



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Marius Snežko

Klinikinės psichologijos studijų programa

**Onkologinių pacientų suvokiamo neapibrėžtumo, streso įveikos stiliaus ir emocinės
būklės ryšys**

Magistrinis darbas

Darbo vadovė: Doc. dr. Rūta Sargautytė

Darbo konsultantė: Marija Turlinskienė

Vilnius, 2021

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS	6
PRATARMĖ	7
1 ĮVADAS	8
1.1 Vėžio samprata, etiologija ir klasifikacija	8
1.1.1 Vėžio gydymas.....	9
1.1.2 Vėžio epidemiologija	10
1.1.3 Vėžio poveikis emocinei būklei	11
1.2 Neapibrėžtumo suvokimas.....	12
1.2.1 Neapibrėžtumas ligos situacijoje	12
1.2.2 Neapibrėžtumas onkologinės ligos situacijoje.....	14
1.2.3 Netolerancija neapibrėžtumui	15
1.2.4 Netolerancija neapibrėžtumui onkologinės ligos situacijoje	17
1.3 Stresas onkologinės ligos situacijoje	18
1.3.1 Streso įveika.....	19
1.3.2 Streso įveika onkologinės ligos situacijoje	22
1.4 Neapibrėžtumo suvokimo ir streso įveikos ryšys	24
1.5 Tyrimo tikslas ir uždaviniai	25
2.TYRIMO METODIKA.....	26
2.1 Tyrimo dalyviai.....	26
2.2 Tyrimo instrumentai	27
2.2.1 Neapibrėžtumas ligos situacijoje.....	27
2.2.2 Netolerancija neapibrėžtumui	28
2.2.3 Streso įveikos stilius.....	29
2.2.4 Emocinė būklė.....	30

2.2.5 Distreso termometras	31
2.3 Tyrimo eiga.....	31
2.4 Duomenų analizė	32
3. REZULTATAI	33
3.1 Neapibrėžtumo suvokimo ryšys su emocine būkle.....	36
3.2 Streso įveikos stiliaus ryšys su emocine būkle	36
3.3 Streso įveikos stiliaus ir neapibrėžtumo suvokimo ryšys	38
3.4 Nerimo ir depresijos lygio prognostiniai veiksniai	38
4. REZULTATŲ APTARIMAS	40
4.1 Neapibrėžtumo ligos situacijoje ir netolerancijos neapibrėžtumui ryšys su emocine būkle.	40
4.2 Streso įveikos stiliaus ryšys su emocine būkle	41
4.3 Neapibrėžtumo suvokimo ir streso įveikos stiliaus ryšys	45
4.4 Nerimo ir depresijos lygio prognostiniai veiksniai	46
4.5 Tyrimo trūkumai ir rekomendacijos	46
5. IŠVADOS	48
6. LITERATŪROS SĄRAŠAS	49
7. PRIEDAI.....	59

SANTRAUKA

Onkologinių pacientų suvokiamo neapibrėžtumo, streso įveikos stiliaus ir emocinės būklės ryšys, Marius Snežko, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2021, 58 psl.

Atliktu tyrimu buvo siekiama išsiaiškinti ryšius tarp neapibrėžtumo ligos situacijoje, netolerancijos neapibrėžtumui, streso įveikos stilių ir emocinės būklės tarp onkologine liga sergančių pacientų. Tyrime dalyvavo 116 dalyvių, iš kurių 108 (93,7%) buvo moterys ir 8 (6,3%) – vyrai. Tyrimo dalyvių amžiaus vidurkis – 50,31 ($SD=10.08$). Tyrimo dalyviai buvo atrinkti netikimybinės tikslinės atrankos būdu. Tyrime buvo naudoti šie instrumentai: Neapibrėžtumo ligos situacijoje skalė – bendruomenės forma (MUIS-C); Netolerancijos neapibrėžtumui trumpa skalė (IUS-12); Keturių faktorių streso įveikos klausimynas; Depresijos, nerimo ir streso skalė (DASS-21) ir vėžio distreso termometras. Tyrimas buvo koreliacinis. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad neapibrėžtumas ligos situacijoje ir netolerancija neapibrėžtumui yra teigiamai susiję su depresijos, nerimo ir streso lygiais; tam tikri streso įveikos stiliai yra susiję su onkologinių pacientų emocine būkle; o neapibrėžtumas ligos situacijoje ir netolerancija neapibrėžtumui yra susiję su emocijų iškrovos įveikos strategija.

Raktiniai žodžiai: neapibrėžtumas ligos situacijoje, netolerancija neapibrėžtumui, emocinė būklė, streso įveika, onkologinė liga, vėžys.

SUMMARY

The link between Perception of Uncertainty, Coping styles and Emotional State in Cancer Patients, Marius Snežko, Vilnius, Vilnius University, 2021, 58 p.

The present study was conducted to examine the relationship between uncertainty in illness, uncertainty intolerance, coping styles and emotional state in cancer patients. The study had 116 participants. Among them 108 (93,7%) were woman and 8 (6,3%) were men. Mean age of participants – 50,31 ($SD=10.08$). Purposive sampling was used in the study. Participants completed Mishel Uncertainty in Illness Scale- Community form (MUIS-C) ; Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12); Lithuanian coping with stress questionnaire; Depression, Anxiety and Stress scale (DASS-21) and cancer distress thermometer. The study was correlational. It was found, that both uncertainty in illness and uncertainty intolerance were related to the levels of depression, anxiety and stress; some coping styles were related to emotional state and both uncertainty intolerance and uncertainty in illness were related to venting coping style.

Keywords: uncertainty in illness; uncertainty intolerance, emotional state, coping with stress, Oncological disease, cancer.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Neapibrėžtumas ligos situacijoje – (angl. *Uncertainty in illness*) – negebėjimas nustatyti su liga susijusių stimulų prasmės (Mishel, 1988).

Netolerancija neapibrėžtumui– (angl. *Uncertainty intolerance*) – individo dispozicija suvokti neigiamo įvykio galimybę kaip nepriimtina, nepriklausomai nuo jo tikimybės (Carleton et al., 2007).

Streso įveika – procesas, kurio metu individas kognityvinėmis ir fizinėmis pastangomis siekia suvaldyti nepalankią aplinkos įtaką (Lazarus ir Folkman, 1984, cit. pag. Grakauskas ir Valickas, 2006).

PRATARMĖ

Statistiniais tyrimais nustatyta, kad vienam iš penkių vyrų ir vienai iš šešių moterų per gyvenimą yra diagnozuojama onkologinė liga (Bray et al., 2018). Vėžys yra viena dažniausių mirties priežasčių pasaulyje, todėl galime teigti, kad tai yra viena opiausių XXI a. problemų.

Ilgą laiką onkologijoje vyravo biomedicininis modelis – būdavo kreipiamas dėmesys tik į objektyvius, biologinius ligos aspektus, o pacientų psichologiniai išgyvenimai būdavo ignoruojami (Turlinskienė & Sargautytė, 2019). Šiais laikais, vis labiau įsigalėjant biopsichosocialiniam modeliui, vis daugiau dėmesio yra skiriama psichologiniams ligos aspektams. Atkreiptas dėmesys, kad sergantys onkologinėmis ligomis susiduria su daugybe specifinių stresorių – neišvengiamais pokyčiais socialiniame, profesiniame, šeimyniniame gyvenime, nuolatinė nežinomybė dėl ligos eigos, varginančiomis reakcijomis į gydymą (pykinimu, galvos skausmais, jėgų praradimu ir pan.), įvairių neigiamų emocijų potyriais (Lang-Rollin & Berberich, 2018; Turlinskienė & Sargautytė, 2019). Visi šie veiksniai neišvengiamai veikia pacientų gyvenimo kokybę ir emocinę būklę.

Gydymą patiriančių onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybė, reakcija į vėžio gydymą bei rehabilitacija priklauso nuo daugybės veiksnių: socialinio palaikymo, finansinės padėties, amžiaus, fizinių simptomų sunkumo, sveikatos, medicinos personalo paslaugų kokybės, streso įveikos įgūdžių, asmeninių savybių ir begalės kitų veiksnių (Glavić et al., 2014; Lang-Rollin & Berberich, 2018; Nayak et al., 2017). Šiame darbe bus gilinamasi į neapibrėžtumo suvokimo, streso įveikos stilių ir onkologine liga sergančių pacientų emocinės būklės ryšį.

1. ĮVADAS

1.1. Vėžio samprata, etiologija ir klasifikacija.

Vėžys – tai didelė ligų grupė, kuriai būdingas nekontroliuojamas ląstelių dauginimasis išstumiant ir naikinant aplinkinius audinius ir plitimas per kraują ir limfą į kitas organizmo vietas, susiformuojant metastazėms (Abbas & Rehman, 2018). Anot Merkle (2011), vėžiui būdingi keli ar visi šie požymiai:

- a) Patologinis ląstelių dauginimasis, sąlygotas molekulinų ar genetinių mutacijų ląstelėje.
- b) Ląstelės dauginimosi kontrolės stoka ir ląstelių dalinimasis, kuris suformuoja auglius ir gali išplisti į kitus audinius, esančius šalia vėžinio darinio.
- c) Gebėjimas plisti į toliau nuo pirminio vėžio židinio esančias organizmo vietas ir sukelti antrinius auglius.
- d) Gebėjimas plisti per bet kokį kūno audinį.
- e) Gebėjimas išvengti natūralios ląstelių mirties.

Onkologinės ligos atsiradimą sąlygoja pokyčiai DNR ląstelių genetiniame kode. Supaprastindami galime teigti, kad vėžys atsiranda mutavus tam tikroms ląstelėms, kurios įgyja specifinių savybių: pradeda intensyviai ir greitai dalintis, sutrinka ląstelės apoptozės (mirties) mechanizmai, pakinta metabolizmas, keičiasi ląstelės ir audinių struktūra, ląstelės dalindamosis plinta į kitus organus ar audinius (Didžiapetrienė, 2013).

Vėžio genezė nėra paprastas procesas. Jis vyksta per ilgą laiko tarpą, ląstelėms vis iš naujo mutuojant ir keičiantis jų struktūrai. Nevaldomai besidauginančios ląstelės suformuoja navikus – ląstelių sankaupas, kurios gali būti piktybinės arba nepiktybinės. Nepiktybiniai augliai nėra priskiriami vėžiui, jie ląstelėms dauginantis didėja, bet neplinta į kitus organizmo darinius. Vėžio skiriamasis bruožas – gebėjimas plisti į kitus organus – sudaryti metastazes (Abbas & Rehman, 2018).

Manoma, kad vėžį sukeliančias genetines mutacijas nulemia sudėtingos daugybės faktorių tarpusavio sąveikos. Išskiriami rizikos veiksniai, didinantys tikimybę susirgti onkologine liga. Tarp jų yra ir nuo žmonių kontrolės nepriklausančių veiksnių, tokių kaip amžius (didėjant amžiui, ląstelės daugiau dalinasi ir todėl didėja kancerogeninės mutacijos tikimybė), lytis (kai kurios onkologinės ligos yra siejamos su hormoniniais pokyčiais), genetinis polinkis ar šeimoje buvę vėžio atvejai. Taip pat riziką didina su gyvenimo būdu susiję veiksniai – rūkymas, alkoholis, fizinio aktyvumo stoka, antsvoris, netinkama mityba. Vėžį gali sukelti ir radiacija, saulės spinduliai, tam tikri virusai ar

bakterijos bei toksiškos medžiagos. Svarbu paminėti, kad tai - tik rizikos veiksniai, manoma, kad vėžį sukelia sudėtinga įvairių genetinių ir aplinkos faktorių sąveika, o ne vienas konkretus veiksnys (Vineis & Wild, 2014).

Vėžio simptomai ir eiga labai priklauso nuo vėžio lokalizacijos ir stadijos (Mathur et al., 2015). Skirtingiems onkologiniams susirgimams būdingi skirtingi simptomai, priklausantys nuo pažeisto organo, pavyzdžiui, plaučių vėžio indikatorius gali būti dusulys, kvėpavimo sunkumai; prostatos vėžio – dažnas šlapinimasis, kraujas šlapime (Didžiapetrienė, 2013). Taip pat yra ir bendri vėžio simptomai – nuovargis, pykinimas, temperatūra, iškilimas po oda, odos spalvos pokyčiai, svorio kritimas be priežasties, skausmas, etc. (Jørgensen et al., 2017). Paminėtina, kad šie simptomai gali būti būdingi ir kitoms ligoms ir nėra specifiniai, todėl neretai onkologinė liga būna diagnozuojama jau pažengusioje stadijoje (Mathur et al., 2015).

1.1.2. Vėžio gydymas

Vėžio gydymas yra sudėtinga ir kompleksiška procedūra, kurios pobūdis priklauso tiek nuo vėžio tipo bei stadijos, tiek nuo paciento bendros sveikatos būklės, tiek ir nuo sudėtingesnių medicininių ir biologinių ligos charakteristikų (Abbas & Rehman, 2018). Gydymo tikslai taip pat gali būti įvairūs – simptomų palengvinimas, atkryčio prevencija, naviko sunaikinimas ar sustabdymas ar metastazių ribojimas (Didžiapetrienė, 2013). Merkle (2011) išskiria penkis pagrindinius vėžio gydymo būdus:

- 1) Chirurginis gydymas. Operacija, kurios metu pašalinamas auglys ar jo dalis.
- 2) Radioterapija – vėžio gydymo būdas, kurio metu naudojama didelės energijos jonizuojanti spinduliuotė, kuri paveikia ląstelių genetinę medžiagą ir jos gebėjimą dalintis.
- 3) Chemoterapija – gydymas vaistais, kurie slopina vėžio ląstelių dalinimąsi, taip sustabdant ar sulėtinant naviko augimą. Chemoterapija yra sisteminis gydymas, t.y. vaistai yra absorbuojami per kraują ir veikia visą organizmą, todėl paveikia ir sveikas ląsteles.
- 4) Hormoninė terapija – gydymas įvairiais preparatais, kurių tikslas – sustabdyti vėžį, kurio progresavimas priklauso nuo hormonų koncentracijos.
- 5) Bioterapija – gydymas, siekiant sužadinti imuninį atsaką į onkologinę ligą.

Kiti mokslininkai išskiria ir kitus būdus, bet jų čia nenagrinėsime. Neretai onkologinės ligos gydymas ar valdomas derinant įvairius gydymo būdus, kurie gali būti taikomi tiek vienu metu, tiek pakaitomis (Didžiaukienė, 2013). Taip pat svarbu paminėti, kad didžioji dalis besigydančių onkologinių pacientų patiria ir sudėtingus šalutinius gydymo simptomus – skausmą, pykinimą, tinimą,

ir pan., priklausomai nuo taikomo gydymo (Abbas & Rehman, 2018). Ilgą laiką pasibaigus gydymui ir pasiekus ligos remisiją (atsitraukimą), onkologiniai pacientai dar būna stebimi, jiems atliekami kontroliniai tyrimai, standartiškai sekimas po gydymo trunka apie 5 metus, ir tik tuomet kalbama apie pilną pasveikimą.

1.1.3. Vėžio epidemiologija

Statistiniai tyrimai rodo, kad 2020 metais pasaulyje buvo nustatyta maždaug 19,3 milijono naujų vėžio atvejų ir nuo jo mirė apie 10 milijonų žmonių (Sung et al., 2021). Anot Pasaulio sveikatos organizacijos, onkologinė liga yra antra pagal dažnumą mirties priežastis pasaulyje (2018). Vėžys yra labiausiai paplitęs išsivysčiusiose šalyse – didžiausi sergamumo rodikliai būdingi vakarų ir šiaurės Europos šalims, šiaurės Amerikos ir Australijos bei Naujosios Zelandijos gyventojams (Sung et al., 2021). Naujausiais statistiniais duomenimis, pasaulyje vėžys paplitęs labiau tarp vyrų (220 iš 100 000), nei tarp moterų (186 iš 100 000), nors skirtinguose pasaulio regionuose šis santykis smarkiai skiriasi (Sung ir kt., 2021).

Kalbant apie vėžio paplitimą Lietuvoje, remiamasi 2015 metų vėžio registro duomenimis, kadangi naujesni duomenys nėra publikuoti. Lietuvoje 2015 metais buvo užfiksuoti 17708 nauji vėžio atvejai ir mirė 8347 žmonės. Tarp vyrų dažniausiai pasitaikančios vėžio formos yra prostatos (33% atvejų), plaučių (13%) vėžys ir odos navikai (9%). Tarp moterų – odos navikai (19%), krūties (18%) ir gimdos (7%) vėžys. Pagrindinė vyrų mirties nuo vėžio priežastis yra plaučių vėžys (23% mirties atvejų), o moterų – krūties (15%).

Lietuvos vėžio registro duomenimis, 2015 metais su onkologinės ligos diagnoze gyveno apie 110 000 žmonių, iš kurių apie 30 000 su liga išgyveno daugiau nei 10 metų. Kalbant apie ligos prognozę, ji priklauso tiek nuo vėžio tipo, tiek nuo stadijos, kurioje liga buvo diagnozuota (Didžiapetrienė, 2013). Pavyzdžiui, praėjus penkiems metams nuo stemplės vėžio diagnozės, išgyveno tik 6% pacientų, o nuo krūties vėžio – 77 procentai. Todėl apibendrintai apie prognozes nėra prasmės kalbėti. Nepaisant to, mirštamumas nuo onkologinių ligų Lietuvoje kasmet mažėja.

Vėžio tipų yra daugybė, ir jie skiriasi tiek ligos simptomais, tiek prognoze ir poveikiu pacientui. Onkologinės ligos taip pat klasifikuojamos remiantis ląstelių struktūra, išplitimo laipsniu ir naviko dydžiu. I stadijos vėžys yra nedidelis ir lokalizuotas vienoje vietoje. II ir III stadijos vėžys yra didesnis ir išplitęs į aplinkinius audinius. IV stadijos vėžys yra išplitęs į kitas kūno dalis ir vadinamas

metastaziniu (Didžiapetrienė, 2013). Metastazės yra dažniausia mirties nuo vėžio priežastis, nulemianti apie 90 procentų mirties atvejų (Guan, 2015).

1.1.4. Vėžio poveikis emocinei būklei

Vėžio diagnozė ir gydymas yra sudėtingas procesas, veikiantis tiek patį pacientą, tiek jo šeimą bei aplinkinius. Onkologinės ligos situacijoje žmonės susiduria su daugybe iššūkių – su fiziniais ligos bei gydymo simptomais, su pokyčiais kasdieniame gyvenime, santykiuose su artimaisiais, darbinėje sferoje, su kaltės, gėdos, baimės jausmais, pakitusiu santykiu su savo kūnu ir potencialia mirties tikimybe (Costa et al., 2016; Dauchy et al., 2013). Dėl įvairių stresorių gausos, sergant vėžiu išauga įvairių psichologinių problemų rizika (Mitchell et al., 2011)

Statistiniai tyrimai rodo, kad onkologine liga sergantys pacientai dažniau turi įvairių psichikos sutrikimų, nei bendroji populiacija. Pavyzdžiui, Mitchell ir kt. (2011), atlikę tyrimų, nagrinėjančių depresijos pasireiškimą tarp vėžiu sergančių pacientų, metaanalizę, nustatė, kad apie 16 procentų onkologinių ligonių serga depresija, apie 10% turi nerimo sutrikimą ir apie 15% adaptacijos sutrikimą. Taip pat nustatoma, kad tarp onkologine liga sergančių pacientų yra padidėjusi savižudybės rizika, vėžio diagnozė bei gydymas gali sukelti potrauminius išgyvenimus būdingas psichologines būsenas – disociaciją, inzavinius prisiminimus, nepageidaujamas mintis, aukštą fiziologinį sužadimą (Abbey et al., 2015; Zaorsky et al., 2019)

Negydomas emocinis distresas ir psichiniai sutrikimai gali apsunkinti tiek psichologinį prisitaikymą prie ligos, tiek gydymo procesą. Tyrimai rodo, kad distresą patiriantys ar psichikos sutrikimų turintys pacientai yra mažiau linkę laikytis gydytojų rekomendacijų, rečiau atlieka kontrolinius tyrimus sveikatos būklei stebėti, pasižymi prastesniais išgyvenamumo ir sveikatos rodikliais (Brown et al., 2003; Hamer et al., 2009). Todėl onkologine liga sergančių pacientų psichologinė gerovė ir gebėjimas prisitaikyti prie ligos yra svarbus faktorius ligos eigai ir išgyvenamumui.

Psichologinį distresą onkologinės ligos metu patiria ne visi pacientai. Psichologinė reakcija į vėžį ir jo gydymą priklauso nuo daugybės įvairių veiksnių. Tai gali būti ir objektyvūs ligos ir sveikatos rodikliai – sveikatos būklės, vėžio ar gydymo simptomų išreikštumo, ligos tipo ir stadijos, patiriamo skausmo, bendros sveikatos būklės. Taip pat priklauso ir nuo tam tikrų socialinių ar ekonominių veiksnių – aplinkinių paramos, artimųjų palaikymo, finansinės situacijos, darbinės padėties. Galiausiai, ir nuo psichologinių faktorių – tam tikrų asmeninių savybių, tokių psichologinių dispozicijų ar savybių

kaip saviveiksmingumas, dispozicinis optimizmas, neurotiškumas, kognityvinis stilius; ar susijusių su liga kognicijų – suvokiamo ligos kontroliuojamumo, neapibrėžtumo ligos situacijoje ir daugybės kitų (Fitzgerald et al., 2015; Lang-Rollin & Berberich, 2018; Mathur et al., 2015). Apibendrinant, galime teigti, kad emocinė reakcija į vėžį priklauso nuo daugybės faktorių.

Šiame tyrime buvo nagrinėjamas neapibrėžtumo ligos situacijoje patyrimo, netolerancijos neapibrėžtumui, streso įveikos stiliaus ryšys su pacientų emocine būkle. Atliktame darbe emocinė būklė yra vadinami patiriami nerimo, depresijos ir streso lygiai.

1.2. Neapibrėžtumo suvokimas

1.2.1. Neapibrėžtumo ligoje teorija.

Vienas iš veiksnių, darančių didelę įtaką psichologinei reakcijai į onkologinę ligą – patiriamas neapibrėžtumas (Zhang, 2017).

Anot neapibrėžtumo ligoje teorijos (angl. *Uncertainty in Illness theory*), neapibrėžtumas – bet kokią ligą lydintis reiškinys ir gebėjimas su juo susidoroti yra kertinis veiksnys prisitaikymui prie ligos (Babrow et al., 1998). Neapibrėžtumas ligos situacijoje yra apibrėžiamas kaip “negebėjimas nustatyti su liga susijusių stimulų prasmės” (Mishel, 1988). Teorija buvo sukurta siekiant paaiškinti individų prisitaikymą prie ūminių ligų, o vėliau apėmė ir prisitaikymą prie lėtinių sveikatos sutrikimų (Mishel, Padilla, Grant, & Sorenson, 1991). Mishel išskiria keturias sritis, kuriose pasireiškia su liga susijęs neapibrėžtumas: neaiškumas dėl ligos būklės (nėra aišku, kokio sunkumo yra liga, kokia yra sergančiojo būklė ir pan.), informacijos apie ligą trūkumas, gydymo proceso ir sveikatos apsaugos sistemos sudėtingumas bei neaiški ligos eiga ir prognozė (Wright et al., 2009).

Susirgus pacientai dėl patiriamų savijautos pokyčių, simptomų, jų kaitos, daugiau ar mažiau susiduria su neapibrėžtumu – nežino, kaip klostysis liga, kokia bus sveikatos būklė, neaišku ar pasveiks. Todėl neišvengiamai susiduria su tam tikru neapibrėžtumo lygiu, kuris yra bet kokios ligos palydovas.

Mishel išskiria tris su liga susijusius faktorius, nuo kurių priklauso, kiek stipriai bus suvokiamas neapibrėžtumas. Visų pirma – simptomų forma (angl. *symptom pattern*). Ši sąvoka apibrėžia simptomų pasireiškimo tvarkingumą – ar jie pasireiškia chaotiškai ir nenuspėjamai, ar turi tam tikrą suvokiamą struktūrą ir yra dėsningi. Jei simptomai yra aiškūs, lengvai lokalizuojami ir pasireiškia tam tikra suvokiama tvarka, individas patiria mažiau neapibrėžtumo nei tada, kai simptomai pasireiškia chaotiškai, nenuspėjamai ir asmuo nesugeba nustatyti kažkokių dėsningumų, pagal kuriuos simptomus

galima būtų prognozuoti. Antras veiksnys yra įvykių pažįstamumas. Simptomai, kuriuos pacientas yra patyręs praeityje sukelia mažiau neapibrėžtumo, nei tie, kurie yra jaučiami pirmą kartą. Trečias faktorius – ligos nuspėjamumas – jei individas sugeba nuspėti savo simptomų pasireiškimo laiką, dažni ar sunkumą – atsiranda kontrolės pojūtis, kuris mažina suvokiamą neapibrėžtumą (Mishel, 1988).

Taip pat neapibrėžtumo suvokimas priklauso nuo tam tikrų išorinių veiksnių, nesusijusių su liga. Visų pirma – nuo edukacijos ir medicininių žinių. Jei individas sugeba priskirti simptomus tam tikrai aprašytai ligai ar diagnozei, neapibrėžtumas sumažėja ir simptomams suteikiama aiški prasmė (Mishel, 1990). Tokią pačią funkciją gali atlikti ir pasitikėjimas autoritetais – visų pirma gydytojais, slaugytojomis, medicinos darbuotojais, ar pažįstamais, kurie yra suvokiami kaip kompetetingi atitinkamoje srityje. Taip pat neapibrėžtumą mažina ir socialinė parama – tiek kitų palaikymas, tiek ir informacijos apie savo patirtį ligoje pasidalinimas (Zhang, 2017).

Galiausiai, suvokiamo neapibrėžtumo lygis priklauso nuo tam tikrų asmeninių savybių ar kognityvinių ypatumų (Mishel, 1990). Kadangi kiekvienas pacientas turi skirtingą asmenybės struktūrą, identiški stimulai gali veikti labai skirtingai, priklausomai nuo kognityvinių gebėjimų, informacijos apdorojimo charakteristikų, ar tam tikrų dispozicinių savybių (pvz. optimizmo ar saviveiksmingumo).

Apibendrinant galime teigti, kad nuo simptomų struktūros, pažįstamumo ir nuspėjamumo; kognityvinių dispozicijų ir medicininių žinių ar pasitikėjimo medicinos personalu priklauso kokiu lygiu bus suvokiamas neapibrėžtumas.

Anot neapibrėžtumo ligoje teorijos, neapibrėžtumas pats savaime nėra nei geras, nei blogas – tai tėra faktas, kurio poveikį asmeniui lemia tai, kaip jis yra interpretuojamas (Mishel, 1990)

Anot Mishel (1990) neapibrėžtumas gali būti interpretuojamas kaip grėsmė, arba kaip galimybė. Tiesa, vertėtų paminėti, kad ši perskyra yra dirbtinė – liga yra dinamiška ir linkusi keistis, todėl neretai neapibrėžtumo sergant interpretacijos gali kisti priklausomai nuo ligos trajektorijos, ar net koegzistuoti (Mishel, 1990). Jei neapibrėžtumas vertinamas kaip galimybė – asmuo bando palaikyti neapibrėžtumo lygį, nes tai yra sąlyginai maloni būseną. Jei jis suvokiamas kaip grėsmė gyvybei, sveikatai ar individo gerovei, pacientas bando neapibrėžtumą sumažinti naudodamas tam tikras streso įveikos strategijas. Apie neapibrėžtumo ir streso įveikos ryšį rašoma **1.4** poskyryje.

Šie du neapibrėžtumo įvertinimo būdai – kaip grėsmės ir kaip galimybės – nulemia individo emocijas, kognityvines ir elgesio reakcijas į neapibrėžtas su liga susijusias situacijas (Mishel, 1990).

Nors teoriškai neapibrėžtumas pats savaime nėra nei blogas, nei geras, beveik visuose atliktuose kiekybiniuose tyrimuose aukštesnis neapibrėžtumo ligos situacijoje lygis yra siejamas su neigiamomis pasekmėmis (Zhang, 2017). Pacientai, pasižymintys aukštesniu neapibrėžtumo ligos situacijoje lygiu, patiria daugiau depresijos ar nerimo simptomų, jų suvokiamo streso lygis yra aukštesnis (Haisfield-Wolfe et al., 2012; Parker et al., 2016; Zhang et al., 2018). Didesnis suvokiamo neapibrėžtumo lygis yra siejamas su blogesne gyvenimo kokybe, stipriau išreikštais fiziniais nusiskundimais, nuovargiu, skausmu (Hoth et al., 2013; Johnson et al., 2006). Pastebėtina, kad neapibrėžtumo sergant sąsajos su neigiamais fizinės ir psichinės sveikatos rodikliais yra randamos tarp labai įvairaus amžiaus ir skirtingomis ligomis sergančių pacientų – vėžiu sergančių vaikų, pirmo tipo diabetą turinčių paauglių, suaugusiųjų, sergančių skleroze, fibromialgija ar Parkinsono liga (Choi et al., 2020; Fortier et al., 2013; Hoff et al., 2002; Mullins et al., 2001). Todėl apibendrinant galime teigti, kad aukštesnis neapibrėžtumo sergant lygis yra neigiamas veiksnys, siejamas su blogesne gyvenimo kokybe ir prastesniu prisitaikymu prie ligos.

Taip pat, vertėtų paminėti, kad neapibrėžtumo ligoje bei emocinės būklės ryšys priklauso ir nuo kitų faktorių. Pavyzdžiui, Lee ir Park (2020) tyrime, kuriame dalyvavo onkologine liga sergantys pacientai, buvo nustatyta, kad socialinės paramos lygis moderuoja ryšį tarp neapibrėžtumo ir gyvenimo kokybės. Tarp pacientų, pasižymėjusių aukštu socialinės paramos lygiu, ryšys tarp neapibrėžtumo sergant ir gyvenimo kokybės, buvo silpnesnis, nei tarp tų, kurie gauna mažiau socialinės paramos. Taip pat yra nustatyti ir kiti faktoriai moderuojantys ar medijuojantys ryšį tarp neapibrėžtumo ligos situacijoje ir įvairių fizinės ir psichinės sveikatos rodiklių: saviveiksmingumas, dispozicinis optimizmas ar suvokiamos vilties lygis (Mishel et al., 1984; Wonghongkul et al., 2000).

1.2.2. Neapibrėžtumas onkologinės ligos situacijoje

Onkologinės ligos į pacientų gyvenimą įneša daugiau neapibrėžtumo ir nežinomybės nei daugelis kitų ligų (Parker et al., 2016). Vėžio pacientai susiduria su nežinomybe dėl labai įvairių veiksnių – neaiškia ligos eiga ir prognoze, sudėtinga gydymo procedūra ir šalutiniais reiškiniais, destruktiviu onkologinės ligos poveikiu įvairioms gyvenimo sritims – profesinei, seksualinei ar socialinei (Shilling ir kt., 2017). Neapibrėžtumas yra nuolatinis vėžio palydovas, daugiausiai jo patiriama iškart po diagnozės, kai viskas būna nauja ir nežinoma, bet jis išlieka ir po gydymo ar remisijos, nes visada išlieka ligos atsinaujinimo galimybė (Parker et al., 2016; Y. Zhang, 2017).

Moksliniai tyrimai rodo, kad aukštesnis patiriama neapibrėžtumo onkologinės ligos situacijoje lygis yra susijęs su prastesniais fizinės ir psichinės sveikatos rodikliais. Pavyzdžiui, Parker ir kt. (2016) tyrė

vyrus, sergančius prostatos vėžiu, bet turinčius sąlyginai palankią prognozę. Buvo nustatyta, kad suvokiamas neapibrėžtumas leidžia prognozuoti tiek ir bendrą gyvenimo kokybę, tiek ir patiriamus prostatos vėžio simptomus. Tie pacientai, kurių neapibrėžtumo lygis buvo aukštesnis, pasižymėjo prastesne gyvenimo kokybe ir nurodė patiriantys daugiau prostatos vėžio simptomų. Garofalo ir kt. (2009) tyrė vėžio gydymą baigusius pacientus. Buvo nustatyta, kad aukštesnis patiriamo neapibrėžtumo lygis praėjus mėnesiui po gydymo pabaigos, leidžia prognozuoti distreso lygį praėjus keturiems mėnesiams nuo gydymo. Hall ir kt. (2016) atliktame tyrime, buvo nustatyta, kad tarp krūties vėžiu sergančių moterų neapibrėžtumas yra teigiamai susijęs su nemiga ir nuovargiu. Kituose tyrimuose taip pat nustatomas ryšys tarp vėžiui specifinių sveikatos problemų ir neapibrėžtumo ligos situacijoje patyrimo (Haisfield-Wolfe et al., 2012; Hsu et al., 2003).

Taip pat aukštesni neapibrėžtumo onkologinės ligos situacijoje lygiai yra susiję ir su patiriamais psichologinio distreso, nerimo ir depresijos lygiais. Pavyzdžiui, Lien ir kt. (2009) tyrime su vėžio pacientais, kuriems buvo atliekamas chirurginis gydymas, buvo nustatytas ryšys tarp neapibrėžtumo ligos situacijoje ir patiriamų nerimo bei depresijos simptomų. Psichoonkologijos srities moksliniuose tyrimuose ryšys tarp patiriamo neapibrėžtumo ir prastesnės emocinės būklės yra nustatomas tarp įvairiomis vėžio formomis sergančių pacientų, tiek ir tarp gaunančių gydymą, tiek ir tarp esančių remisijoje (Guan et al., 2020; Hall et al., 2014). Apibendrinant, galime teigti, kad onkologinės ligos situacijoje patiriamas neapibrėžtumas yra siejamas su prastesniu prisitaikymu prie ligos.

Manoma, kad neapibrėžtumas pacientų emocinę gerovę veikia keliais būdais. Visų pirma, kadangi onkologinė liga yra sudėtingas stresorius pats savaime, negebėjimas nustatyti savo sveikatos būklės ir ligos trajektorijos bei simptomų neprognozuojamumas gali veikti kaip psichologinį distresą sustiprinantis veiksnys (Caruso et al., 2014). Antra, manoma, kad neapibrėžtumas ligos situacijoje sąlygoja neadaptivių streso įveikos strategijų taikymą, kurios neigiamai veikia tiek ir prisitaikymą prie ligos, tiek ir psichologinę gerovę (Guan ir kt., 2020). Taip pat, onkologinės ligos situacijoje neapibrėžtumas gali veikti kaip pastovus stresorius, kurio neįmanoma jokiais būdais panaikinti, kas sukelia bejėgiškumo jausmą ir sąlygoja psichologinius sunkumus (Wright et al., 2009).

1.2.3. Netolerancija neapibrėžtumui

Neapibrėžtumo suvokimas gali būti konceptualizuojamas ir kitokiu būdu – per asmeninės predispozicijos prizmę. Mokslinėje literatūroje yra išskiriamas netolerancijos neapibrėžtumui (angl. *Intolerance of uncertainty*) konstruktas. Jį galime apibūdinti kaip „individo dispozicija suvokti neigiamo įvykio galimybę kaip nepriimtina, nepriklausomai nuo jo tikimybės“ (Carleton et al., 2007).

Netolerancija neapibrėžtumui yra dispozicinė savybė, nusakanti kaip individas reaguoja į neapibrėžtus ir nenuspėjamus įvykius. Žmonės, pasižymintys aukšta neapibrėžtumo netolerancija, nevienareikšmiškus įvykius yra linkę suvokti kaip grėsmę, į juos reaguoti su nerimu ir baime (Gu et al., 2020). Ši dispozicija yra išsidėsčiusi kontinuume, todėl vieniems žmonėms neapibrėžtos situacijos nesukelia neigiamų jausmų, o kitiems iššaukia labai nemalonus emocines reakcijas (Carleton, 2012).

Šis konstruktas pirmą kartą buvo aprašytas kaip vienas iš sudėtinių generalizuoto nerimo sutrikimo faktorių (Boswell et al., 2013). Manoma, kad negebėjimas toleruoti neapibrėžtumą sąlygoja nerimavimo procesą – siekdami kontroliuoti neapibrėžtą situaciją žmonės bando ją spręsti apgalvodami visus potencialius neapibrėžto įvykio scenarijus ir jo galimas pasekmes. Tokiu būdu yra sumažinamas neapibrėžtumo lygis, ir situacija suvokiama kaip labiau kontroliuojama (Gu ir kt., 2020). Taip pat moksliniai tyrimai rodo, kad žema tolerancija neapibrėžtumui sąlygoja tam tikrus informacijos apdorojimo ypatumus – perdėtą jautrumą neigiamai informacijai, polinkį interpretuoti ambivalentiškus stimulus kaip grėsmę, polinkį pervertinti neigiamų įvykių tikimybę, stipriau emociškai reaguoti į neapibrėžtus įvykius, nei į nemalonus (Carleton, 2012). Tiek jautrumas neigiamiems stimulams, tiek nuolatinis nerimavimas yra kertiniai generalizuoto nerimo sutrikimo požymiai. Todėl manoma, kad netolerancija neapibrėžtumui yra vienas iš šio sutrikimo rizikos veiksnių.

Laikui bėgant, netolerancijos neapibrėžtumui sąvoka buvo pradėta remtis ir kitų psichologinių sutrikimų etiologijos ir veikimo mechanizmų aiškinimui. Tyrimai rodo, kad obsesinį kompulsinį sutrikimą turintys individai pasižymi žemesne neapibrėžtumo tolerancija, nei kliniškai sveiki (Gentes ir Ruscio, 2011). Manoma, kad įvairūs ritualai ir įkyrios mintys didina kontrolės jausmą ir mažina nerimą, susijusį su negebėjimu toleruoti neapibrėžtą situaciją (Gentes ir Ruscio, 2011). Taip pat mokslinėje literatūroje analizuojamos netolerancijos neapibrėžtumui sąsajos su vengimo elgesiu panikos ar socialinio nerimo sutrikimų kontekste (Carleton, 2012). Vengimo elgesys (pavyzdžiui, socialinio nerimo atveju, atsiribojimas nuo kitų žmonių) yra traktuojamas kaip bandymas apsisaugoti nuo neapibrėžtumo keliamų intensyvių jausmų. Moksliniai tyrimai patvirtina sąsajas tarp nerimo sutrikimų ir netolerancijos neapibrėžtumui (Gentes ir Ruscio, 2011).

Taip pat tyrimai patvirtina sąsajas tarp netolerancijos neapibrėžtumui ir depresijos simptomų (Gentes & Ruscio, 2011). Vienas iš būdų, kuriuo netolerancija neapibrėžtumui gali sąlygoti depresijos atsiradimą – tai neigiami lūkesčiai ateities atžvilgiu. Netolerantiški neapibrėžtumui asmenys linkę pervertinti neigiamų įvykių atsitikimo tikimybę, selektyviai kreipti dėmesį į neigiamus stimulus, yra jautresni grėsmėms. Tai neretai sukelia tiek distresą, tiek ir neigiamus įsitikinimus apie aplinką ir

pasaulį, kas gali padidinti depresijos riziką (Hie ir Tou, 2006). Galiausiai, ir vengimo elgesys, kaip bandymas išvengti neapibrėžtumo, gali sąlygoti bejėgiškumo jausmą, atsiribojimą nuo įvairių veiklų ar kitų žmonių.

Apibendrinant galime teigti, kad netolerancija neapibrėžtumui yra daugelio psichikos sutrikimų rizikos veiksnys.

1.2.4. Netolerancija neapibrėžtumui onkologinės ligos situacijoje

Kaip jau buvo minėta, onkologinės ligos situacijoje žmogus susiduria su aukštu neapibrėžtumo lygiu – neaiškia ligos eiga, gydymo pasekmėmis, destruktviu vėžio poveikiu įvairioms gyvenimo sritims. Akivaizdu, kad tokioje situacijoje didelę svarbą įgauna gebėjimas toleruoti neapibrėžtumą – tai yra vienas iš faktorių, lemiančių paciento prisitaikymą prie onkologinės ligos, emocinę būseną ir gyvenimo kokybę. Nepaisant to, pastebima, kad iki šiol yra atlikta nedaug tyrimų, nagrinėjančių netolerancijos neapibrėžtumui svarbą tarp onkologine liga sergančių pacientų (Hill & Hamm, 2019).

Kurita ir kt. (2013) tyrė plaučių vėžiu sergančius individus. Buvo nagrinėjamos sąsajos tarp pacientų prisitaikymo prie ligos ir netolerancijos neapibrėžtumui. Buvo nustatyta, kad tie individai, kurie silpniau toleruoja neapibrėžtumą, patiria aukštesnius streso ir depresijos lygius, o jų emocinė būklė prastesnė, nei individų, kurie yra atsparesni neapibrėžtumui (Kurita et al. 2013).

Hill ir Hamm (2019) tyrė moteris, sergančias gimdos vėžiu. Buvo tyrinėjama jų emocinės būklės (depresijos, nerimo simptomai), netolerancijos neapibrėžtumui ir socialinės paramos sąveika. Buvo nustatyta, kad tiek socialinės paramos trūkumas, tiek didesnė netolerancija neapibrėžtumui buvo teigiamai susiję su patiriamu depresijos ir nerimo lygiu.

Eisenberg ir kt. (2015) tyrė prostatos vėžiu sirgusius asmenys. Tyrime dalyvavo šiuo metu nesergantys pacientai, kuriems nuo gydymo praėjo 3-5 metai. Buvo nustatyta, kad pacientai, pasižymėję aukštesniais netolerancijos neapibrėžtumui įverčiais, patyrė daugiau fizinių ligos simptomų, daugiau skundėsi suprastėjusiomis kognityvinėmis funkcijomis (dėmesio ir atminties sunkumais, prastesniu gebėjimu spręsti iškylančias problemas), labiau bijojo, jog liga atsinaujins. Taip pat jie patyrė daugiau su vėžiu susijusio distreso – pernelyg sureikšmindavo kūno pojūčius, juos dažniau vargino su liga susijusios nepageidaujamos mintys.

Jones, Hadjistavropoulos ir Gullickson(2014) nustatė, kad netolerancija neapibrėžtumui yra susijusi ir su nerimavimu dėl sveikatos (angl. *Health anxiety*). Nerimavimas dėl sveikatos nurodo žmogaus polinkį jaudintis dėl savo sveikatos būklės – aukštą nerimo dėl sveikatos lygį lydi nuolatinės mintys

apie sveikatą, jos potencialų pablogėjimą, ligą, taip pat perdėtas susirūpinimas kūno pojūčiais ir medicininės pagalbos poreikiu. Šis veiksnys yra siejamas su prastesniu prisitaikymu prie įvairių ligų (Jones ir kt. 2014).

Apibendrinant, nors ir psichoonkologijos srityje nėra atlikta labai daug tyrimų, nagrinėjančių tolerancijos neapibrėžtumui konstrukta, galime teigti, kad netolerancija neapibrėžtumui yra vienas iš faktorių, susijusių su prastesne emocine būkle onkologinės ligos situacijoje.

1.3. Stresas onkologinės ligos situacijoje

Onkologinės ligos situacijoje pacientai susiduria su daugybe įvairių stresorių – ligos simptomais, potencialia akistata su mirtimi, sudėtingomis gydymo procedūromis ir jų šalutiniais reiškiniais, įvairiapusių onkologinės ligos poveikiu socialinei, darbinei, santykių sferoms, nežinomybe dėl ateities (Roesch et al., 2005; Singer, 2018). Tyrimai rodo, kad patiriamas lėtinis stresas leidžia prognozuoti ligos eigą ir yra susijęs su metastazių plitimu – skatina vėžinių auglių plitimą, aktyvuodamas specifinius takus vėžinėse ląstelėse (Dai et al., 2020). Todėl akivaizdu, kad gebėjimas efektyviai susitvarkyti su stresu yra vienas reikšmingiausių faktorių, nulemiantis pacientų adaptaciją prie ligos ir psichologinę gerovę.

Šiuo metu moksliniuose tyrimuose viena labiausiai tyrinėjamų streso teorijų yra Lazarus sukurtas Transakcinis streso ir įveikos modelis (angl. *Transactional model of stress and coping*) (Biggs et al., 2017). Joje stresas yra apibrėžiamas kaip „santykis tarp asmens ir aplinkos, kuris yra vertinamas kaip asmeniškai reikšmingas ir reikalaujantis ar viršijantis streso įveikai reikalingus resursus“ (Lazarus ir Folkman, 1984). Stresas joje konceptualizuojamas, kaip dinamiškas procesas, kurį nulemia tiek ir aplinkos reikalavimai, tiek ir individo kognityvinis situacijos įvertinimas.

Anot šios teorijos, susidūręs su tam tikru įvykiu individas jį interpretuoja pagal jo svarbą. Pirminio (angl. *Primary appraisal*) įvertinimo metu, žmogus nustato tam tikro įvykio subjektyvią reikšmę ir keliamą grėsmę. Jei įvykis yra neutralus ar malonus tolimesnis kognityvinis įvertinimas nėra reikalingas. Kita vertus, jei įvykis yra suvokiamas kaip reikšmingas ir grėsmingas, vyksta tolimesni kognityviniai procesai (Biggs et al., 2017).

Jei tam tikra situacija yra įvertinama kaip reikšminga, toliau vyksta antrinio įvertinimo (angl. *secondary appraisal*) procesas, kurio metu individas įsivertina savo streso įveikos galimybes ir turimus resursus. Jis apsveria, kokios streso įveikos galybės jam yra prieinamos ir nusprendžia, kai kovoti su stresoriumi. Resursai gali būti socialiniai (draugų parama, pagalbos grupės), fiziniai

(sveikata, energija), psichologiniai (pasitikėjimas savimi, saviveiksmingumas, įsitikinimai apie save ir pasaulį, tikslų sistema) materialiniai (pinigai, įrankiai). Kita vertus, svarbu paminėti, kad individas taip pat vertina ir pačią situaciją – jos kontroliuojamumą, nuspėjamumą, naujumą. Galiausiai, įtaką daro ir kultūriniai veiksniai, priimtos normos, visuomenės lūkesčiai (Lazarus ir Folkman, 1984). Visi šie faktoriai sąveikauja tarpusavyje ir nulemia kaip individas konkrečioje situacijoje bandys kovoti su stresoriumi.

Po antrinio įvertinimo, individas tam tikromis kognityvinėmis ar elgesio pastangomis reaguoja į stresorių. Šis procesas vadinamas streso įveika (apie tai bus kalbama **1.3.1 skyriuje**). Svarbu paminėti, kad ties antriniu įvertinimu streso įveikos procesas nesibaigia. Individas vis iš naujo įsivertina tiek ir aplinkos reikalavimus, tiek ir asmeninius resursus skirtinguose stresinės situacijos etapuose.

Apibendrinant, galime teigti, kad Lazarus teorijoje, stresas yra dinamiškas procesas, nulemtas tiek ir pačios situacijos charakteristikų, tiek ir individo ypatumų.

1.3.1. Streso įveika.

Kaip jau buvo minėta, anot transakcinės streso ir įveikos teorijos, po kognityvinio įvertinimo individas reaguoja į stresorių. Šiame darbe streso įveika bus apibrėžiama kaip „procesas, kurio metu individas kognityvinėmis ir fizinėmis pastangomis siekia suvaldyti nepalankią aplinkos įtaką“ (Lazarus ir Folkman, 1984, cit. pag. Grakauskas ir Valickas).

Prieš pradėdant kalbėti apie streso įveikos strategijas, svarbu paminėti, kad tarp mokslininkų nėra sutarimo, kiek streso įveikos procesas yra nulemtas asmenybinių veiksnių, o kiek – konkrečios situacijos ir stresoriaus ypatybių (Moos & Holahan, 2003). Mokslinėje literatūroje yra svyruojama tarp situacionizmo ir dispozicinio požiūrių (Grakauskas ir Valickas, 2006).

Anot dispozicinės perspektyvos, kiekvieno individo gyvenime laikui bėgant susiformuoja tam tikras streso įveikos būdų repertuaras, kuris išlieka daugiau ar mažiau stabilus skirtingose situacijose (Carver et al., 1989). Anot šios sampratos, individo asmenybės savybės, kognityvinės veiklos ypatumai, nuostatos, nulemia pakankamai pastovius būdus, kuriais individas bando susidoroti su stresu, kurie išlieka stabilūs skirtingose situacijose (Iwasaki, 2014). Anot kontekstualistų, streso įveika yra stipriau susijusi su specifinės situacijos ypatybėmis (pavyzdžiui, su individo suvokiamu kontrolės jausmu stresoriaus atžvilgiu). Nepaisant to, dauguma mokslininkų sutinka, kad šios dvi perspektyvos viena kitai neprieštarauja, o papildo viena kitą (Stanisławski, 2019).

Akivaizdu, kad susidūrę su stresiniais įvykiais, žmonės labai įvairiai į juos reaguoja ir daro įvairius veiksmus, kad sušvelnintų jų neigiamą poveikį ar susidorotų su problema. Todėl nenuostabu, kad literatūroje randama daugybė streso įveikos stilių konceptualizacijos būdų. Pavyzdžiui, Skinner ir Zimmer-Gembeck (2007) atliktoje literatūros apžvalgoje aptiko apie 400 skirtingų streso įveikos konceptualizavimo būdų. Mokslinėje literatūroje, įvairūs streso įveikos būdai yra skirstomi į platesnes, prasmingesnes kategorijas pagal teoriją, empirinius duomenis ar jų samplaiką (Grakauskas ir Valickas, 2006).

Folkman ir Lazarus (1984) streso įveikos strategijas sugrupavo į dvi dideles grupes – **į emocijas nukreiptą įveiką** ir **į problemą nukreiptą įveiką**. Į problemą nukreiptos įveikos strategijos remiasi bandymais panaikinti ar modifikuoti patį stresorių ar jo šaltinį. Joms priskiriami tokie veiksmai kaip problemos sprendimų paieška, plano sudarymas, alternatyvų generavimas, instrumentinės socialinės paramos ieškojimas ir pan. Į emocijas orientuotos įveikos strategijos remiasi ne bandymu išspręsti stresinę situaciją, bet emocinės reakcijos į stresorių modifikavimu. Jų tikslas – sumažinti stresinės situacijos keliamas neigiamas emocijas (liūdėsi, pyktį, nerimą, etc.). Prie tokių įveikos strategijų yra priskiriamai labai įvairūs įveikos būdai: savęs drąsinimas, socialinės paramos ieškojimas, savęs lyginimas su kitais, ruminavimas ir pan. (Lazarus ir Folkman, 1984).

Folkman ir Lazarus streso įveikos būdų skirstymas buvo labai reikšmingas tolimesniems tyrinėjimams ir padarė įtaką daugelio kitų streso įveikos modelių sukūrimui (Stanisławski, 2019). Nepaisant to laikui bėgant mokslininkai atkreipė dėmesį, kad toks skirstymas yra pernelyg redukcionistinis, o į emocijas nukreipti įveikos būdai tarpusavyje labai stipriai skiriasi tiek ir savo pobūdžiu, tiek ir efektyvumu (Stanisławski, 2019). Todėl, atsirado ir kitokių bandymų sugrupuoti streso įveikos būdus. Buvo išskirta **į vengimą orientuotą įveiką** (angl. *Avoidance oriented coping*) (Amirkhan, 1990; Endler & Parker, 1994) Į vengimą orientuotos įveikos strategijos pasižymi tuo, kad jomis siekiama išvengti tiesioginės konfrontacijos su stresoriumi (Stanisławski, 2019). Tokioms strategijoms galima priskirti ir elgesį (pvz. televizoriaus žiūrėjimą, alkoholio vartojimą), tiek ir kognityvines pastangas (pvz. stresoriaus reikšmės neigimą, fantazavimą) (Endler & Parker, 1994).

Pastebėtina, kad mokslinėje literatūroje pasitaiko ir kitokių bandymų sugrupuoti įveikos strategijas. Pavyzdžiui, Amirkhan, (1990) išskiria socialinės paramos strategiją, kaip atskirą, į kurią įeina tiek ir instrumentinė socialinė parama (pvz. patarimų prašymas), tiek ir emocinė. Kiti mokslininkai bando pagrindines streso įveikos strategijas suskirstyti į smulkesnes kategorijas. Pavyzdžiui, Carver ir kt. (1989) išskyrė penkias į problemą nukreiptas įveikos strategijas - aktyvią įveiką; planavimą; kitų

veiklų atidėjimą į šalį; instrumentinės socialinės paramos paiešką ir susilaikymo įveiką (ji gali būti apibūdinama, kaip bandymas nesielgti impulsyviai ir sulaukti tinkamo laiko stresoriaus įveikai); penkias į emocijas orientuotas įveikos strategijas (situacijos priėmimas, religija, socialinės paramos ieškojimas, neigimas ir pozityvi reinterpretacija), tris – „mažiau naudingas“ – emocijų ventiliavimą atsiribojimą elgesiu ir mentalinis atsiribojimą ir dvi atskiras strategijas – humorą ir narkotikų bei alkoholio vartojimą (Carver ir kt., 1989).

Taip pat, verta paminėti, kad yra išskiriami ir kitokie streso įveikos būdai. Pavyzdžiui, yra išskiriama proaktyvi įveika, kuriai galima priskirti į ateitį orientuotus veiksmus, kurie galėtų padėti susitvarkyti su ateityje numatomais stresoriais (Greenglass & Fiksenbaum, 2009). Tai gali būti žinių kaupimas, įgūdžių tobulinimas ar tam tikra prevencinė veikla (pvz. sveikas maitinimasis siekiant išvengti ligų). Taip pat, kai kas išskiria ir akomodacinę įveiką, kuri remiasi bandymu susitaikyti su pakitusia gyvenimo situacija ir prie jos prisitaikyti (pvz. amputacijos, netekties atveju) (Greenglass & Fiksenbaum, 2009). Taip pat minima yra į prasmę orientuota įveika, kuri remiasi bandymais surasti kažkokią prasmę stresiniame įvykyje, įvairių dvasinių ar religinių praktikų taikymą (Gruszczyńska & Knoll, 2015).

Galiausiai, yra ir daugybė kitų streso įveikos konceptualizacijos būdų, kurie nebuvo aprašyti. Galima pastebėti, kad moksliniuose tyrimuose tam pačiam konstruktui tirti taikomi įvairūs instrumentai, sukurti remiantis skirtingomis teorinėmis prielaidomis, todėl jų visų neaprašinėsime. Šiame tyrime, kadangi naudotas buvo Grajausko ir Valicko empiriniu būdu sukurtas klausimynas, bus tiriamos šios streso įveikos strategijos:

- a) **Problemos sprendimo įveika.** Ją galime apibūdinti, kaip veiksmus ar mintis, kuriomis bandoma spręsti problemas. Problemos sprendimo įveikai priskiriama problemos analizė, sprendimo paieška, sprendimo įgyvendinimo planavimas ir žinių, kurios padėtų išspręsti iškilusią problemą, kaupimas
- b) **Socialinės paramos įveiką.** Socialinės paramos įveikai priskiriamas tiek ir emocinės paramos ieškojimas iš kitų žmonių, tiek ir instrumentinės pagalbos siekimas.
- c) **Emocinės iškrovos įveika.** Tai galime apibūdinti, kaip bandymą kovoti su stresu, išliejant susikaupusias neigiamas emocijas. Į tai įeina kitų žmonių kaltinimas, likimo, aplinkybių, susiklosčiusio įvykio kaltininko paieška
- d) **Vengimo įveika.** Tai galime apibūdinti kaip bandymus nukreipti mintis ar dėmesį nuo stresoriaus. (Grakauskas ir Valickas, 2006).

1.3.2. Streso įveika onkologinės ligos situacijoje

Onkologine liga sergantys pacientai yra labai heterogeniška grupė – vėžys būna skirtingo tipo, sunkumo, stadijų, o gydymo procedūros yra labai įvairios, todėl mokslinių tyrimų rezultatai yra labai įvairūs. Todėl šiame skyriuje bus pateikti tik apibendrinti mokslinių tyrimų rezultatai. Taip pat verta paminėti, kad problemų analizuojant mokslinius šaltinius kelia streso įveikos konceptualizacijų ir instrumentų įvairovė. Tokios pačios streso įveikos strategijos gali būti priskiriamos skirtingoms kategorijoms. Pavyzdžiui, fantazavimas kai kur yra priskiriamas prie į emocijas nukreiptos įveikos (pvz. Folkman ir Lazarus, 1988), kai kur prie į vengimą orientuotos įveikos (pvz. Endler ir Parker, 1990), o kai kur – prie disfunkcinės įveikos (pvz. Carver et al., 1989).

Roesch ir kt. (2005) atliko metaanalizę, kurioje nagrinėjo studijas, analizuojančias streso įveikos strategijų taikymo bei fizinės ir emocinės sveikatos sąsajas tarp prostatos vėžiu sergančių pacientų. Buvo nustatyta, kad žmonės, dažniau taikę į problemą orientuotas įveikos strategijas, jautė mažiau nerimo ir depresijos simptomų, patyrė mažiau streso ir su vėžiu susijusių sveikatos problemų. Kituose tyrimuose su skirtingomis vėžio formomis sergančiais pacientais taip pat randamos panašios sąsajos (pvz. Ichikura et al., 2018; Lashbrook et al., 2018). Manoma, kad į problemą orientuotos įveikos strategijos onkologinės ligos situacijoje skatina pacientus kontroliuoti ir valdyti ligos simptomus, aktyviais būdais ieškoti informacijos apie ligą ir jos valdymą, juos taikyti praktiškai, laikytis gydytojų rekomendacijų (Roesch et al., 2005). Įdomu, kad yra tyrimų, rodančių į problemą orientuotas įveikos strategijų ir biologinių rodiklių sąsają. Siwik ir kt. (2020) tyrė ginekologiniu vėžiu sergančias moteris. Buvo nustatyta, kad moterys, kurios dažniau taikė į problemą orientuotas įveikos strategijas, pasižymėjo labiau ritmiška dienos kortizolio pokyčių kreive (angl. *Diurnal Cortisol Slope*). Manoma, kad aritmiškas kortizolio išsiskyrimas yra žalingas organizmui ir yra siejamas tiek su psichiniais, tiek su fiziniais sutrikimais (Adam et al., 2017).

Į emocijas nukreiptų įveikos strategijų taikymo efektyvumas yra nevienareikšmiškas. Manoma, kad tam tikros į emocijas orientuotos įveikos strategijos yra adaptyvios, o kai kurios neadaptyvios. Pavyzdžiui, van de Wiel et al. (2021) tyrė plaučių vėžiu sergančius pacientus. Buvo nustatyta, kad teigiama situacijos vertinimo strategija buvo susijusi su aukštesne gyvenimo kokybe, silpnesniais nuovargio ir nemigos simptomais, o individai, kurie buvo linkę save kaltinti, pasižymėjo prastesne gyvenimo kokybe. Paprastai su prastesniu prisitaikymu prie ligos yra siejamas ruminavimas, perdėtas susikoncentravimas į ligos simptomus, emocijų ventilacija. Pavyzdžiui, De Feudis ir kt. (2015) tyrime su krūties vėžiu sergančiomis moterimis, kurioms atlikta operacija, buvo nustatyta, kad emocijų

ventiliacijos įveikos strategija buvo susijusi su patiriamais depresijos ir nerimo simptomais. Vadsaria ir kt. (2017) tyrime savęs kaltinimo ir emocijų ventiliacijos įveikos strategija buvo neigiamai susijusi su depresijos simptomais. Cheng ir kt. (2018) atliko longitudinalinį tyrimą, kuriame tyrė vėžių sergančius asmenis. Buvo nustatyta, kad ligos priėmimas buvo susijęs su geresniu prisitaikymu prie ligos, o nerimastinga nuostata (angl. *anxious preoccupation* – t.y. nuolatinis galvojimas apie ligą, jos simptomus, baiminimasis), bejėgiškumas (pasyvus požiūris į ligą, rezignacija) buvo neigiamai susijusi su gyvenimo kokybe ir emocine būkle. Kita vertus, socialinės paramos siekimas paprastai yra siejamas su geresne emocine būkle, prisitaikymu prie ligos (Beesley et al., 2018; Halstead & Fernsler, 1994; Lien et al., 2009). Apibendrinant galime teigti, kad tam tikros į emocijas nukreiptos įveikos strategijos yra adaptyvios.

Į vengimą orientuota įveika paprastai yra siejama su prastesniu prisitaikymu prie ligos ir blogesniais fizinės ir psichinės sveikatos rodikliais (Roberts et al., 2013). Pavyzdžiui, Bauer ir kt. (2016) tyrė moteris, kurioms buvo nustatytas krūties vėžys. Buvo nagrinėjamas ryšys tarp dispozicinio vengimo (t.y. asmens polinkio naudoti į vengimą orientuotas streso įveikos strategijas įvairiose situacijose) iškart po diagnozės ir fizinių krūties vėžio ir gydymo simptomų (pvz. skausmas, pykinimas, limfodema, nuovargis, etc.) praėjus šešiams mėnesiams po diagnozės. Buvo nustatyta, kad didesniais dispozicinio vengimo įverčiais pasižymėjusios pacientės po šešių mėnesių nuo gydymo pradžios nurodė patiriančios daugiau fizinių simptomų. Metaanalizėse taip pat dažniausiai yra nustatomas ryšys tarp į vengimą nukreiptų įveikos strategijų ir prastesnių fizinės sveikatos rodiklių, padidėjusio streso, nerimo ir depresijos lygių ir blogesnės gyvenimo kokybės ((Karabulutlu et al., 2010; Kvillemo & Bränström, 2014; Roesch et al., 2005). Manoma, kad tie pacientai, kurie linkę naudoti į vengimą orientuotas įveikos strategijas, dažnai vengia kalbėti ar ieškoti informacijos apie vėžį, būna pasyvūs priimdami sprendimus, delsia kreiptis pagalbos dėl patiriamų simptomų, kas sąlygoja blogesnę psichologinę prisitaikymą prie ligos ir prastesnę fizinę sveikatos būklę (Bauer et al., 2016).

Taip pat, svarbu paminėti, kad onkologinės ligos situacijoje streso įveika nėra labai stabili ir priklauso nuo ligos trajektorijos ir eigos. Pavyzdžiui, ligos pradžioje, pacientai yra labiau linkę taikyti į emocijas arba vengimą nukreiptą įveiką, kad išvengtų sudėtingų emocinių išgyvenimų (Mehrabi et al., 2015). Taip pat, onkologinės ligos trajektorijoje keičiasi įveikos strategijų taikymo dažnis ir pobūdis, o skirtingose ligos etapuose skiriasi taikomu streso įveikos strategijų efektyvumas (Heim et al., 1997; Mehrabi et al., 2015). Kvillemo ir Bränström, (2014) atlikę krūties vėžių sergančių moterų emocinės ir fizinės būklės bei streso įveikos ryšį nagrinėjančių tyrimų metaanalizę, nustatė, kad tam tikros įveikos strategijos ir emocijų būklės buvo susijusios tik tam tikruose ligos trajektorijos etapuose. Pavyzdžiui,

atsiribojimas elgesiu (bandymas atsiriboti nuo stresoriaus atliekant nesusijusią veiklą) buvo statistiškai reikšmingai susijęs su neigiamu afektu tik tarp pacienčių, kurioms atliekamas gydymas. Tarp nesigydančių sąsaja nebuvo rasta. Taip pat, anot mokslininkų, kai kurios į emocijas nukreiptos įveikos strategijos, pavyzdžiui, teigiama situacijos interpretacija, yra stipriau susijusios su teigiamu afektu tarp besigydančių moterų. Todėl apibendrinant galime teigti, kad streso įveikos strategijų efektyvumas priklauso ir nuo ligos trajektorijos.

1.4. Streso įveikos stilių ir neapibrėžtumo suvokimo ryšys

Kaip jau buvo minėta, jei neapibrėžtumas ligos situacijoje yra suvokiamas kaip grėsmė, jis yra traktuojamas kaip stresorius, kurio poveikiui sumažinti ar panaikinti pacientas taiko įvairias streso įveikos strategijas. Anot Mishel (1990), neapibrėžtumą galima bandyti sumažinti naudojant į problemą nukreiptas įveikos strategijas (ieškantis informacijos, bandant valdyti ligos simptomus) arba bandyti modifikuoti savo emocines reakcijas į neapibrėžtumą (t.y. taikyti emocines įveikos strategijas). Nepaisant teorijos, moksliniuose tyrimuose paprastai aptinkama sąsaja tarp neapibrėžtumo ligos situacijoje ir į emocijas arba vengimą orientuotos streso įveikos. Pavyzdžiui, Guan ir kt., (2020) tyrime su prostatos vėžiu sergančiais pacientais, buvo nustatyta, kad suvokiamas neapibrėžtumas sąlygoja į vengimą nukreiptų įveikos strategijų taikymą. Mokslininkai aiškino rezultatus tuo, kad patiriantys aukštą neapibrėžtumo lygį onkologiniai pacientai neturi pakankamų socialinių, kognityvinių ar asmeninių resursų, kad jį sumažintų, todėl į jį reaguoja neadaptiviomis įveikos strategijomis, kurios daro neigiamą įtaką pacientų gerovei. Reich ir kt. (2006) tyrė fibromialgija sergančius pacientus. Buvo nustatyta, kad suvokiamas neapibrėžtumas yra susijęs su dažniau taikomomis pasyviomis, į vengimą orientuotomis įveikos strategijomis, kurios apsunkina prisitaikymą prie streso ir ligos. Rodeger (1992) tyrime buvo nustatytas ryšys tarp neapibrėžtumo ligos situacijoje ir į emocijas orientuotų įveikos strategijų. Apibendrinant, galime teigti, kad neapibrėžtumas sergant yra susijęs su neadaptivių įveikos strategijų taikymu.

Mokslinių tyrimų apie netolerancijos neapibrėžtumui ir streso įveikos stilių ryšį nėra daug (pavyko rasti tik du tokius tyrimus). Taha et al., (2014) tyrinėjo žmones per 2009 metų kiaulių gripo epidemiją. Buvo nustatyta, kad žemesne tolerancija neapibrėžtumui pasižymintys individai yra linkę į pandemiją žiūrėti kaip į grėsmę bei dažniau naudoti į emocijas nukreiptas įveikos strategijas. Doruk ir kt., 2015 tyrė studentus ir nustatė, kad netolerancija neapibrėžtumui buvo susijusi tiek ir su į emocijas nukreipta įveika, tiek ir su į problemą nukreipta įveika, tiek ir su disfunkcine (emocijų ventiliavimu ir kognityviniu atsiribojimu). Todėl, galime teigti, kad ryšiai tarp streso įveikos stilių ir netolerancijos

neapibrėžtumui nėra aiškūs. Viena vertus, netolerancija neapibrėžtumui skatina perdėtą užtikrintumo poreikį, kuris galėtų lemti į problemą orientuotą įveikos strategijų taikymą. Kita vertus, maža neapibrėžtumo tolerancija sąlygoja ir vengimo elgesį, kad žmogus apsisaugotų nuo neapibrėžtos situacijos keliamų jausmų. Todėl, siekiant nustatyti šių dviejų konstrukčių ryšį, reikia papildomų tyrimų.

1.5. Tyrimo tikslas ir uždaviniai: Nustatyti ryšius tarp neapibrėžtumo suvokimo, streso įveikos stilių ir emocinės būklės onkologinių pacientų imtyje.

Hipotezės:

1. Neapibrėžtumo ligos situacijoje lygis ir netolerancija neapibrėžtumui bus teigiamai susiję su patiriamais depresijos, nerimo ir streso lygiais.
2. Streso įveikos stiliai bus susiję su patiriamais depresijos, nerimo ir streso lygiais.
3. Neapibrėžtumo ligos situacijoje lygis ir netolerancija neapibrėžtumui bus susiję su streso įveikos stiliais.
4. Neapibrėžtumo suvokimas, streso įveika ir fiziniai simptomai leis prognozuoti patiriamą nerimo ir depresijos lygį.

2 METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimė dalyvavo 116 onkologine liga sergančių pacientų. Dalyviai buvo atrinkti netikimybinės tikslinės atrankos būdu. Tyrimė dalyvavo 108 moterys ir 8 vyrai. Tiriamųjų amžius nuo 28 iki 79 metų ($M=50.31$; $SD=10.08$). Tyrimo dalyvių demografinė informacija pateikiama **1-oje lentelėje**. Taip pat buvo surinkti duomenys apie tiriamųjų diagnozę, ligos trukmę ir gydymosi situaciją, kurie yra pateikti **2-oje lentelėje**.

1. Lentelė. *Tiriamųjų demografiniai duomenys (N=116)*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Lytis		
Vyras	8	6.9
Moteris	108	93,1
Gyvenamoji vieta		
Didmiestis	40	34.5
Miestas	49	42.2
Miestelis/kaimas	27	23.3
Šeimyninė padėtis		
Vedęs/ištekėjusi	73	62.9
Gyvena su partneriu	6	5.2
Išsiskyręs/-usi	20	17.2
Nevedęs/netekėjusi	8	6.9
Našlys/-ė	9	7.8
Išsilavinimas		
Aukštasis universitetinis	57	49.1
Aukštasis neuniversitetinis/kolegija	30	25.9
Vidurinis/profesinis	27	23.3
Pagrindinis	2	1.7
Darbinė padėtis		
Dirbantis	76	65.5
Nedirbu dėl neįgalumo	27	23.3
Bedarbis	3	2.6
Pensininkas	10	8.5
Finansinė padėtis		
Labai prasta	3	2.6
Prastesnė nei daugumos gyventojų	16	13.8
Vidutinė	74	63.8
Geresnė nei daugumos gyventojų	22	19.0
Labai gera	1	0.9

2. Lentelė. Tiriamųjų ligos duomenys (N=116).

	n	%
Ligos diagnozė		
Odos vėžys	6	5.2
Ginekologinis vėžys	24	20.7
Pilvo organų vėžys	5	4.3
Kraujo vėžys	5	4.3
Plaučių vėžys	5	4.3
Urologinės sistemos vėžys	6	5.2
Krūties vėžys	55	47.4
Kitas onkologinis susirgimas	10	8.6
Prieš kiek laiko buvo nustatytas vėžys		
0-1 metus	46	39.7
2-5 metus	48	41.4
5-10 metų	15	12.9
10 ir daugiau metų	7	6.0
Gydymosi situacija		
Vyksta gydymas	47	40.5
Stebėjimas/kontroliniai tyrimai	62	53.4
Laukia prasidedančio gydymo	4	3.4
Pasveikęs, todėl nesilanko įstaigose	3	2.6

2.2. Tyrimo instrumentai

2.2.1. Neapibrėžtumas ligos situacijoje

Neapibrėžtumas ligos situacijoje buvo matuojamas **Mishel neapibrėžtumo ligos situacijoje skale** – **bendruomenės forma** (angl. *The Mishel Uncertainty in Illness Scale – Community form* (MUIS-C), Mishel, 1987). Leidimas skalę išversti į lietuvių kalbą ir naudoti atliekamame tyrime buvo gautas iš skalės savininkų.

Skalę sudaro 23 teiginiai, skirti patiriamam neapibrėžtumui ligos situacijoje matuoti (pvz. „Mano simptomai ir toliau nenuspėjamai keičiasi“ arba „Aš turiu daug neatsakytų klausimų“). Respondentai į kiekvieną pateiktą teiginį turi atsakyti 5 balų likerto tipo skalėje, nuo „visiškai nesutinku“ iki „visiškai sutinku“. Vėliau atsakymas į kiekvieną teiginį konvertuojamas į skaitines reikšmes – „visiškai sutinku“ atitinka 5 balus, o „visiškai nesutinku“ – 1 balą. Skalėje yra keturi „atvirkštiniai“ teiginiai (pvz. „Aišku, kokio rimtumo yra mano liga“). Į juos atsakymas „visiškai sutinku“ – atitinka 1 balą, o „visiškai nesutinku“ – 5 balus. Skalės bendras įvertis yra skaičiuojamas

sumuojant visų skaitinių įverčių reikšmes. Kuo didesnis skalės įvertis, tuo daugiau neapibrėžtumo ligos situacijoje patiria tyrimo dalyvis.

Originali skalė pasižymi gerais psichometriniais rodikliais. Atliktuose tyrimuose skalės vidinis suderinamumo koeficientas Cronbach α svyruoja nuo 0,74 iki 0,92. Skalė taip pat yra validi – stipriai koreliuoja su originalia MUIS skale (Mishel, 1987). Į lietuvių kalbą išverstos skalės patikimumas yra geras – vidinio suderinamumo koeficientas Cronbach α – 0,87.

2.2.2. Netolerancija neapibrėžtumui

Netolerancija neapibrėžtumui buvo matuojama **Netolerancijos neapibrėžtumui trumpa skale** (angl. *The Intolerance of Uncertainty Scale Short Form – 12* (IUS – 12), Carleton et al., 2007). Skalė yra viešai prieinama, todėl leidimo ja naudotis ir verstis nereikia.

Skalė yra sudaryta iš dvylikos Likerto tipo skalės teiginių (pvz. „Negaliu pakęsti, kai atsitinka kažkas netikėto“ arba „Aš turėčiau vengti visų neapibrėžtų situacijų“). Respondentai turi atsakyti, kiek tiksliai pateikti teiginiai juos charakterizuoja. Tiriamieji turi kiekvienam teiginiui pasirinkti vieną iš penkių atsakymų nuo „man visiškai nebūdinga“ iki „man visiškai būdinga“. Vėliau atsakymai konvertuojami į skaitines reikšmes – „man visiškai nebūdinga“ atitinka 1 balą, o „man visiškai būdinga“ – 5 balus. Skalės bendras įvertis skaičiuojamas sumuojant visų teiginių skaitines reikšmes.

Skalę sudaro dvi subskalės: prospektyvaus nerimo ir varžančio nerimo.

Prospektyvaus nerimo subskalę sudaro teiginiai, kurie matuoja užtikrintumo poreikį, kognityvines reakcijas į nenumatytus įvykius (pvz. „Stipriai nusivyliau nenumatytas įvykiais“). Šią subskalę sudaro 7 teiginiai.

Varžančio nerimo subskalei priskirti teiginiai yra nukreipti į elgesio paralyžių, elgesio reakcijas į neapibrėžtas situacijas, polinkį vengti nenumatytų situacijų (pvz. „Kai esu neapibrėžtoje situacijoje, negaliu gerai funkcionuoti“).

Originali skalė pasižymi gerais psichometriniais rodikliais. UIS- 12 koreliuoja su originale skale (Intolerance of Uncertainty Scale, Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994), pasižymi geru konstrukto validumu (Carleton ir kt., 2007). Tiek ir bendra skalė, tiek ir subskalės pasižymi pakankamu patikimumu – abiejų subskalių vidinio suderinamumo koeficientas Cronbach α – 0,85 (Carleton ir kt., 2007). Į lietuvių kalbą išverstos bendros skalės Cronbach α – 0,92, prospektyvaus nerimo – 0,83, o varžančio – 0,89. Taip pat skalės validumui patikrinti buvo atlikta faktorių analizė su

varimax sukiniu. Buvo išskirti du faktoriai, paaiškinantys 68,93% duomenų sklaidos. KMO koeficientas – 0,881; Bartleto sferiškumo testas buvo statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$), todėl duomenys tinkami modeliui. Žvelgiant į faktorių svorio lentelę (1 priede), matome, kad teiginiai faktoriams priskiriami ne pagal originalią autorių teoriją. Tikėtina, kad tai gali būti dėl mažo imties dydžio, todėl duomenis verta interpretuoti atsargiai. Atskirų subskalių įverčiai rezultatų aptarimo skiltyje nebus analizuojami.

2.2.3. Streso įveikos stilius

Streso įveikos stilius buvo matuojamas **Keturių faktorių streso įveikos klausimynu** (Grakauskas ir Valickas, 2006; Valickas, Želvienė ir Grakauskas, 2010). Leidimas naudotis klausimynu buvo gautas iš skalės autorių. Skalė yra sudaryta iš 24 likerto tipo skalės teiginių, kurie aprašo įvairius streso įveikos būdus. Respondentai turi atsakyti kaip dažnai taiko pateiktus streso įveikos būdus iš penkių atsakymo variantų, nuo „niekada“ iki „visada“. Visų respondentų atsakymai konvertuojami į skaitines reikšmes: „niekada“ atitinka 1 balą, o „visada“ – 5 balus. Skalę sudaro 4 subskalės, matuojančios, kiek dažnai individas taiko tam tikras streso įveikos strategijas.

a) Vengimo įveikos subskalė. Ją sudaro teiginiai, nurodantys į dėmesio nukreipimo būdus (pvz. „Stengiuosi nukreipti dėmesį nuo problemos į neutralius arba malonius dalykus“) arba į teigiamą situacijos interpretaciją („Įsivaizduoju, jog mano padėtis geresnė nei yra iš tikrųjų) ar humoro naudojimą.

b) Emocinės iškvos subskalė. Ji sudaryta iš teiginių, matuojančių polinkį ieškoti kaltųjų dėl kylančių sunkumų (pvz. „Kritikuoju ir kaltinu kitus dėl atsiradusios problemos“ bei neigiamų emocijų išliejimą kitiems žmonėms („Jaučiu stiprią emocinę įtampą, kurią išreiškiu žodžiais užsipuldamas aplinkinius“).

c) Socialinės paramos subskalė. Joje pateikiami teiginiai, nurodantys į emocinės paramos (pvz. „Siekiu man artimų žmonių emocinės paramos“) arba instrumentinės socialinės paramos (pvz. „Problemos sprendimo būdų ieškau kalbėdamasis su kitais žmonėmis, patyrusiais panašių problemų“) paiešką.

d) Problemų sprendimo subskalė. Į ją įeina teiginiai susiję su problemos sprendimu, žinių kaupimu, ar planavimu (pvz. „Stengiuosi įgyti naujų žinių, kurios galėtų būti naudingos problemai spręsti“ arba „Apgalvoju visus variantus, kaip galėčiau elgtis sprenddamas problemą“).

Kiekvieną subskalę sudaro šeši teiginiai. Subskalės bendras įvertis yra skaičiuojamas sumuojant skaitines reikšmes. Bendras kiekvienos subskalės įvertis nurodo, kaip dažnai respondentas taiko atitinkamą įveikos strategiją.

Skalė pasižymi pakankamais validumo rodikliais – koreliuoja su strategijų klausimynu (Cope, Carver ir kt., 1989), pasižymi stabilia vidine struktūra (Valickas ir kt., 2010). Anot skalės autorių tyrimo, išskirti 4 faktoriai paaiškina 48, 504 proc. duomenų dispresijos, KMO=0.795. Socialinės paramos skalės teiginių faktorinės apkrovos svyravo nuo 0,669 iki 0,827, problemų sprendimo skalės – nuo 0,590 iki 0,725, vengimo skalės – nuo 0,457 iki 0,832, emocinės iškvovos skalės – nuo 0,415 iki 0,766. Autorių tyrime buvo nustatyti subskalių vidinio suderinamumo koeficientai Croenbach α : socialinės paramos – 0,864; problemų sprendimo – 0,760; emocinės iškvovos – 0,68; vengimo – 0,63.

2.2.4. Emocinė būklė

Patiriami streso, nerimo ir depresijos lygiai buvo matuojami **Depresijos, nerimo ir streso skale** (angl. *The depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (Lavibond ir Lavibond, 1995).

Skalė sudaryta iš trijų subskalių, matuojančių patiriamus streso, nerimo ir depresijos simptomų lygį. Kiekvieną subskalę sudaro 7 likerto tipo skalės teiginiai. Respondentai turi atsakyti kaip dažnai atitinkamai jutėsi praeitą savaitę. Atsakymo variantai yra keturi – nuo „beveik niekada“ iki „beveik visada“. Atsakymai konvertuojami į skaitines reikšmes: „beveik niekada“ atitinka 1 balą, beveik visada – 4 balus.

Depresijos subskalės teiginiai atitinka depresijos simptomus – susidomėjimo įvairiomis veiklomis praradimą, anhedoniją, beprasmiškumo pojūtį, savęs smerkimą, liūdesio pojūtį (pvz. „Jaučiau, kad ateitis neteikia vilčių“ arba „Jaučiausi nusivylęs ir liūdnas“).

Nerimo subskalės teiginiai atitinka nerimo simptomus – autonominės nervų sistemos aktyvumą, įtampą raumenyse, situacinį nerimą ir subjektyvų nerimo pojūtį (pvz. „Mano širdies veikla buvo pakitusi nesant fizinio krūvio“ arba „Jaučiausi išsigandęs be rimtos priežasties“).

Streso subskalės teiginiai orientuoti į patiriamą nervinę įtampą, perdėtą jautrumą, nespecifinio sujaudinimo būseną, bendrą irzlumo būseną, sunkumus atsipalaiduojant (pvz. „Man sunku buvo nusiraminti“ arba „Jaučiau, kad daug nervinuosi“).

Subskalių įvertis yra skaičiuojamas sumuojant skaitines reikšmes. Kuo aukštesnis subskalės įvertis, tuo stipresni nerimo/depresijos/streso lygį patiria pacientas.

Originalus klausimynas pasižymi gerais konvergentinio ir diskriminantinio validumo rodikliais. Subskalės yra patikimos – moksliniuose tyrimuose vidinio suderinamumo koeficiento Cronbach α reikšmės svyruoja nuo 0,78 iki 0,93 (Henry & Crawford, 2005).

Atliktame tyrime streso subskalės vidinio suderinamumo koeficientas Cronbach α – 0,94; nerimo – 0,85, o depresijos – 0,90. Skalės validumui patikrinti buvo atliekama tiriamoji faktorių analizė su Varimax sukiniu. Buvo gautas KMO – 0,92; duomenų sklaidos paaiškinimo procentas – 65,50. Bartleto sferiškumo testas buvo statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$), visų faktorių tikrinės reikšmės > 1 , todėl modelis yra tinkamas duomenims (Pakalniškienė, 2012). Kadangi kai kurie teiginiai atliktame tyrime buvo labiau susiję su kitais faktoriais, nei originalioje skalėje tyrimo duomenis vertėtų interpretuoti atsargiai. Lentelė su faktorių svoriais pateikiama 2 priede.

Po sukimo gauti depresijos subskalės faktorių komponentų svoriai yra nuo 0,480 iki 0,809, nerimo – nuo 0,476 iki 0,766 streso – nuo 0,613 iki 0,833.

2.2.5. Vėžio distreso termomteras

Patiriami fiziniai vėžio simptomai buvo matuojami **Vėžio distreso termometru** (angl. The National Comprehensive Cancer Network's Distress Thermometer), The National Comprehensive Cancer Network, 1999). Distreso termometras yra atviroje prieigoje, todėl juo naudotis leidimo nereikia. Distreso termometras yra sudarytas iš tam tikros srities problemų sąrašo, o respondentai turi pasirinkti ar patyrė nurodytą problemą per pastarąją savaitę. Atlikus tyrimą buvo nuspręsta naudoti tik vieną jo dalį – fizinių problemų skalę. Joje buvo pateikiamos įvairios fizinės problemos, pvz. „kvėpavimo“, „maudymosi pokyčiai“, „šlapinimosi problemos“. Buvo skaičiuojama kiekvieno respondentų patiriamų fizinių simptomų suma.

2.3. Tyrimo eiga

Visų pirma buvo išsirinkti tyrimo instrumentai ir gautas leidimas jais naudotis. Vėliau Lietuvoje nenaudoti instrumentai buvo verčiami iš anglų kalbos. Instrumentų vertimas vyko dvejais etapais: pirma, du nepriklausomi psichologai išsivertė instrumentą iš anglų kalbos į lietuvių. Išsivertus, vertimai buvo aptariami, lyginami tarpusavyje ir būdavo išsirenkamas tinkamiausias kiekvieno teiginio vertimas. Tada, naudojantis vertimo biuro paslaugomis, buvo atliekamas atgalinis vertimas. Po jo buvo dar kartą peržiūrėti ir redaguojami klausimai, kad atitiktų prasmę. Prieš pradėdant vykdyti tyrimą buvo atliktas pilotinis tyrimas, kuriame dalyvavo 30 respondentų, siekiant išsiaiškinti, ar visi klausimai yra aiškūs bei patikrinti preliminarias instrumentų psichometrines charakteristikas. Atlikus pilotinį tyrimą

buvo ištaisytos smulkios klaidos bei sukurtas galutinis anketos variantas. Jis buvo sukurtas naudojantis „Google forms“ platforma . Ją atsidarius, respondentų visų pirma yra paprašoma sutikimo dalyvauti tyrime o sutikus – pateikiami aprašyti instrumentai bei surenkami demografiniai bei ligos duomenys(demografinė anketa yra pateikiama **3 priede**). Tyrimo anketa buvo platinama per socialinio tinklo „Facebook“ grupes, skirtas onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams. Tyrimo anketa buvo patalpinta į keletą bendrų vėžio grupių, taip pat į „Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijos“ moderuojamas grupes „Gyvenimas sergant krūties vėžiu“, „Gyvenimas sergant melanoma“ ir „Gyvenimas sergant prostatos vėžiu“.

2.4. Duomenų analizė

Duomenys buvo apdoroti „IBM SPSS Statistics 22“ ir „Microsoft Excel“ programomis. Visų pirma, duomenys buvo užkoduoti „Microsoft Excel“ programa. Joje buvo atliekami skalių ir subskalių bendrų įverčių skaičiavimai. Po to, gauti sukoduoti duomenys buvo perkelti į „SPSS“, kur buvo atliekami skaičiavimai. Duomenų normalumo tikrinimui buvo naudojamas Shapiro – Wilk testas, lyginant rezultatus tarp grupių – Stjudento T testas; koreliacijos atliekamos naudojantis Spearman ir Pearson kriterijais (priklausomai nuo duomenų normalumo). Taip pat tyrime buvo naudojamos ir tiesinės regresijos siekiant prognozuoti nerimo ir depresijos lygį.

3. REZULTATAI

Visų pirma buvo tikrinamas duomenų normalumas naudojant Shapiro – Wilk testą. Paaiškėjo, kad nenormalūs buvo šių skalių ir subskalių įverčiai: fizinių problemų ($p<0,05$); neapibrėžtumo ligos situacijoje skalės ($p<0.01$), DASS streso subskalės ($p<0.05$), nerimo subskalės ($p<0.01$), depresijos subskalės ($p<0.01$), streso įveikos klausimyno emocijų iškrovos subskalės ($p<0.01$) ir netolerancijos neapibrėžtumo skalės varžančio nerimo ($p<0.01$). Normalūs įverčiai buvo netolerancijos neapibrėžtumui skalės ($p=0,22$); perspektyvaus nerimo subskalės ($p=0.14$), streso įveikos klausimyno vengimo subskalės ($p=0.40$); socialinės paramos subskalės ($p=0.32$) ir vengimo subskalės ($p=0.40$) įverčiai. Taip pat buvo apskaičiuoti naudojamų skalių ir subskalių įverčių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai bei minimalūs ir maksimalūs įverčiai. Jie pavaizduoti **3 lentelėje**.

3 lentelė. Tyrime naudotų skalių ir subskalių minimalūs ir maksimalūs įverčiai, vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai

Skalės	Min. Balas	Maks. Balas	Vidurkis	SD
Neapibrėžtumas ligos situacijoje	29	85	61,84	12,68
Netolerancija neapibrėžtumui	12	60	37,05	10,16
Prospektyvus nerimas	7	35	22,35	5,68
Varžantis nerimas	5	25	14,70	4,81
Problemos sprendimo įveika	7	30	20,52	4,40
Vengimo įveika	7	29	18,76	3,80
Socialinės paramos įveika	7	30	19,27	5,12,
Emocijų iškrovos įveika	6	24	12,92	4,06
Nerimas	1	18	5,58	4,26
Stresas	1	20	8,68	5,21
Depresija	0	21	6,80	4,91
Fizinės problemos	0	18	7,78	4,81

Pastaba. Min. balas – minimalus balas; *Maks. balas*– maksimalus balas, *SD* – standartinis nuokrypis

Taip pat buvo bandoma nustatyti sąsajas tarp tyrime naudotų skalių ir subskalių bei demografinių duomenų. Atlikus koreliaciją buvo nustatyta, kad amžius yra statistiškai reikšmingai susijęs su socialinės paramos įveikos strategija ($p < 0,05$; $r_s = -0.16$). Vyresni pacientai rečiau taiko socialinės paramos įveikos stilių. Su kitais konstruktais amžius nebuvo susijęs.

Toliau buvo ieškoma sąsajų tarp demografinių charakteristikų ir skalių įverčių. Kadangi grupės buvo labai netolygaus dydžio, kai kurie duomenys buvo perkoduoti. Pagal išsilavinimą tiriamieji buvo išskirstyti į dvi grupes: turinčius aukštąjį universitetinį ir turinčius žemesnį išsilavinimą. Pagal darbinę padėtį – į dirbančius ir jo neturinčius. Pagal šeimyninį statusą, vieną grupę sudarė santuokoje ar su partneriu gyvenantys tiriamieji, o kitą – našlės, išsiskyrę ir vieniši pacientai. Skirtumams nustatyti buvo atliktas Stjudento T testas nepriklausomoms imtims. Buvo nustatytas ryšys tarp streso įveikos stilių taikymo ir išsilavinimo, kuris pavaizduotas **4-oje lentelėje**.

4. lentelė. Streso įveikos strategijų taikymo palyginimas pagal išsilavinimą.

Skalės	Aukšt. Išsilav.	Žem. Išsilav	t	Df	P
	M(SD)	M(SD)			
Socialinės paramos įveika	20,58 (4,59)	18,02 (4,60)	2.77	114	0.007
Problemos sprendimo įveika	21,68 (3,81)	19,40 (4,66)	1.56	114	0.005
Vengimo įveika	19.31 (3.57)	18.20 (3.96)	2.87	114	0.24
Emocijų iškvos įveika	12.47(3.79)	13.36(4.30)	-1.17	114	0.16

Pastaba. M – vidurkis; SD – standartinis nuokrypis, statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip matome iš 4-os lentelės, aukštąjį išsilavinimą turintys pacientai dažniau taiko socialinės paramos ir problemos įveikos strategijas, nei mažiau išsilavinę pacientai. Kiti demografiniai rodikliai su tyrime nagrinėjama konstruktais nebuvo susiję. Skirtumai tarp lyčių nebuvo ieškomi, kadangi didžioji dalis tyrimo dalyvių buvo moterys.

Taip pat buvo ieškoma skirtumų tarp ligos duomenų ir tyrime nagrinėjamų konstrukto. Pagal ligos pradžią pacientai buvo išskirstyti į dvi grupes – tuos, kuriems liga prasidėjo vienerių metų bėgyje ir tuos, kuriems liga nustatyta seniau. Taip pat buvo lyginami gydymą gaunantys pacientai ir pacientai, kuriems vyksta būklės stebėjimas ir atliekami kontroliniai tyrimai (nesilankantys pas gydytojus ir laukiantys gydymo pacientai nebuvo lyginami, nes jų yra per mažai). Taip pat nebuvo lyginami skirtingomis vėžio formomis sergantys pacientai, nes didžiąją dalį tiriamųjų sudarė ginekologiniu arba krūties vėžiu sergančios moterys, o kitomis vėžio formomis serga maža dalis pacientų. Skalių ir subskalių vidurkiai buvo lyginami naudojant Stjudento kriterijų nepriklausomoms imtims. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nebuvo nustatyti.

3.1. Neapibrėžtumo suvokimo ryšys su emocine būkle

Pirma tyrimo hipotezė – neapibrėžtumas ligos situacijoje ir netolerancija neapibrėžtumui yra teigiamai susijusi su pacientų patiriamais nerimo, depresijos ir streso lygiais. Hipotezės patikrinimui buvo skaičiuojamos koreliacijos tarp šių konstrukčių. Koreliacijoms tarp normalių kintamųjų buvo naudojamas Spearman kriterijus, o tarp nenormalių – Pearson. Gautos koreliacijos pateikiamos **5-oje lentelėje**.

5 Lentelė. Koreliacijos tarp neapibrėžtumą ligos situacijoje, netoleranciją neapibrėžtumui ir stresą, nerimą bei depresiją matuojančių skalių ir subskalių (N=116)

Skalės	Nerimas	Depresija	Stresas
Neapibrėžtumas ligos situacijoje	.38**	.37**	.50**
Netolerancija neapibrėžtumui	.39**	.37**	.42**
Prospektyvus nerimas	.38**	.34**	.32**
Varžantis nerimas	.45**	.40**	.46**

Pastaba. ** $p < 0,01$

Kaip matome iš 5-os lentelės, pirmą hipotezę patvirtino – tiek netolerancija neapibrėžtumui, tiek ir neapibrėžtumas ligos situacijoje buvo teigiamai susiję su patiriamais nerimo, streso ir depresijos lygiais. Pacientai, kurie yra labiau netolerantiški neapibrėžtumui arba suvokiantys daugiau neapibrėžtumo ligos situacijoje, patiria daugiau nerimo, depresijos ir streso.

3.2. Streso įveikos stiliaus ryšys su emocine būkle

Antra hipotezė – streso įveikos stilius bus susijęs su pacientų emocine būkle. Kaip jau buvo minėta, skirtingose ligos etapuose skiriasi streso įveikos strategijų efektyvumas. Todėl buvo nuspręsta, kad šių konstrukčių ryšys bus nagrinėjamas dvejose grupėse – gydymą gaunančių (chemoterapiją, radioterapiją, biologinį gydymą) ligonių ir pacientų, kuriems vykdomi kontroliniai tyrimai ir sveikatos būklė yra stebima. Į skaičiavimus nebuvo įtraukti pacientai, kurie pas gydytojus dėl onkologinės ligos nesilanko (n=3) ir laukiantys gydymo (n=4). Hipotezės patikrinimui buvo skaičiuojamos koreliacijos tarp streso įveikos stilių skalių ir emocinės būklės subskalių.

Pacientų, gaunančių gydymą, emocinės būklės ir streso įveikos stilių koreliacijos yra pateikiamos **6-oje lentelėje**.

6 Lentelė. Koreliacijos tarp streso įveikos stilius ir emocinę būklę matuojančių subskalių, gaunančių gydymą pacientų grupėje (n=47)

Skalės	Nerimas	Depresija	Stresas
Socialinės paramos įveika	-.05	-.18	-.09
Problemos sprendimo įveika	-.09	-.08	-.02
Emocinės iškvovos įveika	-.22	-.29*	-.18
Vengimo įveika	.16	-.02	-.02

Pastaba. * $p < 0,05$

Kaip matome iš 6-os lentelės, antra hipotezė pasitvirtino iš dalies, emocinės iškvovos įveika yra susijusi su patiriamais depresijos simptomais. Pacientai, dažniau taikantys į emocijų iškvovą nukreiptą įveiką, patiria daugiau depresijos simptomų. Priešingai, nei tikėtasi, likę trys streso įveikos stiliai nebuvo susiję su pacientų emocine būkle. Taip pat buvo nuspręsta patikrinti, ar koreliuoja emocinė būklė su patiriamais fiziniais simptomais. Buvo nustatyta, kad tiek stresas ($rs=0.62$; $p<0.01$), tiek ir nerimas ($rs=0.58$; $p<0.01$), tiek ir depresija ($rs=0.70$; $p<0.01$) stipriai koreliuoja su patiriamais fiziniais simptomais. Pacientai, kuriems pasireiškia daugiau fizinių problemų, patiria ir daugiau nerimo, streso bei depresijos simptomų.

Taip pat buvo apskaičiuotos koreliacijos ir kitoje grupėje – pacientų, kuriems vykdomas stebėjimas/kontroliniai tyrimai. Gautos koreliacijos pateiktos **7-oje lentelėje**.

7 Lentelė. Koreliacijos tarp streso įveikos stilius ir emocinę būklę matuojančių subskalių, pacientų, kuriems atliekami kontroliniai tyrimai, grupėje (n=62)

Skalės	Nerimas	Depresija	Stresas
Socialinės paramos įveika	-.17	-.23*	-.12
Problemos sprendimo įveika	-.30**	-.25*	-.13
Emocinės iškvovos įveika	.57**	.50**	.47**
Vengimo įveika	-.16	-.19	-.13

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

Kaip matome iš 7 lentelės, rezultatai kiek kitokie. Problemos įveika yra neigiamai susijusi su nerimo ir depresijos simptomais, emocinės iškvovos įveika – teigiamai su visais emocinės būklės komponentais, o socialinės paramos įveika – neigiamai su depresijos simptomais. Vengimo įveika, priešingai nei tikėtasi, nebuvo susijusi su emocinės būklės komponentais. Taip pat buvo atliktos koreliacijos tarp emocinės būklės ir fizinių problemų. Tiek stresas ($r_s=0,42$), tiek nerimas ($r_s=0,48$), tiek ir depresija ($r_s=0,40$) teigiamai koreliuoja su patiriamais fiziniais simptomais.

3.3. Streso įveikos stiliaus ir neapibrėžtumo suvokimo ryšys

Trečia hipotezė – streso įveikos stiliai bus susiję tiek su netolerancija neapibrėžtumui, tiek ir su neapibrėžtumu ligos situacijoje. Hipotezės patikrinimui buvo naudojamos koreliacijos tarp streso įveikos stilių ir neapibrėžtumą matuojančių konstrukto. Jos pateikiamos **8-oje lentelėje**.

8 lentelė. *Neapibrėžtumą ligos situacijoje ir netoleranciją neapibrėžtumui matuojančių skalių ir subskalių koreliacijos su streso įveikos stiliais.*

Skalės	Socialinė parama	Problemų sprendimas	Emocinė iškvova	Vengimo įveika
Neapibrėžtumas ligos situacijoje	-.03	.01	.44**	-.03
Netolerancija neapibrėžtumui	.09	.23*	.35**	.01
Prospektyvus nerimas	.14	.27*	.36**	.11
Vengimo nerimas	.01	.19	.32**	-.10

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

Kaip matome iš 8 lentelės – trečia hipotezė pasitvirtino iš dalies. Tiek netolerancija neapibrėžtumui, tiek ir neapibrėžtumas ligos situacijoje yra teigiamai susiję su emocinės iškvovos įveikos strategija. Netolerancija neapibrėžtumui taip pat yra susijusi su problemos įveika. Su kitais streso įveikos stiliais statistiškai reikšmingas ryšys nebuvo nustatytas.

3.4. Nerimo ir depresijo lygio ptagnostiniai veiksniai

Ketvirta hipotezė – streso įveikos stiliai, neapibrėžtumo suvokimas ir patiriami fiziniai simptomai leis prognozuoti pacientų nerimo ir depresijos lygį. Hipotezės patikrinimui buvo atlikta tiesinė regresija. Viename modelyje buvo prognozuojami nerimo simptomai, kitame – depresijos.

Pirma, buvo bandoma prognozuoti depresijos simptomus remiantis streso įveikos stiliais, neapibrėžtumu ligos situacijoje, netolerancija neapibrėžtumui ir fiziniais simptomais. Nors modelis buvo statistiškai reikšmingas, bet jame buvo nereikšmingų kintamųjų, kurie buvo pašalinti iš modelio.

Antra, buvo bandoma prognozuoti modelį remiantis fiziniais simptomais, neapibrėžtumu ligos situacijoje, netolerancija neapibrėžtumui ir emocijų iškvos įveikos strategija. Netolerancija neapibrėžtumui buvo nereikšminga. Galiausiai, patobulinus modelį buvo nustatyta, kad fiziniai simptomai, neapibrėžtumas ligos situacijoje ir emocijų iškvos įveikos strategija leidžia prognozuoti depresijos simptomus. Modelis paaiškina 29 procentus duomenų sklaidos. Tiek fiziniai simptomai, tiek ir neapibrėžtumas ligos situacijoje, tiek ir emocijų iškvos įveikos strategija yra panašaus stiprumo prediktoriai. Gautas modelis pavaizduotas **9 lentelėje**.

9 lentelė. *Depresijos simptomų prognostiniai veiksniai*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomasis kintamasis				
	Depresija				
	<i>Beta (β)</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>R</i> ²
Fizinės problemos	0,26	<0,05	17,60	<0,001	0.29
Neapibrėžtumas ligos situacijoje	0,28	<0,05			
Emocijų iškvos	0,27	<0,05			

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai parašyti paryškintu šriftu.

Antra, buvo bandoma prognozuoti nerimo simptomus. Iš pradžių buvo remtasi visais streso įveikos stiliais, fiziniais simptomais ir neapibrėžtumo skalių įverčiais. Gautas modelis buvo statistiškai reikšmingas, bet tobulintinas. Galiausiai, buvo paliktas modelis, kuriame nerimo simptomus leidžia prognozuoti fizinės problemos, netolerancija neapibrėžtumui ir problemos įveikos stilius. Modelis paaiškina 38 procentus duomenų sklaidos. Galutinis modelis pavaizduotas **10-oje lentelėje**.

10 lentelė. *Nerimo simptomų prognostiniai veiksniai*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomasis kintamasis				
	Nerimas				
	<i>Beta (β)</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>R</i> ²
Fizinės problemos	0.46	<0,05	23,28	<0,001	0.38
Netolerancija neapibrėžtumui	0.30	<0,05			
Problemų įveika	-0.17	<0,05			

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai parašyti paryškintu šriftu.

Kaip matome iš **10 lentelės**, stipriausias nerimo simptomų prediktorius yra fiziniai simptomai. Kiek silpnesnę prognostę vertę turi netolerancija neapibrėžtumui bei į problemą orientuotas įveikos stilius.

4 REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo tikslas buvo nustatyti ryšius tarp onkologine liga sergančių pacientų netolerancijos neapibrėžtumui, neapibrėžtumo ligos situacijoje, streso įveikos stiliaus ir emocinės būklės. Buvo nustatyta, kad tiek neapibrėžtumas ligos situacijoje, tiek ir netolerancija neapibrėžtumui yra susijusi su pacientų emocine būkle; tam tikri streso įveikos stiliai buvo susiję su patiriamais nerimo, depresijos ir streso simptomais ir neapibrėžtumą matuojantys konstruktai buvo susiję su streso įveikos strategijomis.

4.1. Neapibrėžtumo ligos situacijoje ir netolerancijos neapibrėžtumui ryšys su emocine būkle.

Neapibrėžtumas onkologinės ligos situacijoje yra susijęs su patiriamais nerimo, depresijos ir streso lygiais. Pacientai, patiriantys daugiau neapibrėžtumo onkologinės ligos situacijoje, pasižymi prastesne emocine būkle. Atlikto tyrimo rezultatai sutampa su kitų mokslininkų atliktomis studijomis – pavyzdžiui, Lien ir kt., (2009) tyrė vyresnio amžiaus pacientus, kuriems vėžys buvo gydomas chirurginiu būdu. Buvo nustatyta, kad patiriamas neapibrėžtumas buvo susijęs su patiriamu nerimo ir depresijos lygiu. Pastebėta, kad toks ryšys aptinkamas tiek ir tarp gydymą gaunančių pacientų, tiek ir tarp remisijoje esančių asmenų (Guan et al., 2020; Hall et al., 2014). Kaip jau buvo minėta, neapibrėžtumas ligos situacijoje yra suvokiamas kaip stresorius, darantis įtaką tiek emocinei būklei, tiek kognityvinėms reakcijoms į ligą (Mishel, 1990). Tikėtina, kad onkologinės ligos situacijoje neapibrėžtumas yra interpretuojamas kaip grėsmė, kurios neįmanoma savo galimybėmis pašalinti. Pacientai patiria daug simptomų, kuriuos galima labai įvairiai interpretuoti, nėra aiški jų ligos eiga, net išgijus visada yra atkryčio tikimybė. Tyrimai rodo, kad dažnai su patiriamu neapibrėžtumu pacientai tvarkosi neadaptyviais streso įveikos būdais – vengimu, disfunkcinėmis į emocijas nukreiptomis įveikos strategijomis (Babrow et al., 1998). Tikėtina, kad neapibrėžtumas onkologinės ligos situacijoje veikia kaip stresorius, kurį pacientai suvokia kaip nekontroliuojamą ir grėsmingą, su kuriuo susitvarkyti neturi adekvačių resursų. To pasekmė – neadaptyvios įveikos strategijos ir neigiami emociniai išgyvenimai. Tiesa, vertėtų paminėti, kad čia kalbame tik apie bendras suvokiamo neapibrėžtumo ligos situacijoje tendencijas. Akivaizdu, kad yra žmonių, kurie sugeba prisitaikyti prie patiriamo neapibrėžtumo ir jiems jis nesukelia didelių sunkumų. Anot Mishel, pats savaime neapibrėžtumas nėra nei geras, nei blogas – jo poveikį sąlygoja pacientų reakcijos. Nepaisant to, atliktame tyrime, kaip ir daugelyje kitų, buvo nustatytas neapibrėžtumo ryšys su patiriamais nerimo, depresijos ir streso lygiais.

Atliktame tyrime netolerancija neapibrėžtumui taip pat buvo teigiamai susijusi su patiriamu depresijos, nerimo ir streso lygiu. Kaip ir buvo tikėtasi, pacientai, kurie yra mažiau tolerantiški

neapibrėžtumui pasižymi prastesne emocine būkle. Atlikto tyrimo rezultatai sutampa su didžiąja dalimi kitų mokslininkų darbų. Pavyzdžiui, Kurita ir kt. (2013) tyrime, kuriame dalyvavo plaučių vėžiu sergantys pacientai, nustatė, kad žema tolerancija neapibrėžtumui buvo teigiamai susijusi su nesomatiniiais depresijos simptomais ir aukštesniu patiriamo streso lygiu. Tan ir kt. (2016) tyrė prostatos vėžiu sergančius vyrus. Buvo nustatyta, kad netolerancija neapibrėžtumui yra susijusi tiek ir su generalizuoto nerimo simptomais, tiek ir su nerimu, susijusiu su prostatos vėžio simptomais. Kaip jau buvo minėta, netolerancija neapibrėžtumui sąlygoja neigiamas kognityvines ir emocines reakcijas į neapibrėžtus stimulus (Carleton et al., 2007). Kadangi onkologinės ligos situacijoje tokių stimulų yra daugybė – simptomai, neužtikrinta sveikatos būklė, jos svyravimai, neaiški ligos prognozė – gebėjimas toleruoti neapibrėžtą situaciją įgauna didžiulę svarbą prisitaikymui prie ligos (Eisenberg et al., 2015). Taip pat moksliniai tyrimai rodo, kad žema tolerancija neapibrėžtumui sąlygoja neadaptyvias kognityvines reakcijas į neaiškias situacijas – kompulsyvų nerimavimą, dažnesnį ruminavimą, perdėtą susirūpinimą savo sveikatos būkle, polinkį interpretuoti nevienareikšmiškus stimulus kaip grėsmę (Carleton, 2012; Jones et al., 2014; Taha et al., 2014). Tyrimai su skirtingomis ligomis sergančiais pacientais rodo, kad neapibrėžtumo netoleruojantys pacientai yra linkę labiau bijoti ligos atsinaujinimo ar pablogėjimo, linkę intensyviau reaguoti į ligos simptomus ar gydymo šalutinius reiškinius (Gu et al., 2020). Todėl tikėtina, kad ir onkologinės ligos situacijoje, nepriklausomai nuo ligos trajektorijos, žema tolerancija neapibrėžtumui sustiprina neigiamas pacientų emocines reakcijas į nemalonus simptomus, neaiškia ligos trajektoriją ir gyvenimo pokyčius. Turbūt todėl ir atliktame tyrime buvo rastas teigiamas ryšys tarp netolerancijos neapibrėžtumui ir emocinės būklės indikatorių – patiriamo streso, nerimo ir depresijos lygio. Kita vertus, vertėtų paminėti, kad atliktas tyrimas yra koreliacinis, todėl priežastinio ryšio negalime konstatuoti. Nepaisant to, atsižvelgiant į mokslinius tyrimus ir teoriją, yra didesnė tikimybė, kad netolerancija neapibrėžtumui yra vienas iš veiksnių, darančių įtaką pacientų emocinei būklei.

4.2. Streso įveikos stiliaus ryšys su emocine būkle

Atliktame tyrime buvo nustatyta, kad tam tikri streso įveikos stiliai yra susiję su onkologinių pacientų emocine būkle. Kadangi streso įveikos ryšys su emocine būkle skyrėsi tarp grupių (pacientų, gaunančių gydymą ir tų asmenų, kuriems yra atliekami kontroliniai tyrimai ir vykdomas būklės stebėjimas), visos imties bendri rezultatai nebus aptariami.

Tarp pacientų, gaunančių gydymą, emocinės iškvos strategija buvo susijusi su depresijos lygiu. Atlikto tyrimo rezultatai sutampa su kitų mokslininkų darbais – pavyzdžiui, Vadsaria ir kt. (2017)

tyrime, kuriame dalyvavo vėžiu sergantys ir gydymą gaunantys pacientai, buvo nustatyta, kad savęs kaltinimo ir emocijų ventiliacijos įveikos strategijos yra susijusios su depresijos simptomais. Kvillemo ir Bränström (2014) atliktoje metaanalizėje nustatė, kad emocijų ventiliacijos ir ruminacijos įveikos strategijos tarp krūties vėžiu sergančių pacienčių yra susijusios su prastesniu prisitaikymu prie ligos ir su patiriamomis neigiamomis emocijomis tiek tarp gydymą gaunančių pacienčių, tiek ir tarp negaunančių. Priminsime, kad atliktame tyrime į emocijų iškrovą nukreiptai įveikai buvo priskiriami teiginiai, kuriuose atsispindi tiek kitų kaltinimas, tiek ir likimo ar aplinkybių kaltinimas. Tikėtina, kad emocijų iškrovos strategija sąlygoja didelį dėmesį neigiamiems jausmams, o jų nekonstruktyvus išreiškimas kitiems asmenims daro neigiamą įtaką socialiniams santykiams bei jų kokybei ir nepadaeda efektyviai sumažinti patiriamų neigiamų jausmų ilgesniam laikui. Tikėtina, kad dėl šios priežasties buvo rastos sąsajos tarp emocijų iškrovos įveikos strategijos ir prastesnės emocinės būklės. Svarbu pastebėti, kad gydymą gaunančių pacientų grupėje emocijų iškrovos įveikos strategija buvo susijusi tik su depresijos lygiu, o ne su nerimu ir stresu. Tai nesutampa su kitų mokslininkų duomenimis – dažniausiai emocijų ventiliacija yra siejama tiek su patiriamu distresu, tiek ir su nerimu ar depresija. Pavyzdžiui, De Feudis ir kt., (2015) tyrime su krūties vėžiu sergančiomis ir operaciją patyrusiomis moterimis, emocijų ventiliacija buvo susijusi tiek su nerimu, tiek ir su depresijos lygiu. Turbūt didžiausia tikimybė yra, kad koreliacijos neišryškėjo dėl mažo imties dydžio ($n=47$). Atsižvelgiant į tai, kad tarp gydymą gaunančių pacientų sąsajos yra rastos su visais emocinės būklės komponentais, negalime kelti prielaidos, kad emocijų iškrovos įveika yra specifiskai susijusi su patiriamu depresijos lygiu.

Į problemą orientuota įveika buvo susijusi su emocine būkle tik pacientų, kuriems atliekami kontroliniai tyrimai, imtyje. Priešingai nei tikėtasi, gydymą gaunančių pacientų grupėje nebuvo rasta problemos įveikos sąsaja su patiriamais nerimo, depresijos ir streso lygiais. Kaip jau buvo minėta, psichonkologijos streso įveikos tyrimuose gaunami skirtingi rezultatai. Nepaisant to, metaanalizėse yra aptinkamas ryšys tarp į problemą orientuotų įveikos strategijų taikymo ir geresnės emocinės būklės tiek aktyviai besigydančių pacientų imtyse, tiek ir stebėjimo fazėje esančių asmenų tarpe (pvz. Kvillemo & Bränström, 2014; Penley et al., 2002). Viena iš potencialių rezultato priežasčių gali būti maža besigydančių imtis. Kita vertus, galime kelti prielaidą, kad gydymosi metu į problemą orientuota įveika nėra tokia efektyvi, kaip jam praėjus. Anot transakcinio streso teorijos, į problemą orientuota įveika yra efektyvi tuo atveju, kai stresorius suvokiamas kaip kontroliuojamas (Lazarus ir Folkman, 1984). Gydymo metu (radioterapijos, chemoterapijos) pacientas susiduria su sudėtingais šalutiniais gydymo simptomais, kurie nepriklauso nuo jo valios ir yra nulemti fiziologinių organizmo reakcijų tiek

į gydymą, tiek ir į pačią ligą. Atsižvelgiant į aukštas emocinę būklę matuojančių konstrukčių koreliacijas su fiziniais simptomais, galime kelti prielaidą, kad patiriami nerimo, depresijos ir streso simptomai gydymo metu labiau priklauso nuo fiziologinio organizmo atsako ir būklės, nei nuo streso įveikos įgūdžių. Tiesa, tai tėra prielaida, kurią vertėtų patikrinti tolimesniais tyrimais. Kita vertus, įmanoma, kad į problemą orientuota įveika onkologinės ligos situacijoje susiformuoja praėjus tam tikram laikui nuo gydymo pradžios – laikui bėgant pacientai išmoksta įvairių skausmo ir simptomų valdymo būdų, akumuluoja daugiau žinių apie ligą ir jos simptomus, prie jos geriau prisitaiko. Todėl, tikėtina, kad į problemą orientuotos įveikos svarba išryškėja praėjus gydymui, kai pacientai daugiau ar mažiau išmoksta gyventi su liga. Galiausiai, vertėtų pabrėžti, kad gydymo metu pacientai yra labiau priklausomi nuo gydytojų ir jų paskirto gydymo bei rekomendacijų, o pacientai, esantys kontrolinių tyrimų fazėje, patys turi prisiimti didesnę atsakomybę už savo sveikatos stebėjimą ar rekomendacijų laikymąsi. Tikėtina, kad ir šitas faktorius gali prisidėti prie to, kad į problemą orientuota įveika nėra tokia efektyvi gydymosi metu. Galiausiai, kaip jau buvo minėta, onkologinė liga, ypač jos diagnozė ir pradžia gali sukelti trauminiam patyrimams būdingas reakcijas – šoką, negebėjimą integruoti emocijų į patyrimą, susilpnėjusią refleksiją (Abey ir kt., 2015). Tikėtina, kad ir tai gali būti susiję su problemos įveikos strategijų taikymo neefektyvumu.

Socialinės paramos įveikos strategija nebuvo susijusi su emocine būkle gydymą gaunančių pacientų imtyje. Tai yra pakankamai netikėta, kadangi moksliniuose tyrimuose yra akcentuojamas apsauginis socialinės paramos poveikis, kuris pasireiškia tiek gydymą gaunantiems pacientams, tiek ir tiems, kuriems atliekami kontroliniai tyrimai (Beesley et al., 2018; Halstead & Fernsler, 1994; Kvillemo & Bränström, 2014). Manoma, kad socialinė parama sušvelnina neigiamą streso poveikį pacientams, sukelia teigiamus jausmus, priklausymo jausmą, palengvina prisitaikymą prie ligos, sumažina stigmos poveikį (Lien et al., 2009). Viena vertus, tyrimo rezultatams įtakos galėjo padaryti karantinas dėl pasaulinės COVID-19 pandemijos – kadangi socialinės paramos subskalė matuoja, kaip dažnai pacientai yra linkę prašyti socialinės paramos iš kitų žmonių, tikėtina, kad esant bendravimo apribojimams ir karantinui, socialinė parama yra mažiau prieinama, todėl ir neefektyvi. Antra vertus, galime vėl kelti prielaidą apie gydymą kaip trauminį išgyvenimą – tiek dėl intensyvesnių emocinių išgyvenimų, tiek ir dėl fizinių simptomų pacientai kartais būna pernelyg dezorganizuoti, kad sugebėtų prašyti pagalbos iš kitų žmonių, todėl pagalba jiems turi būti proaktyvi. Kita vertus, vėl negalime atmesti, kad ryšys nebuvo aptiktas dėl mažos imties. Savo ruožtu pacientai, kuriems vykdomi kontroliniai tyrimai, gali efektyviau remtis kitų žmonių pagalba, tiek instrumentine, tiek ir emocine.

Gauti duomenys patvirtina, kad socialinė parama yra reikšminga, nes tarp pacientų, esančių stebėjimo grupėje, ji buvo susijusi su patiriamais depresijos simptomais.

Vengimo įveika nebuvo susijusi su emocine būkle nei vienoje grupėje. Kaip jau buvo minėta, moksliniuose tyrimuose aptinkamas pastovus ryšys tarp į vengimą orientuotų įveikos strategijų ir patiriamų nerimo ir depresijos simptomų (Karabulutlu et al., 2010; Roberts et al., 2013). Tikėtina, kad tai lemia metodologijų skirtumai. Kaip jau buvo minėta, tyrimuose įveikos strategijos yra skirtingai konceptualizuojamos ir instrumentai, matuojantys streso įveiką, yra pakankamai skirtingi. Atliktame tyrime naudotame instrumente vengimo strategijai buvo priskirti teiginiai apie humorą ar geresnę situacijos įsivaizdavimą, nei yra iš tikrųjų. Pavyzdžiui, Carver ir kt. (1989) sukurtame streso įveikos klausimyne humoro įveikos strategija yra priskiriama atskiram faktoriui; Lazarus ir Folkman (1988) panašus teiginys apie įsivaizdavimą yra priskiriamas į emocijas nukreiptai įveikai. Tikėtina, kad dėl šios priežasties į vengimą nukreiptos įveikos ryšys su emocine būkle neišryškėja. Kita vertus, gali būti, kad visgi į vengimą orientuota įveika onkologinės ligos situacijoje nėra disfunkcinė – kadangi neįmanoma pakeisti situacijos (ligos, simptomų), vengimas padeda nukreipti dėmesį ir atsiriboti nuo pačios ligos bei nesukelia neigiamų pasekmių.

Galiausiai, vertėtų paminėti, kad atlikto tyrimo rezultatams galėjo įtaką padaryti specifinė tyrimo imtis. Didžioji dalis tiriamųjų buvo moterys, sergančios krūties arba ginekologiniu vėžiu, kas gali atsispindėti ir rezultatuose. Tyrimai rodo, kad moterys yra dažniau linkusios taikyti į emocijas nukreiptas įveikos strategijas, tokias kaip socialinės paramos siekimas ar emocijų iškrova, o vyrai – orientuotas į problemą (Endler & Parker, 1990). Taip pat, tam tikri įveikos stiliai, tokie kaip ruminacija ar kognityvinis vengimas, yra siejami su patiriamais nerimo ir depresijos simptomais tarp moterų, bet ne tarp vyrų (Blalock & Joiner, 2000). Taip pat, sąsaja tarp į emocijas nukreiptų įveikos stilių ir psichologinės būklės yra stipresnė moterų imtyje, nei vyrų (Kelly et al., 2008). Tikėtina, kad dėl to ir išryškėjo toks didelis ryšys tarp emocijų iškrovos įveikos strategijos ir patiriamų nerimo, depresijos ir streso simptomų. Tikėtina, kad šis ryšys susilpnėtų, jei imtyje būtų daugiau vyrų, tiesa tai tėra tik prielaida, kurią vertėtų patikrinti tolimesniais tyrimais. Taip pat, galbūt sąsaja tarp problemos įveikos ir emocinės būklės taip pat galėtų išryškėti/sustiprėti, jei imtyje būtų daugiau vyrų, kadangi jie yra labiau linkę naudoti į problemą nukreiptas įveikos strategijas. Galiausiai, vertėtų paminėti, kad krūties vėžiu sergančios moterys, iškart po diagnozės yra linkusios daugiausiai naudoti socialinės paramos ir pozityvios reinterpretacijos strategijas (Mehrabi et al., 2015). Todėl tikėtina, kad didelę įtaką tyrimo rezultatams padarė epidemiologinė situacija, kadangi socialinės paramos įveika (pažymėtina, kad apie pusę tyrimo dalyvių buvo krūties vėžiu sergančios moterys) nebuvo prieinama.

4.3. Neapibrėžtumo suvokimo ir streso įveikos ryšys

Buvo kelta hipotezė, kad tiek netolerancija neapibrėžtumui, tiek ir neapibrėžtumas onkologinės ligos situacijoje bus susiję su streso įveikos stiliais. Atliktame tyrime abu neapibrėžtumo konstruktai buvo susiję tik su emocijos išveikos įveikos strategija.

Manoma, kad neapibrėžtumas ligos situacijoje paprastai nulemia neadaptivias įveikos strategijas, kurios nepadaeda susidoroti su stresoriumi. Tyrimuose paprastai randamos sąsajos tarp neapibrėžtumo ligos situacijoje ir į vengimą orientuotų strategijų. Pavyzdžiui, Guan ir kt., (2020) tyrė prostatos vėžiu sergančius pacientus. Buvo nustatyta, kad neapibrėžtumas ligos situacijoje buvo susijęs su dažnesniu į vengimą orientuotų strategijų taikymu. Tačiau atliktame tyrime tokia sąsaja nebuvo nustatyta. Vienas iš paaiškinimų galėtų būti būti metodologiniai skalių skirtumai – kaip jau buvo minėta anksčiau, vengimo konstruktas įvairiuose instrumentuose skiriasi. Taip pat, neapibrėžtumas ligos situacijoje yra siejamas su į emocijas nukreiptomis streso įveikos strategijomis (Wright et al., 2009). Atliktas tyrimas patvirtina šią sąsają. Tikėtina, kad pacientai, patiriantys daug neapibrėžtumo ir negalintys jo sumažinti, su juo bando kovoti ventiliuodami savo emocijas kitiems žmonėms. Dėl to nesumažėja patiriami neigiami jausmai bei trinka socialinės sąveikos su aplinkiniais, su kuo susiję nerimo, streso ir depresijos simptomai. Sąsajų su kitomis įveikos strategijomis nebuvo nustatyta.

Netolerancija neapibrėžtumui buvo susijusi su emocijų iškvos ir į problemą orientuotomis įveikos strategijomis. Kaip jau buvo minėta, tyrimų, ieškančių ryšio tarp netolerancijos neapibrėžtumui ir streso įveikos stilių psicho-onkologijoje yra mažai. Kurita et al. (2013) tyrė plaučių vėžiu sergančius pacientus ir nustatė, kad netolerancija neapibrėžtumui buvo susijusi su į vengimą orientuota įveika. Mokslininkai teigia, kad netolerancija neapibrėžtumui onkologinėje ligos situacijoje nulemia tai, kad nekontroliuojami stresoriai yra suvokiami kaip viršijantys pacientų resursus, ir todėl nuo jų pacientai bando atsiriboti taikydami vengimo įveikos strategiją. Atliktame tyrime toks ryšys nebuvo aptiktas. Kita vertus, netolerancija neapibrėžtumui buvo susijusi su kita neadaptiviu streso įveikos strategija – emocijų išveika. Todėl tyrimas iš dalies patvirtina mokslininkų požiūrį, kad netolerancija neapibrėžtumui gali sąlygoti neadaptivias įveikos strategijas. Tiesa, vėl verta prisiminti, kad atliktas tyrimas buvo koreliacinis, todėl priežastinių ryšių konstatuoti negalime. Taip pat, atliktoje studijoje netolerancija neapibrėžtumui buvo silpnai susijusi su į problemą orientuota įveika. Tikėtina, kad mažiau toleruojantys neapibrėžtumą pacientai neapibrėžtą situaciją bando spręsti ieškodami sprendimų. Viena vertus, tai gali būti adaptivu (simptomų valdymas, informacijos apie ligą paieška). Kita vertus, tai gali būti siejama ir su perdėtu domėjimusi onkologine liga, padidėjusiu jautrumu jaučiamiems

simptomams, aukštu nerimastingu. Todėl nėra iki galo aišku, ar ši sąsaja yra susijusi su pozityviais problemos įveikos aspektais, ar su neigiamais, tam vertėtų atlikti daugiau tyrimų.

Vėlgi vertėtų prisiminti, kad imtis yra moteriška. Nors neapibrėžtumo konstruktai (tiek netolerancija, tiek ir neapibrėžtumas ligos situacijoje) tarp lyčių nesiskiria, bet, kaip jau buvo minėta, emocinės būklės sąsajos su tam tikrais įveikos stiliais priklauso nuo lyties. Tyrimų, kuriuose nagrinėjamos neapibrėžtumų konstrukto sąsajos priklausomai nuo lyties nepavyko aptikti, todėl neišku, ar pasikeistų rezultatai, jei tyrime dalyvautų daugiau vyrų.

4.4 Nerimo ir depresijos lygio prognostiniai veiksniai

Ketvirta hipotezė – streso įveikos stiliai, fiziniai simptomai ir neapibrėžtumo suvokimas leis prognozuoti pacientų depresijos ir nerimo lygius. Kaip matėme, hipotezė pasitvirtino iš dalies.

Nerimo lygį statistiškai reikšmingai prognozuoja netolerancija neapibrėžtumui, į problemą orientuota įveika ir fiziniai simptomai. Kaip jau buvo minėta, netolerancija neapibrėžtumui yra siejama su nerimavimu, perdėtu dėmesio kreipimu į simptomus, neigiamomis kognityvinėmis ir emocinėmis reakcijomis į neapibrėžtus stimulus bei nerimavimu dėl sveikatos (Kurita ir kt., 2013; Jones ir kt., Carleton, 2012). Fiziniai simptomai yra distreso šaltinis, skatinantis patiriamus nerimo simptomus, dispresą ir siejamas su prastesne gyvenimo kokybe onkologinės ligos situacijoje (Fitzgerald et al., 2015). Savo ruožtu, į problemą orientuota įveika padeda efektyviau susidoroti su liga, yra siejama su ligos kontroliavimu, gydymo instrukcijų laikymusi – kas padeda efektyviai mažinti patiriamo nerimo lygį (Roesch et al., 2005).

Depresijos lygį statistiškai reikšmingai prognozuoja neapibrėžtumas ligos situacijoje, fizinės problemos ir emocijų iškrovos įveikos stilius. Tikėtina, kad neapibrėžtumas ligos situacijoje sukelia papildomą stresą, sąlygoja bejėgiškumo ir nenuspėjamumo jausmą, su kuriuo pacientams neišeina adaptyviai tvarkytis, pavyzdžiui, Lien ir kt. (2009) tyrime buvo rasta sąsaja tarp neapibrėžtumo ligos situacijoje ir depresijos simptomų. Emocijų iškrovos įveikos strategija skatina perdėtą dėmesį neigiamiems išgyveninams ir yra pakankamai neadaptyvi ilgalaikėje perseptyvoje (De Feudis et al., 2015a; Kvillemo & Bränström, 2014). Apie fizinius simptomus jau minėjome – tai nespecifinis rizikos veiksnys įvairioms psichologinėms problemoms onkologinės ligos situacijoje atsirasti (Fitzgerald et al., 2015).

4.5 Tyrimo trūkumai ir rekomendacijos

Atliktas tyrimas buvo naudingas tuo, kad nagrinėjo mažai tyrinėjamą, bet onkologinės ligos situacijoje labai aktualų netolerancijos neapibrėžtumui konstrukta. Taip pat prisidėjo prie nedaugelio tyrimų, kuriuose nagrinėjamos streso įveikos strategijos skirtinguose ligos trajektorijos etapuose. Nepaisant to, tyrimas turėjo savų trūkumų. Visų pirma, tyrimo imtis yra netolygi – nors tyrime dalyvavo įvairiomis vėžio formomis sergantys pacientai, didesnė jų dalis moterys, sergančios krūties arba ginekologiniu vėžiu. Pastebima, kad ir psichoonkologijoje daugumos tyrimų dalyvės yra moterys, todėl vertėtų atlikti tyrimus su homogeniškesne vyrų grupe (pvz. prostatos ar plaučių vėžiu sergančiais ir gydymą gaunančiais vyrais). Taip pat, verta pastebėti, kad visi tyrimo dalyviai buvo įsitraukę į savitarpio pagalbos grupes – jie buvo linkę proaktyviai ieškoti pagalbos, patarimų, todėl tikėtina, kad jie skiriasi nuo kitų vėžio pacientų, tad rezultatų negalime generalizuoti. Taip pat, netolerancijos neapibrėžtumui ir streso, nerimo bei depresijos skalės validumo rodikliai nėra labai geri, todėl rezultatus reikėtų interpretuoti atsargiai. Taip pat atliktame tyrime buvo nagrinėjami tik tam tikri streso įveikos stiliai – nebuvo gilinamasi į kitas įveikos formas – dvasinguma, religiją. Galbūt, susidūrus su vėžio situacija, tokios įveikos formos įgauna didesnę svarbą, nei įprasta įveika. Tiesa, tai tėra tik prielaida, kurią vertėtų patikrinti tolimesniais tyrimais. Verta paminėti, kad tyrime emocinė būklė buvo matuojama paskutinės savaitės bėgyje (t.y. tos savaitės, kurią respondentai pildė klausimyną, todėl ji yra paveiki įvairiems pašaliniais, su onkologine liga nesusijusiems įvykiams. Galiausiai, tikėtina, kad ir karantino dėl COVID-19 pandemijos situacija galėjo turėti įtakos rezultatams – tiek dažniau patiriamiems depresijos ir nerimo simptomams, tiek ir prieigai prie gydymo, socialinės paramos prieinamumui.

5. IŠVADOS

1. Neapibrėžtumo ligos situacijoje lygis ir netolerancija neapibrėžtumui yra teigiamai susiję su patiriamu depresijos, nerimo ir streso lygiu.
2. Tam tikri streso įveikos stiliai yra susiję su patiriamu depresijos, nerimo ir streso lygiu:
 - Gydomą gaunančių pacientų grupėje su patiriamu depresijos lygiu teigiamai susijęs emocijų iškrovos įveikos strategija.
 - Pacientų, kuriems atliekami kontroliniai tyrimai, grupėje su patiriamu nerimo, depresijos ir streso lygiu teigiamai susijusi emocijų iškrovos strategija; problemos įveikos strategija yra neigiamai susijusi su patiriamu nerimo ir depresijos lygiu, o socialinės paramos įveika yra neigiamai susijusi su patiriamu depresijos lygiu.
3. Neapibrėžtumo ligos situacijoje lygis ir netolerancija neapibrėžtumui yra teigiamai susiję su emocijų iškrovos įveikos stiliumi.
4. **a)** Netolerancija neapibrėžtumui, problemos sprendimo įveikos stilius ir fizinius simptomai leidžia prognozuoti nerimo lygį onkologinės ligos situacijoje.
b) Neapibrėžtumas ligos situacijoje, emocinės iškrovos įveikos stilius ir fizinės problemos leidžia prognozuoti depresijos lygį onkologinės ligos situacijoje..

6 LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Abbas, Z., & Rehman, S. (2018). An Overview of Cancer Treatment Modalities. In *Neoplasms*. InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.76558>
- Abbey, G., Thompson, S. B. N., Hickish, T., & Heathcote, D. (2015). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, 24(4), 371–381. <https://doi.org/10.1002/pon.3654>
- Adam, E. K., Quinn, M. E., Tavernier, R., McQuillan, M. T., Dahlke, K. A., & Gilbert, K. E. (2017). Diurnal cortisol slopes and mental and physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 83(March), 25–41. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.05.018>
- Amirkhan, J. H. (1990). A Factor Analytically Derived Measure of Coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1066–1074. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.1066>
- Babrow, A. S., Kasch, C. R., & Ford, L. A. (1998). The Many Meanings of Uncertainty in Illness: Toward a Systematic Accounting. *Health Communication*, 10(1), 1–23. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1001_1
- Bauer, M. R., Harris, L. N., Wiley, J. F., Crespi, C. M., Krull, J. L., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2016). Dispositional and Situational Avoidance and Approach as Predictors of Physical Symptom Bother Following Breast Cancer Diagnosis. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(3), 370–384. <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9763-7>
- Beesley, V. L., Smith, D. D., Nagle, C. M., Friedlander, M., Grant, P., DeFazio, A., & Webb, P. M. (2018). Coping strategies, trajectories, and their associations with patient-reported outcomes among women with ovarian cancer. *Supportive Care in Cancer*, 26(12), 4133–4142. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4284-0>
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In *The Handbook of Stress and Health* (pp. 349–364). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 47–65.

<https://doi.org/10.1023/A:1005450908245>

- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of Uncertainty: A Common Factor in the Treatment of Emotional Disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*(6), 630–645. <https://doi.org/10.1002/jclp.21965>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68*(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Brown, K. W., Levy, A. R., Rosberger, Z., & Edgar, L. (2003). Psychological Distress and Cancer Survival. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 636–643. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077503.96903.A6>
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics, 12*(8), 937–947. <https://doi.org/10.1586/ern.12.82>
- Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(1), 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
- Caruso, V., Giammanco, M. D., & Gitto, L. (2014). Quality of life and uncertainty in illness for chronic patients. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 2*(2), 1–12. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2014.2.990>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, K. J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Choi, M., Lee, J., Oh, E. G., Chu, S. H., Sohn, Y. H., & Park, C. G. (2020). Factors Associated With Uncertainty in Illness Among People With Parkinson’s Disease. *Clinical Nursing Research, 29*(7), 469–478. <https://doi.org/10.1177/1054773818788492>
- Costa, D. S., Mercieca-bebber, R., Rutherford, C., Gabb, L., & King, M. T. (2016). The Impact of Cancer on Psychological and Social Outcomes. *Australian Psychologist, 51*(2), 89–99. <https://doi.org/10.1111/ap.12165>

- Dai, S., Mo, Y., Wang, Y., Xiang, B., Liao, Q., Zhou, M., Li, X., Li, Y., Xiong, W., Li, G., Guo, C., & Zeng, Z. (2020). Chronic Stress Promotes Cancer Development. *Frontiers in Oncology*, *10*, 1492. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01492>
- Dauchy, S., Dolbeault, S., & Reich, M. (2013). Depression in cancer patients. *European Journal of Cancer, Supplement*, *11*(2), 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.006>
- De Feudis, R., Lanciano, T., & Rinaldi, S. (2015a). Coping strategies of southern Italian women predict distress following breast cancer surgery. *Europe's Journal of Psychology*, *11*(2), 280–294. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i2.908>
- De Feudis, R., Lanciano, T., & Rinaldi, S. (2015b). Coping Strategies of Southern Italian Women Predict Distress Following Breast Cancer Surgery. *Europe's Journal of Psychology*, *11*(2), 280–294. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i2.908>
- Didžiapetrienė, J. (2013) Vėžio biologija iš:
http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2013_mokomoji__Vezio_biologija.pdf
- Doruk, A., Dugenci, M., Ersöz, F., & Öznur, T. (2015). *Intolerance of Uncertainty and Coping Strategies in Non-Clinical Young Intolerance of Uncertainty and Coping Mechanisms in Nonclinical Young Subjects. February*. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.8779>
- Eisenberg, S. A., Kurita, K., Taylor-Ford, M., Agus, D. B., Gross, M. E., & Meyerowitz, B. E. (2015). Intolerance of uncertainty, cognitive complaints, and cancer-related distress in prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *24*(2), 228–235. <https://doi.org/10.1002/pon.3590>
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Personality processes and individual multidimensional assessment of coping : A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(5), 844–854.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of Multidimensional Coping: Task, Emotion, and Avoidance Strategies. *Psychological Assessment*, *6*(1), 50–60. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.1.50>
- Fitzgerald, P., Lo, C., Li, M., Gagliese, L., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2015). The relationship between depression and physical symptom burden in advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *5*(4), 381–388. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000380>

- Fortier, M. A., Batista, M. L., Wahi, A., Kain, A., Strom, S., & Sender, L. S. (2013). Illness Uncertainty and Quality of Life in Children With Cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 35(5), 366–370. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e318290cfdb>
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 923–933. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>
- Glavić, Ž., Galić, S., & Krip, M. (2014). Quality of life and personality traits in patients with colorectal cancer. *Psychiatria Danubina*, 26(2), 172–180.
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being. *European Psychologist*, 14(1), 29–39. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.29>
- Grakauskas, Ž., ir Valickas G. (2006). Streso įveikos klausimynas: keturių faktorių modelio taikymas. *Psichologija*, 33, 64–75.
- Gruszczyńska, E., & Knoll, N. (2015). Meaning-focused coping, pain, and affect: a diary study of hospitalized women with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 24(12), 2873–2883. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1031-6>
- Gu, Y., Gu, S., Lei, Y., & Li, H. (2020). From uncertainty to anxiety: How uncertainty fuels anxiety in a process mediated by intolerance of uncertainty. *Neural Plasticity*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/8866386>
- Guan, T., Santacroce, S. J., Chen, D. G., & Song, L. (2020). Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 29(6), 1019–1025. <https://doi.org/10.1002/pon.5372>
- Guan, X. (2015). Cancer metastases: challenges and opportunities. *Acta Pharmaceutica Sinica B*, 5(5), 402–418. <https://doi.org/10.1016/j.apsb.2015.07.005>
- Tan, H.J., T., L.S., M., M.A., H., L., K., C.P., F., M., M., P., L., M.S., L., & Stanton, A. L. (2016). The Relationship between Intolerance of Uncertainty and Anxiety in Men on Active Surveillance for Prostate Cancer. *Journal of Urology*, 195(6), 1724–1730. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2016.01.108>

- Haisfield-Wolfe, M. E., McGuire, D. B., Soeken, K., Geiger-Brown, J., De Forge, B., & Suntharalingam, M. (2012). Prevalence and correlates of symptoms and uncertainty in illness among head and neck cancer patients receiving definitive radiation with or without chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, *20*(8), 1885–1893. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1291-9>
- Hall, D. L., Mishel, M. H., & Germino, B. B. (2014). Living with cancer-related uncertainty: Associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, *22*(9), 2489–2495. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2243-y>
- Halstead, M. T., & Fernsler, J. I. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, *17*(2), 94–100. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8020003>
- Hamer, M., Chida, Y., & Molloy, G. J. (2009). Psychological distress and cancer mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*(3), 255–258. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.002>
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and Psychosocial Adaptation. *Psychosomatic Medicine*, *59*(4), 408–418. <https://doi.org/10.1097/00006842-199707000-00011>
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, *44*(Pt 2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Hill, E. M., & Hamm, A. (2019). Intolerance of uncertainty, social support, and loneliness in relation to anxiety and depressive symptoms among women diagnosed with ovarian cancer. *Psycho-Oncology*, *28*(3), 553–560. <https://doi.org/10.1002/pon.4975>
- Hoff, A. L., Mullins, L. L., Chaney, J. M., Hartman, V. L., & Domek, D. (2002). Illness Uncertainty, Perceived Control, and Psychological Distress Among Adolescents With Type 1 Diabetes. *Research and Theory for Nursing Practice*, *16*(4), 223–236. <https://doi.org/10.1891/rtnp.16.4.223.53023>
- Hoth, K. F., Wamboldt, F. S., Strand, M., Ford, D. W., Sandhaus, R. A., Strange, C., Bekelman, D. B., & Holm, K. E. (2013). Prospective impact of illness uncertainty on outcomes in chronic lung disease. *Health Psychology*, *32*(11), 1170–1174. <https://doi.org/10.1037/a0032721>
- Hsu, T.-H., Lu, M.-S., Tsou, T.-S., & Lin, C.-C. (2003). The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, *26*(3), 835–842. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(03\)00257-4](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(03)00257-4)

- Ichikura, K., Yamashita, A., Sugimoto, T., Kishimoto, S., & Matsushima, E. (2018). Patterns of stress coping and depression among patients with head and neck cancer: A Japanese cross-sectional study. *Psycho-Oncology*, *27*(2), 556–562. <https://doi.org/10.1002/pon.4549>
- Iwasaki, Y. (2014). Coping, an Overview. In *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 1292–1295). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_576
- Johnson, L. M., Zautra, A. J., & Davis, M. C. (2006). The role of illness uncertainty on coping with fibromyalgia symptoms. *Health Psychology*, *25*(6), 696–703. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.6.696>
- Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., & Gullickson, K. (2014a). Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology, Health and Medicine*, *19*(5), 525–535. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.845300>
- Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., & Gullickson, K. (2014b). Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology, Health and Medicine*, *19*(5), 525–535. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.845300>
- Jørgensen, S. F., Ravn, P., Thorsen, S., & Worm, S. W. (2017). Characteristics and outcome in patients with non-specific symptoms and signs of cancer referred to a fast track cancer patient pathway; a retrospective cohort study. *BMC Cancer*, *17*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3826-z>
- Karabulutlu, E. Y., Bilici, M., Çayir, K., Tekin, S. B., & Kantarci, R. (2010). Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. *European Journal of General Medicine*, *7*(3), 296–302. <https://doi.org/10.29333/ejgm/82872>
- Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: Predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, *25*(10), 839–846. <https://doi.org/10.1002/da.20341>
- Kurita, K., Garon, E. B., Stanton, A. L., & Meyerowitz, B. E. (2013). Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, *22*(6), 1396–1401. <https://doi.org/10.1002/pon.3155>
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2014). chesh. *PLoS ONE*, *9*(11), e112733. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112733>

- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: PsychologyFoundation.
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 13–22. <https://doi.org/10.1126/science.130.3367.126-a>
- Lashbrook, M. P., Valery, P. C., Knott, V., Kirshbaum, M. N., & Bernardes, C. M. (2018). Coping Strategies Used by Breast, Prostate, and Colorectal Cancer Survivors: A Literature Review. *Cancer Nursing*, 41(5), E23–E39. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000528>
- Lazarus, R. S. ir Folkman, S., (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer
- Lee, I., & Park, C. (2020). The mediating effect of social support on uncertainty in illness and quality of life of female cancer survivors: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01392-2>
- Lien, C. Y., Lin, H. R., Kuo, I. T., & Chen, M. L. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2311–2319. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02549.x>
- Merkle, C.J. (2011). Biology of cancer. in C.H. Yarbro, D. Wujcik, & B.H. Gobel (Eds.), *Cancer nursing: Principles and practice* (7th ed., pp. 3–22). Burlington, MA: Jones and Bartlett.
- Mathur, G., Nain, S., & Sharma, P. (2015). Cancer : an overview Cancer : An Overview. *Academic J. Cancer Res*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.5829/idosi.ajcr.2015.8.1.9336>
- Mehrabi, E., Hajian, S., Simbar, M., Hoshyari, M., & Zayeri, F. (2015). Coping response following a diagnosis of breast cancer: A systematic review. *Electronic Physician*, 7(8), 1575–1583. <https://doi.org/10.19082/1575>
- Mishel, M. H., Hostetter, T., King, B., & Graham, V. (1984). Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer. In *Cancer nursing* (Vol. 7, Issue 4, pp. 291–299). <https://doi.org/10.1097/00002820-198408000-00003>
- Mishel, M., Padilla, G., Grant, M., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in illness theory: A replication of the mediating effects of mastery and coping. *Nursing Research*, 40(4), 236–240. <https://doi.org/10.1097/00006199-199107000-00013>
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. In *Image: the Journal of Nursing Scholarship* (Vol. 20,

Issue 4, pp. 225–232). <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>

Mishel, M.H. (1990). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256–262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>

Mishel, M. H. (1981). The Measurement of Uncertainty in Illness. *Nursing Research*, 30(5), 258–263. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00002>

Mishel, M.H. (1997). Uncertainty in illness scales manual. Unpublished manual, University of North Carolina, Chapel Hill, NC.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)

Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387–1403. <https://doi.org/10.1002/jclp.10229>

Mullins, L. L., Cote, M. P., Fuemmeler, B. F., Jean, V. M., Beatty, W. W., & Paul, R. H. (2001). Illness intrusiveness, uncertainty, and distress in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 46(2), 139–153. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.46.2.139>

Pakalniškienė, V. (2012). Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas. Vilnius: Vilniaus Universiteto leidykla.

Nayak, M. G., George, A., Vidyasagar, M. S., Mathew, S., Nayak, S., Nayak, B. S., Shashidhara, Y. N., & Kamath, A. (2017). Quality of Life among Cancer Patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(4), 445–450. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_82_17

Parker, P. A., Davis, J. W., Latini, D. M., Baum, G., Wang, X., Ward, J. F., Kuban, D., Frank, S. J., Lee, A. K., Logothetis, C. J., & Kim, J. (2016). Relationship between illness uncertainty, anxiety, fear of progression and quality of life in men with favourable-risk prostate cancer undergoing active surveillance. *BJU International*, 117(3), 469–477. <https://doi.org/10.1111/bju.13099>

Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The Association of Coping to Physical and Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Journal of Behavioral Medicine*,

25(6), 551–603. <https://doi.org/10.1023/A:1020641400589>

- Reich, J. W., Johnson, L. M., Zautra, A. J., & Davis, M. C. (2006). Uncertainty of illness relationships with mental health and coping processes in fibromyalgia patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 307–316. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9054-7>
- Roberts, N., Czajkowska, Z., Radiotis, G., & Körner, A. (2013). Distress and coping strategies among patients with skin cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2), 209–214. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9319-y>
- Roesch, S. C., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., Pekin, S., & Vaughn, A. A. (2005). Coping with prostate cancer: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 281–293. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-4664-z>
- Singer, S. (2018). *Psychosocial Impact of Cancer* (pp. 1–11). https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_1
- Siwik, C., Hicks, A., Phillips, K., Rebholz, W. N., Zimmaro, L. A., Weissbecker, I., Cash, E., & Sephton, S. E. (2020). Impact of coping strategies on perceived stress, depression, and cortisol profiles among gynecologic cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 993–1003. <https://doi.org/10.1177/1359105317740737>
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The Development of Coping. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 119–144. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>
- Stanisławski, K. (2019). The Coping Circumplex Model: An Integrative Model of the Structure of Coping With Stress. *Frontiers in Psychology*, 10, 694. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00694>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., & Anisman, H. (2014). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 592–605. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12058>
- Turlinskienė, M., & Sargautytė, R. (2019). Onkopsichologinių tyrimų raida hematologijos srityje

biopsichosocialinės paradigmos kontekste. *Visuomenės Sveikata*, 2(85), 8–14.

- Vadsaria, K., Jabbar, A., Azam, I., Rizvi, S., Haider, G., & Naqvi, H. (2017). Coping Styles and Depression among Patients with Solid Organ Cancers Attending Two Tertiary Care Hospitals of Karachi: A Cross Sectional Study. *Open Journal of Epidemiology*, 07(01), 69–83.
<https://doi.org/10.4236/ojepi.2017.71007>
- Vailickas, G.; Želvienė, P. ir Grakauskas, P. (2010) Patobulinto keturių faktorių klausimyno psichometriniai rodikliai. *Psichologija* 41, 96-110.
- van de Wiel, M., Derijcke, S., Galdermans, D., Daenen, M., Surmont, V., De Droogh, E., Lefebure, A., Saenen, E., Vandenbroucke, E., Morel, A. M., Sadowska, A., van Meerbeeck, J. P., & Janssens, A. (2021). Coping Strategy Influences Quality of Life in Patients With Advanced Lung Cancer by Mediating Mood. *Clinical Lung Cancer*, 22(2), e146–e152.
<https://doi.org/10.1016/j.clcc.2020.09.010>
- Vineis, P., & Wild, C. P. (2014). Global cancer patterns: causes and prevention. *The Lancet*, 383(9916), 549–557. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62224-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62224-2)
- Wonghongkul, T., Moore, S. M., Musil, C., Schneider, S., & Deimling, G. (2000). The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*, 23(6), 422–429. <https://doi.org/10.1097/00002820-200012000-00004>
- Wright, L. J., Afari, N., & Zautra, A. (2009). The illness uncertainty concept: A review. *Current Pain and Headache Reports*, 13(2), 133–138. <https://doi.org/10.1007/s11916-009-0023-z>
- Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., & Chinchilli, V. M. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature Communications*, 10(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>
- Zhang, D., Fan, Z., Gao, X., Huang, W., Yang, Q., Li, Z., Lin, M., Xiao, H., & Ge, J. (2018). Illness uncertainty, anxiety and depression in Chinese patients with glaucoma or cataract. *Scientific Reports*, 8(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-29489-1>
- Zhang, Y. (2017). Uncertainty in illness: Theory review, application, and extension. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), 645–649. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.645-649>

PRIEDAI

1.Priedas . Netolerancijos neapibrėžtumui tiriamosios faktorių analizės su varimax sukiniu teiginių svoriai.

10 lentelė. Netolerancijos neapibrėžtumui tiriamosios faktorių analizės su varimax sukiniu teiginių faktorių svoriai.

	Faktoriai	
	1 faktorius (Varžantis nerimas)	2 faktorius (Prospektyvus nerimas)
Teiginiai		
Stipriai nusiviliu nenumatytais įvykiais. (P)	0.556	.659
Mane erzina, kai neturiu visos reikiamos informacijos. (P)	0.549	.686
Neapibrėžtumas man trukdo gyventi pilnavertį gyvenimą.(V)	.712	.540
Žmogus turi visada žiūrėti į priekį, kad išvengtų netikėtumų.(P)	.484	-.264
Mažas nenumatytas įvykis gali viską sugadinti, net tada kai viskas yra puikiai suplanuota (P)	.731	.046
Kai reikia veikti, neapibrėžtumas mane paralyžiuoja.(V)	.819	.026
Kai esu neapibrėžtoje situacijoje, negaliu gerai funkcionuoti.(V)	.839	-.001
Aš visada noriu žinoti, kas man bus ateityje.(P)	.771	-.288
Negaliu pakęsti, kai atsitinka kažkas netikėto.(P)	.888	-.096
Menkiausia abejonė gali sutrukdyti man veikti.(V)	.833	-.209
Aš turėčiau gebėti susiorganizuoti viską iš anksto.(P)	.756	-.392
Aš turėčiau vengti visų neapibrėžtų situacijų.(V)	.833	-.331

Pastaba. Paryškintu šriftu pažymėti didžiausi kintamojo faktorio svoriai. Skliausteliuose pažymėta, kokiam faktoriui teiginys yra priskirtas originaliame instrumente. P – prospektyvaus nerimo; V- varžančio nerimo.

2.Priedas. Depresijos, nerimo ir streso skalės faktorių analizės su varimax sukiniu teiginių svoriai.

11 lentelė. Depresijos, nerimo ir streso skalės tiriamosios faktorių analizės su varimax sukiniu teiginių faktorių svoriai

Teiginiai	Faktoriai		
	1 faktorius (Stresas)	2 faktorius (Depresija)	3 faktorius (Nerimas)
Man buvo sunku nusiraminti (S)	0.759	.267	.233
Jaučiau, kad man džiūsta burna (N)	.176		.766
Atrodė, kad visiškai nepatiriu teigiamų jausmų (D)	.412	.589	.209
Man pasireiškė kvėpavimo sunkumai (pvz. Hiperventiliacija, dusulys ne fizinio krūvio metu) (N)		.179	.640
Man buvo sunku pradėti įvairius dalykus (D)	.362	.480	.322
Buvau linkęs perdėtai jautriai reaguoti į situacijas (S)	.731	.284	.404
Mane vargino drebulys (pvz. Rankų) (N)	.193	.228	.759
Jaučiau, kad daug nervinuosi (S)	.833	.307	
Buvau susirūpinęs, kad manęs neištiktų panika ir neapsijuokčiau (N)	.541	.275	.476
Jaučiau, kad ateitis neteikia vilčių (D)	.302	.809	.138
Jaučiausi susijaudinęs ir įsitempęs (S)	.833	.307	
Man buvo sunku atsipalaiduoti (S)	.620	.425	.184
Jaučiausi nusivylęs ir liūdnas (D)	.613	.600	
Man buvo sunku toleruoti trikdžius veikloje (S)	.759	.267	.233
Nejaučiau niekam entuziazmo (D)	.379	.562	.131
Maniau, kad nesu vertingas kaip žmogus (D)	.162	.739	.138
Jaučiau, kad esu perdėtai jautrus (S)	.759	.367	.233
Mano širdies veikla buvo pakitusi nesant fizinio krūvio (pvz. Pagreitėjęs širdies ritmas, permušimai)(N)	.366	.133	.552
Jaučiausi išsigandęs be rimtos priežasties (N)	.566	.307	.504
Jaučiau, kad gyvenimas yra beprasmiškas (D)	.259	.733	.305

Pastaba. Paryškintu šriftu pažymėti didžiausi kintamojo faktorių svoriai. Skliausteliuose pažymėta, kuriam faktoriui

3.Priedas Demografinių duomenų ir ligos situacijos anketa.

1. Jūsų amžius (metais)
2. Jūsų lytis:
 - a. Vyras
 - b. Moteris
3. Gyvenate:
 - a. Didmiestyje
 - b. Mieste
 - c. Miestelyje
4. Darbinė padėtis:
 - a. Dirbantis - i
 - b. Bedarbis (-ė)
 - c. Studentas (-ė)
 - d. Pensininkas (-ė)
 - e. Nedirbu dėl neįgalumo/sveikatos problemų
5. Jūsų šeimyninė padėtis:
 - a. Vedęs/ištekėjusi
 - b. Gyvenu su partneriu (-e)
 - c. Išsiskyres (-usi)
 - d. Našlys (-ė)
 - e. Nevedęs/netekėjusi
6. Jūsų išsilavinimas
 - a. Pradinis
 - b. Pagrindinis
 - c. Vidurinis/profesinis
 - d. Aukštasis neuniversitetinis/kolegija
 - e. Aukštasis universitetinis
7. Jūsų finansinė padėtis:
 - a. Labai gera
 - b. Geresnė nei daugumos Lietuvos gyventojų
 - c. Vidutinė, panaši į daugumos Lietuvos gyventojų
 - d. Prastesnė, nei daugumos Lietuvos gyventojų
 - e. Labai prasta
8. Ligos diagnozė:
 - a. Kraujo vėžys
 - b. Ginekologinis vėžys
 - c. Pilvo organų vėžys
 - d. Urologinės sistemos vėžys

- e. Plaučių vėžys,
 - f. Odos vėžys
 - g. Krūties vėžys
 - h. Kitas onkologinis susirgimas
9. Prieš kiek laiko Jums nustatyta liga:
- a. 0-1 metus
 - b. 2-5 metus
 - c. 6-10 metų
 - d. Daugiau nei 10 metų
10. Kokia šiuo metu yra Jūsų gydymosi situacija:
- a. Laukiu prasidėsiančio gydymo (operacijos, chemoterapijos ar kt.)
 - b. Vyksta gydymas (chemoterapija, radioterapija, biologinė terapija ar kt.)
 - c. Vyksta stebėjimas ar kontroliniai tyrimai
 - d. Esu pasveikęs ir nesilankau gydymo įstaigose dėl onkologinio susirgimo