

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Diana Ramanauskienė

Sveikatos psichologijos studijų programa

Magistro darbas

Lėtinį skausmą patiriančių vyresnio amžiaus žmonių požiūrio į skausmą, savo senėjimo suvokimo ir subjektyvaus amžiaus sąsajos

Darbo vadovė doc. dr. R. Sargautytė

Vilnius, 2023

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	4
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS.....	8
1.1. Lėtinis skausmas vyresnio amžiaus žmonių populiacijoje.....	8
1.1.1. Lėtinio skausmo paplitimas.....	8
1.1.2. Lėtinio skausmo apibrėžimas ir vertinimas.....	9
1.1.3. Lėtinio skausmo klasifikavimas	10
1.1.4. Nuostatos ir įsitikinimai	11
1.2. Savo senėjimo suvokimas	13
1.3. Subjektyvus amžius.....	15
1.4. Tyrimo tikslas, klausimai	18
2. TYRIMO METODIKA.....	19
2.1. Tyrimo dalyviai	19
2.2. Tyrimo instrumentai.....	20
2.3. Tyrimo eiga	28
2.4. Duomenų analizės metodai	29
3. REZULTATAI.....	31
3.1. Aprašomoji statistika.....	31
3.2. Pirmasis tyrimo klausimas	35
3.3. Antrasis tyrimo klausimas.....	37
3.4. Trečiasis tyrimo klausimas.....	39
3.5. Ketvirtasis tyrimo klausimas.....	41
3.5.1. Požiūrio į skausmą srities – rūpestingumo – prognostiniai veiksniai	42
3.5.2. Požiūrio į skausmą srities – emocijų – prognostiniai veiksniai	43
3.5.3. Požiūrio į skausmą sričių – kontrolės ir fizinės žalos – prognostiniai veiksniai.....	45
3.5.4. Požiūrio į skausmą srities – vaistų – prognostiniai veiksniai.....	46
4. REZULTATŲ APTARIMAS	49
4.1. Tyrimo reikšmė, ribotumai ir rekomendacijos.....	51
IŠVADOS	53
LITERATŪRA.....	55
PRIEDAI	62

SANTRAUKA

Lėtinį skausmą patiriančių vyresnio amžiaus žmonių požiūrio į skausmą, savo senėjimo suvokimo ir subjektyvaus amžiaus sąsajos

Diana Ramanauskienė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2023 m., 65 p.

Lėtinis skausmas yra viena iš svarbių senėjančios visuomenės problemų ir siejamas su nuostatomis, iš kurių vienos yra naudingos, o kitos trukdo veiksmingai jį valdyti. Šio tyrimo tikslas – nustatyti sąsajas tarp lėtinį skausmą patiriančių vyresnio amžiaus asmenų požiūrio į skausmą, savo senėjimo suvokimo ir subjektyvaus amžiaus. Tyrime sutiko dalyvavo 137 lėtinį skausmą patiriantys asmenys, koreliacinis tyrimas atliktas su 124 tiriamaisiais nuo 50 iki 84 ($M = 66,98$, $SD = 8,10$) metų amžiaus, iš kurių 97 moterys (78,2 %) ir 27 vyrai (21,8 %). Su tiriamaisiais buvo susisiekiama per socialinius tinklus, bendradarbiaujant su „Lietuvos artrito asociacija“, „Nacionaline trečiojo amžiaus universitetų asociacija“, „Valakupių reabilitacijos centru“. Tyrime naudota: PSO-5 geros savijautos rodiklio klausimynas, supaprastinta lėtinio skausmo skalė, trumpasis požiūrio į skausmą klausimynas, trumpasis savo senėjimo suvokimo klausimynas, subjektyvaus amžiaus klausimai. Rastos abipusės sąsajos tarp požiūrio į skausmą, savo senėjimo suvokimo ir subjektyvaus amžiaus, kurios išliko kontroliuojant savijautą. Subjektyvus amžius ir senėjimo suvokimas nuspėjo požiūrį į skausmą. Šis darbas papildė senėjančios bendruomenės lėtinio skausmo tyrimus biopsichosocialiniu požiūriu.

Raktiniai žodžiai: lėtinis skausmas, požiūris į skausmą, įsitikinimai apie skausmą, savo senėjimo suvokimas, subjektyvaus amžius.

SUMMARY

The relationship between pain attitudes, self-perceptions of ageing and subjective age in older people with chronic pain.

Diana Ramanauskienė, Vilnius, Vilnius University, 2023 m., 65 p.

Chronic pain is one of the major problems of an ageing society and is associated with prejudices, some of which are beneficial and some hinder its effective management. The aim of this study was to determine the links between elderly chronic pain sufferers' attitudes towards pain, perceptions of their own ageing and subjective age. 137 people with chronic pain agreed to take part in the study, and a correlational study was conducted with 124 participants aged between 50 and 84 ($M = 66.98$, $SD = 8.10$) years, of whom 97 were women (78.2%) and 27 were men (21.8%). The participants were contacted via social networks, in cooperation with the Lithuanian Arthritis Association, the National Association of Third Age Universities and the Valakupiai Rehabilitation Centre. The questionnaire used in the study included: WHO-5 Well-Being Index, Graded Chronic Pain Scale Revised (GCPS-R), The Survey of Pain Attitudes-Brief (SOPA-B), Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ), questions about subjective age. Findings showed reciprocal links between attitudes towards pain, perceptions of ageing and subjective age, which remained significant when well-being was controlled. Subjective age and perception of ageing predicted attitudes towards pain. This work adds a biopsychosocial perspective to research on chronic pain in the ageing community.

Keywords: chronic pain, pain attitudes, beliefs of pain, self-perceptions of aging, subjective age.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Lėtinis skausmas – tai skausmas, kuris tęsiasi arba kartojasi ilgiau nei 3 mėnesius. Lėtinis skausmas yra daugiafaktorinis: biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai prisideda prie skausmo sindromo (World Health Organization, 2023).

Požiūris į skausmą (angl. *pain attitude*) – psichologinių ir aplinkos veiksnių, darančių įtaką skausmingo vaizdinio išlikimui, dalis (Tait & Chibnall, 1997).

Savo senėjimo suvokimas (angl. *self-perceptions of aging*) – suvokimas apie senėjimą, atspindintis asmeninį požiūrį (Brothers, Kornadt, Nehr Korn-Bailey, Wahl & Diehl, 2021).

Subjektyvus amžius (angl. *subjective age*) – daugiamatis konstruktas, kuris parodo, kokio amžiaus žmogus jaučiasi esąs ir kokiai amžiaus grupei save priskiria (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Gröhn, & Smith, 2008).

PRATARMĖ

„Visi nori gauti geriausią įmanomą medicininę pagalbą, sulaukti šeimos ir draugų emocinės paramos, numirti nekankinami didelių skausmų. Tačiau, kad ir kokie būtų medicinos ir socialinės paramos pranašumai, nesame apsaugoti nuo skausmo, nuo artėjančios mirties baimės. Kaip ir visi, norime užsitikrinti likusio gyvenimo kokybę, net ir kęsdami gydymo procedūras, kurios kartais pačios mus susargdina. Kiek esame pasirengę pakelti, kad išliktume gyvi? Kaip galėtume užbaigti savo dienas, patirdami kuo mažiau skausmo?“ (Yalom & Yalom, 2021).

Ilgėjant žmonių gyvenimo trukmei, visuomenė sensta. Europos Sąjungos statistikos tarnybos (EUROSTAT) duomenimis, 2001–2021 m. laikotarpiu ES gyventojų vidutinis amžius padidėjo 6-eriais metais; Rumunijoje, Portugalijoje, Lietuvoje, Italijoje, Ispanijoje, Lietuvoje, Slovakijoje ir Graikijoje – net 7-eriais ar daugiau metų, o 2030 metais trečdalis gyventojų bus pagyvenę žmonės (Eurostat, 2023). Todėl svarbu prailginti žmonių gyvenimo be ligų ir neįgalumo, tai yra, sveiko senėjimo trukmę. Siekiant šio tikslo, kuriamos ir įgyvendinamos programos, kuriose bendradarbiauja įvairių sričių mokslininkai ir specialistai.

Pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo gerovės klausimams skiriama ir Lietuvoje. 2015 m. buvo patvirtinta nacionalinė mokslo programa „Sveikas senėjimas“, kurios tikslas – kompleksinė Lietuvos visuomenės sveiko senėjimo biomedicinos ir socialinės medicinos klausimų analizė ir sprendimai, pasitelkiant mokslo ir technologijų plėtrą, fundamentinių ir taikomųjų mokslinių tyrimų rezultatus (LR švietimo ir mokslo ministerija, 2015). Šiuo metu svarbus Vilniaus universiteto mokslininkų komandos vykdomas projektas „Aktyvus senėjimas“, kuriame tiriami Lietuvos visuomenės senėjimo keliami iššūkiai ir galimybės, panaudojant Europos sveikatos, senėjimo bei išėjimo į pensiją (SHARE) duomenis (VU Filosofijos fakultetas, 2023). Tačiau būti aktyviems vyresnio amžiaus žmonėms dažnai trukdo lėtinis skausmas ir tai yra viena iš svarbių senėjančios visuomenės problemų.

Lėtinis skausmas yra dažnas suaugusiųjų skausmas, kuris daro neigiamą poveikį fiziniam pajėgumui, gerovei ir gyvenimo kokybei (Birkinshaw et al., 2021). Požiūrio į skausmo gydymą tyrimai rodo, kad vis dar laikomasi biomedicininio įsitikinimų apie skausmą (Mankelov, Ryan, Taylor, Atkinson, & Martin, 2022), gydytojai nerimauja dėl to, ar pacientai laikosi fizinio aktyvumo rekomendacijų (Schofield, 2018). Su gyvenimo gerove ir kokybe yra susijęs darbas, o dirbantys vyresnio amžiaus (50 m. ir vyresni) Lietuvos gyventojai priklauso šalių, kurių gyventojai kuo greičiau norėtų pasitraukti iš aktyvios darbo rinkos, grupei (Kairys et al., 2021). Gali būti, kad šis noras yra susijęs ir su prastėjančia vyresnio amžiaus žmonių sveikata, ir su subjektyviu amžiumi.

Įrodyta, kad dėl sveikatos problemų žmonės jaučiasi vyresni, o subjektyvus amžius, kaip galimas sveikatos ir gerovės rodiklis, gali būti naudingas, nustatant rizikos grupes (Brothers, Miche,

Wahl, & Diehl, 2017; Prasad, Shellito, Miller, & Burr, 2022b). Nors susidomėjimas subjektyvaus amžiaus tyrimais neblėsta jau dešimtmetį, atrodo, kad dėmesio vienam iš senėjimo patirties aspektų, lėtiniam skausmui, trūksta. Šiuo darbu noriu papildyti vyresnio amžiaus žmonių subjektyvaus amžiaus, požiūrio į lėtinį skausmą ir savo senėjimo suvokimo tyrimus. Kadangi žmonių elgesys siejasi su jų požiūriu (Ajzen & Fishbein, 1977), svarbu jį suprasti, siekiant, kad vyresnio amžiaus žmonių gyvenimas būtų sveikesnis ir aktyvesnis.

Nuoširdžiai dėkoju magistro darbo vadovei doc. dr. Rūtai Sargautytei už dalinimąsi sukaupta patirtimi, žiniomis, naudingus pasiūlymus ir patarimus. Už bendradarbiavimą ir pagalbą, kviečiant tiriamuosius, esu dėkinga „Valakupių reabilitacijos centro“ vyr. medicinos psichologei Daivai Juozapavičienei. Taip pat dėkoju visiems tiriamiesiems, kurie sutiko dalyvauti tyrime ir skyrė savo laiką atsakyti į anketos klausimus.

1. ĮVADAS

1.1. Lėtinis skausmas vyresnio amžiaus žmonių populiacijoje

Senėjančioje Europoje lėtinis skausmas yra pagrindinė visuomenės sveikatos problema, tačiau patikimų epidemiologinių duomenų trūksta (Cimas et al., 2018). 1998 m. Amerikos geriatrų draugija pateikė pirmąsias klinikinės praktikos gaires dėl vyresnio amžiaus žmonių lėtinio skausmo gydymo, kurios buvo atnaujintos 2002 metais. Abiejose versijose daugiausia dėmesio buvo skiriama skausmo įvertinimui ir jo farmakologiniam valdymui (Schofield, 2018). Tačiau farmakologinis lėtinio skausmo gydymas yra gana sudėtingas ir dažnai neveiksmingas, be to, pasireiškia nepageidaujami šalutiniai poveikiai dėl vienu metu vartojamų skirtingų vaistų, gydant gretutines ligas (Dagnino & Campos, 2022; Schwan, Sclafani, & Tawfik, 2019). Taigi, lėtinio skausmo gydymui vien vaistų neužtenka.

Šiuo metu vis labiau domimasi naujais skausmo valdymo būdais, taikomais vyresnio amžiaus žmonėms. Vyresnio amžiaus žmonės skausmo suvokimu skiriasi nuo jaunesnio amžiaus žmonių (Dagnino & Campos, 2022; Terrasa et al., 2021), todėl jiems ne visada tinka tokie patys skausmo valdymo būdai. Nors skausmo pobūdis, pavyzdžiui, ilgai trunkantis ir didelio intensyvumo skausmas, prognozuoja daugiau skausmo problemų tarp jaunesnių gyventojų (Larsson, Hansson, Sundquist, & Jakobsson, 2017), vyresnių žmonių skausmo valdymą apsunkina gretutinės ligos.

Lėtinis skausmas dažnai lydi gretutines ligas, jas sustiprina (Dagnino & Campos, 2022; Savvas & Gibson, 2016; Schwan et al., 2019). Lėtinis vyresnio amžiaus žmonių skausmas mažina judrumą, yra susijęs su aukštu kūno masės indeksu (Larsson et al., 2017; Savvas & Gibson, 2016), gali sutrikdyti šeiminius ir socialinius santykius (Schwan et al., 2019), o visa tai labai pablogina bendrą gyvenimo kokybę. Taip pat lėtinis skausmas yra tiesiogiai susijęs su nuotaikos ir miego sutrikimais, depresija ir nerimu, skausmo sindromų skaičiumi (Husak & Bair, 2020; Larsson et al., 2017). Nors depresijos paplitimas yra didesnis vyresniame amžiuje (Ham & Lee, 2021; Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009), vyresnio amžiaus asmenys geriau susidoroja su skausmo išgyvenimais, o su skausmu susijusios depresijos ir negalios lygis, palyginti su jaunesniais asmenimis, yra žemesnis. Vis dėlto lėtinis skausmas turi įtakos vyresnio amžiaus žmonių savarankiškumui ir nepriklausomybei.

1.1.1. Lėtinio skausmo paplitimas

Lėtinis skausmas vargina didelę dalį gyventojų. Apskaičiuota, kad maždaug vienas iš penkių suaugusiųjų visame pasaulyje patiria vidutinio stiprumo ar stiprų skausmą, kuris trunka tris mėnesius ar ilgiau (Birkinshaw et al., 2021). Tarptautiniuose tyrimuose nurodomas jo paplitimas siekia apie 50 proc. tarp gyvenančių namuose (Lieberman, Freud, Peleg, Keren, & Press, 2018; Schofield, 2018; Schwan et al., 2019) ir apie 80 proc. tarp gyvenančių slaugos namuose, didelio intensyvumo skausmą

patiria apie 19 proc. vyresnio amžiaus žmonių (Mankelow et al., 2022). Lėtinio skausmo paplitimas tarp vyresnio amžiaus žmonių yra gana įvairus, priklausomai nuo tirtos populiacijos ypatybių ir naudojamų metodikos.

Lėtinio skausmo paplitimą tyrėjai vertina nevienodai. Tyrimuose randama (Savvas & Gibson, 2016), kad su amžiumi skausmo paplitimas kinta keturiais būdais: 1 – didėja su amžiumi, 2 – didėja iki 75–85 metų, o vėliau mažėja (nors kiti tyrimai rodo, kad skausmo paplitimo pikas pasiekiamas daug anksčiau, t. y. nuo 50–65 metų), 3 – mažėja, 4 – su amžiumi nesiskiria (Savvas & Gibson, 2016), 5 – laikui bėgant, būna stabilus ir padidėja, sulaukus 85 metų (Larsson et al., 2017). Dar lėtinio skausmo paplitimas gali būti vertinamas pagal lytį, etninius skirtumus, gyvenamąją šalį, etnines mažumas ir kita.

Pavyzdžiui, lėtinis skausmas labiau paplitęs tarp moterų, jos taip pat dažniau nei vyrai praneša apie skausmą (Barbosa, Vieira, & Garcia 2018; Cimas et al., 2018; Larsson et al., 2017; Şentürk et al., 2023; Savvas & Gibson, 2016). Lėtinis skausmas yra intensyvesnis ir (arba) labiau paplitęs ir blogiau valdomas tarp etninių mažumų ir vyresnių nei 60 metų amžiaus žmonių (Savvas & Gibson, 2016), nei likusioje populiacijoje. Tarp vyresnio amžiaus Europos suaugusiųjų labai dažnas raumenų ir kaulų sistemos skausmas. Jo paplitimas skiriasi priklausomai nuo šalies, kurioje gyvenama (Cimas et al., 2018). Lėtinio skausmo paplitimo didėjimas reikšmingai progresuoja. Tai pastebima nuo jauniausios (50–59 metų) iki vyriausios (daugiau nei 75 metų) amžiaus grupės, taip pat – tarp moterų (Cimas et al., 2018). Stebimos lėtinio skausmo paplitimo didėjimo tendencijos kelia susirūpinimą.

1.1.2. Lėtinio skausmo apibrėžimas ir vertinimas

Pirmąją sisteminę lėtinio skausmo klasifikaciją pasiūlė Treede su kolegomis (2019). Šiuo metu pagal TLK-11 (World Health Organization, 2023) naudojamas apibrėžimas: lėtinis skausmas yra skausmas, kuris išlieka arba kartojasi ilgiau nei 3 mėnesius. Lėtinis skausmas yra daugiafaktorinis: prie skausmo sindromo prisideda biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai.

Neseniai buvo pasiūlyta didelio poveikio lėtinio skausmo sąvoka (angl. *High-impact chronic pain*), kuriai būdingas stipresnis skausmas, didesnės psichikos sveikatos problemos, kognityviniai sutrikimai ir bent vienos reikšmingos veiklos apribojimas (Şentürk et al., 2023). Autoriai teigia, kad vien trukme pagrįsto lėtinio skausmo apibrėžimo neužtenka paaiškinti tokioms sritims kaip asmens aktyvumo suvaržymas ar kiti gyvenimo trikdžiai, be to, lėtinio skausmo ir didelio poveikio lėtinio skausmo patirtis didėja kartu su amžiumi, o vyresnis amžius yra neįgalumo progresavimo rizikos veiksnys. Lėtinio skausmo vertinimo instrumentai nuolat tobulinami ir kuriami nauji.

Lėtinis skausmas ir jo poveikis asmeniui paprastai nustatomas, pasitelkiant savęs vertinimo klausimynus, skales. Tačiau įvertinti vyresnio amžiaus žmonių patiriamą lėtinį skausmą gali būti ypač sudėtinga dėl su amžiumi susijusių regos, klausos ir pažinimo pokyčių (Birkinshaw et al., 2021;

Schofield, 2018). Lyginant su jaunesniais suaugusiais, vyresnio amžiaus žmonių skausmo potyris taip pat pakitęs. Senėjimas turi įtakos su skausmu susijusių neuroninių tinklų veikimui, o skausmo apdorojimo mechanizmai gali būti susiję su neuroninių tinklų, moduluojančių mažėjančius skausmo slopinimo būdus, degeneracija (Terrasa et al., 2021). Senėjimas taip pat siejamas su skausmo slenksčio padidėjimu, skausmingų pojūčių mažėjimu ir skausmo tolerancijos sumažėjimu. Pagyvenę žmonės geriau toleruoja ūmų skausmą, palyginti su nuolatinio. Senėjimas gali sustiprinti emocinį skausmo suvokimo vertinimą, o tai yra susiję su lėtinio skausmo išsivystymu (Dagnino & Campos, 2022; Terrasa et al., 2021). Su lėtiniu skausmu yra susiję ir biologiniai, psichologiniai, socialiniai veiksniai.

Lėtinis skausmas geriausiai suprantamas ir paaiškinamas biopsichosocialiniu modeliu (Booker, Tripp-Reimer, & Herr, 2020; Lun, Tan, Andrews, & Champion, 2022; Schwan et al., 2019). Pavyzdžiui, tyrėjai Romano ir kiti (2019) nurodė lyčių skirtumus, susijusius su vyresnio amžiaus žmonių skausmo suvokimu. Autoriai pranešė, kad moterys turi žymiai mažiau nemalonių pojūčių, susijusių su vidutinio stiprumo skausmo (kontakto su karščiu) suvokimu, palyginti su vyrais. Kitas svarbus aspektas yra vyresnio amžiaus asmenų gyvenamoji vietovė, pavyzdžiui, grupė tyrėjų įrodė, kad vyresni suaugusieji, prižiūrimi namuose, jautė žymiai mažesnę skausmo lygį nei slaugos namų gyventojai (Xu et al., 2018). Taigi, vertinant lėtinio skausmo pasireiškimą, svarbu atsižvelgti į asmens fizinį funkcionavimą, psichologinę savijautą, socialinę aplinką.

1.1.3. Lėtinio skausmo klasifikavimas

Dažnai skirtinguose tyrimuose skausmo tipas klasifikuojamas skirtingai, o kartais nėra aiškios ribos tarp skausmo vietos ir skausmo tipo. Tyrėjai Makris ir kiti (2015), Savvas ir Gibson (2016) teigia, kad vyresnio amžiaus žmonėms dažniausiai skauda nugarą ir sąnarius. Nugaros skausmas dažnai nepakankamai gydomas dėl menkai suprantamų priežasčių (Makris et al., 2015). Pagrindiniai vyresnio amžiaus žmonių skausmingi nusiskundimai yra susiję su neurodegeneracinėmis ir raumenų bei skeleto ligomis, periferinių kraujagyslių ligomis, artritu ir osteoartritu, kurie lemia prastą gyvenimo kokybę, socialinę izoliaciją, sumažėjusį fizinį aktyvumą ir priklausomybę nuo kasdienės veiklos. Organų funkcijos sutrikimai ir kitos esamos ligos gali turėti didelės įtakos šios grupės asmenų lėtinio skausmo suvokimui ir reakcijai į jį (Dagnino & Campos, 2022). Svarbu ir tai, kaip pasireiškia lėtinis skausmas.

Dažnai lėtinis skausmas pasireiškia dėl ligos ar sužalojimo, tačiau jis nėra tik lydintis simptomas, o veikia atskira būklė, turinti savo medicininę apibrėžtį ir taksonomiją (Mills, Nicolson, & Smith, 2019). Ypač svarbu, kiek vietų pacientas nurodo kaip skausmingas. Skausmas keliose vietose yra dažnas reiškinys: 40 proc. 65 metų ir vyresnių žmonių nurodo, kad jiems skauda dvi ar daugiau vietų. Be to, įrodyta, kad raumenų ir kaulų sistemos skausmas, pasireiškiantis kartu su

skausmu kitose vietose, sukelia daugiau negalios, yra stipresnis ir susijęs su blogesne funkcine, nuotaikos ir kasdienės veiklos prognoze (Savvas & Gibson, 2016). Pagal tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikaciją (TLK-11) lėtinis skausmas skirstomas pagal jį sukėlusias priežastis.

Lėtinio skausmo priežastis gali būti pirminė arba antrinė. Dėl pirminės skausmo priežasties skausmas gali būti suvokiamas kaip liga, o lėtinio antrinio skausmo būklės atveju skausmas iš pradžių pasireiškia kaip kitos ligos simptomas. Bet kuriuo atveju, kai paciento skausmas yra vidutinio stiprumo ar stiprus, jam reikia ypatingos priežiūros. Spontaniškai pasveikus arba sėkmingai išgydžius pagrindinę ligą, lėtinis skausmas kartais gali išlikti, todėl lėtinio antrinio skausmo diagnozės gali ir toliau lemti gydymą bei sveikatos priežiūros statistiką (Treede et al., 2019). Dažniausiai vyresnio amžiaus žmonių pagrindinės lėtinio skausmo priežastys yra antrinės, susijusios su kitu ankstesniu sutrikimu, apimančiu vėžį, neuropatinį skausmą, raumenų ir skeleto pokyčius, lėtinį potrauminį ar pooperacinį skausmą, lėtinį visceralinį (vidaus organų) skausmą, lėtinį galvos skausmą ir orofacialinį (veido ir žandikaulių srities) skausmą (Dagnino & Campos, 2022). Taigi, gydant lėtinį skausmą, turi bendradarbiauti įvairių sričių sveikatos priežiūros specialistai.

1.1.4. Nuostatos ir įsitikinimai

Įsitikinimai – tai iš anksto nusistovėjusios idėjos apie save, kitus, mus supančią aplinką ir situacijas. Tai kultūriškai paplitusios sampratos, kurios laikomos absoliučiomis tiesomis, būtent tokiomis, kokios atrodo esančios (Molton & Terrill, 2014). Vyresnio amžiaus žmonių lėtinis skausmas dažnai susijęs su senėjimu, turinčiu ryšį su sveikatos sutrikimais ir lėtinėmis ligomis. Vyresnio amžiaus suaugusieji gali turėti tam tikrą unikalų požiūrį į sveikatą ir negalią, kuris yra svarbus jų suvokimui apie sveikatą.

Kai kurie vyresnio amžiaus žmonių įsitikinimai yra naudingi, o kiti gali būti kliūtimi veiksmingai valdyti skausmą, asmeniniai įsitikinimai ir nuostatos gali turėti įtakos su skausmu susijusios negalios atsiradimui (Savvas et al., 2019). Disfunkciniai įsitikinimai gali sustiprinti skausmo patyrimą ir mažinti gydytojų rekomendacijų dėl lėtinio skausmo gydymo laikymąsi (Pimenta, Kurita, Silva, & Cruz, 2009). Remdamiesi apžvelgtais tyrimais, pabandėme išskirti pagrindinius vyresnio amžiaus įsitikinimus apie skausmą.

Pirmas – simptomų sumenkinimas. Vyresnio amžiaus suaugusieji gali sumenkinti lėtinio skausmo simptomus, atsižvelgdami į kitus gretutinių ligų simptomus.. Pavyzdžiui, vyresnio amžiaus suaugusieji, sergantys lėtine obstrukcine plaučių liga, gali manyti, kad osteoartrito skausmas nėra toks kenksmingas kaip dusulys (Molton & Terrill, 2014). Kitas simptomų sumenkinimo būdas aprašytas Harris, Byles, Sibbritt ir Loxton (2015) tyrime, kurio dalyvės naudojo skausmo minimizavimo būdus ir lyginamojo įveikimo strategijas, kad sumažintų ligos sunkumą. Skausmą ir

jo poveikį jos apibūdindavo, naudodamosi minimizuojančiais aprašymais: „maudimas“, „nemalonumas“, „nepatogumas“, „varginimas“ ir „truputį skauda“.

Antras – patirties lyginimas. Vyresnio amžiaus suaugusieji gali lyginti savo patirtį su jų požiūriu labiau sergančių bendraamžių patirtimi ir taip padaryti išvadą, kad jų padėtis yra geresnė nei bendraamžių (Molton & Terrill, 2014). Pavyzdžiui, mokslininkų Harris ir kitų (2015), atliktame tyrime moterys palygino save su asmenimis, sergančiais kitomis lėtinėmis ligomis, pavyzdžiui, širdies ligomis ar vėžiu. Be to, tyrimo dalyvės palygino savo patyrimą su pasauliniais įvykiais, pavyzdžiui, žemės drebėjimais, teigdamos, kad yra daugybė žmonių, kuriems pasisekė mažiau, ir kad svarbu ne „graužtis dėl kelių skausmų“, bet būti „dėkingam už tai, ką turi“. Patiriančios lėtinį skausmą moterys teigė, kad jis naudingas asmeniniam augimui: „artrito skausmas bent jau moko, kad galima išverti...“ Tyrimo autoriai mano, kad šį gebėjimą sustiprina vyresniame amžiuje įgyta branda.

Trečias – skausmo, kaip normalaus senėjimo reiškinių, suvokimas. Daugelis vyresnio amžiaus suaugusiųjų skausmą ir negalią suvokia kaip „normalų“ arba „tikėtiną“ senėjimo reiškinį (Molton & Terrill, 2014; Savvas & Gibson, 2016). Dauguma Harris ir kitų (2015) tyrimo dalyvių lėtinį skausmą apibūdino kaip tiesiog „susidėvėjimą“ ir natūralią senėjimo proceso dalį. Moterys pripažino, kad šis procesas bus nuolatinis, o skausmas – tai signalas, kad „dar viena dalis sugenda“. Moterų požiūrį į artritą lėmė jų požiūris į gyvenimą.

Ketvirtas – skausmo neišvengiamumo suvokimas. Viena iš Makris su kolegomis (2015) kokybiniame tyrime nustatytų priežasčių, kodėl vyresnio amžiaus suaugusieji (vidutinis amžius – 83 metai) gali nesikreipti pagalbos dėl nugaros skausmo, yra įsitikinimai apie su amžiumi susijusį nugaros skausmo neišvengiamumą. Vyresniame amžiuje net 93 proc. žmonių jaučia skausmą, kuris dažnai laikomas „senėjimo dalimi“ arba su kuriuo vyresnio amžiaus žmonės turi „išmokti gyventi“ (Schofield, 2018), „tiesiog reikia susitaikyti su savo gyvenimo dalia“ (Harris et al., 2015). Klaidingas skausmo priskyrimas senėjimui, o ne ligai gali pakenkti.

Svarbu prisiminti, kad pakankamai stiprus skausmas, turintis įtakos fizinėms funkcijoms, nėra normali senėjimo dalis. Tai gali būti tik socialinis lūkestis ir, jei pacientas mano, kad skausmą reikia toleruoti arba jo negalima išgydyti, jis gali nesikreipti į gydytoją, dėl to paciento būklė blogėja (Molton & Terrill, 2014; Savvas & Gibson, 2016). Kita vertus, pacientai, kurie pasirinko pasyvias įveikos strategijas (pvz., ilsėtis ir vartoti vaistus), tris kartus dažniau lankosi sveikatos priežiūros įstaigose ir turi dvigubai daugiau skausmo sukeltą negalią, palyginti su tais, kurie taiko aktyvias strategijas (pvz., mankštą) (Mills et al., 2019). Atrodo, kad labai svarbu išlaikyti balansą tarp poilsio ir vaistų bei tinkamo fizinio krūvio.

Barbosa ir kiti (2018), tyrę lėtinį skausmą patiriančius pacientus, teigia, kad įsitikinimai ir nuostatos yra psichologinių ir aplinkos veiksnių, darančių įtaką skausmingo vaizdinio išlikimui, dalis. Paprastai jie pateikiami kaip asmens funkcionavimą prognozuojantis veiksnys. Asmenys turi

nepageidaujamų įsitikinimų apie rūpestį (pacientai tikisi, kad, esant skausmui, žmonės bus rūpestingi), emocijas (nesutinka, kad emocijos daro įtaką patiriamam skausmui), išgydymą (tiki medicininio išgydymu), kontrolę (nesutinka, kad gali asmeniškai kontroliuoti skausmą), negalią (yra įsitikinę, kad skausmas juos nugalina) ir vaistus (mano, kad vaistai yra geriausias lėtinio skausmo gydymo būdas). Disfunkciniai įsitikinimai gali sustiprinti skausmo patyrimą ir mažinti gydytojų rekomendacijų laikymąsi dėl lėtinio skausmo gydymo.

Kenčiančio paciento įsitikinimų dėl lėtinio skausmo pripažinimas leidžia sudaryti veiksmų planą, kuriuo siekiama, jei reikia, pakeisti šias nuostatas ir pasiekti geresnių terapinių rezultatų (Pimenta et al., 2009). Skausmas yra dažnai minima kliūtis, kuri riboja aktyvumą ir trukdo optimaliai naudoti fizinės terapijos priemones vyresnio amžiaus pacientams, patiriantiems lėtinį skausmą (Savvas & Gibson, 2016). Kitos galimos kliūtys skausmo valdyme, tyrėjų įvardijamos nuostatos ir įsitikinimai yra susiję su bendravimu, vaistų vartojimo įpročiais, fiziniu pasyvumu, funkciniais apribojimais.

1.2. Savo senėjimo suvokimas

Dar prieš dvidešimt metų Levy, Slade ir Kasl (2002) paskelbė tyrimo rezultatus, kur savo senėjimo suvokimas nurodomas kaip svarbus psichologinis sveikatos, gerovės ir ilgaamžiškumo šaltinis vėlesniame gyvenime, o tai, kaip vyresnio amžiaus žmonės vertina savo senėjimą, turi įtakos jų fizinei sveikatai. Levy ir kitų (2002) tyrimas atskleidė, kad vyresni asmenys, kurie pozityviau suvokia senėjimą, gyveno 7,5 metų ilgiau nei tie, kurių senėjimas buvo mažiau teigiamas. Šis pranašumas išliko atsižvelgiant į amžių, lytį, socialinę ir ekonominę padėtį, vienatvę ir funkcinę sveikatą. Sargent-Cox, Anstey ir Luszcz (2013) teigia, kad savo senėjimo suvokimas mažiau prognozuoja mirtingumą, nes su amžiumi žmogus prisitaiko prie pablogėjusios sveikatos. Westerhof ir kitų (2014) longitudinalių tyrimų metaanalizės rezultatai rodo, kad savo senėjimo suvokimas turi nedidelį reikšmingą poveikį sveikatai, elgesiui ir ilgaamžiškumui.

Asmeninė senėjimo patirtis turi daugybę skirtingų aspektų. Savo tyrime Steverink, Westerhof, Bode ir Dittmann-Kohli (2001) nagrinėjo, kaip antroje gyvenimo pusėje Vokietijos gyventojai suvokia savo asmeninį senėjimo procesą, kokie veiksniai susiję su tuo, kaip jie suvokia savo senėjimą ir, galiausiai, kaip jų asmeninio senėjimo proceso suvokimas susijęs su subjektyvios gerovės rodikliais. Rezultatai pirmiausia parodė, kad asmeninė senėjimo patirtis yra daugialypis reiškinys. Nustatyti trys skirtingi senėjimo patirties aspektai. Pirmoji dimensija susijusi su fiziniu nuosmukiu, pavyzdžiui, gyvybingumo ir sveikatos praradimu. Antroji dimensija susijusi su nuolatinio augimu ir asmeniniu tobulėjimu. Trečioji dimensija susijusi su praradimais socialinėje srityje, pavyzdžiui, kai nebesijaučiama reikalingu kitiems arba sumažėja kitų pagarba.

Amžiaus stereotipai prognozuoja suvokimą apie senėjimą. Tyrėjai (Brothers et al., 2021) padarė išvadą, kad senėjimo suvokimas gali turėti didesnę įtaką fizinės nei psichinės sveikatos rezultatams. Yra du požiūrio į senėjimą tipai: amžiaus stereotipai, kurie atspindi bendrą visuomenės požiūrį į senėjimą, ir suvokimas apie senėjimą, kuris atspindi asmeninį požiūrį į savo senėjimą. Šiame tyrime dėmesys bus skiriamas pastarajam tipui, ieškant sąsajų su nuostatomis apie skausmą ir subjektyviu amžiumi.

Kaip jau minėta, neigiamas savo senėjimo suvokimas yra susijęs su prasta fizine sveikata ir funkcionavimu. Remdamiesi Australijos senėjimo tyrimo duomenimis, Sargent-Cox, Anstey ir Luszcz (2012) ištyrė dinaminio ryšio tarp Australijos senėjimo tyrimų kryptingumą. Rezultatai parodė, kad neigiamas savo senėjimo suvokimas prognozuoja fizinio funkcionavimo prastėjimą per vienerių metų laikotarpį. Ryšio kryptis išliko, kontroliuojant amžių, lytį, partnerio statusą, gyvenamąją vietą, sveikatos sutrikimų skaičių, savęs vertinimą ir psichologinę gerovę (Sargent-Cox et al., 2012). Senėjimo patirtį, susijusią su fizine sveikata, geriau prognozuoja subjektyvi sveikata nei faktinis amžius, aukštesnis išsilavinimo lygis siejasi su nuolatinio augimu ir išgyvenimo galimybėmis, tačiau neapsaugo nuo fizinio nuosmukio (Steuerink et al., 2001). Taigi, atrodo, kad labiau teigiamas savo senėjimo suvokimas gali apsaugoti nuo fizinės sveikatos pablogėjimo vyresniame amžiuje.

Jei teigiamas savo senėjimo suvokimas gali apsaugoti nuo fizinio funkcionavimo prastėjimo, tai neigiamas savo senėjimo suvokimas gali tapti „savaimė išsipildančia pranašyste“. Asmenys, kuriems būdingas neigiamas savo senėjimo suvokimas, taiko mažiau adaptyvių sveikos gyvensenos strategijų, o tai, laikui bėgant, siejasi su pablogėjusia sveikata (Wurm, Warner, Ziegelmann, Wolff, & Schüz, 2013). Teigiamas savo senėjimo suvokimas siejamas su geresne savijauta.

Vokietijoje atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad gyventojų senėjimo tempas skirtinguose vienos šalies regionuose gali prisidėti prie individualių teigiamų ir neigiamų savo senėjimo pokyčių. Tyrimas rodo, kad, palyginti su rajonais, kuriuose gyventojų senėjimo tempas vidutinis, asmenys, gyvenantys regionuose, kuriuose gyventojų senėjimo tempas spartus, turi daugiau neigiamų savo senėjimo aspektų (Wolff, Beyer, Wurm, Nowossadeck, & Wiest, 2018). Kalbant apie lytį, pažymėtina, kad ji susijusi su senėjimo, kaip socialinio praradimo ir nuolatinio augimo galimybės, patirtimi. Steuerink ir kiti (2001) teigia, kad vyrai linkę jausti didesnę socialinę netektį dėl senėjimo nei moterys, o moterys patiria daugiau nuolatinio augimo nei vyrai. Vadinas, be individualių veiksnių, savo senėjimo suvokimą gali formuoti aplinka, kurioje žmogus gyvena.

Jungtinėse Valstijose, naudodamiesi sveikatos ir išėjimo į pensiją (angl. *Health and Retirement Study*) tyrimo duomenimis, mokslininkai Luo ir Li (2020), ištyrę ryšį tarp savo senėjimo suvokimo ir sveikatos trajektorijos modelių, kurie apima fizinės negalias, funkcinis apribojimus, lėtines ligas, depresijos simptomus, atminties problemas ir subjektyvią sveikatą, nustatė keturis sveikatos

trajektorijos modelius: pagreitėjęs senėjimas, įprastas senėjimas, depresinis senėjimas ir sveikas senėjimas. Tyrimo rezultatai rodo, kad, didėjant neigiamam savo senėjimo suvokimui, padidėja tikimybė priklausyti pagreitėjusio senėjimo grupei, depresijos senėjimo grupei ir įprastai senėjimo grupei, palyginti su sveiko senėjimo grupe.

Neigiamas savo senėjimo suvokimas Sun ir Smith (2017) tyrime buvo susijęs su didesniu delsimu kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas ir labiau suvoktomis priežiūros kliūtimis. Asmenys, turintys labiau neigiamą savo senėjimo suvokimą, dažniau nurodo delsimo priežastis („ribota prieiga prie sveikatos priežiūros įstaigos“, „nemėgsta eiti pas gydytoją“) nei asmenys, kurie nedelsia kreiptis pas gydytojus. Apibendrinant, teigiamas savo senėjimo suvokimas siejamas su geresne fizine ir psichine sveikata, ilgaamžiškumu, geresnėmis pažintinėmis funkcijomis, geresniu kasdienės veiklos atlikimu.

1.3. Subjektyvus amžiaus mokslinė problema

Subjektyvus amžius tapo svarbiu tyrimų objektu gerontologijoje ir susijusiose disciplinose. Gilleard (2022) kritikuoja subjektyvus amžiaus terminą ir siūlo pervadinti jį į „amžiaus tapatybę“ (angl. *age-identity*). Šiame tyrime naudojamas subjektyvus amžiaus terminas. Jis yra susijęs su biopsichosocialiniais senėjimo procesais (Schwan et al., 2019). Natūralu, kad kiekvienas žmogus savo senėjimą patiria skirtingai. Subjektyvių senėjimo patirčių vertinimas padeda suprasti įvairius psichologinius ir fiziologinius procesus vyresnio amžiaus žmonių gyvenime. Įrodyta, kad subjektyvus amžius ne tik siejasi su tokiais svarbiais sėkmingo senėjimo rodikliais kaip subjektyvi gerovė (Steverink et al., 2001), sveikata ir ilgaamžiškumas, bet ir juos prognozuoja (Brothers et al., 2017). Mokslininkai tiria subjektyvus amžiaus prielaidas ir mechanizmus, kuriais grindžiamas ryšys tarp jautimosi jaunesniu ir pozityvios raidos.

Pastaraisiais metais subjektyviai senėjimo patirčiai skiriama vis daugiau dėmesio. Kotter-Grühn, Kornadt ir Stephan (2016) teigia, kad subjektyvus amžius yra pagrindinis savo senėjimo suvokimo aspektas, nes jis susijęs su vyresnio amžiaus žmonių sėkmingo senėjimo rodikliais (Kornadt, Hess, Voss, & Rothermund, 2018). Autoriai teigia, kad asmenys, kurie jaučiasi jaunesni už savo chronologinį amžių, pasižymi geresne fizine sveikata ir geresniu funkcionavimu (Steverink et al., 2001), retesniais depresijos simptomais, lėtesniu kognityviniu nuosmikiu ir ilgaamžiškumu. Prasad, Miller, Burr ir Boerner (2022a) savo tyrime nustatė, kad kiekviena nauja lėtinės ligos diagnozė vyresnio amžiaus žmonėms buvo reikšmingai susijusi su 0,68 metų subjektyvus amžiaus padidėjimu per ketverius metus. Nors chronologinis amžius yra dažniausiai naudojamas laiko matas gyvenimo trukmės raidos psichologijoje, jis nevisiškai atspindi senėjimo procesą, nes žmonės senėjimą patiria savitai.

Mokslininkai pripažįsta šio konstrukto daugiamačiųškumą: jaučiamas amžius, išvaizdos amžius, aktyvumo / veiklos amžius, interesų amžius, bendravimo amžius ir kt. (Kornadt et al., 2018). Jis atitinka tokias gyvenimo sritis kaip pažinimo, socialinis ir fizinis funkcionavimas (Hughes & Touron, 2021). Paauglystėje ir besiformuojančioje brandoje daugelis asmenų jaučiasi vyresni nei jų chronologinis amžius, tikėtina dėl to, kad vyresnis amžius atspindi aukštesnę suvokiamą brandą, statuso ir nepriklausomybės lygį. Dauguma vyresnio amžiaus žmonių nurodo jaunesnį subjektyvų amžių (Shinan-Altman & Werner, 2019). Mokslininkai aiškinasi kultūrinės šio reiškinio priežastis ir kokią reikšmę tai turi konkrečiam žmogui.

Tai, kad žmogus jaučiasi jaunesnis nei jo tikrasis amžius, gali veikti kaip pozityvi iliuzija, savisaugos strategija, kuri didina vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų teigiamą gerovę. Tačiau teigiamų iliuzijų dėl savo amžiaus poveikis Jungtinėse Amerikos Valstijose atrodo stipresnis nei, pavyzdžiui, Vokietijoje (Westerhof & Barrett, 2005). Jis ne tik didina teigiamą gerovę, bet ir apsaugo nuo didelio neigiamo afekto lygio. Jaustis jaunesniam už savo chronologinį amžių laikoma kompensacine strategija, kai tapatinamasi su jaunesniu amžiumi ir atsiribojama nuo senatvės, taip kovojant su neigiamu senėjimo įvaizdžiu. Tai dažniau pastebima kultūroje, kuri yra labiau orientuota į jaunimą (Kotter-Grühn et al., 2016; Westerhof & Barrett, 2005). Mokslininkai ne tik teigia, kad verta ištirti, ar ir kitos prisitaikymo strategijos skiriasi tarp valstybių, bet ir atkreipia dėmesį į tai, kad individualias prisitaikymo strategijas reikia tirti, atsižvelgiant į jų kultūrinį kontekstą.

Bloga sveikata, daug stresinių veiksnių ir neigiama emocinė patirtis yra aplinkybės, kuriomis vyresnio amžiaus suaugusieji jaučiasi vyresni nei įprastai. Prasad ir kitų (2022b) subjektyvaus amžiaus tyrimo rezultatai rodo, kad subjektyvus amžius atspindi fizinį ir psichologinį senėjimą. Fizinė sveikata yra stiprus subjektyvaus amžiaus prognozuojantis veiksnys. Naujausiuose tyrimuose (Kotter-Grühn, Neupert, & Stephan, 2015; Segel-Karpas, Shrira, Cohn-Schwartz, & Bodner, 2022) keliami prielaidai, kad subjektyvus amžius yra jautrus bendrai sveikatos būklei ir biologiniam kritinių organizmo sistemų senėjimui, lemiančiam fizinius kasdienio funkcionavimo simptomus.

Asmenys, kurių sveikata geresnė, gali jaustis jaunesni, o turintys funkcinių apribojimų ir neigiamų fizinių pojūčių, susijusių su bloga sveikata, gali jaustis vyresni. Mokslininkai, atlikę tęstinius tyrimus, nustatė, kad tomis dienomis, kai dalyviai patyrė daugiau nei vidutinių sveikatos problemų, streso ar neigiamo poveikio, jie jautėsi vyresni nei dienomis, kai buvo vidutinė sveikata, stresas ar neigiamas poveikis (Kotter-Grühn et al., 2015; Segel-Karpas et al., 2022). Kasdienis subjektyvaus amžiaus suvokimas siejasi su depresijos simptomais, o požiūris į savo senėjimą gali būti moderuojantis veiksnys, nes žmonės patiria daugiau depresijos simptomų tomis dienomis, kai jaučiasi vyresni (Segel-Karpas et al., 2022). Labiau teigiamas požiūris į senėjimą pastebimas tarp vyresnio amžiaus dalyvių ir manoma, kad toks požiūris gali mažinti depresijos simptomus (Segel-

Karpas et al., 2022). Taigi, kasdieniai subjektyvaus amžiaus rodikliai gali būti sveikatos ir gerovės veiksniai.

Vyresniame amžiuje asmenys patiria neatitikimą tarp jų subjektyvus ir tikrojo amžiaus. Subjektyvus amžius ne tik priklauso nuo sveikatos būklės, bet siejasi ir su įsitikinimais apie fizinę ir psichinę sveikatą, taip pat kontrolės jausmu (Bergland, Nicolaisen, & Thorsen, 2014). Mokslininkai bando nustatyti demografinius veiksnius, kurie siejasi su subjektyviu amžiumi. 50–59 metų amžiaus grupėje gyvenimas kartu / susituokus ir aukštasis išsilavinimas prognozuoja vyresnį subjektyvų amžių. 60–69 metų amžiaus asmenims aukštas asmeninis meistriškumas yra vienintelis jaunesnio subjektyvaus amžiaus prognozinis veiksnys. 70–79 metų amžiaus grupėje tik gera protinė ir fizinė sveikata savarankiškai prognozuoja jaunesnį subjektyvų amžių. Skirtumas tarp žmonių chronologinio amžiaus ir amžiaus, kurio jie jaučiasi esantys, ryškėja didėjant chronologiniam amžiui (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn, & Smith, 2008; Bergland et al., 2014). Neigiami pokyčiai socialiniuose ir šeimos tinkluose gali padidinti subjektyvų amžių. Jaunesnis subjektyvus amžius siejamas su geresne sveikata, pažintiniais gebėjimais ir ilgaamžiškumu. Ne tik chronologinis amžius, bet ir subjektyvus amžius yra svarbus senėjimo žymuo ir prognozuotojas.

Dauguma suaugusiųjų jaučiasi gerokai jaunesni už savo chronologinį amžių (Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008). Nors jaunesnis subjektyvus amžius yra susijęs su didesniu pasitenkinimu gyvenimu (Mock & Eibach, 2011), Blöchl, Nestler ir Weiss (2021) teigia, kad neatitikimas tarp subjektyvaus ir chronologinio amžiaus didėja per visą suaugusiųjų amžių ir yra tam tikra riba, kada jautimasis jaunesniam už savo chronologinį amžių gali būti psichologiškai žalingas.

Subjektyvaus amžiaus konstrukta vieni tyrėjai naudoja kaip savo senėjimo suvokimą, fizinę ir psichologinę gerovę prognozuojantį veiksnį (Brothers et al., 2017; Mock & Eibach, 2011; Segel-Karpas et al., 2022), kiti – kaip moderatorių minėtų konstrukto ryšiuose (Choi et al., 2019; Prasad et al., 2022a). Šiame tyrime keliamas klausimas, ar subjektyvus amžius gali būti prognostinis požiūris į skausmą veiksnys.

Apžvelgiant tyrimus, kyla klausimas, kaip siejasi savo senėjimo suvokimas ir vyresnio amžiaus žmonių požiūris į skausmą. Sabatini ir kiti (2021) teigia, kad lėtinį skausmą patiriantiems asmenims gali kilti didesnė rizika neigiamai suvokti savo senėjimą, o skausmas yra stipresnis su amžiumi susijusių pokyčių prognozuotojas nei amžius, lytis, išsilavinimo lygis ir užimtumo statusas. Subjektyvus amžius siejamas su savo senėjimo suvokimu, fizine ir psichine sveikata (Kotter-Grühn et al., 2015; Segel-Karpas et al., 2022). Atrodo, prasminga ieškoti sąsajų tarp šių trijų konstrukto, tačiau nepavyko rasti tyrimų, kuriuose jie būtų analizuojami visi kartu.

1.4. Tyrimo tikslas, klausimai

Tyrimo tikslas – nustatyti lėtinį skausmą patiriančių vyresnio amžiaus žmonių požiūrio į skausmą, savo senėjimo suvokimo ir subjektyvaus amžiaus sąsajas.

Tyrimo klausimai:

1. Kaip lėtinį skausmą patiriančių vyresnio amžiaus žmonių požiūris į skausmą susijęs su savo senėjimo suvokimu ir subjektyviu amžiumi?
2. Ar egzistuoja lėtinį skausmą patiriančių žmonių savo senėjimo suvokimo, požiūrio į skausmą ir subjektyvaus amžiaus sąsajos, kai kontroliuojama savijauta (nuotaika, aktyvumas)?
3. Ar vyresnio amžiaus asmenų senėjimo suvokimas, požiūris į skausmą ir subjektyvus amžius skiriasi tarp patiriančių skirtingo stiprumo skausmą?
4. Ar subjektyvus amžius ir savo senėjimo suvokimas lėtinį skausmą patiriančių vyresnio amžiaus žmonių imtyje gali prognozuoti požiūrį į skausmą?

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Anketas užpildė 137 respondentai. Viena anketa dėl jaunesnio nei 50 metų amžiaus buvo pašalinta ir toliau analizuojami 136-ių tiriamųjų duomenys nuo 50 iki 84 ($M = 67,49$, $SD = 8,20$) metų amžiaus, iš kurių 105 moterys (77,2 %) ir 31 vyras (22,8 %) (žr. 2 priedą). Tokį lyčių skirtumą galima paaiškinti bendromis Lietuvos demografinėmis tendencijomis, 2021 m. užfiksuotu lyčių disbalansu: Lietuvoje gyvena 13 proc. daugiau moterų nei vyrų ir disbalansas didėja su amžiumi. Lietuvoje moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra 79,0 metai, vyrų – 69,9 metai, skirtumas – 9,1 metų (Eurostat, 2023).

Tyrimo metu 58 (42,6 proc.) respondentai gyveno didmiestyje, 59 (43,4 %) – savivaldybės ar rajono centre, 19 (14,0) – gyvenvietėje, kaime ar vienkiemyje (žr. 2 priedą).

Didžioji dalis tiriamųjų turėjo aukštąjį išsilavinimą: 26 asmenys (19,1 %) – universitetinį aukštąjį bakalauro laipsnį, 58 (42,6 %) – universitetinį aukštąjį magistro laipsnį / mokslų daktaro laipsnį, 13 (9,6 %) – neuniversitetinį aukštąjį, 24 (17,6 %) – aukštesnįjį, 11 (8,1 %) – vidurinį, 3 (2,2 %) – pagrindinį, 1 (0,7 %) – pradinį. 38 tyrimo dalyviai (27,9 %) nurodė, kad jie šiuo metu dirba, 98 (72,1 %) – nedirba; 33 asmenys (24,3 %) nurodė, kad nedirba dėl skausmo ar su skausmu susijusios ligos (žr. 2 priedą).

Dažniausiai tiriamųjų nurodomi skausmo sindromai buvo: galvos ir kaklo skausmas – 39 (28,7 %), nugaros skausmas – 87 (64 %), sąnarių skausmas – 88 (64,7 %), nugaros ir periferinių nervų neuropatijos skausmas – 30 (22,1 %), skausmai po buvusių traumų ar operacijų – 38 (27,9 %) (žr. 3 priedą). Tiriamieji nurodė patiriantys nuo 0 iki 6 skausmo sindromų, vidutiniškai 2 skausmo sindromus ($M = 2,29$, $ST = 1,16$) (žr. 3 priedą).

116 tiriamųjų (85,3 %) užpildė elektronines anketas, 20 (14,7 %) – popierines. Buvo palyginta, ar šios dvi grupės skiriasi pagal amžių, lytį, gyvenamąją vietą, išsilavinimą. Pritaikius nepriklausomų imčių Student t-testą, nustatyta, kad pagal amžių šios grupės nesiskiria ($t = -1,25$, $p = 0,21$). Elektronines anketas pildžiusių amžiaus vidurkis ($M = 67,12$, $SD = 7,91$) reikšmingai nesiskiria nuo popierines anketas pildžiusių tiriamųjų amžiaus vidurkio ($M = 69,60$, $SD = 9,70$).

Pritaikius Chi kvadrato metodą, buvo nustatyta, kad vyrai užpildė daugiau popierinių anketų, o moterys – elektroninių, nors abiejose grupėse vyrų ir moterų proporcijos reikšmingai nesiskiria ($\chi^2 = 11,76$, $df = 1$, $p = 0,001$). Taigi, pagal lytį šios grupės skiriasi. Tai galima paaiškinti patogia atranka, kai tyrime buvo pakviesti dalyvauti reabilitacijos centro pacientai, tarp kurių didelė dalis buvo vyrai. Gyvenamosios vietos proporcijos abiejose grupėse reikšmingai nesiskiria ($\chi^2 = 3,50$, $df = 2$, $p = 0,17$).

Siekiant palyginti elektronines ir popierines anketas pildžiusių asmenų grupes pagal išsilavinimą, 7 grupės buvo suskirstytos į 4 stambesnes. Pritaikius Chi kvadrato metodą, buvo

nustatyta, kad, nors abiejose grupėse reikšmingai skiriasi proporcijos pagal išsilavinimą grupių viduje ($\chi^2 = 25,5$, $df = 3$, $p < 0,001$), tarpusavyje grupės nesiskiria.

Nuspręsta, kad didžiaja dalimi abi tiriamųjų grupės – tiek pildžiusiųjų anketas elektroniniu būdu, tiek „popieriaus ir pieštuko“ forma – nesiskiria, o tyrimo rezultatai lyties atžvilgiu aiškinami nebus. Taigi, tyrime šios abi grupės analizuojamos kartu.

2.2. Tyrimo instrumentai

Sociodemografiniai duomenys ir skausmo sindromai. Tyrimo dalyviams pateikti demografiniai klausimai apie jų lytį, amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, darbinę veiklą, patiriamus skausmo sindromus. Respondentų buvo klausama, kokie skausmo sindromai jiems pasireiškia. Tiriamieji galėjo pasirinkti visus tinkamus variantus iš anketoje pateiktų dažniausiai gydomų skausmo sindromų, kurie nurodyti VšĮ „Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos“ „Skausmo klinika“ interneto svetainėje ir „ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics“ (World Health Organization, 2023) ir / arba įrašyti kitą (-us) jaučiamą (-us) skausmo sindromą (-us). Anketoje buvo pateikti aštuoni skausmo sindromų variantai: galvos ir kaklo skausmas; nugaros skausmas; sąnarių skausmas; nugaros ir periferinių nervų neuropatijos skausmas; pilvo ir dubens skausmai; skausmai, susiję su onkologinėmis ligomis; fantominiai skausmai (atsiradę po galūnių amputacijų); skausmai po buvusių traumų ar operacijų.

Depresijos rizikos grupė. Tyrimo metu, siekiant įvertinti depresijos simptomų pasireiškimą, naudotas PSO-5 geros savijautos rodiklio klausimynas (PSO, 1998) (angl. *WHO-5 Well-Being Index*). Klausimynas buvo sukurtas Šiaurės Zelandijos psichikos sveikatos centro psichiatrijos tyrimų skyriuje, Hillerød mieste, Danijoje. Lietuviškoji klausimyno versija sudaryta I. Misevičienės ir M. Žilinsko (*Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre in Mental Health*, 1999). PSO-5 geros savijautos rodiklis yra plačiai naudojamas klausimynas, skirtas subjektyvios psichologinės gerovės aspektams (nuotaikai, aktyvumui) įvertinti (per paskutiniąsias dvi savaites). Jį sudaro 5 teiginiai, kuriuos prašoma įvertinti Likerto tipo skalėje nuo 0 (niekada) iki 5 (visą laiką), pavyzdžiui: „Jaučiausi aktyvus (-i) ir energingas (-a)“.

Bendras skalės įvertis gali būti nuo 0 iki 25, tačiau rekomenduojama gautą balą dauginti iš 4, kad gauti savijautos vertinimo rezultatai atsispindėtų procentine išraiška nuo 0 iki 100. PSO-5 gali būti naudojamas kaip preliminarus įvertinimo instrumentas klinikinės depresijos rizikai nustatyti sveikatos tyrimuose ir klinikinėje praktikoje. Rizikos grupei nustatyti naudojamas ≤ 28 balų slenkstis (Topp, Ostergaard, Sondergaard, & Bech, 2015). Ankstesniuose tyrimuose skalės lietuviška versija pasižymėjo aukštu vidiniu suderinamumu – Cronbacho α nuo 0,82 iki 0,93 (Dechtiarytė ir Bulotaitė, 2022; Geleželytė, 2019; Kazlauskas et al., 2018). Šio tyrimo imtyje skalės vidinis suderinamumas

buvo aukštas – Cronbacho α 0,91. Klausimyno faktorių struktūra buvo patikrinta, atlikus patvirtinančią faktorių analizę. Modelis yra geras duomenims $\chi^2 = 9,98$, $p > 0,05$, $df = 10$, $p < 0,001$; TLI = 0,97; CFI = 0,98; RMSEA: 0,09, $p < 0,05$. Modelio teiginių faktorių svoriai yra nuo 0,48 iki 0,90.

Lėtinio skausmo vertinimas. Tiriamųjų lėtiniam skausmui įvertinti naudota supaprastinta lėtinio skausmo skalė (angl. *Graded Chronic Pain Scale Revised, GCPS-R*), pagal kurią galima atskirti lengvą, varginantį ir stiprų lėtinį skausmą (Von Korff et al., 2020). Buvo gautas raštiškas leidimas versti skalę į lietuvių kalbą (vertė Laura Adomavičiūtė), atliktas dvigubas vertimas (vertė Silvija Bisigirskytė), galutinis variantas suderintas su skalės autoriumi. Trumpa, paprasta, lengvai įvertinama GCPS-R skalė naudojama lėtinio skausmo vertinimui sveikatos tyrimuose ir klinikinėje praktikoje. Lėtinio skausmo varginamiems asmenims dažnai skauda įvairiose vietose, o tai yra pagrindas vertinti be nuorodos į anatomiškai apibrėžtas skausmo vietas. Lėtinio skausmo skalėje klausama apie skausmą apskritai, o ne atskirai vertinamos konkrečios skausmo būklės.

Supaprastintą lėtinio skausmo skalę sudaro 6 elementai. Pacientai gali būti klasifikuojami pagal klasifikavimo algoritmą į lėtinio skausmo lygius nuo 0 iki 3. Pirmi 2 paprasti klausimai skirti lėtiniam skausmui ir didelio poveikio lėtiniam skausmui nustatyti. 3 elementų – skausmo, malonumo ir bendros veiklos (angl. *Pain, Enjoyment and General Activities (PEG)*) – subskalė (3–5 punktai) naudojama skausmo stiprumui per savaitę įvertinti 0–10 balų skalėje. GCPS-R naudojamas standartinis 3 mėnesių prisiminimo laikotarpis lėtiniam skausmui ir didelį poveikį turinčiam lėtiniam skausmui vertinti bei PEG vienos savaitės laikotarpis dabartiniam skausmo stiprumui vertinti. Siekiant nustatyti asmenis, kenčiančius lėtinį skausmą, respondentų klausama, kiek dienų per pastaruosius 3 mėnesius jie jautė skausmą: niekada, keletą dienų, daugumą dienų, kiekvieną dieną. Siekiant nustatyti asmenis, kuriems lėtinis skausmas daro didelį poveikį, respondentų klausama, kaip dažnai skausmas riboja gyvenimo ar darbo veiklą (niekada, keletą dienų, daugumą dienų, kiekvieną dieną). Tarp lėtinį skausmą patiriančių asmenų didelio poveikio lėtinis skausmas apibrėžiamas, nurodant, kad jis labai trukdo gyvenimo veiklai (pagal vertinimo skalę: nėra, silpnas, vidutinis arba stiprus), ir (arba) nurodant, kad skausmas paprastai arba visada riboja gyvenimo ar darbo veiklą (pagal vertinimo skalę: niekada, retai, kartais, paprastai arba visada).

PEG subskalės suvestinis balas, lygus 12 ar daugiau (t. y. lygus vidutiniam 4 ar daugiau balų įvertinimui pagal 3 punktus), apibrėžia varginantį lėtinį skausmą, o PEG balas, lygus 11 ar mažiau, priskiriamas prie lengvo lėtinio skausmo. Į GCPS-R įtrauktas papildomas elementas, nenaudojamas lėtinio skausmo stiprumui įvertinti: „Ar dėl skausmo / su skausmu susijusios ligos Jūs nedirbate, esate nedarbingas (-a)?“. Šis elementas įtrauktas, siekiant nustatyti asmenis, kurie šiuo metu nedirba dėl skausmo.

Asmuo, kuris pirmajame punkte nurodo, kad per pastaruosius 3 mėnesius nepatyrė skausmo, gali praleisti likusius penkis punktus. Asmenims, kurie 1 punkte nurodo, kad skausmo nejaučia arba jaučia skausmą tik kai kuriomis dienomis (t. y. skausmo nejaučia daugumą dienų arba kiekvieną dieną), priskiriamas 0 lygis – lėtinio skausmo nėra. Kai kurie asmenys, kurių skausmas gali būti varginantis arba turėti didelį poveikį, bet kurie 1 punkte nenurodo apie lėtinį skausmą, priskiriami 0 lygiui. Lėtinį skausmą patiriantys asmenys priskiriami 1, 2 arba 3 lygiui. Tarp lėtinį skausmą patiriančių asmenų, kurie nurodo, kad skausmas riboja jų gyvenimo veiklą arba darbą daugumą dienų arba kiekvieną dieną per pastaruosius 3 mėnesius (2 klausimas), priskiriami 3 lygiui (didelį poveikį turintis lėtinis skausmas). Tarp likusių lėtinį skausmą patiriančių asmenų tie, kurių bendras PEG balų skaičius yra 12 ar daugiau, priskiriami 2 lygiui (varginantis lėtinis skausmas). Asmenys, kurių lėtinis skausmas nėra labai stiprus ir kurių PEG balų suma yra mažesnė nei 12, priskiriami 1 lygiui (lengvas lėtinis skausmas).

Siekdami patikrinti, kelis konstruktus sudaro lietuviškos GCPS-R skalės klausimai, remdamiesi kitų autorių tyrimais (Özden, Özkeskin, Bakırhan, Karaman, & Aydoğmuş, 2021), atlikome principinių komponentų faktorių analizę su *Varimax* sukiniu. Rezultatai parodė, kad duomenys tinka faktorių analizei: KMO = 0,81, o Bartleto sferiškumo testo $p < 0,001$. Tinkamos faktorių analizės Bartleto sferiškumo testas turėtų būti reikšmingas (reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$), o KMO koeficientas turėtų būti 0,6 ir daugiau. Kaip ir tikėtasi, lietuviška GCPS-R turėjo vieno faktoriaus struktūrą (Özden et al., 2021) ir paaiškina 72 proc. duomenų išsibarstymo. Faktorių svoriai kiekviename faktoriuje svyruoja nuo 0,78 iki 0,90. Supaprastintos lėtinio skausmo skalės vidinis suderinamumas šiame tyrime yra geras, Cronbacho $\alpha = 0,81$, PEG subskalės, skirtos vertinti skausmo stiprumą Cronbacho $\alpha = 0,90$. Kitomis kalbomis adaptuotos GCPS-R skalės vidinis suderinamumas Cronbacho α nuo 0,81 iki 0,93 (Şentürk, Aşkın Turan, Şentürk, & İçen, 2022; Özden et al., 2021; Ferrer-Peña et al., 2016).

Požiūrio į skausmą vertinimas. Požiūrio į skausmą vertinimui buvo naudojamas trumpasis požiūrio į skausmą klausimynas (angl. *The Survey of Pain Attitudes-Brief, SOPA-B*). Tai instrumentas, sukurtas gerai ištirto SOPA (angl. *The Survey of Pain Attitudes*) instrumento pagrindu, kuriuo vertinami pacientų jausmai dėl skausmo kontrolės, rūpestingumo (kitų žmonių reakcijos į skausmą), vaistų (kaip tinkamo skausmo gydymo), su skausmu susijusios negalios, skausmo ir emocijų (emocijų ir skausmo sąveikos), medicininių skausmo gydymo būdų ir su skausmu susijusios žalos (skausmo kaip fizinės žalos ar pakenkimo rodiklio) (Tait & Chibnall, 1997). Šio instrumento tikslas – įvertinti neonkologiniu lėtiniu skausmu sergančių pacientų požiūrį į skausmą (įsitikinimus ir nuostatas). Instrumentą sudaro 30 teiginių, atitinkančių septynias požiūrio į skausmą sritis (PSS). Dalyviai pateikia atsakymus Likerto tipo penkių balų skalėje, kuri svyruoja nuo 0 iki 4 balų (0 –

visiškai nesutinku, 1 – iš dalies nesutinku, 2 – nei sutinku, nei nesutinku, 3 – iš dalies sutinku, 4 – visiškai sutinku).

Rūpestingumo subskalė susijusi su tuo, kiek pacientas mano, kad jo šeima ir kiti žmonės turėtų būti rūpestingesni skausmo epizodų metu. Pavyzdžiui, „Mano artimųjų pareiga – padėti, kai man skauda.“ Skalę sudaro penki teiginiai.

Emocijų subskalė susijusi su įsitikinimais dėl emocinio poveikio (gero ar blogo), patiriamo skausmo metu. Pavyzdžiui, „Kai nerimauju, mano jaučiamas skausmas stiprėja.“ Skalę sudaro keturi teiginiai.

Medicininio išgydymo subskalė susijusi su tuo, kiek pacientas tiki, kad medicina išgydys jo skausmą. Pavyzdžiui, „Mano fizinio skausmo išgydyti neįmanoma.“ Skalę sudaro penki teiginiai.

Kontrolės subskalė susijusi su tuo, kiek pacientas tiki, kad jis gali kontroliuoti savo skausmą. Pavyzdžiui, „Išmokau kontroliuoti savo skausmą.“ Skalę sudaro penki teiginiai.

Negalios subskalė susijusi su tuo, kiek, paciento nuomone, skausmas jį nugalina. Pavyzdžiui, „Skausmas, kurį jaučiu, bet kam trukdytų gyventi aktyviai.“ Skalę sudaro 3 teiginiai.

Fizinės žalos subskalė susijusi su tuo, kiek, paciento požiūriu, skausmas jam / jai kenkia ir kiek dėl to reikėtų vengti fizinių pratimų. Pavyzdžiui, „Mankšta gali sušvelninti mano jaučiamą skausmą.“ Skalę sudaro keturi teiginiai.

Vaistų subskalė yra susijusi su tuo, kiek pacientas mano, kad vaistai yra geriausias lėtinio skausmo gydymo būdas. Pavyzdžiui, „Ko gero, turėsiu nuolat vartoti nuskausminamuosius.“ Skalę sudaro trys teiginiai.

Kiekvienos subskalės rezultatas gaunamas, sudėjus visų teiginių atsakymų balus, padalytus iš atsakytų punktų skaičiaus. Apverčiamų teiginių (4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28, 29) balai, prieš sumuojant, turi būti perskaičiuoti, o perskaičiavimas atliekamas, atimant paciento pasirinktą balą iš 4. Instrumente nėra teisingų ar neteisingų atsakymų. Todėl gautas balas lyginamas su pageidautinomis orientacijomis, klausimyno autorių apibūdintomis kaip labiausiai adaptyviomis. Pageidautina orientacija yra lygi nuliui rūpestingumo, medicininio išgydymo, negalios, fizinės žalos ir vaistų srityse. Emocijų ir kontrolės srityse – 4.

Buvo gautas raštiškas vieno iš autorių leidimas versti klausimyną į lietuvių kalbą ir jį adaptuoti lietuvių populiacijai (vertė Laura Adomavičiūtė, dvigubas vertimas – Silvija Bisigirskytė).

Siekdami patikrinti, kelis konstruktus sudaro lietuviško trumpojo skausmo klausimyno teiginiai, remdamiesi kitų autorių tyrimais (Molinari et al., 2015; Pimenta et al., 2009), atlikome principinių komponentų faktorių analizę su *Varimax* sukiniu. Rezultatai parodė, kad duomenys tinka faktorių analizei: KMO = 0,79, o Bartleto sferiškumo testo $p < 0,001$. Faktorių analizės rezultatai rodo, kad klausimyno lietuviško varianto teiginiai sudaro aštuonis faktorius (originalaus klausimyno autoriai nurodo septynis, o SOPA-B klausimyno ispanų kalba kūrėjai taip pat gavo aštuonis) ir

paaiškina 69 proc. duomenų išsibarstymo. Kad galėtume palyginti rezultatus, pakartojome faktorių analizę, prieš tai nurodę SPSS programai klausimyno teiginius suskirstyti į 7 faktorius. Rezultatai parodė, kad duomenys tinka faktorių analizei: KMO = 0,67, o Bartleto sferiškumo testo $p < 0,005$. Patikrinus *Varimax* sukini, paaiškėjo, kad faktoriai pagrįstai atspindi pagrindines SOPA-B klausimyno subskales (žr. 4 priedą).

Trys teiginiai: 19-tas („Negaliu mankštintis ir daug judėti, nes kažkas ne taip su mano kūnu.“), 21-as („Tikiu, kad medikai gali išgydyti mano skausmą.“) ir 26-tas („Galiu užsiimti beveik visa veikla, kuria užsiimdavau, kol nesusidūriau su skausmo problema.“) pateko į kitus faktorius, nei nurodo klausimyno kūrėjai. 19-tas teiginys klausimyno kūrėjų priskirtas prie fizinės žalos subskalės, o šiame tyrime pateko į negalios subskalę; 21-as teiginys priklauso medicininio išgydymo subskalei, o pateko į vaistų subskalę; 26-tas teiginys originaliame instrumente yra negalios subskalėje, o pateko į vaistų subskalę. Gali būti, kad šie klausimai gerai neatspindi konstrukto arba žmonės jų nesuprato. Tolesnėje analizėje visus teiginius priskyrėme subskalėms, nurodytoms originaliame klausimyne. Kad negalios konstrukta reikia tobulinti, patvirtina ir kitų mokslininkų išvados, pavyzdžiui, SOPA-B klausimyne ispanų kalba 19-tas teiginys priskirtas negalios subskalei (Molinari et al., 2015). Vėliau subkalių vidinis suderinamumas buvo įvertintas, naudojant Cronbacho α koeficientą. Šis koeficientas svyruoja nuo 0,39 iki 0,83, visi rodikliai (Cronbacho α) pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. *Trumpojo skausmo klausimyno subkalių patikimumas*

Subskalės pavadinimas	Teiginių skaičius	Subskalės Cronbacho α koeficientas
Rūpestingumas	5	0,83
Emocijos	4	0,78
Medicininis išgydymas	5	0,55
Kontrolė	5	0,81
Negalia	4	0,39
Fizinė žala	4	0,79
Vaistai	3	0,68

Atliekant analizę, atsižvelgta į kiekvieno elemento koreliaciją su subskale, taip pat į Cronbacho α koeficiento pokytį, išbraukus kurį nors elementą. Atsižvelgiant į tyrėjų, adaptavusių klausimyną kitomis kalbomis, patirtį, kai, siekiant padidinti kai kurių subkalių vidinį suderinamumą, pašalinami kai kurie elementai ir pakeičiama subkalių sudėtis (Duquette, McKinley, & Litowski, 2005; Molinari et al., 2015), 19-tas teiginys („Negaliu mankštintis ir daug judėti, nes kažkas ne taip su mano kūnu.“) perkeltas iš fizinės žalos subskalės į negalios subskalę, siekiant pagerinti subskalės patikimumą,

remiantis SOPA-B klausimyno ispanų kalba pavyzdžiu. Šis teiginys anglų ir portugalų kalbomis sudarytuose klausimynuose priskiriamas fizinės žalos subskalei, ispaniškoje versijoje – negalios subskalei.

Anglų kalba sudaryto SOPA-B klausimyno Cronbacho α nuo 0,56 iki 0,83, ispanų kalba – nuo 0,60 iki 0,83, portugalų kalba – keturių subskalių Cronbacho α reikšmės nuo 0,74 iki 0,85, o trijų – nuo 0,58 iki 0,65, prancūzų kalba – visų subskalių vidinio suderinamumo įverčiai buvo patenkinami (0,7–0,9), išskyrus žalos (0,67) ir negalios (0,64) subskales. Psichometrinės SOPA-B savybės panašios į SOPA (Tait & Chibnall, 1997). Nors apskritai SOPA-B klausimynas pasižymi geromis patikimumo ir pagrįstumo savybėmis ir atitinka būtinausias naudojimo klinikiniais ir mokslinių tyrimų tikslais sąlygas, jis turi trūkumų. Silpniausiomis šiame tyrime savybėmis pasižymi negalios subskalė ir tolesni tyrimai padėtų nustatyti, kaip ją būtų galima patobulinti. Ispaniškoje SOPA-B klausimyno versijoje šios subskalės vidinis suderinamumas žemas (Cronbacho $\alpha = 0,60$). Helmes ir Goburdhun (2007) lėtinį skausmą patiriančių asmenų tyrime negalios subskalės Cronbacho α yra 0,33. Moksliniai tyrimai rodo, kad ir vaistų subskalė nepasižymi itin geromis savybėmis – SOPA-B klausimyno portugalų kalba vaistų subskalės Cronbacho α yra 0,60 (Pimenta et al., 2009). Kai kurie autoriai, pavyzdžiui, Molinari ir kiti (2015), dvi subskales – medicininio išgydymo ir vaistų – sujungė į vieną medicininį procedūrų subskalę, tačiau jos vidinis suderinamumas liko žemas (Cronbacho $\alpha = 0,61$). Tyrėjai mano, kad subskalių patikimumas galėtų išaugti, neigiamus teiginius pavertus teigiamais (Duquette et al., 2005).

Šiame tyrime geriausiomis psichometrinėmis savybėmis pasižymi rūpestingumo, kontrolės, fizinės žalos ir emocijų subskalės (atitinkamai Cronbacho α yra 0,83, 0,81, 0,79, 0,78). Paprastai verstinių įrankių psichometrinės savybės būna prastesnės (Duquette et al., 2005). Šiame tyrime prastesnes psichometrines savybes turi vaistų, negalios ir medicininio išgydymo subskalės. Cronbacho alfa turėtų būti 0,70 ir daugiau, kad skalę ar klausimų grupę būtų galima laikyti suderinta. Naudojant skalę tik statistinei analizei, pavyzdžiui, respondentų grupėms palyginti ar koreliacijoms apskaičiuoti, Cronbacho α reikšmė gali būti gerokai mažesnė už 0,7, bet pageidautina, kad ji būtų bent jau 0,5. Sutariama, kad Cronbacho α tinkamumas priklauso nuo to, kokie sprendimai bus daromi su ta priemone (Pakalniškienė, 2012; Vaitkevičius ir Saudargienė, 2010). Šiame darbe trumpasis skausmo klausimynas nenaudojamas diagnostiniais tikslais, todėl į tyrimą įtrauktos visos subskalės, tačiau, atsižvelgiant į nepakankamą kai kurių subskalių vidinį suderinamumą, rezultatus reikėtų vertinti atsargiai. 2 lentelėje pateikiame šio tyrimo trumpojo skausmo klausimyno subskalių vidinio suderinamumo rodiklių palyginimą su angliška, ispaniška ir portugališka versijomis.

2 lentelė. Trumpojo skausmo klausimyno subskalių patikimumo palyginimas

Subskalės pavadinimas	Teiginių skaičius	Tyrimo klausimynas	Autorių klausimynas anglų k.*		Klausimyno versija ispanų k.**		Klausimyno versija portugalų k.**	
		α	Teiginių skaičius	α	Teiginių skaičius	α	Teiginių skaičius	α
Rūpestingumas	5	0,83	5	0,83	5	0,83	5	0,83
Emocijos	4	0,78	4	0,80	4	0,82	4	0,89
Medicininis išgydymas	5	0,55	5	0,72	–	–	5	0,55
Kontrolė	5	0,81	5	0,70	5	0,71	5	0,77
Negalia	4	0,39	4	0,70	4	0,60	2	0,60
Fizinė žala	4	0,79	4	0,71	4	0,81	4	0,76
Vaistai	3	0,68	3	0,56	–	–	3	0,57
Medicininės procedūros	–	–	–	–	6	0,61	–	–

Pastaba. α – Cronbacho α koeficientas; * Tait & Chibnall (1977), ** Molinari et al. (2015); *** Pimenta et al. (2009).

Savo senėjimo suvokimo vertinimas. Savo senėjimo suvokimo vertinimui buvo naudotas trumpasis savo senėjimo suvokimo klausimynas (angl. *Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ)*, Sexton, King-Kallimanis, Morgan, & McGee, 2014), sukurtas senėjimo suvokimo klausimyno (angl. *Ageing Perceptions Questionnaire (APQ)*, Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007) pagrindu. Jis gali būti naudojamas 50 metų ir vyresniems žmonėms. Šis klausimynas yra sukurtas, remiantis prielaida, kad senėjimo suvokimas – tai daugiakomponentis procesas, o šie komponentai gali būti padedantys prisitaikyti (angl. *adaptive*) ir rodantys labiau teigiamą savo senėjimo suvokimą arba sunkinantys asmens prisitaikymą (angl. *maladaptive*) ir rodantys neigiamą savo senėjimo suvokimą. Burton, Dean, Demeyin ir Reeves (2021), apžvelgę dažniausiai naudojamus instrumentus savo senėjimo suvokimui matuoti, padarė išvadą, kad B-APQ atrodo perspektyviausia priemonė šiam konstruktui vertinti ir tikslinga ją toliau tikrinti. Pagrindinė šios priemonės stiprybė yra ta, kad ji pagrįsta teorija ir specialiai sukurta savo senėjimo suvokimui matuoti.

Klausimyną sudaro 17 teiginių, apimančių fizinius, socialinius ir psichologinius senėjimo aspektus. Teiginiai yra suskirstyti į 5 subskales, atitinkančias skirtingus savo senėjimo suvokimo komponentus (SSSK).

Chronologinio požiūrio subskalė vertina nuolatinį asmens suvokimą, kad jis sensta. Pvz., „Aš visada laikau save senu“. Subskalę sudaro trys teiginiai.

Emocijų atspindėjimo subskalė vertina neigiamas emocijas, kurias sukelia senėjimo procesas. Pvz., „Jaučiuosi prislėgtas (-a), kai galvoju apie tai, kaip senėjimas paveiks viską, ką galiu daryti.“ Subkalę sudaro trys teiginiai.

Neigiamų pasekmių ir kontrolės subskalė apima įsitikinimus apie neigiamą senėjimo įtaką įvairioms gyvenimo sritims bei įsitikinimus apie tai, kad asmuo negali valdyti įvairių senėjimo aspektų. Pvz., „Sendamas (-a) tampa mažiau savarankiškas (-a)“. Subskalę sudaro penki teiginiai.

Teigiamų pasekmių subskalė apima įsitikinimus apie teigiamą senėjimo įtaką įvairioms gyvenimo sritims. Pvz., „Sendamas tampa išmintingesnis“. Subskalę sudaro trys teiginiai.

Teigiamos kontrolės subskalė vertina įsitikinimus apie tai, kad asmuo gali valdyti įvairius senėjimo aspektus. Pvz., „Mano socialinio gyvenimo kokybė senatvėje priklauso nuo manęs“. Subskalę sudaro trys teiginiai.

Chronologinio požiūrio, emocijų atspindėjimo bei neigiamų pasekmių ir kontrolės komponentai atspindi neigiamą savo senėjimo suvokimą. Teigiamų pasekmių ir teigiamos kontrolės komponentai atspindi teigiamą senėjimo suvokimą (Sexton et al., 2014). Kaip ir pirminiame APQ, kiekvienas skalės teiginys yra vertinamas 5 balų Likerto skalėje nuo 1 (visiškai nesutinku) iki 5 (visiškai sutinku) ir apskaičiuojamas kiekvienos subskalės balų vidurkis, parodantis, kiek tvirtai asmuo pritaria tam tikram savo senėjimo suvokimo komponentui – kuo didesnis įvertis, tuo labiau pritaria. Bendras klausimyno įvertis nėra skaičiuojamas. Lietuviškoji klausimyno versija sudaryta Eglės Skurkaitės (2022), patvirtintos pakankamai geros klausimyno psichometrinės savybės, gautas leidimas naudoti šiame tyrime. Subskalių vidinis suderinamumas buvo įvertintas, naudojant Cronbacho α koeficientą. Šiame tyrime gauti subskalių rodikliai (Cronbacho α) svyruoja nuo 0,64 iki 0,81, visi rodikliai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Trumpojo savo senėjimo suvokimo klausimyno subskalių patikimumas

Subskalės pavadinimas	Teiginių skaičius	Subskalės Cronbacho α koeficientas
Chronologinis požiūris	3	0,64
Emocijų atspindėjimas	3	0,76
Neigiamos pasekmės ir kontrolė	5	0,81
Teigiamos pasekmės	3	0,80
Teigiama kontrolė	3	0,78

Klausimyno autorių nurodomi subskalių rodikliai (Cronbacho α) svyruoja nuo 0,75 iki 0,84 (chronologinis požiūris – 0,76, teigiamos pasekmės – 0,78, teigiama kontrolė – 0,84, neigiamos pasekmės ir kontrolė – 0,81, emocijų atspindėjimas – 0,75) (Sexton et al., 2014). Prie sutrumpintos

klausimyno versijos ribotumą kūrėjai nurodo, kad nebuvo įmanoma patvirtinti sutrumpintos versijos nepriklausomoje pagyvenusių žmonių imtyje ir tai, kad nebuvo naudojami alternatyvūs senėjimo suvokimo matai, tokie kaip subjektyvus amžius (Sexton et al., 2014).

Klausimyno faktorių struktūra buvo patikrinta atlikus patvirtinančiąją faktorių analizę (CFA). Modelis nebuvo tinkamas duomenims $\chi^2 = 241,72$, $df = 109$, $p < 0,001$; TLI = 0,82; CFI = 0,78; RMSEA: 0,10, $p < 0,05$. Atlikus kai kurių klausimų paklaidų koreliacijas, buvo gautas labiau adekvatus, bet nepakankamai geras modelis duomenims: $\chi^2 = 179,85$, $df = 100$, $p < 0,001$; TLI = 0,86; CFI = 0,89; RMSEA: 0,08, $p < 0,05$. Modelio teiginių faktorių svoriai chronologinio požiūrio faktoriuje yra nuo 0,30 iki 0,64, teigiamų pasekmių faktoriuje – nuo 0,35 iki 1,10, emocijų atspindėjimo – nuo 0,86 iki 0,88, neigiamų pasekmių ir kontrolės nuo 0,58 iki 0,77, teigiamos kontrolės – nuo 0,35 iki 0,70.

Subjektyvus amžius klausimai. Subjektyvaus amžiaus įvertinimui buvo naudoti klausimai, sukurti Viktorijos Jurgilės, remiantis kitais tyrimais (Hubley & Russell, 2009; Carver, 2009; Gendron et al., 2018; Teuscher, 2009), gautas leidimas naudoti šiame tyrime. Respondentui pateikiama instrukcija („Perskaitykite teiginius apie savo amžių ir prie kiekvieno įrašykite Jūsų nuomonę atitinkantį skaičių“) ir 9 teiginiai (pavyzdžiui, „Viduje aš jaučiuosi esanti (-s) ... metų“, „Labiausiai norėčiau, kad dabar man būtų ... metų“). Subjektyvus amžius ir chronologinio amžiaus skirtumas (toliau – SICAS) skaičiuojamas, iš subjektyvus amžiaus atimant chronologinį (Kornad et al., 2018). Neigiamas skaičius rodo, kad asmuo jaučiasi jaunesnis, teigiamas skaičius – kad vyresnis už faktinį amžių (Jurgilė, 2021). Kad būtų patogiau aprašyti gautus rezultatus, darbe kiekvienam chronologinio amžiaus skirtumui naudojami pavadinimai: jaučiamo vidinio amžiaus ir chronologinio amžiaus skirtumas – vidinis SICAS, norimo ir chronologinio amžiaus skirtumas – norimas SICAS, išvaizdos amžiaus asmenine nuomone ir chronologinio amžiaus skirtumas – išvaizdos asmenine nuomone SICAS, išvaizdos amžius kitų nuomone ir chronologinio amžiaus skirtumas – išvaizdos kitų nuomone SICAS, pomėgių amžiaus ir chronologinio amžiaus skirtumas – pomėgių SICAS, sveikatos amžiaus ir chronologinio amžiaus skirtumas – sveikatos SICAS, darbo srities amžiaus ir chronologinio amžiaus skirtumas – darbo srities SICAS, santykių amžiaus ir chronologinio amžiaus skirtumas – santykių SICAS, finansinės padėties amžiaus ir chronologinio amžiaus skirtumas – finansinės padėties SICAS. Šiame tyrime klausimų skalės apie subjektyvų amžių Cronbacho α lygi 0,91, tai rodo gerą tyrimo instrumento vidinį suderintumą.

2.3. Tyrimo eiga

Dalyvauti tyrime buvo pakviesti vyresnio amžiaus žmonės nuo 50 metų amžiaus, patiriantys lėtinį skausmą (kai skausmas tęsiasi arba kartojasi ilgiau nei 3 mėnesius). Buvo taikyta patogioji

dalyvių atranka. Tyrimas buvo atliekamas 2023 m. kovo–balandžio mėn., su tiriamaisiais buvo susisiekiama per socialinius tinklus, bendradarbiaujant su „Lietuvos artrito asociacija“, „Nacionaline trečiojo amžiaus universitetų asociacija“, „Valakupių reabilitacijos centru“. Tyrimo dalyviai anketą pildė savanoriškai, jie buvo informuoti apie atliekamo tyrimo tikslą, duomenų naudojimą tik moksliniais tikslais ir apibendrintai. Gavus informuotą sutikimą, tyrimo dalyviai pildė klausimynus „popieriaus ir pieštuko“ forma ir elektroniniu būdu, anketos nesiskyrė. Iš viso anketas užpildė 137 respondentai. Internetu, naudojant „Google“ formą, buvo užpildyta 117 anketų. „Popieriaus ir pieštuko“ forma užpildyta 20 anketų „Valakupių reabilitacijos centre“, gavus administracijos leidimą kreiptis į pacientus dėl savanoriško dalyvavimo tyrime. Dalyviai, pildę popierines anketas, kilus neaiškumams, galėjo užduoti klausimus tyrėjai, kuri buvo šalia, o elektronine forma anketą pildantys asmenys galėjo parašyti elektroninio pašto adresu, nurodytu anketos pradžioje. Visiems tiriamiesiems užtikrintas anonimiškumas. Nebuvo renkami jokie asmens tapatybę galintys atskleisti duomenys. Vienas respondentas anketą galėjo pildyti vieną kartą, jungdamasis su savo „Google“ paskyra, elektroniniai pašto adresai nebuvo renkami. Užpildę popierines anketas, tiriamieji jas įdėjo į vokus ir užklijavo. Vokai buvo atplėšti, baigus rinkti visas anketas. Kiekvienos anketos pildymas užtruko nuo 15 iki 20 min.

Anketoje pateiktas kreipimasis į tyrimo dalyvius. Anketos pradžioje buvo pateikta dalis demografinių klausimų (žr. 1 priedą), klausimai apie savijautą. Vėliau pateikti teiginiai, leidžiantys nustatyti, kokio stiprumo lėtinį skausmą respondentai patiria, taip pat teiginiai apie požiūrį į lėtinį skausmą, savo senėjimo suvokimą, subjektyvų amžių. Anketos pabaigoje buvo renkama informacija apie patiriamo skausmo sindromus ir pateikiami likę demografiniai klausimai (žr. 1 priedą).

Grįžtamasis ryšys apie tyrimą bus suteiktas „Valakupių reabilitacijos centro“ psychologams. Bus pristatyta tyrimo santrauka, rezultatai ir išvados, rekomendacijos.

2.4. Duomenų analizės metodai

Duomenų analizė atlikta SPSS 26 programa. Mplus 8.1 programa atlikta patvirtinančioji faktorių analizė (CFA). SPSS 26 programa skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai), tikrintas skalių patikimumas vidinio suderintumo būdu (Cronbacho α). Duomenų sklaidos pobūdis įvertintas, atsižvelgiant į šiuos kriterijus: asimetriškumą (angl., *skewness*), Kolmogorovo-Smirnovo testą, histogramą, kvantilinį grafiką (angl. *Normal Q-Q plot*) ir betrendį kvantilinį grafiką (angl. *detrended Q-Q plot*).

Pagal šiuos kriterijus du kintamieji – teigiamos kontrolės ir teigiamų pasekmių komponentai iš trumpojo savo senėjimo suvokimo klausimyno – neatitiko normaliojo skirstinio reikalavimų. Kad atitiktų normaliojo skirstinio sąlygas, teigiamos kontrolės ir teigiamų pasekmių skalėse, peržiūrėjus išskirtis ir tiriamųjų atsakymus, nuspręsta ištrinti kai kuriuos atsakymus, į kuriuos sužymėtos visos

mažiausios reikšmės, nes tikėtina, kad tiriamieji atsakė nenuoširdžiai. Trys kintamieji iš subjektyvaus amžiaus teiginių („Mano darbo sritis atitinka ... metų amžių.“; „Mano santykiai atitinka ... metų amžių.“ ir „Mano finansinė padėtis atitinka ... metų amžių.“) nebuvo normaliai pasiskirstę, todėl su šiais kintamaisiais naudoti neparametrinės statistikos metodai.

Imties proporcijoms tarp pildžiusiųjų elektronines ir popierines anketas palyginti buvo naudojamas Chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Dviejų skirtingų grupių vidurkių palyginimui taikytas Student t-testas nepriklausomoms imtims, trijų grupių palyginimui – One-Way Anova testas. Skirtingų kintamųjų ryšiams nustatyti buvo taikytas Pearson ir Spearman koreliacijos koeficientas. Koreliacijos koeficientų dydžiai buvo vertinami pagal J. Cohen (1992) nurodytus kriterijus, pagal kuriuos $\pm 0,10$ dydžio koreliacija yra laikoma maža, $\pm 0,30$ koreliacija laikoma turinčia vidutinį stiprumą, $\pm 0,50$ ir didesnė koreliacija laikoma stipria. Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

Siekiant įvertinti, kaip nustatyti reikšmingi veiksniai prognozuoja požiūrį į skausmą, kontroliuojant jų tarpusavio ryšius, buvo atlikta hierarchinės regresijos analizė ir moderacinė analizė, naudojant „Process“ įskiepi, skirtą SPSS statistiniam paketui (moderacijos analizė atlikta, naudojant 1 modelį). Tiesioginių kintamųjų sąsajų statistinis reikšmingumas apibrėžiamas, remiantis p reikšme. Reikšmė laikoma statistiškai reikšminga, kai ji neviršija 0,05. Taikant bendrąjį tiesinį modelį, buvo laikomasi pagrindinių prielaidų, būtinų analizėms atlikti, įskaitant tiesinius kintamųjų ryšius, vienfaktorinį ir daugiafaktorinį normalumą bei multikolinearumą.

3. REZULTATAI

3.1. Aprašomoji statistika

Visos imties ($N = 136$) tiriamųjų subjektyvios psichologinės savijautos aspektų (nuotaikos, aktyvumo) per paskutiniąsias dvi savaites įverčiai buvo nuo 0 iki 25 ($M = 15,45$, $SD = 5,02$), procentine išraiška – nuo 0 iki 100 % ($M = 61,79$, $SD = 20,06$). Remiantis ≤ 28 balų slenksčiu depresijos rizikos grupei nustatyti, iš tyrimo buvo pašalintos 7 tiriamųjų anketos. Kadangi požiūrio į skausmą vertinimo klausimynas yra skirtas vertinti neonkologiniu skausmu sergančių asmenų įsitikinimus ir nuostatas į skausmą, iš tyrimo buvo pašalintos 5 anketos, kur buvo nurodytas onkologinio skausmo sindromas. Toliau tyrime analizuojami 124 tiriamųjų duomenys: 97 (78,2 %) moterų ir 27 (21,8 %) vyrų. Tiriamųjų subjektyvios psichologinės gerovės aspektų (nuotaikos, aktyvumo) per paskutiniąsias dvi savaites įverčiai buvo nuo 8 iki 25 ($M = 16,28$, $SD = 4,11$), procentine išraiška – nuo 32 iki 100 % ($M = 65,11$, $SD = 16,42$).

Pagal supaprastintos lėtinio skausmo skalės (GCPS-R) skausmo vertinimo instrukciją, 0 lygis reiškia, kad lėtinio skausmo nėra, o 1, 2, ir 3 skausmo lygis – kad lėtinis skausmas yra. Kadangi šio tyrimo tikslas nėra diagnozuoti lėtinį skausmą, laikysime, kad visi tiriamieji patiria lėtinį skausmą (pagal TLK-11) ir skirsime į grupes pagal jo stiprumą.

Tyrime galimas dviejų grupių lyginimas: pirmą grupę – tiriamieji, kurie šiame tyrime priskirti prie 0 skausmo lygio ($n = 52$) ir antrą grupę – tiriamieji, priskirti prie 3 (didelį poveikį turintis lėtinis skausmas) skausmo lygio ($n = 45$). Remiantis Şentürk ir kitų (2023) tyrimu, 1 ir 2 lygio grupės sujungtos į vieną, 1 ir 2 lygio lėtinį skausmą patiriantys asmenys palyginti su 3 lygio lėtinį skausmą patiriančiais asmenimis (4 lentelė).

4 lentelė. Tiriamųjų suskirstymas į 3 grupes pagal supaprastintą lėtinio skausmo skalę

N (%)	Lėtinis skausmas		
	0 lygis	1–2 lygis*	3 lygis**
124	52 (4,9 %)	27 (21,8 %)	45 (36,3 %)
Lytis	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Vyrai	11 (40,7)	5 (18,5 %)	10 (37 %)
Moterys	40 (41,2)	22 (22,7 %)	35 (36,1 %)

Pastaba. * Lengvas lėtinis skausmas ir varginantis lėtinis skausmas (remiantis Şentürk ir kitais (2023), 1 ir 2 lygio skausmo grupės sujungtos į vieną); ** Didelį poveikį turintis lėtinis skausmas.

5 lentelėje pateikiami tiriamųjų pagal skausmo lygio grupes požiūrio į skausmą įverčiai. Adaptyvų požiūrį į skausmą atspindi emocijų ir kontrolės subskalės (pageidautinas aukštas įvertis), neadaptyvų požiūrį atspindi rūpestingumo, medicininio išgydymo, negalios, fizinės žalos ir vaistų subskalės (pageidautinas žemas įvertis).

5 lentelė. *Tiriamųjų gauti įverčiai ir pageidautinos įverčių orientacijos, požiūrio į skausmą klausimyno autorių apibūdintos kaip labiausiai adaptyvios*

Subskalė	PO	Skausmo lygis							
		N = 124		0		1–2		3	
		n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)
Rūpestingumas	0	124	1,47 (0,96)	52	1,45 (0,99)	27	1,25 (0,84)	45	1,61 (0,98)
Emocijos	4	122	1,5 (1,04)	50	1,23 (1,00)	27	1,53 (1,18)	45	1,79 (0,93)
Medicininis išgydymas	0	123	2,22 (0,77)	52	2,23 (0,76)	26	2,12 (0,78)	45	2,26 (0,77)
Kontrolė	4	123	2,08 (0,93)	52	1,96 (1,07)	27	2,31 (0,75)	44	2,09 (0,85)
Negalia	0	122	1,86 (0,92)	51	1,48 (0,78)	27	1,63 (0,76)	44	2,43 (0,88)
Fizinė žala	0	124	1,21 (0,99)	52	1,44 (1,04)	27	0,87 (0,75)	45	1,16 (1,02)
Vaistai	0	123	1,91 (1,04)	51	1,43 (0,90)	27	1,96 (0,74)	45	2,43 (1,10)

Pastaba. PO – pageidautina orientacija.

6 lentelėje pavaizduoti savo senėjimo suvokimo skalės gauti tiriamųjų įverčiai. Teigiamą savo senėjimo suvokimą atspindi aukštesni balai, gauti teigiamų pasekmių ir teigiamos kontrolės subskalėse, neigiamą savo senėjimo suvokimą – aukštesni balai, gauti chronologinio požiūrio, emocijų atspindėjimo, neigiamų pasekmių ir kontrolės subskalėse.

6 lentelė. Tiriamųjų gauti įverčiai ir pageidautinos įverčių orientacijos, atspindinčios teigiamą ar neigiamą savo senėjimo suvokimą (N 124)

Subskalė	PO	n	M (SD)	Skausmo lygis					
				0		1–2		3	
				n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)
		N = 124		N = 52		N = 27		N = 45	
ChP	0	122	1,78 (0,75)	52	1,65 (0,86)	27	1,96 (0,57)	43	1,81 (0,67)
EA	0	124	1,59 (0,95)	52	1,42 (0,92)	27	1,68 (1,00)	45	1,75 (0,95)
NPK	0	124	2,07 (0,78)	52	1,90 (0,75)	27	2,07 (0,88)	45	2,27 (0,71)
TP	4	118	2,77 (0,66)	48	2,80 (0,68)	26	2,72 (0,68)	44	2,78 (0,62)
TK	4	115	3,06 (0,62)	49	3,17 (0,64)	24	3,04 (0,62)	42	2,95 (0,59)

Pastaba. ChP – chronologinis požiūris; EA – emocijų atspindėjimas; NPK – neigiamos pasekmės ir kontrolė; TP – teigiamos pasekmės; TK – teigiama kontrolė; PO – pageidautina orientacija.

Toliau aprašomi respondentų subjektyvaus amžiaus duomenys. Iš 7 lentelėje pateiktų rezultatų matome, kad šiame tyrime visi asmenys, nepriklausomai nuo skausmo stiprumo, visose tiriamose subjektyvaus amžiaus srityse vidutiniškai jaučiasi jaunesni. Neigiamas skaičius reiškia jaunesnį nei chronologinis amžius. Visų tiriamųjų imtyje vidinio SICAS įvertis svyruoja nuo -44 iki 0, norimo SICAS – nuo -56 iki 0, išvaizdos asmenine nuomone SICAS – nuo -22 iki 1, išvaizdos kitų nuomone SICAS – nuo -22 iki 3, pomėgių SICAS – nuo -36 iki 0, sveikatos SICAS – nuo -28 iki 16, darbo srities SICAS – nuo -32 iki 0, santykių SICAS – nuo -34 iki 1, finansinės padėties SICAS – nuo -37 iki 21.

Grupėje, kuri priskirta 0 lėtinio skausmo lygiui, vidinio SICAS įvertis svyruoja nuo -38 iki 0, norimo SICAS – nuo -44 iki 0, išvaizdos asmenine nuomone SICAS – nuo -20 iki 1, išvaizdos kitų nuomone SICAS – nuo -20 iki 3, pomėgių SICAS – nuo -32 iki 0, sveikatos SICAS – nuo -27 iki 6, darbo srities SICAS – nuo -26 iki 0, santykių SICAS – nuo -34 iki 1, finansinės padėties SICAS – nuo -37 iki 21.

Grupėje, kuri priskirta 1 ir 2 lėtinio skausmo lygiui, vidinio SICAS įvertis svyruoja nuo -44 iki 0, norimo SICAS – nuo -32 iki 0, išvaizdos asmenine nuomone SICAS – nuo -22 iki 1, išvaizdos kitų nuomone SICAS – nuo -18 iki 0, pomėgių SICAS – nuo -23 iki 0, sveikatos SICAS – nuo -23 iki 6, darbo srities SICAS – nuo -32 iki 0, santykių SICAS – nuo -23 iki 0, finansinės padėties SICAS – nuo -21 iki 1.

Grupėje, kuri priskirta 3 lėtinio skausmo lygiui, vidinio SICAS įvertis svyruoja nuo -35 iki 0, norimo SICAS – nuo -56 iki 0, išvaizdos asmenine nuomone SICAS – nuo -18 iki 1, išvaizdos kitų nuomone SICAS – nuo -22 iki 3, pomėgių SICAS – nuo -36 iki 0, sveikatos SICAS – nuo -28 iki 16, darbo srities SICAS – nuo -31 iki 0, santykių SICAS – nuo -28 iki 0, finansinės padėties SICAS – nuo -27 iki 3.

7 lentelė. Tiriamųjų subjektyvaus ir chronologinio amžiaus skirtumo vidurkiai

SICAS	0 lėtinio skausmo lygis		1–2 skausmo lygis		3 skausmo lygis			
	N = 124		n = 52		N = 27		n = 45	
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)
Vidinis	119	-14,75 (9,42)	49	-15,53 (8,89)	26	-12,92 (11,25)	44	-14,95 (8,88)
Norimas	121	-19,54 (11,87)	49	-18,12 (11,63)	27	-18,19 (8,78)	45	-21,89 (13,52)
Išvaizdos asmenine nuomone	111	-6,58 (5,41)	46	-6,04 (5,25)	24	-6,29 (6,06)	41	-7,34 (5,2)
Išvaizdos kitų nuomone	106	-8,99 (4,72)	45	-8,73 (4,10)	18	-8,39 (4,69)	43	-9,51 (5,36)
Pomėgių	113	-13,13 (8,84)	49	-12,78 (8,88)	21	-11,67 (5,86)	43	-13,33 (9,96)
Sveikatos	115	-6,02 (7,86)	49	-6,92 (7,57)	24	-4,17 (6,86)	42	-6,02 (8,68)
Darbo srities	34	-12,50 (10,86)	10	-11,10 (9,04)	10	-11,70 (12,68)	14	-14,07 (11,26)
Santykių	112	-8,8 (8,33)	46	-11,10 (9,04)	24	-7,42 (8,02)	42	-9,29 (8,04)
Finansinės padėties	106	-5,95 (8,51)	43	-5,67 (10,4)	22	-5,09 (6,31)	41	-6,71 (7,88)

Pastaba. SICAS – subjektyvaus ir chronologinio amžiaus skirtumas; Neigiamas skaičius rodo, kad asmuo jaučiasi jaunesnis, teigiamas skaičius – kad vyresnis.

3.2. Pirmasis tyrimo klausimas

Atsakant į pirmą tyrimo klausimą, kaip lėtinį skausmą patiriančių vyresnio amžiaus žmonių požiūris į skausmą susijęs su savo senėjimo suvokimu ir subjektyviu amžiumi, ryšių tarp požiūrio į skausmą sričių ir savo senėjimo suvokimo komponentų nustatymui buvo taikytas Pearson koreliacijos koeficientas, ryšių tarp požiūrio į skausmą sričių ir subjektyvaus amžiaus komponentų nustatymui ir ryšių tarp savo senėjimo suvokimo ir subjektyvaus amžiaus komponentų nustatymui – Pearson ir Spearman koreliacijos koeficientas.

8 lentelėje matyti, kad egzistuoja vidutinio stiprumo ir silpni statistiškai reikšmingi ryšiai tarp požiūrio į skausmą sričių ir savo senėjimo suvokimo komponentų. Vidutinio stiprumo teigiami ryšiai nustatyti tarp rūpestingumo ir emocijų atspindėjimo, emocijų ir emocijų atspindėjimo, rūpestingumo ir neigiamų pasekmių ir kontrolės, emocijų ir neigiamų pasekmių ir kontrolės, negalios – emocijų atspindėjimo, negalios – neigiamų pasekmių ir kontrolės, vaistų – emocijų atspindėjimo. Silpni reikšmingi teigiami ryšiai nustatyti tarp vaistų ir chronologinio požiūrio, vaistų – neigiamų pasekmių ir kontrolės, tarp kontrolės – teigiamos kontrolės. Silpni neigiami reikšmingi ryšiai egzistuoja tarp medicininio išgydymo ir emocijų atspindėjimo, negalios ir teigiamos kontrolės, fizinės žalos – teigiamos kontrolės.

8 lentelė. *Ryšiių tarp požiūrio į skausmą sričių ir savo senėjimo suvokimo komponentų Pearson koreliacijos koeficientai (N = 124)*

Subskalė	Rūpestin- gumas	Emocijos	Medicininis išgydymas	Kontrolė	Negalia	Fizinė žala	Vaistai
Chronologinis požiūris	0,04	0,12	-0,17	-0,11	0,18	0,04	0,26**
Emocijų atspindėjimas	0,38**	0,34**	-0,23*	-0,06	0,34**	0,09	0,40**
Neigiamos pasekmės ir kontrolė	0,30**	0,37**	-0,14	-0,06	0,41**	-0,00	0,29**
Teigiamos pasekmės	0,07	0,08	0,03	0,13	-0,09	-0,00	-0,00
Teigiama kontrolė	-0,16	-0,12	0,11	0,28**	-0,27**	-0,26**	-0,14

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

9 lentelėje matyti, kad egzistuoja vidutinio stiprumo ir silpni statistiškai reikšmingi ryšiai tarp požiūrio į skausmą, savo senėjimo suvokimo ir subjektyvaus amžiaus. Vidutinio stiprumo teigiamas ryšys nustatytas tarp chronologinio požiūrio ir vidinio bei pomėgių SICAS. Silpni teigiami ryšiai egzistuoja tarp chronologinio požiūrio ir sveikatos SICAS bei santykių SICAS, emocijų

atspindėjimo – pomėgių SICAS, neigiamų pasekmių ir kontrolės – vidinio, pomėgių bei sveikatos SICAS. Silpnas neigiamas ryšys nustatytas tarp emocijų atspindėjimo ir norimo SICAS. Subjektyvaus amžiaus komponentai (išvaizdos asmenine nuomone, išvaizdos kitų nuomone, darbo srities ir finansinės padėties SICAS) neturėjo statistiškai reikšmingų sąsajų su požiūrio į skausmą sritimis ir savo senėjimo suvokimo komponentais.

Mažiau reikšmingų subjektyvaus amžiaus ryšių nustatyta su požiūrio į skausmą sritimis. Silpnas teigiamas ryšys šio tyrimo imtyje rastas tarp emocijų ir sveikatos SICAS; silpnas neigiamas ryšys – tarp rūpestingumo ir norimo SICAS. Nenustatyta subjektyvaus amžiaus komponentų reikšmingų ryšių su šiomis požiūrio į skausmą sritimis: kontrole, negalia, fizine žala, vaistais.

9 lentelė. *Ryšių tarp subjektyvaus amžiaus, požiūrio į skausmą sričių ir savo senėjimo suvokimo komponentų koreliacijos koeficientai (N = 124)*

	Subjektyvus amžius								
	Pearson koeficientas						Spearman koeficientas		
	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6	SA7	SA8	SA9
Požiūris į skausmą									
Rūpestingumas	-0,08	-0,19*	-0,12	-0,19	-0,08	0,12	-0,03	-0,05	0,01
Emocijos	0,06	-0,06	0,10	-0,04	0,08	0,28**	0,24	0,10	0,05
Medicininis išgydymas	0,07	0,18	-0,02	0,06	-0,11	-0,14	0,31	-0,02	0,01
Kontrolė	-0,08	0,02	0,08	0,13	-0,16	-0,04	-0,29	-0,10	-0,02
Negalia	0,08	-0,09	-0,06	0,04	0,03	0,08	0,05	-0,04	-0,10
Fizinė žala	0,02	0,16	0,01	0,04	0,12	0,01	0,32	0,09	0,10
Vaistai	0,03	-0,17	-0,10	-0,06	0,02	0,16	-0,13	-0,08	-0,02
Savo senėjimo suvokimas									
Chronologinis požiūris	0,30**	-0,12	0,08	0,11	0,33***	0,22*	0,03	0,27**	0,07
Emocijų atspindėjimas	0,09	-0,23**	-0,00	-0,08	0,21*	0,10	-0,08	0,12	-0,03
Neigiamos pasekmės ir kontrolė	0,20*	-0,11	0,02	-0,01	0,23*	0,26*	0,12	0,130	0,06
Teigiamos pasekmės	-0,05	0,04	-0,07	0,03	0,09	0,17	-0,26	-0,07	0,09
Teigiama kontrolė	-0,02	-0,02	0,09	0,10	-0,06	-0,04	-0,31	-0,02	-0,01

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. SA1 – vidinis SICAS, SA2 – norimas SICAS, SA3 – išvaizdos asmenine nuomone SICAS, SA4 – išvaizdos kitų nuomone SICAS, SA5 – pomėgių SICAS SA6 – sveikatos SICAS, SA7 – darbo srities SICAS, SA8 – santykių SICAS, SA9 – finansinės padėties SICAS.

3.3. Antrasis tyrimo klausimas

Atsakant į tyrimo klausimą: ar egzistuoja lėtinį skausmą patiriančių žmonių savo senėjimo suvokimo, požiūrio į skausmą ir subjektyvaus amžiaus sąsajos, kai kontroliuojama savijauta (nuotaika, aktyvumas), buvo pritaikyta dalinė koreliacija. Iš rezultatų, pateiktų 10 lentelėje, matome, kad kai yra kontroliuojama savijauta, išlieka vienas vidutinio stiprumo statistiškai reikšmingas teigiamas ryšys tarp teigiamos kontrolės ir kontrolės, vienas neigiamas ryšys tarp teigiamos kontrolės ir fizinės žalos.

10 lentelė. *Tiriamųjų požiūrio į skausmą ir savo senėjimo suvokimo subskalių Pearson koreliacijos koeficientai, kai kontroliuojama savijauta (PSO-5)*

N = 124	Požiūris į skausmą						
	Rūpestin- gumas	Emocijos	Medicininis išgydymas	Kontrolė	Negalia	Fizinė žala	Vaistai
Savo senėjimo suvokimas							
Chronologinis požiūris	0,05	0,09	-0,16	-0,13	0,21*	0,13	0,23*
Emocijų atspindėjimas	0,25**	0,26**	-0,16	-0,13	0,22*	0,18	0,28**
Neigiamos pasekmės ir kontrolė	0,18	0,26**	-0,07	-0,15	0,29**	0,13	0,14
Teigiamos pasekmės	0,07	0,16	0,07	0,16	-0,07	-0,07	0,02
Teigiama kontrolė	-0,13	-0,04	0,12	0,30**	-0,20*	-0,31**	-0,08

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

Silpni statistiškai reikšmingi teigiami ryšiai, kontroliuojant savijautą, išlieka tarp chronologinio požiūrio ir negalios, tarp chronologinio požiūrio ir vaistų, tarp emocijų atspindėjimo ir rūpestingumo, emocijų atspindėjimo ir emocijų, emocijų atspindėjimo ir negalios, emocijų atspindėjimo ir vaistų, tarp neigiamų pasekmių ir kontrolės ir emocijų, tarp neigiamų pasekmių ir kontrolės ir negalios, tarp teigiamos kontrolės ir kontrolės; neigiamas ryšys – tarp teigiamos kontrolės ir negalios.

Kontroliuojant savijautą, nelieka statistiškai reikšmingų ryšių tarp emocijų atspindėjimo ir medicininio išgydymo, neigiamų pasekmių ir kontrolės ir rūpestingumo, neigiamų pasekmių ir kontrolės ir vaistų.

11 lentelė. Tiriamųjų požiūrio į skausmą, savo senėjimo suvokimo subskalių ir skirtumo tarp chronologinio ir subjektyvaus amžiaus Pearson koreliacijos koeficientai, kai kontroliuojama savijauta (PSO-5)

N = 124	Subjektyvus amžius					
	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6
Požiūris į skausmą						
Rūpestingumas	0,02	-0,06	-0,06	-0,14	-0,32	0,23*
Emocijos	0,14	0,12	0,03	-0,03	0,09	0,31**
Medicininis išgydymas	0,08	0,17	-0,01	0,05	-0,06	-0,11
Kontrolė	-0,11	0,02	0,04	0,08	-0,14	0,08
Negalia	0,14	0,01	0,15	0,15	0,09	0,26*
Fizinė žala	0,05	0,21	0,10	0,14	0,08	-0,08
Vaistai	0,07	0,19	-0,08	-0,07	0,02	0,22
Savo senėjimo suvokimas						
Chronologinis požiūris	0,28*	-0,07	0,07	0,09	0,31**	0,24*
Emocijų atspindėjimas	0,22	-0,13	-0,11	-0,09	0,17	0,08
Neigiamos pasekmės ir kontrolė	0,23*	-0,06	0,15	0,03	0,21	0,29**
Teigiamos pasekmės	-0,01	0,16	-0,10	0,02	0,10	0,20
Teigiama kontrolė	0,06	-0,10	-0,04	0,06	0,00	0,01

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. SA1 – vidinis SICAS, SA2 – norimas SICAS, SA3 – išvaizdos asmenine nuomone SICAS, SA4 – išvaizdos kitų nuomone SICAS, SA5 – pomėgių SICAS SA6 – sveikatos SICAS.

Pritaikius dalinę koreliaciją, iš rezultatų, pateiktų 11 lentelėje, matome, kad kai yra kontroliuojama savijauta, egzistuoja vidutinio stiprumo teigiamas ryšys tarp požiūrio į skausmą ir subjektyvaus amžiaus (emocijų ir sveikatos SICAS sąsaja) ir silpni teigiami ryšiai (rūpestingumo ir negalios sąsaja su sveikatos SICAS). Taip pat rastas vidutinio stiprumo teigiamas ryšys tarp savo senėjimo suvokimo ir subjektyvaus amžiaus (chronologinio požiūrio ir pomėgių SICAS sąsaja), silpni chronologinio požiūrio ir neigiamų pasekmių ir kontrolės ryšiai su vidiniu SICAS ir su sveikatos SICAS.

3.4. Trečiasis tyrimo klausimas

Atsakant į tyrimo klausimą, ar skiriasi vyresnio amžiaus asmenų senėjimo suvokimas, požiūris į skausmą ir subjektyvus amžius tarp patiriančių skirtingo stiprumo lėtinį skausmą, pirmiausia buvo nustatyta, ar šioje imtyje egzistuoja reikšmingi ryšiai tarp minėtų kintamųjų. Skausmo stiprumo ryšiui su požiūriu į skausmą ir savo senėjimo suvokimu buvo taikytas Pearson koreliacijos koeficientas; ar tiriamųjų skausmo stiprumas siejasi su subjektyviu amžiumi – Spearman koreliacijos koeficientas ($N = 124$). Kaip matome 12 lentelėje, nustatyta, kad egzistuoja vidutinio stiprumo statistiškai reikšmingai teigiami skausmo stiprumo ryšiai su negalios ir vaistų sritimis bei silpni ryšiai su rūpestingumo ir emocijų sritimis. Taip pat nustatyta, kad egzistuoja vidutinio stiprumo statistiškai reikšmingi skausmo stiprumo ryšiai su savo senėjimo suvokimo komponentais (emocijų atspindėjimo ir neigiamų pasekmių ir kontrolės) ir silpnas neigiamas reikšmingas ryšys su teigiamos kontrolės kintamuoju. Skausmo ryšys su subjektyviu amžiumi nebuvo statistiškai reikšmingas.

12 lentelė. *Tiriamųjų skausmo stiprumo ryšys su jų požiūriu į skausmą ir savo senėjimo suvokimu*

	Požiūris į skausmą								
	Rūpes-tingumas	Emocijos	Medicininis išgydymas	Kontrolė	Negalia	Fizinė žala	Vaistai		
Skausmo stiprumas	0,29**	0,27**	-0,02	0,06	0,54**	0,01	0,48**		
	Savo senėjimo suvokimas								
	Chronologinis požiūris	Emocijų atspindėjimas	Neigiamos pasekmės ir kontrolė	Teigiamos pasekmės	Teigiama kontrolė				
Skausmo stiprumas	0,15	0,30**	0,36**	-0,08	-0,19*				
	Subjektyvus amžius								
	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6	SA7	SA8	SA9
Skausmo stiprumas	0,08	-0,15	-0,05	0,03	0,10	0,14	0,01	-0,02	0,09

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

Toliau buvo atlikta vienfaktorinė dispersinė Anova analizė ir palygintos trys grupės pagal rastas reikšmingas sąsajas. Gauta, kad pagal savo senėjimo suvokimą šios trys grupės nesiskiria, o pagal požiūrį į skausmą skiriasi. Kaip parodyta 13 lentelėje, gauti reikšmingi skirtumai emocijų, negalios

ir vaistų subskalėse. Tai reiškia, kad tiriamųjų grupės skiriasi tarpusavyje tuo, kiek, jų nuomone, skausmas juos nugalina, ir tuo, kiek jie mano, kad vaistai yra geriausias skausmo gydymo būdas.

13 lentelė. Požiūrio į skausmą palyginimas tarp tiriamųjų grupių, patiriančių 0 lygio, 1–2 lygio ir 3 lygio lėtinį skausmą

Skausmo lygis	0	1–2	3			
N = 124	(n = 52)	(n = 27)	(n = 45)			
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	df	p
Rūpestingumas	1,45 (0,99)	1,25 (0,84)	1,61 (0,98)	1,23	2	0,297
Emocijos	1,23 (1,00)	1,53 (1,18)	1,79 (0,93)	3,65	2	0,029
Negalia	1,48 (0,78)	1,63 (0,76)	2,43 (0,88)	12,56	2	0,000
Vaistai	1,43 (0,90)	1,96 (0,74)	2,43 (1,10)	13,30	2	0,000

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

14 lentelė. Požiūrio į skausmą skirtumai tarp tiriamųjų grupių, patiriančių 0 lygio, 1–2 lygio ir 3 lygio lėtinį skausmą

	Skausmo lygis	0	1–2	3
	N = 124	(n = 52)	(n = 27)	(n = 45)
	Vidurkių skirtumai	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Emocijos	0	–	-0,30	-0,56*
	1 ir 2	0,30	–	-0,26
	3	0,56*	0,26	–
Negalia	0	–	-0,15	-0,96*
	1 ir 2	0,15	–	-0,80*
	3	0,96*	0,80*	–
Vaistai	0	–	-0,53	-0,99*
	1 ir 2	0,53	–	-0,47
	3	0,99*	0,47	–

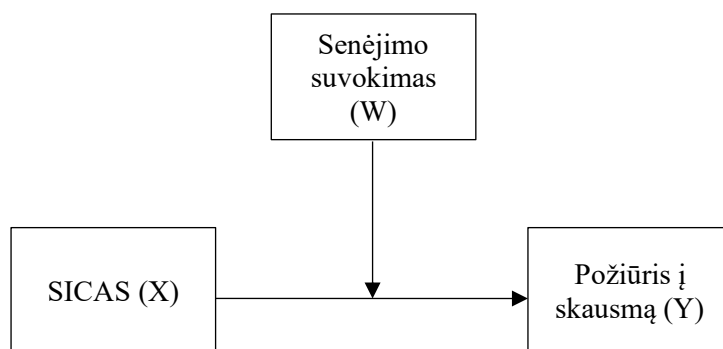
Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Vaistų subskalėje buvo pažeista homogeniškumo taisyklė, todėl buvo taikyta Bonferoni korekcija. Atlikus Post Hoc testą, pagal emocijų išreikštumą ir požiūrį į vaistus, kaip geriausią gydymo būdą, statistiškai reikšmingai skyrėsi 0 lygio ir 3 lygio skausmą patiriantys asmenys. Pagal negalios išreikštumą tarpusavyje nesiskyrė tik 0 lygio ir 1–2 lygio skausmą patiriantys asmenys (14 lentelė).

Rezultatai rodo, kad patiriantys didelio poveikio skausmą tiriamieji turi stipresnes nuostatas, kad emocijos veikia jų skausmą, nei patiriantys žemiausio lygio skausmą. Taip pat patiriantys didelio poveikio skausmą tiriamieji turi stipresnes nuostatas, kad skausmas juos nugalina, nei patiriantys žemiausio lygio ar 1–2 lygio skausmą. Didžiausio lygio skausmą patiriantys asmenys turi stipresnę nuostatą, kad vaistai yra geriausias skausmo gydymo būdas, nei mažiausią skausmo lygį patiriantys tiriamieji. Nuostatos, kad aplinkiniai turėtų jais labiau rūpintis skausmo epizodų metu, tarp skirtingo stiprumo skausmą patiriančių tiriamųjų nesiskiria.

3.5. Ketvirtasis tyrimo klausimas

Atsakant į klausimą, ar subjektyvus amžius ir savo senėjimo suvokimas gali nuspėti asmens požiūrį į skausmą, atliktos moderacinės analizės, kur subjektyvus ir chronologinio amžiaus skirtumas yra prognostinis veiksnys, o senėjimo suvokimas moderuoja jo ryšį su požiūriu į skausmą.

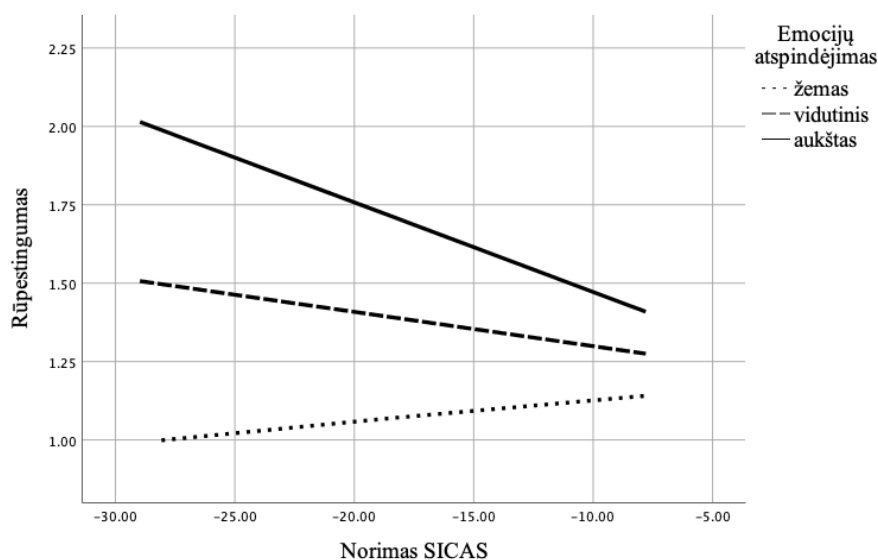


1 pav. Moderacinio modelio diagrama pagal Hayes (2013)

Galimas moderatorius tirtas, skaičiuojant tiesine regresija pagrįstus moderacinius ryšius. Testuotas paprastas moderacijos modelis (Hayes, 2013), 1 pav. Moderacijos efektas laikomas surastu, jei interakcija modelyje statistiškai reikšmingai prognozuoja priklausomą kintamąjį. Sąranka (angl. *bootstrapping*) (95 % užtikrintumo intervalų) leido garantuoti, kad identifikuojamas reikšmingumas nenukentės nuo normalumo prielaidos neatitikimo (Hayes, 2013). Nepriklausomu kintamuoju laikytas subjektyvus ir chronologinio amžiaus skirtumas (X), priklausomu – požiūrio į skausmą sritis (Y), moderatoriaus (W) vietoje buvo tirti savo senėjimo suvokimo komponentai.

3.5.1. Požiūrio į skausmą srities – rūpestingumo – prognostiniai veiksniai

Siekiant nustatyti, ar subjektyvus amžius gali nuspėti požiūrį į skausmą, remiantis tyrimo metu gautais reikšmingais ryšiais, atlikta moderacinė analizė, kur subjektyvaus norimo ir chronologinio amžiaus skirtumas prognozuoja rūpestingumą, o šio ryšio moderatorius – emocijų atspindėjimas.



2 pav. Moderacinio modelio, kur norimo SICAS ir rūpestingumo (PSS) ryšį moderuoja neigiamos pasekmės ir kontrolė (SSSK), grafikas

Atlikta moderacijos analizė ($N = 116$), kur nepriklausomu kintamuoju laikytas subjektyvaus norimo ir chronologinio amžiaus skirtumo elementas (X). Priklausomas kintamasis – požiūrio į skausmą sritis (rūpestingumas) (Y), moderatorius (W) – savo senėjimo suvokimo komponentas (emocijų atspindėjimas). Šis kintamasis atspindi neigiamą savo senėjimo suvokimą: kuo aukštesnis balas, tuo labiau neigiamas savo senėjimo suvokimas.

Kaip matome iš 2 pav., atrodo, kad kuo jaunesnio amžiaus nori būti vyresnio amžiaus žmonės, patiriantys lėtinį skausmą ir turintys labiau neigiamą senėjimo suvokimą (aukštas emocijų atspindėjimas), tuo didesnio rūpesčio jie nori iš savo šeimos ir kitų žmonių, kai patiria skausmą, o kuo skirtumas tarp chronologinio ir norimo amžiaus mažesnis, tuo mažiau rūpesčio iš aplinkinių žmonių jie tikisi skausmo epizodų metu. Asmenims, turintiems labiau vidutinį ir žemą emocijų atspindėjimą, moderacijos efektas nereikšmingas.

15 lentelė. Moderacinės analizės ($N = 116$), kur norimo SICAS ir rūpestingumo (PSS) ryšį moderuoja emocijų atspindėjimas (SSSK), rezultatai

Nepriklausomi kintamieji			Priklausomas kintamasis – rūpestingumas (PSS)		
			<i>B</i>	<i>t</i>	se
Amžius			-0,01	-1,01	0,01
Išsilavinimas			0,02	0,39	0,06
Gyvenamoji vieta			-0,20	-1,81	0,11
Savijauta (PSO-5)			-0,00	-0,58	0,01
Skausmo sindromų skaičius			0,15	1,96	0,08
Emocijų atspindėjimas			0,00	0,00	0,20
Skausmo stiprumas			0,00	0,12	0,02
Norimas SICAS			0,02	1,16	0,02
Neigiamos pasekmės ir kontrolė			0,06	0,48	0,13
Norimas SICAS x Emocijų atspindėjimas			0,02*	-1,91	0,01
R^2	0,27	ΔR^2	0,03	MSE	0,71
F	3,94***	ΔF	3,63*		
df_1, df_2	10, 105	$\Delta df_1, df_2$	1, 105		

Pastaba. Pateikiami nestandartizuoti koeficientai. Norimas SICAS – subjektyvaus norimo ir chronologinio amžiaus skirtumas. * $p < 0,05$, *** $p < 0,01$.

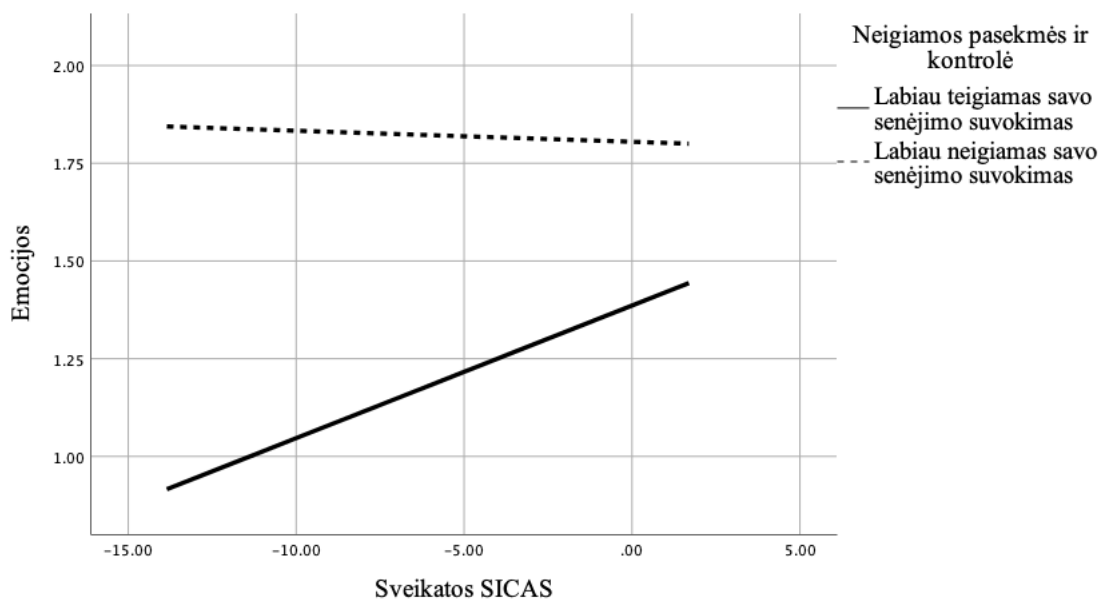
Moderacijos analizės modelis (15 lentelė) paaiškina 27 proc. duomenų sklaidos. Veikiant moderatoriumi – emocijų atspindėjimas (SSSK), norimo SICAS ir rūpestingumo (PSS) ryšys tapo nereikšmingas, todėl galima sakyti, kad šiame ryšyje veikia moderacijos efektas. Moderacijos analizė atlikta kontroliuojant amžiaus, išsilavinimo, gyvenamosios vietos, savijautos, skausmo sindromų skaičiaus ir skausmo stiprumo kintamuosius, taip pat susijusį kintamąjį – neigiamas pasekmes ir kontrolę (SSSK).

3.5.2. Požiūrio į skausmą srities – emocijų – prognostiniai veiksniai

Siekiant nustatyti, ar subjektyvaus amžiaus komponentas – sveikatos SICAS gali nuspėti emocijas (PSS), remiantis tyrimo metu gautais reikšmingais ryšiais, atlikta moderacinė analizė, kur sveikatos SICAS (X) prognozuoja emocijas (Y), o šio ryšio moderatorius (W) – neigiamos pasekmės ir kontrolė (SSSK). Šis kintamasis atspindi neigiamą savo senėjimo suvokimą: kuo aukštesnis balas, tuo labiau neigiamas savo senėjimo suvokimas. Neigiamų pasekmių ir kontrolės kintamasis

moderacinėje analizėje naudotas kaip dichotominis – sudarytos dvi grupės: 1 grupė – labiau teigiamas ($n = 61, 49,2 \%$), 2 grupė – labiau neigiamas senėjimo suvokimas ($n = 63, 50,8 \%$).

Iš grafiko 3 pav. galime daryti išvadą, kad asmenys, labiau neigiamai suvokiantys savo senėjimą, nepriklausomai nuo to, koks jų vidinis sveikatos amžius, nesiskiria savo požiūriu, kad emocijos veikia jų skausmą. Kuo didesnis asmenų, labiau teigiamai suvokiančių savo senėjimą, jaučiamas sveikatos amžiaus ir chronologinio amžiaus skirtumas, tuo mažiau jie įsitikinę, kad emocijos daro įtaką skausmui, o kuo mažesnis sveikatos SICAS skirtumas, tuo jie labiau tiki, kad emocijos daro įtaką skausmui. Kitaip tariant, kuo jaunesni sveikatos atžvilgiu jaučiasi žmonės, turintys labiau teigiamą savo senėjimo suvokimą, tuo mažiau jie tiki, kad emocijos veikia jų skausmą, o kuo jie jaučiasi vyresni, tuo labiau įsitikinę, kad emocijos daro įtaką jų skausmui.



3 pav. Moderacinio modelio, kur sveikatos SICAS ir emocijų (PSS) ryšį moderuoja savo neigiamos pasekmės ir kontrolė (SSSK), grafikas

Moderacijos analizės modelis (16 lentelė) paaiškina 27 proc. duomenų sklaidos. Veikiant moderatoriui, subjektyvaus sveikatos ir chronologinio amžiaus skirtumo ir požiūrio į skausmą srities (rūpestingumo) ryšys išlieka reikšmingas, tačiau sveikatos SICAS ir emocijų atspindėjimo sąveika taip pat reikšminga. Taigi, galime manyti, kad šiame ryšyje veikia moderacijos efektas. Moderacijos analizė atlikta, kontroliuojant amžiaus ir emocinės savijautos kintamuosius. Moderacijos efektas tampa nereikšmingas, įvedus į modelį skausmo stiprumo ir skausmo sindromų skaičiaus kintamuosius, demografinius išsilavinimo ir gyvenamosios vietos kintamuosius.

16 lentelė. Moderacinės analizės ($N = 112$), kur sveikatos SICAS ir emocijų (PSS) ryšį moderuoja neigiamos pasekmės ir kontrolė (SSSK), duomenys

Nepriklausomi kintamieji			Priklausomas kintamasis – emocijos (PSS)		
			<i>B</i>	<i>t</i>	se
Amžius			-0,00	-0,27	0,01
Savijauta (PSO-5)			-0,05*	-2,17	0,02
Neigiamos pasekmės ir kontrolė			0,45*	1,99	0,23
Sveikatos SICAS			0,08*	2,37	0,04
Sveikatos SICAS x neigiamos pasekmės ir kontrolė			-0,05*	-1,92	0,02
R^2	0,27	ΔR^2	0,25	MSE	0,81
F	7,93***	ΔF	3,70*		
df_1, df_2	5, 106	$\Delta df_1, df_2$	1, 106		

Pastaba. Pateikiami nestandartizuoti koeficientai. Sveikatos SICAS – subjektyvaus sveikatos ir chronologinio amžiaus skirtumas. * $p < 0,05$, *** $p < 0,01$.

3.5.3. Požiūrio į skausmą sričių – kontrolės ir fizinės žalos – prognostiniai veiksniai

Subjektyvaus amžiaus sąsajų su požiūrio į skausmą sritimis – kontrole ir fizine žala, tyrime nebuvo rasta. Toliau atlikta dviejų žingsnių hierarchinė regresijos analizė (17 lentelė), kuria siekta įvertinti, kaip reikšmingi veiksniai, kontroliuojant jų tarpusavio ryšius, prognozuoja kontrolę ir fizinę žalą.

Pirmame žingsnyje į analizę įtraukti su lėtiniu skausmu susiję veiksniai: savijauta, skausmo stiprumas, skausmo sindromų skaičius ir demografiniai kintamieji, remiantis analizuota literatūra: amžius, gyvenamoji vieta, išsilavinimas. Antrame žingsnyje į regresiją įtrauktas savo senėjimo suvokimo komponentas (teigiama kontrolė). Galutinis kontrolės regresijos modelis paaiškina 13 proc. kontrolės variacijos. Kontrolę reikšmingai prognozuoja tik teigiama kontrolė ($\beta = 0,34, p = 0,001$). Galutinis fizinės žalos regresijos modelis paaiškina tik 11 proc. duomenų sklaidos, reikšmingą prognostinę galią regresijoje turi tik teigiama kontrolė ($\beta = -0,31, p = 0,001$).

17 lentelė. Hierarchinė regresija, prognozuojanti kontrolės (PSS) veiksnius ($N = 124$)

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis – požiūrio į skausmą sritis			
	Kontrolė		Fizinė žala	
	1 modelis	2 modelis	1 modelis	2 modelis
	β	β	β	β
Amžius	-0,06	-0,03	0,00	-0,03
Gyvenamoji vieta	0,09	0,10	0,07	0,06
Išsilavinimas	-0,04	-0,06	-0,13	-0,11
Savijauta (PSO-5)	0,06	-0,01	0,04	0,10
Skausmo stiprumas	0,06	0,12	0,03	-0,02
Skausmo sindromų skaičius	0,10	0,14	-0,05	-0,08
Teigiama kontrolė		0,34**		-0,31**
R^2	0,03	0,13	0,03	0,11
F	0,58	2,30*	0,49	1,88
df_1, df_2	6, 106	7, 105	6, 106	7, 105
ΔR^2	0,03	0,10	0,03	0,09
ΔF	0,58	12,24**	0,49	10,00**
$\Delta df_1, df_2$	6, 106	1, 105	6, 106	1, 105

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

3.5.4. Požiūrio į skausmą srities – vaistų – prognostiniai veiksniai

Siekiant nustatyti, kaip reikšmingi veiksniai nuspėja požiūrio į skausmą sritį – vaistai, atlikta trijų žingsnių hierarchinė regresijos analizė, kontroliuojant kintamųjų tarpusavio ryšius.

Demografiniai kintamieji į regresinę analizę nebuvo įtraukti, apskaičiavus tiesinei regresijai reikalingą imties dydį ir pritaikius Pearson koreliacijos koeficientą. Demografiniai kintamieji (amžius, gyvenamoji vieta ir išsilavinimas) nebuvo reikšmingai susiję su priklausomu kintamuoju (vaistais).

Pirmame žingsnyje į analizę (18 lentelė), remiantis analizuota literatūra, įtraukti su lėtiniu skausmu susiję veiksniai: savijauta, skausmo stiprumas. Antrame žingsnyje į regresiją įtraukti savo senėjimo suvokimo komponentai: chronologinis požiūris, emocijų atspindėjimas, neigiamos pasekmės ir kontrolė. Trečiame regresijos žingsnyje įtraukti subjektyvaus amžiaus veiksniai: vidinis SICAS, pomėgių SICAS ir sveikatos SICAS. Galutinis regresijos modelis paaiškina 35 proc. vaistų

variacijos šioje imtyje. Didžiausią prognostinę galią regresijoje iš savo senėjimo suvokimo komponentų turi emocijų atspindėjimas ($\beta = 0,28, p < 0,01$), nė vienas iš subjektyvaus amžiaus komponentų reikšmingai nenuspėja požiūrio į skausmą komponento (vaistų). Labiausiai vaistų kintamąjį nuspėja kontroliuojamas veiksnys – skausmo stiprumas ($\beta = 0,40, p < 0,001$). Jis siejasi su žmogaus požiūriu, kad vaistai yra geriausias skausmo gydymo būdas. Tai yra, skausmui stiprėjant, stiprėja žmogaus įsitikinimas, kad vaistai yra geriausias skausmo gydymo būdas, o skausmui silpstant, šis įsitikinimas taip pat silpnėja.

18 lentelė. Hierarchinė regresija, prognozuojanti vaistų (PSS) veiksnius ($N = 124$)

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis – vaistai (PSS)		
	1 modelis	2 modelis	3 modelis
	β	β	β
Savijauta (PSO-5)	-0,11	-0,07	-0,07
Skausmo stiprumas	0,46***	0,40***	0,40***
Skausmo sindromų skaičius	-0,07	-0,07	-0,08
Chronologinis požiūris		0,11	0,13
Emocijų atspindėjimas		0,25*	0,28**
Neigiamos pasekmės ir kontrolė		-0,05	-0,08
Vidinis SICAS			-0,02
Pomėgių SICAS			-0,19
Sveikatos SICAS			0,17
R^2	0,24	0,32	0,35
F	11,19***	7,99***	5,96***
df_1, df_2	3, 105	6, 102	9, 99
ΔR^2	0,24	0,08	0,03
ΔF	11,19***	3,87*	1,62
$\Delta df_1, df_2$	3, 105	3, 102	3, 99

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

Taigi, buvo rastos sąsajos tarp savo senėjimo suvokimo komponentų, požiūrio į skausmą sričių ir subjektyvaus amžiaus elementų. Nustatyta, kad subjektyvaus amžiaus elementai (norimas SICAS

ir sveikatos SICAS) gali prognozuoti požiūrį į skausmą (rūpestingumą ir emocijas), o savo senėjimo suvokimas (neigiamos pasekmės ir kontrolė ir emocijų atspindėjimas) – moderuoti šį ryšį. Teigiama kontrolė (SSSK) prognozavo kontrolę (PSS) ir fizinę žalą (PSS), emocijų atspindėjimas (SSSK) – vaistus (PSS). Emocijų atspindėjimo (SSSK) ir vaistų (PSS) ryšyje reikšmingas kontroliuojamas kintamasis buvo skausmo stiprumas, sveikatos SICAS ir emocijų (PSS) ryšyje – savijauta, skausmo stiprumas, skausmo sindromų skaičius, išsilavinimas ir gyvenamoji vieta. Medicininio išgydymo (PSS) ir negalios (PSS) prognoziniai veiksniai šiame tyrime nebuvo nustatomi dėl žemo šių komponentų subskalių vidinio suderinamumo.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime atlikta vyresnio amžiaus žmonių, patiriančių lėtinį skausmą, požiūrio į skausmą, savo senėjimo suvokimo ir subjektyvaus amžiaus ryšių bei prognostinių požiūrio į skausmą veiksmų analizė. Dalies šio tyrimo rezultatų nebuvo galima palyginti su panašių tyrimų rezultatais, nes nepavyko rasti mokslinių straipsnių, kuriuose minėti konstruktai būtų tiriami visi kartu.

Analizuojant savo senėjimo suvokimo ir požiūrio į skausmą ryšį, kaip ir tikėtasi, rasta, kad teigiamas savo senėjimo suvokimas siejosi su adaptyviu požiūriu į skausmą, o neigiamas savo senėjimo suvokimas – su neadaptyviu požiūriu į skausmą. Asmenys, manantys, kad jų gyvenimo kokybė senatvėje priklauso nuo jų pačių, mano, kad jie gali kontroliuoti savo skausmą. Asmenys, įsitikinę, kad jie gali valdyti savo senėjimo aspektus, nemano, kad fizinis aktyvumas pablogina skausmo būklę ir tiki, tuo, kad jie gali kontroliuoti savo skausmą. Tai atitinka Sun ir Smith (2017) išvadas, kad teigiamas savo senėjimo suvokimas siejamas su geresne fizine sveikata, nes tikėtina, kad teigiamai suvokiantys savo senėjimą asmenys nevensia fizinių pratimų.

Gautas tikėtinas rezultatas, kad nuolat galvojęs apie savo senėjimą, įsitikinę, kad senėjimas veikia gyvenimą neigiamai, kad neįmanoma kontroliuoti įvairių aspektų senatvėje, o taip pat, patiriantys neigiamas emocijas dėl senėjimo, asmenys nori, kad aplinkiniai daugiau jais rūpintųsi, mano, kad skausmas juos nugalina, ir su tuo, kad vaistai yra geriausias skausmo valdymo būdas. Gali būti, kad tai susiję su skausmo, kaip normalaus senėjimo reiškiniu, suvokimu (Molton & Terrill, 2014; Savvas & Gibson). Šį rezultatą galbūt galima sieti ir su tuo, kad senėjimas sustiprina emocinį skausmo suvokimo vertinimą (Dagnino & Campos, 2022; Terrasa et al., 2021).

Šiame tyrime visose tiriamose subjektyvaus amžiaus srityse respondentai vidutiniškai jaučiasi jaunesni. Tai atitinka Shinan-Altman ir Werner (2019) tyrimo rezultatus, kur visi vyresnio amžiaus dalyviai pranešė, kad jaučiasi jaunesni, nei yra iš tikrųjų, ir nori būti jaunesni nei jų chronologinis amžius, tačiau šis rezultatas neatitinka tyrimų išvadų, kur teigiama, kad dėl sveikatos problemų žmonės jaučiasi vyresni (Brothers et al., 2017; Prasad, Shellito, Miller, & Burr, 2022b). Tai, kad šiame tyrime asmenys, nors ir turintys sveikatos problemų, vidutiniškai jaučiasi jaunesni, gali reikšti, kad chronologinio ir subjektyvaus amžiaus neatitikimas atspindi individo atsiribojimą nuo senatvės ir kovą su neigiamu senėjimo įvaizdžiu ar kompensacinę strategiją, kai tapatinamasi su jaunesniu amžiumi (Kotter-Grühn et al., 2016; Westerhof & Barrett, 2005).

Tai, kad skirtingo lygio skausmą patiriantys asmenys skyrėsi pagal požiūrį į skausmą (emocijų, negalios, vaistų sritys), atrodo tikėtinas rezultatas ir atitinka Şentürk ir kitų (2023) teiginį, kad vien trukme pagrįsto lėtinio skausmo apibrėžimo neužtenka paaiškinti tokioms sritims, kaip asmens aktyvumo suvaržymas ar kiti gyvenimo trikdžiai. Su skausmo stiprumu nebuvo susiję požiūrio į skausmą sritys: medicininis išgydymas, kontrolė, fizinė žala; savo senėjimo suvokimo komponentai:

chronologinis požiūris ir teigiamos pasekmės. Galbūt tai yra susiję su vyresnio amžiaus žmonių prisitaikymu, nuostata, kad skausmas neišvengiamas senatvės palydovas (Molton & Terrill, 2014; Savvas & Gibson, 2016; Schofield, 2018). Skausmo stiprumo ryšys su subjektyviu amžiumi nebuvo nustatytas. Skausmo stiprumas šiame tyrime buvo vertinamas, atsižvelgiant į skausmą per praėjusią savaitę, o subjektyvus amžius vertinamas tik vieną kartą, nors kiti tyrėjai, radę ryšį tarp fizinės savijautos ir subjektyvaus amžiaus, atliko longitudinalinį tyrimą (Kotter-Grühn et al., 2015; Segel-Karpas et al., 2022). Dar viena priežastis, dėl ko šiame tyrime subjektyvaus amžiaus ir skausmo stiprumo ryšys buvo nereikšmingas, galėjo būti ir tai, kad subjektyvaus amžiaus klausimai buvo anketos pabaigoje ir atsakymuose buvo daug praleistų reikšmių.

Demografiniai kintamieji šiame tyrime nebuvo reikšmingi norimo SICAS ir rūpestingumo (PSS) ryšyje, kai jį moderuoja emocijų atspindėjimas (SSSK). Taip pat demografiniai kintamieji nereikšmingi ryšyje, kur kontrolę (PSS) ir fizinę žalą (PSS) prognozuoja teigiama kontrolė (SSSK). Demografiniai kintamieji nebuvo reikšmingai susiję su vaistais (PSS). Sveikatos SICAS ir emocijų (PSS) ryšys, kai jį moderuoja neigiamos pasekmės ir kontrolė (SSSK), tapo nereikšmingas įvedus išsilavinimo ir gyvenamosios vietos kintamuosius. Taigi, išsilavinimas ir gyvenamoji vieta yra svarbi šiame ryšyje. Wolff ir kiti (2018) nurodo, kad gyvenamoji vieta gali sietis su neigiamais savo senėjimo aspektais; išsilavinimo lygis siejasi su nuolatiniu augimu senatvėje (Steverink et al., 2001). Šiame tyrime iš dalies pasitvirtino Sabatini ir kitų (2021) išvada, kad lėtinį skausmą patiriantiems asmenims gali kilti didesnė rizika neigiamai suvokti savo senėjimą, o skausmas yra stipresnis su amžiumi susijusių pokyčių prognozuotojas nei amžius, lytis, išsilavinimo lygis ir užimtumo statusas.

Šiame darbe gauta, kad subjektyvus norimas amžius gali prognozuoti požiūrį į skausmą. Kuo jaunesnio amžiaus nori būti lėtinį skausmą patiriantys vyresnio amžiaus žmonės, jaučiantys neigiamas emocijas, kurias sukelia senėjimo procesas (turi labiau neigiamą senėjimo suvokimą), tuo stipresnis jų įsitikinimas, kad aplinkiniai turi labiau jais rūpintis skausmo epizodų metu. Kuo mažesnis tiriamųjų, dėl senėjimo proceso jaučiančių neigiamas emocijas, skirtumas tarp norimo ir chronologinio amžiaus, tuo jų įsitikinimas, kad šeima ir kiti žmonės turėtų būti rūpestingesni, silpnesnis. Taigi, buvo nustatyti disfunkciniai įsitikinimai apie rūpestingumą, kurie atitinka Barbosa ir kitų (2018), tyrusių lėtinį skausmą patiriančius pacientus, išvadas, Schwan ir kitų (2019) išvadas, kad lėtinis skausmas geriausiai suprantamas ir paaiškinamas, atsižvelgiant į biologinius, psichologinius ir socialinius veiksnis, t. y. biopsichosocialiniu modeliu (Schwan et al., 2019). Buvo netikėta tai, kad šiame ryšyje jaunesnis subjektyvus amžius yra neadaptyvus. Tai iš dalies prieštarauja Mock ir Eibach (2011), Blöchl ir kitų (2021) išvadai, kad jaunesnis subjektyvus amžius yra susijęs su didesniu pasitenkinimu gyvenimu, tačiau tai atitinka Blöchl ir kitų (2021) išvadą, kad yra tam tikra riba, kada jautimasis jaunesniam už savo chronologinį amžių gali būti psichologiškai žalingas.

Netikėtas šio tyrimo rezultatas buvo tas, kad kai kurie neadaptavę savo senėjimo suvokimo komponentai (emocijų atspindėjimas ir neigiamos pasekmės ir kontrolė) tiesiogiai siejasi su adaptyvia požiūrio į skausmą sritimi – emocijomis. Asmenys, įsitikinę, kad senėjimas veikia jų gyvenimą neigiamai, ir dėl senėjimo patiriantys neigiamas emocijas, mano, kad emocijos daro įtaką skausmui. Šiame tyrime gauta, kad kuo jaunesnis asmenų, labiau teigiamai suvokiančių savo senėjimą, sveikatos subjektyvus amžius, tuo mažiau jie įsitikinę, kad emocijos daro įtaką skausmui, o kuo vyresnis sveikatos subjektyvus amžius, tuo jie labiau tiki, kad emocijos daro įtaką skausmui. Tokį rezultatą galėjo lemti tai, kad savo senėjimo suvokimo komponentai atspindi neigiamas emocijas, o emocijos (PSS) atspindi tiek teigiamas, tiek neigiamas emocijas. Vis dėlto buvo nustatyti nepageidaujami įsitikinimai apie emocijas, atitinkantys Barbosa ir kitų (2018), tyrusių lėtinį skausmą patiriančius pacientus, išvadas taip pat Kotter-Grühn ir kitų (2016), Westerhof ir Barrett (2005) išvadas, kad jaustis jaunesniam už savo chronologinį amžių yra kompensacinė strategija, kai tapatinamasi su jaunesniu amžiumi, ypač kultūroje, kuri yra labiau orientuota į jaunimą, arba savisaugos strategija, leidžianti asmenims atsiriboti nuo senatvės ir taip kovoti su neigiamu senėjimo įvaizdžiu (Kotter-Grühn et al., 2016; Westerhof & Barrett, 2005).

4.1. Tyrimo reikšmė, ribotumai ir rekomendacijos

Šis tyrimas svarbus tuo, kad į lietuvių kalbą buvo išversta supaprastinta lėtinio skausmo skalė, kuri naudojama naujausiuose skausmo tyrimuose (Lun et al., 2022; Şentürk et al., 2023), įvertintas jos patikimumas. Atrodo, kad tai yra geras ir paprastas instrumentas, kuris gali padėti įvertinti didelio poveikio lėtinį skausmą (Şentürk et al., 2023) patiriančius vyresnio amžiaus žmones ir taikyti jiems atitinkamas intervencijas.

Tyrimo rezultatai atitinka Şentürk ir kitų (2023) išvadą, kad lėtinio skausmo nustatymas, remiantis tik laiku, kurį trunka ar kartojasi skausmas, gali būti netikslus. Tyrimo rezultatai rodo, kad asmenys, kurie pagal lėtinio skausmo apibrėžimą patiria lėtinį skausmą, skiriasi ne tik skausmo stiprumu, bet ir požiūriu į skausmą, skirtingai suvokia savo senėjimą. Todėl, taikant psichologines intervencijas, į šiuos skirtumus turėtų būti atsižvelgta. Vis dėlto reikia atlikti daugiau tyrimų, naudojant supaprastintą lėtinio skausmo vertinimo skalę, kadangi šio tyrimo imtis buvo per maža analizuoti išryškėjusius skirtumus tarp skirtingo lygio lėtinį skausmą patiriančių grupių. Šiame tyrime nebuvo analizuojami skirtumai tarp grupių pagal lytį, skausmo sindromų skaičių, gyvenamąją vietą, išsilavinimą. Tai nebuvo tyrimo tikslas, tačiau, atsižvelgiant į prieštaringas ankstesnių mokslinių tyrimų išvadas, didesnėje reprezentatyvioje imtyje šie skirtumai galėtų būti analizuojami.

Šiame tyrime buvo patvirtintos kitų tyrėjų (Duquette et al., 2005; Molinari et al., 2015; Helmes, & Goburdhun, 2007) požiūrio į skausmą klausimyno subskalių gerosios ir silpnosios savybės. Atrodo,

kad negalios konstrukta reikia geriau apibrėžti, atsižvelgiant į tarpkultūrinius skirtumus, kad būtų galima padidinti negalios subskalės vidinį suderinamumą. Kadangi negalia yra kultūriškai apibrėžtas konstruktas, jos suvokimas kultūriškai skirtingose aplinkose gali skirtis (Duquette et al., 2005). Taip pat reikėtų didinti vaistų ir medicininio išgydymo subskalių vidinį suderinamumą, peržiūrint subskalių teiginius, neigiamus teiginius paverčiant teigiamais ir analizuojant kitas priežastis (Duquette et al., 2005; Molinari et al., 2015). Šio klausimyno tobulinimas yra svarbus, nes, keičiant vyresnio amžiaus žmonių požiūrį į savo skausmą (pavyzdžiui, taikant psichoterapiją), galima sumažinti jų pačių vertinamo skausmo lygį ir padidinti poveikį jų gyvenimo kokybei (Mills et al., 2019; Savvas & Gibson, 2016).

Savo senėjimo klausimyno modelis nebuvo geras, todėl reikėtų peržiūrėti klausimus ir tobulinti chronologinio požiūrio, teigiamų pasekmių ir teigiamos kontrolės skales. Požiūrio į skausmą klausime reikia tobulinti medicininio išgydymo, negalios ir vaistų subskales. Gali būti, kad dėl šių subskalių prasto vidinio suderinamumo ir neatitikimo konstruktui nebuvo gauti reikšmingi ryšiai arba gauti ryšiai yra nepatikimi.

Dirbantiems su lėtinį skausmą patiriančiais asmenimis ir kuriantiems skausmo valdymo programas rekomenduojama atsižvelgti į fizinius, psichologinius ir socialinius veiksnius. Tiksliau įvertinti lėtinį skausmą gali padėti supaprastinta lėtinio skausmo skalė. Siekiant geriau suprasti ir valdyti vyresnio amžiaus žmonių lėtinį skausmą, siūloma atsižvelgti ne tik į asmenų požiūrį į skausmą, bet ir į jų subjektyvų amžių ir savo senėjimo suvokimą.

IŠVADOS

1. Šiame tyrime rastos sąsajos tarp lėtinį skausmą patiriančių vyresnio amžiaus žmonių požiūrio į skausmą, savo senėjimo suvokimo ir subjektyvaus amžiaus.
 - 1.1. Įsitikinimai, kad asmuo gali valdyti įvairius senėjimo aspektus, tiesiogiai siejasi su tuo, kiek žmogus tiki galintis kontroliuoti savo skausmą ir atvirkščiai siejasi su tuo, kiek žmogaus nuomone skausmas jį nugalina ir kenkia, dėl ko reikia vengti fizinės veiklos.
 - 1.2. Nuolatinis asmens suvokimas, kad jis sensta, tiesiogiai siejasi su tuo, kiek jis mano, kad vaistai yra geriausias skausmo gydymo būdas.
 - 1.3. Neigiamos emocijos, kurias sukelia senėjimo procesas ir įsitikinimai apie neigiamą senėjimo įtaką įvairioms gyvenimo sritims bei įsitikinimai apie tai, kad asmuo negali valdyti įvairių senėjimo aspektų, tiesiogiai siejasi su tuo, kiek žmogus mano, kad aplinkiniai turi labiau juo rūpintis skausmo epizodų metu; su įsitikinimais dėl emocinio poveikio, patiriamo skausmo metu; su tuo, kiek žmogaus nuomone skausmas jį nugalina; su tuo, kad vaistai yra geriausias skausmo gydymo būdas.
 - 1.4. Neigiamos emocijos, kurias sukelia senėjimo procesas, turi atvirkštinį ryšį su tuo, kiek pacientas tiki, kad medicina išgydys jo skausmą.
 - 1.5. Tai, kiek žmogus mano, kad aplinkiniai turi labiau juo rūpintis skausmo epizodų metu, turi atvirkštinį ryšį su noru būti jaunesnio amžiaus, o įsitikinimai dėl emocinio poveikio, patiriamo skausmo metu, turi tiesioginį ryšį su subjektyviu amžiumi pagal sveikatą.
 - 1.6. Nuolatinis asmens suvokimas, kad jis sensta, tiesiogiai siejasi su tuo, kokio amžiaus jis jaučiasi esantis, kokį amžių, jo nuomone, atitinka jo sveikata, pomėgiai, santykiai.
 - 1.7. Neigiamos emocijos, kurias sukelia senėjimo procesas, tiesiogiai siejasi su tuo, kokio amžiaus žmogus norėtų būti, su tuo, kokį amžių, jo nuomone, atitinka jo pomėgiai.
 - 1.8. Įsitikinimai apie neigiamą senėjimo įtaką įvairioms gyvenimo sritims bei įsitikinimai apie tai, kad asmuo negali valdyti įvairių senėjimo aspektų, tiesiogiai siejasi su tuo, kokio amžiaus žmogus jaučiasi esantis, kokį amžių, jo nuomone, atitinka jo pomėgiai ir sveikata.
2. Kontroliuojant savijautą, išlieka reikšmingi ryšiai tarp savo senėjimo suvokimo, požiūrio į skausmą ir subjektyvaus amžiaus.
3. Vyresnio amžiaus asmenų, patiriančių skirtingo stiprumo skausmą, požiūris į skausmą skiriasi (emocijų, negalios ir vaistų srityse), o senėjimo suvokimas ir subjektyvus amžius nesiskiria.
4. Šio tyrimo imtyje subjektyvus amžius drauge su savo senėjimo suvokimu ir atskirai senėjimo suvokimas nuspėjo vyresnio amžiaus asmenų požiūrį į skausmą.
 - 4.1. Kuo jaunesnio amžiaus nori būti asmenys, patiriantys neigiamas emocijas, kurias sukelia senėjimo procesas, tuo didesnio rūpesčio jie nori iš savo šeimos ir iš kitų žmonių

skausmo epizodų metu, o kuo mažesnis skirtumas tarp norimo ir chronologinio amžiaus, tuo mažiau rūpesčio iš aplinkinių asmenys nori.

- 4.2. Kuo jaunesni jaučiasi asmenys sveikatos požiūriu ir kuo jų įsitikinimai apie neigiamą senėjimo įtaką įvairioms gyvenimo sritims bei įsitikinimai, kad jie negali valdyti įvairių senėjimo aspektų yra silpnesni, tuo mažiau jie tiki, kad emocijos veikia jų skausmą. Kuo vyresni sveikatos požiūriu jie jaučiasi ir kuo minėti įsitikinimai yra stipresni, tuo labiau jie tiki, kad emocijos daro įtaką skausmui.
- 4.3. Kuo stipresni asmenų įsitikinimai apie tai, kad jie gali valdyti įvairius senėjimo procesus, tuo labiau jie tiki, kad gali kontroliuoti skausmą ir kad dėl skausmo nereikia vengti fizinių pratimų, o kuo mažiau asmenys įsitikinę, kad jie gali valdyti įvairius senėjimo procesus, tuo mažiau jie tiki, kad gali valdyti savo skausmą ir tuo labiau įsitikinę, kad dėl skausmo reikia vengti fizinio krūvio.
- 4.4. Kuo stipresnes neigiamas emocijas, kurias sukelia senėjimo procesas, jaučia asmenys, tuo stipresnis jų įsitikinimas, kad vaistai yra geriausias skausmo gydymo būdas. Kuo neigiamos emocijos dėl senėjimo proceso silpnesnės, tuo silpnesnis įsitikinimas, kad vaistai yra geriausias skausmo gydymo būdas.

LITERATŪRA

- Barbosa, F. M., Vieira, É. B. D. M., & Garcia, J. B. S. (2018). Beliefs and attitudes in patients with chronic low back pain. *BrJP*, *1*, 116-121. doi: 10.5935/2595-0118.20180023
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC geriatrics*, *7*(1), 1-13. doi: 10.1186/1471-2318-7-9
- Bergland, A., Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Predictors of subjective age in people aged 40–79 years: A five-year follow-up study. The impact of mastery, mental and physical health. *Aging & Mental Health*, *18*(5), 653-661. doi: 10.1080/13607863.2013.869545
- Birkinshaw, H., Friedrich, C., Cole, P., Eccleston, C., Serfaty, M., Stewart, G., ... & Pincus, T. (2021). Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2021*(4). doi: 10.1002/2F14651858.CD014682
- Blöchl, M., Nestler, S., & Weiss, D. (2021). A limit of the subjective age bias: Feeling younger to a certain degree, but no more, is beneficial for life satisfaction. *Psychology and Aging*, *36*(3), 360. doi: 10.1037/pag0000578
- Booker, S. Q., Tripp-Reimer, T., & Herr, K. A. (2020). “Bearing the Pain”: The experience of aging African Americans with osteoarthritis pain. *Global Qualitative Nursing Research*, *7*, 2333393620925793. doi: 10.1177/2333393620925793
- Brothers, A., Kornadt, A. E., Nehr Korn-Bailey, A., Wahl, H. W., & Diehl, M. (2021). The effects of age stereotypes on physical and mental health are mediated by self-perceptions of aging. *The Journals of Gerontology: Series B*, *76*(5), 845-857. doi: 10.1093/geronb/gbaa176
- Brothers, A., Miche, M., Wahl, H. W., & Diehl, M. (2017). Examination of associations among three distinct subjective aging constructs and their relevance for predicting developmental correlates. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *72*(4), 547-560. doi: 10.1093/geronb/gbv085
- Burton, A. E., Dean, S. E., Demeyin, W., & Reeves, J. (2021). Questionnaire measures of self-directed ageing stereotype in older adults: A systematic review of measurement properties. *European Journal of Ageing*, *18*, 117-144. doi: 10.1007/s10433-020-00574-7
- Cimas, M., Ayala, A., Sanz, B., Agulló-Tomás, M. S., Escobar, A., & Forjaz, M. J. (2018). Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences. *European Journal of Pain*, *22*(2), 333-345. doi.org/10.1002/ejp.1123
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, *1*(3), 98-101. doi: 10.1111/1467-8721.ep10768783

- Choi, E. Y., Kim, Y. S., Lee, H. Y., Shin, H. R., Park, S., & Cho, S. E. (2019). The moderating effect of subjective age on the association between depressive symptoms and cognitive functioning in Korean older adults. *Aging & Mental Health*, 23(1), 38-45.
doi: 10.1080/13607863.2017.1390733
- Dagnino, A. P., & Campos, M. M. (2022). Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16. doi: 10.3389/fnhum.2022.736688
- Dechtiarytė ir Bulotaitė, (2022). Suaugusių alkoholikų vaikų psichologinė savijauta ir psichologinis atsparumas. *Visuomenės Sveikata*, (4), 72-80. Paimta iš:
[https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2022.4\(99\)/VS%202022%204\(99\)%20ORIG%20Psichologine%20savijauta.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2022.4(99)/VS%202022%204(99)%20ORIG%20Psichologine%20savijauta.pdf)
- Duquette, J., McKinley, P. A., & Litowski, J. (2005). Test-retest reliability and internal consistency of the Quebec-French version of the Survey of Pain Attitudes. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 86(4), 782-788. doi: 10.1016/j.apmr.2004.10.024
- Eurostat (2023). An ageing population. Paimta iš:
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2023>
- Ferrer-Peña, R., Gil-Martínez, A., Pardo-Montero, J., Jiménez-Penick, V., Gallego-Izquierdo, T., & La Touche, R. (2016). Adaptation and validation of the Spanish version of the graded chronic pain scale. *Reumatología Clínica (English Edition)*, 12(3), 130-138.
doi: 10.1016/j.reumae.2015.07.003
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Geleželytė, O. (2019). *Dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų profesionalios pagalbos siekimo veiksniai* (Doctoral dissertation, Vilniaus universitetas).
Paimta iš: <https://epublications.vu.lt/object/elaba:34358990>
- Gilleard, C. (2022). Age, subjectivity and the concept of subjective age: A critique. *Journal of Aging Studies*, 60, 101001. doi: 10.1016/j.jaging.2022.101001
- Hayes, A. F. (2013). *Part III. Moderation Analysis*. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach (pp. 20–210). 72 Spring Street, New York, NY 10012
- Ham, E. M., & Lee, S. H. (2021). Change in the Depression Level of Patients with Chronic Illness in Korea: Applying Growth Mixture Model. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 1403-1414. Paimta iš: <http://annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/255>
- Harris, M. L., Byles, J. E., Sibbritt, D., & Loxton, D. (2015). “Just get on with it”: qualitative insights of coming to terms with a deteriorating body for older women with osteoarthritis. *PloS one*, 10(3), e0120507. doi: 10.1371/journal.pone.0120507

- Helmes, E., & Goburdhun, A. (2007). Cognitions related to chronic pain: Revision and extension of the cognitive evaluation questionnaire. *The Clinical journal of pain*, 23(1), 53-61. doi: 10.1097/01.ajp.0000210942.81310.ed
- Hughes, M. L., & Touron, D. R. (2021). Aging in context: Incorporating everyday experiences into the study of subjective age. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 633234. doi: 10.3389/fpsyt.2021.633234
- Husak, A. J., & Bair, M. J. (2020). Chronic pain and sleep disturbances: a pragmatic review of their relationships, comorbidities, and treatments. *Pain Medicine*, 21(6), 1142-1152. doi: 10.1093/pm/pnz343
- Yalom, D. I., Yalom, M. (2021). *Mirties ir gyvenimo klausimas* (p. 9–10). Vilnius: leidykla Vaga.
- Jurgilė, V. (2021). Subjektyvaus amžiaus, laiko perspektyvos ir psichologinės gerovės sąsajos. Nepublikuotas bakalauro darbas, Vilniaus universitetas.
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Eimontas, J., Zelviene, P., & Maercker, A. (2018). A brief measure of the International Classification of Diseases-11 adjustment disorder: Investigation of psychometric properties in an adult help-seeking sample. *Psychopathology*, 51(1), 10-15. doi: 10.1159/000484415
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age?. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), P377-P385. doi: 10.1093/geronb/63.6.P377
- Kornadt, A. E., Hess, T. M., Voss, P., & Rothermund, K. (2018). Subjective age across the life span: A differentiated, longitudinal approach. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(5), 767-777. doi: 10.1093/geronb/gbw072
- Kotter-Grühn, D., Kornadt, A. E., & Stephan, Y. (2016). Looking beyond chronological age: Current knowledge and future directions in the study of subjective age. *Gerontology*, 62(1), 86-93. doi: 10.1159/000438671
- Kotter-Grühn, D., Neupert, S. D., & Stephan, Y. (2015). Feeling old today? Daily health, stressors, and affect explain day-to-day variability in subjective age. *Psychology & health*, 30(12), 1470-1485. doi: 10.1080/08870446.2015.1061130
- Larsson, C., Hansson, E. E., Sundquist, K., & Jakobsson, U. (2017). Chronic pain in older adults: prevalence, incidence, and risk factors. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 46(4), 317-325. doi: 10.1080/03009742.2016.1218543
- Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), P409-P417. doi: 10.1093/geronb/57.5.P409

- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, *83*(2), 261.
doi: 10.1037/0022-3514.83.2.261
- Liberman, O., Freud, T., Peleg, R., Keren, A., & Press, Y. (2018). Chronic pain and geriatric syndromes in community-dwelling patients aged ≥ 65 years. *Journal of Pain Research*, *11*, 1171. doi: org/10.2147/JPR.S160847
- Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija (2015). Įsakymas dėl nacionalinės mokslo programos „sveikas senėjimas“ patvirtinimo. Įsakymas paskelbtas: TAR 2015-02-05, i. k. 2015-01775. Paimta iš:
<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/8b5db9b0ad2811e4b1d79f4bef60993c/asr>
- Lun, E. W., Tan, A. C., Andrews, C. J., & Champion, G. D. (2022). Electrical injury: Chronic pain, somatosensory dysfunction, post traumatic stress and movement disorders. *Injury*, *53*(5), 1667-1677. doi: 10.1016/j.injury.2022.02.038
- Luo, M. S., & Li, L. W. (2020). Are self-perceptions of aging associated with health trajectories among middle-aged and older adults?. *The Gerontologist*, *60*(5), 841-850.
doi: 10.1093/geront/gnz092
- Makris, U. E., Higashi, R. T., Marks, E. G., Fraenkel, L., Sale, J. E., Gill, T. M., & Reid, M. C. (2015). Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities—why older adults may not seek care for restricting back pain: a qualitative study. *BMC geriatrics*, *15*(1), 1-9.
doi: 10.1186/s12877-015-0042-z
- Mankelow, J., Ryan, C., Taylor, P., Atkinson, G., & Martin, D. (2022). A systematic review and meta-analysis of the effects of biopsychosocial pain education upon health care professional pain attitudes, knowledge, behavior and patient outcomes. *The journal of pain*, *23*(1), 1-24.
doi: 10.1016/j.jpain.2021.06.010
- Mills, S. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British journal of anaesthesia*, *123*(2), e273-e283. doi: 10.1016/j.bja.2019.03.023
- Mock, S. E., & Eibach, R. P. (2011). Aging attitudes moderate the effect of subjective age on psychological well-being: evidence from a 10-year longitudinal study. *Psychology and aging*, *26*(4), 979. doi: 10.1037/a0023877
- Molinari, G., Río González, E. D., González-Robles, A., Herrero Camarano, R., & Botella, C. (2015). Spanish version of the survey of pain attitudes (SOPA-B) in patients with fibromyalgia. Preliminary data. doi: 10.6035/AgoraSalut.2015.1.11
- Molton, I. R., & Terrill, A. L. (2014). Overview of persistent pain in older adults. *American Psychologist*, *69*(2), 197. doi: 10.1037/a0035794

- Özden, F., Özkeskin, M., Bakırhan, S., Karaman, Ö. N., & Aydoğmuş, H. (2021). The reliability and validity of the Turkish version of the graded chronic pain scale in patients with chronic low back pain. *European Spine Journal*, *30*(10), 2955-2961. doi: 10.1007/s00586-021-06910-4
- Pakalniškienė, V. (2012). Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas. *Metodinė priemonė. Vilnius: VU leidykla*, 36.
- Pimenta, C. A. D. M., Kurita, G. P., Silva, E. M. D., & Cruz, D. D. A. L. M. D. (2009). Validity and reliability of the Survey of Pain Attitudes (SOPA-28 items) in the portuguese language. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *43*, 1071-1079. doi: 10.1590/S0080-62342009000500011
- Prasad, A., Miller, E. A., Burr, J. A., & Boerner, K. (2022a). Diagnoses of chronic health conditions and change in subjective age: The moderating role of chronological age. *The Gerontologist*, *62*(2), 276-285. doi: 10.1093/geront/gnab057
- Prasad, A., Shellito, N., A., Miller, E., & Burr, J. A. (2022b). Association of chronic diseases and functional limitations with subjective age: the mediating role of sense of control. *The Journals of Gerontology: Series B*, *78*(1), 10-19. doi: 10.1093/geronb/gbac121
- Sabatini, S., Ukoumunne, O. C., Ballard, C., Collins, R., Corbett, A., Brooker, H., & Clare, L. (2021). The cross-sectional relationship between pain and awareness of age-related changes. *British Journal of Pain*, *15*(3), 335-344. doi: 10.1177/2049463720961798
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2012). The relationship between change in self-perceptions of aging and physical functioning in older adults. *Psychology and aging*, *27*(3), 750. doi: 10.1037/a0027578
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2013). Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *69*(2), 168-173. doi: 10.1093/geronb/gbt005
- Savvas, S. M., & Gibson, S. J. (2016). Overview of pain management in older adults. *Clinics in geriatric medicine*, *32*(4), 635-650. doi: 10.1016/j.cger.2016.06.005
- Schofield, P. (2018). The assessment of pain in older people: UK national guidelines. *Age and Ageing*, *47*(suppl_1), i1-i22. doi: 10.1093/ageing/afx192
- Schwan, J., Sclafani, J., & Tawfik, V. L. (2019). Chronic pain management in the elderly. *Anesthesiology clinics*, *37*(3), 547-560. doi: 10.1016/j.anclin.2019.04.012
- Segel-Karpas, D., Shrira, A., Cohn-Schwartz, E., & Bodner, E. (2022). Daily fluctuations in subjective age and depressive symptoms: the roles of attitudes to ageing and chronological age. *European Journal of Ageing*, *19*(3), 741-751. doi: 10.1007/s10433-021-00681-z
- Şentürk, İ. A., Aşkın Turan, S., Şentürk, E., & İçen, N. K. (2022). Validation, reliability, and cross-cultural adaptation study of Graded Chronic Pain Scale Revised into Turkish in patients with primary low back pain. *Pain Practice*, *22*(3), 306-321. doi: 10.1111/papr.13070

- Şentürk, İ. A., Şentürk, E., Üstün, I., Gökçedağ, A., Yıldırım, N. P., & İçen, N. K. (2023). High-impact chronic pain: evaluation of risk factors and predictors. *The Korean Journal of Pain*, 36(1), 84-97. doi: 10.3344/kjp.22357
- Sexton, E., King-Kallimanis, B. L., Morgan, K., & McGee, H. (2014). Development of the Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ): a confirmatory factor analysis approach to item reduction. *BMC geriatrics*, 14(1), 1-11. doi: 10.1186/1471-2318-14-44
- Shinan-Altman, S., & Werner, P. (2019). Subjective age and its correlates among middle-aged and older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 88(1), 3-21. doi: 10.1177/009141501775294
- Skurkaitė, E., (2022). Vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo, sveikatos kontrolės ir gyvenimo kokybės sąsajos. Nepublikuotas magistro darbas, Vilniaus universitetas.
- Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(6), P364-P373. doi: 10.1093/geronb/56.6.P364
- Sun, J. K., & Smith, J. (2017). Self-perceptions of aging and perceived barriers to care: Reasons for health care delay. *The Gerontologist*, 57(suppl_2), S216-S226. doi:10.1093/geront/gnx014
- Tait, R. C., & Chibnall, J. T. (1997). Development of a brief version of the Survey of Pain Attitudes. *Pain*, 70(2-3), 229-235. doi: 10.1016/S0304-3959(97)03330-7
- Terrasa, J. L., Montoya, P., Sitges, C., Van der Meulen, M., Anton, F., & González-Roldán, A. M. (2021). Anterior cingulate cortex activity during rest is related to alterations in pain perception in aging. *Frontiers in aging neuroscience*, 13, 695200. doi: 10.3389/fnagi.2021.695200
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... & Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *pain*, 160(1), 19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384
- Vaitkevičius, R., Saudargienė, A. (2010). *Psichologinių tyrimų duomenų analizė: Praktikos darbai*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla.
- Von Korff, M., DeBar, L. L., Krebs, E. E., Kerns, R. D., Deyo, R. A., & Keefe, F. J. (2020). Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high impact chronic pain. *Pain*, 161(3), 651. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001758
- Vilniaus universiteto Filosofijos fakultetas (2023). *Projektas Aktyvaus senėjimo politika Lietuvoje: iššūkiai ir galimybės*. Paimta iš: <https://www.fsf.vu.lt/mokslas/share/projektas-aktyvaus-senejimo-politika-lietuvoje-issukiai-ir-galimybes#apie>

- Westerhof, G. J., & Barrett, A. E. (2005). Age identity and subjective well-being: A comparison of the United States and Germany. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(3), S129-S136. doi: 10.1093/geronb/60.3.S129
- Westerhof, G. J., Miche, M., Brothers, A. F., Barrett, A. E., Diehl, M., Montepare, J. M., ... & Wurm, S. (2014). The influence of subjective aging on health and longevity: a meta-analysis of longitudinal data. *Psychology and aging*, 29(4), 793. doi: 10.1037/a0038016
- Wolff, J. K., Beyer, A. K., Wurm, S., Nowossadeck, S., & Wiest, M. (2018). Regional impact of population aging on changes in individual self-perceptions of aging: Findings from the German ageing survey. *The Gerontologist*, 58(1), 47-56. doi: 10.1093/geront/gnx127
- World Health Organization (2023). MG30 Chronic pain. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). Paimta iš: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1581976053>
- Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Wolff, J. K., & Schüz, B. (2013). How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy?. *Psychology and Aging*, 28(4), 1088. doi: 10.1037/a0032845
- Xu, Y., Jiang, N., Wang, Y., Zhang, Q., Chen, L., & Ma, S. (2018). Pain perception of older adults in nursing home and home care settings: evidence from China. *BMC geriatrics*, 18, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0841-0>

PRIEDAI

1 priedas. Tyrimo anketos demografiniai klausimai

I. Keli bendri klausimai apie Jus:

1. Jūsų lytis _____ (*įrašykite*)
2. Jūsų amžius _____ (*įrašykite skaičių*)
3. Jūsų gyvenamoji vieta (*pažymėkite tik vieną atsakymą*)
Didmiestis Savivaldybės ar rajono centras Gyvenvietė, kaimas, vienkiemis

II. Ar Jūs šiuo metu dirbate? TAIP NE

VII. Koks (-ie) skausmo sindromas (-ai) jums pasireiškia? Pažymėkite visus tinkamus variantus langelyje: .

- 1) Galvos ir kaklo skausmas
- 2) Nugaros skausmas
- 3) Šnarių skausmas
- 4) Nugaros ir periferinių nervų neuropatijos skausmas
- 5) Pilvo ir dubens skausmai
- 6) Skausmai susiję su onkologinėmis ligomis
- 7) Fantominiai skausmai (atsiradę po galūnių amputacijų)
- 8) Skausmai po buvusių traumų ar operacijų
- 9) Kita _____
(*įrašykite*)

IX. Koks Jūsų išsilavinimas? Pažymėkite savo aukščiausią išsilavinimą langelyje (*tik vienas atsakymas*): .

- 1) Pradinis
- 2) Pagrindinis (8 klasės) / pagrindinis su profesine kvalifikacija
- 3) Vidurinis / vidurinis su profesine kvalifikacija
- 4) Aukštesnysis (technikumas, aukštesniosios mokyklos)
- 5) Neuniversitetinis aukštasis (kolegija)
- 6) Universitetinis aukštasis – bakalauro laipsnis
- 7) Universitetinis aukštasis – magistro laipsnis ar jam prilygstanti profesinė kvalifikacija, aukštojo mokslo diplomas po 5 metų mokymosi (kaip buvo anksčiau) / mokslų daktaras
- 8) Kita _____
(*įrašykite*)

2 priedas. Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys

Lytis	<i>N</i> = 136	<i>N</i> = 124
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Vyrai	31 (22,8)	27 (21,8)
Moterys	105 (77,2)	94 (78,2)
Amžius	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
50–84	67,49 (8,20)	66,98 (8,10)
Gyvenamoji vieta	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Didmiestis	58 (42,6)	56 (45,2)
Savivaldybės ar rajono centras	59 (43,4)	49 (39,5)
Gyvenvietė, kaimas, vienkiemis	19 (14,0)	19 (15,3)
Išsilavinimas	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Pradinis	1 (0,7)	1 (0,8)
Pagrindinis (8 klasės) / pagrindinis su profesine kvalifikacija	3 (2,2)	2 (1,6)
Vidurinis / vidurinis su profesine kvalifikacija	11 (8,1)	11 (8,9)
Aukštesnysis (technikumas, aukštesniosios mokyklos)	24 (17,6)	22 (17,7)
Neuniversitetinis aukštasis (kolegija)	13 (9,6)	13 (10,5)
Universitetinis aukštasis – bakalauro laipsnis	26 (19,1)	25 (20,2)
Universitetinis aukštasis – magistro laipsnis	58 (42,6)	50 (40,3)
Darbinis statusas	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Dirba	38 (27,9)	37 (29,8)
Nedirba	98 (72,1)	87 (70,2)
Nedirba dėl skausmo ar su skausmu susijusios ligos	33 (24,3)	26 (21)

3 priedas. Tyrimo dalyvių patiriami skausmo sindromai

Skausmo sindromas	<i>N</i> = 136	<i>N</i> = 124
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Galvos ir kaklo skausmas	39 (28,7)	34 (27,4)
Nugaros skausmas	87 (64,0)	78 (62,9)
Šonarių skausmas	88 (64,7)	79 (63,7)
Nugaros ir periferinių nervų neuropatijos skausmas	30 (22,1)	28 (22,6)
Pilvo ir dubens skausmai	14 (10,3)	13 (10,5)
Skausmai susiję su onkologinėmis ligomis	5 (3,7)	–
Fantominiai skausmai (atsiradę po galūnių amputacijų)	3 (2,2)	2 (1,6)
Skausmai po buvusių traumų ar operacijų	38 (27,9)	35 (28,2)
Kita	4 (2,9)	3 (2,4)
Skausmo sindromų skaičius	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
0	2 (1,5)	2 (1,6)
1	36 (26,5)	36 (29)
2	47 (34,6)	44 (44,5)
3	29 (21,3)	24 (14,4)
4	17 (12,5)	13 (10,5)
5	4 (2,9)	4 (3,2)
6	1 (0,7)	1 (0,8)

4 priedas. Trumpojo skausmo klausimyno tiriamosios faktorių analizės su Varimax sukiniu teiginių faktorių analizės svoriai

Teiginiai	Faktoriai						
	1	2	3	4	5	6	7
3	0,40	0,03	0,08	-0,204	0,27	0,14	0,38
14	0,90	0,12	0,05	0,075	0,01	0,03	0,11
7	0,66	0,23	0,26	-0,171	0,14	-0,04	0,17
9	0,76	0,12	-0,02	-0,068	-0,01	0,34	-0,03
18	0,78	0,22	0,11	0,107	0,09	0,07	0,09
15	0,32	0,73	0,13	0,025	-0,05	0,02	-0,02
6	-0,02	0,71	-0,13	0,011	0,24	0,20	0,41
10	0,24	0,72	0,11	0,005	0,16	0,09	0,34
25	0,21	0,69	0,04	0,234	0,08	-0,15	-0,01
24	0,24	0,08	0,58	0,053	-0,14	-0,08	0,20
4	0,06	0,09	0,54	0,129	0,16	0,06	0,36
29	0,17	0,15	0,45	0,038	0,27	0,04	0,21
21	0,27	0,05	-0,70	0,378	-0,07	-0,22	0,22
8	0,29	0,02	0,58	0,246	-0,08	-0,33	0,13
22	0,08	-0,02	0,03	0,815	-0,02	0,03	0,06
17	-0,07	0,50	0,27	0,547	0,13	0,01	-0,12
20	-0,09	0,03	-0,14	0,684	0,11	0,00	0,11
12	0,12	0,35	0,18	0,633	0,34	0,01	0,06
1	-0,30	-0,06	0,17	0,46	0,31	0,28	0,26
28	0,11	0,18	-0,01	0,116	0,88	0,05	0,05
11	0,04	0,22	0,15	0,417	0,68	-0,12	-0,03
27	0,06	0,10	0,03	0,192	0,88	0,03	0,10
16	0,02	0,30	0,09	0,262	-0,58	0,32	0,09
23	-0,02	0,22	-0,03	0,495	0,11	-0,56	-0,04
30	0,13	0,09	0,07	0,111	0,12	0,66	0,11
19	0,30	0,07	-0,23	0,028	-0,30	0,69	-0,03
26	0,02	0,10	0,08	0,035	0,14	-0,17	0,50
5	0,16	-0,04	0,17	0,127	-0,08	0,17	0,77
13	0,38	-0,12	-0,44	0,258	0,06	0,09	0,49
2	0,02	0,37	0,19	0,03	-0,11	0,12	0,73

Pastaba. 1 – rūpestingumas, 2 – emocijos, 3 – medicininis išgydymas, 4 – kontrolė, 5 – fizinė žala, 6 – negalia, 7 – vaistai. Paryškintu šriftu pažymėti didžiausi kintamojo faktorių svoriai.