

Psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams ir jų artimiesiems teikimą lemiantys veiksniai Lietuvoje

Emilija Gaidytė

Department of Sociology and Social Work, Vilnius University
emilijag@gmail.com

Eugenijus Dunajevus

Department of Sociology and Social Work, Vilnius University
eugenijus.dunajevus@sf.vu.lt

Santrauka. Onkologinių ligų gydymo kontekste vis labiau akcentuojamas psichologinių ir socialinių (psichosocialinių) sergančiųjų ir jų artimųjų poreikių tenkinimas. Psichosocialinės pagalbos paslaugos leidžia spręsti šių poreikių tenkinimo problemą. Tyrėjai ir ekspertai pažymi, kad psichosocialinės pagalbos paslaugų onkologinėmis ligomis sergantiems asmenims teikimas yra nepakankamas. Tyrimo tikslas – nustatyti veiksniai, kurie lemia nepakankamą šių paslaugų teikimą. Visų pirma sukurtas psichosocialinės pagalbos paslaugų teikimo modelis, kurio pagrindas – Jono Elsterio veiksmo modelis. Remiantis modeliu, išskirti šie psichosocialinės pagalbos teikimą lemiantys veiksniai: institucinis kontekstas, ekonominės galimybės, socialinės ir politinės preferencijos. Institucinio konteksto analizei buvo naudojama dokumentų analizė; ekonominių galimybių ir socialinių preferencijų analizei pasitelktas ekspertinis interviu ir antrinių duomenų analizė. Tyrimo rezultatai parodė, kad psichosocialinės pagalbos teikimas Lietuvos sveikatos politikoje yra institucionalizuotas. Nepaisant to, teikiant psichosocialinę pagalbą dominuoja ne pelno savanoriškas sektorius ir tai yra tiesiogiai susiję su tuo, kad viešųjų išteklių psichosocialinei pagalbai beveik neskiriama. Tyrimas parodė, kad skiriasi požiūris į tai, kas gali teikti psichosocialinę pagalbą. Socialinės preferencijos iliustruoja, kad daugiausia dėmesio gydant onkologines ligas skiriama medicininėms paslaugoms, o politinės preferencijos rodo, kad psichosocialinių paslaugų teikimas nėra prioritetingas sveikatos politikos kryptis.

Parindiniai žodžiai: psichosocialinė pagalba, onkologiniai ligoniai, veiksmo aiškinimo prieiga, Jonas Elsteris.

Factors Determining the Provision of Psychosocial Services for Oncological Patients and Their Loved Ones in Lithuania

Abstract. It is acknowledged by various organizations, experts, and researchers around the world that meeting psychological and social needs is an important factor in cancer treatment. However, there is a shortage of psychosocial care supply for cancer patients and their family members in Lithuania. The aim of this study is to discern the causes of this insufficient supply. In order to find out the possible causes, Jon Elster's action explanation framework was used. According to the framework, it is possible to deduce these factors: institutional constraints, economical (resources and labor supply) constraints, social preferences, and political preferences. Qualitative research (expert interviews) and secondary data analysis research methods were employed to gather the required data. A data analysis shows that there are no institutional constraints for the provision of psychosocial care. However, there is a lack of public

Received: 12/6/2019. Accepted: 03/09/2019

Copyright © 2019 Emilija Gaidytė, Eugenijus Dunajevus. Published by Vilnius University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution Licence](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

resources dedicated for the provision of psychosocial care. As a consequence, the main providers of psychosocial care for cancer patients and their family members are NGOs, which heavily depend on volunteer labor force. There is a contradiction in the point of view toward the professionalization of psychosocial care provision. It is the natural position of medical professionals that the provision of psychosocial care should be in the hands of professionals. On the other side, NGOs disagree with such a perspective. The need for psychosocial care is verbalized by experts and professionals; however, the general public prefers medical treatment. Thus, it is understandable why the public resources allocated to the provision of psychosocial care are so scarce. It is also evident that the political parties are not interested in psychosocial care, as it was shown by our analysis of their political programs.

Keywords: psychosocial care, cancer patients, action explanation framework, Jon Elster.

Įvadas

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, onkologinės ligos yra antra pagrindinė mirties priežastis visame pasaulyje, o 2018 metais onkologinės ligos nusinešė beveik 9,6 milijono žmonių gyvybių visame pasaulyje (Pasaulio sveikatos organizacija, 2018).

Remiantis Higienos instituto duomenimis (2019), vėžiniai susirgimai jau daugelį metų išlieka viena iš trijų pagrindinių mirties priežasčių ir Lietuvoje (1 lentelė).

1 lentelė. *Pagrindinės mirties priežastys Lietuvoje 2010–2018 m.*

Mirties priežastis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kraujotakos ligos	23 627	23 086	23 170	23 361	22 524	23 587	23 103	22 511	21 922
Piktybiniai navikai	8 110	8 106	7 998	7 872	8 028	8 348	8 345	8 184	8 205
Išorinės priežastys	4 045	3 720	3 659	3 615	3 338	3 208	3 062	2 810	3 618

Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2019

Iš 1 lentelės matoma, kad pagal mirčių skaičių piktybiniai navikai jau daugelį metų yra antra pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje. Mirčių nuo piktybinių navikų skaičius rodo atitinkamos sveikatos politikos poreikį, tačiau pati sąvoka „sveikata“ yra kompleksinė. Sveikata – tai optimalios fizinės, psichinės ir socialinės galimybės bei gera savijauta (Pasaulio sveikatos organizacija, 2018). Kitaip tariant, sveikata – tai ne tik fizinė, bet ir psichikos sveikata bei socialiniai santykiai. Atsižvelgiant į tai, kalbant apie sergančiųjų sveikatą, šalia pagrindinių fizinių poreikių ne ką menkiau svarbūs turi būti psichologiniai ir socialiniai (psichosocialiniai) ligonių ir jų artimųjų poreikiai. Pagrindiniai psichosocialiniai poreikiai: kokybiškos gydymo paslaugos, išskiriant jautrumą, nuoširdumą, pagarbą, prieinamumą, sprendimų, susijusių su gydymu, priėmimą; informavimas apie ligą ir jos gydymą, su tuo susijusius sunkumus, papildomas pagalbos ar informavimo galimybės; socialinė parama ir pagalba, kurią sergantysis gali gauti iš šeimos narių ir artimųjų; informavimas apie atsigavimą po gydymo, reabilitacijos ir ateities galimybes (Thomas, 2001).

Siekiant patenkinti ligonių psichosocialinius poreikius, yra teikiamos psichosocialinės paslaugos (psichosocialinė pagalba). Psichosocialinės pagalbos tikslas – mažinti su liga susijusį psichologinį stresą, neigiamą psichologinių ir socialinių veiksnių, susijusių su liga ir jos gydymu, įtaką, tinkamai ir laiku pradėti teikti pagalbą, atitinkančią sergančiojo ir jo artimųjų poreikius (Thomas, 2001). Asmenys, sergantys onkologine liga, patiria sunkumų, kurie daro įtaką jų sveikatos priežiūrai ir reabilitacijai, pavyzdžiui, prasta komunikacija su gydytojais ar šeimos nariais, informacijos apie ligą trūkumas, prastas gydymo ir kitų paslaugų prieinamumas, finansiniai sunkumai ir kt. (Institute of Medicine, 2008). Su šiais ir panašiais iššūkiais susiduria ir sergančiojo artimieji. Svarbu paminėti, kad sergančiojo šeima ir aplinkiniai asmenys yra arčiausiai jo ir kartu su gydančiais specialistais dalyvauja gydant. Iškeliant psichosocialinės pagalbos reikalingumą, labai svarbu, kad visi vėžiu sergantieji ir jų šeimos gautų optimalią psichosocialinę priežiūrą visais gydymo etapais ir po jo (Albrecht et al., 2015).

Psichosocialinės pagalbos, skiriamos onkologiniams pacientams, klausimas Lietuvoje nėra naujas, tačiau ekspertai pabrėžia, kad šiam klausimui trūksta dėmesio. Lietuvoje psichosocialinės pagalbos paslaugos tik pradėdamos teikti (Dvorak ir Savickaitė, 2018).

Mokslinių studijų, susijusių su psichosocialinės pagalbos poreikiu ir svarba gydant onkologines ligas Lietuvoje, nėra daug. Jas galima sugrupuoti į tam tikras potemes: paliatyvioji pagalba (Valiulienė, 2013; Sutkevičiūtė, Stančiukaitė ir Bulotienė, 2017), onkologine liga sergančių asmenų (įvairaus amžiaus grupių) gydymas, jų ir jų šeimų narių psichosocialiniai poreikiai (Jurkuvienė et al., 2014; Lunevičiūtė ir Masteikienė, 2014; Rekašiūtė ir Banienė, 2016; Dvorak ir Savickaitė, 2018), onkologinių pacientų sveikata ir su ja susijusi gyvenimo kokybė (Kalibatienė ir Jokubaitienė, 2016; Gerasimčik-Pulko et al., 2009); moterys, sergančios krūties vėžiu (Bulotienė, Ostapenko ir Vešeliūnas, 2005; Bulotienė et al., 2008; Bulotienė ir Matuizienė, 2014). Taip pat nemažai informacijos šia tema yra ne pelno savanoriškų organizacijų interneto svetainėse.

Šio darbo tikslas – nustatyti veiksnius, lemiančius nepakankamą psichosocialinių paslaugų teikimą onkologiniams ligoniams ir jų artimiesiems.

Pirmoje straipsnio dalyje pristatomas tyrimo objektas – psichosocialinių paslaugų teikimą lemiantys veiksniai. Šie veiksniai išskirti remiantis J. Elsterio veiksmo analizės modeliu.

Antroje straipsnio dalyje pristatoma tyrimo metodika. Tyrime naudoti dokumentų analizės ir ekspertų interviu metodai.

Trečioje dalyje pateikiami duomenų analizės rezultatai.

Galiausiai – pateikiamos išvados.

Psichosocialinių paslaugų teikimą lemiantys veiksniai

Psichosocialinės paslaugos – tai paslaugos, kurias teikia tam tikros organizacijos. Šias paslaugas gali teikti tiek viešojo sektoriaus, tiek ne pelno savanoriško sektoriaus organizacijos. Siekiant išskirti psichosocialinių paslaugų teikimą lemiančius veiksnius, pasirinktas Jono Elsterio veiksmo aiškinimo modelis.

Elsterio veiksmo aiškinimo modelis

Socialinis tyrėjas Jonas Elsteris (2000) pateikė veikėjų atliekamo veiksmo aiškinimo modelį. Svarbu pažymėti, kad šiuo atveju kalbama apie veikėjus ir veiksmus, o ne apie individus ir elgesį. Pagal Elsterį, veiksmas yra susijęs su tikslu, kai veikėjas reflektuoja, apmąsto, kaip ir ką daryti konkrečioje situacijoje, o elgesys yra išmoktas atsakas į konkretų dirgiklį. Elsterio veiksmo aiškinimo modelis yra skirtas veiksmui, bet ne elgesiui aiškinti. Kitaip tariant, pasitelkus šį modelį galima rasti virtinę priežasčių, lemiančių vieną ar kitą rezultatą, kylantį iš veikėjų veiklos.

Elsterio veiksmo aiškinimo modelis pirmiausia yra skirtas asmens veiksmų analizei, o šio tyrimo objektas – organizacijų veikla. Organizacijos yra korporatyvūs veikėjai, sudaryti iš pozicijų, kurias užima asmenys (Coleman, 2005), priimantys sprendimus – ką ir kaip organizacija turi daryti, kokių tikslų siekti ir pan., todėl organizacijų veiksmo analizei ir pasirinktas Elsterio modelis.

Pagal Elsterio (2000) veiksmo modelį, konkretus veiksmas (šiuo atveju psichosocialinių paslaugų onkologinėmis ligomis sergantiems asmenims teikimas) yra dviejų „filtravimo“ proceso etapų padarinys. Pirmą filtrą sudaro galimybės, o antrąjį – veiksmo kreipimo mechanizmai. Pirmas filtras yra pirmesnis antro filtro atžvilgiu, antras filtras įsijungia tik po pirmojo.

Pirmas filtras iš visų logiškai įmanomų veiksmo alternatyvų „atsijoja“ atitinkamoje situacijoje realizuotinas veiksmo alternatyvas. Tai, ką galima daryti konkrečiu atveju, priklauso nuo fizinių, ekonominių, psichologinių, institucinių veiksnių. Pavyzdžiui, kai asmuo svarsto įsigyti naują kompiuterį, jo sprendimas pirmiausia bus nulemtas fizinės aplinkos veiksnių – kur tuo metu galima įsigyti kompiuterį (vietinės fizinės ir elektroninės parduotuvės, fizinės ir elektroninės parduotuvės užsienyje); vėliau jo sprendimą lems ekonominės galimybės – kokią pinigų sumą jis gali skirti kompiuteriui įsigyti; dar vėliau – sprendimas priklausys nuo psichologinių veiksnių – ar asmuo geba palyginti kompiuterius; galiausiai jo sprendimą lems instituciniai veiksniai, kuriuos Elinora Ostrom (2009) skirsto į tris grupes: institucijas kaip taisykles; institucijas kaip normas; institucijas kaip strategijas – ar šalies teisinė sistema leidžia šiam asmeniui įsigyti kompiuterį.

Antras filtras iš atitinkamoje situacijoje galimų veiksmo alternatyvų atrenka konkretų veiksmą. Veiksmas gali būti atrenkamas vienu iš trijų būdų: racionalaus pasirinkimo, socialinių normų ir vienos alternatyvos.

Racionalaus pasirinkimo būdu visos galimos alternatyvos pasveriamos pagal jų kaštus ir naudą bei atitinkamai ranguojamos. Veikėjas renkasį tą veiksmo alternatyvą, kuri jam teikia santykinai daugiausia naudos, palyginti su kaštais. Svarbu pažymėti, kad tai, ką asmuo supranta kaip kaštus ar naudą ir kiek tai reikalaus kaštų ar bus naudinga, yra subjektyvu. Remiantis socialinėmis normomis iš visų galimų veiksmo alternatyvų pasirenkama konkreti alternatyva. Pavyzdžiui, jeigu asmeniui socializacijos metu yra įdiegta socialinė norma – „užleisk vietą vyresnio amžiaus žmogui viešajame transporte“ – pamatęs į viešojo transporto priemonę įlipusį vyresnio amžiaus žmogų, jis jaus postūmį užleisti vietą ir, atvirkščiai.

Vienos alternatyvos pasirinkimas – tai situacija, kai visos logiškai įmanomos veiksmo alternatyvos būna išretintos ekonominių, fizinių, psichologinių, institucinių ir kt. veiksmų iki vienos veiksmo alternatyvos.

Elsterio (2000) teigimu, asmuo dažniausiai vadovaujasi racionalių pasirinkimu. Tai yra dar labiau tikėtina kalbant apie organizacijas. Kitame skyriuje į psichosocialinių paslaugų teikimą žvelgiama pasitelkiant Elsterio veiksmo aiškinimo modelį.

Psichosocialinių paslaugų teikimas Elsterio modelio perspektyvoje

Siekiant nustatyti, kokie veiksniai lemia nepakankamą psichosocialinių paslaugų onkologinėmis ligomis sergantiems asmenims teikimą, visų pirma įvertinami fiziniai, instituciniai, psichologiniai ir ekonominiai veiksniai. Šiuo atveju aktualiausi yra ekonominiai ir instituciniai veiksniai.

Institucinius veiksmus sudaro esami teisės aktai, kuriuose yra institucionalizuojamas psichosocialinių paslaugų teikimas arba bent nedraudžiama jas teikti.

Ekonominiai veiksniai apima išteklius, kurių reikia, kad organizacija galėtų veikti ir teikti psichosocialines paslaugas. Pažymėtina, kad teikiant psichosocialines paslaugas svarbiausias gamybos veiksnys yra darbo jėga – būtent tie profesionalai, kurie gali teikti psichosocialines paslaugas. Šiame kontekste galimos kelios situacijos: organizacija turi išteklių, bet nėra darbuotojų pasiūlos; organizacija neturi išteklių, bet yra darbuotojų pasiūla; nėra nei išteklių, nei darbuotojų pasiūlos; yra išteklių ir darbuotojų pasiūla.

Minėta, kad organizacijoms svarbesnis yra racionalių pasirinkimas. Organizacija siekia tikslų, kuriuos jai iškelia steigėjai (Coleman, 2005). Kadangi psichosocialines paslaugas gali teikti tiek ne pelno savanoriškas sektorius, tiek viešasis sektorius, ne pelno savanoriškoms organizacijoms svarbūs tik jų steigėjų tikslai arba nauda. Kalbant apie viešojo sektoriaus organizacijas, situacija yra sudėtingesnė, nes šių organizacijų tikslai yra nustatomi politinio proceso metu. Viešojo sektoriaus organizacijoms yra svarbūs visuomenės tikslai (socialinės preferencijos) ir politikų tikslai (politinės preferencijos), kurie demokratinėse valstybėse daugmaž yra tarpusavyje priklausomi.

Tyrimo metodika

Duomenys

Siekiant įvertinti išskirtus fizinius, institucinius psichologinius ir ekonominius veiksmus, visų pirma randama informacija, kuri indikuotų konkretų veiksmą. Veiksmų grupės ir tyrimui atlikti reikalingi duomenys bei jų šaltiniai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Tyrimo duomenys ir duomenų šaltiniai

Veiksnių grupės	Duomenys	Duomenų šaltiniai
Instituciniai veiksniai	Institucijos	Teisės aktai
	Ekspertų nuomonės	Ekspertų interviu
Ekonominiai veiksniai	Ekspertų nuomonės	Ekspertų interviu
	Organizacijų veiklos duomenys	Atlikti tyrimai
Socialinės preferencijos	Visuomenės nuomonė	Atlikti tyrimai
Politinės preferencijos	Politikų nuomonė	Atlikti tyrimai; politinių partijų programos

Duomenų rinkimo būdai

Tyrimo metu naudoti du duomenų rinkimo būdai: dokumentų paieška ir ekspertų interviu.

Teisės aktų ir strateginių dokumentų, susijusių su onkologinėmis ligomis, paieškai naudotasi interneto svetainėmis, skirtomis teisės aktų registrui: www.e-tar.lt ir www.e-seimas.lrs.lt bei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacineje bazėje. Tikslinės atrankos būdu pagal raktinius žodžius (vėžys, navikai, onkologija, psichosocialinė, psichologinė, socialinė) parinkti galiojantys ir aktualūs teisės aktai bei strateginiai dokumentai. Iš viso atrinktas vienas įstatymas ir keturi strateginiai dokumentai, kuriuose galima rasti socialinės pagalbos teikimo apraiškų, tačiau analizei pasirinkti du pagrindiniai dokumentai – nacionalinės vėžio programos.

Ekspertai, iš kurių buvo imami interviu, atrinkti remiantis jų patirtimi ir turimomis žiniomis dirbant psichosocialinės pagalbos teikimo onkologiniams ligoniams ir jų šeimoms srityje. Šiame kontekste patirtis yra ilgalaikė profesinė patirtis onkologijos srityje, tiesioginis darbas su onkologiniais ligoniais bei jų šeimomis; žinios – galiojančių teisės normų ir tarptautinių rekomendacijų išmanymas, žinios apie sergančiųjų ir jų šeimų poreikius bei jų patenkinimą. Tam, kad į paslaugų teikimą būtų pažvelgta iš skirtingų sektorių perspektyvos, apklausti ekspertai, dirbantys ne tik viešajame, bet ir nevyriausybiniam sektoriuje. Iš viso tyrimui atrinkti šeši ekspertai – po tris iš kiekvieno minėto sektoriaus. Ekspertų skaičius priklausė nuo interviu gaunamos informacijos turinio ir pasikartojančios informacijos. Trys ekspertai (vienas viešojo sektoriaus, du nevyriausybinių sektorių) atrinkti tikslinės atrankos metodu, kiti – „sniego gniūžtės“ metodu.

Ekspertams pateikti šie pagrindiniai klausimai: 1. Kodėl yra svarbu teikti psichosocialinę pagalbą onkologiniams ligoniams? 2. Su kokiais poreikiais pacientai dažniausiai susiduria? 3. Jūsų nuomone, ar psichosocialinė pagalba reikalinga nuo pat diagnozės nustatymo? 4. Ar gydymo įstaigose pacientai yra informuojami apie psichosocialinę pagalbą, jos paslaugų gavimo galimybes? 5. Ar yra šios pagalbos poreikis Lietuvoje? 6. Pristatykite, kaip Lietuvoje yra teikiama psichosocialinė pagalba onkologijos ligoniams? 7. Į ką derėtų kreipti daugiausia dėmesio?

Duomenų analizės būdai

Surinkti duomenys analizuoti naudojant du kokybinės analizės būdus – prasmės kodavimą ir turinio analizę.

Analizuojant dokumentus, pasirinktas prasmės kodavimas. Dokumentai analizuoti naudojant MAXQDA programinę įrangą, išskiriant kodus, leidusius teisės akte identifikuoti, kokiame kontekste psichosocialinės pagalbos paslaugos yra minimos. Pagrindiniai analizės metu išryškėję kodai (kodams būdinga sanklota): lygiavertės paslaugos (psichosocialinės pagalbos paslaugų integracija į gydymo procesą), psichosocialinės pagalbos svarba, paliatyvioji pagalba (psichosocialinė pagalba siejama tik su paliatyviuoju gydymu), nevyriausybinių organizacijos (NVO) (jų vaidmuo teikiant paslaugas).

Analizuojant interviu, naudotas turinio analizės metodas. Ekspertų teiginiai sugrupuoti pagal išryškėjusias temines sritis. Ekspertų interviu analizuoti pasitelkus indukcijos metodą, kai nuo pavienių faktų einama link visumos supratimo ir apibendrinimų.

Tyrimo rezultatai

Instituciniai veiksniai

E. Ostrom (2009) skiria trijų rūšių institucijas: institucijas kaip taisykles, institucijas kaip normas ir institucijas kaip strategijas. Kalbant apie organizacijų veiklą, svarbiausios yra institucijos kaip taisyklės. Institucijos gali būti tiek formalios (užrašytos, artikuliuotos), tiek neformalios (neužrašytos, neartikuliuotos). Toliau aptariamos formalios ir neformalios taisyklės, kurios lemia psichosocialinių paslaugų teikimą Lietuvoje.

Formalios taisyklės

Lietuvos sveikatos sistema, jos struktūra ir funkcionavimas yra apibrėžti *Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme* (Nr. I-552). Šio įstatymo 25 straipsnyje pabrėžiamos socialinės paslaugos atliekant asmens sveikatos priežiūrą, kurios metu turi būti garantuotas pacientų socialinis saugumas, psichikos sveikatos priežiūra ir psichosocialinė reabilitacija.

Ilgalaikiuose nacionaliniuose strateginiuose dokumentuose akcentuojama psichosocialinės pagalbos paslaugų plėtra sveikatos sektoriuje. *Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje* (Nr. XII-964) nurodoma, kad „siekiant didinti sveikatos infrastruktūros plėtrą, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir gerinti pacientų saugą išskirtinį dėmesį būtina skirti psichosocialinių paslaugų onkologinėms ligomis sergantiems žmonėms teikimui“. *Psichikos sveikatos strategijoje* (Nr. X-1070) įtvirtinta nuostata, kad vienodas dėmesys būtų skiriamas investicijoms tiek į biomedicinos technologijas, tiek į psichologijos ir socialines technologijas. *Nacionalinėje vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programoje* (Nr. V-814) nurodoma, kad psichosocialinė pagalba turi būti integruota į sveikatos priežiūros sistemą ir teikiama kvalifikuotų specialistų.

Kalbant apie onkologinių ligų gydymą ir psichosocialinės pagalbos teikimą Lietuvoje, svarbiausios yra dvi programos. Pirmoji – *2003–2010 m. Valstybinė vėžio kontrolės ir profi-*

laktikos programa (Nr. 1593), kurioje psichosocialinė pagalba yra siejama tik su paliatyviąja pagalba, antroji – 2014–2025 m. *Nacionalinė vėžio kontrolės ir profilaktikos programa* (galiojanti) (toliau – Programa), kurioje tokio pobūdžio pagalba yra siejama ne tik su paliatyviuoju gydymu, dokumente akcentuojamas kvalifikuoto specialisto įdarbinimas bei bendradarbiavimas su NVO. Nepaisant to, tobulinant specialistų kvalifikaciją ar organizuojant tyrimus, trūksta konkretumo. Programai įgyvendinti yra rengiami *Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programos* įgyvendinimo priemonių planai (toliau – Priemonių planai), per Programos galiojimo laikotarpį parengti 2014–2016 m. ir 2017–2019 m. Priemonių planai, kurių vienas iš uždavinių gerinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo ir gyvenimo pabaigos kokybę. 2014–2016 m. Priemonių plane šiam uždaviniui įgyvendinti numatytos tokios priemonės: suteikti patalpas, taip sudaryti sąlygas NVO teikti pacientams psichosocialines paslaugas (atsakingos asmens sveikatos priežiūros įstaigos); teikti psichosocialinę ir savitarpio pagalbą onkologinėmis ligomis sergantiems asmenims bei jų šeimoms (atsakingos NVO); užtikrinti psichoterapijos paslaugų, psichosocialinės pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikimą, įdarbinant atitinkamą specialistą (-us) (atsakingos specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos). 2017–2019 m. Priemonių plane minėto specialisto įdarbinimas pakeistas ambulatorinių paliatyviosios pagalbos paslaugų plėtra. Paminėtina, kad Priemonių planuose šioms veikloms finansavimo nėra numatyta, tai neleidžia įvertinti, kiek valstybės biudžeto ir Europos Sąjungos lėšų planuojama skirti joms įgyvendinti. Išanalizavus 2014–2016 m. Priemonių plano ataskaitas nustatyta, kad 2014 m. minėta veikla nebuvo vykdoma, tačiau 2015–2016 m. siekiant užtikrinti psichosocialinės ir savitarpio pagalbos organizavimą gydymo įstaigose sutartis su 30 NVO pasirašė 19 asmens sveikatos priežiūros įstaigų; 36 nuolatinės savitarpio pagalbos grupės teikė pagalbą 7 691 pacientui, o šeimos narių, kuriems suteikta pagalba, skaičius siekė 3 164; užregistruota 6 įstaigos, kuriose buvo įdarbintas kvalifikuotas specialistas (-ai).

Itin svarbu paminėti, kad, remiantis 2014 m. *Valstybinio audito ataskaita* (Nr. VA-P-10-4-3), šalies mastu labiau koncentruojamasi į fizinių pacientų gydymą ir nėra akcentuojama, kad lygia greta verta žiūrėti ir į psichologinę, dvasinę bei socialinę pacientų gerovę.

Apibendrinant galima teigti, kad formalios taisyklės ne riboja, bet diegia psichosocialinės pagalbos teikimą Lietuvoje.

Neformalios taisyklės

Neformalios taisyklės atsiskleidė per medicinos darbuotojų požiūrį į psichosocialines paslaugas ir jas teikiančius specialistus. Gydymo įstaigų medicinos, o kartu ir administracijos darbuotojų požiūrį atskleidžia Ekspertas C:

Yra svarbu, kaip keičiasi požiūris į psichologą ar psichosocialinį darbuotoją medicinos įstaigoje. Kol kas orientacija yra į medicininį gydymą ir labai maža orientacija į gyvenimo kokybės gerinimą, medicinos įstaigos, ypač ligoninės, nelabai mato socialinį darbuotoją ar psichologą, kaip komandos narį. Per dešimt darbo šioje srityje metų nebuvo nei vieno konkre-

taus projekto, kurio gairėse galima būtų parašyti projektą. Niekada nebuvo jokių siūlymų, kvietimų, nesvarbu, ar ministerijų, ar gydymo įstaigų, kad būtų galima konkrečiai onkologiniams pacientams psichosocialinėje srityje parašyti projektą (Ekspertas C).

Gydymo įstaigų medicinos, o kartu ir administracijos darbuotojai nemato ir nelabai vertina socialinius darbuotojus ar psichologus, nemano, kad jie lygiaverčiai komandos nariai. Galima teigti, kad gydymo įstaigoje yra neformali taisyklė: „onkologinius pacientus gydo tik medicinos personalas“.

Kita vertus, neformalios taisyklės egzistuoja ir skirstant viešuosius išteklius. Ekspertai F ir D nurodo, kad:

Nei vienoje programoje nėra nurodytas finansavimas, nei galimybė dalyvauti konkurse ar projekte. Jeigu ta galimybė ir yra, tai ji tokia siaura, kad mes su savo liga dažnai nepatenkame į paraiškų teikimo kriterijus (Ekspertas F). Reikia šiai sričiai skirti biudžetą, galbūt nedidelį, bet pradžia turi būti padaryta, kad iš projektinių veiklų ar fondų sritis būtų sustiprinta ir paslaugos galėtų atsirasti sveikatos sistemos struktūroje (Ekspertas D).

Galima teigti, kad nors yra formalios taisyklės (įstatymai, strategijos), kurios institucionalizuoja psichosocialinių paslaugų teikimą, tačiau neformaliu lygmeniu psichosocialinių paslaugų teikimas nėra sveikatos politikos sudedamoji dalis, nes, skirstant viešuosius išteklius, psichosocialinėms paslaugoms teikti jų nėra pakankamai.

Ekonominiai veiksniai

Tam, kad psichosocialines paslaugas teikiant atsirastų galimybių samdyti darbuotojus, įsigyti reikalingas priemones ir pan., išskyla finansinių išteklių poreikis. Nepaisant to, kaip parodė institucijų analizė, viešieji išteklių psichosocialinėms paslaugoms teikti yra nedideli. Tą patvirtina ir ekspertai:

Santariškių klinikose yra vienas etatas „kaulų čiulpuose“, 0,25 etato onkohematologijos centre, chemoterapijos centre, dienos stacionare psichologų nėra. Klaipėdos lignoninės chemoterapijos skyriuje nėra psichologo, Kauno klinikose vaikai turi 0,25, onkologiniai pacientai psichologo pagalbos išvis negauna, poliklinikose, taip pat, nėra žmonių, kurie teiktų psichosocialinę pagalbą onkologijos ligojams. Nacionaliniame Vėžio institute dirba du socialiniai darbuotojai (Ekspertas C). Kiekvienas medikas savotiškai teikia psichosocialinę pagalbą, bet tai priklauso tik nuo jų geranoriškumo (Ekspertas B).

Viešojo sektoriaus organizacijos mažai dalyvauja teikiant psichosocialines paslaugas, o šią nišą užima ne pelno savanoriškas sektorius. Tą iliustruoja Ekspertas B:

Dažnai atvejais pagalbą, kurios negauna sergantieji gydymo metu, organizuoja NVO. Ligoninė turi savo specialistus, bet papildomą pagalbą organizacijos gali organizuoti išorėje arba pravedant užsiėmimus (Ekspertas B).

Lietuvos savanoriškų ne pelno organizacijų, veikiančių onkologinių ligų gydymo srityje, skaičiaus kaita pateikiama 3 lentelėje.

3 lentelė. Savanoriškų ne pelno organizacijų, veikiančių onkologinių ligų gydymo srityje, skaičius

Metai	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N	9	15	20	21	24	26	27

Šaltinis: POLA 2012–2018 m. veiklos ataskaitos.

Svarbu tai, kad savanoriškų ne pelno organizacijų, veikiančių onkologinių ligų gydymo srityje, skaičius didėja ir nuo 2012 m. išaugo tris kartus.

Aktyviausia ne pelno savanoriška organizacija yra Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija (POLA). Ši organizacija atstovauja sergančiųjų onkologine liga interesams valdžios institucijose, įvairiose viešosios politikos formavimo srityse, siūlo įvairias paslaugas. POLA yra skėtinė organizacija, vienijanti beveik 30 pacientų organizacijų ir daugiau kaip 11 tūkst. onkologinių pacientų.

Kita visapusės pagalbos onkologiniams ligoniams siekianti ne pelno savanoriška organizacija – Lietuvos onkologų draugija (LOD). Šios organizacijos tikslas – skatinti onkologijos, kaip atskiros medicinos srities, plėtrą Lietuvoje bei tobulinti gydytojų ir mokslininkų, dirbančių onkologijos srityje, kvalifikaciją.

Dar viena ne mažiau svarbi onkologijos srityje veikianti ne pelno savanoriška organizacija – Psichosocialinės onkologijos asociacija (POA), jos tikslas yra telkti onkologijos ir kitų specialistų jėgas, užtikrinti onkologinių pacientų ir jų artimųjų psichosocialinių problemų sprendimą.

Kitas svarbus ekonominis veiksnys – darbo jėga – kuri gali teikti psichosocialines paslaugas. Ekspertai nurodo, kad psichosocialines paslaugas turi teikti ne medicinos darbuotojai:

Medikų krūvis yra labai didelis, todėl nevyriausybinės organizacijos siekia nuimti nuo medikų našta ir kaip galima palengvinti, susisteminti viską į vieną sritį (Ekspertas B). Šioje srityje yra kė dirbti gydytojams ir jų vadovams, bet ne teikti pačią psichosocialinę pagalbą, tokiu atveju gydytojų paslaugas būtų labai brangios (Ekspertas F).

Skiriasi organizacijų požiūris į tai, kokių darbuotojų reikia. Vieni siekia, kad psichosocialines paslaugas teiktų profesionalai:

Mes esame už tai, kad šioje srityje būtų išlaikytas profesionalumas, ir žmonės, kurie save priskiria psicho-onkologams, turėtų patirtį dirbti su onkologiniais pacientais stacionare (Ekspertas F). POA jungia visus tuos, kurie „prijaučia“ psichosocialinei pagalbai ir jos rėmuose organizuojami įvairūs renginiai, pavyzdžiui, mokymai savanoriams, gydytojams, slaugytojams, pacientams, teikiama įvairi pagalba, leidžiami leidiniai, vykdomi tyrimai (Ekspertas C). POA ilgą laiką bendradarbiauja su Šveicarijos specialistais, organizuoja mokymus Lietuvos specialistams, dalinasi žiniomis su NVO (Ekspertas E). Taip pat POA savo rėmuose yra įkūrusi Onkopsichologijos ir komunikacijos centrą, kurio vardu buvo rašomi projektai, gaunamas finansavimas, teikiamos nemokamos konsultacijos pacientams, meno terapijos ir panašiai. Onkopsichologai dirba, yra bandoma išgryninti psicho-onkologijos šaką todėl, kad šią idėją inspiruoja patys pacientai, jie nelabai nori kreiptis į bendro pobūdžio psichologus (Ekspertas F). Dėl to, visų ekspertų nuomone, yra reikalinga plėtoti psichosocialinės onko-

logijos šaką. LSMU ruošia onkopsichologijos programą, kur bus tikslingai ruošiami psichologai (Ekspertas C).

Svarbu yra tai, kad ne pelno savanoriškos organizacijos neturi daug išteklių, todėl plačiai yra naudojamas savanorių darbas, o tai mažina kvalifikacinius reikalavimus psichosocialines paslaugas teikiantiems asmenims:

Labai svarbu atskirti, kad dauguma NVO teikia savanorių, o ne specialistų pagalbą. Dauguma savanorių yra buvę ligoniais arba jų šeimų nariai, organizuojamos savipagalbos grupės, kur ligoniai dalinasi patirtimis ir išgyvenimais. Tai padeda suprasti patiriamą būseną, kurią patiria daugelis susidūrusių su vėžiu. Taip pat organizuojamos įvairios terapijos (Ekspertas A). Onkohematologinių pacientų draugija „Kraujas“ glaudžiai bendradarbiauja su specialistais, davė pradžią savanorių integracijai teikiant psichosocialinę pagalbą gydymo įstaigose. Ši organizacija vykdė projektą, kurio metu paruošė 80 savanorių, kurie lankėsi Santariškių klinikose ėjo pas pacientus, bendravo, teikė psichologinę informacinę pagalbą (Ekspertas C).

Reikia pažymėti, kad, viena vertus, yra siekis profesionalizuoti psichosocialinių paslaugų teikimą, tačiau susiduriama su išteklių trūkumu, tai verčia pasitelkti neprofesionalių psichosocialinių paslaugų teikėjus.

Psichosocialinėms paslaugoms teikti reikalingos ir atitinkamos sąlygos, kurios, ekspertų nuomone, nėra įvykdytos:

Psichologai eina teikti konsultacijas pacientams į palatas, kuriose guli po keturis žmones, koks gali būti paciento ir psichologo kontaktas? (Ekspertas E). Kaune, pavyzdžiui, vaikų skyriuje sąlygos yra geresnės, visos palatos yra vienvietės, o Vilniuje – dvivietės (Ekspertas B).

Apibendrinant galima teigti, kad psichosocialinėms paslaugoms teikti yra skiriama labai nedidelė dalis viešųjų išteklių, to rezultatas – teikiant psichosocialines paslaugas onkologiniams ligoniams ir jų artimiesiems dominuoja ne pelno savanoriškos organizacijos. Esant išteklių trūkumui psichosocialines paslaugas teikiantiems darbuotojams nėra taikoma didelių kvalifikacinių reikalavimų, tai savo ruožtu neleidžia identifikuoti šių paslaugų išskirtinumo ir nesudaro prielaidų jų finansuoti naudojant viešuosius išteklius.

Socialinės preferencijos

Lietuvoje nėra daryta reprezentatyvių tyrimų, kurie leistų atskleisti sergančiųjų onkologinėmis ligomis ir jų artimųjų psichosocialinės pagalbos poreikį, taip pat Lietuvos visuomenės narių požiūrį į psichosocialinių paslaugų teikimą onkologinėmis ir kitomis ligomis sergantiems asmenims bei jų šeimų nariams.

Yra atlikta tyrimų apie psichosocialinės pagalbos poreikį, tačiau daryta svarbu pabrėžti, kad jie nėra reprezentatyvūs visos Lietuvos atžvilgiu. Pavyzdžiui, nustatyta, kad paliatyvio-sios pagalbos poreikį labiau išreiškia moterys nei vyrai ir daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių respondentų (artimųjų) išreiškė pagalbos susitaikyti su artimojo liga poreikį (Bataitienė, 2008). Kitame tyrime siekta nustatyti, koks yra krūties vėžiu sergančių moterų psichosocialinių paslaugų poreikis. Tyrimas parodė, kad tik penktadalis tyrimo dalyvių išreiškė psicho-

socialinės pagalbos poreikį (Valentaitė, 2013). Taip pat buvo tirtas artimųjų psichosocialinės pagalbos po artimo žmogaus mirties poreikis. 2015 m. atliktas tyrimas (Pagalienė, 2015) parodė, kad tik trečdalis apklaustųjų teigė, jog po artimo žmogaus mirties jie norėtų gauti psichosocialinę pagalbą. Kitame tyrime buvo siekta nustatyti sunkios būklės pacientų psichosocialinių paslaugų poreikį. Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau nei trečdalis apklaustųjų pacientų išreiškė psichosocialinių paslaugų poreikį (Kudutytė-Gasparė ir Štaras 2015).

Apibendrinant tai, ką padėjo nustatyti atlikti tyrimai, galima teigti, kad, palyginti su medicininėmis paslaugomis, sergantieji neišreiškia tokio psichosocialinių paslaugų poreikio. Galima daryti prielaidą, kad priimant sprendimus dėl viešųjų išteklių paskirstymo prioritetas teikiamas medicinos paslaugoms ir priemonėms, todėl nelieka išteklių finansuoti psichosocialinių paslaugų teikimą.

Politinės preferencijos

Lietuvos mastu taip pat nėra lengva identifikuoti ir politinių preferencijų, susijusių su psichosocialinės pagalbos paslaugų organizavimu.

Atlikus politinių partijų, dalyvavusių 2016 m. Lietuvos Respublikos Seimo rinkimuose, programų analizę galima teigti, kad Lietuvoje nėra politinės partijos, aiškiai išreiškiančios savo poziciją psichosocialinės pagalbos teikimo klausimais ar pozicijuojančios holistinį požiūrį į sveikatą. Apskritai vertinant, tik pusė rinkimuose dalyvavusių partijų savo programose apskritai užsimena apie sveikatos apsaugos sektoriaus tobulinimą. Programose galima identifikuoti kelias pagrindines temas: sveikatos apsaugos politikos finansavimo didinimas (Lietuvos socialdemokratų partija), išskiriant medicinos personalo vidutinio darbo užmokesčio didinimą (Partija Tvarka ir teisingumas); paslaugų kokybės gerinimas (Tėvynės sąjunga-Lietuvos krikščionių demokratų partija; Lietuvos laisvės sąjunga); eilių sveikatos priežiūros įstaigose mažinimas (Lietuvos žaliųjų partija). Sveikatos apsaugos sektorių kaip prioritetinį yra nurodžiusi Lietuvos valstiečių ir žaliųjų sąjunga (Vyriausioji rinkimų komisija, 2016).

Apibendrinant galima teigti, kad politinės partijos savo programose yra orientuotos į didžiosios daugumos rinkėjų interesus ir į savo programas yra įtraukusios aktualius daugumai sveikatos apsaugos politikos klausimus. Onkologinių ligų, o ypač psichosocialinės pagalbos paslaugų organizavimo sritis nėra prioritetinė nė vienoje partijos programoje.

Išvados

Lietuvos sveikatos politiką įgyvendinančios institucijos (galiojančios formalios taisyklės – teisės aktai) ne riboja, bet diegia ar sudaro sąlygas diegti psichosocialinės pagalbos paslaugas. Neformalių taisyklių kontekste sveikatos priežiūros specialistai socialinių darbuotojų ir psichologų nelaiko lygiaverčiais komandos nariais.

Nepaisant to, kad Lietuvoje vadovaujamosi formaliomis taisyklėmis, institucionalizuojančiomis psichosocialinių paslaugų teikimą gydant onkologines ligas, praktiniu lygmeniu šių paslaugų teikimas nėra laikomas sveikatos politikos sudedamąja dalimi, ir tai parodo, kad joms finansuoti nėra skiriama pakankamai viešųjų išteklių.

Ekonominiai veiksniai lemia, kad nesant pakankamam viešųjų išteklių, viešojo sektoriaus organizacijos teikiant psichosocialines paslaugas dalyvauja mažai. Šią nišą užpildo ne pelno savanoriškas sektorius, kuris neturi daug išteklių, todėl paslaugos yra teikiamos savanorių. Tai mažina kvalifikacinius reikalavimus teikiant psichosocialinės pagalbos paslaugas, nėra sukuriama sąlygų tinkamai teikti šias paslaugas.

Socialinių preferencijų vertinimas parodė, kad pacientai nėra linkę domėtis psichosocialinėmis paslaugomis ir jų gavimo galimybėmis, tai suponuoja, jog viešųjų išteklių paskirstymo prioritetu laikomos medicinos paslaugos, todėl nelieka išteklių psichosocialinėms paslaugoms teikti.

Lietuvoje nėra aiškiai pozicionuojamų politinių preferencijų psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams atžvilgiu. Politinės partijos akcentuoja tik daugumai visuomenės aktualius sveikatos politikos klausimus.

Literatūra

Albreht, T., Martin-Moreno, J. M., Jelenc, M., Gorgojo, L., Harris, M. 2015. *European Guide for Quality National Cancer Control Programmes*. Ljubljana: National institute of Public Health.

Bulotienė, G., Matuizienė, J. 2014. Posttraumatic stress in breast cancer patients, *Acta Medica Lituanica*, 21(2): 43–50. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v21i2.2940>

Bulotienė, G., Ostapenko, V., Vešeliūnas, J. 2005. Influence of social factors on the quality of life after breast cancer surgical treatment, *Acta Medica Lituanica*, 12(2):179–183.

Bulotienė, G., Vešeliūnas, J., Ostapenko, V., Furmonavičius, T. 2008. Anxiety and Depression in Women with Breast Cancer: Relationship with Social Factors, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy (Poland)*, 4: 57–62.

Coleman, J. S. 2005. *Socialinės teorijos pagrindai*. Vilnius: Margi raštai.

Dvorak, J., Savickaitė, S. 2018. Psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams personalizavimas: Lietuvos ir Anglijos lyginamoji analizė, *Regional Formation and Development Studies*, 1 (24): 132–137. <https://doi.org/10.15181/rfds.v23i1.1689>

Gerasimčik-Pulko, V., Pilekaitė-Markovienė, M., Bulotienė, G., Ostapenko, V. 2009. Relationship between sense of coherence and quality of life in early stage breast cancer patients, *Acta Medica Lituanica*, 16(3–4): 139–144. <https://doi.org/10.2478/v10140-009-0020-x>

Elster, J. 2000. *Socialinių mokslų elementai*. Vilnius: Vaga.

Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2019. *Mirties priežastys (išankstiniai duomenys) 2018*. Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras.

Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting, 2008. *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington: National Academies Press. <https://doi.org/10.1002/pon.1478>

Jurkuvienė, R., Gajdosikienė, I., Danusevičienė, L., Šimkovič, J. 2014. Onkologine liga sergantis tėvas / mama: paauglių patirtys vaiko teisių kontekste, *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai*, 14 (2): 143–166.

Kalibaitienė, D., Jokubaitienė, A. 2016. Onkologinių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, *Medicinos teorija ir praktika*, 22(4): 347–353. <https://doi.org/10.15591/mtp.2016.056>

Kudukytė-Gasperė, R., Štaras, K. 2015. Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams: atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje, *Visuomenės sveikata*, 25(1): 15–23. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.002>

Lunevičiūtė, Ū., Masteikienė, E. 2014. The study of cancer patients' distress, *Acta Medica Lituanica*, 21(2): 51–56. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v21i2.2941>

Ostrom, E., 2009. *Understanding institutional diversity*. Princeton university press.

Pagalienė, L. 2015. *Paliatyvios pagalbos paslaugų reikalingumas Anykščių rajono slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse*. Magistro baigiamasis darbas. Vilnius: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.

Pasaulio sveikatos organizacija, 2018, *Vėžys*. Prieiga per internetą: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>> [žiūrėta 2018 12 04].

Pasaulio sveikatos organizacija, 2018, *Visi vėžiniai susirgimai*. Prieiga per internetą: <<http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>> [žiūrėta 2018 12 04].

Rekašiūtė, E., Banienė, I. 2016. Literatūros apžvalga: onkologinėmis ligomis sergančių paauglių psichosocialiniai sunkumai, *Visuomenės sveikata*, 3 (74): 8–14.

Sutkevičiūtė, M., Stančiukaitė, M., Bulotienė, G. 2017. Individual Meaning-Centered Psychotherapy for palliative cancer patients in Lithuania. A case report, *Acta Medica Lituanica*, 24 (1): 67–73. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v24i1.3464>

Thomas, C. 2001. *What are the psychosocial needs of cancer patients and their main carers*. Lancaster.

Valentaitė, I. 2013. *Krūties vėžiu susirgusių Lietuvos moterų psichosocialinės pagalbos poreikiai ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė*. Magistro baigiamasis darbas. Vilnius: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2017.104>

Valstybės kontrolė, 2014. *Valstybinio audito ataskaita: Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra*. [interaktyvus] Vilnius. Prieiga per internetą: <<https://www.vkontrolė.lt/failas.aspx?id=3112>> [žiūrėta 2015 12 17].

Valiulienė, Ž. 2013. *Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančių paliatyviųjų pacientų sveikatos sutrikimai ir jų sąsajos su dvasingumu*. Daktaro disertacija. Vilnius: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2012.118>

Žemaitienė, N., Bulotaitė, L., Jusienė, R., Vėryga, A. 2011. *Sveikatos psichologija*. Vilnius: Tyto alba.

Teisės aktai

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*, 1994-08-17, Nr. 63-1231.

Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimas Nr. X-1070 „Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2007-04-14, Nr. 42-1572.

Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“. *TAR*, 2014-07-01, Nr. 9403.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. *TAR*, 2014-07-16, Nr. 10275.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gruodžio 10 d. nutarimas Nr. 1593 „Dėl Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2003-12-17, Nr. 117-5348.