

# ONKOPSICHOLOGINIŲ TYRIMŲ RAIDA HEMATOLOGIJOS SRITYJE BIOPSICHOSOCIALINĖS PARADIGMOS KONTEKSTE

Marija Turlinskienė<sup>1,2</sup>, Rūta Sargautytė<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Psichologijos institutas, <sup>2</sup>Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

## Santrauka

Onkopsichologija, kaip teorinė ir praktinė sritis, siekia būti daugiadalykė ir savo tiek mokslinių tyrimų, tiek praktinės pagalbos pagrindiniu objektu laiko ne tik onkologine liga sergančius pacientus, jų artimuosius, bet ir medicinos darbuotojus, dirbančius su šia itin pažeidžiama pacientų grupe, bei pacientų ir medikų bendravimo aspektus. Apžvalginiaame straipsnyje pristatomos pagrindinių kaulų čiulpų transplantacija gydytų / gydomų pacientų imties onkopsichologinių tyrimų kryptys hematologijos srityje, remiantis biopsichosocialine paradigma medicinoje bei psichologijos teorijomis (bihevioristine, kognityviąja, humanistine), padariusiomis įtaką svarbiausiems tokių tyrimų objektams ir kryptims. Atsižvelgiant į literatūros analizę ir onkopsichologinių tyrimų duomenis numatomi aktualūs tolesnių tyrinėjimų klausimai – šiuolaikinės, inovatyvios, įrodymais pagrįstos medicinos ir biopsichosocialinio, humanistinio, į pacientą orientuoto modelio joje lygiavertis bei lygiagretus nagrinėjimas, siekiant sujungti šių abiejų sričių žinias ir pasiekimus, kuriant teorinį ir praktinį visapusiškos pagalbos onkohematologiniams pacientams modelį. Galėtų būti tokios ateities onkopsichologinių tyrimų kryptys: pacientų ir medikų komunikacijos matrica, pasitelkiant paciento įgalinimo konstrukta ir siekiant atskleisti, suprasti bei įvertinti įgalinimo poveikį paciento psichologinei gerovei sudėtingo gydymosi metu bei gydymo efektyvumo rezultatams; taip pat kokybiniai tyrimai, kurių tikslas – išsiaiškinti pacientų informacinius, emocinius ir atsakomybės poreikius priimant su gydymu susijusius sprendimus. Aktualiu mokslinių tyrimų objektu galėtų būti ir pačių medikų psichologiniai išgyvenimai, kuriant įgalinančius santykius su pacientais, bei jų privalumų ir grėsmių analizė. Praktinė šių tyrimų nauda būtų neabejotina integruojant gautus tyrimų duomenis, rengiant pacientų ir medikų mokymosi programas.

**Reikšminiai žodžiai:** onkopsichologija, hematologija, kaulų čiulpų transplantacija, biopsichosocialinė paradigma, pacientų įgalinimas, pacientų ir medikų bendravimas.

## ĮVADAS

Ar šiuolaikinė medicina – moderni, daugiadalykė, vis labiau siekianti būti įrodymais pagrįsta (angl. *evidence-based*) – reikštų individualios klinikinės patirties integravimą su geriausiais išoriniais klinikiniais įrodymais, gautais išsamiai ištyrus paciento organizmą [1, 2]? Toks klausimas kelia asociacijas su praėjusio amžiaus vidurio medicinos pasaulyje vyravusiu biomedicininio modeliu, kuris rėmėsi dualistiniu redukcionizmu (gydomas tik kūnas) ir paternalistiniu bendravimu (gydytojas – autoritetas, atsakingas už paciento sveikatą) [3]. XX a. viduryje dėl psichoanalizės įtakos atsirado psichosomatinė medicina, jungianti *soma* ir *psyche*, t. y. akcentuota psichikos veiksmų įtaka ligų atsiradimui ir asmens sveikimui [1]. O dar vėliau G. Engels (1978) pasiūlytas

biopsichosocialinis požiūris gražino holistinį supratimą apie sergantį žmogų – svarbu ne tik ligos diagnozė, sergančiojo asmenybė, bet ir jo aplinka, patirtis, taip pat bendravimo su medikais patyrimas. Ypač aktualus holistinis požiūris į piktybinę ligą sergantį žmogų, nes liga dramatiškai keičia gyvenimą.

Onkohematologinių susirgimų (leukemija, limfoma, mielominė liga) paplitimas, lyginant su kitų onkologinių ligų atvejais, nėra ypač didelis (pvz., Lietuvoje per metus diagnozuojama apie 1 000 naujų onkologinių kraujo ligų atvejų, prognozuojama, kad jų skaičius augs iki 1 850 [4]). Dėl specifinio, sudėtingo ir agresyvaus gydymo piktybiniai onkohematologiniai susirgimai vis dar siejami su neapibrėžtumu ir daugybe baimių: pacientus gąsdina ne tik gyvybei pavojingas onkohematologinių ligų pobūdis, bet ir labai sudėtingas, negalią bei mirties riziką keliantis gydymas. Ligos ir gydymo patirtis sukelia daug psichologinių išgyvenimų, o psichologinės savijautos pokyčiai dažnai siejami su gydymo sėkmingumu bei rezultatais, paciento gyvenimo kokybe pasveikus ar įvairiais gydymo etapais.

**Adresas susirašinėti:** Marija Turlinskienė  
Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų  
Hematologijos, onkologijos ir transfuziologijos centras  
Santariškių g. 2, 08661 Vilnius  
El. p. marija.turlinskiene@santa.lt

Mokslinių onkopsichologinių tyrimų pradžia laikomas praėjusio amžiaus 8-asis dešimtmetis. Hematologijos srityje pirmieji psichologiniai tyrimai atlikti kiek vėliau, kai gydant piktybines kraujo ligas pradėtas taikyti sisteminis gydymas agresyvia chemoterapija ir kaulų čiulpų transplantacija (KČT), o pacientų išgyvenamumas gerokai padidėjo [5].

Šio apžvalginio straipsnio tikslas – atskleisti biopsichosocialinio modelio raidą ir pritaikymą hematologijoje bei onkopsichologijoje, o uždaviniai yra šie: apžvelgti ir išanalizuoti iki šiol atliktų hematologijos onkopsichologinių tyrimų rezultatus; iškelti aktualius klausimus bei suformuluoti tolesnių tyrimų gaires, siekiant gerinti onkohematologinių pacientų psichoemocinės pagalbos gydymosi metu kokybę bei suprasti medikų, dirbančių onkohematologiniuose skyriuose, psichologinę patirtį, atsižvelgiant į pacientų ir medikų komunikacijos svarbą.

## METODIKA

Literatūros šaltinių ieškota mokslinėse duomenų bazėse PUBMED, EBSCO bei specializuotoje paieškų sistemoje *Google SCHOLAR*. Paieškai naudoti raktazodžiai bei žodžių kombinacijos: *psycho-oncological research, stem cell transplantation, psychological disorders, oncohematological patients stress disorders, cancer patient adaptation*. Analizei atrinkti straipsniai, kuriuose atskleidžiama hematologijos onkopsichologinių tyrimų raida (dalis nagrinėjamų literatūros šaltinių yra senesnio leidimo, pvz., 1978 ar 1994 m., įtraukiamos ir naujausios publikacijos, pvz., 2019 m.), taip pat išanalizuoti laisvai prieinami straipsniai, apimantys skirtingus hematologijos onkopsichologinių tyrimų aspektus pagal turinį, pvz., distreso, adaptacijos ar potrauminio augimo tyrimai, ir įvairias tiriamųjų grupėse, pvz., KČT patyrusių pacientų.

### Biopsichosocialinis medicinos modelis ir psichologijos mokslo įtaka onkopsichologijos tyrimams

Onkopsichologinių tyrimų raidai XX a. viduryje įtakos turėjo į mediciną besiskverbianti biopsichosocialinė paradigma, pasiūlyta G. L. Engel (1978). Ji praplėtė tuo metu vyravusį biomedicininį modelį ir sujungė ne tik fizinius, bet ir psichologinius, socialinius, kultūrinius, taip pat dvasinius (egzistencinis matmuo, vertybės, tikėjimas) paciento būklės aspektus bei atkreipė dėmesį į gydytojo ir paciento bendravimo svarbą [6, 7]. Gydant onkologines ligas dėmesys krypo ne tik į sergantį kūną, bet ir į pacientą

kaip asmenį (psichologinis aspektas) bei jo aplinką (socialinis aspektas). Psichologijoje po ilgalaikio biheviorizmo dominavimo įvyko „kognityvusis lūžis“, atsirado kognityvioji elgesio terapija, kuri atskleidžia, kaip įsitikinimai ar kognityviosios schemos lemia žmogaus elgesio modelius [8]. Onkopsichologijoje pradėta tyrinėti distreso, ligos įveikos būdų bei socialinės paramos įtaka vėžiu sergančių asmenų psichologinei savijautai.

**Streso tyrimų poveikis onkopsichologijos tyrimų raidai.** Onkologinė liga imta vertinti kaip stresinė patirtis [9]. Streso sąvoką pradėjo vartoti kanadiečių mokslininkas H. Selye, apibūdindamas jį kaip „nėspecifinį fiziologinį atsaką į įvairius kenksmingus įvykius“. Plėtodamas savo teoriją jis išskyrė *eustresą* (gerąjį stresą) ir *distresą* (blogasis stresas, susijęs su neigiamais jausmais ir organizmo funkcijų sutrikimais) [8]. 1997 m. Nacionalinis visapusiškas vėžio tinklas (angl. *National Comprehensive Cancer Network, NCCN*) distreso terminą pritaikė onkopsichologijoje, siekdamas mažinti emocinio ligos patyrimo stigmą ir pripažinti psichologinius pacientų išgyvenimus bei įtvirtinti supratimą, kad onkologinio paciento gydymas ir priežiūra yra daugiadalykės komandos, įskaitant ir psichologus, užduotis bei rūpestis [9, 10]. Distresas onkopsichologijoje apibrėžiamas kaip daugiafaktorė nemaloni emocinė patirtis, apimanti fizinius, psichologinius, socialinius ir dvasinius išgyvenimus bei sutrikdanti paciento prisitaikymą prie ligos situacijos, apsunkinanti gydymą ir sveikimą [9]. Pagal Tarptautinės psichologinės onkologijos bendrijos (angl. *International Psychological Oncology Society, IPOS*) ir NCCN rekomendacijas siekiama, kad onkologinių pacientų emocinis distresas būtų vertinamas kaip šeštasis gyvybiškai svarbus rodiklis šalia temperatūros, kraujo spaudimo, pulso, kvėpavimo dažnio ir skausmo [9, 10]. Pagal 94 mokslinių tyrimų metaanalizę, aukštą ar vidutinį distreso lygį patiria 29–47 proc. onkologinių pacientų [10]. Nemažai distreso tyrimų apėmė ir onkohematologinių pacientų imtį. Prieš transplantaciją nustatytas aukštas distreso lygis yra rizikos veiksnys patirti ilgalaikį distresą, apimančią ir laikotarpį po transplantacijos, todėl pacientų distreso įvertinimas prieš pradėdant KČT yra būtinas, kad asmuo būtų įtrauktas į psichologinės intervencijos programas [11]. Distreso lygis iki transplantacijos reikšmingai susijęs su paciento adaptacija pirmus metus po transplantacijos [9, 12].

Su kognityviaja streso samprata siejami R. Lazarus (stresas kaip žala, grėsmė ar iššūkis individui) darbai, kuriuose akcentuojami stresoriaus įvertinimo bei

adaptyvūs įveikos mechanizmai [8]. Vieni pirmųjų tyrimų apie ligos įveikos (angl. *coping*) būdus rodė, kad „kovos dvasia“ ir „neigimas“ susiję su geresne adaptacija sergant ir ilgesniu išgyvenamumu, o „stojiškas priėmimas“ ir „bejėgiškumas / beviltiškumas“ susiję su trumpesniu onkologinių pacientų išgyvenamumu [3, 13]. Nors transplantuotų pacientų ligos įveikos tyrimų nėra daug, vis dėlto keliuose jų atskleistos sąsajos tarp „nerimastingo susirūpinimo“ (angl. *anxious preoccupation*), „kovos dvasios“ (angl. *fighting spirit*) ir pacientų išgyvenamumo po KČT [12, 14].

Tiriant ligos kaip stresinio įvykio poveikį pacientų psichologinei savijautai, svarbios ir paties sergančio žmogaus asmeninės savybės, pvz., konstruktyvus mąstymas, viltis, optimizmas, taip pat ir saviveiksmingumas (angl. *self-efficacy*) [8]. Saviveiksmingumo terminą įdiegė A. Bandura (1977), socialinio išmokymo teorijos autorius, nutiesęs tiltą tarp biheviorizmo ir kognityviosios psichologijos. Saviveiksmingumas suprantamas kaip kognityvusis mechanizmas, veikiantis asmens reakciją stresinėje situacijoje. Žmonės, kurie tiki galintys susidoroti su potencialiais stresoriais, mažiau nerimauja, negu tie, kurie nesijaučia kontroliuojantys aplinkybių [15]. A. Bandura aprašo pagrindinius saviveiksmingumo šaltinius: asmeninę patirtį, mokymąsi stebint, žodinių pastiprinimą ir afektinį atsaką [16]. Daugelyje onkopsichologinių tyrimų pabrėžiama kognityviųjų, elgesio ir socialinių veiksnių, kaip intervencijos priemonių, skirtų prisitaikymui palengvinti ir stresui visose ligos ir gydymo etapuose sumažinti, nauda [17]. Remiantis A. Banduros socialinio išmokymo teorija, vėliau pervardyta socialine kognityviąja teorija, onkologine liga sergantiems pacientams sukurtos mokymo programos, kurių tikslas – įsisavinti kognityviasias ir elgesio strategijas, palengvinančias adaptyvią įveiką, didinančias saviveiksmingumą bei įgalinančias onkologinius pacientus būti aktyviais savo gydymosi proceso dalyviais. Pagal tokias programas pacientai mokomi bendravimo įgūdžių, problemų sprendimo, streso įveikos ir elgesio modifikavimo strategijų [15]. 22 publikacijų apžvalgos duomenimis, onkologiniai pacientai, kurie dalyvavo įvairiose mokymo programose, nepriklausomai nuo gydymo etapo (gydymo metu, gydymui pasibaigus, gyvenimo pabaigoje), patiria mažesnius distreso ir depresijos lygius, turi geresnius savivalbos įgūdžius, jų gyvenimo kokybė yra geresnė, jie aktyvesni iki pat gyvenimo pabaigos [18]. KČT pacientai, apmokyti fizinių ir atsipalaidavimo pratimų, mažiau patiria šalutinių gydymo poveikių (pykinimą, nuovargį, skausmą). Taip pat

yra duomenų, įrodančių dėmesingu įsisąmoninimu pagrįsto streso mažinimo metodikų naudą (angl. *mindfulness based stress reduction*, MBSR), gerinant pacientų fizinę savijautą, gyvenimo kokybę ir imuninę atsaką, taip pat padidėjusį NK ląstelių (angl. *natural killer cells*) aktyvumą [19].

**Socialinė parama kaip onkopsichologinių tyrimų objektas.** Socialiniame kontekste plačiai tyrinėjamas emocinės paramos sergantiems asmenims veiksnys (artimųjų, draugų, medicinos darbuotojų, paramos grupių, o dabartinais laikais – ir virtualių bendruomenių parama) [20]. Socialinė parama yra vienas pagrindinių buferių, padedančių sumažinti trauminio patyrimo poveikį KČT proceso metu, nes pacientai paprastai emociškai ir praktiškai priklauso nuo paramos teikėjų (dažniausiai tai būna artimieji) [21]. Tyrimai parodė, kad adekvati socialinė parama prieš KČT susijusi su geresniu psichologiniu prisitaikymu, mažesniais nerimo ir potrauminio streso sutrikimo lygiais, kai kurių tyrimų duomenimis, ir su geresniais išgyvenamumo rodikliais [5, 12]. Socialinės paramos veiksnys taip pat nėra vienareikšmis, pvz., kai kurie tyrimai rodo, kad KČT metu bendravimas, socialiniai vaidmenys gali keistis dėl specifinių gydymo sąlygotų apribojimų, izoliacijos, lankymo valandų ir atsargumo priemonių kontrolės. Artimieji taip pat išgyvena daug sudėtingų ir prieštaringų jausmų (pyktis, baimė, kaltė, nežinomybė, bejėgiškumas), santykiuose gali atsirasti priešiškus, vengimas ir visa tai gali prisidėti prie turimos socialinės paramos pablogėjimo [5, 21].

**Humanistinės ir egzistencinės psichologijos įtaka onkopsichologiniams tyrimams.** Didėjant išgyvenamumui po KČT, tapo svarbu ne tik išgyventi susidūrus su onkologine liga, bet ir pasirūpinti, kaip gyventi gydantis bei pasibaigus gydymui. Humanistinė ir egzistencinė kryptis, kuri deklaruoja žmogaus orumą, vertingumą, asmenybės augimą, onkopsichologijoje paskatino gyvenimo kokybės, potrauminio augimo tyrimus ir išryškino į pacientą orientuoto bendravimo modelio svarbą [1, 22].

Gyvenimo kokybė (angl. *quality of life*) yra dinaminis, daugiafaktoris konstruktas, susijęs su fiziniu, kognityviu, emociniu, socialiniu funkcionavimu ir gerove [23, 24]. Gyvenimo kokybės tyrimai įtraukiami į daugelį medicininių studijų, tiriant išgyvenusius pacientus. Šis konstruktas svarbus organizuojant tiek gydymą, tiek pacientų priežiūrą po gydymo, ypač sudėtingais mediciniais atvejais, kaip, pavyzdžiui, pacientams patyrus KČT [24]. Transplantuotų pacientų gyvenimo kokybė pirmiausia susijusi su jų fizine ir

funkcine būkle. Tyrimų duomenimis, hematologinių pacientų po KČT gyvenimo kokybė, susijusi su sveikata, pagal daugelį dimensijų yra blogesnė. Dauguma tirtų pacientų turi emocinių sunkumų (75 proc. jų nurodė depresiją, nerimą, ligos atsinaujinimo baimę), socialinių problemų (56 proc. respondentų pabrėžė bendravimo sunkumus, socialinę izoliaciją, profesinio gyvenimo apribojimus), kognityvių sunkumų (53 proc. tiriamųjų akcentavo dėmesio ir atminties sutrikimus), fizinių problemų (41 proc. tirtų asmenų skundėsi energijos, fizinių jėgų nebuvimu, nuovargiu, anoreksija), santykių sunkumų (35 proc. ligonių nurodė seksualinio gyvenimo sutrikimus, vaisingumo problemą) [5, 23, 25, 26]. Kita svarbi onkopsichologinių tyrimų grupė apima potrauminį augimą. Onkologinė liga laikoma traumine patirtimi, kuri sukelia ne tik daugybę psichologinių sunkumų, bet ir, anot R. G. Tedeschi ir kt. (1998), gali nulemti asmenybės augimą dėl kognityvių procesų, kurių metu kvestionuojamos turimos prielaidos apie pasaulį bei kuriamos naujos pažinimo ir įveikos strategijos [27]. M. R. Widows ir bendraautoriių potrauminio augimo tyrimų apžvalgos rezultatai rodo, kad kai kurie onkohematologiniai pacientai patiria didesnę pasitenkinimą gyvenimu, pakitusį prioritetų vertinimą, didesnę pasitenkinimą savimi, geresnius santykius su šeima ir kitais žmonėmis, teigiamus religinių įsitikinimų ir dvasingumo pokyčius [28]. Psichosocialiniai kintamieji, siejami su potrauminiu augimu, apima aukštesnius savigarbos ir optimizmo lygius, ne vienos, o kelių ligos įveikos strategijų taikymą, taip pat geresnę seksualinį funkcionavimą [20, 29].

Vienu reikšmingiausių biopsichosocialinės paradigmos pradininko G. Engel (1978) atradimų tapo į pacientą orientuoto bendravimo (angl. *patient-centered*) aspektas, kurio idėjinis pradininku laikomas C. Rogers (1942) bei jo į asmenį orientuota psichoterapija (angl. *person-centered therapy*). Gydytojo ir paciento bendravimas – tai vienas iš kertinių veiksnių, nulemiančių paciento emocinę savijautą [1, 3, 22, 29]. Tvirti, produktyvūs gydytojo ir paciento santykiai remiasi pasitikėjimu, empatija, išklusymu ir keitimusi informacija. Empiriniai tyrimai patvirtina pamatinių santykių savybių svarbą gydymosi rezultatams, pacientų suvokiamai medicininių paslaugų kokybei ir pasitenkinimui jomis [7, 29]. Atvirumas pacientų emocijoms ir empatiškas reagavimas į jas siejasi ne tik su geresniu pacientų prisitaikymu gydymosi metu, gydymo režimo laikymusi ir simptomų kontrole, bet ir su padidėjusiu savęs įgalinimo jausmu sergant. Pacientų, kurie jaučiasi galintys dalyvauti priimant sprendimus

dėl gydymo ir įveikti ligą, geresni prisitaikymo ir gyvenimo kokybės rodikliai [29, 30].

Tinkama komunikacija padeda palaikyti paciento saviveiksmingumą ir įgalina jį būti aktyviu gydymosi proceso dalyviu. Paciento įgalinimas (angl. *empowerment*) apibrėžiamas kaip procesas, kurio tikslas – suteikti pacientams išteklius kontroliuoti, valdyti savo būklę ir priimti pagrįstus sprendimus dėl savo gydymo / priežiūros proceso bei apima informuotumą, atsakomybę ir autonomiją [31]. Taigi A. Banduros pasiūlytas saviveiksmingumo terminas, pirmą kartą pavartotas sveikatos psichologijos atsiradimo pradžioje [15], tampa ryškus ir aktualus būtent dabar, kai medicinoje siekiama kurti įgalinančią aplinką [31]. Deja, onkohematologinės klinikos tyrimų, kurie aiškintųsi, kaip patys sergantys asmenys vertina į pacientą orientuotos priežiūros kokybę bei jos įgalinimo siekį, kol kas mažai. Žinoma, kad geriau medikų priežiūrą ir informavimo kokybę vertina aukštesnio išsilavinimo, jaunesnio amžiaus ir geresnės fizinės būklės onkohematologiniai pacientai [32].

Nuo 2000 m. populiarūs medikų ir pacientų komunikacijos tyrimai. Pacientas ir medikas egzistuoja biopsichosocialinėje matricoje, tad jų bendravimas ir bendradarbiavimas veikia abu proceso dalyvius [1]. Atsižvelgiant į esminį gydytojo ir paciento santykio abipusiškumą, atsiranda duomenų apie emocinį krūvį, kurį patiria sveikatos priežiūros specialistai, susitapatindami su paciento kančia, patirdami emocinį nuovargį, traumatizavimą, vertybių pokyčius bei orumo ir valios apribojimus. Visa tai nulemia medikų profesinio perdegimo riziką. Profesinio perdegimo tyrimų, atliekamų įvairiuose onkologijos skyriuose, priklausomai nuo šalies, paplitimo rodikliai svyruoja tarp 25–74 proc. [33]. Nacionalinės kaulų čiulpų donorų programos (angl. *National Marrow Donor Program/Be the Match*) apklausos duomenimis, pagrindiniai medikų, dirbančių KČT skyriuose, sunkumai – tai didelis darbo krūvis, darbo ir laisvalaikio derinimas, etinės moralinės dilemos darbe ir atsakomybė už sunkių pacientų priežiūrą [33].

### **Biopsichosocialinė paradigma: į pacientą orientuotas modelis turi būti pagrįstas įrodymais**

Nepaisant įtikinamo ideologinio pagrindo ir pacientų bendravimo su medikais įtakos emocinei savijautai tyrimų, į pacientą orientuota medicina vis dar nėra laikoma pakankamai „moksliška“, o G. Engel biopsichosocialinis modelis kritikuojamas dėl neapibrėžtumo, nepatikimumo ir neatitikties moderniems medicinos mokslo standartams [34].



Šiuolaikinė onkohematologija tampa vis preciziškesnė, tyrinėjami psichoneuroimuniniai mechanizmai ir jų ryšys su gydymo efektyvumu, pvz., neutrofilų atsikūrimo po transplantacijos greičio ryšys su potrauminio streso sutrikimo simptomais [35], ir platesniaja prasme, pvz., neuroendokrininės imuninės sistemos, epigenetikos tyrimų galimybės [1]. Mokslininkai, kurie tiria šiuolaikinės medicinos mokslo ir praktikos santykius, teigia, kad įrodymais pagrįsta medicina orientuota į gydytoją, o ne į pacientą, nes susitelkia vien į klinikinių duomenų analizę, mažina gydytojo ir paciento santykių svarbą ir paciento vaidmenį priimant sprendimus [2]. Taigi turime paradoksą, kad įrodymais pagrįsta medicina, siūlant pacientams tik aukštos kokybės priežiūrą, gali tapti grėsme į pacientą orientuotai medicinai, kai pasislepiama tarp medicinos technologijų, popierinių gairių ir statistinių duomenų. Vis dėlto sutariama, kad gydant pacientą turėtų būti pasitelkta geriausia prieinama mokslinė informacija, kartu atkreipiant dėmesį į svarbius psichosocialinius klausimus ir paciento individualumą [36].

Kyla klausimas, kaip mažinti atskirtį tarp dviejų neabejotinai reikšmingų ir pacientams dažnai gyvybiškai svarbių medicinos požiūrių – humanistinio, biopsichosocialinio, į pacientą orientuoto modelio ir inovatyvios, bet biomedicininės, įrodymais pagrįstos medicinos? Svarbiausias dalykas stiprinant į pacientą orientuotos medicinos įrodymų bazę yra komunikacijos tyrimai [36]. Į pacientą orientuotos priežiūros sritį praturtintų ir kokybiniai tyrimai [2], nes ypač svarbu išsiaiškinti, kas pacientams svarbiausia komunikuojant su gydytojais (pvz., tyrimai atskleidžia, kad ne visiems onkologiniams ligoniams svarbus į pacientą orientuoto modelio akcentuojamas sergančio asmens įgalinimas aktyviai dalyvauti priimant sprendimus dėl gydymo plano, nes kai kurie ligoniai atsakomybę už tokius sprendimus linkę perduoti gydančiam gydytojui [36]). Onkopsichologinių tyrimų objektu gali būti

ir pačių medikų patiriamas spaudimas kurti įgalinančius santykius su pacientais, o tokio spaudimo kaina medikams – perdegimas, antrinis traumatizavimas, etinės / moralinės dilemos, taip pat pacientų vis didesnė atsakomybė už savo sveikatą ir sveikimą, o drauge – pasitikėjimo ir gydytojo autoriteto išlaikymas [1].

## APIBENDRINIMAS

Apžvelgus KČT patiriančių / patyrusių pacientų imties onkopsichologinių tyrimų raidą, atsižvelgiant į besikeičiančius medicinos modelius ir remiantis psichologinių paradigmu žiniomis, galima pastebėti ryškėjančią tendenciją – biomedicininio modelio įtaka, kuri buvo sumažėjusi dėl 9-ajame praėjusio amžiaus dešimtmetyje įsivyravusio ir sustiprėjusio biopsichosocialinio modelio, ir vėl stiprėja. Įrodymais pagrįsta medicina kelia grėsmę į pacientą orientuotos priežiūros paradigmai, kritikuodama ją už nepakankamą moksliskumą ir mokslinių tyrimų stoką. Suprantant daugiakryptę ir visapusišką pagalbą onkohematologiniams pacientams svarbą ir prasmę, būsimiems onkopsichologiniams tyrimams galėtų būti formuluojami tokie uždaviniai: tyrinėti pacientų ir medikų komunikacijos aspektus pasitelkiant sergančio asmens įgalinimo konstrukta ir siekiant atskleisti, suprasti bei įvertinti įgalinimo poveikį paciento psichologinei gerovei sudėtingo gydymosi metu bei gydymo efektyvumo rezultatams; inicijuoti kokybinius tyrimus, kurių tikslas – išsiaiškinti pacientų informacinius, emocinius ir atsakomybės priimant su gydymu susijusius sprendimus poreikius. Aktualiu mokslinių tyrimų objektu tampa pačių medikų psichologiniai išgyvenimai kuriant įgalinančius santykius su pacientais bei jų privalumų ir grėsmių analizė. Praktinė šių tyrimų nauda būtų neabejotina integruojant gautus tyrimų duomenis, rengiant mokymosi programas tiek pacientams, tiek medikams.

*Straipsnis gautas 2019-05-03, priimtas 2019-06-03*

## Literatūra

- Grassi L, Wise T, Riba MB. The Role of Patient-Centered and Recovery-Oriented Models in Medicine: An Introduction. In Person Centered Approach to Recovery in Medicine. 2019;1-15.
- Karagiannis T. The Importance of Applying Evidence-Based Medicine in Clinical Practice. In Management of Hypertension. 2019;3-17.
- Salmon P, Hall GM. Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Social Science & Medicine*. 2003;57(10):1969-1980.
- Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer*. 2018;20:1-32.
- Fife BL, Fausel CA. Hematopoietic dyscrasias and stem cell/bone marrow transplantation. *Psycho-oncology*, 2nd edn. Oxford University Press: New York. 2010;191-195.
- Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*. 2004;2(6):576-582.
- Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1978;310(1):169-181.
- Lazarus RS. Nuo psichologinio streso iki emocijų: besikeičiančių požiūrių istorija. *Psichologija*. 1998;18:126-141.
- Holland JC, Weiss TR. History of psycho-oncology. *Psycho-Oncology*. 2010;2:3-12.

10. National Comprehensive Cancer Network. Distress management. Clinical practice guidelines. Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN. 2003;1(3):344.
11. Lee SJ, Loberiza FR, Antin JH, Kirkpatrick T, Prokop L, Alyea EP, Fisher DC. Routine screening for psychosocial distress following hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*. 2005;35(1):77.
12. Hoodin F, Weber S. A systematic review of psychosocial factors affecting survival after bone marrow transplantation. *Psychosomatics*. 2003;44(3):181-195.
13. Andrykowski MA, Brady MJ, Henslee-Downey PJ. Psychosocial factors predictive of survival after allogeneic bone marrow transplantation for leukemia. *Psychosomatic Medicine*. 1994;56(5):432-439.
14. Tschuschke V, Hertenstein B, Arnold R, Bunjes D, Denzinger R, Kaechele H. Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation: results of a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001;50(5):277-285.
15. Lev EL, Owen SV. Counseling women with breast cancer using principles developed by Albert Bandura. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2000;36(4):131-138.
16. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
17. Antoni MH. Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain Behav Immun*. 2013;30:88-98.
18. McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, Wagner EH. Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: a Cancerjournalfor Clinicians*. 2011;61(1):50-62.
19. Jacobsen PB, Phillips KM, Jim HSL, Small BJ, Faul LA, Meade CD, et al. Effects of self-directed stress management training and home-based exercise on quality of life in cancer patients receiving chemotherapy: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2012.
20. Nenova M, DuHamel K, Zemon V, Rini C, Redd WH. Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psycho-Oncology*. 2013;22(1):195-202.
21. Gerhart JI, Asvat Y, Lillis TA, Fung H, Grosse J, Hobfoll SE. The impact of posttraumatic stress symptoms on social support and social conflict during hematopoietic stem cell transplant. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2018;36(3):304-318.
22. Kirschenbaum H, Jourdan A. The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2005;42(1):37.
23. Devins GM, Mah K, Messner HA, Xenocostas A, Gauvin L, Lipton JH. Quality of life trajectories during the first year following hematopoietic cell transplantation: an inception cohort study. *Supportive Care in Cancer*. 2018;26(7):2379-2386.
24. Pidala J, Anasetti C, Jim H. Quality of life after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Blood*. 2009;114(1):7-19.
25. Islam MS. Treat patient, not just the disease: holistic needs assessment for haematological cancer patients. *Oncology Reviews*. 2018;12(2).
26. Watson M, Buck G, Wheatley K, Homewood JR, Goldstone AH, Rees JKH, Burnett AK. Adverse impact of bone marrow transplantation on quality of life in acute myeloid leukaemia patients: analysis of the UK Medical Research Council AML 10 Trial. *European Journal of Cancer*. 2004;40(7):971-978.
27. Danhauer SC, Russell GB, Tedeschi RG, Jesse MT, Vishnevsky T, Daley K, Powell BL. A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2013;20(1):13-24.
28. Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*. 2005;24(3):266.
29. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*. 2003;88(5):658.
30. Merluzzi TV, Philip EJ, HeitzmannRuhf CA, Liu H, Yang M, Conley CC. Self-efficacy for coping with cancer: Revision of the Cancer Behavior Inventory (Version 3.0). 2017.
31. Marzorati C, Bailo L, Mazzocco K, Pravettoni G. Empowerment from patient's and caregiver's perspective in cancer care. *Health Psychology Open*. 2018;5(2).
32. Tzelepis F, Clinton-McHarg T, Paul CL, Sanson-Fisher RW, Joshua D, Carey ML. Quality of Patient-Centered Care Provided to Patients Attending Hematological Cancer Treatment Centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(3):549.
33. Neumann JL, Mau LW, Virani S, Denzen EM, Boyle DA, Boyle NJ, Majhail NS. Burnout, Moral Distress, Work-Life Balance, and Career Satisfaction among Hematopoietic Cell Transplantation Professionals. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 2018;24(4):849-860.
34. Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling*. 2013;91(3):265-270.
35. Hobfoll SE, Gerhart JI, Zalta AK, Wells K, Maciejewski J, Fung H. Posttraumatic stress symptoms predict impaired neutrophil recovery in stem cell transplant recipients. *Psycho-Oncology*. 2015;24(11):1529-1535.
36. Bensing J. Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*. 2000;39(1):17-25.

# Psycho-oncological research development in hematology field based on biopsychosocial paradigm

Marija Turlinskienė<sup>1,2</sup>, Rūta Sargautytė<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Vilnius University, Institute of Psychology, <sup>2</sup>Vilnius University Hospital Santaros klinikos

## Summary

Psycho-oncology is a multidisciplinary approach which, in practical and research settings, is applied not only to patients and their families but also to medical staff working with this vulnerable group and the aspects of doctor-patient communication. This article will present, the main directions of psycho-oncology research in the hematology field. The attention will be drawn to patients who are undergoing or who have already undergone bone marrow transplant treatment in the light of changing medical paradigms (biomedical, psychosomatic, and biopsychosocial) as well as different psychological ones (behavioral, cognitive, and humanistic) which have greatly influenced or contributed to the development of psycho-oncological research. Literature review and psycho-oncological research findings pose relevant questions for further research. In terms of theoretical and practical application, the parallel and even contribution of medicine and psychology is needed in order to create an effective help model for onco-hematological patients. Modern, innovative, evidence-based and biopsychosocial medicine should be combined with psychological interventions which ideally are based on humanistic and patient-centered

approaches. Future psycho-oncological research, in terms of bone marrow transplant patients, is advised to be focused on three areas: first, patient empowerment induced communication, second, qualitative studies analyzing patients informative, emotional and responsibility centered needs regarding decisions related to their treatment, third, psychological well-being of medical staff when feeling pressured to create and maintain patient empowerment focused relationships.

**Keywords:** psycho-oncology, stem cell transplantation, hematology, biopsychosocial paradigm, patient empowerment, patient-centered communication.

**Correspondence to** Marija Turlinskienė  
Vilnius University Hospital Santaros klinikos  
Center of Hematology, Oncology and Transfusion  
Santariškių str. 2, LT-08661 Vilnius, Lithuania  
E-mail: marija.turlinskiene@santa.lt

*Received 3 May 2019,  
accepted 3 June 2019*