duomenimis, Lietuvoje sergančiųjų į tyrimą įtrauktomis onkohematologinėmis ligomis skaičius sudarė $N = 1228$ asmenis [36]. Šis skaičius buvo laikomas tiriamos populiacijos dydžiu. Pagal šiuos parametrus minimalus rekomenduojamas imties dydis buvo apskaičiuotas taikant Paniotto formulę:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

kur:

- n – imties dydis
- Δ – leistina paklaida (0,05)
- N – tiriamos visumos dydis.

Taikant 5 proc. paklaidą gauta:

$$n = \frac{1}{0,05^2 + \frac{1}{1228}} \approx 302$$

Todėl minimalus rekomenduojamas imties dydis buvo 302 respondentai. Tyrimo metu buvo surinkta $n = 251$ tinkamai užpildyta anketa. Kadangi faktinis respondentų skaičius buvo mažesnis nei teoriškai apskaičiuotas minimalus imties dydis, papildomai buvo įvertintas surinktų duomenų patikimumas ir galimas statistinės paklaidos dydis. Surinktos imties paklaida apskaičiuota naudojant statistinės paklaidos formulę [91]:

$$e = \sqrt{\frac{z^2 \cdot p(1-p)}{n}}$$

kur:

- e – paklaidos dydis
- z – standartinio normaliojo skirstinio koeficientas (95 proc. patikimumo lygiui $z = 1,96$)
- p – tikėtina proporcija populiacijoje (kai proporcija nežinoma, dažniausiai naudojama $p = 0,5$)
- n – respondentų skaičius.

Įstačius tyrimo duomenis:

$$e = \sqrt{\frac{1,96^2 \cdot 0,5(1 - 0,5)}{251}}$$

$$e = \sqrt{\frac{3,8416 \cdot 0,25}{251}}$$

$$e = \sqrt{\frac{0,9604}{251}}$$

$$e = \sqrt{0,003826}$$

$$e \approx 0,0618$$

Taigi tyrimo paklaida sudaro apie 0,062, arba 6,2 proc. Atsižvelgiant į gautą paklaidos dydį, tyrimo rezultatų patikimumas gali būti apskaičiuojamas taip:

$$p = 1 - e$$

$$p = 1 - 0,062 = 0,938$$

Tai reiškia, kad tyrimo rezultatų patikimumas siekia apie 93,8 proc. Gauti rezultatai rodo, kad nors surinkta imtis yra mažesnė nei teoriškai apskaičiuotas minimalus imties dydis pagal Paniotto formulę, tyrimo paklaida išlieka nedidelė, o rezultatų patikimumas yra pakankamai aukštas. Todėl surinkta 251 respondento imtis laikytina pakankama statistinei analizei atlikti ir tyrimo tikslams pasiekti.

Respondentai šiam tyrimui buvo atrinkti naudojant šiuos įtraukimo ir neįtraukimo kriterijus (1 lentelė):

1 lentelė. Tyrimo dalyvių įtraukimo ir neįtraukimo kriterijai (sudaryta autorės)

Įtraukimo į tyrimą kriterijai	Neįtraukimo kriterijai
1. 18 metų ir vyresni pacientai.	1. Kalbos barjeras (nesupranta lietuvių kalbos).
2. Diagnozuota hematologinė onkologinė liga (pvz., leukemija, limfoma, mieloma).	2. Kognityviniai sutrikimai ar būklė, trukdanti savarankiškai užpildyti klausimyną.
3. Onkohematologinės ligos diagnozė nustatyta ne trumpiau kaip prieš 3 mėnesius.	3. Ūmi, nestabili sveikatos būklė tyrimo metu.
4. Pacientui taikomas stacionarinis arba dienos stacionaro gydymas.	
5. Geba skaityti ir suprasti lietuvių kalbą.	
6. Savanoriškai sutinka dalyvauti tyrime	

2.4. Tyrimo instrumentas

Tyrimo duomenims rinkti buvo taikytas anketavimo metodas – struktūruotas klausimynas. Tyrimas yra kiekybinio pobūdžio, todėl pasirinkti standartizuoti savęs vertinimo instrumentai,

leidžiantys įvertinti onkohematologinių pacientų suvoktą socialinį palaikymą, palaikomosios priežiūros poreikius ir psichologinę gerovę (1 priedas).

Klausimyno pradžioje pateikti sociodemografiniai ir klinikiniai klausimai, skirti apibūdinti tiriamųjų charakteristikas ir sudaryti galimybes analizuoti jų ryšius su pagrindiniais tyrimo kintamaisiais. Pirmasis klausimas buvo skirtas informuotam tiriamųjų sutikimui dalyvauti tyrime (atsakymų alternatyvos: „taip“ / „ne“). Sociodemografinėje dalyje buvo vertinami tokie rodikliai kaip lytis (moteris, vyras, kita), amžius (įrašomas metų skaičius), aukščiausias pasiektas išsilavinimas (pradinis, pagrindinis, vidurinis / profesinis, aukštasis neuniversitetinis / aukštesnysis, aukštasis universitetinis) bei šeiminė padėtis (vedęs / ištekęjusi, gyvena kartu su partneriu (-e), išsiskyręs (-usi), našlys (-ė), vienišas (-a)). Taip pat įtraukti subjektyvaus vertinimo klausimai, leidžiantys įvertinti socialinį ir sveikatos kontekstą: tiriamųjų šeimos finansinės padėties vertinimas ir bendros sveikatos būklės vertinimas tyrimo metu (atsakymų alternatyvos: labai gera, gera, vidutinė, bloga, labai bloga). Klinikinėje dalyje pateiktas klausimas apie onkohematologinės ligos diagnozės tipą (ūminė leukemija, lėtinė leukemija, Hodžkino limfoma, difuzinė didelių B ląstelių limfoma, Berkito limfoma, dauginė mieloma), taip pat numatyta galimybė nurodyti kitą diagnozę (atsakymas „kita“, įrašant).

Suvoktam socialiniam palaikymui įvertinti buvo naudojama Daugiamatė suvoktos socialinės paramos skalė (*angl. Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS*) sukurta Zimet ir bendraautorių (1988) ir skirta įvertinti subjektyviai suvokiamo socialinio palaikymo lygį [92]. Skalę sudaro 12 teiginių, suskirstytų į tris poskales (palaikymo šaltinius): šeimos palaikymas, draugų palaikymas ir kitų svarbių asmenų palaikymas. Atsakymai vertinami 7 balų Likerto skale nuo „1 – visiškai nesutinku“ iki „7 – visiškai sutinku“, o aukštesni įverčiai rodo didesnę suvokto socialinio palaikymo lygį. Didesnis bendras skalės ar atskirų poskalių balas rodo aukštesnį suvokto socialinio palaikymo lygį. Pavyzdžiui, kitų svarbių asmenų poskalėje pateikiami teiginiai: „Yra žmogus, į kurį galiu kreiptis, kai man reikia“, „Turiu žmogų, su kuriuo galiu dalintis džiaugsmais ir skausmais“. Šeimos palaikymo poskalėje pateikiami teiginiai: „Mano šeima tikrai mėgina man padėti“, „Reikalingą emocinę pagalbą ir paramą man teikia mano šeima“, o draugų palaikymo poskalėje – „Mano draugai tikrai mėgina man padėti“, „Kai man nesiseka, galiu pasikliauti savo draugais“. MSPSS klausimynas yra adaptuotas lietuvių kalba [89] ir plačiai taikomas klinikinėse imtyse, įskaitant onkologinių bei onkohematologinių pacientų grupes.

Palaikomosios priežiūros poreikiams įvertinti buvo naudojamas Palaikomosios priežiūros poreikių klausimynas (*angl. Supportive Care Needs Survey – Short Form, SCNS-SF34*) yra savarankiškai pildomas 34 punktų instrumentas, skirtas įvertinti palaikomosios priežiūros poreikių buvimą ir jų intensyvumą penkiose srityse: psichologinių poreikių, sveikatos sistemos ir informacijos

poreikių, fizinių ir kasdienio gyvenimo poreikių, paciento priežiūros ir paramos poreikių bei seksualinių poreikių. Respondentų prašoma įvertinti, koks buvo jų pagalbos poreikis per praėjusį mėnesį kiekvienoje situacijoje, pasirenkant vieną iš penkių atsakymo variantų: 1 – poreikio nebuvo, 2 – poreikis buvo, tačiau patenkinamas, 3 – mažas poreikis, 4 – vidutinis poreikis, 5 – didelis poreikis. Atsakymų interpretacijoje 1–2 balai laikomi rodančiais, kad poreikio nėra arba jis yra patenkinamas, o 3–5 balai – kad egzistuoja nepatenkinamas palaikomosios priežiūros poreikis, kurio intensyvumas didėja nuo mažo iki didelio. Didesnis atskiros srities skalės balas rodo labiau išreikštus nepatenkintus palaikomosios priežiūros poreikius toje srityje. Fizinių ir kasdienio gyvenimo poreikių srityje vertinami tokie aspektai kaip skausmas, energijos trūkumas ar nuovargis, nuolatinė bloga savijauta, namų ruošos darbų atlikimas ar negalėjimas atlikti anksčiau įprastų veiklų. Psichologinių poreikių srityje vertinami nerimo, nusiminimo ar depresijos, liūdesio išgyvenimai, baimė dėl ligos progresavimo, abejonės dėl ateities, taip pat su mirtimi ir mirimu susijusios mintys. Sveikatos sistemos ir informacijos poreikių srityje įtraukiami klausimai apie poreikį gauti informaciją apie ligą ir gydymą, tyrimų paaiškinimą, informacijos apie galimus gydymo šalutinius poveikius suteikimą bei galimybę kuo greičiau sužinoti tyrimų rezultatus. Taip pat vertinamas poreikis turėti galimybę gauti profesionalią konsultaciją (pvz., psichologo, socialinio darbuotojo ar slaugos specialisto). Paciento priežiūros ir paramos srityje vertinama, ar pacientui svarbu, kad su juo būtų elgiamasi pagarbiai ir jautriai, užtikrinant medicinos personalo reagavimą į fizinius ir emocinius poreikius bei suteikiant galimybę aptarti ligos, gydymo ir tolesnės priežiūros aspektus. Seksualinių poreikių srityje vertinami galimi pokyčiai seksualiniuose jausmuose ir santykiuose bei informacijos poreikis šia tema. Klausimyną į lietuvių kalbą išvertė Jolita Vingiliauskaitė, o vertimo atitiktį originaliam instrumentui ir jo tinkamumą naudoti lietuvių kalba patvirtino klausimyno autorė.

Psichologinė gerovė vertinta naudojant PSO-5 – Pasaulio sveikatos organizacijos penkių punktų Geros savijautos skalę (*angl. The World Health Organization-Five Well-Being Index, WHO-5*). Ši skalė skirta subjektyviai psichologinei gerovei įvertinti. Instrumentą sudaro 5 teiginiai, apibūdinantys pozityvią emocinę savijautą per pastarąsias dvi savaites. Atsakymai žymimi 6 balų Likerto tipo skalėje nuo 0 („visai nebuvo“) iki 5 („buvo visą laiką“). Pirminis bendras įvertis gali svyruoti nuo 0 iki 25 balų, o pagal skalės skaičiavimo instrukciją šis rezultatas dauginamas iš 4 ir perskaičiuojamas į 0–100 balų skalę. Didesnis galutinis WHO-5 skalės balas rodo geresnę psichologinę savijautą ir aukštesnę psichologinės gerovės lygį. WHO-5 yra plačiai taikomas klinikinėse populiacijose, įskaitant onkologinių pacientų tyrimus, ir yra validuotas daugelyje kalbų, taip pat lietuvių kalboje.

2.5. Tyrimo etika

Tyrimas buvo vykdomas laikantis Helsinkio deklaracijoje įtvirtintų pagrindinių biomedicininų tyrimų etikos principų: pagarbos asmens orumui ir autonomijai, naudingumo ir nežalingumo, teisingumo, privatumo bei konfidencialumo. Taip pat buvo vadovaujamasi geranoriškumo principu ir užtikrinta tyrimo dalyvių teisė bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti tyrime. Prieš įtraukiant asmenis į tyrimą buvo užtikrintas informuotas sutikimas: dalyviams pateikta rašytinė informacija apie tyrimo tikslą, eigą, dalyvavimo sąlygas ir duomenų tvarkymo principus. Tik pasirašę informuoto sutikimo formą dalyviai buvo įtraukiami į tyrimą. Dalyvavimas buvo laisva valia, be jokio spaudimo, o dalyviai galėjo bet kuriuo metu nutraukti dalyvavimą be jokių neigiamų pasekmių jų gydymui ar santykiams su gydymo įstaiga. Tyrimo metu laikytasi pagarbos privatumui principo – surinkti duomenys nebuvo ir nebus naudojami jokiems kitiems tikslams, išskyrus mokslinius, susijusius su šiuo baigiamuoju darbu. Užtikrintas konfidencialumas ir anonimiškumas: dalyvių atsakymai buvo koduojami, asmens tapatybę identifikuojanti informacija nebuvo renkama ir nekaupiama, o tyrimo rezultatai pateikiami apibendrinta forma, todėl jų neįmanoma susieti su konkrečiu asmeniu. Taip pat užtikrinta duomenų apsauga: surinkti duomenys buvo laikomi saugiai, tyrimo vykdytojos prižiūrime skaitmeninėje laikmenoje, apsaugotoje slaptažodžiu. Prieigą prie duomenų turėjo tik tyrėja ir darbo vadovė. Duomenys nebus saugomi ilgiau nei būtina statistinei analizei ir baigiamojo darbo parengimui – pasibaigus tyrimo procesui jie bus sunaikinti laikantis duomenų saugos reikalavimų. Tyrimo vykdymo ir rezultatų pateikimo metu buvo laikomasi tyrėjo nešališkumo principo, užtikrinant objektyvų duomenų rinkimą, analizę ir interpretavimą. Empirinio tyrimo vykdymas pradėtas gavus Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimą Nr. (1.7E) 150000-KT-565 (2 priedas) ir leidimus iš įstaigos, kurioje buvo vykdomas tyrimas. Gavus reikalingus leidimus, tyrimas buvo vykdomas kontaktiniu būdu vienoje iš Lietuvos tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų – Onkologijos ir hematologijos centre.

2.6. Duomenų analizės metodai

Tyrimo duomenys buvo analizuojami naudojant „IBM SPSS Statistics 30.0“ programą, o diagramoms sudaryti naudota „Microsoft Excel“. Taikyta aprašomoji statistika, apskaičiuojant dažnius, procentus, vidurkius, standartinius nuokrypius, medianas, kvartilius bei minimalią ir maksimalią reikšmes. Kintamųjų normalumas vertintas Kolmogorovo–Smirnov ir Šapiro–Vilko testais, taip pat asimetrijos ir eksceso koeficientais. Tyrime naudotų skalių vidiniam suderinamumui nustatyti buvo skaičiuojamas Cronbach α koeficientas. Skirtumams tarp dviejų grupių nustatyti taikytas Studento t kriterijus, o tarp trijų ir daugiau grupių – vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA). Ryšiams tarp kategorinių kintamųjų nustatyti taikytas Pearsono chi kvadrato kriterijus, o kai tikėtinų dažnių prielaidos buvo pažeistos, papildomai taikytas Fisher tikslusis testas.

Psichologinės gerovės sąsajoms su sociodemografinėmis charakteristikomis, suvoktu socialiniu palaikymu ir palaikomosios priežiūros poreikiais nustatyti taikyta hierarchinė tiesinė regresijos analizė. Statistinis reikšmingumas vertintas, kai $p < 0,05$.

Siekiant patikrinti klausimyno naudojamų PSO-5, SCNS-SF34 ir MSPSS klausimynų metodikų patikimumą, buvo apskaičiuoti jų vidinio teiginių suderinamumo rodikliai (Cronbach α). PSO-5 Cronbach α reikšmė buvo 0,881. SCNS-SF34 klausimyno skalių reikšmės kito nuo 0,829-0,927. MSPSS buvo vertintas siekiant nustatyti suvoktą socialinį palaikymą. Jo bendras Cronbach α balas buvo 0,941, o poskalių reikšmės kito nuo 0,824 iki 0,955. Nustatyti Cronbach α rodikliai pateikti 2 lentelė.

2 lentelė. **Klausimynų konstrukto vidinis suderinamumas**

Konstruktas		Teiginių kiekis	Cronbach α
Geros savijautos skalė (PSO-5)		5	0,881
SCNS – SF34	Psichologinių poreikių skalė	10	0,919
	Informacijos/ sveikatos priežiūros poreikių skalė	11	0,927
	Fizinių poreikių skalė	5	0,829
	Priežiūros ir palaikymo poreikių skalė	5	0,904
	Seksualinių poreikių skalė	3	0,897
MSPSS	Iš kitų reikšmingų asmenų	4	0,922
	Iš šeimos	4	0,942
	Iš draugų	4	0,955
	Bendras socialinis palaikymas	12	0,941

Kintamųjų normalumui tikrinti buvo naudojamas Kolmogorovo-Smirnovo testas, asimetrijos ir eksceso koeficientai. Kaip matome iš 3 lentelės, subskalių kintamųjų normalumo prielaidos netenkinamos ($p < 0,05$), tačiau atsižvelgus į asimetrijos ir eksceso koeficientus (kinta nuo maždaug -2 iki 2) galima teigti, kad normalumo prielaidos PSO-5 skalės kintamajam iš dalies tenkinamos, todėl galime naudoti parametrinius testus tolimesnėje analizėje. Vertinant kitų kintamųjų normalumo sąlygas, jos buvo netenkinamos, todėl bus naudojami neparametriniai testai tolimesnėje analizėje.

3 lentelė. Tyrime naudojamų klausimynų skalių kintamųjų normalumo prielaidų vertinimas

Skalės		Kolmogorovo-Smirnovo testas			Šapiro-Vilko testas		
		Statistinė reikšmė	df	p	Statistinė reikšmė	df	p
Geros savijautos skalė (PSO-5)		0,074	251	0,002	0,989	251	0,058
SCNS – SF34	Psichologinių poreikių skalė	0,061	251	0,024	0,975	251	<0,001
	Informacijos/ sveikatos priežiūros poreikių skalė	0,093	251	<0,001	0,959	251	<0,001
	Fizinių poreikių skalė	0,077	251	0,001	0,974	251	<0,001
	Priežiūros ir palaikymo poreikių skalė	0,190	251	<0,001	0,825	251	<0,001
	Seksualinių poreikių skalė	0,334	251	<0,001	0,682	251	<0,001
MSPSS	Iš kitų reikšmingų asmenų	0,188	251	<0,001	0,826	251	<0,001
	Iš šeimos	0,183	251	<0,001	0,841	251	<0,001
	Iš draugų	0,116	251	<0,001	0,923	251	<0,001
	Bendras socialinis palaikymas	0,117	251	<0,001	0,921	251	<0,001

2.7. Respondentų charakteristika

Tyrime dalyvavo 251 onkohematologinis pacientas. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį buvo gana tolygus – šiek tiek daugiau nei pusę imties sudarė moterys, o likusią dalį – vyrai. Vidutinis respondentų amžius buvo 54,92 metų, o tyrime dalyvavusių pacientų amžius svyravo nuo 20 iki 85 metų.

Vertinant išsilavinimą nustatyta, kad daugiau nei trečdalis respondentų turėjo vidurinį arba profesinį išsilavinimą. Maždaug trečdalis tiriamųjų buvo įgiję aukštąjį neuniversitetinį ar aukštesnįjį išsilavinimą, o kiek mažesnė dalis – aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Pradinį ar pagrindinį išsilavinimą turinčių pacientų buvo nedaug.

Pagal šeiminę padėtį didžiausią tiriamųjų dalį sudarė sutuoktinį turintys pacientai – daugiau nei pusę visos imties. Mažesnę dalį sudarė su partneriu gyvenantys pacientai, o išsiskyrę, našliai ir vieniši asmenys sudarė mažesnes tiriamųjų grupes.

Vertinant pacientų šeimos finansinę padėtį nustatyta, kad dauguma respondentų ją vertino kaip vidutinę arba gerą. Labai gerą finansinę padėtį nurodė nedidelė tiriamųjų dalis, o blogą arba labai blogą – taip pat tik maža dalis pacientų. Rezultatai pateikti 4 lentelėje.

4 lentelė. **Tiriamųjų demografinė charakteristika**

Demografiniai veiksniai		n	Procentai
Lytis	Moterys	133	53,0
	Vyrai	118	47,0
Amžius	20-44 m.	73	29,1
	45-59 m.	62	24,7
	60-74 m.	100	39,8
	75 m. ir vyresni	16	6,4
Išsilavinimas	Pradinis	1	0,4
	Pagrindinis	6	2,4
	Vidurinis/ profesinis	90	35,9
	Aukštasis neuniversitetinis/ aukštesnysis	81	32,3
	Aukštasis universitetinis	73	29,1
Šeimyninė padėtis	Vedęs/ ištekęjusi	136	54,2
	Gyvena kartu su partneriu (-e)	42	16,7
	Išsiskyręs (-usi)	32	12,7
	Našlys (-ė)	19	7,6
	Vienišas (-a)	22	8,8
Šeimos finansinė padėtis	Labai bloga	1	0,4
	Bloga	15	6,0
	Vidutinė	118	47,0
	Gera	103	41,0
	Labai gera	14	5,6

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dažniausiai pacientams buvo diagnozuota ūminė leukemija – ši diagnozė nustatyta daugiau nei trečdaliui tiriamųjų (35,5 proc., n=89). Daugiau nei ketvirtadaliui pacientų buvo diagnozuota difuzinė didelių B ląstelių limfoma (27,5 proc., n=69). Rečiau tyrime dalyvavo pacientai, sergantys Hodžkino limfoma (10,0 proc., n=25), lėtine leukemija (9,6 proc., n=24), daugine mieloma (8,4 proc., n=21) ir folikuline limfoma (5,6 proc., n=14). Mažiausią tiriamųjų dalį sudarė pacientai, kuriems buvo diagnozuota Berkito limfoma (1,6 proc., n=4),

mielodisplastinis sindromas (1,2 proc., n=3), marginalinės zonos limfoma (0,4 proc., n=1) ar mantijos ląstelių limfoma (0,4 proc., n=1).

Tyrimo metu pacientai subjektyviai vertino savo bendrą sveikatos būklę. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad beveik du trečdaliai tiriamųjų savo sveikatos būklę įvertino kaip vidutinę (64,1 proc., n=161). Maždaug penktadalis pacientų savo sveikatą vertino kaip gerą (19,1 proc., n=48), o kiek daugiau nei dešimtadalis – kaip blogą (15,1 proc., n=38). Tik pavieniai pacientai savo bendrą sveikatos būklę įvertino kaip labai gerą (0,4 proc., n=1) arba labai blogą (1,2 proc., n=3).

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo vertinimas

Siekiant nustatyti onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo lygį buvo analizuoti MSPSS klausimyno atsakymai. MSPSS įverčiai svyravo nuo 1 iki 7 balų. Onkohematologinių pacientų bendras suvokto socialinio palaikymo vidurkis buvo 5,61 (SD=1,17), kas rodo pakankamai aukštą suvokto socialinio palaikymo lygį. Atsižvelgiant į Zimet autorių instrukcijas ir metodiką balai buvo suskirstyti į žemus, vidutinius ir aukštus: įverčiai nuo 1 iki 2,9 gali rodyti žemą suvokiamą socialinį palaikymą, 3-5 – vidutinį, o nuo 5,1 ir daugiau - aukštą [92]. Vertinant bendrą suvokto socialinio palaikymo pasiskirstymą nustatyta (žr. 5 lentelė), kad 71,3 proc. onkohematologinių pacientų pasižymėjo aukštu suvokto socialinio palaikymo lygiu, 25,1 proc. – vidutiniu, o 3,6 proc. – žemu lygiu.

5 lentelė. Tiriamųjų suvokto socialinio palaikymo vertinimas bendroje imtyje, proc. (n)

Skalės	Žemi balai	Vidutiniai balai	Aukšti balai
Socialinis palaikymas iš kitų reikšmingų asmenų	5,2 (13)	19,1 (48)	75,7 (190)
Socialinis palaikymas iš šeimos	2,0 (5)	23,9 (60)	74,1 (186)
Socialinis palaikymas iš draugų	9,6 (24)	37,8 (95)	52,6 (132)
Bendras suvoktas socialinis palaikymas	3,6 (9)	25,1 (63)	71,3 (179)

Taip pat vertinant suvokto socialinio palaikymo poskales matyti, kad aukštu socialiniu palaikymu pasižymi dažniau iš kitų reikšmingų asmenų (75,7 proc.) ir šeimos (74,1 proc.), negu iš draugų (52,6 proc.).

Siekiant įvertinti, ar suvoktas socialinis palaikymas skiriasi priklausomai nuo demografinių veiksnių, buvo analizuota jo priklausomybė nuo lyties, išsilavinimo ir šeiminių padėties.

Analizuojant duomenis nustatyta (žr. 6 lentelė), kad bendro suvokto socialinio palaikymo pasiskirstymas tarp vyrų ir moterų statistiškai reikšmingai nesiskiria.

6 lentelė. Suvokto socialinio palaikymo išreikštumas lyties atžvilgiu (N=251)

Suvoktas socialinis palaikymas	Moteris n (proc.)	Vyras n (proc.)	Iš viso n (proc.)	p
Žemas	4 (3,0)	5 (4,2)	9 (3,6)	
Vidutinis	29 (21,8)	34 (28,8)	63 (25,1)	
Aukštas	100 (75,2)	79 (66,9)	179 (71,3)	
Iš viso	133 (100)	118 (100)	251 (100)	0,369 ^F

Pastaba: n – atvejų skaičius; p – reikšmingumo lygmuo; ^F – Fisher-Freeman-Halton tikslusis testas

Pearsono chi kvadrato testas parodė, kad statistiškai reikšmingos priklausomybės tarp lyties ir bendro suvokto socialinio palaikymo nenustatyta ($\chi^2=2,083$; $df=2$; $p=0,353$). Kadangi dalyje

lentelės langelių tikėtini dažniai buvo mažesni nei 5, papildomai taikytas Fisher-Freeman-Halton tikslusis testas, kuris taip pat neparodė statistiškai reikšmingo ryšio ($p=0,369$).

Analizuojant duomenis nustatyta (žr. 7 lentelė), kad suvokto socialinio palaikymo pasiskirstymas tarp skirtingų išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria.

7 lentelė. Suvokto socialinio palaikymo išreikštumas išsilavinimo atžvilgiu (N=251)

Suvoktas socialinis palaikymas	Vidurinis / profesinis n (proc.)	Aukštesnysis n (proc.)	Aukštasis universitetinis n (proc.)	Iš viso n (proc.)	p
Žemas	5 (5,2)	4 (4,9)	0 (0,0)	9 (3,6)	
Vidutinis	28 (28,9)	21 (25,9)	14 (19,2)	63 (25,1)	
Aukštas	64 (66,0)	56 (69,1)	59 (80,8)	179 (71,3)	
Iš viso	97 (100)	81 (100)	73 (100)	251 (100)	0,156 ^F

Pastaba: n – atvejų skaičius; p – reikšmingumo lygmuo; ^F – Fisher tikslusis testas

Pearsono chi kvadrato testas parodė, kad reikšmingos priklausomybės tarp išsilavinimo ir bendro suvokto socialinio palaikymo nenustatyta ($\chi^2=6,653$; $df=4$; $p=0,155$). Atsižvelgiant į tai, kad dalyje lentelės langelių tikėtini dažniai buvo mažesni nei 5, papildomai taikytas Fisher-Freeman-Halton tikslusis testas, kuris taip pat neparodė statistiškai reikšmingo ryšio ($p=0,156$).

Analizuojant duomenis nustatyta (žr. 8 lentelė), kad bendro suvokto socialinio palaikymo pasiskirstymas priklauso nuo šeiminės padėties.

8 lentelė. Suvokto socialinio palaikymo išreikštumas šeiminės padėties atžvilgiu (N=251)

Suvoktas socialinis palaikymas	Turi partnerį n (proc.)	Neturi partnerio n (proc.)	Iš viso n (proc.)	p
Žemas	4 (2,2)	5 (6,8)	9 (3,6)	
Vidutinis	37 (20,8)	26 (35,6)	63 (25,1)	
Aukštas	137 (77,0)	42 (57,5)	179 (71,3)	
Iš viso	178 (100)	73 (100)	251 (100)	0,006 χ^2

Pastaba: n – atvejų skaičius; p – reikšmingumo lygmuo; χ^2 – Pearsono chi kvadrato testas

Pearsono chi kvadrato testas parodė statistiškai reikšmingą ryšį tarp partnerio turėjimo ir bendro suvokto socialinio palaikymo lygio ($\chi^2=10,335$; $df=2$; $p=0,006$). Nustatyta, kad onkohematologiniai pacientai, turintys partnerį, dažniau pasižymėjo aukštu suvokto socialinio palaikymo lygiu (77,0 proc., $n=137$), palyginti su partnerio neturinčiais pacientais (57,5 proc., $n=42$). Tuo tarpu partnerio neturintys onkohematologiniai pacientai dažniau pasižymėjo vidutiniu suvokto socialinio palaikymo lygiu (35,6 proc., $n=26$) nei partnerį turintys pacientai (20,8 proc., $n=37$). Žemas suvokto socialinio palaikymo lygis buvo nustatytas rečiausiai abiejose grupėse, tačiau dažniau pasitaikė partnerio neturintiems pacientams (6,8 proc., $n=5$) nei partnerį turintiems pacientams (2,2 proc., $n=4$). Apibendrinant galima teigti, kad onkohematologiniams pacientams dažniausiai buvo būdingas aukštas suvokto socialinio palaikymo lygis. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal lytį ir

išsilavinimą nenustatyta, tačiau nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp suvokto socialinio palaikymo lygio ir partnerio turėjimo. Aukštas suvokto socialinio palaikymo lygis dažniau nustatytas onkohematologiniams pacientams, turintiems partnerį

3.2. Onkohematologinių pacientų palaikomosios priežiūros poreikių vertinimas

Onkohematologinių pacientų poreikiams įvertinti buvo pasitelkta Palaikomosios priežiūros poreikių klausimynas (SCNS-SF34). Šio klausimyno pagalba buvo įvertinti *psichologiniai, informacijos/ sveikatos priežiūros, fiziniai, priežiūros/ palaikymo ir seksualiniai* poreikiai.

Kaip matyti iš 9 lentelės, didžiausiais vidutiniais balais pasižymėjo informacijos / sveikatos priežiūros poreikiai, psichologiniai poreikiai ir fiziniai poreikiai. Mažiausi vidutiniai balai nustatyti seksualinių poreikių bei priežiūros / palaikymo poreikių srityse.

9 lentelė. Tiriamųjų SCNS-SF34 palaikomosios priežiūros poreikių skalių aprašomoji statistika (n=251)

SCNS-SF34 sritys	Vidurkis	Standartinis nuokrypis (SD)	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė	1 kvartilis	Mediana	3 kvartilis
Psichologiniai poreikiai	45,03	25,78	0	100	25	45	67,5
Informacijos/ sveikatos priežiūros poreikiai	50,41	27,52	0	100	25	52,27	75
Fiziniai poreikiai	44,10	25,28	0	100	25	45	65
Priežiūros/ palaikymo poreikiai	23,47	26,78	0	100	0	15	35
Seksualiniai poreikiai	15,41	24,83	0	100	0	0	25

Siekiant įvertinti, ar palaikomosios priežiūros poreikiai skiriasi priklausomai nuo demografinių veiksnių, toliau analizuoti šių poreikių skirtumai pagal lytį, išsilavinimą ir šeiminių padėtį.

Analizuojant palaikomosios priežiūros poreikių skirtumus pagal lytį nustatyta (žr. 10 lentelė), kad moterims būdingas statistiškai reikšmingai didesnis psichologinių poreikių lygis nei vyrams.

10 lentelė. **Palaikomosios priežiūros poreikių skirtumai pagal lytį (N=251)**

SCNS-SF34 sritys	Moterys M (SD)	Vyrai M (SD)	t	df	p
Psichologinių poreikių skalė	48,18 (25,60)	41,48 (25,62)	2,067	249	0,040*
Informacijos / sveikatos priežiūros poreikių skalė	52,73 (28,40)	47,79 (26,35)	1,425	249	0,155
Fizinių poreikių skalė	45,26 (25,62)	42,80 (24,93)	0,771	249	0,442
Priežiūros / palaikymo poreikių skalė	23,16 (27,19)	23,81 (26,42)	-0,193	249	0,847
Seksualinių poreikių skalė	13,16 (22,55)	17,94 (27,06)	-1,510	228,664	0,133

Pastaba: * $p < 0,05$. Seksualinių poreikių skalės rezultatai pateikiami pagal eilutę „Equal variances not assumed“. t – Stjudento t kriterijaus reikšmė; df – laisvės laipsniai; p – statistinio reikšmingumo lygmuo.

Moterų psichologinių poreikių skalės vidurkis buvo 48,18 (SD=25,60), vyrų – 41,48 (SD=25,62), o skirtumas buvo statistiškai reikšmingas ($t=2,067$; $df=249$; $p=0,040$). Vertinant informacijos / sveikatos priežiūros, fizinius, priežiūros / palaikymo ir seksualinius poreikius, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų nenustatyta ($p>0,05$).

Analizuojant palaikomosios priežiūros poreikių skirtumus pagal šeiminę padėtį nustatyta (žr. 11 lentelė), kad statistiškai reikšmingas skirtumas buvo nustatytas tik fizinių poreikių skalėje.

11 lentelė. **Palaikomosios priežiūros poreikių skirtumai pagal šeiminę padėtį (N=251)**

SCNS-SF34 sritys	Turi partnerį M (SD)	Neturi partnerio M (SD)	t	df	p
Psichologinių poreikių skalė	43,65 (26,16)	48,39 (24,66)	-1,325	249	0,186
Informacijos / sveikatos priežiūros poreikių skalė	51,03 (28,04)	48,88 (26,31)	0,563	249	0,574
Fizinių poreikių skalė	41,91 (24,79)	49,45 (25,84)	-2,162	249	0,032*
Priežiūros / palaikymo poreikių skalė	23,40 (28,15)	23,63 (23,28)	-0,062	249	0,951
Seksualinių poreikių skalė	15,36 (23,73)	15,53 (27,51)	-0,049	249	0,961

Pastaba: * $p < 0,05$. t – Stjudento t kriterijaus reikšmė; df – laisvės laipsniai; p – statistinio reikšmingumo lygmuo.

Neturintys partnerio onkohematologiniai pacientai pasižymėjo didesniais fizinių poreikių balais ($M=49,45$; $SD=25,84$) nei turintys partnerį ($M=41,91$; $SD=24,79$), o šis skirtumas buvo statistiškai reikšmingas ($t=-2,162$; $df=249$; $p=0,032$). Vertinant psichologinius, informacijos /

sveikatos priežiūros, priežiūros / palaikymo ir seksualinius poreikius, statistiškai reikšmingų skirtumų pagal šeiminių padėtį nenustatyta ($p>0,05$).

Analizuojant palaikomosios priežiūros poreikių skirtumus pagal išsilavinimą nustatyta (žr. 12 lentelė), kad statistiškai reikšmingų skirtumų tarp išsilavinimo grupių nenustatyta nė vienoje iš vertintų poreikių sričių.

12 lentelė. Palaikomosios priežiūros poreikių skirtumai pagal išsilavinimą (N=251)

SCNS-SF34 sritys	Vidurinis / profesinis / pagrindinis / profesinis M (SD)	Aukštasis neuniversitetinis / aukštesnysis M (SD)	Aukštasis universitetinis M (SD)	F	p
Psichologinių poreikių skalė	45,72 (25,54)	45,93 (25,27)	43,12 (26,88)	0,283	0,753
Informacijos / sveikatos priežiūros poreikių skalė	53,77 (28,46)	50,62 (27,36)	45,70 (26,06)	1,806	0,166
Fizinių poreikių skalė	46,29 (24,90)	46,36 (26,29)	38,70 (24,14)	2,379	0,095
Priežiūros / palaikymo poreikių skalė	25,21 (28,66)	19,69 (23,47)	25,34 (27,55)	1,190	0,306
Seksualinių poreikių skalė	11,77 (23,47)	16,26 (25,88)	19,29 (25,07)	1,997	0,138

Pastaba: * $p < 0,05$. F – vienfaktorinės dispersinės analizės (ANOVA) kriterijaus reikšmė; p – statistinio reikšmingumo lygmuo.

Psichologinių poreikių skalėje reikšmingų skirtumų nenustatyta ($F=0,283$; $p=0,753$), taip pat informacijos / sveikatos priežiūros ($F=1,806$; $p=0,166$), fizinių ($F=2,379$; $p=0,095$), priežiūros / palaikymo ($F=1,190$; $p=0,306$) ir seksualinių poreikių skalėse ($F=1,997$; $p=0,138$). Apibendrinant galima teigti, kad onkohematologinių pacientų palaikomosios priežiūros poreikių struktūroje labiausiai išreikšti buvo informacijos / sveikatos priežiūros, psichologiniai ir fiziniai poreikiai, o mažiausiai – seksualiniai bei priežiūros / palaikymo poreikiai. Vertinant skirtumus pagal demografinius veiksnius nustatyta, kad moterys pasižymėjo didesniais psichologiniais poreikiais nei vyrai, neturintys partnerio – didesniais fiziniais poreikiais nei turintys partnerį, o pagal išsilavinimą statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

3.3. Onkohematologinių pacientų psichologinės gerovės vertinimas

Onkohematologinių pacientų psichologinei gerovei įvertinti buvo pasitelkta Geros savijautos skalė (WHO-5). Skalę sudarė 5 teiginiai, o bendras vertinimas svyruoja nuo 0 iki 100 balų. Didesni balai rodo geresnę savijautą ir psichologinę gerovę. Tiriamųjų bendras geros savijautos skalės (WHO-

5) vidurkis buvo 45,80 (SD = 19,89), o balai svyravo nuo 0 iki 100. Tai rodo, kad tiriamųjų psichologinė gerovė nebuvo aukšta.

Siekiant įvertinti, ar psichologinė gerovė skiriasi priklausomai nuo sociodemografinių veiksnių, buvo analizuoti jos skirtumai pagal lytį, išsilavinimą ir šeiminių padėtį.

13 lentelė. **Psichologinės gerovės skirtumai pagal lytį (N = 251)**

Skalė	Moterys M (SD)	Vyrai M (SD)	t	df	p
Geros savijautos skalė (WHO-5)	45,20 (19,77)	46,47 (20,08)	-0,505	249	0,614

Pastaba: * $p < 0,05$. t – Stjudento t kriterijaus reikšmė; df – laisvės laipsniai; p – statistinio reikšmingumo lygmuo.

Analizuojant psichologinės gerovės skirtumus pagal lytį nustatyta (žr. 13 lentelė), kad vyrų ir moterų geros savijautos skalės balai statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Moterų geros savijautos skalės vidurkis buvo 45,20 (SD = 19,77), vyrų – 46,47 (SD = 20,08), o skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas ($t = -0,505$; $df = 249$; $p = 0,614$).

14 lentelė. **Psichologinės gerovės skirtumai pagal šeiminių padėtį (N = 251)**

Skalė	Turi partnerį M (SD)	Neturi partnerio M (SD)	t	df	p
Geros savijautos skalė (WHO-5)	48,74 (20,25)	38,63 (17,08)	3,753	249	<0,001*

Pastaba: * $p < 0,05$. t – Stjudento t kriterijaus reikšmė; df – laisvės laipsniai; p – statistinio reikšmingumo lygmuo.

Analizuojant psichologinės gerovės skirtumus pagal partnerio turėjimą nustatyta (žr. 14 lentelė), kad onkohematologiniai pacientai, turintys partnerį, pasižymėjo statistiškai reikšmingai geresne psichologine gerove nei partnerio neturintys pacientai. Partnerį turinčių onkohematologinių pacientų geros savijautos skalės vidurkis buvo didesnis ($M = 48,74$; $SD = 20,25$) nei partnerio neturinčių pacientų ($M = 38,63$; $SD = 17,08$), o šis skirtumas buvo statistiškai reikšmingas ($t = 3,753$; $df = 249$; $p < 0,001$).

15 lentelė. **Psichologinės gerovės skirtumai pagal išsilavinimą (N = 251)**

Skalė	Vidurinis / profesinis / pagrindinis / profesinis M (SD)	Aukštasis neuniversitetinis / aukštesnysis M (SD)	Aukštasis universitetinis M (SD)	F	p
Geros savijautos skalė (WHO-5)	44,49 (21,36)	43,95 (18,11)	49,59 (19,49)	1,897	0,152

Pastaba: * $p < 0,05$. F – vienfaktorinės dispersinės analizės (ANOVA) kriterijaus reikšmė; p – statistinio reikšmingumo lygmuo

Analizuojant psichologinės gerovės skirtumus pagal išsilavinimą nustatyta (žr. 15 lentelė), kad geros savijautos skalės balai tarp skirtingų išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Vidurinis / profesinis / pagrindinis / profesinis išsilavinimas buvo susijęs su 44,49 (SD = 21,36) balo vidurkiu, aukštasis neuniversitetinis / aukštesnysis – su 43,95 (SD = 18,11), o aukštasis universitetinis – su 49,59 (SD = 19,49). Nors aukštojo universitetinio išsilavinimo grupėje psichologinės gerovės vidurkis buvo didžiausias, skirtumas tarp grupių nebuvo statistiškai reikšmingas ($F = 1,897$; $p = 0,152$). Apibendrinant galima teigti, kad onkohematologinių pacientų psichologinė gerovė nebuvo pakankamai gera. Vertinant skirtumus pagal sociodemografinius veiksnius nustatyta, kad statistiškai reikšmingai geresne psichologine gerove pasižymėjo pacientai, turintys partnerį. Tuo tarpu statistiškai reikšmingų psichologinės gerovės skirtumų pagal lytį ir išsilavinimą nenustatyta.

3.4. Onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajos

Siekiant nustatyti sąsajas tarp sociodemografinių charakteristikų, suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės, buvo taikyta hierarchinė tiesinė regresijos analizė 16 lentelė. Priklausomas kintamasis buvo psichologinė gerovė.

Į pirmąjį modelį buvo įtraukti sociodemografiniai kintamieji: lytis, amžius, išsilavinimas ir šeiminė padėtis. Šis modelis buvo statistiškai reikšmingas ir paaiškino 7,6 proc. psichologinės gerovės dispersijos ($\Delta R^2 = 0,076$; $p < 0,001$). Nustatyta, kad pirmajame modelyje statistiškai reikšmingi psichologinės gerovės prediktoriai buvo išsilavinimas ($\beta = 0,138$; $p = 0,032$) ir šeiminė padėtis ($\beta = -0,236$; $p < 0,001$). Tai rodo, kad šie sociodemografiniai veiksniai yra susiję su psichologinės gerovės rodikliais.

Į antrąjį modelį papildomai įtraukti suvokto socialinio palaikymo kintamieji: palaikymas iš kitų reikšmingų asmenų, iš šeimos ir iš draugų. Šis modelis statistiškai reikšmingai pagerino psichologinės gerovės prognozę ir papildomai paaiškino 5,7 proc. dispersijos ($\Delta R^2 = 0,057$; $p = 0,001$). Antrajame modelyje reikšmingi išliko šeiminė padėtis ($\beta = -0,164$; $p = 0,011$) ir socialinis palaikymas iš kitų reikšmingų asmenų ($\beta = 0,252$; $p = 0,009$). Tai leidžia teigti, kad didesnis suvoktas palaikymas iš kitų reikšmingų asmenų siejasi su geresne psichologine gerove.

Į trečiąjį modelį papildomai įtrauktos palaikomosios priežiūros poreikių skalės: fizinių poreikių, psichologinių poreikių, seksualinių poreikių, priežiūros ir palaikymo poreikių bei informacijos / sveikatos priežiūros poreikių skalės. Šis modelis reikšmingai padidino paaiškinamą dispersiją dar 25,6 proc. ($\Delta R^2 = 0,256$; $p < 0,001$), o galutinis modelis paaiškino 38,9 proc. psichologinės gerovės dispersijos. Galutiniame modelyje statistiškai reikšmingais psichologinės gerovės prediktoriais buvo šeiminė padėtis ($\beta = -0,127$; $p = 0,020$), fizinių poreikių skalė ($\beta = -0,251$;

$p < 0,001$) ir psichologinių poreikių skalė ($\beta = -0,348$; $p < 0,001$). Nustatyta, kad didėjant fizinių ir psichologinių poreikių išreikštumui, psichologinė gerovė mažėjo.

16 lentelė. **Psichologinės gerovės prognozė remiantis sociodemografinėmis charakteristikomis, suvoktu socialiniu palaikymu ir palaikomosios priežiūros poreikiais**

Kintamasis	1 modelis	2 modelis	3 modelis
Lytis	0,051	0,056	-0,008
Amžius	0,103	0,072	0,026
Išsilavinimas (sugrupuotas)	0,138*	0,091	0,065
Šeiminė padėtis (sugrupuota)	-0,236***	-0,164*	-0,127*
Iš kitų reikšmingų asmenų		0,252**	0,152
Iš šeimos		-0,039	-0,014
Iš draugų		0,060	-0,020
Fizinių poreikių skalė			-0,251***
Psichologinių poreikių skalė			-0,348***
Seksualinių poreikių skalė			-0,039
Priežiūros ir palaikymo poreikių skalė			0,013
Informacijos/ sveikatos priežiūros poreikių skalė			0,036
ΔR^2 ; p	0,076; <0,001	0,057; 0,001	0,256; <0,001

Pastaba: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; 1 modelis: sociodemografiniai kintamieji; 2 modelis: papildomai įtraukti suvokto socialinio palaikymo kintamieji; 3 modelis: papildomai įtrauktos palaikomosios priežiūros poreikių skalės.

4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajas. Tyrimo rezultatai parodė, kad onkohematologinių pacientų psichologinė gerovė yra susijusi su jų turimais socialinio palaikymo ištekliais, palaikomosios priežiūros poreikių išreikštumu ir kai kuriomis sociodemografinėmis charakteristikomis. Hierarchinės regresinės analizės duomenimis, didesnis socialinis palaikymas iš kitų reikšmingų asmenų buvo susijęs su geresne psichologine gerove, o didesnis fizinių ir psichologinių palaikomosios priežiūros poreikių išreikštumas – su mažesne psichologine gerove. Šie rezultatai atitinka mokslinėje literatūroje aprašomas sąsajas, pagal kurias onkohematologinių pacientų psichologinė savijauta priklauso ne tik nuo ligos ar gydymo, bet ir nuo socialinio palaikymo, nepatenkintų priežiūros poreikių bei emocinio distreso [10,14,15,20].

Pirmuoju tyrimo uždaviniu buvo siekiama įvertinti onkohematologinių pacientų suvoktą socialinį palaikymą, atsižvelgiant į lytį, išsilavinimą ir šeiminę padėtį. Tyrimo duomenys atskleidė, kad onkohematologiniams pacientams buvo būdingas pakankamai aukštas suvokto socialinio palaikymo lygis. Bendras suvokto socialinio palaikymo vidurkis siekė 5,61 balo, o aukštas suvokto socialinio palaikymo lygis nustatytas 71,3 proc. pacientų. Vidutinis suvokto socialinio palaikymo lygis nustatytas 25,1 proc., o žemas – tik 3,6 proc. pacientų. Tai rodo, kad dauguma tyrime dalyvavusių onkohematologinių pacientų jautėsi turintys pakankamą palaikymą iš artimos socialinės aplinkos. Gauti rezultatai siejasi su Geue [13] tyrimu, kuriame nustatyta, kad hematologinėmis piktybinėmis ligomis sergančių pacientų suvoktas socialinis palaikymas buvo susijęs su sveikata susijusia gyvenimo kokybe. Minėtame tyrime taip pat pabrėžta, kad psichologinei ir socialinei pacientų savijautai svarbus ne tik socialinio palaikymo kiekis, bet ir jo kokybė, nes neigiamos socialinės sąveikos buvo susijusios su prastesne emocine ir socialine funkcija. Panašias sąsajas nustatė ir Liang [14], kurie tyrė hematologiniu vėžiu sergančių pacientų socialinį palaikymą, įveikos strategijas, nerimą, depresiją ir potrauminį augimą. Jų tyrime socialinis palaikymas buvo neigiamai susijęs su nerimu ir depresija bei teigiamai susijęs su potrauminiu augimu. Šie duomenys papildo mūsų tyrimo rezultatus, nes hierarchinės regresinės analizės metu nustatyta, kad didesnis socialinis palaikymas iš kitų reikšmingų asmenų buvo susijęs su geresne psichologine gerove. Tai leidžia manyti, kad socialinis palaikymas gali veikti ne tik tiesiogiai, bet ir per paciento gebėjimą įveikti ligos keliamą stresą bei reguliuoti emocines reakcijas.

Vertinant suvokto socialinio palaikymo šaltinius, atliktame tyrime nustatyta, kad aukštas socialinis palaikymas dažniausiai buvo siejamas su kitais reikšmingais asmenimis ir šeima, o rečiau – su draugais. Aukštas palaikymas iš kitų reikšmingų asmenų nustatytas 75,7 proc. pacientų, iš šeimos – 74,1 proc., o iš draugų – 52,6 proc. Šie rezultatai rodo, kad onkohematologinės ligos metu pagrindiniais palaikymo šaltiniais dažniausiai tampa artimiausi žmonės – partneris, šeimos nariai ar

kiti reikšmingi asmenys. Tai atitinka Rowland [81] tyrimo duomenis, kuriuose pažengusia daugine mieloma sergantys pacientai nurodė, kad šeimos, artimųjų ir sveikatos priežiūros specialistų palaikymas padėjo mažinti emocinę įtampą ir prisitaikyti prie gyvenimo su liga, o socialinio palaikymo trūkumas buvo siejamas su didesniu psichologiniu pažeidžiamumu.

Šio tyrimo rezultatuose ypač išryškėjo šeiminės padėties reikšmė. Partnerį turintys onkohematologiniai pacientai dažniau pasižymėjo aukštu suvokto socialinio palaikymo lygiu nei partnerio neturintys pacientai. Aukštas suvokto socialinio palaikymo lygis nustatytas 77,0 proc. partnerį turinčių pacientų ir 57,5 proc. partnerio neturinčių pacientų. Be to, partnerį turintys pacientai pasižymėjo ir geresne psichologine gerove, o partnerio neturintys pacientai – didesniais fiziniais poreikiais. Ši tendencija dera su tyrimais, kuriuose socialinis palaikymas siejamas su geresne psichologine savijauta ir gyvenimo kokybe [21,79]. Faraci ir Bottaro [79] nustatė, kad suvoktas socialinis palaikymas buvo susijęs su vėžiu sergančių pacientų gyvenimo kokybe, ligos suvokimu ir pasitenkinimu gyvenimu. Tai leidžia manyti, kad partnerio turėjimas gali būti svarbus apsauginis veiksnys, nes partneris teikia ne tik emocinę, bet ir praktinę pagalbą, padedančią lengviau susidoroti su ligos padariniais.

Tyrimo metu taip pat nustatyta, kad suvokto socialinio palaikymo lygis statistiškai reikšmingai nesiskyrė pagal lytį ir išsilavinimą. Tai rodo, kad šiame tyrime socialinio palaikymo suvokimą labiau lėmė artimų santykių prieinamumas ir kokybė. Tokia interpretacija atitinka Geue [13] tyrimo išvadą, kad psichologinei pacientų savijautai svarbus ne tik socialinių ryšių buvimas, bet ir jų kokybė.

Antruoju tyrimo uždaviniu buvo siekiama įvertinti onkohematologinių pacientų palaikomosios priežiūros poreikius ir nustatyti jų skirtumus pagal lytį, išsilavinimą ir šeiminę padėtį. Šiame tyrime nustatyta, kad labiausiai išreikšti buvo informacijos / sveikatos priežiūros poreikiai, psichologiniai ir fiziniai poreikiai. Mažiausiai išreikšti buvo seksualiniai poreikiai ir priežiūros / palaikymo poreikiai. Šie rezultatai rodo, kad onkohematologiniams pacientams ypač svarbi aiški informacija apie ligą ir gydymą, psichologinė pagalba bei fizinių simptomų valdymas. Gauti rezultatai atitinka Tsatsou [7] sisteminės apžvalgos išvadas, kuriose nurodoma, kad hematologinėmis piktybinėmis ligomis sergantys pacientai dažnai patiria nepatenkintų palaikomosios priežiūros poreikių, ypač psichologinėje, informacinėje ir fizinėje srityse. Panašiai Yu [18] tyrime su ūmine leukemija sergančiais pacientais nustatyti reikšmingi nepatenkinti palaikomosios priežiūros poreikiai. Jie [19] tyrimas taip pat parodė, kad ūmine leukemija sergančių pacientų nepatenkinti poreikiai buvo susiję su gyvenimo kokybe. Mūsų tyrime labiausiai išreikšti būtent informacijos / sveikatos priežiūros, psichologiniai ir fiziniai poreikiai, todėl šie rezultatai tiesiogiai dera su minėtų autorių išvadomis.

Didžiausias informacijos / sveikatos priežiūros poreikių išreikštumas gali būti aiškinamas onkohematologinių ligų sudėtingumu. Šios ligos dažnai pasižymi ilgalaikiu gydymu, ligos eigos neapibrėžtumu, galimais atkryčiais ir sudėtingais gydymo sprendimais. Herrmann [57] tyrime taip pat pabrėžta, kad hematologinio vėžio išgyvenusieji susiduria su įvairiais nepatenkintais poreikiais, o aiški informacija ir sveikatos priežiūros specialistų komunikacija yra svarbi palaikomosios priežiūros dalis. Tai leidžia manyti, kad informacijos suteikimas pacientams turėtų būti nuoseklus procesas viso gydymo ir stebėsenos laikotarpiu, o ne vienkartinis veiksmas diagnozės nustatymo metu. Kadangi literatūroje pabrėžiama, jog palaikomosios priežiūros poreikiai nėra pastovūs ir kinta priklausomai nuo ligos eigos bei gydymo etapo [58,59], šiame tyrime nustatytas aukštas informacijos / sveikatos priežiūros poreikių išreikštumas rodo nuolatinio informavimo svarbą. Pacientams gali reikėti informacijos ne tik diagnozės nustatymo metu, bet ir gydymo, stebėsenos, galimo atkryčio ar ilgalaikio prisitaikymo laikotarpiu. Todėl informacijos suteikimas turėtų būti tęstinis ir individualizuotas procesas, atsižvelgiant į paciento ligos etapą, supratimo lygį ir aktualius klausimus.

Psichologinių poreikių išreikštumas šiame tyrime taip pat buvo gana aukštas. Tai siejasi su Zomerdijs [10] tyrimo rezultatais, kuriuose nustatyta, kad hematologiniu vėžiu sergantys pacientai patyrė psichologinį distresą, nepatenkintus palaikomosios priežiūros poreikius ir vėžio pasikartojimo baimę. Damen [74] tyrime su hematologiniais pacientais, esančiais stebėjimo ir laukimo laikotarpiu, taip pat nustatyti nepatenkinti poreikiai, nerimas ir depresijos simptomai. Šie duomenys padeda paaiškinti mūsų tyrimo rezultatus: net ir tuomet, kai pacientai turi socialinį palaikymą, informaciniai ir psichologiniai poreikiai gali išlikti aukšti dėl ligos neapibrėžtumo, laukimo ir baimės dėl ateities.

Analizuojant palaikomosios priežiūros poreikių skirtumus pagal lytį nustatyta, kad moterys pasižymėjo statistiškai reikšmingai didesniais psichologiniais poreikiais nei vyrai. Moterų psichologinių poreikių skalės vidurkis buvo 48,18 balo, vyrų – 41,48 balo. Šis rezultatas siejasi su kitų onkologinių pacientų tyrimų išvadomis, kuriose psichologinis distresas, nerimas, depresija ir palaikomosios priežiūros poreikiai analizuojami kaip tarpusavyje susiję reiškiniai. Okati-Aliabad [75] tyrime su krūties vėžiu sergančiomis moterimis nustatyta, kad didesni nepatenkinti poreikiai buvo susiję su aukštesniu nerimo ir depresijos lygiu, o didesnis socialinis palaikymas – su mažesniu šių poreikių intensyvumu. Nors šis tyrimas atliktas su kita onkologinių pacientų grupe, jo rezultatai patvirtina, kad psichologiniai poreikiai yra glaudžiai susiję su emocine būkle ir palaikymo prieinamumu.

Šiame tyrime taip pat nustatyta, kad partnerio neturintys pacientai pasižymėjo didesniais fizinių poreikių balais nei partnerį turintys pacientai. Partnerio neturinčių pacientų fizinių poreikių vidurkis siekė 49,45 balo, o partnerį turinčių – 41,91 balo. Šis rezultatas dera su socialinio

palaikymo reikšme, nes partneris gali teikti ne tik emocinę, bet ir praktinę pagalbą kasdienėse situacijose. Partnerio neturintiems pacientams gali būti sunkiau susidoroti su fiziniais ligos ir gydymo padariniais, ypač jeigu trūksta pagalbos buityje, transporto ar palydėjimo į gydymo įstaigą. Tai taip pat atitinka Rowland [81] tyrime pabrėžtą šeimos ir artimųjų pagalbos reikšmę pacientams, sergantiems pažengusia daugine mieloma.

Trečiuoju tyrimo uždaviniu buvo siekiama įvertinti onkohematologinių pacientų psichologinę gerovę ir nustatyti jos skirtumus pagal lytį, išsilavinimą ir šeiminių padėtį. Tyrimo metu nustatyta, kad onkohematologinių pacientų psichologinė gerovė nebuvo aukšta. Bendras geros savijautos skalės vidurkis siekė 45,80 balo. Šie rezultatai atitinka mokslinėje literatūroje aprašomas tendencijas, kad hematologinėmis onkologinėmis ligomis sergantys pacientai dažnai patiria nerimą, depresijos simptomus, psichologinį distresą ir gyvenimo kokybės sumažėjimą [5–10]. Šis rezultatas yra svarbus lyginant su kitais onkologinių pacientų tyrimais. Domenech [23] sisteminėje apžvalgoje, kurioje analizuotas WHO-5 indekso taikymas įvairiose ligų srityse, nurodyta, kad onkologinėmis ligomis sergančių pacientų vidutinis psichologinės gerovės įvertis po diagnozės siekė apie 53,4 balo, o ilgalaikių išgyvenusių pacientų grupėse – apie 60 balų. Adamou [71] tyrime su kolorektaliniu vėžiu sergančiais pacientais psichologinės gerovės vidurkiai taip pat siekė apie 60 balų. Atliktame tyrime WHO-5 vidurkis buvo 45,80 balo, todėl galima manyti, kad onkohematologinių pacientų psichologinė gerovė šioje imtyje buvo žemesnė nei kai kuriuose kituose onkologinių pacientų tyrimuose. Tai gali būti susiję su onkohematologinių ligų gydymo sudėtingumu, ligos eigos neapibrėžtumu, fizinių simptomų našta ir aukštu psichologinių bei informacinių poreikių išreikštumu. Bellali [8] tyrime su hematologiniu vėžiu sergančiais pacientais nustatyta, kad nerimas ir depresija daro reikšmingą poveikį pacientų gyvenimo kokybei ir psichologinei gerovei. Brett [9] taip pat pažymėjo, kad hematologiniu vėžiu sergantiems pacientams reikalingas psichologinis palaikymas, tačiau jo prieinamumas ne visada yra pakankamas. Mūsų tyrimo rezultatai atitinka šias išvadas, nes pacientų psichologinė gerovė nebuvo aukšta, o psichologiniai poreikiai buvo vieni labiausiai išreikštų.

Analizuojant psichologinės gerovės skirtumus pagal sociodemografinius veiksnius nustatyta, kad vyrų ir moterų psichologinės gerovės rodikliai statistiškai reikšmingai nesiskyrė, taip pat nenustatyta reikšmingų skirtumų pagal išsilavinimą. Tačiau reikšmingas skirtumas nustatytas pagal šeiminių padėtį – partnerį turintys pacientai pasižymėjo geresne psichologine gerove nei partnerio neturintys pacientai. Partnerį turinčių pacientų psichologinės gerovės vidurkis buvo 48,74 balo, o partnerio neturinčių – 38,63 balo. Šie duomenys dar kartą patvirtina, kad partnerio turėjimas šiame tyrime buvo vienas svarbiausių sociodemografinių veiksnių, susijusių tiek su socialiniu palaikymu, tiek su psichologine gerove, tiek su fiziniais poreikiais.

Ketvirtuoju tyrimo uždaviniu buvo siekiama nustatyti sąsajas tarp sociodemografinių charakteristikų, suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės. Svarbiausi šio tyrimo rezultatai išryškėjo hierarchinės regresinės analizės metu. Pirmasis modelis parodė, kad sociodemografiniai veiksniai paaiškino 7,6 proc. psichologinės gerovės dispersijos, o reikšmingi prediktoriai buvo išsilavinimas ir šeiminė padėtis. Į antrąjį modelį įtraukus suvokto socialinio palaikymo kintamuosius, modelis papildomai paaiškino 5,7 proc. psichologinės gerovės dispersijos, o reikšmingu prediktoriumi tapo socialinis palaikymas iš kitų reikšmingų asmenų. Tai rodo, kad didesnis palaikymas iš reikšmingų asmenų siejosi su geresne psichologine gerove. Šie rezultatai sutampa su Efficace [15] tyrimu, kuriame pacientams, sergantiems lėtine mieloleukemija, didesnis suvoktas socialinis palaikymas buvo susijęs su mažesniu nerimo ir depresijos lygiu bei geresne psichologine gerove. Minėtame tyrime pacientai, jautę stipresnį palaikymą, pasižymėjo didesniu gyvybingumu, geresne savikontrole ir pozityvesniu emociniu funkcionavimu [70]. Mūsų tyrime taip pat nustatyta, kad socialinis palaikymas iš kitų reikšmingų asmenų buvo susijęs su geresne psichologine gerove, todėl šie rezultatai patvirtina socialinio palaikymo reikšmę onkohematologinių pacientų psichologinei savijautai.

Galutiniame regresijos modelyje, įtraukus palaikomosios priežiūros poreikių skales, paaiškinama psichologinės gerovės dispersija padidėjo iki 38,9 proc. Reikšmingais psichologinės gerovės prediktoriais išliko šeiminė padėtis, fiziniai poreikiai ir psichologiniai poreikiai. Nustatyta, kad didėjant fizinių ir psichologinių poreikių išreikštumui, psichologinė gerovė mažėjo. Svarbu tai, kad būtent palaikomosios priežiūros poreikių įtraukimas labiausiai padidino modelio paaiškinamąją galią. Tai leidžia teigti, kad onkohematologinių pacientų psichologinei gerovei ypač reikšmingi ne tik socialinio palaikymo ištekliai, bet ir patiriami fiziniai bei psichologiniai sunkumai.

Fizinių poreikių reikšmę psichologinei gerovei pabrėžia ir Di Lorenzo [69] tyrimas, kuriame nustatyta, kad didesnis nuovargis buvo susijęs su prastesne psichologine gerove, o gerovės rodiklis buvo vienas reikšmingiausių nuovargio prediktorių. Nors mūsų tyrime nebuvo atskirai analizuotas nuovargis, fizinių poreikių skalė apima su kūno būkle, simptomais ir kasdieniu funkcionavimu susijusius sunkumus, todėl gautas ryšys tarp didesnių fizinių poreikių ir mažesnės psichologinės gerovės atitinka literatūroje aprašomą simptomų naštos ir emocinės savijautos sąsają.

Šie rezultatai tiesiogiai dera su Jie [19] tyrimu, kuriame nustatyta, kad ūmine leukemija sergančių pacientų nepatenkinti palaikomosios priežiūros poreikiai buvo susiję su prastesne gyvenimo kokybe. Panašiai Pereira [20] tyrime su daugine mieloma sergančiais pacientais nustatyta, kad didesnis suvoktas socialinis palaikymas buvo susijęs su mažesniu psichologiniu distresu, didesnis distresas – su didesniais nepatenkintais palaikomosios priežiūros poreikiais, o socialinis palaikymas netiesiogiai veikė gyvenimo kokybę per emocinių ir santykių poreikių mažinimą. Mūsų tyrimo

rezultatai papildo šias išvadas, nes parodė, kad didesnis fizinių ir psichologinių palaikomosios priežiūros poreikių išreikštumas buvo reikšmingai susijęs su mažesne psichologine gerove.

Oberoi [24] longitudinalinis tyrimas taip pat parodė, kad hematologiniu vėžiu sergančių pacientų nerimas, depresija ir nepatenkinti priežiūros poreikiai gydymo metu buvo susiję su prastesne fizine ir emocine gerove vėlesniu laikotarpiu. Tai siejasi su mūsų tyrimo rezultatais, nes fiziniai ir psichologiniai poreikiai galutiniame regresijos modelyje buvo reikšmingi psichologinės gerovės prediktoriai. Galima daryti prielaidą, kad didesni fiziniai ir psichologiniai poreikiai gali bloginti paciento emocinę savijautą, o prastesnė psichologinė gerovė gali apsunkinti paciento gebėjimą aktyviai ieškoti pagalbos ar įveikti ligos keliamus sunkumus.

Svarbu pažymėti, kad kiti tyrimai taip pat patvirtina socialinio palaikymo, nepatenkintų poreikių ir psichologinės būklės sąsajas. Okamura [51] tyrime su jaunais suaugusiais onkologiniais pacientais nustatyta, kad mažesnis suvoktas socialinis palaikymas buvo susijęs su didesniais nepatenkintais palaikomosios priežiūros poreikiais ir didesniu psichologiniu distresu. Irane atliktame tyrime su krūties vėžiu sergančiomis moterimis nustatyta, kad didesni nepatenkinti poreikiai buvo susiję su aukštesniu nerimo ir depresijos lygiu, o didesnis socialinis palaikymas – su mažesniu poreikių intensyvumu [75]. Nors šie tyrimai atlikti kitose onkologinių pacientų grupėse, jų rezultatai papildo mūsų tyrimo išvadas ir rodo bendrą dėsningumą: socialinis palaikymas gali mažinti psichologinę naštą, o nepatenkinti poreikiai ją didina.

Apibendrinant galima teigti, kad atlikto tyrimo rezultatai atitinka mokslinėje literatūroje aprašomą sąsajų modelį: didesnis suvoktas socialinis palaikymas yra susijęs su geresne psichologine gerove, o didesni palaikomosios priežiūros poreikiai, ypač fiziniai ir psichologiniai, – su prastesne psichologine gerove. Šiame tyrime reikšmingiausias sociodemografinis veiksnys buvo šeiminė padėtis: partnerį turintys pacientai pasižymėjo didesniu suvoktu socialiniu palaikymu ir geresne psichologine gerove, o partnerio neturintys pacientai – didesniais fiziniais poreikiais. Tuo tarpu lytis ir išsilavinimas daugeliu atvejų nebuvo susiję su vertintais rodikliais.

Iškelta tyrimo hipotezė pasitvirtino iš dalies. Tyrimo rezultatai patvirtino hipotezės dalį, kad didesnis suvoktas socialinis palaikymas ir mažesnis palaikomosios priežiūros poreikių išreikštumas yra susiję su geresne onkohematologinių pacientų psichologine gerove. Taip pat nustatyta, kad kai kurie vertinti rodikliai priklausė nuo sociodemografinių charakteristikų: šeiminė padėtis buvo susijusi su suvokto socialinio palaikymo lygiu, fizinių poreikių išreikštumu ir psichologine gerove, o lytis – su psichologinių palaikomosios priežiūros poreikių išreikštumu. Vis dėlto hipotezė pasitvirtino ne visa apimtimi, nes amžius ir išsilavinimas nebuvo reikšmingai susiję su pagrindiniais tyrimo rodikliais.

Tyrimo rezultatai turi praktinę reikšmę onkohematologinių pacientų kompleksinei priežiūrai. Gauti duomenys rodo, kad psichologinė gerovė yra glaudžiai susijusi su pacientų fizinių ir psichologinių poreikių išreikštumu bei socialinio palaikymo ištekliais. Todėl pacientų priežiūroje turėtų būti taikomas sistemingas ir pakartotinis palaikomosios priežiūros poreikių vertinimas, apimantis fizinius simptomus, psichologinę būklę, informacijos poreikį ir socialinio palaikymo šaltinius [10,19,20,24].

Šių rekomendacijų aktualumą pagrindžia Brett [9] tyrimas, kuriame nustatyta, kad mažiau nei pusė sveikatos priežiūros specialistų manė, jog hematologiniu vėžiu sergantys pacientai gauna pakankamą psichologinę paramą, o psichologiniai poreikiai reguliariai vertinami tik apie pusę pacientų. Tai rodo, kad psichologinės gerovės ir palaikomosios priežiūros poreikių vertinimas turėtų būti integruotas į įprastą onkohematologinių pacientų priežiūros procesą, ypač atsižvelgiant į šio tyrimo rezultatus, kuriuose psichologiniai poreikiai buvo vieni labiausiai išreikštų ir reikšmingai siejosi su mažesne psichologine gerove. Praktikoje tai reiškia, kad didesnis dėmesys turėtų būti skiriamas pacientams, turintiems ribotus socialinio palaikymo išteklius, ypač partnerio neturintiems pacientams. Ankstyvas tokių pacientų identifikavimas ir individualizuotos palaikomosios priežiūros priemonės galėtų padėti sumažinti fizinių bei psichologinių poreikių naštą ir prisidėti prie geresnės psichologinės gerovės.

Tyrimo privalumai. Šis tyrimas yra aktualus, nes jame kompleksškai analizuojama onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsaja. Tyrime vertinti ne tik bendri rodikliai, bet ir skirtumai pagal lytį, išsilavinimą bei šeiminių padėtį, todėl gauti rezultatai leidžia geriau suprasti, kurioms pacientų grupėms gali reikėti didesnio dėmesio. Tyrimo privalumu galima laikyti ir tai, kad jame kompleksškai vertinti trys tarpusavyje susiję psichosocialiniai aspektai – suvoktas socialinis palaikymas, palaikomosios priežiūros poreikiai ir psichologinė gerovė. Mokslinėje literatūroje šie kintamieji dažnai analizuojami atskirai arba platesnėse onkologinių pacientų imtyse, o tyrimų, kuriuose jie būtų vertinami kartu būtent onkohematologinių pacientų grupėje, vis dar nepakanka. Todėl šis tyrimas prisideda prie gilesnio onkohematologinių pacientų psichosocialinės būklės supratimo ir gali būti naudingas planuojant individualizuotą palaikomąją priežiūrą.

Tyrimo trūkumai. Nors darbe buvo analizuotos onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajos, tyrimas turi tam tikrų ribotumų. Pirmiausia, tyrimas buvo skerspjūvio pobūdžio, todėl analizuojami rodikliai buvo vertinti vienu laiko momentu. Kadangi onkohematologinių ligų eiga ir gydymas dažnai yra ilgalaikiai, ateities tyrimuose būtų tikslinga taikyti longitudinalinį tyrimo dizainą, kuris leistų stebėti, kaip suvoktas socialinis palaikymas, palaikomosios priežiūros poreikiai ir psichologinė gerovė keičiasi skirtingais

ligos bei gydymo etapais. Be to, šiame tyrime nebuvo atskirai vertintos kai kurios papildomos psichologinės ir socialinės sritys, kurios galėtų padėti išsamiau paaiškinti gautas sąsajas. Ateities tyrimuose būtų naudinga įtraukti pacientų streso įveikos strategijas, nes jos galėtų padėti geriau suprasti, kokiais būdais pacientai prisitaiko prie ligos ir gydymo keliamų sunkumų. Taip pat būtų tikslinga vertinti ne tik teigiamą socialinį palaikymą, bet ir neigiamas socialines patirtis ar neigiamas socialines sąveikas, nes jos gali turėti reikšmės pacientų emocinei savijautai ir palaikymo kokybės suvokimui. Tokie tyrimai galėtų prisidėti prie gilesnio onkohematologinių pacientų psichosocialinės būklės supratimo ir padėtų tiksliau planuoti individualizuotas palaikomosios priežiūros priemones.

IŠVADOS

1. Onkohematologiniams pacientams būdingas pakankamai aukštas suvokto socialinio palaikymo lygis. Aukštu suvokto socialinio palaikymo lygiu pasižymi daugiau nei septyni iš dešimties pacientų, vidutiniu – ketvirtadalis, o žemu – tik nedidelė dalis pacientų. Dažniausiai aukštas palaikymas patiriamas iš kitų reikšmingų asmenų ir šeimos, rečiau – iš draugų. Suvoktas socialinis palaikymas nesiskiria pagal lytį ir išsilavinimą, tačiau skiriasi pagal šeiminę padėtį: partnerį turintys pacientai dažniau pasižymi aukštu suvokto socialinio palaikymo lygiu nei partnerio neturintys pacientai.
2. Onkohematologinių pacientų palaikomosios priežiūros poreikių struktūroje labiausiai išreikšti informacijos / sveikatos priežiūros, psichologiniai ir fiziniai poreikiai, o mažiausiai – seksualiniai bei priežiūros / palaikymo poreikiai. Palaikomosios priežiūros poreikiai pagal išsilavinimą nesiskiria. Moterys pasižymi didesniais psichologiniais poreikiais nei vyrai, o partnerio neturintys pacientai – didesniais fiziniais poreikiais nei partnerį turintys pacientai.
3. Onkohematologinių pacientų psichologinė gerovė nėra aukšta. Bendras geros savijautos skalės vidurkis siekia 45,80 balo iš 100. Psichologinė gerovė nesiskiria pagal lytį ir išsilavinimą, tačiau skiriasi pagal šeiminę padėtį: partnerį turintys pacientai pasižymi geresne psichologine gerove nei partnerio neturintys pacientai.
4. Onkohematologinių pacientų psichologinė gerovė yra susijusi su šeimine padėtimi, suvoktu socialiniu palaikymu ir palaikomosios priežiūros poreikiais. Geresnė psichologinė gerovė siejasi su partnerio turėjimu ir didesniu socialiniu palaikymu iš kitų reikšmingų asmenų, o didesnis fizinių ir psichologinių palaikomosios priežiūros poreikių išreikštumas – su mažesne psichologine gerove. Sociodemografiniai veiksniai, suvoktas socialinis palaikymas ir palaikomosios priežiūros poreikiai kartu paaiškina 38,9 proc. psichologinės gerovės skirtumų.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus ir jų aptarimą, pateikiamos šios praktinės rekomendacijos:

Pacientams ir jų artimiesiems:

1. Pacientams ir jų artimiesiems rekomenduojama palaikyti saugų, paciento sveikatos būklei pritaikytą tarpusavio ryšį. Esant infekcijų rizikai ar ribotam lankymui, palaikymas gali būti teikiamas telefonu, žinutėmis ar kitomis nuotolinio bendravimo priemonėmis.
2. Artimiesiems rekomenduojama teikti ne tik emocinį, bet ir praktinį palaikymą: padėti pasiruošti vizitams, suprasti gautą informaciją, organizuoti kasdienes reikalus ar, esant galimybei, palydėti į gydymo įstaigą.
3. Pacientams rekomenduojama aiškiai išsakyti sveikatos priežiūros specialistams savo fizinius, psichologinius ir informacinius poreikius, klausti apie ligos eigą, gydymą, tyrimų rezultatus, šalutinius poveikius, saugų elgesį ir tolesnę priežiūrą.
4. Pacientams, patiriantiems nerimą, baimę dėl ligos progresavimo, liūdesį ar emocinį išsekimą, rekomenduojama laiku kreiptis pagalbos į gydytoją, slaugytoją ar psichologą.
5. Pacientams, kurie neturi partnerio arba jaučia mažesnę socialinę palaikymą, rekomenduojama ieškoti papildomų saugių palaikymo formų: nuotolinio bendravimo su artimaisiais, pacientų organizacijų, savitarpio pagalbos grupių ar psichosocialinės pagalbos.
6. Pacientams ir jų artimiesiems rekomenduojama prieš vizitus pasiruošti rūpimų klausimų sąrašą, kad fiziniai, psichologiniai ir informaciniai poreikiai būtų laiku aptarti.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. World Health Organization. WHO [Prieiga per internetą]. World Health Organization; 2024 [žiūrėta 2026 m. balandžio 14 d.]. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. Adresas: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
2. Zhang N, Wu J, Wang Q, Liang Y, Li X, Chen G, ir kt. Global burden of hematologic malignancies and evolution patterns over the past 30 years. *Blood Cancer J*. 2023 m. gegužės 17 d.;13(1):82. doi:10.1038/s41408-023-00853-3 PubMed PMID: 37193689; PubMed Central PMCID: PMC10188596.
3. Bispo JAB, Pinheiro PS, Kobetz EK. Epidemiology and Etiology of Leukemia and Lymphoma. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2020 m. birželio 1 d.;10(6):a034819. doi:10.1101/cshperspect.a034819 PubMed PMID: 31727680; PubMed Central PMCID: PMC7263093.
4. Daltveit DS, Morgan E, Colombet M, Steliarova-Foucher E, Bendahhou K, Marcos-Gragera R, ir kt. Global patterns of leukemia by subtype, age, and sex in 185 countries in 2022. *Leukemia*. 2025 m. vasario;39(2):412–9. doi:10.1038/s41375-024-02452-y PubMed PMID: 39567675.
5. Sugimoto M, Yagasaki K, Matsuki E, Shimizu T, Sakurai M, Kataoka K, ir kt. Unmet Needs and Health-Related Quality of Life Among Patients With Relapsed/Refractory Indolent Non-Hodgkin Lymphoma: A Mixed-Methods Study. *Psychooncology*. 2025 m. vasario;34(2):e70103. doi:10.1002/pon.70103 PubMed PMID: 39915950; PubMed Central PMCID: PMC11803132.
6. Sheridan R, McCaughan D, Hewison A, Roman E, Smith A, Patmore R, ir kt. Experiences and preferences for psychosocial support: a qualitative study exploring the views of patients with chronic haematological cancers. *BMJ Open*. 2023 m. rugpjūčio 18 d.;13(8):e070467. doi:10.1136/bmjopen-2022-070467 PubMed PMID: 37597866; PubMed Central PMCID: PMC10441118.
7. Tsatsou I, Konstantinidis T, Kalemikerakis I, Adamakidou T, Vlachou E, Govina O. Unmet Supportive Care Needs of Patients with Hematological Malignancies: A Systematic Review. *Asia-Pac J Oncol Nurs*. 2021 m.;8(1):5–17. doi:10.4103/apjon.apjon_41_20 PubMed PMID: 33426184; PubMed Central PMCID: PMC7785074.
8. Bellali T, Manomenidis G, Meramveliotaki E, Minasidou E, Galanis P. The impact of anxiety and depression in the quality of life and psychological well-being of Greek hematological cancer patients on chemotherapy. *Psychol Health Med*. 2020 m. vasario;25(2):201–13. doi:10.1080/13548506.2019.1695864 PubMed PMID: 31777270.
9. Brett J, Henshall C, Dawson P, Collins GP, Ehlers A, Mitchell-Floyd T, ir kt. Examining the levels of psychological support available to patients with haematological cancer in England: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2023 m. vasario 20 d.;13(2):e060106. doi:10.1136/bmjopen-2021-060106 PubMed PMID: 36806143; PubMed Central PMCID: PMC9943904.
10. Zomerdijs N, Jongenelis M, Short CE, Smith A, Turner J, Huntley K. Prevalence and correlates of psychological distress, unmet supportive care needs, and fear of cancer recurrence among haematological cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2021 m. gruodžio;29(12):7755–64. doi:10.1007/s00520-021-06369-5 PubMed PMID: 34164740; PubMed Central PMCID: PMC8221273.

11. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.* 1976 m.;38(5):300–14. doi:10.1097/00006842-197609000-00003 PubMed PMID: 981490.
12. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1983 m.;44(1):127–39. doi:10.1037/0022-3514.44.1.127
13. Geue K, Götze H, Friedrich M, Leuteritz K, Mehnert-Theuerkauf A, Sender A, ir kt. Perceived social support and associations with health-related quality of life in young versus older adult patients with haematological malignancies. *Health Qual Life Outcomes.* 2019 m. rugpjūčio 22 d.;17(1):145. doi:10.1186/s12955-019-1202-1 PubMed PMID: 31438983; PubMed Central PMCID: PMC6704656.
14. Liang T, Mao L, Du X, Chen F. Hematological cancer patients' social support, coping strategies, anxiety, depression and posttraumatic growth: a structural equation model. *Front Oncol.* 2025 m.;15:1540973. doi:10.3389/fonc.2025.1540973 PubMed PMID: 40438684; PubMed Central PMCID: PMC12116656.
15. Efficace F, Baccarani M, Breccia M, Alimena G, Rosti G, Cottone F, ir kt. Health-related quality of life in chronic myeloid leukemia patients receiving long-term therapy with imatinib compared with the general population. *Blood.* 2011 m. spalio 27 d.;118(17):4554–60. doi:10.1182/blood-2011-04-347575 PubMed PMID: 21750313.
16. Zhu Y, Hua H, Sheng L, Zhou J, Ye L, Gu S. Relationship between disease perception and feelings of powerlessness in lymphoma patients: the mediating effect of social support and level of hope. *Front Psychiatry.* 2025 m. vasario 19 d.;16:1557867. doi:10.3389/fpsy.2025.1557867 PubMed PMID: 40084059; PubMed Central PMCID: PMC11904247.
17. Fitch MI. Supportive care framework. *Can Oncol Nurs J Rev Can Nurs Oncol.* 2008 m.;18(1):6–24. doi:10.5737/1181912x181614 PubMed PMID: 18512565.
18. Yu FF, Bai YN, He H, Zhu L, Zhang RL, Jiao HX, ir kt. Identifying the unmet supportive care needs, with concomitant influencing factors, in adult acute leukemia patients in China. *Eur J Oncol Nurs.* 2017 m. spalio 1 d.;30:67–74. doi:10.1016/j.ejon.2017.07.003
19. Jie Y, Wang Y, Chen J, Wang C, Lin Y, Hu R, ir kt. Unmet supportive care needs and its relation to quality of life among adult acute leukaemia patients in China: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2020 m. birželio 23 d.;18:199. doi:10.1186/s12955-020-01454-5 PubMed PMID: 32576289; PubMed Central PMCID: PMC7310469.
20. Pereira MG, Vilaça M, Pereira M, Ferreira G, Monteiro S, Coelho H, ir kt. The mediator role of unmet needs on quality of life in myeloma patients. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2020 m. spalio;29(10):2641–50. doi:10.1007/s11136-020-02511-8 PubMed PMID: 32356277.
21. Brajković L, Milat-Panža K, Kopilaš V. Subjective Well-Being in Cancer Patients: The Roles of Social Support, Purpose in Life, Resilience, and Informativeness. *Healthcare.* 2023 m. sausio;11(24):3181. doi:10.3390/healthcare11243181
22. Zhu H, Yang L, Yin H, Yuan X, Gu J, Yang Y. The Influencing Factors of Psychosocial Adaptation of Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Serv Insights.* 2024 m. rugsėjo 11 d.;17:11786329241278814. doi:10.1177/11786329241278814 PubMed PMID: 39291133; PubMed Central PMCID: PMC11406651.

23. Domenech A, Kasujee I, Koscielny V, Griffiths CEM. Systematic Review of the Use of the WHO-5 Well-Being Index Across Different Disease Areas. *Adv Ther.* 2025 m. rugpjūčio;42(8):3657–77. doi:10.1007/s12325-025-03266-9 PubMed PMID: 40506676; PubMed Central PMCID: PMC12313798.
24. Oberoi DV, White VM, Seymour JF, Prince HM, Harrison S, Jefford M, ir kt. Distress and unmet needs during treatment and quality of life in early cancer survivorship: A longitudinal study of haematological cancer patients. *Eur J Haematol.* 2017 m. lapkričio;99(5):423–30. doi:10.1111/ejh.12941 PubMed PMID: 28833529.
25. Li T, Liang X, Lin B, Luo B, Liu D, Lu W, ir kt. The global, regional, and national burden of Non-Hodgkin lymphoma in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: an update from the Global Burden of Disease Study 2021. *Ann Hematol.* 2025 m.;104(11):5783–96. doi:10.1007/s00277-025-06559-9 PubMed PMID: 40848052; PubMed Central PMCID: PMC12672617.
26. Kakhniashvili T, Kiladze I, Okribelashvili N. The Cancer Burden on Patients and Their Families in a Resource-Restricted Country: A Cross-Sectional Survey Study From Georgia. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent.* 2025 m. liepos 7 d.;32:10732748251359407. doi:10.1177/10732748251359407 PubMed PMID: 40621728; PubMed Central PMCID: PMC12235234.
27. Kitaw TA, Tilahun BD, Zemariam AB, Getie A, Bizuayehu MA, Haile RN. The financial toxicity of cancer: unveiling global burden and risk factors - a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health.* 2025 m. vasario 10 d.;10(2):e017133. doi:10.1136/bmjgh-2024-017133 PubMed PMID: 39929536; PubMed Central PMCID: PMC11815433.
28. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, ir kt. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024 m.;74(3):229–63. doi:10.3322/caac.21834 PubMed PMID: 38572751.
29. Bizuayehu HM, Ahmed KY, Kibret GD, Dadi AF, Belachew SA, Bagade T, ir kt. Global Disparities of Cancer and Its Projected Burden in 2050. *JAMA Netw Open.* 2024 m. lapkričio 4 d.;7(11):e2443198. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.43198 PubMed PMID: 39499513; PubMed Central PMCID: PMC11539015.
30. Dyba T, Randi G, Bray F, Martos C, Giusti F, Nicholson N, ir kt. The European cancer burden in 2020: Incidence and mortality estimates for 40 countries and 25 major cancers. *Eur J Cancer.* 2021 m. lapkričio;157:308–47. doi:10.1016/j.ejca.2021.07.039 PubMed PMID: 34560371; PubMed Central PMCID: PMC8568058.
31. OECD, European Commission. EU Country Cancer Profile: Lithuania 2025 [Prieiga per internetą]. OECD Publishing; 2025 [žiūrėta 2026 m. balandžio 14 d.]. (EU Country Cancer Profiles). Adresas: https://www.oecd.org/en/publications/eu-country-cancer-profile-lithuania-2025_b260e7d1-en.html doi:10.1787/b260e7d1-en
32. Elmadani M, Mokaya PO, Omer AAA, Kiptulon EK, Klara S, Orsolya M. Cancer burden in Europe: a systematic analysis of the GLOBOCAN database (2022). *BMC Cancer.* 2025 m. kovo 12 d.;25(1):447. doi:10.1186/s12885-025-13862-1 PubMed PMID: 40075331; PubMed Central PMCID: PMC11905646.

33. Mafra A, Laversanne M, Marcos-Gragera R, Chaves HVS, Mcshane C, Bray F, ir kt. The global multiple myeloma incidence and mortality burden in 2022 and predictions for 2045. *J Natl Cancer Inst.* 2025 m. gegužės 1 d.;117(5):907–14. doi:10.1093/jnci/djae321 PubMed PMID: 39658225.
34. Pan T, Zhang J, Wang X, Song Y. Global burden and trends of hematologic malignancies based on Global Cancer Observatory 2022 and Global Burden of Disease 2021. *Exp Hematol Oncol.* 2025 m. liepos 17 d.;14(1):98. doi:10.1186/s40164-025-00684-x PubMed PMID: 40676693; PubMed Central PMCID: PMC12273037.
35. Huang J, Chan SC, Lok V, Zhang L, Lucero-Prisno DE, Xu W, ir kt. Global burden, risk factors, and trends of non-Hodgkin lymphoma: A worldwide analysis of cancer registries. *Cancer Med.* 2024 m. kovo;13(5):e7056. doi:10.1002/cam4.7056 PubMed PMID: 38477498; PubMed Central PMCID: PMC10935876.
36. Nacionalinis vėžio institutas. Vėžio registras [Prieiga per internetą]. Nacionalinis vėžio institutas; [žiūrėta 2026 m. balandžio 14 d.]. Adresas: <https://registras.nvi.lt/>
37. Belizaire R, Wong WJ, Robinette ML, Ebert BL. Clonal haematopoiesis and dysregulation of the immune system. *Nat Rev Immunol.* 2023 m. rugsėjo;23(9):595–610. doi:10.1038/s41577-023-00843-3 PubMed PMID: 36941354; PubMed Central PMCID: PMC11140722.
38. Hu C, Chen W, Zhang P, Shen T, Xu M. Global, regional, and national burden of leukemia: Epidemiological trends analysis from 1990 to 2021. *PloS One.* 2025 m.;20(6):e0325937. doi:10.1371/journal.pone.0325937 PubMed PMID: 40569983; PubMed Central PMCID: PMC12200851.
39. Fardin MF, Akter M. Review on Blood Cancer and their Types. *J OfMolecular Pharm Regul Aff.* 2022 m. sausio 13 d.;(3):18–26.
40. Asociacija Kraujas. Dauginė mieloma: informacinis leidinys pacientams ir jų artimiesiems [Prieiga per internetą]. Vilnius: Asociacija Kraujas; 2025 [žiūrėta 2026 m. balandžio 14 d.]. Adresas: <https://kraujas.lt/wp-content/uploads/2023/12/Daugine-mieloma-2025-internetui.pdf>
41. Thoits PA. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *J Health Soc Behav.* 1995 m.;Spec No:53–79. PubMed PMID: 7560850.
42. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
43. APA Dictionary of Psychology [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2026 m. balandžio 14 d.]. Adresas: <https://dictionary.apa.org/>
44. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol.* 1979 m. vasario;109(2):186–204. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a112674 PubMed PMID: 425958.
45. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychol Bull.* 1985 m.;98(2):310–57. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
46. Cutrona CE, Russell DW. Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. *Social support: An interactional view.* Oxford, England: John Wiley & Sons; 1990. p. 319–66. (Wiley series on personality processes).

47. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *Am J Epidemiol*. 1982 m. liepos;116(1):123–40. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a113387 PubMed PMID: 7102648.
48. Gutiérrez-Sánchez B, López-Martínez C, da-Silva-Domingues H, Del-Pino-Casado R. Relationship Between Perceived and Received Social Support in Family Caregivers: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Nurs Rep*. 2024 m. lapkričio 12 d.;14(4):3466–75. doi:10.3390/nursrep14040252 PubMed PMID: 39585143; PubMed Central PMCID: PMC11587471.
49. Lakey B, Orehek E. Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychol Rev*. 2011 m. liepos;118(3):482–95. doi:10.1037/a0023477 PubMed PMID: 21534704.
50. Uchino BN. Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. 2009 m. gegužės;4(3):236–55. doi:10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x PubMed PMID: 26158961.
51. Acoba EF. Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Front Psychol*. 2024 m.;15:1330720. doi:10.3389/fpsyg.2024.1330720 PubMed PMID: 38449744; PubMed Central PMCID: PMC10915202.
52. Shah, Sultan, Tahoor, Syeda Safa, Sardar, Zarrukh, Gul, Maida, Anwar, Muqaddas. The Role of Perceived Social Support in Building Resilience Among Individuals with Chronic Illnesses: Impacts on Emotional Well-Being and Coping with Disease-Related Stress. *Crit Rev Soc Sci Stud*. 2025 m.;3(1):977–84. doi:10.59075/q8ceyp85
53. Bıkmaz Z, Ünsar S. Quality of Life and Social Support Levels in Leukemia Patients. *Genel Sağlık Bilim Derg*. 2021 m. gruodžio 25 d.;3(3):200–14.
54. Amonoo HL, Harnedy LE, Deary EC, Traeger L, Brown LA, Daskalakis EP, ir kt. Peer support in patients with hematologic malignancies undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT): a qualitative study. *Bone Marrow Transplant*. 2022 m. rugpjūčio;57(8):1277–86. doi:10.1038/s41409-022-01711-9 PubMed PMID: 35589998; PubMed Central PMCID: PMC9119381.
55. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Rudzki S. The Problems and Needs of Patients Diagnosed with Cancer and Their Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 m. gruodžio 24 d.;18(1):87. doi:10.3390/ijerph18010087 PubMed PMID: 33374440; PubMed Central PMCID: PMC7795845.
56. Tack L, Schofield P, Boterberg T, Chandler R, Parris CN, Debruyne PR. Psychosocial Care after Cancer Diagnosis: Recent Advances and Challenges. *Cancers*. 2022 m. lapkričio 29 d.;14(23):5882. doi:10.3390/cancers14235882 PubMed PMID: 36497363; PubMed Central PMCID: PMC9739074.
57. Herrmann A, Mansfield E, Tzelepis F, Lynagh M, Hall A. Use of the supportive care framework to explore haematological cancer survivors' unmet needs: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2020 m. lapkričio 23 d.;20(1):1062. doi:10.1186/s12913-020-05927-7 PubMed PMID: 33228652; PubMed Central PMCID: PMC7686725.

58. Adamakidou T, Menti K, Charalambous A, Tsiou C, Vlachou E, Govina O. Changes in unmet care needs, social support and distress from initial diagnosis to post-surgery in patients with gynecological cancer: A longitudinal study. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* 2023 m. spalio;66:102358. doi:10.1016/j.ejon.2023.102358 PubMed PMID: 37572628.
59. Lian S, Hou X, Liu W, Li M, Chen G, Ling Y. Supportive care needs, quality of life and social support among elderly colorectal cancer patients undergoing chemotherapy: a longitudinal study. *Front Oncol.* 2024 m.;14:1437888. doi:10.3389/fonc.2024.1437888 PubMed PMID: 39234393; PubMed Central PMCID: PMC11372478.
60. Okamura M, Fujimori M, Sato A, Uchitomi Y. Unmet supportive care needs and associated factors among young adult cancer patients in Japan. *BMC Cancer.* 2021 m. sausio 5 d.;21(1):17. doi:10.1186/s12885-020-07721-4
61. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989 m.;57(6):1069–81. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
62. Dodge R, Daly AP, Huyton J, Sanders LD. The challenge of defining wellbeing. *Int J Wellbeing [Prieiga per internetą].* 2012 m. rugpjūčio 29 d. [žiūrėta 2026 m. balandžio 14 d.];2(3). Adresas: <https://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/view/89>
63. APA Dictionary of Psychology [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2026 m. balandžio 14 d.]. Adresas: <https://dictionary.apa.org/>
64. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol.* 2001 m.;52:141–66. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141 PubMed PMID: 11148302.
65. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984 m.;95(3):542–75. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542
66. Waterman AS. Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *J Pers Soc Psychol.* 1993 m.;64(4):678–91. doi:10.1037/0022-3514.64.4.678
67. Joshanloo M. Revisiting the Empirical Distinction Between Hedonic and Eudaimonic Aspects of Well-Being Using Exploratory Structural Equation Modeling. *J Happiness Stud.* 2016 m. spalio 1 d.;17(5):2023–36. doi:10.1007/s10902-015-9683-z
68. Das KV, Jones-Harrell C, Fan Y, Ramaswami A, Orlove B, Botchwey N. Understanding subjective well-being: perspectives from psychology and public health. *Public Health Rev.* 2020 m. lapkričio 19 d.;41(1):25. doi:10.1186/s40985-020-00142-5 PubMed PMID: 33292677; PubMed Central PMCID: PMC7678314.
69. Di Lorenzo G, Buonerba C, Baio R, Monteleone E, Passaro F, Tufano A, ir kt. The Development and Initial Validation of the REST Questionnaire: A Multidimensional Tool for Assessing Fatigue in Individuals with and Without a History of Cancer. *Diseases.* 2025 m. sausio;13(1):15. doi:10.3390/diseases13010015
70. Hadas S, Huhn M, Rentrop M, Wollenberg B, Combs S, Pigorsch S, ir kt. The role of psycho-oncologic screenings in the detection and evaluation of depression in head and neck cancer aftercare patients. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg.* 2022 m. balandžio;279(4):2143–56.

doi:10.1007/s00405-021-07017-8 PubMed PMID: 34406478; PubMed Central PMCID: PMC8930863.

71. Adamou M, Uche-Ikonne O, Kamposioras K. The Wellbeing Thermometer in Patients with Colorectal Cancer: A Validation Study. *Diseases*. 2024 m. lapkričio;12(11):280. doi:10.3390/diseases12110280
72. Sánchez-Merino A, Vilchez-Márquez F, Núñez-García A, Botella-García C, Arias-Santiago S. [Translated article] Analyzing the Quality of Life of Individuals With Cutaneous Lymphomas. *Actas Dermosifiliogr*. 2025 m. spalio;116(9):T1001–6. doi:10.1016/j.ad.2025.07.014 PubMed PMID: 40701230.
73. Boyes AW, Clinton-McHarg T, Waller AE, Steele A, D’Este CA, Sanson-Fisher RW. Prevalence and correlates of the unmet supportive care needs of individuals diagnosed with a haematological malignancy. *Acta Oncol*. 2015 m. balandžio;54(4):507–14. doi:10.3109/0284186X.2014.958527 PubMed PMID: 25238282.
74. Damen MDC, Westerweel PE, Levin MD, Pelle AJ. Unmet supportive care needs, anxiety and depression in haematology patients during watch-and-wait. *Psychooncology*. 2022 m. vasario;31(2):176–84. doi:10.1002/pon.5800 PubMed PMID: 34459065.
75. Okati-Aliabad H, Ansari-Moghadam A, Mohammadi M, Kargar S, Shahraki-Sanavi F. The prevalence of anxiety and depression and its association with coping strategies, supportive care needs, and social support among women with breast cancer. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2022 m. sausio;30(1):703–10. doi:10.1007/s00520-021-06477-2 PubMed PMID: 34365523.
76. Çelik GK, Çakır H, Kut E. Mediating Role of Social Support in Resilience and Quality of Life in Patients with Breast Cancer: Structural Equation Model Analysis. *Asia-Pac J Oncol Nurs*. 2021 m.;8(1):86–93. doi:10.4103/apjon.apjon_44_20 PubMed PMID: 33426195; PubMed Central PMCID: PMC7785076.
77. Miniotti M, Bassino S, Fanchini L, Ritorto G, Leombruni P. Supportive care needs, quality of life and psychological morbidity of advanced colorectal cancer patients. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2019 m. gruodžio;43:101668. doi:10.1016/j.ejon.2019.09.009 PubMed PMID: 31593821.
78. Doubova SV, Pérez-Cuevas R. Supportive care needs and quality of care of patients with lung cancer in Mexico: A cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2020 m. gruodžio;49:101857. doi:10.1016/j.ejon.2020.101857 PubMed PMID: 33120212.
79. Faraci P, Bottaro R. Association Between Perceived Social Support, Illness Perception, Life Orientation, Life Satisfaction, and Quality of Life Within a Sample of Cancer Patients. *Int J Psychol Res*. 2022 m.;15(1):9–19. doi:10.21500/20112084.5263 PubMed PMID: 36199528; PubMed Central PMCID: PMC9529281.
80. Xiangting Y, Meichun Z, Huiying Q. Supportive care needs and related factors among colorectal cancer patients with stoma in the postoperative rehabilitation period from a bio-psycho-social perspective: a cross-sectional study. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2023 m. rugsėjo 29 d.;31(10):599. doi:10.1007/s00520-023-08067-w PubMed PMID: 37770807.

81. Rowland S, Forbes R, Howell D, Kelly H, Haghayegh AT, Cardinale M, ir kt. Psychosocial and supportive care needs of individuals with advanced myeloma. *Can Oncol Nurs J*. 2023 m. balandžio 1 d.;33(2):215–22. doi:10.5737/23688076332215 PubMed PMID: 37152822; PubMed Central PMCID: PMC10155777.
82. Kleisiaris C, Maniou M, Karavasileiadou S, Togas C, Konstantinidis T, Papathanasiou IV, ir kt. Psychological Distress and Concerns of In-Home Older People Living with Cancer and Their Impact on Supportive Care Needs: An Observational Survey. *Curr Oncol*. 2023 m. spalio 31 d.;30(11):9569–83. doi:10.3390/currenco30110692 PubMed PMID: 37999112; PubMed Central PMCID: PMC10670276.
83. Zhu Y, Gong Y, Liu P. Supportive care needs, quality of life and social support among laryngeal cancer patients undergoing total laryngectomy: a cohort study. *J Laryngol Otol*. 2025 m. lapkričio 24 d.;1–7. doi:10.1017/S0022215125103770 PubMed PMID: 41277163.
84. Cooper DJ, Eckstein J, Sidiqi B, Rana ZH, Matarangas A, Shah A, ir kt. Trait Mindfulness and Social Support Predict Lower Perceived Stress Burden in Patients Undergoing Radiation Therapy. *Adv Radiat Oncol*. 2024 m. rugpjūčio;9(8):101546. doi:10.1016/j.adro.2024.101546 PubMed PMID: 39035172; PubMed Central PMCID: PMC11259697.
85. Tian X, Jin Y, Chen H, Tang L, Jiménez-Herrera MF. Relationships among Social Support, Coping Style, Perceived Stress, and Psychological Distress in Chinese Lung Cancer Patients. *Asia-Pac J Oncol Nurs*. 2021 m.;8(2):172–9. doi:10.4103/apjon.apjon_59_20 PubMed PMID: 33688566; PubMed Central PMCID: PMC7934593.
86. Supportive care needs, psychological distress and social support of patients with gynecologic cancer before surgery – JBUON [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2026 m. balandžio 30 d.]. Adresas: <https://jbuon.com/article/5307/supportive-care-needs-psychological-distress-and-social-support-of-patients-with-gynecologic-cancer-before-surgery/>
87. Vilniaus universitetas. Medicinos fakultetas. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto baigiamųjų darbų rengimo, gynimo ir kaupimo metodiniai nurodymai [Prieiga per internetą]. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla; 2023. Adresas: https://www.mf.vu.lt/images/VU_Medicinos_fakulteto_metodiniai_nurodymai_2023.pdf
88. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras; 2017.
89. Balaisis M. Lituaništika [doctoral thesis] [Prieiga per internetą]. 2004 [žiūrėta 2026 m. balandžio 14 d.]. First-year students' adjustment at Vilnius University in Lithuania: the role of self-orientation, locus of control, social support and demographic variables. Adresas: <https://www.lituanistika.lt/content/75451>
90. Vingiliauskaitė J. Plaučių vėžiu sergančių pacientų gyvenimo kokybės ir slaugos poreikių vertinimas prieš ir po chemoterapijos [Prieiga per internetą]. 2015 m. [žiūrėta 2026 m. balandžio 14 d.]. Adresas: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/102027>
91. Dikčius V. Marketingo tyrimai: teorija ir praktika. Vilnius: Vilniaus vadybos kolegija.
92. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988 m.;52(1):30–41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2

PRIEDAI

1 priedas. Tyrimo instrumentas

ANKETA

Gerbiamas paciente,

Kviečiame Jus dalyvauti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto magistrantūros studijų programos Išplėstinės slaugos praktikos studentės Agnės Želvytės atliekamame moksliniame tyrime.

Tyrimo tikslas – ištirti onkohematologinių pacientų suvokto socialinio palaikymo, palaikomosios priežiūros poreikių ir psichologinės gerovės sąsajas. Surinkti duomenys padės geriau suprasti, kaip socialinė aplinka ir emocinė būklė siejasi su pacientų patirtimi gydymo metu, bei prisidės prie slaugos praktikos tobulinimo.

Apklausa yra anoniminė. Jūsų pateikti atsakymai bus apibendrinti ir naudojami tik mokslo tikslais magistro baigiamajame darbe. Tyrimo duomenys bus analizuojami konfidencialiai, užtikrinant Jūsų asmens duomenų apsaugą.

Prašome atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pažymėti Jums tinkantį atsakymo variantą. Kai kuriais atvejais prašysime pateikti atsakymą atviroje formoje. Jūsų nuoširdūs ir atviri atsakymai yra itin svarbūs tyrimo sėkmei.

Dėkojame už Jūsų laiką ir dalyvavimą!

1. Ar sutinkate dalyvauti tyrime?

☐ Taip

☐ Ne

2. Lytis:

☐ Moteris

☐ Vyras

☐ Kita

3. Amžius: _____ metų

4. Koks yra Jūsų aukščiausias pasiektas išsilavinimas?

☐ Pradinis

☐ Pagrindinis

☐ Vidurinis / Profesinis

☐ Aukštasis neuniversitetinis / Aukštesnysis

☐ Aukštasis universitetinis

5. Kaip vertinate savo šeimos finansinę padėtį?

- ☐ Labai gera
- ☐ Gera
- ☐ Vidutinė
- ☐ Bloga
- ☐ Labai bloga

6. Kaip šiuo metu vertinate savo bendrą sveikatos būklę?

- ☐ Labai gera
- ☐ Gera
- ☐ Vidutinė
- ☐ Bloga
- ☐ Labai bloga

7. Kokia yra Jūsų šeimtinė padėtis?

- ☐ Vedęs / Ištekėjusi
- ☐ Gyvena kartu su partneriu (-e)
- ☐ Išsiskyręs (-usi)
- ☐ Našlys (-ė)
- ☐ Vienišas (-a)

8. Diagnozė (Jūsų onkohematologinės ligos tipas):

- ☐ Ūminė leukemija
- ☐ Lėtinė leukemija
- ☐ Hodžkino limfoma
- ☐ Difuzinė didelių B ląstelių limfoma
- ☐ Berkito (Burkitt) limfoma
- ☐ Dauginė mieloma
- ☐ Kita: _____

Prašome perskaityti kiekvieną pateiktą teiginį ir įvertinti, kiek jis atitinka Jūsų nuomonę ar patirtį.
Prie kiekvieno teiginio **apibraukite vieną skaičių nuo 1 iki 7**, kuris geriausiai atspindi Jūsų požiūrį:

1 – Visiškai nesutinku

2 – Labai nesutinku

3 – Iš dalies nesutinku

4 – Nei sutinku, nei nesutinku

5 – Iš dalies sutinku

6 – Labai sutinku

7 – Visiškai sutinku

Pažymėkite **tik vieną skaičių** kiekvienam teiginiui ir **apibraukite jį apskritimu**. Atsakykite į visus klausimus nuoširdžiai – teisingų ar klaidingų atsakymų nėra. Mums svarbi **Jūsų asmeninė nuomonė ir savijauta**.

1. Yra žmogus, į kurį galiu kreiptis, kai man reikia.	1	2	3	4	5	6	7
2. Turiu žmogų, su kuriuo galiu dalintis džiaugsmiais ir skausmais.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mano šeima tikrai mėgina man padėti.	1	2	3	4	5	6	7
4. Reikalingą emocinę pagalbą ir paramą man teikia mano šeima.	1	2	3	4	5	6	7
5. Turiu žmogų, kuris man yra tikras paguodos šaltinis.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mano draugai tikrai mėgina man padėti.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kai man nesiseka, galiu pasikliauti savo draugais.	1	2	3	4	5	6	7
8. Apie savo problemas galiu pasikalbėti su savo šeima.	1	2	3	4	5	6	7
9. Turiu draugų, su kurias galiu pasidalinti savo džiaugsmiais ir vargais.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mano gyvenime yra žmogus, kuriam rūpi mano jausmai.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mano šeima nori padėti man apsispręsti.	1	2	3	4	5	6	7
12. Apie savo problemas galiu pasikalbėti su savo draugais.	1	2	3	4	5	6	7

Reikalui esant, aš pasinaudočiau tokia parama:							
1. Yra žmogus, į kurį galiu kreiptis, kai man reikia.	1	2	3	4	5	6	7
2. Turiu žmogų, su kuriuo galiu dalintis džiaugsmiais ir skausmais.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mano šeima tikrai mėgina man padėti.	1	2	3	4	5	6	7
4. Reikalingą emocinę pagalbą ir paramą man teikia mano šeima.	1	2	3	4	5	6	7
5. Turiu žmogų, kuris man yra tikras paguodos šaltinis.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mano draugai tikrai mėgina man padėti.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kai man nesiseka, galiu pasikliauti savo draugais.	1	2	3	4	5	6	7
8. Apie savo problemas galiu pasikalbėti su savo šeima.	1	2	3	4	5	6	7
9. Turiu draugų, su kurias galiu pasidalinti savo džiaugsmiais ir vargais.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mano gyvenime yra žmogus, kuriam rūpi mano jausmai.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mano šeima nori padėti man apsisėsti.	1	2	3	4	5	6	7
12. Apie savo problemas galiu pasikalbėti su savo draugais.	1	2	3	4	5	6	7

Prašome pažymėti prie kiekvieno iš penkių teiginių geriausiai Jums tinkantį atsakymą apie tai, kaip jūs jautėtės per pastarąsias dvi savaites. Atkreipkite dėmesį, kad didesnis skaičius žymi geresnę savijautą.

Pavyzdys: **jei jautėtės linksmi ir pakilios nuotaikos daugiau nei pusę laiko per paskutiniąsias dvi savaites**, pažymėkite langelį, kurio dešiniajame viršutiniame kampe yra skaičius 3.

Per pastarąsias dvi savaites	Visą laiką	Beveik visą laiką	Daugiau nei pusę to laiko	Mažiau nei pusę to laiko	Kartais	Niekada
1. Jaučiausi linksmas ir pakilios nuotaikos	5	4	3	2	1	0
2. Jaučiausi ramus ir atsipalaidavęs	5	4	3	2	1	0
3. Jaučiausi aktyvus ir energingas	5	4	3	2	1	0
4. Atsibudęs jaučiausi žvalus ir pailsėjęs	5	4	3	2	1	0
5. Mano kasdieniniame gyvenime buvo daug mane dominančių dalykų	5	4	3	2	1	0

Prašome padėti mums geriau planuoti paslaugas žmonėms, kuriems diagnozuotas vėžys. Mums įdomu, ar buvo patenkinti jums, kaip sergančiajam vėžiu, iškilę poreikiai. Prie kiekvieno punkto tolesniuose puslapiuose nurodykite, ar jums, kaip sergančiajam vėžiu, reikėjo pagalbos šiuo klausimu per praėjusį mėnesį, ar ne. Apibraukite skaičių, kuris geriausiai apibūdina, ar jums reikėjo pagalbos šiuo klausimu per praėjusį mėnesį. Galima rinktis iš 5 galimų variantų:

POREIKIO NEBUVO	1	Nebuvo – Tai man, sergant vėžiu, nebuvo problema.
	2	Poreikis patenkintas – Man reikėjo pagalbos šiuo klausimu, tačiau tuo metu mano poreikis buvo patenkintas.
POREIKIS BUVO	3	Mažas poreikis – Šis klausimas sukėlė man rūpesčių ar nepatogumų. Man reikėjo šiek tiek papildomos pagalbos.
	4	Vidutinis poreikis – Šis klausimas sukėlė man rūpesčių ar nepatogumų. Man reikėjo papildomos pagalbos.
	5	Didelis poreikis – Šis klausimas sukėlė man rūpesčių ar nepatogumų. Man labai reikėjo papildomos pagalbos.

Pavyzdžiui

Koks buvo jūsų pagalbos poreikis per praėjusį mėnesį:	POREIKIO NEBUVO		POREIKIS BUVO		
	<i>Nebuvo</i>	<i>Poreikis patenkintas</i>	<i>Mažas poreikis</i>	<i>Vidutinis poreikis</i>	<i>Didelis poreikis</i>
1. Būti informuotam apie dalykus, kuriuos galite daryti, norėdami padėti sau pasveikti	1	2	3	4	5
Jei apibrauksite tą skaičių, kurį apibraukėme mes, tai reiškia, kad jūs negavote tiek informacijos, kiek norėjote apie dalykus, kuriuos galėtumėte daryti, norėdami padėti sau pasveikti ir todėl jums reikėjo daugiau informacijos.					

Dabar prašome užpildyti kituose dviejuose lapuose esančią apklausą

Koks buvo jūsų pagalbos poreikis per praėjusį mėnesį dėl:	POREIKIO NEBUVO		POREIKIS BUVO		
	<i>Nebuvo</i>	<i>Poreikis patenkintas</i>	<i>Mažas poreikis</i>	<i>Vidutinis poreikis</i>	<i>Didelis poreikis</i>
1. Skausmo	1	2	3	4	5
2. Energijos trūkumo/nuovargio	1	2	3	4	5
3. Nuolatinės blogos savijautos	1	2	3	4	5
4. Namų ruošos darbų	1	2	3	4	5
5. Negalėjimo atlikti to, ką galėdavote atlikti anksčiau	1	2	3	4	5
6. Nerimo	1	2	3	4	5
7. Nusiminimo ar depresijos	1	2	3	4	5
8. Liūdesio	1	2	3	4	5
9. Baimės, kad vėžys išplis	1	2	3	4	5
10. Nerimo, kad jūsų gydymo rezultatai nuo jūsų nepriklauso	1	2	3	4	5
11. Abejonių dėl ateities	1	2	3	4	5
12. Mokymosi kontroliuoti savo situaciją	1	2	3	4	5
13. Optimistiško požiūrio išlaikymo	1	2	3	4	5
14. Jausmų apie mirtį ir mirimą	1	2	3	4	5
15. Pokyčių seksualiniuose jausmuose	1	2	3	4	5
16. Pokyčių jūsų seksualiniuose santykiuose	1	2	3	4	5
17. Rūpesčio dėl jums artimų žmonių nerimo	1	2	3	4	5
18. Didesnio pasirinkimo, pas kurį vėžio specialistą apsilankyti	1	2	3	4	5
19. Didesnio pasirinkimo, kurioje ligoninėje lankytis	1	2	3	4	5
20. Medicinos darbuotojų užtikrinimo, kad tai, kaip jaučiatės – įprasta	1	2	3	4	5
21. Nedelsiamo ligoninės personalo reagavimo į jūsų fizinius poreikius	1	2	3	4	5
22. Ligoninės personalo supratimo ir parodomo jautrumo jūsų jausmams ir emociniams poreikiams	1	2	3	4	5

Koks buvo jūsų pagalbos poreikis per praėjusį mėnesį dėl:	POREIKIO NEBUVO		POREIKIS BUVO		
	<i>Nebuvo</i>	<i>Poreikis patenkintas</i>	<i>Mažas poreikis</i>	<i>Vidutinis poreikis</i>	<i>Didelis poreikis</i>
23. Būti informuotam raštu apie svarbius jūsų priežiūros aspektus	1	2	3	4	5
24. Būti informuotam (raštu, diagramomis, piešiniais) apie tai, kaip tvarkytis su jūsų liga bei šalutiniais poveikiais namuose	1	2	3	4	5
25. Kad būtų paaiškinti tie tyrimai, kurie norėtumėte, kad būtų paaiškinti	1	2	3	4	5
26. Būti pakankamai informuotam apie gydymo naudą bei šalutinius poveikius prieš jį pasirenkant	1	2	3	4	5
27. Būti informuotam apie jūsų tyrimų rezultatus kaip įmanoma greičiau	1	2	3	4	5
28. Būti informuotam apie vėžį, kuris kontroliuojamas ar silpsta (t.y. remisiją)	1	2	3	4	5
29. Būti informuotam apie dalykus, kuriuos galite daryti, norėdami padėti sau pasveikti	1	2	3	4	5
30. Turėti priėjimą prie profesionalios konsultacijos (pvz.: psichologo, socialinio darbuotojo, patarėjo, slaugos specialisto), jei jums, šeimai ar draugams to reikia	1	2	3	4	5
31. Būti informuotam apie seksualinius santykius	1	2	3	4	5
32. Kad su jumis būtų elgiamasi kaip su žmogumi, o ne dar viena ligos istorija	1	2	3	4	5
33. Kad ligoninėje ar klinikoje su jumis būtų fiziškai elgiamasi kaip įmanoma maloniau	1	2	3	4	5
34. Turėti vieną ligoninės darbuotoją, su kuriuo galėtumėte aptarti visus savo būklės, gydymo ir tolesnės priežiūros aspektus.	1	2	3	4	5



**VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETO
MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS**

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2025-10-16 Nr. (1.7 E) 150000-KT-565
Vilnius

El. balsavimas vyko 2025 m. spalio 15-16 d.

Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Visuomenės sveikatos katedros asistentė dr. Jelena Stanislavovienė.

Posėdžio sekretorius VU MF SMI vyr. specialistė Greta Zambžickaitė.

Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asistentė dr. Aldona Mikaliūkštienė, VU MF TSTI Populiarijų genomikos laboratorijos vyresnioji mokslo darbuotoja dr. Laura Pranckėnienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Bužinskienė, VU MF KMI Anestezilogijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros asistentė dr. Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė. Kворumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 11 narių iš 11.

11. SVARSTYTA. Išplėstinės praktikos slaugos magistrantūros studijų programos pirmo kurso Agnės Želvytės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Agnės Želvytės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo instrumento naudojimui.

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto
pirmininkė

dr. Jelena Stanislavovienė

Posėdžio sekretorė

Greta Zambžickaitė

3 priedas. Leidimas naudoti Daugiamatę suvoktos socialinės paramos skalę (MSPSS)

Permission to Use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in My Master's Thesis

Zimet, Gregory D <gzimet@iu.edu>
Kam: Agnė Želvytė <zelyteagne30@gmail.com>

2025 m. vasario 13 d. 15:28

Dear Agne Želvyte,

You have my permission to use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in your research. I have attached the original English language version of the scale (with scoring information on the 2nd page), a document listing several of the articles that have reported on the reliability and validity of the MSPSS, and a chapter that I wrote about the scale. In addition, the original 1988 article is attached.

Also attached is a Lithuanian translation. I do not have any information on the validation of this translation, though you could try to contact the author: Mary Balais: maryteb2004@yahoo.ca. You have my permission to translate the scale, if needed.

I hope your research goes well.

Best regards,
Gregory Zimet

Gregory D. Zimet, PhD, FSAHM

Professor Emeritus of Pediatrics

Division of Adolescent Medicine

Indiana University School of Medicine

He/Him

gzimet@iu.edu

<https://medicine.iu.edu/faculty/2816/zimet-gregory>

Zimet Research Consulting LLC

<https://www.zrc-consulting.com/>

4 priedas. Leidimas naudoti Palaikomosios priežiūros poreikių klausimyną (SCNS-SF34)

Allison Boyes <allison.boyes@newcastle.edu.au>
Kam: Agnė Želvytė <zelvyteagne30@gmail.com>

2025 m. rugsėjo 16 d. 03:58

Dear Agnė,

Thank you for your email.

You are welcome to use the SCNS-SF34 in your research. I have attached a copy of a Lithuanian version of the SCNS-SF34 that I have on file. To my knowledge, this Lithuanian version hasn't been published and while I can't guarantee the accuracy of the translation (which was undertaken by Jolita Vingiliauskaite), it may still be helpful to you.

Please also find attached the User Manual and some key papers, including the original development publication which should be cited in any reports, publications or conference presentations that use the SCNS-SF34.

Please don't hesitate to reach out if I can assist further, or if there's an opportunity to collaborate with you and your colleagues on this research.

Regards,

Allison

Dr Allison Boyes

Senior Research Academic | College of Health, Medicine & Wellbeing

Senior Research & Engagement Partner | NSW Regional Cancer Research Network

Fellow Affiliate | Hunter Medical Research Institute

T: +61 2 4042 0703

E: allison.boyes@newcastle.edu.au

W: <https://www.newcastle.edu.au/profile/allison-boyes>  orcid.org/0000-0003-1721-0533

The University of Newcastle
University Drive, Callaghan NSW 2308 Australia

UNIVERSITY OF
NEWCASTLE
AUSTRALIA



50 YEARS
OF LOOKING AHEAD

I acknowledge the Traditional Custodians of the land in which the University resides and pay my respect to Elders past, present and emerging. I extend this acknowledgement to the Awabakal people of the land in which the Callaghan campus resides.

[Cituojamas tekstas paslėptas]

5 priedas. Leidimas naudoti lietuvišką Palaikomosios priežiūros poreikių klausimyno (SCNS-SF34) versiją

Ats.: Dėl SCNS-SF34 klausimyno naudojimo magistriniame darbe

Nuo: Jolita Vingiliauskaitė Jolita.Vingiliauskaite@santa.lt

Kam: Agnė Želvytė Agne.Zelvyte@Santa.Lt

Data: 2025-09-17, tr, 10:17

Laba diena,

Galite naudoti.

Pagarbiai, Jolita

Nuo: Agnė Želvytė <Agne.Zelvyte@Santa.Lt>

Išsiųsta: 2025 m. rugsėjo 16 d., antradienis 21:04

Iki: Jolita Vingiliauskaitė <Jolita.Vingiliauskaite@santa.lt>

Tema: Dėl SCNS-SF34 klausimyno naudojimo magistriniame darbe