

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Audronė Stirbytė

Sveikatos psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Sergančiųjų išsėtine skleroze gydymosi našta, įveikos
strategijos ir psichologinė gerovė**

Darbo vadovė: Asist. dr. Olga Zamalijeva

Vilnius
2022

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS	8
1.1. Išsėtinė sklerozė	8
1.2 Psichologinė gerovė	10
1.2.1 Psichologinės gerovės ryšys su ligos veiksniais ir sociodemografinėmis charakteristikomis	12
1.3 Gydomo našta.....	14
1.4 Asmenybės bruožai	18
1.5. Įveikos samprata.....	22
1.5.2 Įveikos reikšmė sergantiesiems išsėtine skleroze	24
1.5.3. Įveikos strategijų reikšmė IS sergančiųjų psichologinei gerovei	26
1.6. Tyrimo tikslas ir uždaviniai.....	29
2. TYRIMO METODIKA	30
2.1 Tyrimo dalyviai	30
2.2. Tyrimo instrumentai	33
2.3 Tyrimo eiga	39
2.4 Duomenų analizė.....	39
3. REZULTATAI	40
3.1. Sergančiųjų IS psichologinės gerovės, asmenybės bruožų, įveikos strategijų bei gydymo naštos ryšiai su sociodemografinėmis charakteristikomis ir ligos veiksniais	40
3.2 Sergančiųjų IS psichologinės gerovės, įveikos strategijų, asmenybės charakteristikų bei gydymo naštos sąsajos.....	43
3.3 Sociodemografinių, sveikatos būklės, gydymo naštos, asmenybės bruožų ir įveikos strategijų reikšmė sergančiųjų IS psichologinei gerovei ir jos faktoriams	47

4. REZULTATŲ APTARIMAS	57
5. IŠVADOS.....	63
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	64
PRIEDAI.....	75

SANTRAUKA

Sergančiųjų išsėtine skleroze gydymosi našta, įveikos strategijos ir psichologinė gerovė, Stirbytė, Audronė. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2022, p. 84.

Tyrimuose randama, kad išsėtine skleroze sergančiųjų naudojamos įveikos strategijos ir asmenybės bruožai yra susiję su psichologine gerove. Visgi nėra aišku, kaip gydymosi našta gali veikti sergančiųjų psichologinę gerovę, kokios įveikos strategijos yra naudojamos stengiantis įveikti stresines situacijas ir kaip turimi asmenybės bruožai gali prie to prisidėti. Atkreipiant dėmesį į tai, šio tyrimo tikslas yra išanalizuoti išsėtine skleroze sergančiųjų psichologinę gerovę prognozuojančius veiksnius, sergančiųjų išsėtine skleroze sociodemografinių charakteristikų, asmenybės, įveikos strategijų, gydymo naštos ir psichologinės gerovės ryšius. Tyrime dalyvavo 64 žmonės, sergantys išsėtine skleroze (11 vyrų (17,2 proc.), 53 moterys (82,8 proc.), amžiaus vidurkis 39,03 m., ($SD=11,61$). Tyrimui naudota psichikos sveikatos kontinuumo klausimyno trumpoji forma, gydymo naštos klausimynas, „Didžiojo Penketo“ asmenybės bruožų inventorių ir patobulintas keturių faktorių streso įveikos klausimynas. Gauta, kad kai kontroliuojami sociodemografiniai ir ligos kintamieji, sergančiųjų IS socialinės paramos bei vengimo įveikos strategijos leidžia reikšmingai prognozuoti sergančiųjų bendrą gerovės įvertį, emocinę gerovę. Socialinė parama taip pat prognozuoja psichologinės gerovės faktorių, o didesnis ekstravertiškumas, mažesnė gydymo našta bei didesnis polinkis naudoti socialinės paramos arba vengimo įveikos strategijas prognozuoja didesnę IS sergančiųjų socialinės gerovės lygį.

Raktiniai žodžiai: išsėtine sklerozė, psichologinė gerovė, gydymo našta, asmenybės bruožai, įveikos strategijos.

SUMMARY

Treatment burden, coping strategies and psychological well-being of patients with multiple sclerosis, Stirbytė, Audronė. Vilnius: Vilnius University, 2022, p. 84.

Studies have found that coping strategies and personality traits used by people with multiple sclerosis are related to psychological well-being. However, it is not clear how the burden of treatment can affect the psychological well-being of patients, what coping strategies are used to cope with stressful situations, and how available personality traits can contribute to this. With this in mind, the aim of this study is to analyze the factors predicting the psychological well-being of people with multiple sclerosis, the relationship between socio-demographic characteristics, personality, coping strategies, treatment burden, and psychological well-being in people with multiple sclerosis. The study included 64 people with multiple sclerosis (11 men (17.2%), 53 women (82.8%)), mean age was 39.03 years (SD = 11.61). The Mental Health Continuum – short form, The Burden of Treatment questionnaire, the Big Five Inventory, and the Improved Four-Factor Coping with Stress Questionnaire were used for the study. It has been found that when sociodemographic and disease variables are controlled, strategies for overcoming social support and avoidance in patients with MS allow for a significant prediction of the overall well-being and emotional well-being of patients. Social support also predicts a factor of psychological well-being, and higher extraversion, lower treatment burden, and greater propensity to use strategies to overcome social support or avoidance predict higher levels of social well-being in patients with MS.

Key words: multiple sclerosis, psychological well-being, burden of treatment, personality traits, coping strategies.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Išsėtinė sklerozė – lėtinė uždegiminė liga, kuriai būdingi centrinės nervų sistemos (CNS) pažeidimai, galintys sukelti sunkią fizinę ar kognityvinę negalią, taip pat neurologinius defektus (Ghasemi, Razavi & Nikzad, 2016).

Psichologinė gerovė (*angl. psychological well-being*) – subjektyvus optimalaus individo funkcionavimo įvertinimas, (Suh, Lucas & Smith, 1999).

Gydymo našta (*angl. burden of treatment*) – sveikatos priežiūros „darbo krūvis“, kurį pacientai turi atlikti atsižvelgdami į savo sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijas (Gallacher et al., 2013; Ysrraelit et al., 2019); apima ne tik pastangas, kurias pacientai turi padaryti norėdami pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis bei prižiūrėdami save, bet ir neigiamą šių pastangų poveikį pacientų gerovei (Ysrraelit et al., 2019).

Įveika – asmens mintys ir elgesys, kurie yra mobilizuojami valdyti vidines ir išorines stresines situacijas (Folkman & Moskowitz, 2004).

Asmenybės bruožai – santykinai būdingi pastovūs elgesio modeliai ar dispozicijos mąstyti, jausti ir veikti tam tikru būdu (Myers, 2008).

PRATARMĖ

Išsėtinė sklerozė yra nepagydoma, gyvenimo eigą modifikuojanti bei kelianti tiek fizinius sunkumus tiek psichologinius iššūkius liga. Išsėtinė sklerozė paprastai neįgalina jauno, darbingo amžiaus žmones, todėl nenuostabu, kad kartu veikia ir paciento psichologinę savijautą. Plataus spektro simptomatika leidžia spręsti apie šios ligos pasekmių įtaką asmens psichologinei gerovei, tačiau labiau tyrėjus dominantys klausimai tiriant lėtinėmis ligomis sergančius pacientus yra bendra žmogaus psichologinė savijauta. Taip pat didesnę dėmesį reikėtų atkreipti ne tik į ligos keliamus iššūkius, bet ir į tai, kaip sudėtingos ligos gydymo užkraunama našta pacientui galėtų prisidėti prie sergančio asmens psichologinės gerovės bei tai, kokiomis įveikos strategijomis naudodamiesi sergantieji stengiasi įveikti turimą ligą ar kylančias situacijas veikdami savo psichologinę savijautą. Iki šiol tokio pobūdžio tyrimų mokslinėje srityje randama gana mažai.

Skirtingais asmenybės bruožais pasižymintys asmenys susidūrus su tam tikrais gyvenimo iššūkiais, tokiais kaip lėtinė liga, naudoja skirtingas įveikos strategijas bei skirtingai suvokia/patiria savo dėl ligos gydymo pasireiškiančią papildomą našta, kartu ir pasižymi skirtinga psichologine savijauta. Išsėtinė sklerozė sergantiems kelia daugybę iššūkių, tarp jų – neapibrėžtumą, nežinomybę, nerimą dėl būklės pablogėjimo galimybes, todėl svarbu atkreipti dėmesį ir nustatyti, kokie veiksniai turi įtakos nuspėjant sergančių psichologinę gerovę, nes tai galėtų prisidėti prie kuriamų intervencijų efektyvumo, nustatant neadaptyvias įveikos strategijas ar asmenybės bruožus ir efektyviau sukuriant tarpdisciplininį paciento-sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą. Taigi, nors žinoma, kad su IS susiję simptomai ir negalia daro didelį poveikį psichologiniam funkcionavimui, minėtų sričių vertinimas yra esminis, siekiant geriau išsiaiškinti, ką visapusiškai išgyvena sergantieji išsėtinė skleroze ir kas prisideda prie psichologinės savijautos, kartu ir skatinti labiau taikyti teigiamus psichologinės gerovės ir asmeninių sričių aspektus.

1. ĮVADAS

1.1. Išsėtinė sklerozė

1.1.1. Išsėtinės sklerozės ligos samprata

Išsėtinė sklerozė (*lot. sclerosis disseminata*) (*toliau – IS*) - demielinizuojanti uždegiminė centrinės nervų sistemos (galvos ir nugaros smegenų) liga, pasireiškianti atsinaujinančiais ar nuolat progresuojančiais neurologinės disfunkcijos simptomais, vedančiais į negalią (Dobson & Giovannoni, 2018). Statistiniais duomenimis, Lietuvoje sergamumo vidurkis 2001–2015 m. siekė 6,5 atvejo 100 000 gyventojų (4,9 atvejo 100 000 gyventojų, vyr. ir 8,1 atvejo 100 000 gyventojų mot.) (Valadkevičienė ir kt., 2019). Pasaulyje 2016 metais nustatyti 2 221 188 atvejai, 30 atvejų - 100 000 gyventojų (Wallin et al., 2019). Liga dažniausiai diagnozuojama 20–45 metų pacientams ir dažniau pasireiškia moterims nei vyrams, kurių santykiu 2:1 (Bahrun & Wijaya, 2018). Su IS inicijavimu ir progresavimu yra susijusios ląstelės, nukreiptos prieš žmogaus CNS (galvos ir nugaros smegenų), sukeliančios neuronų degeneraciją ir aksonų arba neuronų nykimą (Lubetzki et al., 2020). IS etiologija vis dar nežinoma (Bahrun & Wijaya, 2018), tačiau visuotinai pripažįstama, kad tai yra demielinizuojantis procesas, kuriems turėjo įtakos nežinomi aplinkos veiksniai genetiškai jautriems ligai žmonėms (Aschero & Munger, 2016). Svarbu paminėti, kad IS liga vis labiau plinta tiek išsivysčiusiose, tiek besivystančiose šalyse (Wutayd, 2020), be to, liga dažnai užklumpa žmones produktyviausiais jaunystės metais ir labai apriboja jų gebėjimą dirbti, o tai turi rimtų socialinių ir ekonominių padarinių (Jennum ir kt., 2012).

Ligos klinikinė eiga išskiriama į keturias pagrindines skirtingas IS formas: *kliniškai izoliuotas sindromas*, *recidyvuojanti – remituojanti IS*, *antrinė progresuojanti IS* ir *pirminė progresuojanti IS* (Bahrun & Wijaya, 2018). Net 85–90% pacientų serga *recidyvuojančia - remituojančia IS* forma (Bahrun & Wijaya, 2018), šiems pacientams pasireiškia nauji arba blogėjantys esami ligos simptomai (kitaip - ligos priepuoliai). Po šių priepuolių, dar vadinamų atkryčiais arba paūmėjimais, seka dalinio arba visiško pasveikimo (remisijos) laikotarpiai. Remisijos metu visi simptomai gali išnykti arba kai kurie simptomai gali tęstis ir tapti nuolatiniais. Tačiau remisijos laikotarpiais ligos progresavimo nėra. Minėta IS forma gali būti apibūdinama kaip aktyvi (su recidyvais ir (arba) naujo ligos aktyvumo požymiais) arba neaktyvi, bet blogėjanti po atkryčio (Delwo, 2022). Neretai žmonėms, kuriems diagnozuota *recidyvuojanti-remituojanti IS*, ilginiui ligos forma pereina į *antrinės progresuojančios* ligos eigos kursą, kada laikui bėgant laipsniškai blogėja neurologinės funkcijos. *Antrinė progresuojanti IS* ligos forma taip pat gali būti apibūdinama kaip aktyvi arba neaktyvi, taip pat su progresuojančiu ligos aktyvumu arba be progresavimo. *Pirminės progresuojančios IS* formoje pacientams neprasideda ūminiai priepuoliai, tačiau nuo pat pradžių kliniškai blogėja ligos eiga (Bahrun & Wijaya, 2018). *Kliniškai izoliuotas sindromas* yra pirmasis neurologinių simptomų epizodas, kurį sukelia centrinės nervų sistemos uždegimas ir demielinizacija. Taigi, nors ir nėra būdo, nustatančio, kaip sergančiųjų IS

ligos eiga progresuos laikui bėgant, studijose buvo išskirtos keturios pagrindinės formos, apibūdinančios IS ligos eigą (Delwo, 2022).

Svarbu paminėti, kad sudėtingos ligos klinikinė išraiška paprastai klasifikuojama pagal neurologinių sistemų pažeidimus, pagal kuriuos atsiranda simptomai (Mickevičienė ir kt., 2012). Mickevičienė su bendraautoriais (2012) pateikdami IS sergančiųjų simptomų ir gydymo metodines rekomendacijas nurodo, kad ligos simptomatika yra gana plati ir įvairiapusiška. Ligai pažeidus optinę sistemą, sergantiesiems gali atsirasti vienpusis regos pablogėjimas, centrinės skotos ir kontrastingumo skyrimo problemos; pažeidus piramidinę sistemą – galūnių silpnumas, raumenų spastika ir eisenos sutrikimai; kamieninę – gali atsirasti galvos svaigimas, dvejinimasis akyse, įvairūs akių judesių sutrikimai ir t.t. Tie patys autoriai nurodo, kad sergant IS, gali atsirasti dubens organų funkcijos sutrikimas, seksualinė disfunkcija, įvairūs kognityviniai sutrikimai, tokie kaip dėmesio sutrikimas, atminties, išmokimo, informacijos apdorojimo greičio, valdomųjų funkcijų sutrikimai; įvairūs emocijų sutrikimai, bei nuovargis, skausmas ar paroksizminiai simptomai (Mickevičienė ir kt., 2012). Apie 80% žmonių, sergančių IS, praneša apie jaučiamą lėtinį nuovargį, ir daugiau nei pusė jų nurodo, kad tai yra labiausiai juos neįgalinantys simptomai (Ontaneda, Thomson, Fox, & Cohen, 2017), tačiau liga palaipsniui sukelia netrauminę negalią (Dobson & Giovannoni, 2018). Dėl simptomų kintamumo IS dažnai apibūdinama kaip įvairiarūšė būklė, kurią sunku numatyti (Amtmann, Bamer, Kim, Chung & Salem, 2017).

Streso ir emocinės įtampos šaltiniai pacientams, sergantiems IS dažniausiai yra ligos simptomai, ligos progresavimo neapibrėžtumas ir ligos poveikis kasdieniui veiklai (Nielsen-Prohl, Saliger, Güldenbergs, Breier & Karbe, 2013). Šalia šių pasekmių, gydymo rezultatų neapibrėžtumas ir didelis negalios išsivystymo laipsnis, taip pat šalutinis gydymo poveikis, ženkliai trukdo psichologiniam pacientų prisitaikymui prie ligos būklės ir reikšmingai daro įtaką jų psichinei sveikatai (Minden ir kt., 2013). Metaanalizės, apžvelgusios tyrimus, kuriuose dalyvavo 87 756 IS sergantys pacientai, rezultatai parodė, kad depresijos ir nerimo paplitimas sergančiųjų grupėje svyruoja atitinkamai 30,5% ir 22,1% (Boeschoten, Braamse & Beekman, 2017). Kitų tyrimų duomenimis, depresiniai sutrikimai pasireiškia iki 50% žmonių, sergančių IS, taip pat apskaičiuota, kad depresijos paplitimas yra 2–3 kartus didesnis nei visos populiacijos (Patten, Marrie & Carta, 2017); studijose randama, kad stresas ir nerimo sutrikimai taip pat pasireiškia dažniau nei sveikiems asmenims (Ghafari et al., 2008; Hanna & Strober, 2020). Taigi, išanalizavus atliktų tyrimų išvadas, galima teigti, kad IS liga veikia sergančiojo psichologinę būseną, o tai skatina tyrinėti, kaip tokia liga trikdo sergančio asmens funkcionavimą.

1.2 Psichologinė gerovė

1.2.1 Psichologinės gerovės samprata. Požiūrių skirtumai ir tyrimų problematika

Per pastaruosius du dešimtmečius susidomėjimas psichologinės gerovės (*toliau* – PG) konstruktu psichologijos ir sveikatos mokslų disciplinose itin išaugo. Sveikatos psichologijoje palaipsniui formavosi supratimas, kad svarbus ne tik biomedicininis komponentas; psichologiniai ir socialiniai veiksniai sveikatai turi taip pat didžiulę įtaką. Kaip teigia Pasaulio Sveikatos Organizacija (1948), sveikata tai nėra tik ligos nebūvimas, kartu tai ir fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė. Mokslininkų ir praktikų susidomėjimo išaugimą PG fenomenu lėmė sveikatos sampratos salutogeninės orientacijos įsitvirtinimas (Kaliatkaitė ir Bulotaitė, 2014).

Pats PG konstruktas kildinamas iš pozityviosios psichologijos ir jau ilgą laiką plačiai naudojamas tyrimuose, siekiant nusakyti asmens pasitenkinimą gyvenimu tiek fizine, tiek psichologine prasme bei apskritai, todėl mokslų tyrimuose jis yra gerai žinomas (Kaliatkaitė ir Bulotaitė, 2014). Panašu, kad mokslinėje literatūroje PG sąvoka persidengia su keletu kitų terminų - PG apibūdinti vartojamos gana besiskiriančios sąvokos, siekiant pabrėžti skirtingus PG aspektus (Kazlauskas ir Želvienė, 2013). Tyrimuose dažnai naudojama gyvenimo kokybės sąvoka, apibūdinant ją Bagdonas ir bendraautorai, (2013) nurodo Theofilou (2013) požiūrį, kuris teigia, kad gyvenimo kokybė turėtų ribotis tik subjektyviu savo gyvenimo vertinimu, o gerovė vartojama apibūdinti objektyvias gyvenimo sąlygas, tačiau dabar šis skirtumas yra prarastas, terminai dažnai neapibrėžiami ir vartojami nevienodai, pakeičiami pačių studijų viduje, o kai kuriais atvejais, terminas vartojamas apibrėžiant kitą (Theofilou, cit. iš Bagdonas ir kt., 2013). Tikslinga vartoti psichologinės gerovės terminą, nes jis tinkamiausiai atspindi visą vertinamų veiksmų įvairovę (cit. iš Bagdonas, Kairys, Liniauskaitė ir Pakalniškienė, 2013).

Randama, kad tyrimuose taip pat dažnai naudojama subjektyvios gerovės sąvoka, kuri, pagal Diener ir Ryan (2009) apibūdina gerovės lygį, kurį žmonės patiria pagal subjektyvų savo gyvenimo vertinimą. Autoriai taip pat teigia, kad šie vertinimai apima sprendimus ir jausmus apie pasitenkinimą gyvenimu, susidomėjimą ir įsitraukimą, emocines reakcijas, tokias kaip džiaugsmas ir liūdesys į gyvenimo įvykius, taip pat pasitenkinimą darbu, santykiais, sveikata, poilsiu, prasme ir tikslu bei kitas svarbias sritis. Tyrėjai debatuoja dėl kylančio klausimo, ar subjektyvi gerovė ir psichologinė gerovė yra du atskiri konstruktai ar tiesiog du požiūriai į gerovės tyrimą (Chen, Jing, Hayes & Lee, 2012). Taigi, vis dėl to, dėl iškylančių klausimų ir apibrėžimų gausos nėra iki galo aiškaus ir vieno apibrėžimo, kas būtent sudaro PG konstrukta. Vis dėl to, kad ir kaip būtų apibūdinama, žmogaus gerovė išlieka viena svarbiausių tyrimų bei kasdienio gyvenimo temų (Kairys ir kt., 2013).

Dažnai tyrėjai bando priešinti hedoninės ir eudaimoninės gerovės požiūrius, pabrėždami jų skirtumus, tačiau svarbu tai, kad hedoninė ir eudemoninė gerovė atspindi vieną visapusišką gerovės

konstrukta (Disabato et al., 2016) ir pastaruoju metu gerovės moksle išplito nesutarimas, skiriantis hedoninės ir eudemoninės gerovės šalininkus (Henderson & Knight, 2012). Nepaisant ginčų tarp šių dviejų perspektyvų, dauguma sutinka, kad tiek hedoninė tiek eudemoninė gerovė žymi svarbius gerovės aspektus ir tai skatina integruotą gerovės konceptualizavimą (Henderson & Knight, 2012). Pastarieji autoriai pažymi, kad aukščiausią gerovės laipsnį nurodo gyvenimas, turingas abejais gerovės aspektais. Be to, Disabato su bendraautoriais (2016) nurodo, kad hedonija ir eudemonija, lyginant pagal žinomus gerovės koreliatus (pvz., smalsumas, dėkingumas), parodė panašumus - išsaugoja tikslo siekimo valią ir būdus, prasmės orientaciją ir laimę.

Pasaulio Sveikatos Organizacija (2004) psichikos sveikatą apibrėžia kaip gerovės būseną, kai žmogus suvokia savo gebėjimus, gali susidoroti su įprastomis gyvenimo įtampomis, gali dirbti produktyviai bei gali prisidėti prie savo bendruomenės. Šis apibrėžimas grindžiamas dviem gerovės tyrimų tradicijomis: hedonine tradicija, sutelkiančia į patirtinius gerovės aspektus (laimės jausmus), ir eudaimonine tradicija, sutelkiant dėmesį į optimalų funkcionavimą individualiame ir socialiniame bei bendruomeniniame gyvenime (Keyes, 1998; Waterman, 1993). Galima suprasti, kad trys pagrindiniai šio apibrėžimo komponentai yra (1) gerovė, (2) efektyvus individo funkcionavimas ir (3) efektyvus bendruomenės veikimas (WHO, 2005).

Apibrėžiant ir pritaikant šiuos elementus, Keyes (2005,2007) traktuoja, kad hedoninė gerovė ir psichologiniai bei socialiniai eudaimoninės gerovės aspektai kartu sudaro teigiamos psichinės sveikatos apibrėžimą (Keyes 2005, 2007). Jie gali būti vertinami kaip subjektyvūs vertinimai, atsižvelgiant į pagrindinius Pasaulio sveikatos organizacijos teigiamos psichinės sveikatos apibrėžimo komponentus (Westerhof & Keyes, cit. iš Wasterhof & Keyes, 2009). Šiame apibrėžime emocinė gerovė atitinka pagrindinį gerovės komponentą. Psichologinė gerovė – subjektyvus optimalaus individo funkcionavimo įvertinimas, o socialinė gerovė – subjektyvų optimalaus bendruomenės funkcionavimo vertinimą. Emocinė gerovė taip pat apima teigiamų emocijų buvimą ir pasitenkinimą gyvenimu (Diener, Suh, Lucas & Smith, cit iš Wasterhof & Keyes, 2009), psichologinė gerovė - individo psichologinio funkcionavimo aspektus (pvz., savarankiškumą ir asmeninio augimo jausmą), (Ryff, Wasterhof & Keyes, 2009), o socialinė gerovė nurodo, kaip gerai individas funkcionuoja savo socialiniame gyvenime kaip didesnės visuomenės narys (pvz., socialinė integracija, savo socialinės vertės įvertinimas) (Keyes, 1998).

Šiame tyrime remiamasi Keyes, (2002) požiūriu, kuris bandė suvienodinti hedoninės ir eudaimoninės perspektyvos tyrinėjimus sukurdamas specifinį instrumentą *Psichikos sveikatos kontinuumo trumpąją formą (MHC-SF)*, siekiant visapusiškai įvertinti teigiamos psichikos sveikatos laipsnį įvairiais aspektais: emocinės, socialinės ir psichologinės gerovės (Solano, 2014, cit. iš Keyes, 2009). Keyes (2002) nuomone, tam, kad asmuo būtų laikomas psichiškai sveiku, reikia emocinės, psichologinės ir socialinės gerovės derinio. Jis išskiria klestėjimą (angl. *flourishing*) kaip būseną, kai

individai sujungia aukštą subjektyvios gerovės lygį su optimaliu psichologinio ir socialinio funkcionavimo lygiu. Panašiai merdėjimas (angl. *languishing*) reiškia būseną, kai žemas subjektyvios gerovės lygis derinamas su žemu psichologinės ir socialinės gerovės lygiu. Autorius bandė suvienodinti hedoninės ir eudaimoninės perspektyvos tyrinėjimus sukurdamas specifinį instrumentą *Psichikos sveikatos kontinuumo trumpąją formą (MHC-SF)*, siekiant visapusiškai įvertinti teigiamos psichikos sveikatos laipsnį įvairiais aspektais: **emocinės, socialinės ir psichologinės gerovės** (Castro Solano, 2014). Autorius remiasi minėtu PSO (2004) psichikos sveikatos apibrėžimu, pagal kurį *Psichikos sveikatos kontinuumo* modelyje teigiama psichikos sveikata yra ne tik psichikos sutrikimų nebuvimas, bet ir teigiamų savybių buvimas; tai yra aukštas emocinės, psichologinės ir socialinės gerovės lygis. Emocinė gerovė apima teigiamų emocijų buvimą ir pasitenkinimą gyvenimu (Diener, Suh, Lucas ir Smith, 1999), psichologinė gerovė - individo psichologinio funkcionavimo aspektus (pvz., savarankiškumą ir asmeninio augimo jausmą), (Ryff, 1989), o socialinė gerovė nurodo, kaip gerai individas funkcionuoja savo socialiniame gyvenime kaip didesnės visuomenės narys (pvz., socialinė integracija, savo socialinės vertės įvertinimas) (Keyes, 1998). Tokios išvados rodo, kad bendras hedoninės ir eudemoninės gerovės požiūrių taikymas ir prigimtinės vertės pripažinimas leidžia išsamiau ir efektyviau nusakyti asmens psichologinę gerovę.

1.2.1 Psichologinės gerovės ryšys su ligos veiksniais ir sociodemografinėmis charakteristikomis

Aptarti tyrimai leidžia suprasti, kad ligos vaidmuo sergančiųjų gyvenime turi reikšmingą vaidmenį. Kalbant apie konkretesnių ligos aspektų ir psichologinės gerovės ryšius, pirmiausia, pastebima, kad kuo ilgiau sergama IS, tuo geresne psichikos sveikata ir su sveikata susijusia gyvenimo kokybe pasižymi sergantieji (Strober et al., 2018), tačiau, randamos ir tam prieštaraujantės išvados: atliktuose tyrimuose ilgesnis laikas nuo diagnozės neturėjo neigiamos įtakos gyvenimo kokybei (Calandri, Graziano, Borghi & Bonino, 2017; Phennings, Cohen et al, 1999). Šios išvados paaiškinimas gali būti prisitaikymas prie ligos: iš vienos pusės, liga su laiku progresuoja ir galima tikėtis sergančiojo psichologinės gerovės pablogėjimo, tačiau sergantieji gali prisitaikyti gyventi su liga ir taip išvengti psichologinio funkcionavimo pablogėjimo. Kaip paaiškino Fordas ir kolegos (2001), geresnis asmens funkcionavimas ir psichikos sveikata gali atspindėti ilgesnę ligos trukmę ir prisitaikymą. Prisitaikymas dažnai priklauso nuo ligos trukmės, net ir sergant IS, kai prisitaikymas yra nuolatinis procesas dėl paūmėjimo ir remisijų bei bendro negalios padidėjimo. Kitas svarbus ligos aspektas, su kuriuo gali būti siejama sergančiųjų psichologinė gerovė, yra pačios ligos forma. Rezapour ir kiti, (2017) ištyrinėjus IS sergančiųjų ligos eigos, sunkumo ir ligos atkryčių reikšmę tiek fizinei, tiek psichinei gyvenimo kokybei, pažymi, kad progresuojančia ligos forma sergantys IS pacientai pasižymi žemesniais psichikos

sveikatos lygiais ligos atkryčiai yra reikšmingi prediktoriai tiek fizinei, tiek psichinei gyvenimo kokybei. Taip pat, tyrėjai nurodo, kad geresne psichikos gyvenimo kokybe pasižymi sergantys lengvesne ligos forma.

Kiti veiksniai, turintys ryšį su psichologine gerove yra sociodemografiniai kintamieji. Kaip dar vienas iš svarbių aspektų sergančiųjų gyvenime yra turimas darbintis statusas. Krokavcova ir kiti, (2010) tyrime buvo atskleista, kad geresnis sergančiųjų savo sveikatos vertinimas siejasi su jų darbine padėtimi, - darbo turėjimas siejasi su geresniais sveikatos vertinimais. Tyrėjai svarsto, kad tokios ligos kaip IS atveju, ne tik užimtumo statusas pats iš savęs asocijuojasi su geresne psichikos sveikata, bet kad socialiniai ryšiai su kolegomis tampa parama ir tam tikru įveikos šaltiniu (Krokavcova et al., 2010). Be to, dirbantys turi daugiau finansinių išteklių, kas neretai siejama su geresniais gerovės rodikliais (Bagdonas ir kt., 2013). Nustatyta, kad išsilavinimas yra asmens gerovės šaltinis, darantis įtaką įsidarbinimo galimybėms ir tipui, pajamoms, socialiniams psichologiniams ištekliams ir sunkumams (Ross & Van Willigen, 1997). Kiti tyrėjai randa, kad pagrindiniai geresnio psichologinio funkcionavimo veiksniai yra darbas ir gyvenimas su sutuoktiniu (Gulick, 1997; Koch, Rumrill, Roessler & Fitzgerald, 2001). Papildant, paprastai randama, kad jaunesnis sergančiųjų amžius siejasi su prastesne psichologine gerove (Jones & Amtmann, 2015), bet yra tam prieštaraujančių tyrimų, randančių, kad sąsajos tarp sergančiųjų amžiaus ir psichologinės gerovės nėra (Calandri, Graziano, Borghi & Bonino, 2017). Taigi, randami ryšiai tarp sergančiųjų IS ligos arba sociodemografinių veiksnių turi reikšmingos įtakos psichologiniam funkcionavimui ir galima daryti išvadą, kad minėti veiksniai gali prisidėti prie psichologinės gerovės, tačiau tyrimai atskleidžia gana prieštaringas išvadas.

1.2.3 Išsėtinė sklerozė ir psichologinė gerovė

Psichologinė gerovė yra sąvoka, susijusi su subjektyvia ligos įtaka psichologiniam ir socialiniam asmens funkcionavimui. Neurologinis pablogėjimas ir funkcinė negalia gali prisidėti prie to, kaip gerai funkcionuoja IS sergantis asmuo, o psichologinė reakcija į labai įtemptą šios ligos pobūdį yra labai svarbi asmens psichologiniam funkcionavimui (Mullins et al., 2001). Tyrimuose randama, kad pati liga pacientams sukelia emocinę traumą, nes atsiranda galimybės normaliai funkcionuoti kasdieniniame gyvenime praradimas bei nežinia dėl ateities. Dėl šios priežasties sergantysis nebeturi galimybės išnaudoti turimų savo galimybių (Kralik et al., 2006). Remiantis tyrimais, galima daryti prielaidą, kad pagrindinis IS ligos valdymo tikslas – sumažinti neigiamą ligos poveikį fiziniams ir psichologiniam funkcionavimui arba bent jau užkirsti kelią jų pablogėjimui. Ankstesni tyrimai atskleidė ligos neigiamo poveikio svarbą pažymint, kad nors psichologinių veiksnių poveikis fiziniams IS simptomams yra ribotas, galimas poveikis psichologinei simptomatologijai gali būti žymiai didesnis (Mikula et al., 2014; Wilski & Tasiemski, 2016; Wilski & Tasiemski, 2017). Svarbu pažymėti ir tai, kad ne tik IS liga veikia sergančiojo psichikos sveikatą, bet ir psichikos sveikata prisideda prie IS ligos progresavimo. Nauta ir kt. (2017) pažymi, kad stresiniai gyvenimo įvykiai žmonėms, sergantiems IS,

žymiai pablogina ir neurologinius simptomus ir kartu visą psichologinį funkcionavimą. Taigi, remiantis tyrimais, galima daryti išvadą, kad IS lėtinė liga veikia ne tik fizinį asmens funkcionavimą, bet neišvengiamai veikia ir psichiką bei sergančiojo socialinį gyvenimą, o tai reikalauja gebėjimo psichologiškai prisitaikyti prie nepalankių aplinkybių.

Kaip atskleidžiama tyrimuose, gyvenimo prasmės ar gyvenimo tikslo nustatymas ir asmeninis augimas, ypač atsižvelgiant į progresuojančios ligos diagnozę, suteikia daug išsamesnį asmens ir jo gerovės vaizdą (Strober, 2018). PG sulaukia labai mažai dėmesio tyrimuose su IS, nes daugumoje tyrimų daugiausia dėmesio skiriama bendrai gyvenimo kokybei (Ryan et al., 2007), tokiai kaip pasitenkinimas gyvenimu ir gyvenimo kokybei, susijusiai su sveikata (Ryan et al., 2007). Nepaisant to, randama, kad IS sergantieji nuo sveikų žmonių populiacijos skiriasi savęs priėmimo, asmeninių santykių ir gyvenimo tikslo, kiek mažiau – asmeninio augimo klausimais, turint omenyje, kad sergantieji rodo žemesnius PG įverčius (Strober, 2018). Šie gerovės aspektai yra gyvybiškai svarbūs žmogaus sveikatai, atsižvelgiant į tai, kad sveikata nėra tik ligos nebuvimas, bet ir bendras požiūris į gyvenimą. Verta paminėti ir tai, kad ne tik ligos veiksniai gali prisidėti prie sergančiųjų psichologinės gerovės didėjimo arba mažėjimo, psichosocialiniai veiksniai taip gali būti reikšmingi. Nustatyta, kad socialinė parama, teikiama iš artimųjų siejama su teigiamais gerovės rezultatais, ypač pasitenkinimu gyvenimu (Ryan et al., 2007). Taigi, galima teigti, kad su IS liga susiję veiksniai bei psichosocialiniai veiksniai gali būti svarbūs asmens funkcionavimui, bet reikia pastebėti ir tai, kad svarbūs gali būti ir su gydymu susiję veiksniai.

1.3 Gydymo našta

1.3.1 Gydymo naštos samprata bei sąsaja su psichologine gerove

Neabejotinai, ligos simptomai gali neigiamai paveikti sergančiojo psichologinį funkcionavimą. Žiūrint iš kitos pusės, sergant lėtine liga, žmonių gyvenime atsiranda ir gydymo procesas. IS liga nėra išgydoma, todėl, atsižvelgiant į jos uždegiminį pobūdį, gydymu siekiama kontroliuoti ligos progresavimą ir simptomus, kuriuos galima suskirstyti į kategorijas: vaistai paūmėjimams/atkryčiams gydyti; ligą modifikuojantys vaistai ir simptominiai vaistai (Hart & Bainbridge, 2016), kartu ir rehabilitacija, kurioje dalyvauja daugiadisciplininė komanda. Ankstyva gydymo ligą modifikuojančiais vaistais pradžia yra susijusi su mažesniu ligos protrūkių skaičiumi ir stabilizuotais IS simptomais (Fazekas et al., 2010). Šiuo metu *recidyvuojančios* – *remituojančios* formos IS pacientams taikomas ligos eigą modifikuojantis gydymas, kuris žymiai mažiau veiksmingas *progresuojančios* IS formos pacientams. Modifikuojantis gydymas taikomas siekiant sumažinti ligos aktyvumą ir atidėti ilgalaikės negalios progresavimą (Hart & Bainbridge, 2016). Kaip nurodo Lubetzki et al., (2020), sėkmingai sukūrus ir taikant imunoterapijas, *recidyvuojančios* – *remituojančios* formos išsėtine skleroze

sergantiems pacientams, gydymas pasistūmėjo į priekį ir buvo pakeistas. Deja, neįgalumo progresavimo prevencija šiuo metu dar nėra pasiekta ir yra terapiškai itin sudėtinga (Lubetzki et al., 2020).

Kaip dar vienas ligos veiksnys yra IS gydymo efektyvumas. IS gydymo formavimas nuolat keičiasi, minėtų gydymo būdų veiksmingumas ir rizika labai skiriasi. Gydytojai susiduria su iššūkiu pritaikyti gydymą pagal kelis veiksnius (ligos aktyvumo lygį, progresavimo riziką, individualius paciento pageidavimus ir savybes, asmeninę patirtį ir kt.), kad nustatytų optimalią saugumo ir veiksmingumo pusiausvyrą (Saposnik & Montalban, 2018). Nepagydomas ir neprognozuojamas IS pobūdis yra palankus situacijai, kai pacientai, kurie nemato gydymo poveikio ir pastarąjį suvokia kaip apsunkinantį, linkę nesilaikyti gydytojų rekomendacijų dėl vaistų vartojimo, dietos ar reabilitacijos. Tai labai trukdo įvertinti gydymo veiksmingumą ir yra vienas iš svarbiausių iššūkių, būdingų IS gydymui (Boeije, Duijnste & Pool, 2002).

Svarbu tai, kad ankstyvosiose stadijose veiksmingas IS gydymas yra ribotas. Šiuo laikotarpiu intervencija yra labai svarbi norint pasiekti ilgalaikių teigiamų rezultatų. Nustačius diagnozę, ankstyvas ir individualizuotas specifinis IS gydymas, priklausomai nuo ligos sunkumo, tam tikram laikui gali užkirsti kelią fizinei negaliai (Guler, 2021). Daugiadisciplininiu požiūriu IS sergančiųjų gydymas tapo sudėtingesnis ir be gydytojo neurologo apima keletą kitų specialistų, kurių tikslas yra padėti laikytis gydymo ir pagerinti pacientų psichologinį funkcionavimą, taip pat pagerinti jų įveikos išteklius, kartu atsižvelgiant į individualius funkcinius apribojimus ir psichosocialinius aspektus (pvz., įtraukiant socialinę paramą šeimai) (Fonseca, Tilbery & Bruscatto, 2021). Remiantis tyrėjų išvadomis, suprantama, kad be pačios ligos, gydymo procesas taip pat gali apsunkinti sergančiojo gyvenimą. Lėtinėmis ligomis sergančių pacientų bendras gydymo krūvis, įgyvendinant visas gydytojų konkrečioms ligoms taikomas rekomendacijas, gali būti didžiulis (Gallacher et al., 2018). Taigi, IS pacientai patiria ne tik neprognozuojamos ir daugiasimptomės ligos keliamą naštą, neatsiejama gyvenimo dalimi tampa ir kompleksiškas gydymasis, kuris neretai gali tapti dar viena papildoma našta pacientams - moksluose tai įvardinama terminu „*gydymo našta*“.

Gydymo našta (*angl.* burden of treatment) (*toliau* – GN) gali būti apibrėžiama kaip sveikatos priežiūros „darbo krūvis“, kurį pacientai turi atlikti atsižvelgdami į savo sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijas (Gallacher et al., 2013; Ysraelit et al., 2019). Nurodoma, kad šis „darbo krūvis“ apima laiko ir energijos išteklius, keliamus dėl paciento būklės gydymo (pvz., lankytis pas gydytoją, atlikti tyrimus, vartoti vaistus), taip pat kitus savęs priežiūros aspektus (pvz., sveikatos stebėseną, dieta, mankšta) (Gallacher et al., 2013). Šis „darbo krūvis“ apima ne tik pastangas, kurias pacientai turi padaryti norėdami pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis bei prižiūrėdami save, bet ir neigiamą šių pastangų poveikį pacientų gerovei (Ysraelit et al., 2019). Sav et al., (2013) nurodė, kad GN įtakos turi asmeninės ypatybės, ligos trukmė / sunkumas, gydymo aplinkybės, šeimos palaikymo ir įsitraukimo lygis bei bendros sveikatos priežiūros sistemos, kuriomis besigydantis asmuo naudojasi. GN pasekmės

sveikatai yra ypač susijusios su tuo, kad gydymo našta siejasi su specifiniais simptomais, ligos pasikartojimu, sveikatos pablogėjimu, sumažėjusiu išgyvenamumu, sumažėjusiu pasitenkinimu gydymu ir pablogėjusiu funkcionavimu. Ysraelit ir bendraautorai (2019) nurodo, kad „gydymo našta“ reikalauja iš žmogaus skirti tam pakankamai daug laiko, pinigų bei fizinės, emocinės ir kognityvinės energijos, o tai galiausiai pablogina jų prisitaikymą ir psichologinį funkcionavimą, nes gali turėti įtakos paciento elgesiui, taip pat kognityvinei, fizinei ir psichosocialinei gerovei.

GN pabrėžia disbalansą tarp darbo krūvio, kurį pacientai patiria sveikatos priežiūros sistemoje, ir paciento gebėjimo atlikti papildomą savęs priežiūrą (Eton ir kiti, 2012). Lėtinės ligos reikalauja iš sergančiųjų naudotis priemonėmis ar paslaugomis, kurios padėtų valdyti savo turimą ligą, o ne išgydyti; šis supratimas pakeitė pacientų ir sveikatos priežiūros aprūpinimą (Mair, Frances & Carl, 2014). Lėtinėmis ligomis sergančių asmenų GN prisideda prie ligos simptomų keliamos naštos, nes sergantieji patiria poreikį tiek organizuoti, tiek koordinuoti savo pačių priežiūrą bei laikytis kompleksinio gydymo, palaikyti motyvaciją ir rūpintis pačiu savimi (Gallasher et al., 2018). May et al., (2009) nurodo, kad GN paprastai padidina sergančiojo patiriamus psichologinius ir fizinius sunkumus, kuriuos sukelia jų turima liga. Sav et al., (2013) nurodo, kad GN taip pat sukelia ir kaltės jausmą, baimę ir beviltiškumą (susijusius su gydymu). Rieckmann ir kt., (2015) teigimu, pacientų dalyvavimas gydymo procese sergant IS yra gyvybiškai svarbus, siekiant optimizuoti ligos valdymą. Taigi, gydymo procesas sergantiejiems IS tampa neatsiejama gyvenimo dalimi, kuri iš esmės gali tapti našta ir papildomu krūviu rūpintis savo būkle šalia nenusipėjamos ir nepagydomos ligos, o taip pat IS gydymo efektyvumas yra turimą ligą sunkinantis veiksnys.

Kalbant apie GN teorines perspektyvas, Sav et al., (2013) pateikė teorinę sistemą (*angl. theoretical framework*), padedančią suprasti dinamišką, daugialypį ir ciklinį GN pobūdį. Autoriai nustatė, kad GN aspektai apima nepageidaujamus fizinius gydymo padarinius (*šalutinius poveikius*), gydymo sukeltą ekonominę naštą (*finansinę naštą*), laiką, reikalingą gydymui gauti, administruoti ir valdyti (*laiko naštą*), ir psichosocialinius naštos aspektus, įskaitant poveikį šeimai ir gyvenimo būdui (*asmeninė našta*). Taip pat sukurti labiausiai empiriniuose tyrimuose naudojami konceptualūs gydymo naštos modeliai sergantiems lėtinėmis ligomis.

Pirmasis – *Gydymo naštos teorija* (*angl. Theory of burden of treatment*) (May et al., 2014). Gydymo naštos teorija yra formali teorija, modeliuojanti pacientų, jų socialinių tinklų ir sveikatos priežiūros paslaugų santykius. Pagal teoriją, gydymo nesilaikymas gali atsirasti, jei darbo krūvis nusveria asmens gebėjimą valdyti savo sveikatą, apibrėžiamą kaip paciento pajėgumą. Paciento pajėgumas priklauso nuo įvairių asmeninių, fizinių, psichologinių, aplinkos ir socialinių veiksnių, tokių kaip silpnumas, sveikatos raštingumas, socialinė ir ekonominė padėtis, vieta, socialinė parama ir pažinimo funkcijos. Sekantis modelis - *Kaupiamojo kompleksiskumo modelis* (*angl. Cumulative complexity model*) (Shippee et al., 2012). Modelis pabrėžia pagrindinį paciento lygmens mechanizmą,

pagal kurį sudėtingi veiksniai turi įtakos priežiūrai ir pasekmėms: pusiausvyrai tarp paciento darbo krūvio ir paciento gebėjimo patenkinti poreikius. Darbo krūvis apima paciento laiko ir energijos poreikį, įskaitant gydymo, savęs priežiūros ir gyvenimą apskritai. Pajėgumas susijęs su gebėjimu dirbti darbą (pvz., funkcinis sergamumas, finansiniai / socialiniai ištekliai, raštingumas). Darbo krūvio ir pajėgumo disbalansas yra mechanizmas, lemiantis sudėtingumą. Gydymo ir ligų našta yra tarsi grįžtamojo ryšio kilpa, susiejanti neigiamas pasekmes su tolesniu disbalansu, todėl laikui bėgant disbalansas gali sunkėti. Galima suprasti, kad abu modeliai yra panašūs tuo, kad pabrėžiama krūvio, kylančio dėl sveikatos būklės, pacientų pajėgumo ir sveikatos paslaugų teikimo daroma įtaka gydymo naštai.

Tyrimuose pabrėžiama, kad gydymo našta atsiranda dėl disbalanso tarp sergančiojo pripratimo ir prisitaikymo. Trans ir kt., (2015) nurodo, kad GN atsiradimą paskatina pacientams tenkančio sveikatos priežiūros darbo krūvio gausa, pajėgumo integruoti šį sveikatos priežiūros krūvį į savo kasdienį gyvenimą, energijos, laiko, pinigų ar paramos požiūriu bei konteksto, ypač sveikatos priežiūros ir jų šeimos, giminaičių ir draugų socialinės paramos struktūra. Pacientai, turintys nedaug reikalavimų, bet turintys mažą pajėgumą, gali patirti didesnę našta, o pacientai, turintys daug reikalavimų, tačiau turintys didelį pajėgumą - mažesnę. Pavyzdžiui, kartais ūminės ligos atveju našta gali būti trumpalaikė ir gerai toleruojama, o kartais gali būti neįveikiama našta pvz., naudoti savarankiškai injekcinius medikamentus (Gallacher et al., 2018). Be to, pacientų gebėjimus apima asmeninės savybės ir įgūdžiai, fiziniai ir pažintiniai gebėjimai, socialinė bei finansinė parama.

1.3.2 Gydymo našta ir įveika

Daug įtakos GN turi ir tai, kokias įveikos strategijas naudoja sergantieji. Keliama hipotezė, kad pusiausvyros sutrikimas tarp savęs priežiūros poreikių ir asmens gebėjimo patenkinti šiuos reikalavimus gali sukelti didesnę suvokiamą GN ir galiausiai blogus gydymosi rezultatus, įskaitant gydymo nesilaikymą (Ridgeway et al., 2014). Tuo remdamiesi autoriai nustatė, kad pacientai, sergantys daugybe ir sudėtingų lėtinių ligų, naudojami įvairiais asmeniniais, socialiniais ir sveikatos priežiūros ištekliais, kad padėtų suvaldyti ir patenkinti sudėtingos savikontrolės poreikius, o kai kuriuos iš šių išteklių gali kontroliuoti pacientas. Pavyzdžiui, sergantieji naudoja *į problemą orientuotas* įveikos strategijas, (pvz., organizuoja savitvarką ir naudojami turimomis technologijomis, tokiomis kaip internetiniai portalai) bei *į emocijas orientuotas* įveikos strategijas, kad būtų patogiau, galėtų padėti suvaldyti visas neigiamas emocijas, kylančias dėl apsunkinančio savęs priežiūros darbo. Be to, kad palengvintų patiriamus sunkumus, naudojamos ligos įveikos strategijos, tokios kaip ateities planavimas, pozityvaus požiūrio išlaikymas, sutelkimas į kitus gyvenimo prioritetus ir dvasingumą bei religinį tikėjimą (Ridgeway et al., 2014). Autoriai pažymi ir tai, kad sergantiesiems svarbu ir socialinė parama ir galimybė turėti gerą sveikatos priežiūros sistemą, kurioje paslaugų tiekėjai turėtų gerus tarpasmeninius įgūdžius (Ridgeway

et al., 2014). Pažymėtina, kad to paties sveikatos priežiūros darbo krūvio, gydymo našta kiekvienam pacientui gali labai skirtis, priklausomai nuo jų gebėjimo ją valdyti (May et al., 2014). Taigi, tyrimų rezultatai ir teorinės perspektyvos leidžia daryti prielaidą, kad sergančiųjų patiriama gydymo našta siejasi su naudojamomis įveikos strategijomis, tačiau išsamesnių įrodymų vis dar trūksta. Galiausiai, kalbant apie gydymo našta ir psichologinę gerovę, nors GN pati iš savęs apima paciento psichologinės gerovės aspektą, turint mintyje, kad GN apibrėžiama kaip gydymo krūvis ir kartu poveikis asmens funkcionavimui bei gerovei (Eton, 2012), atliktų tyrimų nėra daug, todėl yra gana sudėtinga tiksliai nuspėti kokią reikšmę GN galėtų turėti išsėtines sklerozės atveju: sergančiųjų asmenybės bruožams, įveikos strategijoms ir psichologinei gerovei.

1.4 Asmenybės bruožai

1.4.1 Asmenybės bruožų samprata

Asmenybės konstruktas mokslinėje srityje yra plačiai tyrinėjamas, tačiau dėl vienareikšmiškų konstrukto ribų ar išraiškos formų vis dar nėra sutariama. Pats asmenybės terminas mokslinėje literatūroje buvo apibrėžtas gana įvairiai, dažniausiai tyrėjai remiasi požiūriu, kad tai yra unikali, santykinai stabilių bruožų visuma (Guilford, 1959), kuri suteikia stabilumą ir individualumą žmogaus elgesiui (Feist, Feist, 2006), susideda iš individualaus elgesio, psichinio ir emocinio atsako modelių, kurie padeda paaiškinti individualius ligų priėmimo, įveikos stiliaus ir psichologinės gerovės skirtumus (Maggio et al., 2020). Bruce ir Lynch (2011) nurodo, kad asmenybę galima apibrėžti kaip ilgalaikių bruožų, apibūdinančių tipiškus žmogaus mąstymo modelius, įsitikinimus, elgesį ir tarpasmeninę sąveiką. Galima teigti, kad visuotinio priimtumo vienam konkrečiam apibrėžimui nėra, o visi iš esmės pasako panašų dalyką ir galima daryti išvadą, kad asmenybė – tai būdingas elgesio, mąstymo ir jausmų išreiškimo būdas, kuris dažniausiai ryškiausiai reiškiamas bendraujant su kitais žmonėmis konkrečiose situacijose. Teigiama, kad asmenybės bruožai yra gana stabilūs laikui bėgant ir yra specifiniai tarp individų ir elgesio prognostinių veiksnių (Costa & McCrae, 1992).

Tyrimų apžvalgoje randama, kad siekiant paaiškinti žmogaus elgesio funkcionavimo ypatumus, psichologijos moksle yra gana daug požiūrių, asmenybės funkcionavimą aiškinančių teorinių paradigmu, iš kurių pagrindinės: bruožų, humanistinės, psichoanalitinės, biologinės, ir socialinės-kognityvinės (Kairys, 2008; Myers, 2008). Viena iš populiariausių, plačiausiai empiriniuose tyrimuose naudojamų, įvardinama kaip kliniškai ir moksliskai naudinga asmenybės taksonomija – *Didžiojo Penketo asmenybės bruožų teorija* (Costa & McCrae, 1980; Goldberg, McCrae & Costa, 1996). Dauguma psichologų sutinka, kad penkios dimensijos atspindi didžiąją daugumą individo asmenybės skirtumų (John & Srivastava, 1999).

Didžiojo Penketo asmenybės bruožų teorija apima pagrindinius, visiems žmonėms būdingus bruožus (būdingus pastovius elgesio modelius ar dispozicijas mąstyti, jausti ir veikti tam tikru būdu), kuriais būtų galima apibūdinti asmenybę ir taip sukurti tam tikrą asmenybės tipologiją, atspindinčią individualius žmonių skirtumus (Myers, 2008, cit iš Kuniejūtė, 2016). Pastarosios teorijos bendra idėja yra tai, kad kiekviena asmenybė priskiriama vienai iš penkių pagrindinių empiriškai nustatytų dimensijų, kurios yra: *ekstravertiškumas*, *sutarumas*, *sąmoningumas*, *atvirumas patirčiai* ir *neurotiškumas* (Bunevičius, Katkutė ir Birbilaitė, 2008). *Ekstravertiškumas* apibūdinamas tarpasmeninių sąveikų dažnumu ir intensyvumu, šiltesnių santykių mezgimu, aktyvumu, stimuliacijos poreikiu, sugebėjimu džiaugtis, optimizmu; šis bruožas reiškia išorinės stimuliacijos kiekį, reikalingą optimaliai susijaudinimo būsenai pasiekti; ekstravertiški žmonės traukia į dideles socialines grupes ir yra kalbūs, malonūs, ryžtingi ir bendraujantys. *Sutarumas* apibūdinamas užuojautos jausmu, pagalbos teikimu, altruizmu, teigiamu požiūriu į kitus asmenis, draugiškumu ir socialumu. *Sąmoningumas* reiškia pasižymėjimą organizuotumu, atkaklumu ir motyvacijos pasireiškimo laipsniu asmens elgesyje; apima polinkį būti organizuotam, punctualiam, orientuotam į pasiekimus ir patikimam. *Atvirumas patirčiai* apibūdinamas aktyviu patirties ieškojimu įvairiose srityse, taip pat tolerancija naujiems reiškiniams ir jų tyrinėjimu; reiškia asmens socialinės harmonijos troškimą ir polinkį būti altruistišku ir empatišku. *Neurotiškumas* apibūdinamas dažnu neigiamų emocijų (pvz., pykčio, gėdos, liūdesio, nerimo) patyrimu, polinkiu į psichologinį distresą, nerealistines idėjas, perdėtus troškimus ar potraukius bei mažiau adaptyvias įveikos strategijas ir mažesnę atsparumą stresui (Bruce, Hancock & Lynch, 2010; Costa & McCrae, 2012; Jang, Livesley & Vernon, 1996; John & Srivastava, 1999; Goodwin & Friedman, 2006).

John ir Strivastava (1999) nurodo, kad ekstraversija reiškia energingą požiūrį į socialinį ir materialųjį pasaulį ir apima tokius bruožus kaip socialumas, aktyvumas, atkaklumas ir teigiamas emocijų. *Sutarumas* apima tokius bruožus kaip altruizmas, švelnumas, pasitikėjimas ir kuklumas. *Sąžiningumas* apibūdina socialiai nustatytą impulsų kontrolę, kuri palengvina užduotį ir tikslingą elgesį, pavyzdžiui, mąstymas prieš veikiant, pasitenkinimo atidėliojimas, normų ir taisyklių laikymąsi bei planavimą, užduočių organizavimą ir prioritetų nustatymą. Galiausiai, *neurotiškumas* prieštarauja emociniam stabilumui ir yra tolygus neigiamam emocionalumui, pvz., nerimui, nervingumui, liūdesiui ir įsitempimui. *Atvirumas patirčiai* apibūdina individo psichikos platumą, gylį, originalumą ir patirtis.

Teoretikai teigia, kad žmonių asmenybės gali varijuoti tarp penkių pagrindinių didžiųjų dimensijų, tačiau tam tikru metu, vyraujanti yra viena. Teigiama, kad dominuojanti asmenybės dimensija lemia asmens pažinimo, emocinį bei elgesio stilius, reakcijas į aplinką ir veikia tiek psichinę, tiek somatinę asmens sveikatą (Bunevičius, Katkutė ir Birbilaitė, 2008). Šios pagrindinės asmenybės dimensijos yra vidutiniškai pavaldimos ir yra susijusios su elgesiu ir sveikatos rezultatais sergant daugeliu sveikatos būklių, įskaitant IS (Bruce et al., 2010). Taigi, asmenybės bruožai reikšmingai

prisideda prie asmens funkcionavimo darant įtaką ne tik pasaulio matymui, bet ir individualiems elgesio skirtumams.

1.4.2 Asmenybės bruožai ir IS liga

Nors mes negalime specialiai modifikuoti savo asmenybės, kuri išlieka stabili laikui bėgant ir įvairiose situacijose (Feist & Gregory, 2009), pastangos suprasti savo asmenybės bruožus gali suteikti suvokimą, kaip tai galėtų paveikti ligą, asmeninius santykius, gerovę, išgyvenamą stresą ir apskritai bendrą asmens psichologinį funkcionavimą (Maggio et al., 2020; Strober, 2017). Dėl šių priežasčių galima teigti, kad asmenybės bruožų vaidmuo IS ligos kontekste yra svarbus.

Kalbant apie asmenybės bruožų ryšius su sergančiųjų IS ligos veiksniais, Strober et al., (2017) nustatė, kad ypatingai ligos diagnozės nustatymo metu asmenybės vertinimas gali padėti nustatyti tuos bruožus, kurie gali prisidėti prie sveikatos ir (arba) gerovės pablogėjimo bei prisidėti apie tinkamų intervencijų taikymo, pavyzdžiui, siekiant modifikuoti neigiamą suvokimą ir vertinimus, kurie taip pat apsaugotų nuo tolimesnio gerovės arba sveikatos nuosmukio. Autoriai nustatė, kad sergančiųjų IS asmenybės įtaka yra gana visaapimanti: svyruoja nuo supratimo, kaip asmuo valdo savo ligą iki funkcionalesnių pasekmių. Tie patys autoriai nurodo, kad nustatant mažiau adaptyviais asmenybės bruožais pasižyminčius sergančiuosius būtų galima išvengti būsimų afektyvių sutrikimų, blogo gydymosi laikymosi, didesnio suvokiamo streso ir galimų ligos paūmėjimų ateityje, taip pat galbūt net ankstyvo pasitraukimo iš darbo.

Tyrimuose pabrėžiama, kad būtina atsižvelgti į asmenybės vaidmenį sergančiajam ir net įtraukti jį į diskusijas apie gydymo planavimą; asmenybės vertinimas apskritai turėtų būti neatsiejama lėtinėmis ligomis sergančių asmenų ir ligos valdymo dalis: tai padėtų paaiškinti individualius turimo ligos priėmimo, įveikos stilių ir psichologinės gerovės skirtumus (Maggio et al., 2020; Strober, 2017). Autoriai nurodo, kad asmenybė taip pat laikoma svarbia klinikinio darbo su IS pacientais sudedamąja dalimi (Schwartz, Chapman, Duberstein, Weinstock-Guttman & Benedict, 2011). Taigi, asmenybės konstrukto tyrinėjimai sergančiųjų psichologinės gerovės kontekste yra svarbūs ir tikėtina, kad atskleidžiantys sergančiųjų asmenybės reikšmę jų psichologinei gerovei.

1.4.3. Asmenybės reikšmė sergančių IS psichologinei gerovei

Analizuojant atliktus tyrimus IS sergančiųjų imtyje, randama, kad asmenybės bruožų, kaip vieno iš gerovės rodiklių, klausimas tyrimuose nėra pakankamai ištirtas (Chu, Casserly, Rosehart & Morrow, 2022). Nepaisant to, atlikti tyrimai rodo, kad asmenybė buvo nustatyta kaip pagrindinis kintamasis, išryškinantis individualius skirtumus įvairiose IS sergančiųjų gerovės dimensijose (Maggio et al., 2020; Strober, 2017) bei asmenybė yra laikoma lemiamu gerovės veiksmu geresniam prisitaikymui gyventi

su liga (Strickhouser, Zell & Krizan, 2017). Tai leidžia daryti išvadą, kad asmenybės tyrinėjimai yra svarbi sritis, siekiant suprasti IS sergančiųjų PG.

Asmenybės bruožus ir asmens gerovę sieja stiprus ryšys (Anglim et al., 2020). Autoriai pažymi, teigiamą afektą gerovei nuspėja *ekstraversija* ir aspektai, susiję su polinkiu patirti teigiamas emocijas. Pozityvūs santykiai tyrime išryškėjo kaip turintys stiprų ryšį su *ekstraversija*; asmeniniui augimui būdingas *atvirumas patirčiai*, gyvenimo tikslą gerai apibūdino *sąmoningumas*, galiausiai – savęs priėmimas parodė tai, kad siejasi su pasitenkinimu gyvenimu apskritai. Mokslininkai nustatė, kad tam tikri asmenybės bruožai, ypač *ekstraversija ir neurotiškumas*, yra reikšmingi gerovės prognostiniai veiksniai.

Kaip jau minėta, asmenybė jau labai ilgą laiką tyrimuose vertinama kaip vienas iš reikšmingų gerovę ir sveikatą prognozuojančių veiksnių, ypatingai tyrimuose išskiriamas *neurotiškumo* ir *ekstravertiškumo* bruožų vaidmuo (Hayes & Joseph, 2003; Gutierrez et al., 2005). Ieškant sąsajų tarp sergančiųjų IS asmenybės bruožų ir psichologinės gerovės, randama, kad asmenybės bruožai, dažniausiai pasitaikantys sergant IS, yra traktuojami kaip disfunkciniai arba mažiau adaptyvūs (Maggio et al., 2020). Tyrėjai padarė išvadą, kad žmonės, sergantys IS, pasižymi mažesniu sąmoningumo, ekstraversijos ir sutarumo lygiu, taip pat didesniu neurotiškumo išreikštumu nei sveiki kontrolinės grupės asmenys. Šie asmenybės bruožai neigiamai veikia sergančiųjų pažinimo sritis, nuotaiką ir psichologinę gerovę (Maggio et al., 2020). Naudodamiesi *Penkių Faktorių modeliu*, Benedict ir kt., (2011) nustatė didesnę neurotiškumą ir mažesnius sutarumo bei ekstraversijos lygius tarp nedidelės IS pacientų grupės, nukreiptos neuropsichologiniam vertinimui. Strober et al., (2017) atliko tyrimą, kuriuo siekė ištirti asmenybės vaidmenį subjektyvios gerovės, PG ir sveikatos srityje, sergant IS. Minėti mokslininkai nustatė, kad kontroliuojant ligos trukmę didesnis neurotiškumo išreikštumas susijęs su blogesne asmens psichine sveikata, didesne depresija ir padidėjusiu nerimu. Neurotiškumu pasižymintys sergantieji taip pat patyrė ir žemesnius savęs priėmimo, aplinkos meistriškumo ir bendro gyvenimo tikslo lygius, blogiau suvokė asmeninius santykius ir socialinį veikimą. Be to, tyrimuose pažymima, kad didesniu neurotiškumo išreikštumu pasižymintys paprastai daugiau naudoja emocinės įveikos strategijas (Pereira-Morales, Adan, Lopez-Leon & Forero, 2018; Ratsep et al., 2000). Priešingai, ekstraversijos bruožas tarp sergančiųjų buvo susijęs su geresniais asmeniniais santykiais ir asmeniniu augimu, gyvenimo tikslu, aplinkos meistriškumu, savęs priėmimu, gyvybingumu ir geresne psichine sveikata ir emociškai asmens gerove (DeNeve & Cooper, 1998; Strober et al., 2017), šis bruožas taip pat teigiamai prognozuoja ir sveikatą ir gerovę (Hayes & Joseph, 2003; Gutierrez et al., 2005). Kiti tyrėjai gavo, kad sergančiųjų IS didesnis ekstravertiškumo ir atvirumo patirčiai ir mažesnis neurotiškumo bruožų lygiai yra reikšmingą ryšį turintys su didesniu psichologinės gerovės lygiu ir nurodė, kad kartu didesnis sergančiųjų IS neurotiškumo išreikštumas reikšmingai siejasi su mažesniu emocinės gerovės lygiu ir kartu tai yra stipriausias ryšys (Kokko & Pulkkinen, 2013).

Taigi, *Ekstraversijos ir neurotiškumo* bruožai atlieka didžiausią vaidmenį siekiant suprasti asmens gerovę (Strober et al., 2017). Kiti tyrimai taip pat patvirtina, kad didelis neurotiškumo ir mažesnis ekstraversijos išreikštumas gali pabloginti IS sergančių pacientų funkcionavimą, ypač kalbant apie psichikos dalį (Demirci, Demirci & Demirci, 2017).

1.5. Įveikos samprata

1.5.1. Įveikos strategijų samprata

Išsėtinė sklerozė kelia sergančiajam tiek fiziologinių, tiek psichologinių ir socialinių iššūkių, o įveikos strategijos gali padėti tiek su bendru gyvenimo stresu, tiek su ligos keliamais iššūkiais, tai savo ruožtu gali padidinti prisitaikymą ir daryti reikšmingą įtaką sergančiųjų psichologinei gerovei. Įveika apibrėžiama kaip asmens mintys ir elgesys, kurie yra mobilizuojami valdyti vidines ir išorines stresines situacijas (Folkman & Moskowitz, 2004). Tai terminas, vartojamas išskirtinai sąmoningam ir savanoriškam veiksmų mobilizavimui, kuris skiriasi nuo „gynybos mechanizmų“, kurie yra pasąmoningi arba sąmoningi adaptyvūs atsakai, nors abiejų tikslas yra sumažinti arba toleruoti stresą (Venner, cit. iš Comendator et al., 2021).

Literatūroje randama nemažai tyrimų ir teorinių perspektyvų, aiškinančių streso įveikos konceptą. Daugelis sutinka su streso tyrimų klasiko R. S. Lazarus streso įveikos apibūdinimu: *streso įveika* – tai procesas, kurio metu asmuo tiek kognityvinėmis, tiek fizinėmis pastangomis stengiasi suvaldyti jam nepalankią aplinkos įtaką (Lazarus, 1993, 2000, 2006) t.y. ligą ir jos padarinius. Atsižvelgiant į *Transakcinį streso ir įveikos* modelį (Lazarus & Cohen, 1977; Cohen, 1984), stresą sukeltantys patyrimai suprantami kaip asmens ir aplinkos deriniai, kuriuose išorinio stresoriaus poveikis yra tarpininkaujamas asmeniui įvertinus stresorių ir jo turimus psichologinius, socialinius ir kultūrinius išteklius. Susidūręs su stresu, žmogus įvertina du dalykus: galimas grėsmės ar galimą žalą (*pirminis įvertinimas*), taip pat savo gebėjimą keisti situaciją ir valdyti neigiamas emocines reakcijas (*antrinis įvertinimas*). Faktinės įveikos pastangos, nukreiptos į problemų valdymą ir emocinį reguliavimą, lemia streso įveikos proceso rezultatus (*pavyzdžiui*, psichologinę gerovę ar funkcinę būklę).

Pagal šią teoriją, pastangos susidoroti su kilusia stresogentine situacija skirstoma į dvi pagrindines šakas (1) *problemų valdymą* ir (2) *emocinį reguliavimą*. Kitaip tariant, tai yra vadinama *į problemą orientuota įveika* ir *į emocijas orientuota įveika*. Į *problemą* orientuotos įveikos pavyzdžiai yra aktyvus įveikimas, problemų sprendimas ir informacijos paieška. Priešingai, *į emocijas* orientuotos įveikos pastangos yra nukreiptos į tai, kaip žmogus galvoja ar jaučia stresinę situaciją. Šios strategijos apima socialinės paramos ieškojimą ir jausmų išliejimą, taip pat vengimą ir neigimą. Modelis numato, kad *į problemą* orientuotos įveikos strategijos bus labiausiai prisitaikančios prie kintančių stresorių, tuo tarpu *į emocijas* orientuotos strategijos yra labiausiai prisitaikančios, kai stresorius yra nekintantis arba kai ši strategija naudojama kartu su *į problemą* orientuotomis įveikos strategijomis. Valickas ir Grakauskas

(2006) teigia, kad dauguma tyrėjų nesutinka su tuo, kad šios dvi įveikos strategijų kategorijos atspindėtų visą streso įveikos strategijų įvairovę, todėl kartu išskiria ir dar dvi strategijas: *vengimo* streso įveikos strategiją bei *socialinės paramos* strategiją. Kaip nurodo Bendzevičienė su bendraautoriais (2010), vengimo įveikos strategija apima sąmoningas asmens pastangas atsitraukti nuo streso šaltinio, tiek fiziškai, tiek kognityviškai. Socialinės paramos įveikos strategija gali atlikti du vaidmenis: tiek suteikti asmeniui galimybę atsipalaiduoti emociškai, tiek ieškoti galimų alternatyvų problemai spręsti.

Šiame darbe naudojamas Grakausko ir Valicko (2006) sudarytas *Patobulintas streso įveikos klausimynas*, todėl analizuojant literatūrą svarbu labiau atkreipti dėmesį į jų išskiriamas 4 įveikos strategijas: *į problemų sprendimą orientuota*, *emocinė iškrova*, *socialinė parama bei vengimas*. Grakauskas ir Valickas (2006) nurodo, kad *į problemų sprendimą* nukreiptai strategijai priskiriama problemos analizė (kada asmuo ieško ar įdėta per mažai pastangų, ar padaryta klaidų, kas galėjo lemti probleminę situaciją), taip pat problemos sprendimo suplanavimas, laiko valdymas, informacijos rinkimas kaip išspręsti problemą, tikslų nustatymas. *Emocinės iškrovos* strategiją Granauskas ir Valickas (2006) apibūdindami nurodo, kad naudojant šią strategiją asmuo priima sprendimą, kad ne pats yra kaltas dėl problemos ir arba išsikraunama ant aplinkinių kaltinant juos, pykstant ar kitaip verbaliai išreiškiant arba kaltę priskiriama pačiam likimui. Kalbant apie *socialinės paramos* įveikos strategiją, randami nevienareikšmiški rezultatai: Grakauskas ir Valickas (2006) remiasi išvada, kad socialinės paramos siekimas yra atskira streso įveikos strategija (Amirkhan, 1994), o kiti mokslininkai nurodo, kad tai yra vienas iš galimų vengimo strategijos apraiškų (Parker & Endler, cit. iš Vanvorn & Willpert, (2017). *Vengimo* strategiją mokslininkai apibūdina kaip pastangas negalvoti apie sunkumus ir vietoj to stengimąsi užsiimti nukreipiančiais mintis dalykais, kada asmens dėmesys labiau kreipiamas į malonius arba neutralius dalykus; kartu autoriai nurodo, kad naudojant vengimo strategiją šalia gali būti panaudota ir teigiama įvykusios situacijos interpretacija, kada asmuo tikisi, kad situacija yra geresnė nei iš tiesų arba bando juokauti apie susidariusią problemą (cit. iš Granauskas & Valickas, 2006).

Kalbant apie įveikos strategijų naudojimą, randama, kad kai asmuo suvokia stresorių kaip labai grėsmingą ir nekontroliuojamą, tada dažniau naudojamos *vengimo* įveikos strategijos (Taylor et al, 1992). Paprastai *vengimo* (atsiribojančių) įveikos strategijų pavyzdžiai yra atitolimas, kognityvinis vengimas (bandymas negalvoti apie stresorių), vengimas elgtis elgesiu (pavyzdžiui, neatvykimas į tolesnį testą, nes baiminasi, kad nenormalus atrankos rezultatas reiškia vėžio diagnozę), blaškymasis ir neigimas, tačiau kiekviena iš šių strategijų nukreipia dėmesį nuo stresoriaus. Šis dėmesio pokytis gali leisti asmenims sumažinti pradinį stresą, vengiant minčių ir jausmų apie šį stresą sukeltą veiksnį (Taylor et al, 1992).

Verta paminėti ir tai, kad dauguma tyrimų atkreipia dėmesį į įveikos lankstumą ir atskleidžia, kad susidūrę su stresinėmis situacijomis, žmonės gali naudoti daugiau nei vieną įveikos strategiją ir būtų neproduktyvu supriešinti vienos strategijos veiksmingumą su kita (Eisenbarth, 2012; Freire et al.,

2018). Kiekvienas asmuo gali naudoti skirtingą strategijų derinį, todėl būtų naudinga atsižvelgti į strategijų profilį, o ne tiesiog nagrinėti įveikos strategijas atskirai vieną nuo kitos: įveikos strategijos greičiausiai veikia viena su kita (Eisenbarth, 2012).

Žvelgiant iš teorinės perspektyvos, svarbu paminėti ir tai, kad skirtingai nuo konkrečių situacijų įveikos pastangų, įveikos stiliai konceptualizuojami kaip stabilios dispozicinės savybės, atspindinčios apibendrintus polinkius interpretuoti ir reaguoti į stresą tam tikrais būdais (Lazarus, 1993). Taigi įveikos pastangos gali būti laikomos streso ir emocinių bei funkcinių rezultatų įvertinimo „*tarpininkais*“, kitaip tariant, mechanizmu, kuriuo šis poveikis pasireiškia. Įveikos stiliai taip pat yra ilgalaikiai bruožai, kurie, kaip manoma, skatina situacijos vertinimą ir įveikimo pastangas (Lazarus, 1993). Individualūs įveikos stilių skirtumai gali būti laikomi streso įtakos įveikos procesams ir rezultatams „*moderatoriais*“. Tai reiškia, kad konkretus stresą keliančio įvykio ar konkretaus įveikos elgesio poveikis prisitaikymui gali iš dalies priklausyti nuo asmens įveikos stiliaus. Įveikos stiliai taip pat gali turėti tiesioginį poveikį emocinėms ir fizinėms stresinių įvykių pasekmėms. Nurodoma, kad asmens streso įveikos būdo pasirinkimas labai priklauso nuo asmens kognityvinio situacijos įvertinimo, kuriam įtaką daro turimi asmeniniai ištekliai ir pačio asmens gebėjimas jais pasinaudoti (Lazarus & Folkman, cit. iš Valickas ir Granauskas, 2006). Taigi, remiantis pateiktomis išvadomis, galima daryti prielaidą, kad įveikos strategijos turi reikšmės asmens psichologinei gerovei,

1.5.2 Įveikos reikšmė sergantiesiems išsėtine skleroze

Ligos diagnozė, patirtis, gydymas ir apskritai baimė susirgti gali sukelti stresines reakcijas. Tai, kaip asmenys patiria stresą dėl sveikatos ir jį įveikia, turi įtakos tam, kaip jie kreipiasi pagalbos dėl medicininės priežiūros bei socialinės paramos, ir kaip jie laikosi sveikatos priežiūros specialistų nurodymų. Reakcijos į stresorius gali skatinti arba slopinti sveikatos priežiūrą ir turėti įtakos motyvacijai ugdytis įpročius, kurie gerintų sveikatą (Glanz & Schwartz, 2008). Sergantieji IS gyvena su savo liga daugelį metų, todėl dažniausiai didėja negalia ir pablogėja psichologinis funkcionavimas. Esant tokiai situacijai, pacientų gebėjimas susidoroti su liga yra svarbus veiksnys siekiant sumažinti streso lygį ir rasti tinkamą strategiją kasdienėms problemoms ar ligos sukeltam stresui spręsti (Bianchi & Pozzilli, 2015).

Asmenys, sergantys IS, patiria įvairius stresorius, įskaitant neužtikrintumą dėl ligos eigos ar simptomų pasireiškimo, gydymo sudėtingumo, taip pat dėl tarpasmeninių santykių, funkcinių apribojimų, finansinės įtampos, darbo sunkumų, o visa tai daro didelę įtaką psichologinei gerovei ir bendram funkcionavimui (Artemiadis et al, 2012; Madan & Pakenham, 2014; Mitsonis et al, 2009). Randama nemažai tyrimų, rodančių, kad žmonėms, kuriems diagnozuota IS, stresiniai gyvenimo įvykiai

yra susiję su reikšmingu IS paūmėjimo rizikos padidėjimu per kelias savaites ar mėnesius po stresoriaus atsiradimo (Ackerman et al, 2003; Lex, Price & Clark, 2022; Mohr, Hart, Julian, Cox & Pelletier, 2004). Atsižvelgiant į tai, kad stresas yra susijęs su neigiamais IS sergančių žmonių reabilitacijos ir sveikatos rezultatais, galima daryti išvadą, kad svarbu suprasti streso daromą įtaką psichologinei gerovei tiek patiems sergantiesiems, tiek gydytojams, nes tik taip bus užtikrinama efektyvesnė ligos kontrolė bei kartu ir sergančiųjų kokybiškesnė PG. Taigi, remiantis šiais tyrimais, galime teigti, kad yra stiprus ryšys tarp streso ir IS paūmėjimo, ir panašu, kad sergant šia liga labai svarbu sumažinti ir kontroliuoti stresą naudojant adaptyvias streso įveikos strategijas, kas galėtų prisidėti prie sergančiųjų PG.

Lode ir kiti, (2009) svarsto, kad netinkamo elgesio su stresu įveikimas pacientams, sergantiems IS, priklauso nuo įvairių veiksnių, įskaitant: nepakankamo sąmoningumo ar jo trūkumo, netikslaus požiūrio, menko savęs veiksmingumo, reikalingų įgūdžių susidoroti su stresu trūkumo, nepakankamos prieigos prie reikiamų išteklių, negaunant socialinės paramos.

Kalbant apie tyrimus, kuriuose nagrinėjamos sergančiųjų IS naudojamos įveikos strategijos, gaunami nenuoseklūs rezultatai. Bassi su bendraautoriais (2019) teigia, kad paprastai sergantys IS labiau naudoja *į emocijas nukreiptas* įveikos strategijas (norų mąstymas, nukreipimas į religiją) ir *vengimo* (neigimas, narkotikų vartojimas) įveikos strategijas nei *į problemą orientuotas* strategijas (atvirumas patirčiai, problemų sprendimas, instrumentinės paramos ieškojimas). Paprastai *į problemą orientuotos* įveikos strategijos laikomos labiau adaptyviomis nei *į emocijas* arba *į vengimą orientuotos* strategijos (Pakenham, 1999). Tyrimai rodo, kad žmonės, sergantys IS, naudoja mažiau adaptyvias įveikos strategijas, o ne labiau adaptyvias *į problemas orientuotas* strategijas dėl patiriamo didesnio psichologinio streso lygio ir prastos psichologinio funkcionavimo (Goretti, Portaccio & Zipoli, 2009; Grech et al, 2018). Tyrimuose randama abejonių netinkamu *į emocijas orientuotos* ir *vengimo* įveikos vaidmeniu, o tai rodo, kad šios strategijos gali būti labiau adaptyvios nei *į problemą orientuotas* įveikimas nekontroliuojamų stresorių akivaizdoje (Mikula, Nagyova & Krokavcova, 2014; Roubinov, Turner & Williams, 2015). Neseniai diagnozuotų IS pacientų tyrimas atskleidė, kad visų tipų įveikos strategijos turėtų būti laikomos prisitaikančiomis, nes jos yra susijusios su geresne psichine sveikata (Calandri, Graziano, Borghi & Bonino, 2017). Taigi, nors jokia įveikos strategija savaime nėra netinkamai prisitaikanti, konkreti strategija gali pasirodyti veiksmingesnė už kitas, siekiant atsverti patiriamus psichologinius sunkumus, tokius kaip IS liga.

Dennison ir kt., (2009) teigia, kad įveikos procesai yra svarbūs veiksniai, siekiant prisitaikyti gyventi su tokia liga, kaip IS. Remiantis Dehghani ir kt, (2018) IS sergančiųjų įveiką apima emocinio balanso, ligos priėmimo ir savireguliacijos aspektai. Autoriai parodo, kad ligos įveika leidžia reguliuoti IS sergančiųjų nerimą ir pagerina sveikatą. Be to, gydymo režimo laikymasis, savarankiškumas asmeniniame gyvenime ir socialiniuose santykiuose bei šeimos santykių gerinimas yra IS pacientų

įveikos pasekmės (Dehghani et al., 2018). Tokie rezultatai leidžia teigti, kad psichologinių ir emocinių išgyvenimų pusiausvyros suvaldymas gali prisidėti prie sergančiųjų psichologinės gerovės.

1.5.3. Įveikos strategijų reikšmė IS sergančiųjų psichologinei gerovei

Medicininio gydymo pažanga prisideda prie geresnio gyvenimo sergant IS, gerinant fizinę savijautą ir stengiantis atitolinti negalios progresavimą. Tačiau taip pat svarbu atsižvelgti ir į psichologinius veiksnius, galinčius prisidėti prie sergančiųjų geresnio gyvenimo; ypatingai supracikuojamas naudojamas įveikos strategijas (Hanna & Strober, 2020), kurios galėtų prisidėti prie sergančiųjų psichologinės gerovės.

Mažiau adaptyvios įveikos strategijos (vengimo ir į emocijas orientuotos) gali tapti neigiamų psichologinių simptomų rizikos veiksniais. Tai iliustruoja medikamentų vartojimas kaip įprasta vengimo strategija tarp IS pacientų bei į emocijas orientuota įveikos strategija, leidžianti asmeniui išsilieti (angl. *venting*); toks bandymas susidoroti su ligos nenuspėjamumu siejamas depresija sergantiesiems IS pacientams (Tan-Kristanto & Chiropoulos, 2015). Panašiai kitos vengimo įveikos strategijos, tokios kaip neigimas ir humoras, yra reikšmingi patiriamo nerimo simptomus prognozuojantys veiksniai (Tan-Kristanto & Chiropoulos, 2015). Randama ir prieštarūgu nuomūnių, kiti tyrėjai teigia, kad vengimas gali būti labiau adaptyvi įveikos strategija IS sergantiesiems, kada siekiama atremti neigiamas mintis apie būsimą ligos progresavimą ir išvengti depresinės reakcijos (Alshuer & Behier, 2015). Mažiau adaptyvios įveikos strategijos gali veikti sergantiesiems IS apsauginis veiksnys: prognozuojant geresnę psichikos sveikatą, emocinę gerovę ar su sveikata susijusią gyvenimo kokybę prielaidomis, kad IS pacientai, kurie priima savo ligą ir naudoja daugiau vengimo įveikos strategiją pasižymi geresne su sveikata susijusia gyvenimo kokybe (Wilski, Gabryelski, Broła, & Tomasz, 2019). Emocinės įveikos strategijos taip pat gali būti apsauginis veiksnys. ypač jei vargu ar problema bus išspręsta. Tačiau kiti vengiantys susidoroti požiūriai, tokie kaip neigimas ir narkotikų vartojimas, dažnai yra mažiau naudingi ir yra susiję su impulsyvumu ir nerimo simptomais (Evans et al., 2015). Ypač sprendžiant lėtinės, nenuspėjamos ligos iššūkius, socialinė parama yra itin svarbi. Pavyzdžiui, pacientams, sergantiems sisteminė raudonaja vilklige, emocinė parama buvo susijusi su sumažėjusiu ligos aktyvumu ir žala ir teigiamai prisideda prie psichologinio funkcionavimo (Mazzoni & Cicognani, 2011). Be to, didesnė socialinė parama buvo siejama su geresne lėtinū ligų (pvz., diabeto) savikontrolė (Gallant, 2003) ir sumažėjusiu psichologiniu stresu ankstyviems reumatoidiniu artritu sergantiems pacientams (Benka et al., 2012).

Vengimo įveikos strategija yra labiau adaptyvi nei neadaptyvi, nes gali veikti ir kaip apsauginis veiksnys prisitaikymui prie ligos, tiek sergant IS ilgesnį laiką (Dennison et al., 2010; Mikula, Nagyova & Kokavcova, 2014; Mikula, Nagyova & Kokavcova, 2015), tiek labiau pirmuoju ligos periodu

(Bianchi et al., 2018; Dennison et al., 2010), be to, vengimo įveikos strategija prognozavo su geresnę psichikos sveikatą ir didesnę emocinę gerovę (Calandri, Graziano, Borghi & Bonino, 2017). Kalbant apie kitas įveikos strategijas, Brajkovic ir kt. (2009) taip pat parodė, kad įveikos strategijos, tokios kaip humoras, socialinė emocinė parama ir teigiamas interpretavimas, kurias naudoja žmonės su IS siejosi su mažesniu nerimu, depresija ir nuovargiu, o tarp socialinės paramos (ypatingai artimųjų) ir IS sergančiųjų psichikos sveikatos randamas stiprus ryšys (Rommer, Sühnel, König & Zettl, 2016; Shwart & Frohner, 2005).

Konkrečių įveikos strategijų ar jų rinkinio taikymas daugiausia priklauso nuo individų psichologinių išteklių, vienas iš jų – asmenybė. Kaip dalį savo asmenybės bruožų kai kurie asmenys turi vidinių savybių, leidžiančių jiems elgtis teigiamai, kai susidoroja su liga, demonstruoja atsparumą ir pertvarko savo gyvenimą, taip sukuriant naują požiūrį ir naujas vertybes. Būtent tokiu būdu asmenybės veiksniai gali turėti įtakos tam, kaip žmogus reaguoja į nepalankias situacijas, susijusias su žala, grėsme ar iššūkiu, kaip ir lėtinės ligos, tokios kaip išsėtinė sklerozė, atveju.

1.5.4. Įveikos strategijų sąsaja su asmenybės bruožais

Asmenybė taip pat turi įtakos tam, kaip žmogus susidoroja su stresiniais veiksniais, tokiais kaip lėtinė liga. Atlikti tyrimai leidžia suprasti, kad streso įveika yra gana reguliuojamas procesas, kuriam yra svarbūs žmogaus asmenybės bruožai ir nuo pačio asmens mąstymo, savybių bei patirties priklauso, ar stresas sukels grėsmę ir tai, kaip asmuo dorosis su kylančiais neigiamais jausmais (Connor-Smith & Fachsbart, 2007). Tyrimuose išryškėja tai, kad asmenybės bruožai yra vienas iš svarbių veiksnių, kurie leidžia ne tik dorotis su stresiniu įvykiu, bet ir įvertinti patiriamą streso lygį (Vollath & Targesen, 2000).

Jau prieš du dešimtmečius Bloger (1995) nustatė, kad asmenybė yra vienas iš pagrindinių veiksnių, turinčių įtakos psichologiniam funkcionavimui, galintis turėti įtakos tiek įveikos pasirinkimui (į problemą orientuota ar į emocijas), tiek įveikos efektyvumui. Svarbu pabrėžti, kad asmenybė gali tiesiogiai palengvinti arba apsunkinti streso įveiką. Connor-Smith ir Fachsbart, (2007) remdamiesi „Didžiojo Penketo“ teorija, nurodo, kad visi penki asmenybės bruožai nuspėja tam tikras įveikos strategijas. Pavyzdžiui, ekstraversija ir sąmoningumas nuspėja daugiau į problemų sprendimą orientuotas įveikos strategijas bei kognityvinį pertvarkymą; neurotiškumas nuspėja norų veikiamą mąstymą ir į emocijas orientuotą įveiką; ekstraversija bei neurotiškumas taip pat nuspėja paramos siekio įveikos strategiją. Vollath ir Targesen, (2000) daro išvadas, kad mažiau adaptyvūs asmenybės bruožai (pvz., *neurotiškumas*) yra susiję su padidėjusia įtemptų gyvenimo įvykių įtaka ir gali paversti asmenis jautriais patiriant neigiamas emocijas ir nusivylimą, o labiau adaptyvūs asmenybės bruožai (pvz., *ekstraversija* ir *sąmoningumas*) mažiau sąveikauja su kasdieniu stresu (Vollath & Targesen, 2000). Papildant, tyrimuose taip pat atskleidžiama, kad sąmoningumas ir ekstraversija yra susiję su į problemą

orientuota įveika, o atvirumas patirčiai gali būti susijęs su humoro vartojimu ir teigiamais persvarstymais. Priešingai, aukštas neurotiškumo lygis buvo siejamas su į emocijas orientuotos ir vengimo įveikos naudojimu (O'Brien & DeLongis, 1996). Kiti tyrėjai pažymi, kad didesnis neurotiškumo ir ekstraversijos išreikštumas labai siejami su aukšta psichologine gerove; sąžiningumas yra reikšmingai susijęs tiek su psichologine, tiek su emocine gerove. Sąžiningi asmenys pasižymi kompetencija, tvarka, pareigingumu, siekiu pasiekti rezultatų, disciplinuoti ir apgalvoti (McCrae & Costa, 2003).

Kalbant apie tyrimus, analizuojančius IS sergančiųjų naudojamų įveikos strategijų ir asmenybės bruožų ryšius, nustatyta, kad pacientai, sergantys IS, turintys labiau išreikštą neurotiškumo ir mažiau išreikštą ekstraversijos lygį, dažniau naudoja į emocijas orientuotą įveikos strategiją, taip pat šie pacientai demonstravo netinkamą sveikatos elgesį, pavyzdžiui, mažiau vartojo ligą modifikuojančius vaistus. (Rätsep, Kallasmaa, Pulver & Gross-Paju, 2000). Papildant, šiame tyrime buvo rasta, kad sergant IS, neurotiškumas reikšmingai koreliuoja su emocijų įveikos naudojimu, o sąmoningumas susijęs su į vengimą orientuota įveika. Goretta su bendraautoriais (2009) tyrinėjant sergančiųjų IS naudojamą įveikos strategijas rado, kad pacientai, sergantys IS, pirmiausia taikė vengimo strategijas, o į problemą orientuotos strategijos yra mažiau naudojamos. Autoriai taip pat nurodo, kad su įveikos strategijų tipo pasirinkimu susiję asmenybės bruožai yra gana įvairūs. Sąžiningumas ir ekstraversija buvo siejami su į problemą orientuotu susidorojimu, o atvirumas gali būti susijęs su humoro vartojimu ir teigiamu pakartotiniu įvertinimu. Taigi, tyrėjai pastebi, kad sergančiojo asmenybės bruožai yra reikšmingi veiksniai sudarantys pagrindą įveikos strategijų pasirinkimui, ir leidžia daryti prielaidą, kad svarbu tyrinėti kaip sergantieji naudoja įveikos strategijas tam, kad susidorotų su turima liga, taip pat ir su įvairiais kitais stresoriais.

Apibendrinant, remiantis literatūros analize, galima suprasti, kad IS liga yra lėtinė, sudėtinga ir nenuspėjama, neįgalinanti neurologinė būklė (Kokko, Tolvanen & Pulkkinen, 2013; Sav et al., 2015). Prisitaikymo prie ligos procese reikia įveikti ne tik kasdienius iššūkius ir stresą, reikia įveikti ir su liga susijusius veiksniai bei gydymo keliamą naštą, kas savo ruožtu prisideda prie psichologinės gerovės kokybės. Kartu asmenybės bruožai laikomi svarbiu veiksniumi prisidedant prie stresinių situacijų įveikimo (Dumitru & Cozman, 2012), kas daro įtaką naudojamoms įveikos strategijoms, o tai savo ruožtu gali turėti reikšmingos įtakos PG, ypač šioje srityje mažai tyrinėta sergančiųjų išsėtine skleroze imtyse.

Dėl sergančiųjų IS įveikos strategijų pasirinkimo keliamos prieštaringos prielaidos, todėl nėra iki galo aišku, kaip jos prisideda prie PG. Tyrimai atskleidžia, kad turimi asmenybės bruožai gali ne tik sudaryti pagrindą įveikos strategijų pasirinkimui, bet ir tiesiogiai veikti sergančiųjų PG, tačiau ši sritis nėra išsamiai ištyrinėta.

Literatūros analizė taip pat atskleidžia, kad daug veiksnių turi įtakos gydymo apkrovai ir patiriamos gydymo naštos vertinimas yra labai svarbi į asmenį orientuoto požiūrio dalis (Sav et al., 2015), todėl siekiama skatinti optimalius medicininius rezultatus ir psichosocialinę gerovę pacientams,

sergantiems lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip IS. Svarbu tai, kad mokslinėje srityje vis dar trūksta tyrimų, kuriuose būtų matuojama IS sergančiųjų patiriama gydymo našta, taip pat tyrimų, kurie matuotų sergančiųjų IS bendrą gerovę iš emocinės, psichologinės ir ypatingai socialinės gerovių perspektyvos, bei kokią reikšmę kartu su gydymo našta turi sergančiųjų naudojamos įveikos strategijos suvokiamai gerovei.

1.6. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas: išanalizuoti išsėtine skleroze sergančiųjų psichologinę gerovę prognozuojančius veiksnius, sergančiųjų išsėtine skleroze sociodemografinių charakteristikų, asmenybės, įveikos strategijų, gydymo naštos ir psichologinės gerovės ryšius.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti išsėtine skleroze sergančiųjų psichologinės gerovės, asmenybės bruožų, įveikos strategijų bei gydymo naštos sąsajas su sociodemografinėmis charakteristikomis ir ligos veiksniais.
2. Įvertinti išsėtine skleroze sergančiųjų naudojamų įveikos strategijų, asmenybės charakteristikų, psichologinės gerovės bei gydymo naštos sąsajas.
3. Įvertinti sergančiųjų IS asmenybės bruožų, gydymo naštos, naudojamų įveikos strategijų reikšmę prognozuojant psichologinę gerovę.

2. TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo dalyviai

Tyrimo naudojami duomenys, surinkti pateikus instrumentų rinkinį išsėtine skleroze sergantiems asmenims. Tyrimo buvo taikyta netikimybinė tikslinė atranka – tokia atranka pasirinkta dėl to, kad atsižvelgiant į tyrimo tikslą, reikalingi tik išsėtine skleroze sergantys asmenys. Tyrimo dalyvavo 64 žmonės, sergantys išsėtine skleroze, visi tiriamieji sudarė galutinę tyrimo imtį. Iš jų 11 vyrų (17,2 proc.), bei 53 moterys (82,8 proc.), amžiaus vidurkis siekė 39,03 metus ($SD=11,61$). Didžiąją dalį tyrimo imties sudarė moterys.

Tyrimo metu taip pat buvo surinkta bendra informacija apie sergančiųjų IS sveikatos būklę. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal diagnozuotos IS ligos formą nurodomas 2 lentelėje. Sudarytame tyrimo instrumente sociodemografiniai klausimai sudarė tokius kintamuosius: amžius, lytis, išsilavinimas, darbinė situacija, šeiminė padėtis. Taip pat tyrimo buvo renkama faktinė informacija apie išsėtinės sklerozės formą, išsėtinės sklerozės ligos trukmę bei prašoma atsakyti, ar tiriamieji taip pat turi ir kitų lėtinių ligų šalia turimos išsėtinės sklerozės. Galiausiai, atliekant tyrimą respondentų buvo taip pat prašoma įvertinti, kiek subjektyviai „sunki“ yra jų liga, t.y. kiek liga riboja galimybes atlikti kasdienes veiklas, vertinant nuo 0 iki 10 balų.

Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. *Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos*

		N	Proc.
Lytis	Vyras	11	17,2
	Moteris	53	82,8
Išsilavinimas	Nebaigtas vidurinis	1	1,6
	Vidurinis, profesinis	10	15,6
	Aukštasis neuniversitetinis, aukštesnysis	13	20,3
	Aukštasis universitetinis	40	62,5
Darbinis statusas	Esate samdomas(-a) arba savarankiškai dirbantis(-i) darbuotojas(-a)	44	68,8
	Mokotės arba studijujete	3	4,7
	Esate namų šeimininkas(-ė)	6	9,4
	Nedirbate dėl ligos ar negalios	11	17,2
	Šeiminė padėtis	Gyvenu su sutuoktiniu(-e)/partneriu(-e)	45
	Turiu sutuoktinį (-ę)/partnerį(-ę), bet gyvename atskirai	5	7,8
	Esu vienišas (-a)	9	14,1
	Esu išsiskyręs(-usi)/našlys(-ė)	5	7,8

1 lentelėje matyti, kad daugiau nei pusė tiriamųjų nurodė, kad turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą, trečdalis tiriamųjų nurodė turintys aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą, beveik ketvirtadalis tiriamųjų nurodė turintys vidurinį arba profesinį išsilavinimą ir tik 1 tiriamasis nurodė, kad nėra baigęs vidurinio išsilavinimo.

Beveik 70 proc. tiriamųjų nurodė, kad yra samdomas(-a) arba savarankiškai dirbantis(-i) darbuotojas(-a), 17,2 proc. nurodė, kad šiuo metu nedirba dėl savo turimos ligos ar negalios, 4,7 proc. tiriamųjų nurodė, kad mokosi arba studijuoja bei likę 4,7 proc. tiriamųjų – yra namų šeimininkai(-ės).

Didžioji dauguma tiriamųjų (70 proc.) gyvena su sutuoktiniu arba partneriu, 14 proc. tiriamųjų yra vieniši. Beveik 8 proc. tiriamųjų turi sutuoktinį arba partnerį, tačiau su juo negyvena bei beveik 8 proc. yra išsiskyrę arba našliai.

Daugiausiai (76,6 proc.) tiriamųjų diagnozuota recidyvuojanti-remituojanti išsėtinės sklerozės forma (2 lentelė). 17,6 proc. tiriamųjų serga pirmine progresuojančia išsėtine skleroze ir tik 6 proc. antrine progresuojančia išsėtinės sklerozės forma.

2 lentelė. *Tiriamiesiems diagnozuotos IS ligos forma*

Išsėtinės sklerozės forma	N	Proc.
Recidyvuojanti-remituojanti IS	49	76,6
Pirminė progresuojanti IS	11	17,2
Antrinė progresuojanti IS	4	6,3

Daugiau nei pusė tiriamųjų (59,4 proc.) nurodė, kad išsėtinė sklerozė jiems diagnozuota jau daugiau nei 5 metus (3 lentelė). Penktadaliui tiriamųjų (21,9 proc) nuo išsėtinės sklerozės diagnozavimo praėjo nuo 1 iki 3 metų, 7 tiriamiesiems nuo išsėtinės sklerozės diagnozavimo praėjo nuo 3 iki 5 metų, ir tik 5 tiriamiesiems išsėtinė sklerozė diagnozuota prieš mažiau nei vienerius metus.

3 lentelė. *Laiko trukmė nuo išsėtinės sklerozės diagnozavimo tiriamiesiems*

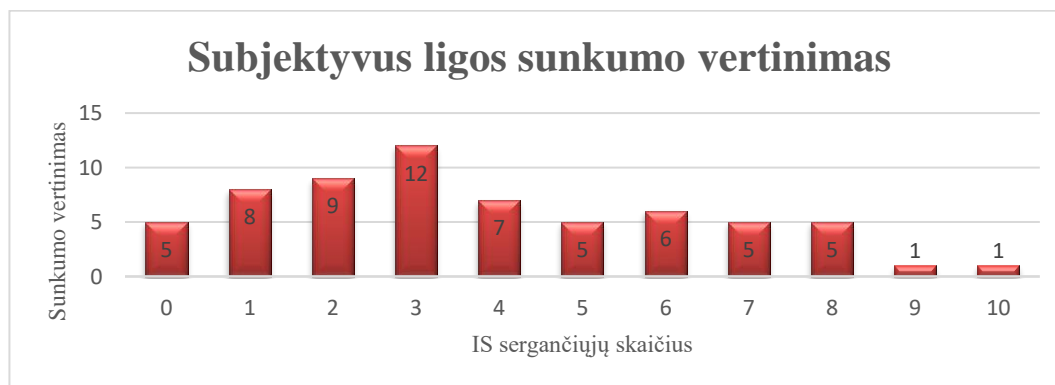
Ligos trukmė	N	Proc.
Iki 1 metų	5	7,8
Nuo 1 iki 3 metų	14	21,9
Nuo 3 iki 5 metų	7	10,9
5 metai ir daugiau	38	59,4

Kaip nurodyta 4 lentelėje, beveik 70 proc. tyrime dalyvavusių asmenų šalia išsėtinės sklerozės diagnozės kitų lėtinių ligų neturi, tačiau 31,3 proc. nurodė turintys ir kitų lėtinių ligų.

4 lentelė. *Tiriamiesiems diagnozuotos lėtinės ligos*

Kitos lėtinės ligos	N	Proc.
Turi ir kitų lėtinių ligų	20	31,3
Neturi kitų lėtinių ligų	44	68,8

Tiriamųjų subjektyvaus savo būklės (vertinant nuo 0 iki 10) įvertinimų pasiskirstymas pateiktas 1 diagramoje.



1 diagrama. *Subjektyvaus savo ligos sunkumo vertinimas*

2.2. Tyrimo instrumentai

Tyrimui atlikti buvo sudarytas bendras instrumentų rinkinys, kurį sudarė sociodemografinės informacijos (pateikiami klausimai prašant nurodyti faktinę informaciją apie amžių, lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį ir darbinę padėtį) bei ligos veiksmų (pateikiami klausimai prašant nurodyti faktinę informaciją apie ligos trukmę, IS formą bei subjektyviai įvertinti savo IS ligos „sunkumą“) anketos (2 priedas) ir keturi instrumentai: *Psichikos sveikatos kontinuumo klausimyno trumpoji forma* (MHC-SF), *Gydymo naštos klausimynas* (TBQ), „*Didžiojo Penketo*“ *asmenybės bruožų inventorių* (BFI) ir *Patobulintas keturių faktorių streso įveikos klausimynas*. Naudojamų instrumentų autorių leidimai buvo gauti tiek naudoti juos šio tyrimo tikslais tiek versti į lietuvių kalbą. Pirmą kartą Lietuvoje naudojamas *Gydymo naštos klausimynas*, todėl šiame tyrime buvo atliekama tiriančioji faktorių analizė siekiant įvertinti šio klausimyno konstrukto validumą.

2.2.1. Psichologinė gerovė

Pirmojoje dalyje, siekiant įvertinti gerovę, buvo pasirinkta **Psichikos sveikatos klausimyno trumpoji forma (MHC-SF)** (angl. *Brief Description of the Mental Health Continuum Short Form*; Keyes, 2009).

Paskirtis. MHC-SF – skirtas įvertinti tris gerovės sritis: emocinę, psichologinę ir socialinę geroves.

Struktūra. MHC-SF sudaro 14 teiginių, atspindinčių tris pagrindines gerovės sritis:

1. Emocinei gerovei atspindėti pasirinkti trys teiginiai, apimantys pozityvias emocines reakcijas į įvykius. Pvz., „Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį Jūs jautėte ar jautėtės...laimingas (-a)“.
2. Psichologinei gerovei – šeši teiginiai, apimantys teigiamą požiūrį į save, asmens gebėjimą sukurti pozityvius santykius su kitais, asmens meistriškumo jausmą, savarankiškumą bei orientaciją į ateitį. Pvz., „Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį Jūs jautėte ar jautėtės...kad gerai tvarkotės su savo atsakomybėmis gyvenime“.
3. Socialinei gerovei – penki teiginiai, atspindintys pozityvias nuostatas į kitus žmones, rūpinimąsi visuomene bei socialinės darnos ir integracijos jausmus. Pvz., „Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį Jūs jautėte ar jautėtės...kad mūsų visuomenė yra gera vieta, gyventi visiems žmonėms“.

Klausimyno teiginiai vertinami Likert tipo 6 balų skale nuo „*Niekada*“ iki „*Kiekvieną dieną*“, kai 0 reiškia „*Niekada*“, o 5 – „*Kiekvieną dieną*“ siekiant nustatyti, kaip dažnai buvo patiriami nurodyti gerovės požymiai per pastarąjį mėnesį.

Rezultatų vertinimas. Bendras balas vidurkinamas, subskalių įverčiai taip pat vidurkinami, kuo aukštesnis balas, tuo geriau vertinama bendra, emocinė, psichologinė arba socialinė gerovė. Šis gerovės vertinimo instrumentas yra laisvai prieinamas ir gali būti naudojamas be atskiro autorių sutikimo (Keyes, 2009). Šiame darbe naudojamas Jurgelionytės (2019) instrumento vertimas į lietuvių k.

Psichometrinės charakteristikos. Autoriai patvirtina geras psichometrines charakteristikas: Cronbach alpha rodikliai $> 0,80$ (Keyes, 2009), kiti autoriai nurodo nuo 0,88 iki 0,94 (Zamalijeva ir kt., 2015). Šio tyrimo imtyje skalių vidinis suderinamumas geras remiantis (Costello & Osborne, 2005). (5 lentelė).

5 lentelė. *Psichikos sveikatos klausimyno trumposios formos faktorių vidinio suderintumo rodikliai*

Faktorius	Cronbach α reikšmė
	Tyrimo imtis ($N = 64$)
Emocinė gerovė	0,919
Psichologinė gerovė	0,803
Socialinė gerovė	0,902
Bendras balas	0,962

2.2.2. Gydomo našta

Antroje sudaryto instrumento dalyje, siekiant įvertinti gydymo našta, buvo pateikiamas **Gydymo naštos klausimynas** (angl. *Burden of Treatment Questionnaire* (BTQ); Tran et al., 2019). Klausimynas sudarytas iš 15 teiginių, kurių kiekvienas teiginys vertinamas Likert tipo skale nuo 0, kai 0 reiškia „*Ne problema*“ iki 10, kai 10 reiškia „*Reikšminga problema*“.

Paskirtis. Klausymas yra skirtas įvertinti gydymo našta įvairioms sveikatos būklėms ir kontekstams, kuris yra vienintelė esama priemonė, matuojanti gydymo našta neribodama jos taikymo srities tik vienam gydymo kontekstui.

Struktūra. BTQ sudaro 15 klausimų, kurių kiekvienas atsakymas vertinamas nuo 0 iki 10, visi klausimai sudaro vieną bendrą konstrukta.

Rezultatų vertinimas. Bendras balas yra sumuojamas, kai didesnis surinktas skaičius reiškia didesnę gydymo našta; maksimalus balas – 150, minimalus – 0.

Psichometrinės charakteristikos. Klausimyno autoriai nurodo geras psichometrines charakteristikas: cronbach alpha $> 0,8$ (Tran et al., 2019). Siekiant patikrinti, ar šio tyrimo metu surinkti duomenys atitinka autorių pasiūloma 1 faktoriaus struktūrą, buvo atlikta tiriančioji faktorių

analizė su *Varimax* sukiniu. Duomenims FA laikoma tinkama, nes teiginiai sudarė vieną faktorių ir paaiškino 64,42 proc. duomenų sklaidos. Teiginių faktorių svoriai faktoriuje svyravo nuo 0,46 iki 0,81. Visi skalės teiginių faktorių svoriai yra pakankami remiantis autoriais, sakančiais, kad minimalus leistinas faktorių svoris yra 0,320 (Costello & Osborne, 2005). Faktorių svorių lentelė pateikiama prieduose (2 priedas). Be faktorių struktūros, šiame darbe buvo įvertintas Gydytojų naštos klausimyno patikimumas ir buvo apskaičiuoti vidinio suderinamumo Cronbach alpha koeficientai. Vidinio suderinamumo koeficientų įverčiai nurodyti 6 lentelėje.

6 lentelė. *Gydytojų naštos klausimyno vidinio suderinamumo rodikliai*

Faktorius	Cronbach alpha reikšmė
	Tyrimo imtis (N=64)
Gydytojų našta	0,899

Pastaba. α - vidinio suderinamumo koeficientas

Vertinant skalių patikimumą reikia atsižvelgti į tai, kad jei moksliniuose darbuose *Cronbach alfa* yra didesnė nei 0,70 – tada vertinama gerai (Pakalniškienė, 2012), todėl skalių ir subskalių vidinis suderinamumas šiame tyrime vertinamas kaip tinkamas (6 lentelė).

Leidimas versti instrumentą ir naudoti šiame darbe buvo gautas iš skalės autorių. Skalės vertimas buvo atliktas taikant komandinio vertimo (angl. *team approach*) metodą – du vertėjai nepriklausomai išverčia skalę iš anglų kalbos į lietuvių kalbą, po to abu vertimai sulyginami ir šitokiu būdu parenkamas galutinis variantas.

2.2.3. Asmenybės bruožai

Trečiojoje sudaryto instrumento dalyje, siekiant įvertinti asmenybės bruožus, pateiktas sutrumpintas „*Didžiojo Penketo*“ *asmenybės bruožų inventorius* (angl. *Big Five Inventory*, (BFI)) (John, Donahue & Kentle, 1991). Klausimyną sudaro 44 teiginiai, kurie vertinami 5 balų Likert tipo skalėje, kai 1 reiškia „*Visiškai nesutinku*“, o 5 – *Visiškai sutinku*.

Paskirtis. BFI – tai savistatos klausimynas, skirtas įvertinti asmenybės bruožų aspektus pagal Didžiojo Penketo teoriją.

Struktūra. BFI sudaro 44 teiginiai, 5 subskalės: *ekstraversijos, neurotiškumo, atvirumo patirčiai, sąmoningumo ir sutarumo*. Kiekvienas teiginys vertinamas Likert tipo skale nuo 1 iki 5, kai 1 reiškia „*Visiškai nesutinku*“, o 5 - „*Visiškai sutinku*“.

BFI sudaro penkios asmenybės dimensijos:

1. Ekstravertiškumo bruožas: apibūdinamas tarpasmeninių sąveikų dažnumu ir intensyvumu, aktyvumu, stimuliacijos poreikiu, sugebėjimu džiaugtis, optimizmu. Pvz., „Manau, kad esu...kalbus
2. Sutarumo bruožas: apibūdinamas užuojautos jausmu, pagalbos teikimu, altruizmu, teigiamu požiūriu į kitus asmenis. Pvz., „Manau, kad esu...paslaugus(-i) ir nesavanaudiškas(-a)“.
3. Sąmoningumo bruožas: apima polinkį būti organizuotam, punctualiam, orientuotam į pasiekimus ir patikimam. „Manau, kad esu...kruopštus“.
4. Atvirumo patirčiai bruožas: apibūdinamas aktyviu patirties ieškojimu įvairiose srityse, taip pat tolerancija naujiems reiškiniams ir jų tyrinėjimu; reiškia asmens socialinės harmonijos troškimą ir polinkį būti altruistišku ir empatišku. „Manau, kad esu...originalus(-i), turintis(-i) naujų idėjų“.
5. Neurotiškumo bruožas: apibūdinamas dažnu neigiamų emocijų (pvz., pykčio, gėdos, liūdesio, nerimo) patyrimu, polinkiu į psichologinį distresą, nerealistines idėjas, perdėtus troškimus ar potraukius bei mažiau adaptyvias įveikos strategijas. Pvz., „Manau, kad esu...prislėgtas(-a), liūdnas(-a)“.

Rezultatų vertinimas. Aukštesnis surinktas balas rodo stipresnį asmenybės bruožo išreikštumą. Klausimyno subskalių galimi maksimalūs įverčiai: ekstraversijos – 40 balų, neurotiškumo – 40 balų, atvirumo patirčiai – 50 balų, sąmoningumo – 45 balai ir sutarumo – 45 balai.

Psichometrinės charakteristikos. Klausimyno autoriai tyrimais patvirtina pakankamai geras psichometrinės klausimyno charakteristikas: tinkamą konstrukto ir diskriminantinį validumą, skalių vidinių suderintumo patikimumas – aukštas, Cronbach α suaugusiųjų imtyje nuo 0,75 iki 0,86 (Garnefski, Kraaij, 2007). Šio tyrimo imtyje skalių vidinis suderinamumas geras (7 lentelė).

7 lentelė. Didžiojo penketo trumposios formos faktorių vidinio suderintumo rodikliai

Faktorius	Cronbach alpha reikšmė
	Tyrimo imtis (N=64)
Ekstravertiškumas	0,816
Sutarumas	0,540
Sąmoningumas	0,560
Neurotiškumas	0,686
Atvirumas patirčiai	0,671

Pastaba. α - vidinio suderintumo koeficientas

Instrumentas yra lengvai prieinamas internete, autoriai leidžia naudoti skalę neatsiklausus leidimo.

2.2.4. Įveikos strategijos

Ketvirtojoje sudaryto klausimyno dalyje, siekiant įvertinti taikomas įveikos strategijas, pateiktas *Patobulintas keturių faktorių streso įveikos klausimynas* (Grakauskas, Valickas ir Želvienė, 2010).

PASKIRTIS. Klausimynas naudojamas norint nustatyti, kokį streso valdymo būdą dažniausiai renkasi tiriamieji.

STRUKTŪRA. Klausimyną sudaro keturios subskalės: problemų sprendimo, vengimo, socialinės paramos, emocinės iškvovos. Klausimyną sudaro 24 teiginiai, kiekvienas teiginys vertinamas 5 balų Likert tipo skale, kai 1 reiškia „*Niekada*“, o 5 – „*Visada*“, siekiant įvertinti, kaip paprastai asmuo elgiasi ir galvoja išgyvenant stresinę įvykį: nuo „*Paprastai aš taip visiškai nesielgiu*“ iki „*Aš taip elgiuosi dažnai*“. Išskiriamos keturios streso įveikos skalės, kurias apima po 6 teiginius:

1. Socialinės paramos skalė: atspindi su socialine parama susijusias streso įveikos strategijas. Pvz.: „Problemos sprendimo būdų ieškau kalbėdamasis su man artimais žmonėmis“; aukštesni subskalės įverčiai rodo didesnę socialinės paramos įveikos strategijos išreikštumą.
2. Problemų sprendimo: teiginiai yra susiję su į problemos sprendimą orientuotomis streso įveikos strategijomis, apima problemos analizę, sprendimo paiešką, sprendimo įgyvendinimo planavimą ir žinių, kurios galėtų padėti spręsti iškilusią problemą, kaupimą. Pvz., „Stengiuosi išsiaiškinti, ar probleminės situacijos nesukėlė mano pastangų stoka“; aukštesni subskalės įverčiai rodo didesnę problemų sprendimų įveikos strategijos išreikštumą.
3. Emocinės iškvovos: teiginiai atspindi bandymus įveikti stresinę situaciją ieškant kaltųjų ir išliejant susikaupusias neigiamas emocijas. Pvz., „Kritikuoju ir kaltinu kitus dėl atsiradusios problemos“; aukštesni subskalės įverčiai rodo didesnę emocinės iškvovos įveikos strategijos išreikštumą.
4. Vengimo: teiginiai susiję su psichologinio vengimo strategijomis, šiuo atveju įveikiant stresinę situaciją gali būti naudojami įvairūs dėmesio nukreipimo būdai arba teigiama situacijos interpretacija. Pvz., „Stengiuosi užsiimti kitais dalykais, kad negalvočiau apie patirtus sunkumus“; aukštesni subskalės įverčiai rodo didesnę vengimo įveikos strategijos išreikštumą.

REZULTATŲ VERTINIMAS. Subkalių balai sumuojami, didesnis balas reiškia didesnę įveikos strategijos išreikštumą.

PSICHOMETRINĖS CHARAKTERISTIKOS. Autoriai patvirtina pakankamai geras psichometrines charakteristikas: gauti geri vidinio suderinamumo (Cronbach alpha) rodikliai - socialinė parama ($\alpha = 0,864$), problemų sprendimas ($\alpha = 0,760$), emocinė iškvova ($\alpha = 0,692$), vengimas ($\alpha = 0,661$). Šio tyrimo imtyje skalių vidinis suderinamumas geras (8 lentelė).

8 lentelė. *Patobulinto streso įveikos klausimyno faktorių vidinio suderintumo rodikliai*

Faktorius	Cronbach alpha reikšmė	
	Tyrimo imtis (N=64) α	Originalaus tyrimo imtis (Grakauskas, Valickas ir Želvienė, 2010) α
Socialinė parama	0,803	0,864
Problemų sprendimas	0,755	0,760
Emocinė iškrova	0,640	0,692
Vengimas	0,741	0,661

Pastaba. α - vidinio suderintumo koeficientas

2.3 Tyrimo eiga

Tyrimo duomenys buvo renkami nuo 2021-12-01 iki 2022-03-01. Tyrimo duomenys renkami patalpinant sudarytą instrumentų rinkinį internetine klausimyno forma „Facebook“ socialinio tinklo platformos išsėtine skleroze sergančiųjų ir jų artimųjų grupėse. Tiriamųjų atranka – netikimybinė tikslinė. Klausimyno pildymo trukmė 10-15 min.

Prieš sudarytą tyrimo instrumentų rinkinį tiriamiesiems buvo suteikiama informacija nurodant tyrimo tikslą, užtikrinant surinktų duomenų konfidencialumą, tiriamųjų anonimiškumą. Gautas savanoriškas sutikimas iš kiekvieno tyrimo dalyvio (prašoma pažymėti apie savo sutikimą dalyvauti šiame tyrime dar prieš pradėdant pildyti sudarytą instrumentą), taip pat nurodomi tyrimo vykdytojai bei jų el. paštai norint susiekti kilius klausimams.

2.4 Duomenų analizė

Statistinei duomenų analizei buvo naudojamas SPSS 26 programinis paketas. Vertinant, ar surinkti duomenys atitinka normalumo kriterijus buvo gauta, kad pagal *Shapiro-Wilk* testą duomenys pasiskirsto normaliai, taip pat buvo remtasi asimetrijos koeficientu (angl. *skewness*) bei tikrinama grafiškai, ar yra Q-Q grafiko nuokrypių. Nustatyta, kad duomenų pasiskirstymas atitinka normalųjį skirstinį, išskyrus „Gydymo našta“ – šis kintamasis buvo transformuojamas, remiantis Pallant, (2003), tolimesnei tyrimo duomenų analizei pasirinkti parametriniai kriterijai. Naudojų skalių patikimumas įvertintas skaičiuojant vidinio suderintumo koeficientus Cronbach α , konstrukto validumas – atliekant tiriamąją faktorių analizę. Dviejų grupių palyginimams buvo naudotas *Stjudento t nepriklausomoms imtims* kriterijus, ryšiams tarp kintamųjų nustatyti buvo naudojamas *Pearson* koreliacijos koeficientas, o prognostinių ryšių įvertinimui – *Hierarchinė tiesinė* regresija. Rezultatai laikomi statistiškai reikšmingais kai reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

3. REZULTATAI

3.1. Sergančiųjų IS psichologinės gerovės, asmenybės bruožų, įveikos strategijų bei gydymo naštos ryšiai su sociodemografinėmis charakteristikomis ir ligos veiksniais

Pirmuoju tyrimo uždaviniu buvo siekiama atskleisti IS sergančiųjų psichologinės gerovės, asmenybės bruožų, įveikos strategijų bei gydymo naštos sąsajas su sociodemografinėmis charakteristikomis ir ligos veiksniais. Statistinei analizei ryšiams analizuoti buvo naudojamas *Pearson* koreliacijos koeficientas, grupių vidurkių palyginimams apskaičiuoti buvo pasirinkta taikyti *Nepriklausomų imčių Studento t* testą.

Atliekant statistinę analizę tiriamųjų sociodemografiniai bei ligos veiksnių duomenys buvo suskirstyti į didesnes grupes. Darbinio statuso grupės suskirstytos į dirbančius ($n = 44$) ir nedirbančius ($n = 20$) IS sergančius asmenis, IS ligos formos grupės suskirstytos į recidyvuojančios-remituojančios ($n = 49$) ir progresuojančios ($n = 15$) formų grupes, sirgimo trukmės grupės suskirstytos į sergančių nuo 0 iki 3 metų ($n = 18$) ir nuo 3 metų ($n = 46$). Į analizę nebuvo įtraukti lyties, išsilavinimo, šeimyninės padėties kintamieji dėl netinkamų tiriamųjų proporcijų pasiskirstymo.

Pirmiausia buvo siekiama įvertinti ryšius tarp sergančiųjų IS amžiaus ir tyrimo kintamųjų. Apžvelgus atliktos analizės rezultatus matyti, kad sergančiųjų IS amžius neturi sąsajų su socialinės gerovės lygiu ($r = -0,025$, $p = 0,845$) ar gerovę sudarančiais faktoriais: emocine gerove ($r = -0,067$, $p = 0,601$), psichologine gerove ($r = 0,008$, $p = 0,951$), socialine gerove ($r = -0,027$, $p = 0,832$) (**4 priedas**). Taip pat randama, kad šiame tyrime sergančiųjų amžius neturi statistiškai reikšmingo ryšio su naudojamomis įveikos strategijomis: socialine parama ($r = 0,025$, $p = 0,847$), problemų sprendimu ($r = -0,032$, $p = 0,804$), emocine iškrova ($r = -0,153$, $p = 0,228$) ir vengimu ($r = 0,189$, $p = 0,134$) (**5 priedas**). Reikšmingas ryšys nerastas ir tarp tiriamųjų amžiaus bei asmenybės savybių: ekstravertiškumo ($r = -0,159$, $p = 0,209$), sutarumo ($r = 0,063$, $p = 0,619$), sąmoningumo ($r = -0,132$, $p = 0,299$), neurotiškumo ($r = -0,202$, $p = 0,109$), atvirumo patirčiai ($r = -0,109$, $p = 0,390$) bei gydymo naštos ($r = 0,077$, $p = 0,547$) (**6 ir 7 priedai**). Taigi, iš gautų rezultatų galima teigti, kad šios imties sergančiųjų IS amžius neturi ryšio su tyrime matuojamais kintamaisiais ir jokios įtakos nedaro.

Lyginant dirbančius ir nedirbančius IS sergančiuosius, randami statistiškai reikšmingi skirtumai tarp bendro gerovės įvertinio ir dviejų gerovės konstrukčių: psichologinės gerovės bei socialinės gerovės (**11 lentelė**). Žvelgiant į bendro gerovės įvertinio skirtumus, matyti, kad dirbantys IS sergantys asmenys pasižymi didesniu bendru gerovės lygiu, nei nedirbantys taip pat dirbantys pasižymi didesne psichologine ir socialine gerove, lyginant juos su nedirbančiais IS sergančiais asmenimis (**11 lentelė**). Verta paminėti ir tai, kad tiek dirbantys, tiek nedirbantys IS sergantieji pasižymi panašia emocine gerove. Tokie gauti rezultatai reiškia, kad šios imties dirbantys bei nedirbantys IS sergantieji pasižymi

skirtingu gerovę sudarančių dviejų faktorių (psichologinės bei socialinės gerovės) lygiu, bet panašiu emocinės gerovės lygiu.

11 lentelė. Dirbančių ir nedirbančių IS sergančiųjų gerovės sričių vidurkių palyginimas

Gerovės sritis	Dirbantys (n = 44)	Nedirbantys (n = 20)	t	df	p
	M (SD)	M (SD)			
Emocinė gerovė	2,90 (1,27)	2,37 (1,18)	1,59	62	0,117
Psichologinė gerovė	2,47 (1,21)	1,66 (1,16)	2,50	62	0,015
Socialinė gerovė	2,83 (1,27)	2,10 (1,17)	2,17	62	0,034
Bendra gerovė	2,71(1,15)	2,00 (1,09)	2,33	62	0,023

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

Analizuojant skirtumus tarp dirbančių ir nedirbančių IS sergančiųjų ir jų asmenybės bruožų, nėra randamas skirtumas tarp grupių (**8 priedas**). Tai reiškia, kad tiek dirbantys, tiek nedirbantys IS sergantieji pasižymi panašiu asmenybės savybių išreikštumu: ekstraversija (dirbančių $M = 3,12$ $SD = 0,82$, nedirbančių $M = 3,11$, $SD = 0,59$), sutarumas (dirbančių $M = 3,65$, $SD = 0,52$, nedirbančių $M = 3,57$, $SD = 0,46$), sąmoningumas (dirbančių $M = 3,47$, $SD = 0,51$, nedirbančių $M = 3,23$, $SD = 0,47$), neurotiškumas (dirbančių $M = 3,37$, $SD = 0,81$, nedirbančių $M = 3,36$, $SD = 0,57$), atvirumas patirčiai (dirbančių $M = 3,25$, $SD = 0,60$, nedirbančių $M = 3,27$, $SD = 0,60$). Taip pat skirtumai nebuvo rasti analizuojant skirtumus tarp dirbančių ir nedirbančių IS sergančiųjų gydymo naštos (dirbančių $M = 1,46$, $SD = 0,39$, nedirbančių $M = 1,61$, $SD = 0,21$) (**9 priedas**) bei naudojamų įveikos strategijų: socialinės paramos (dirbančių $M = 3,19$ $SD = 0,84$, nedirbančių $M = 3,27$, $SD = 0,97$), problemų sprendimo (dirbančių $M = 3,48$, $SD = 0,67$, nedirbančių $M = 3,32$, $SD = 0,84$), emocinės iškvos (dirbančių $M = 2,09$, $SD = 0,64$, nedirbančių $M = 1,98$, $SD = 0,70$), vengimo (dirbančių $M = 3,26$, $SD = 0,72$) (**10 priedas**). Taigi, gauti rezultatai leidžia daryti išvadą, kad lyginant IS sergančiuosius pagal darbinį statusą, reikšmingų skirtumų tarp emocinės gerovės lygio, asmenybės bruožų, įveikos strategijų ar gydymo naštos nėra, dirbantys ir nedirbantys tiriamieji pasižymi panašiais minėtų kintamųjų lygiais.

Lyginant skirtingomis IS formomis sergančių tiriamųjų skirtumus tarp psichologinės gerovės, asmenybės savybių, naudojamų įveikos strategijų bei gydymo naštos, reikšmingų skirtumų taip pat nebuvo nustatyta (**11 priedas, 12 priedas, 13 priedas, 14 priedas**). Tokie rezultatai parodo, kad nepriklausomai nuo IS ligos formos (ar sergama recidyvuojančia-remituojančia ar progresuojančia) šio tyrimo sergantieji suvokia savo psichologinę gerovę panašiai, taip pat nesiskiria ir jų asmenybės bruožai, naudojamas įveikos strategijas bei gydymo našta.

Analizuojant skirtumus tarp skirtingos IS sirgimo trukmės grupių ir psichologinės gerovės, asmenybės savybių, naudojamų įveikos strategijų bei gydymo naštos, randama, kad skirtumų tarp

minėtų grupių nenustayta (**15 priedas, 16 priedas, 17 priedas, 18 priedas**). Tai reiškia, kad šios imties tiriamieji, tiek tie, kuriems IS diagnozuota santykinai neseniai (iki 3 metų), tiek ilgiau su savo liga gyvenantys tiriamieji (IS diagnozuota prieš daugiau nei 5 metus) pasižymi panašiu psichologinės gerovės lygiu, turimomis asmenybės savybėmis, patiriama gydymo našta bei naudojamomis įveikos strategijomis.

Lyginant turinčius kitų lėtinių ligų ir neturinčius tiriamųjų skirtumus tarp psichologinės gerovės, asmenybės savybių, naudojamų įveikos strategijų bei suvokiamos gydymo naštos įverčių, statistiškai reikšmingų skirtumų taip pat nenustatyta (**19 priedas, 20 priedas, 21 priedas, 21 priedas, 22 priedas**), išskyrus vienintelį neurotiškumo asmenybės bruožą (neturinčių $M = 3,50$, $SD = 0,72$, turinčių $M = 3,08$, $SD = 0,71$) (**21 priedas**). Toks rezultatas rodo, kad sergantys IS ir turintys kitų lėtinių ligų bei neturintys kitų lėtinių ligų pasižymi panašiu psichologinės gerovės lygmeniu, panašiu ekstravertiškumo, sutarumo, sąmoningumo, atvirumo patirčiai lygiu, naudoja panašias įveikos strategijas bei panašiai suvokia patiriamą gydymo našta, tačiau skiriasi jų neurotiškumo lygis: didesniu neurotiškumu pasižymi neturintys kitų lėtinių ligų asmenys.

Analizuojant sąsajas tarp sergančiųjų IS subjektyvaus savo būklės vertinimo ir bendro gerovės įverčio ($r = -0,216$, $p = 0,086$) ir atskirų gerovės dimensijų – emocinės gerovės ($r = -0,235$, $p = 0,061$), psichologinės gerovės ($r = -0,135$, $p = 0,286$), socialinės gerovės ($r = -0,238$, $p = 0,058$) reikšmingo ryšio nebuvo rasta (**23 priedas**). Taip pat reikšmingas ryšys nebuvo rastas tarp tiriamųjų subjektyvaus savo būklės vertinimo ir asmenybės bruožų: ekstravertiškumo ($r = -0,151$, $p = 0,234$), sutarumo ($r = -0,053$, $p = 0,679$), sąmoningumo ($r = -0,112$, $p = 0,376$), neurotiškumo ($r = 0,115$, $p = 0,365$) ir atvirumo patirčiai ($r = -0,157$, $p = 0,217$) (**24 priedas**). Analizė atskleidė, kad subjektyvus savo būklės vertinimas neturi reikšmingo ryšio su įveikos strategijomis: socialine parama ($r = 0,077$, $p = 0,547$), problemų sprendimu ($r = -0,069$, $p = 0,589$), emocine iškrova ($r = 0,051$, $p = 0,688$) ir vengimu ($r = 0,040$, $p = 0,755$) (**25 priedas**). Reikšmingos sąsajos šioje tyrimo imtyje taip pat nerandama tarp tiriamųjų subjektyvaus savo būklės vertinimo ir gydymo naštos ($r = 0,222$, $p = 0,081$) (**26 priedas**). Tokie rezultatai leidžia teigti, kad šiame tyrime dalyvaujančių tiriamųjų subjektyvus savo ligos sunkumas vertinimas nesisieja su bendra gerove ir ją sudarančių faktorių lygiu, asmenybės bruožais, naudojamomis įveikos strategijomis, taip pat galima teigti, kad subjektyvus savo būklės vertinimas neleidžia daryti prielaidų apie sunkesnę ar lengvesnę patiriamą gydymo našta.

Apibendrinant gautus rezultatus, galima teigti, kad sergančiųjų IS amžius neturi ryšio nei su psichologine gerove, nei su tiriamųjų naudojamomis įveikos strategijomis, asmenybės bruožais ar gydymo našta. Buvo nustatyti reikšmingi skirtumai tarp dirbančių ir nedirbančių sergančiųjų psichologinės ir socialinės gerovės lygių, tačiau tarp dirbančių ir nedirbančių asmenybės bruožų, gydymo naštos, įveikos strategijų skirtumų nėra. Taip pat, analizėje nebuvo nustatyta reikšmingų sąsajų su skirtingomis IS formomis, sirgimo trukme, lėtinių ligų turėjimu bei subjektyvaus savo būklės vertinimo ir tyrimo kintamųjų.

3.2 Sergančiųjų IS psichologinės gerovės, įveikos strategijų, asmenybės charakteristikų bei gydymo naštos sąsajos

Antruoju šio tyrimo uždaviniu buvo siekiama atskleisti IS sergančiųjų naudojamų įveikos strategijų, asmenybės charakteristikų, gerovės aspektų bei gydymo naštos sąsajas. Statistinei duomenų analizei siekiant išsiaiškinti ryšius tarp kintamųjų buvo naudojamos *Pearson* koreliacijos koeficientas.

Analizuojant ryšius tarp IS sergančiųjų bendro gerovės lygio ir jos trijų dimensių (emocinės, psichologinės ir socialinės gerovių) bei asmenybės bruožų, gauti rezultatai atskleidžia, kad tiriamųjų ekstravertiškumo, neurotiškumo ir atvirumo patirčiai bruožai yra statistiškai reikšmingai susiję su bendru gerovės lygiu bei atskirais psichologinės gerovės konstrukto įverčiais (**12 lentelė**). Ekstravertiškumas turi teigiamą reikšmingą ryšį tiek su bendru gerovės lygiu, tiek su atskiromis gerovės dalimis: su emocine gerove, psichologine gerove ir socialine gerove, su pastarąja randamas stipriausias ryšys. Taip pat, atvirumo patirčiai asmenybės bruožas šioje imtyje teigiamai siejasi su emocine gerove, psichologine gerove, socialine gerove bei bendru gerovės lygiu. Tiriamųjų neurotiškumo asmenybės bruožas neigiamai siejasi su emocine gerove ir socialine gerove. Svarbu paminėti ir tai, kad stipriausias ryšys šioje analizėje (**12 lentelė**) randamas tarp ekstravertiškumo bruožo ir bendro gerovės lygmens. Kiti asmenybės bruožai (sutarumas ir sąmoningumas) šios imties sergantiesiems IS reikšmingų ryšių su bendra gerove ir jos dimensijomis neturi (**12 lentelė**). Atlikta statistinė analizė leidžia teigti, kad kuo didesniu ekstravertiškumu arba atvirumu patirčiai pasižymi šios imties tiriamieji, tuo didesnė jų gerovė, bet kuo didesnis tiriamųjų neurotiškumas tuo mažesnė jų emocinė arba socialinė gerovė.

12 lentelė. Gerovės dimensių ir asmenybės bruožų koreliacijos koeficientai

	Emocinė gerovė	Psichologinė gerovė	Socialinė gerovė	Bendra gerovė
Ekstravertiškumas	0,470**	0,372**	0,512**	0,488**
Sutarumas	0,064	0,090	0,71	0,082
Sąmoningumas	0,241	0,037	0,132	0,131
Neurotiškumas	- 0,287*	-0,138	- 0,267*	- 0,243
Atvirumas patirčiai	0,325**	0,335**	0,402**	0,389**

Pastaba, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Toliau statistinėje analizėje buvo analizuojami ryšiai tarp tiriamųjų naudojamų įveikos strategijų ir psichologinės gerovės. Rezultatai pateikiami 13 lentelėje. Analizė atskleidė, kad socialinės paramos strategijos dažnesnis naudojimas teigiamai reikšmingai siejasi su bendru gerovės lygiu, emocine gerove, psichologine gerove bei svarbu pažymėti tai, kad socialinės paramos stipriausias randamas ryšys su socialine gerove ($r = 0,578$, $p < 0,01$). Tai reiškia, kad kuo daugiau tiriamieji naudoja socialinės

paramos įveikos strategiją, tuo didesnė tampa jų bendra gerovė bei kartu ir atskiros jos dalys: emocinė, psichologinė ir labiausiai išryškėjanti socialinė gerovė.

Problemų sprendimo įveikos strategija turi teigiamą sąsają taip pat su bendru gerovės lygiu, emocine gerove, psichologine gerove ir socialine gerove, verta pažymėti, kad problemų sprendimas didžiausią reikšmingą ryšį turi su bendru gerovės lygiu. Tokie rezultatai rodo, kad kuo tiriamieji yra labiau linkę taikyti problemų sprendimo įveikos strategiją, tuo didesne psichologine gerove jie pasižymi: tiek bendru gerovės lygiu, tiek atskiromis jos dalimis (emocine, psichologine ir socialine gerove), bei atvirkščiai.

Vengimo įveikos strategija teigiamai siejasi su bendru gerovės lygiu ir emocine, psichologine, socialine gerove. Gauti rezultatai leidžia teigti, kad kuo labiau tiriamieji naudoja vengimo įveikos strategiją, tuo didesne gerove jie pasižymi, taip pat ir atvirkščiai.

Emocinės iškvos įveikos strategija turi teigiamą ryšį tik su viena iš trijų bendro gerovės konstrukto dalimi: psichologine gerove ($r = 0,283, p < 0,05$), taip pat ir su bendru gerovės lygiu, o su likusiomis psichologinės gerovės konstrukto dalimis statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta. Tai reiškia, kad daugiau emocinės iškvos įveikos strategiją naudojantys tiriamieji pasižymi ir didesniu bendru gerovės lygmeniu, bet ne emocine ar socialine gerove. Taip pat svarbu paminėti, kad emocinės iškvos įveikos strategijos gauti reikšmingi ryšiai yra silpnesni nei su kitomis strategijomis.

13 lentelė. Gerovės dimensijų ir streso įveikos strategijų koreliacijos koeficientai

Įveikos strategijos	Emocinė gerovė	Psichologinė gerovė	Socialinė gerovė	Bendra gerovė
Socialinė parama	0,538**	0,480**	0,578**	0,575**
Problemų sprendimas	0,424**	0,411**	0,424**	0,451**
Emocinė iškrova	0,154	0,283*	0,225	0,247*
Vengimas	0,463**	0,426**	0,509**	0,505**

Pastaba, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Analizuojant sąsajas tarp IS sergančiųjų gerovės dimensijų ir gydymo naštos, randami statistiškai reikšmingi neigiami ryšiai (14 lentelė). Tiriamųjų gydymo našta neigiamai siejasi su bendru gerovės lygiu ir su atskiromis gerovės dimensijomis: emocine, psichologine, socialine gerovėmis. Gauti rezultatai atskleidžia, kad kuo didesnę gydymo našta patiria IS sergantieji, tuo labiau sumažėja jų gerovė: tiek bendra, tiek atskiros jos dimensijos. Taip pat ir atvirkščiai – jei tiriamieji gydymo našta yra linkę traktuoti kaip mažesnę, tuo didesnė tampa jų psichologinė gerovė.

14 lentelė. Gerovės dimensių ir gydymo naštos koreliacijos koeficientai

	Emocinė gerovė	Psichologinė gerovė	Socialinė gerovė	Bendra gerovė
Gydymo našta	-0,289*	-0,266*	-0,361**	-0,336**

Pastaba, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Toliau analizuojamos tiriamųjų įveikos strategijų ir asmenybės bruožų sąsajos (**15 lentelė**). Analizėje randama, kad socialinės paramos įveikos strategija statistiškai reikšmingai teigiamai siejasi su ekstravertiškumu, sutarumu ir atvirumu patirčiai. Problemų sprendimo įveikos strategija statistiškai reikšmingai siejasi su ekstravertiškumu ir atvirumu patirčiai, emocinės iškvos įveikos strategija su neurotiškumu, o vengimo įveikos strategija su atvirumu patirčiai. Stipriausias ryšys randamas tarp atvirumo patirčiai asmenybės bruožo ir vengimo įveikos strategijos, o sąmoningumo asmenybės bruožas šioje statistinėje analizėje reikšmingų ryšių neturi su sergančiųjų naudojamomis įveikos strategijomis (**15 lentelė**).

Tokie rezultatai atskleidžia, kad kuo stipriau išreikštas ekstravertiškumas, sutarumas arba atvirumas patirčiai, tuo labiau sergantys IS yra linkę naudoti socialinės paramos įveikos strategiją. Taip pat, rezultatai rodo, kad kuo stipriau išreikšti ekstravertiškumo ir atvirumo patirčiai asmenybės bruožai, tuo labiau IS sergantysis yra linkęs naudoti problemų sprendimo įveikos strategiją. Rezultatai taip pat atskleidžia, kad IS sergantieji, kurie pasižymi ir labiau išreikštu neurotiškumu, kurtu yra labiau linkę naudoti emocinės iškvos įveikos strategiją. Galiausiai, jei IS sergantysis labiau naudoja vengimo įveikos strategiją, kartu turi ir labiau išreikštą atvirumo patirčiai bruožą, ir atvirkščiai – jei asmuo yra linkęs mažiau naudoti vengimo įveikos strategiją, tikėtina, kad turi ir mažiau išreikštą atvirumo patirčiai bruožą.

15 lentelė. Įveikos strategijų ir asmenybės bruožų koreliacijos koeficientai

	Socialinė parama	Problemų sprendimas	Emocinė iškvos	Vengimas
Ekstravertiškumas	0,354**	0,264*	0,116	0,228
Sutarumas	0,286*	0,043	-0,203	0,179
Sąmoningumas	0,016	0,187	-0,131	0,098
Neurotiškumas	-0,152	-0,230	0,356**	-0,226
Atvirumas patirčiai	0,268*	0,425**	-0,062	0,514**

Pastaba, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Analizuojant ryšius tarp sergančiųjų įveikos strategijų ir gydymo naštos (**16 lentelė**), randama, kad vienintelė įveikos strategija, kuri turi statistiškai reikšmingą ir teigiamą ryšį su tiriamųjų gydymo našta, yra emocinė iškvos ($r = 0,287$, $p < 0,05$). Tarp kitų tyrime matuojamų įveikos strategijų (socialinės

paramos, problemų sprendimo ir vengimo) bei gydymo naštos statistiškai reikšmingų ryšių nebuvo rasta (**16 lentelė**). Tai reiškia, kad šiame tyrime dalyvavę sergantieji, kuo labiau linkę naudoti emocinės iškvos įveikos strategiją, tuo sunkesnę gydymo našta jaučia. Taip pat ir atvirksčiai – kuo mažesnę gydymo našta jaučia, tuo yra mažiau linkę naudoti emocinės iškvos strategiją.

16 lentelė. Įveikos strategijų ir gydymo naštos koreliacijos koeficientai

	Socialinė parama	Problemų sprendimas	Emocinė iškvos	Vengimas
Gydymo našta	-0,015	0,161	0,287*	0,133

Pastaba, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Galiausiai, atliktoje statistinėje analizėje taip pat randama, kad sergančiųjų IS gydymo našta turi statistiškai reikšmingą teigiamą ryšį su vieninteliu iš penkių tyrime matuojamų asmenybės bruožų – neurotiškumu ($r = 0,300$, $p < 0,01$) (**17 lentelė**). Rezultatas rodo, kad sergantieji, kuriems yra labiau išreikštas neurotiškumas, yra linkę jausti didesnę gydymo našta.

17 lentelė. Gydymo naštos ir asmenybės bruožų koreliacijos koeficientai

	Ekstravertiškumas	Sutarumas	Sąmoningumas	Neurotiškumas	Atvirumas patirčiai
Gydymo našta	-0,067	-0,007	-0,133	0,300*	-0,039

Pastaba, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Apibendrinant atliktą statistinę analizę, gauti rezultatai leidžia spręsti, kad sergančiųjų IS trys iš penkių matuojamų (ekstravertiškumas, neurotiškumas ir atvirumas patirčiai) asmenybės bruožų turi ryšį tiek su bendru gerovės lygiu, tiek su jų sudarančiais faktoriais (emocine, psichologine, socialine gerovėmis), stipriausias ryšys randamas tarp socialinės gerovės ir ekstravertiškumo. Tiriamųjų socialinė parama, problemų sprendimas ir vengimas teigiamai siejasi su gerovės faktoriais, emocinės iškvos įveikos strategija – tik su psichologine gerovės faktoriumi, o stipriausias ryšys randamas socialinės paramos ir socialinės gerovės. Gydymo našta taip pat turi reikšmingą, bet neigiamą ryšį su visomis gerovės dimensijomis, stipriausiai – su socialine gerove.

Tyrime nagrinėjami konstruktai siejasi ne tik su gerovės dimensijomis, bet ir tarpusavyje. Sergančiųjų IS ekstravertiškumo asmenybės bruožas teigiamai siejasi su socialine parama ir problemų sprendimu, sutarumas su socialine parama, neurotiškumas su emocine iškvos, o atvirumas patirčiai tiek su socialine parama, tiek su problemų sprendimu ir vengimu. Stipriausias ryšys randamas tarp atvirumo patirčiai ir vengimo įveikos strategijos. Gydymo našta turi teigiamą ryšį su emocinės iškvos įveikos strategija bei tiriamųjų neurotiškumo asmenybės bruožu.

3.3 Sociodemografinių, sveikatos būklės, gydymo naštos, asmenybės bruožų ir įveikos strategijų reikšmė sergančiųjų IS psichologinei gerovei ir jos faktoriams

Trečiu uždaviniu buvo siekiama įvertinti sergančiųjų IS asmenybės bruožų, gydymo naštos, naudojamų įveikos strategijų reikšmę prognozuojant psichologinę gerovę, tam buvo atliekamos hierarchinės tiesinės regresinės analizės ir nustatoma, kokią dalį bendro gerovės konstrukto ir jį sudarančių faktorių įverčių variacijos gali prognozuoti skirtingos kintamųjų grupės, kuomet atsižvelgiama į demografinius ir sveikatos būklės aspektus.

Analizuojant duomenis, priklausomais kintamaisiais buvo bendras gerovės įvertis bei ją sudarančių išskirtų faktorių (emocinės, psichologinės bei socialinės gerovių) įverčiai, o nepriklausomi kintamieji buvo blokais įtraukiami į regresinį modelį: pirmiausia įtraukiama demografinių kintamųjų grupė, tada ligos veiksmų grupė, vėliau asmenybės bruožų grupė, tada gydymosi našta ir galiausiai įveikos strategijų veiksmų grupė.

Apžvelgiant rezultatus, pirmiausia buvo atliekama hierarchinė tiesinė regresija, kada prognozuojamasis kintamasis buvo bendras gerovės įvertis. Iš gautų rezultatų (18 lentelė) matyti, kad sociodemografiniai veiksniai paaiškina beveik 9 proc. visų bendros gerovės duomenų sklaidos, tačiau bendrai modelis nėra reikšmingas.

Antrajame žingsnyje buvo pridodamas sveikatos būklės veiksmų blokas, prognostinis reikšmingumas padidėja iki 13,3 proc., tačiau reikšmingų prediktorių neišryškėja, o modelis išlieka nereikšmingas. Trečiajame žingsnyje buvo pridodami asmenybės bruožai, modelio prognostinis tikslumas padidėja ir prideda 27,2 proc., bendrai šiame modelyje sociodemografiniai, ligos bei asmenybės bruožų kintamieji paaiškina 40,4 proc. bendros gerovės įverčio duomenų sklaidos, gautas padidėjimas yra reikšmingas (R^2 pokytis = 0,27, F pokytis = 4,57, p = 0,002) ir vienas asmenybės bruožas – ekstravertiškumas – tampa reikšmingu prediktoriumi (β = 0,387, p < 0,01). Rezultatas leidžia teigti, kad kuo labiau sergantisysis pasižymi ekstravertiškumo bruožu, tuo didesnis jo bendras gerovės lygis.

Ketvirtajame hierarchinės tiesinės regresijos žingsnyje pridėjus gydymo naštą, modelio paaiškinamumo procentas padidėja labai nežymiai (2,5 proc.) ir nereikšmingai (R^2 pokytis = 0,025, F pokytis = 2,16, p = 0,148), bendrai šis modelis paaiškina 43,0 proc., tačiau įvedus gydymo naštos kintamąjį naujų reikšmingų prediktorių neatsirado, o ekstravertiškumo bruožas vis dar išliko reikšmingu.

Galiausiai, papildžius penktą modelį įveikos strategijomis, nauji kintamieji modelio prognostiniam tikslumui pridėjo 22,1 proc., bendrai paskutinis modelis susidedantis iš sociodemografinių, ligos, asmenybės bruožų, gydymo naštos bei įveikos strategijų paaiškina 65 proc. bendro gerovės lygio duomenų sklaidos. Šiame modelyje dvi įveikos strategijos išryškėja kaip reikšmingi psichologinės gerovės prediktoriai: socialinė parama (β = 0,426, p < 0,01) ir vengimas (β =

0,274, $p < 0,05$), o ekstravertiškumas tampa nebereikšmingu kintamuoju. Šis rezultatas rodo, kad sergančiųjų IS socialinės paramos arba vengimo įveikos strategijos reikšmingai prognozuoja didesnę bendrą gerovės lygį.

Apibendrinant rezultatus, nustatyta, kad net kai kontroliuojami sociodemografiniai bei ligos veiksniai, kartu į modelį įtraukus asmenybės matavimus ir gydymo našumą, sergančiųjų IS naudojamos įveikos strategijos - socialinė parama bei vengimo įveikos strategijos - leidžia reikšmingai prognozuoti sergančiųjų bendrą gerovės įvertį.

18 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant IS sergančiųjų bendrą gerovę

<i>Bendrą gerovės lygį nuspėja</i>	1 modelis	2	3 modelis	4 modelis	5 modelis	
	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	
Sociodemografiniai veiksniai						
Lytis	-0,128	-0,128	-0,078	-0,036	-0,118	
Amžius	0,016	0,168	0,234	0,244	0,083	
Darbinė situacija	-0,276*	-0,167	-0,212	-0,169	-0,160	
Ligos veiksniai						
IS forma		0,118	-0,002	0,024	0,021	
Sirgimo trukmė		-0,060	-0,029	0,023	0,109	
Kitos lėtinės ligos		-0,088	-0,113	-0,094	0,063	
Subjektyvus ligos sunkumo vertinimas		-0,219	-0,102	-0,118	-0,213	
Asmenybės bruožai						
Ekstravertiškumas			0,387*	0,359**	0,185	
Sutarumas			-0,033	-0,015	-0,131	
Sąmoningumas			0,089	0,094	0,041	
Neurotiškumas			0,016	0,099	0,054	
Atvirumas patirčiai			0,255	0,280	0,081	
Gydymo našta						
				-0,195	-0,224	
Įveikos strategijos						
Socialinė parama					0,426**	
Problemų sprendimas					-0,033	
Emocinė iškrova					0,076	
Vengimas					0,274*	
	R²	0,089	0,133	0,404	0,430	0,650
	F	1,929	1,200	2,830*	2,839**	4,926***

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir ligos veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, ligos veiksniai ir gydymo našta; 4 modelis - sociodemografiniai, ligos veiksniai, gydymo našta ir asmenybės bruožų veiksniai; 5 modelis - sociodemografiniai, ligos veiksniai, gydymo našta, asmenybės bruožų ir įveikos strategijų veiksniai.

Toliau buvo atliekama hierarchinė tiesinė regresija prognozuojant sergančiųjų IS emocinę gerovę, rezultatai pateikiami **19 lentelėje**. Gauti rezultatai parodo, kad pirmajame žingsnyje sociodemografinių kintamųjų grupė paaiškina tik 4,1 proc. IS sergančiųjų emocinės gerovės įverčių dispersijos, be to, šiame modelyje neišryškėjo nei vienas prognostinis kintamas ir pats modelis nėra reikšmingas. Antrajame žingsnyje pridėjus ligos veiksnius, emocinės gerovės duomenų dispersijos paaiškinamumas padidėjo tik iki 10,6 proc., tačiau nereikšmingai (R^2 pokytis = 0,07, F pokytis = 0,10, $p = 0,47$).

Trečiajame žingsnyje prie sociodemografinių ir ligos veiksnių, buvo pridedami ir asmenybės bruožai, dėl kurių reikšmingai pagerėjo modelio prognostinis tikslumas (R^2 pokytis = 0,26, F pokytis = 3,91, $p < 0,01$), modelis bendrai paaiškina 35,7 proc. emocinės gerovės faktoriaus įverčių dispersijos. Šiame modelyje ekstravertiškumas išryškėjo kaip reikšmingas prediktorius ($\beta = 0,37$, $p < 0,05$). Tai reiškia, kad kuo labiau sergantieji IS pasižymi ekstravertiškumo bruožu, tuo didesnė jų emocinė gerovė. Į ketvirtąjį modelį pridėjus gydymo naštos kintamąjį, modelio prognostinis tikslumas padidėja labai nežymiai ir nereikšmingai (R^2 pokytis = 0,37, F pokytis = 0,01, $p = 0,69$), bendras modelio paaiškinamumo procentas siekė 36,6 proc. Šiame modelyje ekstravertiškumo bruožas vis dar išlieka reikšmingu.

Paskutiniame modelyje pridėjus įveikos strategijas, reikšmingais kintamaisiais tampa socialinės paramos įveikos strategija ($\beta = 0,39$, $p < 0,05$) bei vengimo įveikos strategija ($\beta = 0,32$, $p < 0,05$), ekstravertiškumas praranda savo reikšmingumą. Toks rezultatas leidžia teigti, kad sergančiųjų socialinės paramos ir vengimo įveikos strategijos reikšmingai prognozuoja emocinę gerovę, o tai reiškia, kad kuo daugiau naudojamos minėtos įveikos strategijos, tuo didesne emocine gerove pasižymi sergantieji. Galutiniame modelyje įveikos strategijos prie ketvirto modelio pridėjo 22,1 proc. emocinės gerovės įverčių variacijos paaiškinamumo, modelio prognostinis tikslumas reikšmingai pagerėjo (R^2 pokytis = 0,20, F pokytis = 5,01, $p < 0,01$), o bendrai šis modelis paaiškina 56,1 proc. sergančiųjų IS emocinės gerovės įverčių dispersijos.

Apibendrinant emocinės gerovės hierarchinės regresijos rezultatus, matoma, kad net kai regresijoje kontroliuojami sociodemografiniai bei ligos veiksniai, sergančiųjų IS socialinė parama bei vengimo įveikos strategijos leidžia reikšmingai prognozuoti sergančiųjų emocinę gerovę.

19 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant IS sergančiųjų emocinę gerovę

<i>Emocinės gerovės lygį nuspėja</i>	1 modelis	2	3 modelis	4 modelis	5 modelis	
	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	
Sociodemografiniai veiksniai						
Lytis	-0,083	-0,100	-0,056	-0,031	-0,119	
Amžius	-0,041	0,131	0,194	0,200	0,014	
Darbinė situacija	-0,177	-0,044	-0,057	-0,032	-0,022	
Ligos veiksniai						
IS forma		0,137	0,009	0,024	0,025	
Sirgimo trukmė		-0,086	-0,062	-0,032	0,047	
Kitos lėtinės ligos		-0,053	-0,125	-0,113	0,060	
Subjektyvus ligos sunkumo vertinimas		-0,289	-0,161	-0,170	-0,256	
Asmenybės bruožai						
Ekstravertiškumas			0,370*	0,353*	0,206	
Sutarumas			-0,005	0,006	-0,114	
Sąmoningumas			0,211	0,213	0,140	
Neurotiškumas			-0,059	-0,009	-0,022	
Atvirumas patirčiai			0,140	0,155	-0,071	
				-0,116	-0,153	
Įveikos strategijos						
Socialinė parama					0,386*	
Problemų sprendimas					-0,005	
Emocinė iškrova					-0,001	
Vengimas					0,317*	
R²		0,041	0,106	0,357	0,366	0,561
F		0,848	0,933	2,315*	2,177*	0,001**

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir ligos veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, ligos veiksniai ir gydymo našta; 4 modelis - sociodemografiniai, ligos veiksniai, gydymo našta ir asmenybės bruožų veiksniai; 5 modelis - sociodemografiniai, ligos veiksniai, gydymo našta, asmenybės bruožų ir įveikos strategijų veiksniai.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kada prognozuojamas psichologinės gerovės faktorius, pateikiami 20 lentelėje. Pirmajame tiesinės hierarchinės regresijos žingsnyje, kada buvo analizuojama sociodemografinių veiksnių grupės reikšmė. Nustatyta, kad šie kintamieji paaiškina 10 proc. psichologinės gerovės duomenų dispersijos, bet pats modelis nebuvo reikšmingas. Antrajame žingsnyje, pridėjus ligos veiksnių bloką, papildomai buvo paaiškinti tik 4 proc., tačiau modelio

prognostinis tikslumas reikšmingai nepagerėjo (R^2 pokytis = 0,04, F pokytis = 0,69, p = 0,60), bendrai šis modelis paaiškina 14,3 proc. psichologinės gerovės duomenų sklaidos, bet bendrai išlieka nereikšmingas.

Trečiajame modelyje įvedus asmenybės bruožų grupės kintamuosius, modelio prognostinis tikslumas reikšmingai pagerėjo (R^2 pokytis = 0,17 F pokytis = 2,60, p = 0,04). Trečiasis modelis, kuriame įtraukti demografiniai, ligos bei asmenybės kintamieji, reikšmingai paaiškina 32 proc. psichologinės gerovės duomenų dispersijos, tačiau reikšmingų kintamųjų nenustatyta. Ketvirtajame modelyje, kada buvo įvestas gydymo naštos kintamasis, modelio prognostinis tikslumas padidėjo nereikšmingai, vos 2,9 proc., tačiau tarp asmenybės kintamųjų atsirado vienas reikšmingas psichologinės gerovės prediktorius – atvirumas patirčiai (β = 0,31, p < 0,05). Šio modelio rezultatai leidžia teigti, kad kuo labiau sergantysis pasižymi atvirumo patirčiai asmenybės bruožu, tuo didesnė jo psichologinė gerovė.

Penktajame modelyje, kada prie sociodemografinių, ligos, asmenybės bruožų ir gydymo naštos kintamųjų buvo pridedami ir įveikos strategijų kintamieji, atvirumo patirčiai bruožas, kuris buvo reikšmingas ketvirtajame modelyje tapo nebereikšmingu. Be to, atsirado naujas reikšmingas sergančiųjų psichologinę gerovę prognozuojantis veiksnys – socialinė parama (β = 0,34, p < 0,05). Pridėjus įveikos strategijas į paskutinįjį modelį, reikšmingai padidėjo ir modelio prognostinis reikšmingumas (R^2 pokytis = 15,3, F pokytis = 3,45, p = 0,02), bendrai galutinis modelis paaiškina 50,2 proc. psichologinės gerovės duomenų išsibarstymo. Remiantis gautais rezultatais, galima teigti, kad dažnesnis socialinės paramos įveikos strategijos naudojimas prognozuoja didesnę sergančiųjų IS psichologinę gerovę.

20 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant IS sergančiųjų psichologinę gerovę

<i>Psichologinės gerovės lygį nuspėja</i>	1 modelis	2 modelis	3 modelis	4 modelis	5 modelis	
	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	
Sociodemografiniai veiksniai						
Lytis	-0,120	-0,099	-0,062	-0,016	-0,074	
Amžius	0,054	0,160	0,199	0,210	0,103	
Darbinė situacija	-0,300*	-0,227	-0,283	-0,238	-0,230	
Ligos veiksniai						
IS forma		0,190	0,118	0,146	0,134	
Sirgimo trukmė		0,006	0,034	0,090	0,157	
Kitos lėtinės ligos		-0,130	-0,122	-0,101	0,011	
Subjektyvus ligos sunkumo vertinimas		-0,117	-0,033	-0,050	-0,125	
Asmenybės bruožai						
Ekstravertiškumas			0,263	0,233	0,083	
Sutarumas			-0,037	-0,017	-0,092	
Sąmoningumas			-0,031	-0,026	-0,053	
Neurotiškumas			0,039	0,129	0,068	
Atvirumas patirčiai			0,279	0,306*	0,163	
Gydymo našta						
				-0,210	-0,228	
Įveikos strategijos						
Socialinė parama					0,340*	
Problemų sprendimas					-0,018	
Emocinė iškrova					0,127	
Vengimas					0,174	
	R	0,100	0,143	0,320	0,350	0,502
	²					
	F	2,194	1,316	1,964*	2,025*	2,670**

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir ligos veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, ligos veiksniai ir gydymo našta; 4 modelis - sociodemografiniai, ligos veiksniai, gydymo našta ir asmenybės bruožų veiksniai; 5 modelis - sociodemografiniai, ligos veiksniai, gydymo našta, asmenybės bruožų ir įveikos strategijų veiksniai.

Apžvelgiant hierarchinės tiesinės regresijos rezultatus, kai buvo prognozuojama IS sergančiųjų socialinė gerovė (rezultatai pateikiami 21 lentelėje), galima matyti, kad sociodemografiniai kintamieji paaiškino tik 8,3 proc. socialinės gerovės duomenų sklaidos, o pats modelis yra nereikšmingas. Antrajame modelyje, kartu pridėjus ir ligos veiksmių bloką, reikšmingo pokyčio paaiškinamumo

procente nebuvo (R^2 pokytis = 0,04, F pokytis = 0,70, p = 0,60), ir nors bendrai demografiniai ir ligos kintamieji paaiškino 12,8 proc. socialinės gerovės duomenų sklaidos, modelis lieka nereikšmingas.

Trečiajame modelyje pridėjus asmenybės kintamuosius, modelio prognostinis tikslumas reikšmingai pagerėjo (R^2 pokytis = 0,31, F pokytis = 5,48, p < 0,001) bei išryškėjo, kad vienas asmenybės kintamasis – ekstravertiškumas – yra reikšmingas socialinę gerovę prognozuojantis veiksnys (β = 0,43, p < 0,01). Toks rezultatas leidžia teigti, kad kuo labiau sergantieji IS pasižymi ekstravertiškumu, tuo didesnė jų socialinė gerovė. Bendrai trečiasis modelis paaiškino 43,6 proc. socialinės gerovės duomenų sklaidos. Ketvirtajame modelyje buvo įtrauktas gydymo naštos kintamasis, kuris prie socialinės gerovės pridėjo tik 2 proc. duomenų paaiškinamumo, bet nereikšmingai (R^2 pokytis = 0,02, F pokytis = 2,17, p = 0,15). Nepaisant to, ekstravertiškumas ketvirtajame modelyje vis dar išliko reikšmingu prognostiniu veiksniu, bet silpnesniu, taip pat atsirado ir antrasis prognostinis veiksnys – atvirumas patirčiai (β = 0,28, p < 0,05). Rezultatai leidžia teigti, kad IS sergantieji, labiau pasižymintys ekstravertiškumu arba atvirumu patirčiai, pasižymi ir geresne socialine gerove.

Paskutiniame modelyje, kada buvo pridėti įveikos strategijų kintamieji, modelio prognostinis tikslumas reikšmingai pagerėjo (R^2 pokytis = 0,23, F pokytis = 8,26, p < 0,001). Penktasis modelis, susidedantis iš sociodemografinių, ligos, asmenybės, gydymo naštos bei įveikos strategijų kintamųjų, bendrai paaiškino net 68,9 proc. socialinės gerovės duomenų išsibarstymo. Šiame modelyje ekstravertiškumas vis dar išliko reikšmingu prognostiniu veiksniu, o šalia jo atsirado dar trys reikšmingai prognozuojantys socialinę gerovę kintamieji: gydymo našta (β = - 0,22, p < 0,05), socialinė parama (β = 0,45, p < 0,01) bei vengimo įveikos strategija (β = 0,29, p < 0,05). Toks rezultatas rodo, kad didesnis ekstravertiškumas, mažesnė gydymo našta bei didesnis polinkis naudoti socialinės paramos arba vengimo įveikos strategijas prognozuoja didesnę IS sergančiųjų socialinės gerovės lygį. Taip pat pažymėtina, kad socialinė parama turi stipriausią teigiamą reikšmę prognozuojant IS sergančiųjų socialinę gerovę.

21 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant IS sergančiųjų socialinę gerovę

Socialinės psichologinės gerovės lygi nuspėja	1 modelis	2 modelis	3 modelis	4 modelis	5 modelis	
	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	
Sociodemografiniai veiksniai						
Lytis	-0,136	-0,144	-0,091	-0,049	-0,134	
Amžius	0,011	0,165	0,244	0,254	0,087	
Darbinė situacija	-0,260	-0,153	-0,196	-0,154	-0,146	
Ligos veiksniai						
IS forma		0,031	-0,105	-0,079	-0,077	
Sirgimo trukmė		-0,091	-0,060	-0,009	0,084	
Kitos lėtinės ligos		-0,057	-0,082	-0,064	0,096	
Subjektyvus ligos sunkumo vertinimas		-0,232	-0,113	-0,128	-0,229	
Asmenybės bruožai						
Ekstravertiškumas			0,434**	0,406**	0,229*	
Sutarumas			-0,039	-0,021	-0,149	
Sąmoningumas			0,112	0,117	0,062	
Neurotiškumas			0,031	0,112	0,071	
Atvirumas patirčiai			0,251	0,275*	0,077	
Gydymo našta						
				-0,190	-0,219*	
Įveikos strategijos						
Socialinė parama					0,446**	
Problemų sprendimas					-0,055	
Emocinė iškrova					0,060	
Vengimas					0,289*	
	R²	0,0	0,128	0,436	0,460	0,689
		83				
	F	1,7	1,150	3,227**	3,216**	5,860***
		87				

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir ligos veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, ligos veiksniai ir gydymo našta; 4 modelis – sociodemografiniai, ligos veiksniai, gydymo našta ir asmenybės bruožų veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, ligos veiksniai, gydymo našta, asmenybės bruožų ir įveikos strategijų veiksniai.

Apibendrinant gautus rezultatus, tiesinės hierarchinės regresijos atskleidė, kad kai kontroliuojami sociodemografiniai ir ligos kintamieji, sergančiųjų IS socialinės paramos bei vengimo įveikos strategijos leidžia reikšmingai prognozuoti sergančiųjų bendrą gerovės įvertį, emocinę gerovę. Socialinė parama taip pat prognozuoja psichologinės gerovės faktorių, o didesnis ekstravertiškumas,

mažesnė gydymo našta bei didesnis polinkis naudoti socialinės paramos arba vengimo įveikos strategijas prognozuoja didesnę IS sergančiųjų socialinės gerovės lygį.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime buvo atlikta sergančiųjų išsėtine skleroze įveikos strategijų, asmenybės bei gydymo naštos veiksnių analizė, siekiant paaiškinti sergančiųjų psichologinę gerovę. Sergančiųjų IS psichologinei gerovei reikšmę turi ne tik ligos ir gydymo keliamo našta bei patiriamas bendras gyvenimo stresas, bet ir prisitaikymui įtaką darančios įveikos strategijos ir sergančiųjų asmenybės bruožai. Šiame darbe pirmiausia aptariamas gydymo naštos, įveikos strategijų ir asmenybės bruožų vaidmuo IS sergančiųjų psichologinės gerovės prognozavime ir kokiais ryšiais konstruktai siejasi tarpusavyje prisidedami prie gerovės prognozavimo, o galiausiai, aptariami IS sergančiųjų imtyje randami ligos bei sociodemografinių kintamųjų skirtumai.

Teorinės prielaidos leidžia teigti, kad IS sergančiųjų psichologinę gerovę prognozuoja visos naudojamos streso įveikos strategijos (socialinės paramos, problemų sprendimo, emocinės iškvos ir vengimo), tačiau nesutariama, kokia kryptimi kiekviena įveikos strategija veikia gerovę, t. y. įvairių įveikos strategijų naudojimas tiek gali prisidėti prie didesnės gerovės kūrimo (Brajkovic et al., 2009), tiek atvirkščiai – prisidėti prie jos neigiamų padarinių (Tan-Kristanto & Chiropoulos, 2015). Didesnis ekstravertiškumo, sutarumo ir sąmoningumo ir atvirumo patirčiai asmenybės bruožų išreikštumas prisideda prie didesnės suvokiamos psichologinės gerovės, o neurotiškumo – mažesnės (DeNeve & Cooper, 1998; Kokko & Pulkkinen, 2013). Taip pat aptartos teorinės prielaidos leidžia suprasti, kad sergančiųjų patiriama didesnė gydymo našta gali neigiamai paveikti sergančiųjų psichologinę gerovę (Ysrraelit et al., 2019; Sav et al., 2013).

Pasitelkus Hierarchinės tiesinės regresijos analizę buvo gauta, kad įveikos strategijos leidžia reikšmingai prognozuoti bendrą gerovės lygį bei jos komponentus, kai yra kontroliuojami sergančiųjų sociodemografiniai, ligos, asmenybės ir gydymo naštos kintamieji. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad įveikos strategijos kartu su kitais tyrimo kintamaisiais paaiškina net 65 proc. bendros gerovės duomenų išsibarstymo, 56,1 proc. emocinės, 50,2 proc. psichologinės ir 68,9 proc. socialinės gerovės duomenų išsibarstymo. Šiame tyrime išryškėjo, kad sergančiųjų IS dažnesnis socialinės paramos įveikos strategijos naudojimas prognozuoja didesnę emocinę, psichologinę ir socialinę geroves bei bendrą jų lygį. Gauti rezultatai patvirtina išvadą, kad sprendžiant lėtinės, nenusipėjamos ligos išsūkius, socialinė parama yra itin svarbi (Mazzoni & Cicognani, 2011). Šis tyrimas iš dalies antrina išvadoms, kad socialinė parama leidžia nuspėti bendrą psichikos sveikatos vertinimą, tai reiškia, kad žmonės, sergantys IS, jaučiantys didesnę socialinę paramą, pasižymi aukštesniu psichikos sveikatos lygiu bei siejasi su tyrimais, radusiais, kad IS sergančiųjų socialinė parama turi stiprų ryšį su psichine sveikata (Ford et al., 2001; Shwart & Frohner, 2005) ar teigiamais asmens gerovės rezultatais (Ryan et al., 2007) ir kitais tyrimais, kada daroma išvada, kad socialinės paramos ieškojimas siejamas su mažesniu nuovargiu ir geresniu psichosocialiniu prisitaikymu, su mažesne depresija ir nerimu sergant IS (Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015). Tyrimai leidžia daryti prielaidą, kad sergančiųjų IS prisitaikymas yra

susijęs su socialine parama, ypač šeimos, draugų ar kitų sergančių pacientų parama (Rommer, Sühnel, König & Zettl, 2016). Taigi, gautas rezultatas leidžia suprasti, kad socialinės paramos įveikos strategija sergantiesiems IS yra kritiškai svarbi jų psichologinei, emocinei ir socialinei gerovei.

Gana stebinantis rezultatas yra vengimo strategijos išryškėjimas kaip reikšmingo sergančiųjų bendros ir socialinės gerovės prognostinio veiksnio: kuo daugiau naudojama ši įveikos strategija, tuo didesnė sergančiųjų socialinė arba bendra gerovė bei atvirkesčiai – mažesnis vengimo įveikos strategijos naudojimas prisideda prie mažesnio socialinės arba bendros sergančiųjų gerovės lygmens. Gauti rezultatai gali būti siejami su kitų tyrėjų prielaidomis, kad IS pacientai, kurie priima savo ligą ir dažniau naudoja vengimo įveikos strategiją, pasižymi geresne su sveikata susijusia gyvenimo kokybe (Wilski, Gabryelski, Broła, & Tomasz, 2019) bei iš dalies antrina rezultatams, kad vengimo įveikos strategija prognozuoja geresnę psichikos sveikatą ir didesnę emocinę gerovę (Calandri, Graziano, Borghi ir Bonino, 2017). Galima svarstyti, kad rastas prognostinis ryšys tarp vengimo strategijos ir gerovės patvirtina kitų tyrėjų keliamas prielaidas, kad ši įveikos strategija yra labiau adaptyvi nei neadaptyvi, nes gali veikti ir kaip apsauginis veiksnys prisitaikymui prie ligos, tiek sergant IS ilgesnį laiką (Dennison et al., 2010; Mikula, Nagyova & Kokavcova, 2014; Mikula, Nagyova & Kokavcova, 2015), tiek labiau pirmuoju ligos periodu (Bianchi et al., 2018; Dennison et al., 2010), be to, vengimo strategija taip pat gali padėti atremti neigiamas mintis apie būsimą ligos progresavimą ir išvengti depresinės reakcijos (Alshuer & Behier, 2015).

Be socialinės paramos ir vengimo įveikos strategijų svarbos IS sergančiųjų psichologinės gerovės prognostinėje analizėje, šio tyrimo koreliacinėje analizėje išryškėjo daugiau reikšmingų ryšių tarp gerovės ir įveikos strategijų. Gauti rezultatai leido pastebėti, kad kuo daugiau sergantieji IS naudoja problemų sprendimo įveikos strategiją, tuo didesnė tampa jų bendra gerovė bei kartu ir atskiros jos dalys: emocinė, psichologinė ir socialinė gerovė. Nors šiame tyrime buvo nustatytas teigiamas problemų sprendimo įveikos ryšys su gerove, kiti tyrėjai pastebi, kad į problemą orientuotas įveikas sergantys IS naudoja rečiau (Goretti et al., 2009). Taip pat tyrimo rezultatai rodo, kad sergančiųjų naudojama emocinė iškrova siejasi tik su psichologine gerove, bet ne kitomis dalimis, bei verta paminėti, kad tai silpniausias nustatytas ryšys. Tyrimuose galima pastebėti abejonių netinkamu į emocijas orientuotos įveikos vaidmeniu, kadangi dažniausiai tokia įveika yra mažiau naudinga ir siejasi su impulsyvumu ir nerimo simptomais (Evans et al., 2015). Nepaisant to, kai kurie tyrėjai daro išvadas, kad šios įveikos strategijos, kaip ir vengimo įveikos strategija, taip pat gali būti labiau adaptyvios nei į problemą orientuotas įveikimas tada, kai stresorius yra išties mažai kontroliuojamas (Bassi et al., 2019; Mikula, Nagyova ir Krokavcova, 2014; Roubinov, Turner ir Williams, 2015), kaip ir IS liga, tad galima suprasti, kad šio tyrimo rezultatai tai iš dalies patvirtina. Išanalizavus rezultatus matoma, kad regresinėje analizėje liko mažiau svarbių ryšių nei koreliacinėje analizėje, kas greičiausiai susiję su tuo, kad hierarchinėje regresinėje analizėje buvo sukontroliuoti sociodemografiniai, ligos ir asmenybiniai

veiksniai, tad iš įveikos strategijų reikšmingomis išliko tik tos, kurios yra iš ties svarbios IS sergantiesiems.

Kaip šio tyrimo dar vienas svarbus rezultatas regresinėje analizėje atsiskleidė tai, kad IS sergančiųjų patiriama didesnė gydymosi našta prognozuoja mažesnę socialinę gerovę kuomet yra kontroliuojami sociodemografiniai, ligos, ir asmenybės kintamieji. Nors tiesioginių tyrimų, analizuojančių sergančiųjų IS gydymosi naštos ir gerovės ryšius nėra, tai, kad šiame tyrime buvo rastas prognostinis ryšys tarp gydymo naštos ir IS sergančiųjų socialinės gerovės, galima paaiškinti remiantis Gydomo naštos teorine sistema (Sav et al., 2013), Gydomo naštos teorija (May et al., 2014), Kaupiamuoju kompleksiskumo modeliu (Shippee et al., 2012) ir kitais empiriniais tyrimais. Iš esmės, visi tyrėjai akcentuoja tai, kad gydymosi našta atsiranda dėl disbalanso tarp sergančiojo pripratimo ir prisitaikymo ir pabrėžia krūvio, kylančio dėl sveikatos būklės, pacientų pajėgumo ir sveikatos paslaugų teikimo daromą įtaką. Daroma išvada, kad sergančiųjų pajėgumui ir pusiausvyros tarp pripratimo ir prisitaikymo palaikymui turi ir socialinė parama (Ysrraelit et al., 2019; Trans et al., 2015): mažėjant jai, didėja patiriama gydymosi našta. Gydomo procesas, kuris tampa vos ne darbu, gali apsunkinti socialinių ryšių palaikymą (pavyzdžiui, dėl gydymosi proceso keliamų reikalavimų tampriems socialiniams ryšiams palaikyti lieka mažiau laiko), tokiu būdu ne tik mažina socialinės paramos galimybę, bet taip pat mažina asmens jausmą, kad jis pakankamai gerai integruotas į visuomenę, mažina pasitenkinimą tarpasmeniniais santykiais – taigi neigiamai atsiliepia socialinei gerovei. Remiantis šiomis išvadomis, galima svarstyti, kad patiriama mažesnė gydymo našta turi įtakos ir pacientų socialinei gerovei, kaip parodė šis tyrimas – leidžia ją prognozuoti.

Šio tyrimo koreliacinėje analizėje taip pat buvo nustatyti reikšmingi neigiami ryšiai tarp gydymo naštos ir emocinės, psichologinės, socialinės gerovių bei bendro jų lygio, tačiau regresinėje analizėje minėti ryšiai neišryškėjo. Iš vienos pusės, galima svarstyti, kad regresinėje analizėje gydymo našta neatsiskleidė kaip prognostinis veiksnys bendram gerovės lygiui, ir emociniam bei psichologiniam IS sergančiųjų gerovės aspektams dėl sukontroliuotų kitų svarbių veiksnių. Iš kitos, šio tyrimo imtis yra santykinai mažesnė ir žiūrint į regresinius koeficientus, kurie yra gana arti reikšmingų, galima būtų manyti, kad turint didesnę imtį išryškėtų didesnė gydymo naštos svarba.

Galiausiai, IS sergančiųjų asmenybės bruožai yra taip pat labai svarbūs veiksniai numatant gerovės lygį. Šiame tyrime nustatyta, kad ekstravertiškumo asmenybės bruožas prisideda prie socialinės gerovės prognozavimo, kai atsižvelgiama į sociodemografinius ir ligos veiksnius. Neabejotina, kad ekstravertiškumas gali prisidėti prie sergančiųjų IS socialinės gerovės formavimo, tą pavirtina i kitų tyrėjų gaunami rezultatai, kurie rodo, kad ekstravertiškumas teigiamai prognozuoja tiek sveikatą, tiek gerovę (Hayes & Joseph, 2003; Gutierrez et al., 2005; Strober et al., 2017). Gerovės ir asmenybės bruožų ryšys grindžiamas ne tik empiriniais tyrimais, bet ir teorinėmis Didžiojo penketo prielaidomis. Labiau išreikštą ekstravertiškumą turintys asmenys pasižymi ne tik didesniu polinkiu bendrauti, bet kartu ir labiau išreikštu teigiamu emocingumu bei optimizmu, tad nenuostabu, kad šie asmenybės

bruožai siejasi su asmens psichologine gerove (John & Srivastava, 1999). Taigi, šis tyrimas ir kiti tyrimai patvirtina asmenybės bruožų svarbą prognozuojant gerovės lygį, o tai reiškia, kad darant bet kokias analizes su IS sergančiųjų gerove – asmenybės bruožai turi būti įtraukti kaip kontroliniai kintamieji.

Analizuojant detaliau rezultatus galima pastebėti, kad šiame tyrime asmenybės vaidmuo neapsiriboja tuo, kad paaiškina IS sergančiųjų gerovės lygį, o priklausomai nuo asmenybės bruožų žmogus gali išgyventi arba labiau išreikštą gydymo našą arba mažiau. Šio tyrimo rezultatai atskleidė teigiamą ryšį tarp sergančiųjų IS neurotiškumo asmenybės bruožo ir patiriamos gydymo naštos. Tai leidžia suprasti, kad labiau išreikštas neurotiškumas siejamas su mažesniu atsparumu stresui (John & Srivastava, 1999) – jei gydymo našą vertinti kaip sergantiesiems specifinį stresorių, galima tikėtis, kad mažiau stresui atsparūs sergantieji bus linkę stresorių vertinti kaip rimtesnį. Svarbu ir tai, kad asmenybės bruožai galimai apsprendžia kokias įveikos strategijas žmogus pasirinks. Šiame tyrime pastebėta, kad kuo pas sergančiuosius IS labiau išreikštas ekstravertiškumas, sutarumas arba atvirumas patirčiai, tuo jie yra labiau linkę naudoti socialinės paramos įveikos strategiją, o kuo labiau tik ekstraverstiškumas ir sutarumas – problemų sprendimo įveikos strategiją. Ekstravertiški ir sutarūs žmonės yra labiau draugiški ir socialūs, linkę megzti šiltus ryšius (John & Srivastava, 1999), tad nenuostabu, kad tokie žmonės ir pagalbos ar paramos ieško kitų žmonių draugijoje, be to, ekstravertiškumu pasižymintys žmonės yra labiau aktyvus ir energingi, tad gali rinktis aktyvesnes, į problemą orientuotas įveikas.

Analizuojant šio tyrimo kintamųjų tarpusavio ryšius rasta, kad sergančiųjų IS emocinės iškvos įveikos strategijos didesnis išreikštumas siejasi su didesne patiriama gydymo našta bei didesniu neurotiškumo bruožo lygiu. Išryškėjęs rezultatas patvirtina kitų tyrėjų išvadas, kad neurotiškumu pasižymintys asmenys teikia pirmenybę emocinės įveikos strategijoms (Pereira-Morales, Adan, Lopez-Leon & Forero, 2018; Ratsep et al., 2000). Tokie rezultatai leidžia svarstyti, kad neurotiškesniems asmenims, kurie serga IS, yra svarbu taikyti kitokias, labiau adaptyvias įveikos strategijas, nes emocinė iškvos bus labiau susijusi su stipresne gydymosi našta ir galimai kels daugiau sunkumų.

Be anksčiau aptartų prognostinių bei koreliacinių ryšių, šiame tyrime išryškėjo keli rezultatai, susiję su sergančiųjų IS sociodemografinėmis charakteristikomis ar ligos veiksniais. Pavyzdžiui, lyginant sergančiuosius IS pagal jų darbinį statusą, dirbantys ir nedirbantys sergantieji pasižymi skirtingu gerovės bei dviejų šio konstrukto (psichologinės ir socialinės gerovės) aspektų lygmenimis, tačiau pasižymi panašiu emocinės gerovės lygiu. Panašius rezultatus gauna ir kiti tyrėjai, kurie pažymi, kad geresnis sergančiųjų savo sveikatos vertinimas siejasi su užimtumo statusu ir daro išvadą, kad ne tik užimtumo statusas asocijuojasi su geresne psichikos sveikata, bet kad palaikantys ryšiai su kolegomis galėtų būti svarbiu IS sergančių pacientų įveikos šaltiniu (Krokavcova et al., 2010). Kitas galimas paaiškinimas yra tai, kad dirbantys turi daugiau finansinių išteklių, kas neretai siejama su geresniais gerovės rodikliais (Bagdonas ir kt., 2013). Iš kitos pusės, tie kas negali dirbti dėl turimos

ligos simptomų ar komplikacijų natūraliai pasižymės prastesne gerove – ne kiek dėl darbo neturėjimo, kiek dėl sveikatos būklės. Nagrinėjant pačios ligos vaidmenį, buvo nustatyta, kad subjektyvus ligos sunkumas, nepriklausomai, ar ji subjektyviai traktuojama kaip sunkesnė ir daugiau ribojanti kasdienes veiklas, ar lengvesnė, neturi sąsajų su sergančiųjų IS psichologine gerove, įveikos strategijomis ar gydymo našta, o lyginant sergančiuosius, kuriems liga diagnozuota nuo 0 iki 3 metų laikotarpyje ir daugiau turinčius ligos patirties sergančiuosius arba skirtinga IS ligos forma sergančiuosius, nenustatyti skirtumai tarp grupių. Kituose tyrimuose nustatyta, kad ilgesnė sirgimo trukmė siejasi su geresne psichikos sveikata (Strober et al., 2018) arba agresyvesne ligos forma sergantys pacientai pasižymi žemesniais psichikos sveikatos lygiais (Rezapour et al., 2017), tačiau šio tyrimo rezultatai to nepatvirtina. Panašu, kad skirtumai neišryškėja dėl to, kad imtyje nepakankamai dalyvių, kuriems liga diagnozuota santykinai neseniai ir minėtos teorinės prielaidos galimai atsiskleistų didesnėje tiriamųjų imtyje.

Išanalizavus rezultatus, svarbu paminėti ir tyrimo ribotumus bei praktinę reikšmę ateities tyrimams. Pagrindinis šio tyrimo ribotumas buvo santykinai maža imtis. Atsižvelgiant į tai, kad tyrime buvo nagrinėjama labai specifinė tiriamųjų grupė, dalyvių skaičius buvo pakankamas numatytoms statistinėms analizėms atlikti, tačiau dėl tiriamųjų skaičiaus potencialūs ryšiai tarp kintamųjų galėjo neišryškėti kaip reikšmingi. Ateities tyrimuose būtų naudinga į tyrimo imtį įtraukti panašaus dydžio grupes, pasižyminčias tam tikromis ligos charakteristikomis, ir lyginti tarpusavyje, ypač atsižvelgiant į IS formas. Šiame tyrime nebuvo tolygaus pasiskirstymo tarp visų pagrindinių keturių IS formų, todėl tai apribojo skirtingų IS formų palyginimo ir supratimo galimybes. Taip pat nebuvo tolygaus pasiskirstymo lyties, amžiaus, šeiminės padėties ar išsilavinimo atvejais, o sudarant panašaus dydžio grupes tai prisidėtų prie nuodugnesnio sergančiųjų psichologinių ypatybių supratimo. Ateityje atliekant panašius tyrimus taip pat būtų vertinga didesnę dėmesį skirti įvairioms IS sergančiųjų naudojamoms įveikos strategijoms ir jų naudojimui, išsiaiškinti mechanizmus, kuriais naudojasi sergantieji įveikos procese, bei pasitelkiant kokybinių tyrimų metodus bandyti išnagrinėti šiai grupei būdingas specifines įveikos strategijas.

Šis ir panašūs tyrimai galėtų prisidėti visapusiškai sprendžiant sergančiųjų IS patiriamo psichologinio diskomforto problemas, kuriant psichologines intervencijas, kuriose būtų atsižvelgiama į galimybę koreguoti mažiau adaptyvias įveikos strategijas, kas galimai prisidėtų prie didesnės sergančiųjų psichologinės gerovės. Svarbus šio tyrimo rezultatas yra socialinės paramos įveikos strategijos reikšmės išryškėjimas sergančiųjų IS gerovei, todėl ateityje naudinga prisidėti prie edukacinių programų kūrimo sergantiesiems IS ir jų artimiesiems, kas leistų gerinti tiek psichinę, tiek fizinę sveikatą.

Šiame tyrime gautas taip pat svarbus rezultatas, kad patiriama didesnė sergančiųjų gydymo našta siejasi su blogesne bendra, emocine, psichologine ir ypač socialine gerove ir gali prognozuoti

sergančiųjų socialinės gerovės lygį, todėl būtų svarbu atsižvelgti į gydymo naštos neigiamą poveikį ir kurti programas bei naujas strategijas, kurios įtrauktų tarpdisciplininį bendradarbiavimą siekiant mažinti sergančiųjų patiriamą gydymo našta. Gydymo naštos mažinimas reikalauja individualios holistinės paciento priežiūros, kuri atsižvelgia ne tik į jo medicininius poreikius, bet ir į asmeninį bei ypatingai socialinį gyvenimo kontekstą, gerinti sergančiųjų gebėjimą valdyti savo pajėgumą gydymo atžvilgiu galėtų būti dar vienas sprendimas.

5. IŠVADOS

1. IS sergančiųjų naudojamos įveikos strategijos leidžia reikšmingai prognozuoti emocinę, psichologinę, socialinę gerovę bei bendrą gerovės lygį, kai kontroliuojami sergančiųjų sociodemografiniai, ligos, asmenybės ir gydymo naštos kintamieji.

1.1. Dažnesnis socialinės paramos įveikos strategijos naudojimas prognozuoja didesnę emocinę, psichologinę ir socialinę gerovę bei bendrą jų lygį.

1.2. Dažnesnis vengimo įveikos strategijos naudojimas prognozuoja didesnę emocinę ir socialinę gerovę bei bendrą gerovės lygį.

2. IS sergančiųjų patiriama didesnė gydymosi našta prognozuoja mažesnę socialinę gerovę, kai kontroliuojami sociodemografiniai, ligos ir asmenybės kintamieji.

3. Asmenybės bruožai reikšmingai prisideda prie IS sergančiųjų gerovės paaiškinimo kai atsižvelgiama į sergančiųjų sociodemografinius ir ligos veiksnius, bei siejasi su įveikos strategijomis ir gydymosi našta.

3.1. Labiau išreikštas ekstravertiškumas ir atvirumas patirčiai siejasi su dažnesniu socialinės paramos ir problemų sprendimo įveikos strategijų naudojimu. Didesnis atvirumas patirčiai taip pat siejamas su dažnesniu socialinės paramos ir problemų sprendimo įveikos strategijų naudojimu bei vengimo įveikos strategijos naudojimu. Didesnis sutarumas siejamas su dažnesniu socialinės paramos įveikos strategijos naudojimu. Didesnis neurotiškumas siejamas su dažnesniu emocinės iškrovos įveikos strategijos naudojimu.

3.2. IS sergantieji, kuriems yra būdingi didesni neurotiškumo rodikliai yra linkę patirti didesnę gydymosi našta.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Amirkhan, J. H., Risinger, R. T., & Swickert, R. J. (1995). Extraversion: A “Hidden” Personality Factor in Coping? *Journal of Personality*, 63(2), 189–212. doi:10.1111/j.1467-6494.1995.tb00807.x
- Amtmann, D., Bamer, A. M., Kim, J., Chung, H., & Salem, R. (2018). People with multiple sclerosis report significantly worse symptoms and health related quality of life than the US general population as measured by PROMIS and NeuroQoL outcome measures. *Disability and Health Journal*, 11(1), 99–107. doi:10.1016/j.dhjo.2017.04.008
- Anglim J, Horwood S, Smillie LD, Marrero RJ, Wood JK, (2020). Predicting psychological and subjective well-being from personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 146(4), 279-323. doi: 10.1037/bul0000226
- Anglim, J., Horwood, S., Smillie, L. D., Marrero, R. J., & Wood, J. K. (2020). Predicting psychological and subjective well-being from personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 146(4), 279– 323. 10.1037/bul0000226
- Bagdonas, A., Kairys, A., Liniauskaitė , A., & Pakalniškienė, V. (2013). Lietuvos gyventojų psichologinė gerovė ir jos veiksniai: monografija. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Bahrin, U., & Wijaya, C., (2018). Immunology of multiple sclerosis. *Indonesian journal of clinical pathology and medical laboratory*, 24(2), 191-195. 10.24293/ijcpml.v24i2.1323.
- Bassi, M., Cilia, S., Falautano, M., Grobberio, M., Niccolai, C., Pattini, M., ... Delle Fave, A. (2019). Illness perceptions and psychological adjustment among persons with multiple sclerosis: the mediating role of coping strategies and social support. *Disability and Rehabilitation*, 1-13. doi:10.1080/09638288.2019.1610511
- Benka, J., Nagyova, I., Rosenberger, J., Calfova, A., Macejova, Z., Middel, B., ... Groothoff, J. W. (2011). *Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a 4-year prospective study. Disability and Rehabilitation*, 34(9), 754–761. doi:10.3109/09638288.2011.619618
- Bianchi, V., De Giglio, L., Prosperini, L., Mancinelli, C., De Angelis, F., Barletta, V., & Pozzilli, C. (2013). Mood and coping in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 129(6), 374–381. doi:10.1111/ane.12194
- Boeije, H. R., Duijnste, M. S. ., Grypdonck, M. H. ., & Pool, A. (2002). Encountering the downward phase: biographical work in people with multiple sclerosis living at home. *Social Science & Medicine*, 55(6), 881–893. doi:10.1016/s0277-9536(01)00238-6

- Bolger N, Zuckerman A. A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 890-902. doi: 10.1037//0022-3514.69.5.890
- Bruce, J. M., & Lynch, S. G. (2011). Personality traits in multiple sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 479–485. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.12.010
- Bruce, J. M., Hancock, L. M., Arnett, P., & Lynch, S. (2010). Treatment adherence in multiple sclerosis: Behavioral Medicine. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Bruce, J. M., Hancock, L. M., Arnett, P., & Lynch, S. (2010). *Treatment adherence in multiple sclerosis: association with emotional status, personality, and cognition. Journal of Behavioral Medicine*, 33(3), 219–227. doi:10.1007/s10865-010-9247-y
- Burns, R. (2016). Psychosocial Well-being. *Encyclopedia of Geropsychology*, 1–8. doi:10.1007/978-981287-080-3_251-1
- Calandri, E., Graziano, F., Borghi, M., & Bonino, S. (2017). Coping strategies and adjustment to multiple sclerosis among recently diagnosed patients: the mediating role of sense of coherence. *Clinical Rehabilitation*, 31(10), 1386–1395. doi:10.1177/0269215517695374
- Chen, F. F., Jing, Y., Hayes, A., & Lee, J. M. (2012). *Two Concepts or Two Approaches? A Bifactor Analysis of Psychological and Subjective Well-Being. Journal of Happiness Studies*, 14(3), 1033–1068. doi:10.1007/s10902-012-9367-x
- Connor-Smith, J., K., & Flachsbarth, C., (2007). Relations Between Personality and Coping: A MetaAnalysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6),1080–1107. 10.1037/00223514.93.6.1080
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Multiple uses for longitudinal personality data. *European Journal of Personality*, 6, 85–102. <https://doi.org/10.1002/per.2410060203>
- Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R., & Siegler, I. C. (1999). Continuity and change over the adult life cycle: Personality and personality disorders. In C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology* (pp.
- Dehghani, A., Keshavarzi, A., Jahromi, M. F., Shahsavari isfahani, S., & Keshavarzi, S. (2018). Concept analysis of coping with multiple sclerosis. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 168–

- Demirci, S., Demirci, K., & Demirci, S. (2017). The Effect of Type D Personality on Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *Noro psikiyatri arsivi*, *54*(3), 272–276. doi:10.5152/npa.2016.12764
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in Cell-Based Therapy. *Cell Journal*, *19*(1), 1–10. <https://doi.org/10.22074/cellj.2016.4867>
- Dennison, L., Yardley, L., Devereux, A., & Moss-Morris, R. (2010). Experiences of adjusting to early stage Multiple Sclerosis. *Journal of Health Psychology*, *16*(3), 478–488. doi:10.1177/1359105310384299
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective Well-Being: A General Overview. *South African Journal of Psychology*, *39*(4), 391–406. doi:10.1177/008124630903900402
- Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2016). Different types of wellbeing? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being. *Psychological Assessment*, *28*(5), 471–482. doi:10.1037/pas0000209
- Dobler, C. C., Harb, N., Maguire, C. A., Armour, C. L., Coleman, C., & Murad, M. H. (2018). Treatment burden should be included in clinical practice guidelines. *British Medical Journal*, *363*, k4065. doi:10.1136/bmj.k4065
- Dobson, R., & Giovannoni, G. (2018). Multiple Sclerosis - a review. *European Journal of Neurology*, *26*, 27-40. doi:10.1111/ene.13819
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L., (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, *2* (3): 222–235. doi:10.5502/ijw.v2i3.4.
doi:10.1016/s1474-4422(18)30443-5
- Dumitru VM, & Cozman D., (2012). The relationship between stress and personality factors. *Human and Veterinary Medicine*. *4*(1), 4–9. Paimta iš http://www.hvm.bioflux.com.ro/docs/HVM_4.1.7.pdf
- Eton, D. T., Ridgeway, J. L., Egginton, J. S., Tiedje, K., Linzer, M., Boehm, D. H., ...Anderson, R. T. (2015). Finalizing a measurement framework for the burden of treatment in complex patients with chronic conditions. *Patient related outcome measures*, *6*, 117–126. doi:10.2147/PROM.S78955
- Evans, L. D., Kouros, C., Frankel, S. A., McCauley, E., Diamond, G. S., Schloretdt, K. A., & Garber, J. (2014). Longitudinal Relations between Stress and Depressive Symptoms in Youth: Coping as

- a Mediator. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 355–368. doi:10.1007/s10802-014-9906-5
- Fazekas, F., Baumhackl, U., Berger, T., Deisenhammer, F., Fuchs, S., Kristoferitsch, W., ... Vass, K. (2010). Decision-making for and impact of early immunomodulatory treatment: the Austrian Clinically Isolated Syndrome Study (ACISS). *European Journal of Neurology*, 17(6), 852–860. doi:10.1111/j.1468-1331.2009.02943.x
- Folkman, S. (2013). *Stress: Appraisal and Coping. Encyclopedia of Behavioral Medicine, 1913–1915*. doi:10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745–774. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Forbes, C. E., Poore, J. C., Krueger, F., Barbey, A. K., Solomon, J., & Grafman, J. (2014). The role of executive function and the dorsolateral prefrontal cortex in the expression of neuroticism and conscientiousness. *Social Neuroscience*, 9(2), 139–151. doi:10.1080/17470919.2013.871333
- Gallacher K, May, C. R., Montori, V. M., & Mair, F. S. (2011). Understanding patients' experiences of treatment burden in chronic heart failure using normalization process theory. *Annals of Family Medicine*, 9(3):235–43. doi: 10.1370/afm.1249
- Gallacher, K. I., May, C. R., Langhorne, P., & Mair, F. S. (2018). *A conceptual model of treatment burden and patient capacity in stroke. BMC Family Practice*, 19(1). doi:10.1186/s12875-017-0691-4
- Gallacher, K., Jani, B., Morrison, D., Macdonald, S., Blane, D., Erwin, P., ... Mair, F. S. (2013). Qualitative systematic reviews of treatment burden in stroke, heart failure and diabetes - Methodological challenges and solutions. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1). doi:10.1186/1471-2288-13-10
- Lazarus R. S., Folkman S., (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Gallant, M. P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170–195. doi:10.1177/1090198102251030
- Ghafari, S., Ahmadi, F., Nabavi, M., Anoshirvan, K., Memarian, R., & Rafatbakhsh, M. (2009). Effectiveness of applying progressive muscle relaxation technique on quality of life of patients

- with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2171–2179. doi:10.1111/j.13652702.2009.02787.x
- Ghasemi, N., Razavi, S., & Nikzad, E. (2017). Multiple Sclerosis: Pathogenesis, Symptoms, Diagnoses and
- Giordano, A., Cimino, V., Campanella, A., Morone, G., Fusco, A., Farinotti, M., ... Solari, A. (2016). *Low quality of life and psychological wellbeing contrast with moderate perceived burden in carers of people with severe multiple sclerosis. Journal of the Neurological Sciences*, 366, 139–145. doi:10.1016/j.jns.2016.05.016
- Goodwin, R. D., & Friedman, H. S. (2006). Health Status and the Five-factor Personality Traits in a Nationally Representative Sample. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 643–654. doi:10.1177/13591053060666610
- Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., Hakiki, B., Siracusa, G., Sorbi, S., & Amato, M. P. (2009). *Coping strategies, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. Neurological Sciences*, 30(1), 15–20. doi:10.1007/s10072-008-0009-3
- Grakauskas, Ž., ir Valickas, G. (2006). Streso įveikos klausimynas: keturių faktorių modelio taikymas. *Psichologija*, 330, doi: 10.15388/Psichol.2006. 4316.
- Hanna, M., & Strober, L. B. (2020). Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis (MS): Antecedents, Consequences, and Differential Impact on Well-being and Quality of Life. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 44(6), 102261. doi:10.1016/j.msard.2020.102261
- Hart, F. M., & Bainbridge, J. (2016). Current and emerging treatment of multiple sclerosis. *American Journal of Managed Care*, 22(6), 159–170. Paimta iš: <https://www.ajmc.com/view/cost-effectivenessmultiple-sclerosis-current-emerging-treatment>
- Henderson, L.W., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of*
- Holland, D. P., Schlüter, D. K., Young, C. A., Mills, R. J., Rog, D. J., Ford, H. L., & Orchard, K. (2018). Use of coping strategies in multiple sclerosis: association with demographic and disease-related
- Jang, K. L., Livesley, W. J., & Vernon, P. A. (1996). Heritability of the Big Five Personality Dimensions and Their Facets: A Twin Study. *Journal of Personality*, 64(3), 577–592. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00522.x

- John, O., & S. Srivastava, (1999). The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. In L. Pervin and O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 1-71). New York: Guilford.
- Johnson, S. K., DeLuca, J., & Natelson, B. H. (1996). *Personality dimensions in the chronic fatigue syndrome: A comparison with multiple sclerosis and depression*. *Journal of Psychiatric Research*, 30 (1), 9–20. doi:10.1016/0022-3956(95)00040-2
- Jurgelionytė, M. (2019). *Subjektyviai vertinama sveikata, gerovė ir psichosocialinis stresas darbe* (Magistro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas
- Kairys, A., Bagdonas, A., Liniauskaitė, A., ir Pakalniškienė, V., (2013). Lietuvos gyventojų reprezentatyvios imties gerovės struktūra. *Psichologija*, 48, 7-19. Paimta iš <https://www.zurnalai.vu.lt/psichologija/article/view/2629/1847>
- Kaliatkaitė, J., & Bulotaitė, L., (2014). Gerovės samprata sveikatos moksluose ir psichologijoje: tyrimai, problemos ir galimybės. *Visuomenės sveikata*, 1(64), 9-24. Paimta iš [https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.1\(64\)/VS%202014%201\(64\)%20LIT%20A%20Geroves%20samprata.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.1(64)/VS%202014%201(64)%20LIT%20A%20Geroves%20samprata.pdf)
- Kazlauskas, E. ir Želvienė, P., (2013). Psichologinės gerovės sąsajos su patirtais stresoriais, subjektyviai vertinama sveikata. *Visuomenės sveikata*, 4(63). Paimta iš [https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.4\(63\)/VS%202013%204\(63\)%20ORIG%20S%20Psichologine%20gerove.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.4(63)/VS%202013%204(63)%20ORIG%20S%20Psichologine%20gerove.pdf)
- Keyes, C. L. M., (2009). Atlanta: Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). Paimta iš <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>
- Kokko, K., Tolvanen, A., & Pulkkinen, L. (2013). Associations between personality traits and psychological well-being across time in middle adulthood. *Journal of Research in Personality*, 47(6), 748–756. doi:10.1016/j.jrp.2013.07.002
- Krokavcova, M., Nagyova, I., Van Dijk, J. P., Rosenberger, J., Gavelova, M., Middel, B., ... Groothoff, J. W. (2010). Self-rated health and employment status in patients with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 32(21), 1742–1748. doi:10.3109/09638281003734334
- Lex, H., Price, P. & Clark, L., (2022). Qualitative study identifies life shifts and stress coping strategies in people with multiple sclerosis. *Science Reports*, 12. doi:10.1038/s41598-022-10267-z
- Lubetzki, C., Zalc, B., Williams, A., Stadelmann, C., & Stankoff, B. (2020). Remyelination in multiple sclerosis: from basic science to clinical translation. *The Lancet Neurology*, 19(8), 678– 688. doi:10.1016/s1474-4422(20)30140-x

- Maggio, M. G., Cuzzola, M. F., Latella, D., Impellizzeri, F., Todaro, A., Rao, G., ... Calabrò, R. S. (2020). How personality traits affect functional outcomes in patients with multiple sclerosis: A scoping review on a poorly understood topic. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 46, 102560. doi:10.1016/j.msard.2020.102560
- Mair, Frances & May, Carl. (2014). Thinking about the burden of treatment. *British Medical Journal*, 349. doi:10.1136/bmj.g6680.
- May, C. R., Eton, D. T., Boehmer, K., Gallacher, K., Hunt, K., MacDonald, S., ... Shippee, N. (2014). Rethinking the patient: using Burden of Treatment Theory to understand the changing dynamics of illness. *BMC Health Services Research*, 14(1). doi:10.1186/1472-6963-14-281
- Mazzoni, D., & Cicognani, E. (2011). Social support and health in patients with systemic lupus erythematosus: A literature review. *Lupus*, 20(11), 1117–1125. doi:10.1177/0961203311412994
- McCrae, R. R. (2011). Personality Theories for the 21st Century. *Teaching of Psychology*, 38(3), 209–214. doi:10.1177/0098628311411785
- Melcon, M. O., Correale, J., & Melcon, C. M., (2014). Is it time for a new global classification of multiple sclerosis? *Journal of Neurology Science*, 344(1-2), 171-81. doi: 10.1016/j.jns.2014.06.051.
- Mickevičienė, D., Vaitkus, A., Jurkevičienė, G., ir Rastenytė, D., (2012). *Išsėtinės sklerozės klinikiniai simptomai ir jų gydymo principai*. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, neurologijos klinika. Paimta iš:
- Mikula, P., Nagyova, I., Krokavcova, M., Vitkova, M., Rosenberger, J., Szilasiova, J., ... van Dijk, J. P. (2014). Coping and its importance for quality of life in patients with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 36(9), 732–736. doi:10.3109/09638288.2013.808274
- Mikula, P., Nagyova, I., Krokavcova, M., Vitkova, M., Rosenberger, J., Szilasiova, J., ... van Dijk, J. P. (2015). *The mediating effect of coping on the association between fatigue and quality of life in patients with multiple sclerosis*. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 653–661. doi:10.1080/13548506.2015.1032310
- Milanlioglu, A., Özdemir, P. G., Cilingir, V., Gülec, T. Ç., Aydin, M. N., & Tombul, T. (2014). Coping strategies and mood profiles in patients with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 72(7), 490–495. doi:10.1590/0004-282x20140089
- Mullins, A. J., Gamwell, K. L., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Tackett, A. P., Suorsa, K. I., ... Mullins, L. L. (2017). Illness uncertainty and illness intrusiveness as predictors of depressive

- and anxious symptomology in college students with chronic illnesses. *Journal of American College Health*, 65(5), 352–360. doi:10.1080/07448481.2017.1312415
- Munger, K., & Ascherio, A. (2016). *Epidemiology of Multiple Sclerosis: From Risk Factors to Prevention—An Update*. *Seminars in Neurology*, 36(02), 103–114. doi:10.1055/s-0036-1579693
- Nauta, I. M., Speckens, A. E. M., Kessels, R. P. C., Geurts, J. J. G., de Groot, V., Uitdehaag, B. M. J., ... de Jong, B. A. (2017). Cognitive rehabilitation and mindfulness in multiple sclerosis (REMIND-MS): a study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Neurology*, 17(1). doi:10.1186/s12883-017-0979-y
- Ontaneda, D., Thompson, A. J., Fox, R. J., & Cohen, J. A. (2017). Progressive multiple sclerosis: prospects for disease therapy, repair, and restoration of function. *The Lancet*, 389(10076), 1357–1366. doi:10.1016/s0140-6736(16)31320-4
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). *A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis*. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 141–153. doi:10.1016/j.cpr.2008.12.001
- Patten, S. B., Marrie, R. A., & Carta, M. G. (2017). Depression in multiple sclerosis. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 463–472. doi:10.1080/09540261.2017.1322555
- Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Lopez-Leon, S., & Forero, D. A. (2018). Personality traits and health-related quality of life: the mediator role of coping strategies and psychological distress. *Annals of General Psychiatry*, 17(1). doi:10.1186/s12991-018-0196-0
- Personality. *Journal of Multiple Sclerosis*, 4(3), 1-5. doi: 10.4172/2376-0389.1000205
- Possa, M. F., Minacapelli, E., Canale, S., Comi, G., Martinelli, V., & Falautano, M. (2017). The first year after diagnosis: psychological impact on people with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 22(9), 1063–1071. doi:10.1080/13548506.2016.1274043
- Rätsep, T., Kallasmaa, T., Pulver, A., & Gross-Paju, K. (2000). *Personality as a predictor of coping efforts in patients with multiple sclerosis*. *Multiple Sclerosis Journal*, 6(6), 397–402. doi:10.1177/135245850000600607
- Rezapour, A., Almasian Kia, A., Goodarzi, S., Hasoumi, M., Nouraei Motlagh, S., & Vahedi, S. (2017). The impact of disease characteristics on multiple sclerosis patients' quality of life. *Epidemiology and health*, 39, e2017008. <https://doi.org/10.4178/epih.e2017008>

- Ridgeway, J. L., Egginton, J. S., Tiedje, K., Linzer, M., Boehm, D., Poplau, S., ... Eton, D. T. (2014). Factors that lessen the burden of treatment in complex patients with chronic conditions: a qualitative study. *Patient preference and adherence*, 8, 339–351. <https://doi.org/10.2147/PPA.S58014>
- Rieckmann, P., Centonze, D., Elovaara, I., Giovannoni, G., Havrdová, E., Kesselring, J., ... Ben-Amor, A.F. (2018). Unmet needs, burden of treatment, and patient engagement in multiple sclerosis: A combined perspective from the MS in the 21st Century Steering Group. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 19, 153–160. doi:10.1016/j.msard.2017.11.013
- Rommer, P. S., Sühnel, A., König, N., & Zettl, U.-K. (2016). Coping with multiple sclerosis—the role of social support. *Acta Neurologica Scandinavica*, 136(1), 11–16. doi:10.1111/ane.12673
- Roubinov, D. S., Turner, A. P., & Williams, R. M. (2015). Coping among individuals with multiple sclerosis: Evaluating a goodness-of-fit model. *Rehabilitation Psychology*, 60(2), 162–168. doi:10.1037/rep0000032
- Roy, S., Drake, A. S., Eizaguirre, M. B., Zivadinov, R., Weinstock-Guttman, B., Chapman, B. P., & Benedict, R. H. (2017). Trait neuroticism, extraversion, and conscientiousness in multiple sclerosis: Link to cognitive impairment? *Multiple Sclerosis Journal*, 24(2), 205–213. doi:10.1177/1352458517695467
- Roy, S., Drake, A., Fuchs, T., Dwyer, M. G., Zivadinov, R., Chapman, B. P., ... Benedict, R. H. Prevention—An Update. *Seminars in Neurology*, 36(02), 103–114. doi:10.1055/s-0036-1579693
- Ryan, K. Rapport, L., Sherman, T., Hanks, R., Lisak, R., & Khan, O., (2007). Predictors of Subjective Wellbeing among Individuals with Multiple Sclerosis. *The Clinical neuropsychologist*, 21, 239–62.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. doi:10.1037/0022-
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13–39. doi:10.1007/s10902-0069019-0
- Saposnik, G., & Montalban, X. (2018). Therapeutic Inertia in the New Landscape of Multiple Sclerosis Care. *Frontiers in Neurology*, 9. doi:10.3389/fneur.2018.00174
- Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kendall, E., McMillan, S. S., Kelly, F., ... Wheeler, A. J. (2015). Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. *Health Expectations*, 18(3), 312–24. doi:10.1111/hex.12046

- Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kendall, E., McMillan, S. S., Kelly, F., ... Wheeler, A. J. (2013). *Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. Health Expectations, 18(3), 312–324.* doi:10.1111/hex.12046
- Schwartz, C., & Frohner, R. (2005). Contribution of Demographic, Medical, and Social Support Variables in Predicting the Mental Health Dimension of Quality of Life among People with Multiple Sclerosis. *Health & Social Work, 30(3), 203–212.* doi:10.1093/hsw/30.3.203
- Schwartz, C., & Frohner, R. (2005). Contribution of Demographic, Medical, and Social Support Variables in Predicting the Mental Health Dimension of Quality of Life among People with Multiple Sclerosis. *Health & Social Work, 30(3), 203–212.* doi:10.1093/hsw/30.3.203
- Shippee, N., Shah, N., May, C., Mair, F., & Montori, V., (2012). Cumulative complexity: A functional, patient centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology, 65, 1041 – 1051.* doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.05.005
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). *Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. Annual Review of Psychology, 58(1), 565–592.* doi:10.1146/annurev.psych.58.1104
- Strober, L. B. (2018). Quality of life and psychological well-being in the early stages of multiple sclerosis (MS): Importance of adopting a biopsychosocial model. *Disability and Health Journal, 11(4)1-7.* doi:10.1016/j.dhjo.2018.05.003
- Strober, L. B. (2017). *Personality in multiple sclerosis (MS): impact on health, psychological well-being, coping, and overall quality of life. Psychology, Health & Medicine, 22(2), 152–161.* doi:10.1080/13548506.2016.1164321
- Telford, K., Kralik, D., & Koch, T. (2006). Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing, 55(4), 457–464.* doi:10.1111/j.13652648.2006.03942.x
- Upton, D., & Upton, P. (2014). Quality of Life and Well-Being. *Psychology of Wounds and Wound Care in Clinical Practice, 4, 85–111.* doi:10.1007/978-3-319-09653-7_4
- Valadkevičienė, D., Žukauskaitė, I., ir Jatužis, D., (2018). Sergančiųjų išsėtine skleroze biopsichosocialinis vertinimas, taikant Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos trumpąjį kategorijų rinkinį, ir jo sąsajos su darbingumo lygiu. *Neurologijos seminarai, 22(77): 201-212.* doi:

- Valickas, G., Želvienė, P., & Grakauskas, Ž. (2010). Patobulinto keturių faktorių streso įveikos klausimyno psichometriniai rodikliai. *Psichologija*, 41, 96–109. doi:10.15388/Psichol.2010.0.2576
- Van Horn, J. E., & Wilpert, J. (2017). Full and Short Versions of the Coping Inventory for Stressful Situations and Social Problem-Solving Inventory-Revised. *Psychological Reports*, 120(4), 739–759. doi:10.1177/0033294117702362
- Wallin, M. T., Culpepper, W. J., Nichols, E., Bhutta, Z. A., Gebrehiwot, T. T., Hay, S. I., ... Murray, C. J. L. (2019). Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(3), 269–285. *Wellbeing*, 2(3), 196–221. doi:10.5502/ijw.v2i3.3
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y
- Wilski, Gabryelski, Broła, & Tomasz, (2019). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 635–645. doi:10.1080/13548506.2014.999810
- Wilski, Gabryelski, Broła, & Tomasz, (2019). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 635–645. doi:10.1080/13548506.2014.999810
- Wilski, Gabryelski, Broła, & Tomasz, (2019). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 635–645. doi:10.1080/13548506.2014.999810
- Wilski, M., Gabryelski, J., Broła, W., & Tomasz, T. (2019). Health-related quality of life in multiple sclerosis: Links to acceptance, coping strategies and disease severity. *Disability and Health Journal*. doi:10.1016/j.dhjo.2019.06.003
- Ysraelit, M. C., Fiol, M. P., Peña, F. V., Vanotti, S., Terrasa, S. A., Tran, V.T., ... Correale, J. (2019). Adaptation and validation of a Spanish version of the treatment burden questionnaire in patients with multiple sclerosis. *BMC Neurology*, 19(1). doi:10.1186/s12883-019-1441-1
- Vollrath, M., & Torgersen, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 367–378. doi:10.1016/s0191-8869(99)00199-3

PRIEDAI

1 priedas. *Gydymo našos klausimyno tiriančiosios faktorių analizės faktorių teiginių svoriai*

Gydymo našos klausimynas	
Klausimai	1 faktorius
1A. Klausimas	0,722
2B. Klausimas	0,491
4 Klausimas	0,614
1B Klausimas	0,749
1C Klausimas	0,652
1D Klausimas	0,729
2A Klausimas	0,691
2C Klausimas	0,753
2D Klausimas	0,602
2E Klausimas	0,607
3 Klausimas	0,540
5 Klausimas	0,770
6 Klausimas	0,647
7 Klausimas	0,476
8 Klausimas	0,622

Pastaba. Paryškintu šriftu pažymėti didžiausi faktorių svoriai.

2 priedas. *Kvietimas dalyvauti tyrime*

Sveiki,

Esu Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Sveikatos psichologijos programos magistrantė Audronė Stirbytė. Noriu pakviesti Jus dalyvauti mano baigiamojo darbo tyrime, kurio tikslas - išanalizuoti išsėtine skleroze sergančiųjų psichologinę gerovę nuspėjančius veiksnius. Tyrimui vadovauja doc. dr. Olga Zamalijeva.

Dalyvavimas tyrime yra visiškai savanoriškas, todėl galite atsisakyti dalyvauti ar pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu. Tyrime gauti duomenys bus naudojami tik apibendrintai, užtikrinamas konfidencialumas. Šios anketos pildymas truks apie 15-20 min.

Jeigu turite klausimų ar kitų pastebėjimų, susisiekite el.paštu: audrone.stirbyte@fsf.stud.vu.lt

Ačiū už dalyvavimą tyrime bei skiriamą Jūsų laiką!

3 priedas. *Sociodemografinių ir ligos veiksnių anketa*

Jūsų lytis:

- Vyras
- Moteris

Jūsų amžius (įrašykite):

-

Jūsų išsilavinimas:

- Nebaigtas vidurinis
- Vidurinis, profesinis
- Aukštasis neuniversitetinis, aukštesnysis
- Aukštasis universitetinis

Kuris iš žemiau pateiktų variantų geriausiai apibūdina Jūsų dabartinę darbinę situaciją?

- Esate samdomas(-a) arba savarankiškai dirbantis(-i) darbuotojas(-a)
- Mokotės arba studijuojate
- Esate namų šeimininkas(-ė)
- Nedirbate dėl ligos ar negalios
- Nedirbate, nes esate išėjęs(-usi) į pensiją

- Nedirbate, nes nerandate darbo

Jūsų šeiminis statusas:

- Gyvenate su sutuoktiniu(-e)/ partneriu(-e)
- Turite sustuoktinį(-ę)/ partnerį(-e), bet gyvenate atskirai
- Esate vienišas(-a)
- Esu išsiskyręs(-usi)/ našlys(-ė)

Jūsų išsėtinės sklerozės forma:

- Recidyvuojanti-remituojanti išsėtinė sklerozė
- Pirminė progresuojanti išsėtinė sklerozė
- Antrinė progresuojanti išsėtinė sklerozė
- Kliniškai izoliuotas sindromas

Kiek laiko praėjo nuo Jūsų išsėtinės sklerozės ligos diagnozavimo?

- Iki 1 metų
- Nuo 1 iki 3 metų
- Nuo 3 iki 5 metų
- 5 metai ir daugiau

Įvertinkite, kiek sunki Jūsų liga (kiek riboja galimybes atlikti kasdienes veiklas) skalėje nuo 0 iki 10, kai 0 - visiškai nesunki, 10 - labai sunki

(įrašykite)

.....

4 priedas. Amžiaus ir gerovės sričių koreliacijos koeficientai

Psichologinė gerovė	Amžius
Bendras gerovės įvertis	-0,025
Emocinė gerovė	-0,067
Psichologinė gerovė	-0,008
Socialinė gerovė	-0,027

Pastaba, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5 priedas. Amžiaus ir įveikos strategijų koreliacijos koeficientai

Įveikos strategija	Amžius
Socialinė parama	0,025
Problemų sprendimas	-0,032
Emocinė iškrova	-0,153
Vengimas	0,189

*Pastaba, * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001*

6 priedas. Amžiaus ir asmenybės bruožų koreliacijos koeficientai

Asmenybės bruožas	Amžius
Ekstravertiškumas	-0,159
Sutarumas	-0,063
Sąmoningumas	-0,132
Neurotiškumas	-0,202
Atvirumas patirčiai	-0,109

*Pastaba, * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001*

7 priedas. Amžiaus ir gydymo naštos koreliacijos koeficientai

	Amžius
Gydymo našta	0,077

*Pastaba, * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001*

8 priedas. Dirbančių ir nedirbančių IS sergančiųjų asmenybės bruožų vidurkių palyginimas

Asmenybės bruožas	Dirbantys (n = 44)	Nedirbantys (n = 20)	t	df	p
	M (SD)	M (SD)			
Ekstraversija	3,23 (0,82)	3,11 (0,59)	0,47	62	0,962
Sutarumas	3,65 (0,52)	3,57 (0,46)	0,63	62	0,532
Sąmoningumas	3,47 (0,51)	3,23 (0,47)	1,73	62	0,088
Neurotiškumas	3,37 (0,81)	3,36 (0,57)	0,05	62	0,962
Atvirumas patirčiai	3,25 (0,60)	3,27 (0,60)	-0,124	62	0,902

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

9 priedas. Dirbančių ir nedirbančių IS sergančiųjų gydymo naštos vidurkių palyginimas

	Dirbantys (n = 44)	Nedirbantys (n = 20)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Gydymo našta	1,46 (0,39)	1,61 (0,21)	-1,51	61	0,136

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

10 priedas. Dirbančių ir nedirbančių IS sergančiųjų įveikos strategijų vidurkių palyginimas

Įveikos strategijos	Dirbantys (n = 44)	Nedirbantys (n = 20)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Socialinė parama	3,19 (0,84)	3,27 (0,97)	-0,34	62	0,734
Problemų sprendimas	3,48 (0,67)	3,32 (0,84)	0,86	62	0,395
Emocinė iškrova	2,09 (0,64)	1,98 (0,70)	0,58	62	0,562
Vengimas	3,26 (0,72)	3,05 (0,81)	1,05	62	0,299

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

11 priedas. Recidyvuojančia-remituojančia bei progresuojančiomis IS formomis sergančiųjų psichologinės gerovės vidurkių palyginimas

Gerovės dimensijos	Recidyvuojanti-remituojanti IS (n = 49)	Progresuojanti IS (n = 15)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Emocinė gerovė	2,7007 1,30747	2,8444 1,13296	-,384	62	,703
Psichologinė gerovė	2,1306 1,27642	2,4933 1,13608	-,986	62	,328
Socialinė gerovė	2,6259 1,30194	2,5111 1,22226	,303	62	,763
Bendras gerovės įvertis	34,5102 (16,78556)	36,0667 15,74106	-,319	62	,751

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

12 priedas. Recidyvuojančia-remituojančia bei progresuojančiomis IS formomis sergančiųjų įveikos strategijų vidurkių palyginimas

Įveikos strategijos	Recidyvuojanti- remituojanti IS (n = 49)	Progresuojanti IS (n = 15)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Socialinė parama	3,1803 ,87058	3,3111 ,90822	-,504	62	,616
Problemų sprendimas	3,3707 ,71384	3,6333 ,75907	-1,229	62	,224
Emocinė iškrova	2,0204 ,62789	2,1667 ,75855	-,751	62	,455
Vengimas	3,1803 ,74833	3,2444 ,77630	-,288	62	,774

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

13 priedas. Recidyvuojančia-remituojančia bei progresuojančiomis IS formomis sergančiųjų asmenybės bruožų vidurkių palyginimas

Asmenybės bruožai	Recidyvuojanti- remituojanti IS (n = 49)	Progresuojanti IS (n = 15)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Ekstravertiškumas	3,0536 ,77182	3,3333 ,66088	-1,267	62	,210
Sutarumas	3,6190 ,49690	3,6444 ,52150	-,171	62	,865
Sąmoningumas	3,3311 ,49300	3,6000 ,51912	-1,826	62	,073
Neurotiškumas	3,3138 ,76934	3,5500 ,60835	-1,088	62	,281
Atvirumas patirčiai	3,2327 ,58323	3,3333 ,63882	-,572	62	,569

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

14 priedas. Recidyvuojančia-remituojančia bei progresuojančiomis IS formomis sergančiųjų gydymo naštos vidurkių palyginimas

Įveikos strategijos	Recidyvuojanti- remituojanti IS (n = 49)	Progresuojanti IS (n = 15)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Gydymo našta	1,4724 ,36465	1,6297 ,26497	,606	-1,501	61

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

15 priedas. Skirtingos ligos trukmės IS sergančiųjų gerovės dimensijų vidurkių palyginimas

	Nuo 0 iki 3 metų (n = 19)	Progresuojanti IS (n = 45)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Psichologinė gerovė	2,9298 1,39035	2,6519 1,21013	,803	62	,425
Emocinė gerovė	2,1789 1,34478	2,2311 1,21727	-,152	62	,880
Socialinė gerovė	2,7632 1,29733	2,5296 1,27391	,666	62	,508
Bendras gerovės įvertis	2,5902 1,24103	2,4492 1,15654	,436	62	,664

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

16 priedas.. Skirtingos ligos trukmės IS sergančiųjų įveikos strategijų vidurkių palyginimas

	Nuo 0 iki 3 metų (n = 19)	3 ir daugiau metų (n = 45)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Įveikos strategijos					
Socialinė parama	3,3421 ,86865	3,1556 ,88005	,778	62	,440
Problemų sprendimas	3,3860 ,54448	3,4519 ,79663	-,329	62	,743
Emocinė iškrova	2,0614 ,80164	2,0519 ,59652	,053	62	,958
Vengimas	3,2719 ,75402	3,1630 ,75335	,529	62	,599

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

17 priedas. Skirtingos ligos trukmės IS sergančiųjų asmenybės bruožų vidurkių palyginimas

	Nuo 0 iki 3 metų (n = 19)	3 ir daugiau metų (n = 45)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Asmenybės bruožai					
Ekstravertiškumas	3,1711 ,66040	3,0972 ,79321	,356	62	,723
Sutarumas	3,5614 ,52309	3,6519 ,49157	-,660	62	,512
Sąmoningumas	3,4386 ,38574	3,3753 ,55469	,452	62	,653
Neurotiškumas	3,3882 ,60509	3,3611 ,79246	,133	62	,895
Atvirumas patirčiai	3,4053 ,50605	3,1933 ,62063	1,314	62	,194

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

18 priedas. Skirtingos ligos trukmės IS sergančiųjų gydymo naštos vidurkių palyginimas

	Nuo 0 iki 3 metų (n = 19)		3 ir daugiau metų (n = 45)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>				
Gydymo našta	1,3769	,33239	1,5595	,34568	-1,915	61	,060

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

19 priedas. Turinčių ir neturinčių kitų lėtinių ligų sergančiųjų IS gerovės dimensijų vidurkių palyginimas

	Neturi kitų lėtinių ligų (n = 44)		Turi kitų lėtinių ligų (n = 20)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>				
Emocinė gerovė	2,8333	1,22948	2,5167	1,33542	,930	62	,356
Psichologinė gerovė	2,3227	1,30132	1,9800	1,10863	1,020	62	,311
Socialinė gerovė	2,7121	1,19720	2,3500	1,43260	1,054	62	,296
Bendras gerovės įvertis	36,3864		31,5500		1,093	62	,279
		16,28270		16,70006			

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

20 priedas Turinčių ir neturinčių kitų lėtinių ligų sergančiųjų IS sergančiųjų įveikos strategijų vidurkių palyginimas

	Neturi kitų lėtinių ligų (n = 44)		Turi kitų lėtinių ligų (n = 20)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>				
Įveikos strategijos							
Socialinė parama	3,2462	,86153	3,1333	,91862	,476	62	,636
Problemų sprendimas	3,4773	,63753	3,3333	,90483	,731	62	,467
Emocinė iškrova	2,1174	,71400	1,9167	,50000	1,135	62	,261
Vengimas	3,2197	,69585	3,1417	,87237	,384	62	,703

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

21 priedas. Turinčių ir neturinčių kitų lėtinių ligų sergančiųjų IS sergančiųjų asmenybės bruožų vidurkių palyginimas

Asmenybės bruožai	Neturi kitų lėtinių ligų (n = 44)	Turi kitų lėtinių ligų (n = 20)	t	df	p
	M (SD)	M (SD)			
Ekstravertiškumas	3,1761 ,80257	2,9938 ,62628	,898	62	,373
Sutarumas	3,6111 ,52363	3,6556 ,45011	-,328	62	,744
Sąmoningumas	3,3510 ,49513	3,4889 ,53639	-1,006	62	,318
Neurotiškumas	3,5000 ,72085	3,0813 ,70626	2,167	62	,034
Atvirumas patirčiai	3,2705 ,52764	3,2250 ,73117	,282	62	,779

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

22 priedas Turinčių ir neturinčių kitų lėtinių ligų sergančiųjų IS sergančiųjų gydymo naštos vidurkių palyginimas

Gydymo našta	Neturi kitų lėtinių ligų (n = 44)	Turi kitų lėtinių ligų (n = 20)	t	df	p
	M (SD)	M (SD)			
Gydymo našta	1,4665 ,40292	1,5952 ,16549	-1,794	60,421	,078

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

23 priedas. Subjektyvaus savo būklės vertinimo ir gerovės sričių koreliacijos koeficientai

Psichologinė gerovė	Subjektyvus savo būklės vertinimas
Bendras gerovės įvertis	-0,216
Emocinė gerovė	-0,235
Psichologinė gerovė	-0,135
Socialinė gerovė	-0,238

Pastaba, * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

24 priedas. Subjektyvaus savo būklės vertinimo ir asmenybės bruožų koreliacijos koeficientai

Asmenybės bruožas	Amžius
Ekstravertiškumas	-0,151
Sutarumas	-0,053

Sąmoningumas	-0,112
Neurotiškumas	0,115
Atvirumas patirčiai	-0,157

*Pastaba, * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001*

25 priedas. Subjektyvaus savo būklės vertinimo ir įveikos strategijų koreliacijos koeficientai

Įveikos strategija	Subjektyvus savo būklės vertinimas
Socialinė parama	0,077
Problemų sprendimas	-0,069
Emocinė iškrova	0,051
Vengimas	0,040

*Pastaba, * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001*

26 priedas. Subjektyvaus savo būklės vertinimo ir gydymo naštos koreliacijos koeficientai

	Subjektyvus savo būklės vertinimas
Gydymo našta	0,222

*Pastaba, * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001*