

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Geida Kličiūtė

Sveikatos psichologijos studijų programa
Magistro baigiamasis darbas

**Onkologinių pacientų skausmo ir emocinės būklės sąsajos su skausmo
priėmimu**

Darbo vadovė: doc. dr. Rūta Sargautytė

Vilnius 2024

Turinys

SANTRAUKA	3
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS	8
1.1. Skausmo samprata	8
1.1.1. Lėtinis skausmas	8
1.1.2. Biopsichosocialinis skausmo modelis	9
1.1.3. Vėžio skausmas	10
1.2. Skausmo priėmimas	11
1.2.1. Priėmimo ir įsipareigojimo terapija (ACT)	11
1.2.2. Skausmo priėmimo samprata	12
1.2.3. Sąsajos tarp skausmo priėmimo ir lėtinio skausmo pacientų funkcionavimo	14
1.3. Skausmo priėmimas ir susiję veiksniai	15
1.3.1. Nerimas ir depresija	15
1.3.2. Tėvystė ir šeimyninė padėtis	18
1.3.3. Lytis ir amžius	19
1.4. Apibendrinimas	20
1.4.1. Darbo tikslas ir uždaviniai	21
2. TYRIMO METODIKA	23
2.1 Tyrimo dalyviai	23
2.2 Tyrimo instrumentai	25
2.3 Tyrimo eiga	28
2.4 Statistinė analizė	29
3. REZULTATAI	31
3.1. Aprašomoji statistika	31
3.2. Skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas, pasiryžimo skausmui palyginimas pagal sociodemografinius rodiklius	35
3.3. Skausmo priėmimo ir emocinės būsenos sąsajos	38
3.4. Skausmo priėmimo ir patiriamo skausmo sąsajos	40
3.5. Skausmo priėmimas kaip depresiškumo prediktorius	40
3.6. Skausmo priėmimas kaip nerimo prediktorius	41
4. REZULTATŲ APTARIMAS	43
4.1. Ribotumai ir tolesnių tyrimų rekomendacijos	48
IŠVADOS	50
LITERATŪRA	51

Santrauka

Onkologinių pacientų skausmo ir emocinės būklės sąsajos su skausmo priėmimu, Geida Kličiūtė, Vilnius, Vilniaus Universitetas, 2024, 61 psl.

Šio tyrimo tikslas - išsiaiškinti skausmo, emocinės būklės (nerimo, depresiško) sąsajas su skausmo priėmimu bei identifikuoti skausmo priėmimo skirtumus pagal sociodemografinius duomenis (amžius, lytis, tėvystė, šeimyninis statusas). Pirminę tyrimo imtį sudarė 100 onkologinių pacientų, tačiau 34 pažymėjo nejaučiantys skausmo, todėl buvo pašalinti iš tyrimo imties. Galutinę imtį sudarė 66 onkologiniai pacientai, 84,8% moterų (N = 56), 15,2% vyrų (N = 10). Amžius svyravo nuo 33 iki 77 (M = 55,21, SD = 11,23). Depresiškumui bei nerimui įvertinti taikyta Depresijos, nerimo ir streso skalė (angl. DASS-21; Henry & Crawford, 2005), Skausmo priėmimas vertinamas naudojant trumpąją Skausmo priėmimo klausimyno versiją (angl. *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*, CPAQ-8; Fish et al., 2010). Patiriamo skausmo intensyvumui įvertinti naudojama skaitmeninė skalė (nuo 0 iki 10). Nustatyta, jog vyrų skausmo priėmimas reikšmingai aukštesnis nei moterų. Tyrimo duomenimis, pasiryžimas skausmui reikšmingai susijęs su šeimynine padėtimi ir amžiumi; vyresnio amžiaus pacientų pasiryžimas skausmui didesnis nei jaunesnio amžiaus pacientų. Reikšmingos sąsajos tarp skausmo priėmimo ir tėvystės nebuvo identifikuotos. Nustatytos neigiamos skausmo, nerimo ir depresiško sąsajos su skausmo priėmimu. Skausmo priėmimas reikšmingai nuspėja nerimą bei depresišumą. Šiame tyrime, emocinę būklę prognozuoti gali pasiryžimas skausmui, tačiau ne įsitraukimas į veiklas. Tyrimo rezultatai suteikia įžvalgų apie skausmo priėmimo svarbą onkologinių pacientų imtyse bei konstrukto sąsajas su vėžio skausmo simptomatika.

Raktiniai žodžiai: skausmo priėmimas, pasiryžimas skausmui, įsitraukimas į veiklas, depresiškumas, nerimas, skausmas.

Abstract

Relationship between pain, emotional state and pain acceptance among oncology patients, Geida Kličiūtė, Vilnius, Vilnius University, 2024, 61 pp.

The aim of this study was both to investigate the associations of pain and emotional state (anxiety, depression) with pain acceptance and to identify differences in pain acceptance according to sociodemographic data (age, gender, parenthood, marital status). The original study sample consisted of 100 oncology patients. However, 34 participants reported no current pain, thus were excluded from the study sample. The final sample consisted of 66 oncology patients, 84.8% female (N = 56), 15.2% male (N = 10). Age ranged from 33 to 77 (M = 55.21, SD = 11.23). Depression and anxiety were assessed using the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21; Henry & Crawford, 2005). Pain acceptance was assessed using the short version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8; Fish et al., 2010). A numerical scale (from 0 to 10) was used to assess the intensity of pain. Pain acceptance was found to be significantly higher in men than women. In this study, Pain willingness is significantly related to marital status and age; Older patients have higher pain willingness than younger patients. Significant relationship between pain acceptance and parenthood was not established. Negative associations of pain, anxiety and depression with pain acceptance were found. Pain acceptance significantly predicts anxiety and depression. In this study, emotional state can be predicted by pain willingness, but not by activity engagement. The results provide insight into the importance of pain acceptance in cancer patient samples and the construct's association with cancer pain symptomatology.

Keywords: pain acceptance, pain willingness, activity engagement, depression, anxiety, pain.

Svarbiausios sąvokos

Skausmo priėmimas (angl. *pain acceptance*) – aktyvus pasiryžimas jausti skausmą, su juo susijusias mintis bei jausmus, nebandant jo kontroliuoti, vengti ar kitaip pakeisti, o tai padeda įsitraukti į vertinamas veiklas bei siekti asmeninių tikslų, nepaisant nemalonaus potyrio (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; McCracken, Carson, Eccleston, & Keefe, 2004). Skausmo priėmimas apima reagavimą į su skausmu susijusius išgyvenimus, nesistengiant jų kontroliuoti ar vengti, ypač kai šie bandymai riboja paciento gyvenimo kokybę, ir įsitraukimą į veiklą nepaisant šių išgyvenimų (McCracken & Eccleston, 2005);

Įsitraukimas į veiklas (angl. *activity engagement*) – gebėjimas įsipareigoti bei įsitraukti į vertinamas veiklas, nepaisant išgyvenamo skausmo;

Pasiryžimas skausmui (angl. *pain willingness*) – skausmo patyrimo pripažinimas, suvokiant, jog skausmo vengimas bei bandymas jį kontroliuoti, nėra efektyvūs įveikos/prisitaikymo metodai.

Pratarmė

Lėtinis ir intensyvus skausmas yra vienas iš dažniausiai patiriamų onkologinių pacientų simptomų (Snijders et al., 2023). Progresuojanti liga gali sukelti vis intensyvesnius skausmo potyrius, kurie turi didžiulę įtaką individų gyvenimo kokybei bei daugeliui kitų gyvenimo aspektų (Hamood, Hamood, Merhasin, & Keinan-Boker, 2018). Daugeliui pacientų skausmo potyris išlieka, nepaisant farmakologinių/ medikamentinių intervencijų, o negebantiems efektyviai prisitaikyti prie skausmo tai gali reikšti psichosocialinę negalią (Zeppetella, O'Doherty & Collins, 2000). Nepaisant vis daugiau įrodymų, kad vėžio skausmas ir jo poveikis yra daugialypis, biomedicininio vėžio skausmo modelio taikymas praktikoje išlieka, o mūsų žinios apie psichosocialinius prisitaikymo prie vėžio skausmo procesus – ribotos (Keefe, Abernethy & Campbell, 2005).

Kai kuriems pacientams lėtinis skausmas sukelia visišką negalią įvairiuose funkcionavimo lygmenyse, kitiems tęsti įprastas veiklas sekasi puikiai. Lėtinis skausmas nenuginčijamai yra kertinis psichosocialinės negalios vystymosi ir išlikimo procese, tačiau tam tikri individų atsakai į skausmą gali šios būklės pasekmes apsunkinti. Literatūroje pakartotinai identifikuojamas neigiamas skausmo vengimo ar nesėkmingo kontroliavimo poveikis (McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004). Nors tokie atsakai į nepageidaujamus išgyvenimus gali pasirodyti savaime suprantami ir net natūralūs, to procese asmenys gali prarasti kontrolę kur kas svarbesnėse bei labiau vertinamose gyvenimo srityse. Vienas iš daugiausiai teigiamų pasekmių turinčių atsakų į lėtinį skausmą yra skausmo priėmimas. Skausmo priėmimas gali būti suprantamas kaip elgesio keitimo procesas, kurio metu siekiama diferencijuoti kasdienes veiksmus nuo bandymų kontroliuoti skausmo potyrį ir sutelkti pastangas į sveiko gyvenimo elementus (McCracken & Vowles, 2006).

Susitelkimas būtent į skausmo priėmimo tobulinimą gydymo metu efektyvus įvairiuose lėtinio skausmo kontekstuose (Vowles, McCracken & O'Brien, 2011). Būtent skausmo priėmimo pokyčiai gydymo metu gali nulemti reikšmingus skirtumus depresijos, nerimo bei negalios rodikliuose (Vowles, McCracken & Eccleston, 2007). Itin įdomu tai, kad skausmo priėmimas taip pat medijuoja ir tam tikrų lėtinio skausmo ir funkcionavimo gerinimui skirtų intervencijų efektyvumą. Specifiškai literatūroje išskiriama šio proceso reikšmė sąmoningumu bei priėmimu grįstoms intervencinėms metodikoms (Cedeberg et al., 2016). Vis dėlto, nors vis daugėja įrodymų apie teigiamą skausmo priėmimo įtaką, veiksniai susiję su šio proceso pasireiškimu, eiga bei lygmeniu išlieka tiksliai neapibrėžti.

Literatūroje išskiriama, jog skausmo priėmimas yra reikšmingai susijęs su teigiamu prisitaikymu prie vėžio skausmo. Nors skausmo priėmimo nauda yra plačiai pripažįstama, tyrimai onkologinių pacientų imtyse išlieka riboti. Daugelis autorių nagrinėja skausmo priėmimo konstrukta bendro pobūdžio lėtinį skausmą patiriančiose populiacijose. Nepaisant to, jog skausmo priėmimas susilaukia vis daugiau dėmesio ir vėžio skausmo kontekstuose, daugelis autorių akcentuoja šio konstrukto vaidmenį pacientų funkcionavimui, gerovei bei kitiems psichosocialiniams aspektams, tačiau tikslūs ryšiai išlieka migloti. Šio tyrimo tikslas ir yra išanalizuoti skausmo priėmimo lygmenį bei susijusius veiksnius onkologinių pacientų imtyje. Tokių faktorių išskyrimas galėtų reikšmingai patobulinti ne tik vėžio skausmo supratimą, bet ir identifikuoti aspektus į kuriuos turėtų būti sutelktas dėmesys gydymo/ intervencijų metu, bandant pasiekti optimaliausią įmanomą onkologinių pacientų funkcionavimą.

1. ĮVADAS

1.1. Skausmas

1.1.1. Lėtinis skausmas

Lėtinis skausmas - tai alinanti medicininė būklė, kuri gali būti apibrėžiama kaip nuolatinis ar dažnai pasikartojantis trumpalaikis, tačiau intensyvus skausmas, trunkantis ne mažiau nei 3 mėnesius (Elliot et al., 1999). Tyrimų rezultatai rodo, jog ši būklė daro neigiamą įtaką daugeliui individo gyvenimo aspektų ir yra siejama su psichosocialine negalia bei depresijos simptomų pasireiškimu (Breivik, Eisenberg, & O'Brien, 2013; Elliott, Renier & Palcher, 2003; Ohayon & Schatzberg, 2003). Literatūroje išskiriamas stiprus ryšys tarp lėtinio skausmo ir depresyvumo (Woo, 2010). Svarbu atkreipti dėmesį, jog būtent šių kintamųjų sąveikoje itin svarbų vaidmenį atlieka psichologiniai veiksniai (Gatchel et al., 2007).

Pastaraisiais dešimtmečiais plačiai išnagrinėti neuroanatominiai ir neurofiziologiniai mechanizmai, susiję su kompleksiniu skausmo patyrimu, psichosocialinių veiksnių įtaka šiam patyrimui, paciento atsakas į nocicepcinę stimuliaciją bei gydymą. Temos paplitimas bei populiarumas sukėlė daugybę teigiamų pasekmių. Buvo pasiekta didelė pažanga kuriant lėtiniam skausmui pritaikytus intervencinius metodus, kurie gali būti apibūdinami ne tik kaip evoliuciniai, bet ir revoliuciniai lėtinio skausmo kontekste. Šiuo laikotarpiu pasirodė daugybė naujos literatūros ne tik apie plačią lėtinio skausmo temą, bet ir siauresnio pobūdžio tyrimų, orientuotų specifiskai į psichologinių veiksnių indėlį į skausmo supratimą bei lėtinį skausmą kenčiančių individų gydymą (Turk & Okifuji, 2002).

Psichologija padeda ne tik nuspėti individų elgesį, bet ir jį kontroliuoti. Lėtinio skausmo kontekste elgesio apibrėžimas yra platus, apimantis asmenines patirtis, mintis bei jausmus, kurie sužadina, palaiko ir kartais net ir sustiprina kančias. Lėtinio skausmo psichologija bei pacientų reakcijos tiek į lengvo sunkumo ar išliekantį skausmą gali būti suprantamos remiantis įprastais psichologiniais procesais. Šiems procesams suprasti nereikia patologinių paaiškinimų ar patologijos nagrinėjimo. Individai dažniausiai pasitelkia sukauptus resursus, tokius kaip: įveikos strategijos, įgūdžiai, kurie buvo sėkmingai pritaikyti praeityje. Tačiau, lėtinio skausmo atveju to ne visada pakanka ir tam tikri veiksniai gali nulemti neadaptyvų prisitaikymą prie skausmo (Eccleston, Morley & Williams, 2013).

Literatūroje plačiai pripažįstama, kad skausmas yra kompleksinis suvokimo potyris, kurį sąlygoja platus spektras psichosocialinių veiksnių, tokių kaip: emocijos, socialinis ir kultūrinis

kontekstas, individuali skausmui suteikiama reikšmė bei įsitikinimai, požiūriai ir lūkesčiai bei, žinoma, biologiniai veiksniai. Lėtinis skausmas, kuris tęsiasi mėnesius ar net metus paveikia visus individo funkcionavimo aspektus: emocinį, tarpasmeninį, profesinį bei fizinį (Turk & Okifuji, 2002). Kadangi lėtinis skausmas yra ilgalaikis, kiekviena iš individo funkcionavimo sričių gali paveikti tiek skausmo potyrį, tiek susijusius simptomus. Šiame procese itin svarbu atkreipti dėmesį ir į kiekvieno atvejo individualų kontekstą. Psichosocialiniai veiksniai gali funkcionuoti ir kaip rizikos, ir atsparumo rizikai faktoriai, kurie gali sąlygoti lėtinio skausmo atsiradimo tikimybę, su skausmu susijusių simptomų sunkumą bei tam tikrų gydymo metodų efektyvumą ar neveiksmingumą. Psichologiniai ir socialiniai faktoriai turėtų būti suvokiami ne tik kaip antrinės reakcijos į išliekantį skausmą, tačiau, kaip biopsichosocialinį procesą, formuojantys matai (Meints & Edwards, 2018).

Taigi, siekiant suprasti asmens atsaką į skausmą bei pasitelkiamus įveikos mechanizmus, itin svarbu atsižvelgti ne tik į simptomų kilmę, bet ir į platų spektrą veiksnių, kurie medijuoja nocirecepciją, skausmo potyrį bei su skausmu susijusius išgyvenimus (Turk & Okifuji, 2002)

1.1.2. Biopsichosocialinis skausmo modelis

Biopsichosocialinis skausmo modelis dominuoja šiuolaikinėje literatūroje ir naujausiuose tyrimuose. Taip pat, šis modelis yra viena iš plačiausiai taikomų lėtinio skausmo sampratų. Biopsichosocialinė perspektyva suvokia skausmą bei jo sukeltą negalią, kaip daugialypį ir dinamišką darinį, kuriame tarpusavyje sąveikauja fiziologiniai, psichologiniai bei socialiniai faktoriai (Meints & Edwards, 2018). Tuo šis modelis išsiskiria iš kitų teorijų, aiškinančių skausmo prigimtį. Pavyzdžiui, remiantis biomedicininio modelio perspektyva, skausmas yra suvokiamas, kaip etiologinės bei patofiziologinės prigimties procesas, o tai suponuoja, jog skausmas yra fizinė psichologinių sunkumų išraiška. Tuo tarpu, biopsichosocialinis skausmo modelis suteikia įvairiapusiškesnį požiūrį į skausmą, apjungiantį mechaninius ir fiziologinius procesus su psichologiniais ir socialinio konteksto kintamaisiais, kurie gali ne tik sukelti skausmą, bet ir sąlygoti jo tęstinumą. Priešingai nei biomedicininiame modelyje, biopsichosocialiniame modelyje, nėra susitelkiama į ligos procesą, liga yra suvokiama kaip dinamiška ir abipusė sąveika tarp biologinių, psichologinių ir sociokultūrinių veiksnių, kurie formuoja individo atsaką į skausmą (Turk, Wilson & Swanson, 2011).

Remiantis biopsichosocialiniu skausmo modeliu, nociceptorių signalai yra sukelti fizinės patologijos arba fizinių pokyčių raumenyse, sąnariuose ar nervuose. Skausmo suvokimas apima šių signalų interpretavimą ir skausmo tipologijos išskyrimą. Vertinimo

procesu skausmui yra suteikiama specifinė bei individo nustatoma reikšmė, o tai sąlygoja tolesnį, su skausmu susijusį, individo elgesį. Vertinimas ir tolesni procesai priklauso nuo asmens įsitikinimų, kurie susiformuoja gyvenimo eigoje. Remiantis šiais įsitikinimais, asmuo gali pasirinkti ignoruoti skausmą ir tęsti jam svarbių veiklų atlikimą arba pilnai nuo jų atsiriboti, priimti sergančiojo vaidmenį bei bandyti susidoroti su neigiamu potyriu neadaptyviais prisitaikymo prie skausmo metodais (Turk & Okifuji, 2002).

Vėžio skausmas taip pat tradiciškai buvo vertinamas bei gydomas per biomedicininio skausmo modelio prizmę. Tačiau, per pastaruosius 20 metų, vis plačiau pripažįstama, kad onkologinių pacientų patiriamas, arba kitaip vėžio skausmas, yra kompleksinis ir daugialypis potyris, kuris ne tik turi biologinį pamatą, bet ir veikia, ir yra veikiamas psichosocialinių faktorių. Būtent dėl šios priežasties, biopsichosocialinis modelis dominuoja lėtinio skausmo literatūroje (Meints & Edwards, 2018).

1.1.3. Vėžio skausmas

Skausmas yra išskiriamas kaip vienas iš labiausiai gąsdinančių simptomų onkologinių pacientų tarpe, tačiau netikslumai įvertinime ir gydymo neefektyvumas išlieka aktualia problema, nepaisant intervencinių priemonių gausos šiuolaikinėje medicinoje. Ankstyvosiose ligos stadijose 30%-50% pacientų išskiria lėtinį skausmą kaip simptomą, o vėlyvose/pažengusiose ligos stadijose didžioji dalis pacientų (70%-90%) patiria intensyvių nuolatinį skausmą (Ruano, Garcia-Torres, Galvez-Lara & Moriana, 2021).

Skausmas turi svarbių pasekmių pacientų kasdienybei bei gyvenimui. Šis simptomas demonstruoja poveikį įvairiuose gyvenimo aspektuose bei ženklų bendrą gyvenimo kokybės rodiklių nuosmukį. Tyrimų rezultatai pakartotinai atskleidžia vėžio skausmo sąsajas su miego sutrikimais, izoliacija, apetito sumažėjimu bei žemesniu įsitraukimu į veiklas (Everdingen et al., 2007; Katz, Rosenbloom & Fashler, 2015). Taip pat, literatūroje pabrėžiama, jog skausmo potyris daugumos onkologinių pacientų neapleidžia net ir įsitraukiant į kasdienes veiklas, o tai gali turėti psichosocialinių pasekmių, tokių kaip depresija ar nerimas (Magee, Bachtold, Brown, & Farquhar-Smith, 2019). Nagrinėjant atvejus, kuriuose pacientai patiria nevaldomą skausmą, pasireiškia ne tik depresija ar nerimas, tačiau ir suicidinės tendencijos bei nenumalšoma skausmo baimė. Tokiais atvejais, pacientai pabrėžia, jog skausmo bijo labiau nei mirties (Strang, 1998).

Taip pat, literatūroje išskiriamos sąsajos tarp vėžio skausmo ir psichosocialinių veiksnių

(Zaza & Baine, 2002). Reikšmingas koreliacinis ryšys tarp vėžio skausmo ir depresijos pakartotinai identifikuojamas tyrimų rezultatuose. Šių sąsajų pamatas pagrinde slypi fiziologiniuose abiejų konstrukto mechanizmuose. Neurotransmiterių, serotonino bei noradrenalino, koncentracijos disbalansas, kuris sukelia depresiją taip pat atsakingas ir už jautrumo skausmui ribos sumažinimą, t.y. individai sunkiau pakelia aukštesnius skausmo rodiklius (Bailey, 2003). Nors depresijos pasireiškimo onkologinių pacientų imtyse dažnumas varijuoja, vėžys yra tiesiogiai siejamas su sunkios formos depresija. Autorių teigimu, onkologinių pacientų, patiriančių intensyvių skausmą, imtyse, individai išreiškia norą paankstinti mirtį. Tačiau, svarbu atkreipti dėmesį, jog išreiškiamas noras sumenkėja, psichologinių intervencijų ar adaptyvių skausmo įveikos metodų pritaikymo atveju (Massie, 2004).

Vėžio skausmo ir depresijos bei nerimo santykiuje svarbų vaidmenį atlieka ir skausmo valdymo gebėjimai/ paciento atsakas į skausmą. Sveikatos specialistų ir pačių pacientų teigimu, vėžio skausmas yra ne tik dažnas, tačiau ir neišvengiamas simptomas, kurio visiškas pašalinimas yra beveik neįmanomas (Ruano et al., 2021). Onkologinius pacientus veikia multidimensinis skausmas, kuris daro įtaką įvairiems individų gyvenimo aspektams, o pats poveikis persismelkia per skirtingus gyvenimo lygmenis. Būtent dėl šios priežasties, psichologiniai intervenciniai metodai yra vieni iš efektyviausių siekiant aprūpinti pacientus reikiamais įrankiais simptomų valdymui bei efektyvesniam prisitaikymui prie skausmo. Psichologiniai intervenciniai metodai neturėtų būti suvokiami, kaip alternatyva pacientų gydymui, tačiau kaip platesnio pagalbos spektro dalis. Viena iš plačiausiai nagrinėjamų psichologinių pagalbos priemonių vėžio skausmo kontekste yra priėmimo ir įsipareigojimo terapija (ang. *Acceptance and Commitment therapy, ACT*).

1.2. Skausmo priėmimas

1.2.1. Priėmimo ir įsipareigojimo terapija (ACT)

Vis daugiau dėmesio literatūroje skiriama priėmimo ir įsipareigojimo terapijai, kurios pagrindinė idėja yra padėti individams atsiriboti nuo nesėkmingų bandymų vengti ar kontroliuoti skausmą, siekiant skausmo priėmimo ir judėjimo pirmyn bei tęsiant reikšmingų tikslų siekimą (Hayes et al., 2006). ACT yra iš esmės paremta psichologinio lankstumo teoriniu pagrindu. Psichologinis lankstumas (angl. *psychological flexibility*) literatūroje apibūdinamas, kaip gebėjimas išlaikyti arba keisti elgesį, atsižvelgiant į tikslų siekimą, kurį sudaro sąmoningas

ir atviras kontaktas su mintimis, jausmais ir sensoriniais pojūčiais (McCracken & Vowles, 2014; McCracken, Barker & Chilcot, 2014). Pagrindinis ACT tikslas yra tobulinti individų psichologinį lankstumą, remiantis šešiais baziniais procesais:

- Priėmimas (angl. *acceptance*) – atsidavimas visiškam išgyvenimų patyrimui;
- Difuzija (angl. *defusion*) – gebėjimas identifikuoti bei atpažinti savo mintis, neįsitraukiant į jų turinį ar kontekstą savęs konteksto suvokimą;
- Kontaktas su dabartiniu momentu (angl. *contact with the present moment*) – sąmoningas dabartinio momento potyrių įsisąmoninimas;
- Vertybės (angl. *values*) – suteikiančios individo gyvenimui prasmę, įprasminančios kasdienybę bei veiklas;
- Įpareigojantys veiksmai (angl. *committed action*) – veiksmų/ veiklų, atitinkančių individo vertybes atlikimas;
- Savęs konteksto suvokimas (angl. *self-as-context*) gali būti suprantamas kaip stabilus savojo „aš“/ identiteto suvokimas, nepriklausomai nuo asmeninių išgyvenimų.

Priėmimo ir įsipareigojimo terapija lėtinio skausmo kontekste gali sumažinti depresijos simptomų išreikštumą, nerimą, fizinę bei psichologinę negalią, skausmo intensyvumą bei reikšmingai padidinti psichologinį lankstumą (McCracken & Gutierrez-Martinez, 2011). ACT paremtose intervencijose, psichologinis lankstumas gali medijuoti ryšį tarp šio metodo taikymo ir jo pasekmių individų funkcionavimui bei pasitenkinimui gyvenimu lėtinį skausmą patiriančių asmenų populiacijose (Wicksell, Olsson & Hayes, 2010).

Priėmimas yra kertinis šio terapinio metodo procesas. Priėmimo procesą sudaro aktyvus ir sąmoningas atsivėrimas asmeniniams išgyvenimams, atsisakant visų bandymų pakeisti tuos išgyvenimus, jų dažnumą ar formą, ypač kai tai gali sukelti psichologinę žalą (Hayes et al., 2006). Nors psichologinį lankstumą itin sudėtinga išmatuoti, priėmimas gali būti įvertinamas klausimyno pagalba. Kuo aukštesnis asmens priėmimo lygmuo, tuo geresnis ir psichologinis lankstumas (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004). Remiantis šio intervencinio metodo paklotu teoretiniu pamatu buvo pradėta gilintis į priėmimą būtent lėtinio skausmo kontekste ir ilgainiui literatūroje iškilo nauja sąvoka šiame kontekste – skausmo priėmimas, kuris iš esmės ir yra ACT terapinio proceso tikslas (McCracken, 1998).

1.2.2. Skausmo priėmimo samprata

Per pastaruosius du dešimtmečius vėžio skausmas bei su šiuo konstruktu susiję

psichosocialiniai veiksniai buvo plačiai nagrinėjami literatūroje. Šiuolaikinėse teorijose, nagrinėjančiose, kaip pacientai prisitaiko bei reaguoja į lėtinį skausmą, priėmimas tapo itin vertinga sąvoka. Vis daugiau autorių išskiria skausmo priėmimą, kaip svarbų prisitaikymo prie skausmo aspektą (Gauthier et al., 2009). Ankstesnių tyrimų rezultatai taip pat patvirtina skausmo priėmimo svarbą. Lyginant skausmo priėmimo teigiamus padarinius su kitais įveikos metodais, identifikuota, jog skausmo priėmimas gali padėti efektyviau nuspėti skausmą, depresiją, negalią, su skausmu siejamą nerimą bei pacientų fizinį ir profesinį funkcionavimą. Ankstesni tyrimai suteikė tvirtą pagrindą šiems empiriniams tyrimams pademonstruodami, jog skausmo priėmimas teigiamai koreliuoja su žemesniais patiriamo skausmo lygmenimis, rečiau pasireiškiančiu psichologiniu nerimastingumu, menkesne fizine bei psichologine negalia ir aukštesnio lygmens kasdieniu veiklumu (McCracken, 1998; McCracken et al., 1999; Summers et al., 1991).

Taigi, viena iš svarbiausių iškilusių sąvokų – skausmo priėmimas. Šis psichologinis procesas yra vienas iš esminių faktorių, padedančių geriau suprasti prisitaikymą prie lėtinio skausmo bei pacientų simptomatikos vystymosi eigą. Skausmo priėmimas gali būti apibrėžiamas kaip nesąlygojamas individo pripažinimas, jog jis patiria skausmą, nebandydamas jo kontroliuoti ir paraleliai yra pasiryžęs įsitraukti į esmines veiklas, nepaisant patiriamo skausmo. Kitaip tariant, tai skausmo pripažinimas, nenukreipiant pastangų į bandymus kontroliuoti patiriamą skausmą, o susikoncentruojant į visavertį gyvenimą, nepaisant lėtinio skausmo (McCracken, 1998).

Ankstyvi tyrimai, nagrinėjantys skausmo priėmimą lėtinį skausmą patiriančių pacientų imtyse, išskyrė keturis esminius šio konstrukto komponentus (Hayes et al., 1999; McCracken et al. 1999; 2004; 2005):

- a) Įsitraukimas į veiklas (angl. *activity engagement*), t.y. gebėjimas įsitraukti į veiklas, nepaisant patiriamo skausmo;
- b) Pasiryžimas skausmui (angl. *pain willingness*), t.y. suvokimas, jog skausmo išgyvenimo vengimas bei bandymas jį kontroliuoti, nėra efektyvūs įveikos/ prisitaikymo metodai;
- c) Minčių kontrolė (angl. *thought control*), t.y. įsitikinimas, jog skausmas gali būti valdomas/ keičiamas pakitusių minčių apie skausmą pagalba;
- d) Chroniškumas (angl. *chronicity*), t.y. susitaikymas, jog skausmas gali nepakisti.

Taip pat, šie keturi elementai buvo naudojami, kaip subskalės, instrumento, vertinančio skausmo priėmimą, taikyme (Lėtinio skausmo priėmimo klausimynas, angl. *Chronic Pain*

Acceptance Questionnaire CPAQ). Instrumento taikymas bei tolesni konstrukta nagrinėjantys tyrimai bei jų rezultatai, sutraukė skausmo priėmimą iš keturių elementų į du. Daugelis naujesnių tyrimų, nagrinėjančių lėtinio skausmo priėmimą, remiasi konkretesniu modeliu, kuris šį procesą skelia į du kertinius aspektus (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004):

- a) Pasiryžimas skausmui (angl. *pain willingness*);
- b) Įsitraukimas į veiklas (angl. *activity engagement*), t.y. gebėjimas įsipareigoti bei įsitraukti į vertinamas veiklas, nepaisant išgyvenamo skausmo.

Priėmimas yra kompleksinis procesas, kurio supratimui nepakanka psichologinio požiūrio į vidinius išgyvenimus. Šis konstruktas taip pat aprėpia aktyvų įsitraukimą į vertybėmis grįstą kasdienę veiklą bei funkcionavimą jaučiant skausmą (McCracken & Eccleston, 2003; McCracken et al., 2004).

Natūrali individo reakcija yra pašalinti arba bandyti kontroliuoti nemalonius potyrius, tačiau lėtinio skausmo atveju tai nėra veiksmingas atsakas į emocinį, kognityvinį ar sensorinį skausmo potyrį. Optimaliausias funkcionavimas pacientų tarpe gali būti pasiektas priimant elementus, kurie negali būti kontroliuojami arba kurių bandymas kontroliuoti gali apriboti asmens gyvenimą. Taip pat, kontrolė svarbi lėtinio skausmo aspektams, kurie gali būti suvaldyti arba kurių kontroliavimas turi teigiamų pasekmių individo funkcionavimui. Priėmimas yra atvirumas nemaloniems potyriams, kai veiksmai, sukeltys išgyvenimus, yra svarbūs bei vertingi pačiam individui. Literatūroje išskiriama, jog šiame procese dominuoja ne skausmo ignoravimas veiklų atlikimo kontekste, tai nėra pasižadėjimas niekada nebandyti kontroliuoti skausmo potyrio ar pasiduoti. Tai nuolatinis procesų vertinimas, pasirinkimas, kokius veiksmus kontroliuoti, kurių ne, remiantis jų paskirtimi, pasekmėmis ir svarba (McCracken & Vowles, 2006).

1.2.3. Sąsajos tarp skausmo priėmimo ir lėtinio skausmo pacientų funkcionavimo

Tyrimų rezultatai demonstruoja duomenis, jog individai pasižymintys aukštesniu skausmo priėmimo lygmeniu, geba efektyviau prisitaikyti prie patiriamo skausmo (pavyzdžiui, išlaikyti prasmingas veiklas), nepaisydami patiriamų depresyvumo simptomų, išgyvenamo skausmo intensyvumo ar su skausmu susijusio nerimo įtakos (McCracken et al., 1999; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2005). Taip pat, skausmo priėmimas siejamas su geresniu emociniu, socialiniu bei fiziniu funkcionavimu (McCracken & Eccleston, 2005) ir rečiau

išreiškiamais depresyvumo bei negalios simptomais (Jensen et al., 2016; Cook et al., 2015).

Tyrimų, nagrinėjančių skausmo priėmimo įtaką lėtinį skausmą patiriančių asmenų populiacijose, rezultatai demonstruoja, jog aukštesni skausmo priėmimo rodikliai yra susiję su žemesniu skausmo intensyvumu, depresija, nerimu, žemesne fizine ir psichosocialine negalia, aukštesniu pasitenkinimu kasdienėmis veiklomis bei bendrai aukštesniais gerovės rodikliais (McCracken, 1998; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004). Panašaus pobūdžio tyrimuose daromos išvados, jog skausmo priėmimas gali geriau prognozuoti pacientų funkcionavimą nei skausmo intensyvumas (McCracken & Eccleston, 2005). Remiantis ankstesnių tyrimų rezultatais, skausmo priėmimas gali paaiškinti nuo 9% iki 45% pacientų funkcionavimo pakitimų. Taip pat, skausmo priėmimas funkcionavimą prognozuoja geriau nei pacientų patiriama depresija, skausmo intensyvumas, su skausmu susijęs nerimas tarpkultūriniuose, skirtingų populiacijų tyrimuose. Žvelgiant iš platesnės perspektyvos aukštesnis skausmo priėmimas siejamas su geresniu pacientų funkcionavimu socialiniame bei ekonominiame kontekstuose (McCracken & Vowles, 2006). Vis dėlto, nors vis daugėja įrodymų apie teigiamą skausmo priėmimo įtaką, veiksniai turintys įtakos šio proceso pasireiškimui, eigai bei lygmeniui išlieka tiksliai neapibrėžti.

1.3. Skausmo priėmimas ir susiję veiksniai

1.3.1. Nerimas ir depresija

Tyrimų rezultatai, identifikuojantys aiškius ryšius tarp vėžio skausmo ir nerimo, yra riboti. Literatūroje išlieka neaiškumų, dėl nerimo pasireiškimo priežasčių onkologinių pacientų imtyse (Protopapa & Senior, 2013). Dalis tyrimų priskiria nerimo pasireiškimą aplinkos veiksniams, tokiems kaip procedūrų ar testų rezultatų laukimas (Chen, Chang & Yeh, 2000; Velikova, Selby, Snaith, & Kirby, 1995). Literatūroje pakartotinai išskiriama pacientų funkcinio statuso bei kasdienybės pažeidimo lygmens svarba aukštesniems nerimo rodikliams (Chen, Chang & Yeh, 2000). Nepaisant šių neaiškumų pasireiškiančių nerimo bei skausmo sąsajose onkologinių pacientų imtyse, skausmo priėmimo bei nerimo ryšys išlieka stiprus.

Nerimas ir skausmo priėmimas

Tyrimai, nagrinėjantys vėžio skausmo priėmimo įtaką nerimui per priėmimo ir įsipareigojimo terapiją (ACT), pakartotinai išskiria žemesnius nerimo rodiklius po intervencijos taikymo (Mohabbat- Bahar et al., 2015; Arch & Mitchell, 2016; González-Fernández et al.,

2018; Johns et al., 2020). Longitudiniai tyrimai atskleidžia šio poveikio išliekamumą praėjus 2-6 mėnesiams po intervencijos taikymo (Arch & Mitchell, 2016; Johns et al., 2020). Demonstruojama teigiama įtaka ir su nerimu siejamiems simptomams, tokiems kaip hipochondrija bei nerimastingas susirūpinimas (ang. *Anxious pre-occupation*) (Montesinos & Luciano, 2016). Tokie tyrimų rezultatai patvirtina reikšmingas sąsajas tarp skausmo priėmimo ir nerimo išreiškiamų simptomų.

Svarbu atkreipti dėmesį, jog dalis tyrimų neidentifikuoja reikšmingos skausmo priėmimo įtakos nerimo simptomams (Mosher et al., 2018; Mosher et al., 2019; Plumb Vilardaga et al., 2019; Wells-Di Gregorio et al., 2019). Tačiau, lyginamieji tyrimai tarp įprastos suteikiamos pagalbos ir priėmimo bei išipareigojimo terapijos demonstruoja reikšmingus skirtumus nerimo rodikliams (Rost et al., 2012). Nors literatūroje dominuoja prieštaringos išvados, priėmimo ir išipareigojimo terapija bei esminis jos komponentas, skausmo priėmimas, gali efektyviai mažinti pacientų patiriamą nerimą (Li et al., 2021). Tolesni tyrimai patvirtina būtent skausmo priėmimo svarbą ACT efektyvumui. Iškiriama, jog skausmo priėmimas medijuoja ryšį tarp ACT ir lėtinio skausmo pacientų funkcionavimo (Cederberg et al., 2016).

Taip pat, tyrimai, nagrinėjantys skausmo priėmimą ir nerimą, atskleidžia, jog tam tikrais atvejais tik įsitraukimo į veiklas subskalė gali reikšmingai prognozuoti nerimo rodiklius (Protopapa & Senior, 2013). Tačiau, dalis autorių išskiria, jog bendri skausmo priėmimo rodiklio pokyčiai, ACT taikyme, gali reikšmingai paaiškinti nerimo simptomų išreikštumą (Vowles et al., 2014). Kadangi ryšys tarp skausmo priėmimo ir nerimo onkologinių pacientų imtyse išlieka miglotas, tolesnis šių konstrukto nagrinėjimas yra būtinas, siekiant identifikuoti aiškias sąsajas.

Depresija ir skausmo priėmimas

Literatūroje, nagrinėjančioje skausmo priėmimą ir susijusius veiksnius, specifiskai onkologinių pacientų imtyse taip pat aptinkama sąsajų tarp skausmo priėmimo ir psichologinės gerovės. Specifiskai aukštesnis įsitraukimas į veiklas yra siejamas su ženkliai žemesniais depresiškumo simptomų rodikliais (Gauthier et al., 2009). Tyrimo rezultatų atskleistas ryšys tarp kintamųjų atitinka ir ankstesnėje literatūroje išskiriamas sąsajas tarp veiklų suvaržymo, reikšmingos kasdienės veiklos išlaikymo bei psichologinės gerovės vėžio bei lėtinio skausmo kontekste (McCracken, Vowles & Eccleston, 2005; Parmelee et al., 2007; Williamson & Schulz, 1995). Dalis autorių išskiria reikšmingą ryšį tarp skausmo priėmimo ir psichologinės

gerovės, tačiau neatranda sąsajų su skausmu ar fiziniu funkcionavimu (Gauthier et al., 2009). Papildomi tyrimai iliustruoja šių idėjų svarbą, atsižvelgdami į tai, jog onkologiniai pacientai itin dažnai išgyvena komorbidinius skausmo bei depresijos simptomus, kurie tarpusavyje sąveikauja ir pasižymi bendrais biologiniais mechanizmais (Laird et al., 2009). Neurotransmiterių disbalansas, pasireiškiantis depresijos atvejais, yra siejamas ir su didesniu jautrumu skausmo potyriui, žemesne skausmo tolerancija bei gali paveikti individų skausmo suvokimą ir vertinimą (Bair et al., 2003). Literatūroje pateikiamos išvados toliau patvirtina įsitraukimo į veiklas, vieno iš skausmo priėmimo komponentų, svarbą onkologinių pacientų patyriamam depresyvumui. Šias sąsajas patvirtina tyrimai nagrinėjantys skausmo priėmimo ir depresyvumo sąsajas, demonstruojamas dalinis ryšį tarp depresyvumo ir skausmo priėmimo. Tokių autorių teigimu, įsitraukimas į veiklas reikšmingai prognozuoja depresyvumo simptomų išreikštumą, tačiau pasiryžimas skausmui negali patikimai prognozuoti pokyčių šiame konstrukte (Nicholas & Asghari, 2006).

Nerimas, depresija ir skausmo priėmimas

Tyrimai, nagrinėjantys skausmo priėmimą, kaip atskirą konstrukta, ne tik ACT terapijos komponentą, ypač lėtinį skausmą išgyvenančių pacientų tarpe išskiria reikšmingas sąsajas (Xu et al., 2019). Autorių teigimu skausmo priėmimas yra ne tik reikšmingai susijęs su nerimu bei depresiškumu ir kitomis emocinėmis problemomis, bet ir gali nuspėti/ prognozuoti nerimą bei depresiškumą (Ramírez-Maestre, Esteve, & López-Martínez, 2014). Tačiau, tokios išvados vyrauja įvairiose lėtinio skausmo populiacijas nagrinėjančiuose tyrimuose, o būtent onkologinių pacientų tarpe tyrimų kiekis išlieka ribotas.

Įdomu atkreipti dėmesį, jog ribotas kiekis tyrimų nagrinėja ne tik skausmo priėmimo įtaką emocinėms problemoms, tačiau ir šių sunkumų įtaką skausmo priėmimo pasireiškimui. Vieno tyrimo autoriai, nagrinėjantys specifiskai skausmo priėmimą prognozuojančius veiksnius, išskyrė, jog emociniai sunkumai (nerimas, baimė, liūdesys, depresija, nerimastingumas, susidomėjimo veiklomis praradimas bei pyktis) gali reikšmingai nuspėti skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas bei pasiryžimo skausmui, pasireiškimą lėtinį skausmą patiriančių pacientų imtyje (Egeli & Macmillan, 2011). Remiantis šio tyrimo rezultatais galima teigti, jog skausmo priėmimą ir depresiją bei nerimą sieja abipusis ryšys. Tolesni tyrimai būtini, siekiant identifikuoti aiškias sąsajas tarp tokių emocinių problemų, kaip depresija bei nerimas ir skausmo priėmimo. Tačiau, minėtos išvados, atrandamos literatūroje, suponuoja, jog tiek depresija, tiek nerimas gali reikšmingai nuspėti skausmo priėmimo bei jo dalių (įsitraukimo į

veiklas ir pasiryžimo skausmui) pasireiškimą onkologinių pacientų imtyse.

1.3.2. Tėvystė ir šeimyninė padėtis

Literatūroje taip pat išskyla tyrimų, nagrinėjančių tėvystės ir vėžio skausmo priėmimo sąsajas. Vieno tyrimo, nagrinėjančio psichosocialinius skausmo priėmimo veiksnius onkologinių pacientų imtyje, autoriai išskyrė tėvystės svarbą skausmo priėmimo pasireiškimui. Individai, turintys vaikų, pasižymėjo žemesniais pasiryžimo skausmui rodikliais, lyginant su asmenimis, neturinčiais vaikų. Autorių teigimu didžioji dalis pacientų, aptarinėjančių skausmo priėmimą kaip potencialų prisitaikymo prie skausmo metodą, nėra tėvai (Gauthier et al., 2009).

Vėžio skausmas turi didžiulę įtaką pacientų šeimos funkcionavimui. Neigiamos vėžio skausmo pasekmės šeimos globėjams plačiau nagrinėtos ankstesniuose tyrimuose (Ferrell et al., 1991; 1999), tačiau tyrimų, suteikiančių daugiau įžvalgų ryšiui tarp skausmo priėmimo ir tėvystės statuso arba psichosocialinio prisitaikymo prie vėžio skausmo, kiekis išlieka ribotas. Skausmo literatūroje išskiriama, jog didesnis turimų vaikų kiekis bei dažnesnis kontaktas su vaikais gali nuspėti stipresnį skausmo sukeliamų trikdžių išreikštumą kasdiniame funkcionavime (Peat, Thomas, Handy & Croft, 2004). To priežastys potencialiai galėtų būti skausmo sukeliama trikdžiai tėvų gebėjimui dalyvauti įprastose globėjiško pobūdžio veiklose (Evans, Shipton & Keenan, 2005) arba ligos progresavimo/ mirties baimė, sukelta aukštesnių patiriamo skausmo intensyvumo rodiklių (Spiegel & Bloom, 1983; Turk, 2002) gali sumenkinti onkologinių pacientų pasiryžimą skausmui. Galima pasekmė yra susikoncentravimas bei pastangų sutelkimas į skausmo pašalinimą, o tai gali apriboti pacientų galimybes įsitraukti į vertinamą veiklą ir taip pagerinti savo gyvenimo kokybę. Nors literatūroje skausmo priėmimo reikšmė suvokiama socialinei paramai bei partnerių atsakui nėra išskiriama, tyrimų duomenys apie tėvystę bei šeimos aplinką iliustruoja šio konstrukto svarbą prisitaikymui prie skausmo (Gauthier et al., 2009). Svarbu atkreipti dėmesį, jog šias sąsajas nagrinėjančių tyrimų kiekis ribotas ir tam tikri neišnagrinėti veiksniai galėtų sąlygoti ryšį tarp kintamųjų.

Apžvelgiant tyrimų duomenis, nagrinėjančius būtent šeimyninės onkologinių pacientų padėties sąsajas su skausmo priėmimu, atrandamos ribotos išvados. Vieno tyrimo duomenimis susituokusių onkologinių pacientų skausmo priėmimas, pasiryžimas skausmui bei įsitraukimas į veiklas buvo reikšmingai žemesnis nei vienišų, išsiskyrusių ar našlių pacientų (Xu et al., 2019). Žemesni susituokusių pacientų skausmo priėmimo rodikliai siejami su didesniu šeimyninių atsakomybių krūviu bei spaudimu. Tačiau, svarbu išskirti, jog tyrimo imtį sudarė pagrįdė tik vedę pacientai, todėl imtis nebuvo pakankamai reprezentatyvi, konkrečių išvadų

identifikavimui.

1.3.3. Lytis ir amžius

Literatūroje vyrauja prieštaringos išvados dėl reikšmingų lyčių skirtumų skausmo priėmimo pasireiškinge. Dalis autorių išskiria, jog moterys yra labiau linkusios priimti skausmą nei vyrai. Taip pat, moterys linkusios demonstruoti mažiau baimės bei pastangų siekiant išvengti skausmo potyrio. Autorių teigimu, moterys demonstruoja aukštesnius skausmo priėmimo rodiklius, t.y. aukštesnį įsitraukimą į veiklas bei pasiryžimą skausmui, net ir pasireiškiant tokiam pat skausmo intensyvumui bei išgyvenamam diskomfortui, kaip ir vyrų imtyje (Rovner et al., 2017). Kita vertus, tolesni tyrimų rezultatai neatranda lyčių skirtumų pasireiškiiančių įsitraukime į veiklas bei pasiryžime skausmui. Panašūs rezultatai pastebimi ir onkologinių pacientų imtyse. Ankstesnių tyrimų autoriai, nagrinėjantys skausmo priėmimą būtent onkologinių pacientų imtyse, neatranda reikšmingų sąsajų tarp amžiaus, lyties bei kitų sociodemografinių rodiklių ir skausmo priėmimo (Gauthier et al., 2009). Kita vertus, naujesnių tyrimų rezultatai atskleidžia, jog onkologinių pacientų tarpe pasireiškia reikšmingi skausmo priėmimo skirtumai tarp vyrų bei moterų (Xu et al., 2019). Tokie netolygūs duomenys suponuoja apie tolesnių tyrimų svarbą.

Įdomu atkreipti dėmesį, jog onkologinių pacientų imtyse dažnai išskiriami lyčių ir amžiaus skirtumai pacientų identifikuojamo skausmo intensyvume bei patiriamuose emociniuose sunkumuose. Remiantis tyrimų rezultatais, vyresnio amžiaus pacientai išskiria žemesnį skausmo intensyvumą bei mažiau emocinių sunkumų, tokių kaip depresyvumas bei nerimas (Krok, Baker & McMillan, 2013). Vyresnio amžiaus pacientai apskritai demonstruoja efektyvesnius skausmo įveikos metodus, o tai galėtų signalizuoti apie aukštesnius skausmo priėmimo rodiklius vyresnio amžiaus asmenų imtyse. Tokios išvados sutaptų su ankstesniais tyrimų rezultatais, teigiančiais, jog vyresnio amžiaus onkologinių pacientų skausmo priėmimo rodikliai aukštesni nei jaunesnio amžiaus pacientų (Nicholas & Asghari, 2006; Xu et al., 2019). Vyresnių pacientų tarpe pasireiškiantys adaptyvesni skausmo įveikos metodai, literatūroje siejami su emocijų reguliacija. Autorių teigimu, emocijų reguliacijos, savireguliacijos bei emocijų diferencijavimo gebėjimai teigiamai susiję su amžiumi. Taip pat, išskiriama, jog vyresnio amžiaus pacientai demonstruoja aukštesnį atsparumą bei žemesnį atsaką į dirginančius stimulus ar stresą. Šie emocijų reguliacijos aspektai siejami su amžiumi, taip pat išskiriami ir kaip galimas paaiškinimas adaptyvesniems skausmo įveikos metodams, pasireiškiantiems vyresnio amžiaus onkologinių pacientų imtyse (Baker et al., 2016).

1.4. Apibendrinimas

Remiantis literatūros apžvalga, galima pastebėti, jog ryškiausios sąsajos atrandamos tarp skausmo priėmimo ir emocinių sunkumų, specifiskai depresyvumo ir nerimo. Nors aiškus ryšys išlieka neidentifikuotas, galima pastebėti, jog dalis tyrimų identifikuoja reikšmingas sąsajas tarp vieno iš skausmo priėmimo komponentų ir depresyvumo bei nerimo, t.y. įsitraukimas į veiklas turi reikšmingą įtaką tiek depresyvumui, tiek nerimui, o pasiryžimas skausmui nedemonstruoja reikšmingos įtakos. Kiti autoriai išskiria reikšmingas sąsajas tarp bendro skausmo priėmimo konstrukto ir emocinių sunkumų (depresyvumo, nerimo). Tuo pačiu yra tyrimų, kurie neidentifikuoja reikšmingos skausmo priėmimo įtakos emociniams sunkumams. Itin įdomu, jog dalis tyrimų identifikuoja abipusį ryšį tarp skausmo priėmimo bei nerimo ir depresijos.

Nors teigiama skausmo priėmimo įtaka lėtinį skausmą patiriantiems pacientams yra plačiai nagrinėjama literatūroje, galima pastebėti, jog tyrimų rezultatai yra prieštaringi. Migloti rezultatai pastebimi bendroje skausmą patiriančių asmenų populiacijoje, o onkologinių pacientų imtyse išvados išlieka neapibrėžtos. Nerimas ir depresyvumas yra vieni iš ryškiausių simptomų, siejamų su vėžio skausmu, todėl itin svarbu identifikuoti aiškia skausmo priėmimo įtaką šiems konstruktais būtent onkologinių pacientų imtyse. Svarbu atkreipti dėmesį, jog šie ryšiai nebuvo nagrinėjami būtent onkologinių pacientų imtyse. Kadangi literatūroje pakartotinai pabrėžiama, jog skausmo priėmimas yra susijęs su geresnėmis lėtinio skausmo gydymo pasekmėmis, šio tyrimo siekinys yra identifikuoti, ar skausmo priėmimas gali sumažinti su vėžio skausmu siejamą depresiškumą onkologinių pacientų imtyje. Literatūroje buvo atrandamas tik vienas tyrimas, kuris nagrinėtų emocinės būklės gebėjimą nuspėti įsitraukimą į veiklas bei pasiryžimą skausmui, šiame tyrime bus ieškoma sąsajų, besiremiančių lėtinio skausmo, skausmo priėmimo teoriniais modeliais bei ankstesnių tyrimų rezultatais, jog skausmo priėmimas gali nuspėti emocinę būseną, specifiskai nerimą bei depresiškumą. Taip pat, svarbu pabrėžti, jog bendrai onkologinių pacientų imtyje pasitaiko tik pavieniai tyrimai, todėl pirmiausia svarbu identifikuoti aiškų ryšį tarp konstrukto, sutampantį su teorine skausmo priėmimo samprata, t.y. jog skausmo priėmimas gali reikšmingai prognozuoti emocinę būklę, o ne atvirkščiai.

Kadangi lyties bei amžiaus skirtumai skausmo priėmimo pasireiškinge išlieka migloti, papildomas šio tyrimo siekinys yra identifikuoti šių sociodemografinių kintamųjų įtaką skausmo priėmimui. Taip pat, kadangi ribotas kiekis tyrimų identifikuoja reikšmingas sąsajas tarp tėvystės bei partnerystės ir skausmo priėmimo, būtent onkologinių pacientų imtyse,

siekiama bus identifikuoti aiškesnes sąsajas tarp kintamųjų (Xu et al., 2019; Gauthier et al., 2009).

1.4.1. Darbo tikslas ir uždaviniai

Tikslas – išsiaiškinti skausmo patyrimo, nerimo, depresiškumo, sociodemografinių duomenų (amžius, lytis, tėvystė, šeimyninė padėtis) ir skausmo priėmimo sąsajas.

Darbo uždaviniai/ tyrimo klausimai:

1. Palyginti skausmo priėmimo raišką pagal sociodemografinius rodiklius:
 - a) Ar vyrų skausmo priėmimas (pasiryžimas skausmui/ įsitraukimas į veiklas) bus aukštesnis nei moterų?
 - b) Ar vyresnio amžiaus tiriamųjų skausmo priėmimas (pasiryžimas skausmui/ įsitraukimas į veiklas) bus aukštesnis nei jaunesnio amžiaus tiriamųjų?
 - c) Ar tiriamųjų, kurie turi vaikų, skausmo priėmimas (pasiryžimas skausmui/ įsitraukimas į veiklas) bus aukštesnis nei tiriamųjų, kurie neturi vaikų?
 - d) Ar vedusių tiriamųjų skausmo priėmimas (pasiryžimas skausmui/ įsitraukimas į veiklas) bus žemesnis nei turinčių partnerį/-ę, vienišų, išsikyrusių, našlių?
2. Išsiaiškinti skausmo patyrimo/ intensyvumo ir skausmo priėmimo sąsajas:
 - a) Ar aukštesnis skausmo priėmimas (pasiryžimas skausmui/ įsitraukimas į veiklas) bus siejamas su silpnesniu skausmu (neigiama koreliacija)?
3. Išsiaiškinti skausmo priėmimo ir depresiškumo sąsajas:
 - a) Ar aukštesnis skausmo priėmimas (pasiryžimas skausmui/ įsitraukimas į veiklas) bus siejamas su žemesniu depresiškumu (neigiama koreliacija)?
4. Išsiaiškinti skausmo priėmimo ir nerimo sąsajas:
 - a) Ar aukštesnis skausmo priėmimas (pasiryžimas skausmui/ įsitraukimas į veiklas) bus siejamas su žemesniu nerimu (neigiama koreliacija)?

5. Išsiaiškinti ar skausmo priėmimas (pasiryžimas skausmui/ įsitraukimas į veiklas) gali reikšmingai nuspėti emocinę būklę (nerimą, depresiškumą).

2. TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo dalyviai

Pilotiniame tyrime dalyvavo 31 respondentas. Tiriamųjų imtį sudarė 31 moteris (100%). Respondentai surinkti socialinių medijų pagalba. Pilotinio tyrimo metu surinkti duomenys buvo naudojami išverstos trumposios skausmo priėmimo klausimyno versijos (angl. *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*, CPAQ-8) psichometrinėms charakteristikoms (patikimumui) įvertinti.

Pagrindinio tyrimo imtį sudarė 100 onkologinių pacientų. Tyrimui buvo atrenkami asmenys vyresni nei 18 metų, kuriems diagnozuota onkologinė liga. Imtis sudaryta vertinamosios atrankos tipu, nes tyrimui aktuali tik specifinė individų populiacija (onkologiniai pacientai). Tyrime dalyvavo 83 moterys (83%) ir 17 vyrų (17%). Amžiaus pasiskirstymas svyruoja nuo 31 iki 77 metų, $M=54,8$ ($SD=11,4$). Dauguma tiriamųjų turi aukštąjį ($n=58$, 58%) arba profesinį ($n=25$, 25%) išsilavinimą. Didžiąją dalį tiriamųjų buvo diagnozuotas krūtų vėžys ($n=57$, 57%). 90% tiriamųjų yra tėvai, 10% neturi vaikų. Didžioji dalis respondentų yra vedę ($n=68$, 68%). Tiriamųjų patirtas skausmas per pastarąją savaitę svyravo nuo 0 iki 9, $M=3,1$ ($SD=2,7$). Didžioji dalis tiriamųjų nevirtoja analgetikų ($n=69$; 69%). Didžiąją dalį imties sudarė pacientai patiriantys skausmą ($n=66$), tačiau 34 tyrimo dalyviai identifikavo nepatiriantys skausmo. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal sociodemografinius duomenis (amžių, šeimyninę padėtį, vaikų skaičių, vėžio rūšį, skausmą bei analgetikų vartojimą) pateikiamas 1-oje lentelėje.

1 lentelė. *Sociodemografiniai duomenys ir klinikinė informacija*

Rodiklis	Iš viso (N=100)	
	n	%
Lytis		
Moteris	83	83,0
Vyras	17	17,0
Amžius		
18-30	0	0,0
31-50	41	41,0
51-69	50	50,0
>70	9	9,0
Išsilavinimas		
Aukštasis	58	58,0

Profesinis	25	25,0
Vidurinis	11	11,0
Pagrindinis	1	1,0
Kita	5	5,0
Šeimyninė padėtis		
Vedęs (-usi)	68	68,0
Turi partnerį (-ę)	2	2,0
Vienišas (-a)	6	6,0
Išsiskyres (-usi)	10	10,0
Našlys (-ė)	12	12,0
Kita	2	2,0
Vaikų skaičius		
Neturi	10	10,0
1	26	26,0
>1	64	64,0
Vėžio rūšis		
Burnos	1	1,0
Skydliaukės	2	2,0
Krūtų	57	57,0
Skrandžio	7	7,0
Inkstų	2	2,0
Kasos	1	1,0
Kiaušidžių	1	1,0
Gimdos kaklelio	5	5,0
Gimdos	1	1,0
Šlapimo pūslės	1	1,0
Priešinės liaukos	3	3,0
Sėklidės	1	1,0
Odos	4	4,0
Žarnyno	3	3,0
Neuroend. navikai (NEN)	1	1,0
Kita	10	10,0
Skausmas		

Patiria	66	66,0
Nepatiria	34	34,0
Skausmo patyrimo trukmė		
< 3 mėn.	17	17,0
3-6 mėn.	11	11,0
> 6 mėn.	39	39,0
Analgetikų vartojimas		
Vartoja	31	31,0
Nevartoja	69	69,0
Analgetikų vartojimo trukmė		
< 3 mėn.	8	8,0
3-6 mėn.	9	9,0
> 6 mėn.	15	15,0

2.2 Tyrimo instrumentai

Skausmo priėmimas. Informacija apie onkologinių pacientų skausmo priėmimą buvo renkama naudojant trumpąją skausmo priėmimo klausimyno versiją (angl. *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*, CPAQ-8; Fish et al., 2010). Gavus raštišką autorių leidimą naudojimui bei vertimui, klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą dvigubo vertimo būdu. Trumpoji originalaus CPAQ-20 klausimyno forma patvirtinta, kaip validi ir patikima. Klausimyną sudaro 8 teiginiai, kurie atspindi dvi subskales: pasiryžimą skausmui (angl. *Pain Willingness*) ir įsitraukimą į veiklas (angl. *Activity Engagement*). Subskales sudaro po 4 teiginius, kiekvienas teiginys yra vertinamas 7 taškų skale nuo 0 (niekada nėra tiesa) iki 6 (visada tiesa). Pasiryžimo skausmui subskalės teiginiai yra perkoduojami. Galutinis klausimyno įvertis yra gaunamas sudėjus kiekvieno teiginio taškų skaičių. Maksimalus klausimyno įvertis yra 48 taškai, aukštesni įverčiai indikuoja geresnį skausmo priėmimą. Instrumentas plačiai taikomas įvairiose lėtinio skausmo populiacijose. Klausimynas demonstruoja pakankamą vidinio suderinamumo lygmenį, vertinimas atliktas autorių, kurių tarpe ir originaliojo klausimyno autorius L. M. McCracken, bendros skalės $\alpha = 0,8$, įsitraukimo į veiklas $\alpha = 0,83$, pasiryžimo skausmui $\alpha = 0,73$, panašius įverčius demonstruoja ir originalioji klausimyno versija (Rovner et al., 2014; Fish et al., 2013). Taip pat, instrumentas yra tinkamas ir taikytas onkologinių pacientų imtyse ($\alpha = 0,84$) (Xu et al., 2019). *Pilotinio tyrimo* trumposios skausmo priėmimo klausimyno versijos bendra Cronbacho alpha:

0,78 (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Pilotinio tyrimo trumpojo skausmo priėmimo klausimyno skalių patikimumas

Skalės pavadinimas	Teiginių skaičius	Skalės Cronbacho α koeficientas
Pasiryžimas skausmui	4	0,71
Įsitraukimas į veiklas	4	0,81
Bendras skausmo priėmimas	8	0,78

Pagrindiniame tyrime klausimyno Chronbacho alpha: 0,76. Skausmo priėmimo komponentų (subskalių) patikimumas pateikiamas lentelėje (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Trumpojo skausmo priėmimo klausimyno skalių patikimumas

Skalės pavadinimas	Teiginių skaičius	Skalės Cronbacho α koeficientas
Pasiryžimas skausmui	4	0,87
Įsitraukimas į veiklas	4	0,88
Bendras skausmo priėmimas	8	0,76

Skausmo priėmimo konstrukto validumas buvo patikrintas tiriančiosios faktorinės analizės būdu. Faktorinė analizė tinkama tyrimo duomenims bei rezultatai gali būti traktuojami, kaip patikimi, nes KMO = 0,71; Bartleto sferiškumo testas reikšmingas ($p < 0,001$). Įsitraukimo į veiklas faktorių svoriai svyruoja nuo 0,83 iki 0,88. Pasiryžimo skausmui faktorių svoriai svyruoja nuo 0,71 iki 0,93. Faktorių analizės rezultatai pateikiami lentelėje (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. CPAQ-8 klausimyno tiriamosios faktorių analizės su Varimax sukiniu teiginių faktorių svoriai

Klausimai	Faktoriai	
	1 faktorius (įsitraukimas į veiklas)	2 faktorius (pasiryžimas skausmui)
1 klausimas	0,85	-0,09
2 klausimas	-0,03	0,93

3 klausimas	0,87	-0,07
4 klausimas	-0,11	0,89
5 klausimas	0,83	0,08
6 klausimas	0,88	0,02
7 klausimas	0,14	0,86
8 klausimas	-0,05	0,71

Pastaba. Paryškintu šriftu pažymėti didžiausi kintamojo faktorių svoriai.

Emocinė būseną. Respondentų depresijos bei nerimo sunkumų išreikštumui įvertinti bus naudojama Depresijos, nerimo ir streso skalė (DASS-21), kurios paskirtis atitinka tyrimo vertinamus konstruktus, papildomai vertinant ir streso sunkumus (Henry & Crawford, 2005). DASS-21 yra trumpoji originalios metodikos versija, sudarytos Lovibond ir Lovibond, 1995. Instrumentą sudaro 21 teiginys, atspindintis 3 subskales: depresijos, nerimo bei streso. Kiekvieną subskalę sudaro 7 teiginiai. Kiekvienas iš teiginių yra vertinami nuo 0 (nėra simptomo) iki 3 balų (simptomas labai stipriai išreikštas). Subskalės įvertinamos kiekvienos skalės teiginių įverčių suma. Šiame tyrime bus naudojamos tik depresijos ir nerimo skalės. Depresijos skalė matuoja: disforiją, beviltiškumo jausmą, gyvenimo nuvertinimą, savęs nuvertinimą, susidomėjimo/įsitraukimo stoką, anhedoniją bei vangumą (teiginiai nr.: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21 teiginiai). Nerimo skalė matuoja: autonominių susijaudinimą, kūno reakcijas, situacinį nerimą bei subjektyviai patiriamą nerimą (teiginiai nr.: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20). Skalių rodikliai yra skalę sudarančių teiginių įverčių suma. Svarbu paminėti, jog DASS-21 yra taikytas specifiskai Lietuvos populiaciją nagrinėjančiuose tyrimuose – tyrimų duomenimis Lietuviškos instrumento versijos patikimumas yra pakankamas, todėl metodika gali būti taikoma Lietuvos populiacijai (Truskauskaite-Kunevičiene et al., 2021; Gelezyte et al., 2021; Norkiene et al., 2021). Taip pat, instrumento patikimumas buvo vertinamas ir specifiskai onkologinių pacientų imtyse. Tyrimo rezultatai atskleidžia, jog DASS-21 psichometrinės savybės yra tinkamos vertinti onkologinių pacientų patiriamus psichologinius sunkumus (Fox et al., 2017). Instrumentas plačiai taikomas tiek onkologinių pacientų, gaunančių chemoterapiją, tiek onkologinį gydymą baigusių pacientų imtyse (Singh, Singh, Singh & Kaur, 2015; Johnson et al., 2018; Hashemi et al., 2020). Instrumentas išverstas Vilniaus Universiteto Psichotraumatologijos centro, leidimas naudojimui tyrime gautas. DASS-21 skalių patikimumas šiame tyrime pateikiamas 5-oje lentelėje.

5 lentelė. DASS-21 klausimyno skalių patikimumas

Skalės pavadinimas	Teiginių skaičius	Skalės Cronbacho α koeficientas
Depresija	7	0,91
Nerimas	7	0,84
Stresas	7	0,90

Skausmas. Kadangi šiame tyrime buvo vertinamas patiriamo skausmo lygmuo, įvertinimui buvo naudojama skaitmeninė skausmo įverčio skalė. Respondentų buvo prašoma įvertinti per pastarąją savaitę jaustą skausmą skalėje nuo 0 (neskauda) iki 10 (pats stipriausias skausmas). Skalė vertino bendrą jaustą skausmą pastarosios savaitės metu. Skausmo įverčio metodas pasirinktas, remiantis kitų autorių tyrimais (pvz., McCracken & Eccleston, 2005; Vowles et al., 2007).

Sociodemografiniai duomenys buvo vertinami trumpų klausimų, sudarytų specialiai šiam tyrimui, pagalba. Klausimai bei atsakymų variantai sudaryti remiantis ankstesniais onkologinių pacientų imtis bei skausmo priėmimą nagrinėjančiais tyrimais (Xu et al., 2019). Demografinė ir klinikinė informacija buvo renkama atliekant trumpą demografinę apklausą, į kurią buvo įtrauktas dalyvių amžius, lytis, išsilavinimas, šeimyninė padėtis ir informacija apie onkologinę ligą.

2.3 Tyrimo eiga

Pirmoji dalis respondentų buvo atrinkti individualiai kontaktuojant su skirtingų Lietuvos miestų Onkologinių pacientų draugijų/ bendruomenių atstovais. Kontaktinė informacija gauta remiantis Nacionalinio vėžio instituto internetinėje svetainėje pateikiamais duomenimis. Susisiekus su bendruomenės atstovais el. paštu arba kontaktiniu tel. nr. buvo trumpai pristatomas tyrimo tikslas bei prašoma pasidalinti bendruomenės narių informacija. Dauguma bendruomenių pasidalijo socialinėse medijose (specifiškai *Facebook* platformoje) turimų grupių informacija. Gavus leidimą prisijungti prie grupių bei platinti anketą, anketos nuoroda buvo įkelta į onkologinių pacientų Facebook grupes.

Antroji dalis tiriamųjų buvo pakviesta anketas platinant kontaktiniu būdu. Pirmiausia buvo užpildyta Prašymo forma pateikta Vilniaus Universiteto, Filosofijos fakulteto puslapyje. Gavus atitinkamų asmenų parašus, forma nusiųsta į Nacionalinį vėžio institutą. Atspausdintų

anketų duomenys pradėti rinkti gavus Instituto leidimą, iš anksto suderintu laiku. Atspausdintos anketos buvo asmeniškai išdalintos visiems pacientams, sutinkantiems dalyvauti tyrime. Siekiant surinkti kuo daugiau tiriamųjų buvo individualiai apsilankoma kiekvienoje palatoje atskirai. Pirmiausia kiekvienam pacientui buvo trumpai prisistatoma, apibendrinamas atliekamas tyrimas bei klausama ar asmuo sutiktų dalyvauti tyrime. Pildymo metu, tiriamiesiems buvo atsakoma į visus kylančius klausimus. Anketos pildymo laikas svyravo nuo 10 iki 30 minučių priklausomai nuo kiekvieno paciento pajėgumo. Pacientams, kurie sutiko dalyvauti tyrime, tačiau turėjo skaitymo/ rašymo sunkumų, anketų klausimai bei atsakymų variantai buvo skaitomi žodžiu.

2.4 Statistinė analizė

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta su SPSS 26 programa. Pirmiausia, statistinės analizės programos pagalba gauta aprašomoji statistika (duomenų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai), tikrintas skalių patikimumas, vidinis suderinamumas (Chronbach'o α) bei išversto klausimyno validumo įvertinimui atlikta faktorinė analizė.

Kadangi tyrime nagrinėjamas skausmo priėmimas, kuris paremtas būtent lėtinio skausmo samprata, nepatiriančių skausmo tiriamųjų grupė potencialiai galėtų iškraipyti tyrimo rezultatus. Dėl šios priežasties, prieš atliekant statistinę analizę buvo įvertinti pagrindiniai tyrimo nagrinėjami kintamieji (depresiškumas, nerimas, skausmo priėmimas, įsitraukimas į veiklas, pasiryžimas skausmui) bei sociodemografiniai duomenys pagal patiriančių/ nepatiriančių skausmo grupes. Taikytas neparametrinės statistikos metodas, Mann-Whitney U testas bei chi kvadratas (kategoriniams kintamiesiems), nes visų tyrime naudotų skalių duomenys nepasiskirstė pagal normalųjį duomenų skirstinį, t.y. tyrimo duomenys nėra normaliai pasiskirstę. Duomenų normalumo įvertinimui buvo pasiremta penkiais įvertinimo kriterijais (Skewness-Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov, histogramos, normal ir detrended Q-Q plots). Analizė atskleidė reikšmingus skirtumus tarp nepatiriančių bei patiriančių skausmą grupių, todėl tiriamieji, kurie pažymėjo nejaučiantys skausmo buvo išimti iš pagrindinės tyrimo analizės ($n = 34$). Koreguotos imties, kurią sudarė tik patiriantys skausmą tiriamieji, duomenų pasiskirstymo normalumas buvo vertinamas pakartotinai.

Analizuojant skalių normalumą, jeigu didžioji dalis kriterijų suponavo apie normalumą, skalės buvo identifikuojamos kaip normaliai pasiskirsčiusios. Ypatingai atkreipiant dėmesį į Skewness-Kurtosis kriterijų bei histogramas. Didžiojoje dalyje skalių (depresijos, skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas) Skewness-Kurtosis pateko į intervalą tarp 0,8 ir -0,8, išskyrus

nerimo (Skewness-Kurtosis nuo 0,39 iki -0,91) bei pasiryžimo skausmui (Skewness-Kurtosis nuo 0,37 iki -0,87) skalės. Kadangi kiti normalumo kriterijai (normal ir detrended q-q plot) suponavo apie nerimo bei pasiryžimo skausmui skalių normalumą, Skewness-Kurtosis kriterijui pritaikyta platesnė normalumo riba, svyruojanti nuo 0,9 iki -0,9. Taip pat, visų skalių detrended q-q plot pasiskirstymas pateko į intervalą tarp 1 ir -1, o normal q-q plot duomenys buvo išsidėstę nenukrypstant nuo normalumo ašies. Remiantis didžiąja dalimi kriterijų, tyrimo skalės traktuojamos, kaip normaliai pasiskirsčiusios.

Kadangi iš tyrimo imties pašalinus nepatiriančius skausmo tiriamuosius, duomenys buvo pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį, atliekant tyrimo analizę buvo taikomi parametrinės statistikos metodai. Palyginimams tarp grupių buvo taikomas dviejų nepriklausomų imčių Stjudento t test'as bei vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA). Siekiant identifikuoti sąsajas tarp kintamųjų buvo taikomas Pirsono tiesinės koreliacijos koeficientas. Prognozinių ryšių identifikavimui taikyta paprastoji tiesinė regresija bei daugialypė tiesinė regresija.

3. REZULTATAI

3.1. Aprašomoji statistika

34 tyrimo dalyviai, sudarantys 34% visos imties teigė nepatiriantys skausmo. Kadangi šiame tyrime keliami uždaviniai bei prielaidos apie ryšius tarp kintamųjų yra paremti lėtinio skausmo priėmimo samprata, prieš įtraukiant visą imtį į statistinę analizę buvo nuspręsta palyginti šias dvi tiriamųjų grupes. Chi kvadratas buvo atliktas siekiant nustatyti ar amžiaus, lyties, šeimyninės padėties bei tėvystės kategorijų proporcijos skirsis reikšmingai pagal patiriančių/ nepatiriančių skausmo grupes. Nenustatyti reikšmingi proporcijų skirtumai (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Patiriančių bei nepatiriančių skausmo tiriamųjų sociodemografinių rodiklių palyginimas

		Skausmas				χ^2	df	p
		Patiria (n=66)		Nepatiria (n=34)				
		n	%	n	%			
Lytis	Moteris	56	67,5	27	32,5	0,47	1	0,686
	Vyras	10	58,8	7	41,2			
Amžius	31-50	25	61,0	16	39,0	2,56	2	0,278
	51-69	33	66,0	17	34,0			
	>70	8	88,9	1	11,1			
Šeimyninė padėtis						5,487	5	0,359
	Vedęs (-usi)	42	61,8	26	38,2			
	Turi partnerį (-ę)	1	50,0	1	50,0			
	Vienišas (-a)	6	100,0	0	0			
	Išsiskyręs (-usi)	6	60,0	4	40,0			
	Našlys (-ė)	9	75,0	3	25,0			
	Kita	2	100,0	0	0			
Tėvystė	0	8	80,0	2	20,0	0,985	2	0,611
	1	17	65,4	9	34,6			
	>1	41	64,1	23	35,9			

Kadangi pilnos imties duomenys nėra normaliai pasiskirstę, skirtumams tarp grupių nustatyti taip pat taikytas neparametrinės statistikos metodas, Mann-Whitney U testas. Rezultatai atskleidė, jog nepatiriančių skausmo grupės depresiškumas, nerimas, skausmo priėmimas bei įsitraukimas į veiklas statistiškai reikšmingai skiriasi nuo patiriančių skausmą tiriamųjų grupės. Patiriančių skausmą depresiškumas statistiškai reikšmingai skiriasi nuo nepatiriančių skausmo depresiškumo ($U(n_{\text{Pat.}} = 66, n_{\text{Nepat.}} = 34) = 626,50, Z = -3,62, p < 0,001$). Statistiškai reikšmingas skirtumas pasireiškė ir tarp patiriančių/ nepatiriančių skausmo grupių nerimo ($U(n_{\text{Pat.}} = 66, n_{\text{Nepat.}} = 34) = 606,00, Z = -3,77, p < 0,001$). Patiriančių skausmą depresiškumas bei nerimas reikšmingai aukštesni nei nepatiriančių skausmo grupės. Patiriančių skausmą grupės skausmo priėmimas taip pat reikšmingai skyrėsi nuo nepatiriančių skausmo ($U(n_{\text{Pat.}} = 66, n_{\text{Nepat.}} = 34) = 755,00, Z = -2,67, p = 0,008$). Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti ir įsitraukimo į veiklas atveju ($U(n_{\text{Pat.}} = 66, n_{\text{Nepat.}} = 34) = 798,00, Z = -2,37, p = 0,018$). Patiriančių skausmą grupės skausmo priėmimas bei įsitraukimas į veiklas reikšmingai žemesni nei nepatiriančių skausmo grupės. Statistiškai reikšmingų pasiryžimo skausmui skirtumų tarp patiriančių skausmą bei nepatiriančių skausmo asmenų grupių nebuvo nustatyta (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Patiriančių skausmą bei nepatiriančių skausmo tiriamųjų grupių skirtumai

	Vidutiniai rangai		Mann-Whitney	U	Z	p
	Patiriantys	Nepatiriantys				
Skalės	Skausmą (n=66)	Skausmo (n=34)				
Depresiškumas	58,01	35,93		626,50	-3,62	<0,001
Nerimas	58,32	35,32		606,00	-3,77	<0,001
Skausmo priėmimas	44,94	61,29		755,00	-2,67	0,008
Įsitraukimas į veiklas	45,59	60,03		798,00	-2,37	0,018
Pasiryžimas skausmui	48,36	54,65		981,00	-1,03	0,304

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Statistinė analizė atskleidė, jog patiriančių bei nepatiriančių skausmą grupių skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas, pasiryžimo skausmui, depresiškumo bei nerimo įverčiai statistiškai reikšmingai skiriasi. Siekiant užtikrinti rezultatų patikimumą, nepatiriantys skausmo tiriamieji buvo išimti iš tyrimo imties, naudotos statistinei analizei atlikti. Galutinėje imtyje buvo palikti tik patiriantys skausmą tyrimo dalyviai ($N = 66$). Galutinės tyrimo imties kintamųjų įverčių vidurkiai bei tiriamųjų pasiskirstymas pagal sociodemografinius duomenis (amžių,

šeimyninę padėtį, vaikų skaičių, vėžio rūšį, skausmą bei analgetikų vartojimą) pateikiamas 8-oje lentelėje.

8 lentelė. *Galutinės imties sociodemografiniai duomenys, klinikinė informacija ir įverčių vidurkiai.*

Rodiklis	Iš viso (N=66) M ± SD / n (%)
Lytis	
Moteris	56 (84,8)
Vyras	10 (15,2)
Amžius	
18-30	-
31-50	25 (37,9)
51-69	33 (50,0)
>70	8 (12,1)
Išsilavinimas	
Aukštasis	35 (53,0)
Profesinis	19 (28,8)
Vidurinis	7 (10,6)
Pagrindinis	1 (1,5)
Kita	4 (6,1)
Šeimyninė padėtis	
Vedęs (-usi)	42 (63,6)
Turi partnerį (-ę)	1 (1,5)
Vienišas (-a)	6 (9,1)
Išsiskyres (-usi)	6 (9,1)
Našlys (-ė)	9 (13,6)
Kita	2 (3,0)
Vaikų skaičius	
Neturi	8 (12,1)
1	17 (25,8)
>1	41 (62,1)
Vėžio rūšis	

Burnos	1 (1,5)
Krūtų	39 (59,1)
Skrandžio	3 (4,5)
Inkstų	2 (3,0)
Kasos	1 (1,5)
Kiaušidžių	1 (1,5)
Gimdos kaklelio	4 (6,1)
Šlapimo pūslės	1 (1,5)
Priešinės liaukos	1 (1,5)
Odos	3 (4,5)
Žarnyno	3 (4,5)
Neuroend. navikai (NEN)	1 (1,5)
Kita (prostatos)	6 (9,1)
Skausmas	4,52 ± 2,18
Skausmo patyrimo trukmė	
< 3 mėn.	16 (24,2)
3-6 mėn.	11 (16,7)
> 6 mėn.	39 (59,1)
Analgetikų vartojimas	
Vartoja	30 (45,5)
Nevartoja	36 (54,5)
Analgetikų vartojimo trukmė	
< 3 mėn.	6 (9,1)
3-6 mėn.	9 (13,6)
> 6 mėn.	15 (22,7)
Depresiškumas	7,59 ± 5,03
Nerimas	7,56 ± 4,83
Skausmo priėmimas	27,0 ± 9,50
Įsitraukimas į veiklas	15,23 ± 6,33
Pasiryžimas skausmui	11,77 ± 6,30

Pastaba. *M* – vidurkis, *SD* – standartinis nuokrypis

3.2. Skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas, pasiryžimo skausmui palyginimas pagal sociodemografinius rodiklius

Pirmasis tyrimo uždavinys buvo išsiaiškinti skausmo priėmimo ir sociodemografinių rodiklių (lytis, amžius, šeimyninė padėtis, tėvystė) sąsajas. Pirmiausia skausmo priėmimas buvo lyginamas pagal respondentų lytį (*moteris/ vyras*), t.y. siekta išsiaiškinti, ar vyrų ir moterų skausmo priėmimas skiriasi. Kadangi skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas bei pasiryžimo skausmui duomenys normaliai pasiskirstę ir lyginama pagal sociodemografinį rodiklį, sudarytą iš dviejų grupių, taikytas parametrinės statistikos metodas, nepriklausomų imčių Stjudento t testas.

Statistinės analizės duomenys atskleidė, kad pasireiškia reikšmingi skausmo priėmimo skirtumai priklausomai nuo respondentų lyties ($t(64) = 2,27, p = 0,026$). Remiantis testo rezultatais, galima teigti, jog vyrų skausmo priėmimas reikšmingai aukštesnis už moterų skausmo priėmimą. Reikšmingi skirtumai tarp vyrų įsitraukimo į veiklas/ pasiryžimo skausmui bei moterų įsitraukimo į veiklas/ pasiryžimo skausmui nebuvo identifikuoti (žr. 9 lentelę).

9 lentelė. Moterų ir vyrų skalių vidurkių skirtumai

Skalės	Moterys (n=56)	Vyrai (n=10)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Skausmo priėmimas	25,91 (9,04)	33,10 (10,18)	-2,27	64	0,026
Įsitraukimas į veiklas	14,77 (6,21)	17,80 (6,76)	-1,41	64	0,165
Pasiryžimas skausmui	11,14 (6,25)	15,30 (5,66)	-1,96	64	0,054

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

Lyginant skausmo priėmimą pagal sociodemografinius rodiklius, apimančius 3 ar daugiau grupių (amžius, tėvystė, šeimyninė padėtis) buvo pasitelkiamas parametrinės statistikos metodas - vienfaktorinė dispersinė analizė (*ANOVA*).

Pirmiausia buvo ieškoma sąsajų tarp skausmo priėmimo ir respondentų amžiaus. Remiantis literatūros analize buvo prognozuojama, jog vyresnių tiriamųjų skausmo priėmimas bus aukštesnis nei jaunesnio amžiaus tiriamųjų. Statistinės analizės rezultatai nedemonstruoja

reikšmingų skirtumų respondentų skausmo priėmimo pagal amžiaus grupes, t.y. vyresnio amžiaus tiriamųjų skausmo priėmimas nebuvo reikšmingai aukštesnis už jaunesnio amžiaus tiriamųjų skausmo priėmimą. Remiantis rezultatais reikšmingai skyrėsi tik viena iš skausmo priėmimo subskalių, pasiryžimas skausmui, pagal amžiaus grupes ($F(2) = 3,18, p = 0,048$). Remiantis vidurkiniais balais, vyresnio amžiaus tiriamųjų pasiryžimas skausmui aukštesnis nei į jaunesnio amžiaus grupes patenkančių tiriamųjų (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. Skirtingų amžiaus grupių skalių vidurkių skirtumai

Skalės	31-50	51-69	>70	F	df	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Skausmo priėmimas	26,52 (8,86)	26,21 (9,97)	31,75 (9,25)	1,15	2	0,323
Įsitraukimas į veiklas	16,80 (4,98)	13,82 (7,20)	16,13 (5,59)	1,70	2	0,190
Pasiryžimas skausmui	9,72 (5,35)	12,39 (6,67)	15,63 (5,76)	3,18	2	0,048

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

Siekiant išsiaiškinti, kurių amžiaus grupių pasiryžimas skausmui skyrėsi reikšmingai, atlikta Post Hoc analizė. Kadangi p reikšmingumo lygmuo buvo arti 0,05 ribos, taikytas vienas iš jautrausių Post Hoc testų – LSD. Post Hoc analizė atskleidė reikšmingus skirtumus tarp 31-50 bei virš 70 amžiaus grupių, t.y. virš 70 amžiaus grupės pasiryžimas skausmui reikšmingai aukštesnis nei 31-50 amžiaus grupės ($M_{skirt.} = 5,91, SD=2,48, p = 0,020$). Reikšmingi skirtumai tarp kitų amžiaus grupių nebuvo identifikuoti (žr. 11 lentelę).

11 lentelė. LSD Post Hoc analizės rezultatai

	Amžiaus grupės	Amžiaus grupės	$M_{skirt.}$	SD	p
Pasiryžimas skausmui	31-50	51-69	-2,67	1,62	0,103
		>70	-5,91	2,48	0,020
	51-69	31-50	2,67	1,62	0,103
		>70	-0,23	2,40	0,184

>70	31-50	5,91	2,48	0,020
	51-69	3,23	2,40	0,184

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Sekantis uždavinys buvo įvertinti skausmo priėmimo bei tėvystės statuso, turimų vaikų skaičiaus sąsajas. Rezultatai neatskleidė reikšmingų sąsajų tarp skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas bei pasiryžimo skausmui ir respondentų tėvystės statuso, ar turimų vaikų skaičiaus. Remiantis rezultatais, tiriamųjų, turinčių vaikų, skausmo priėmimas nėra reikšmingai žemesnis už tiriamųjų, neturinčių vaikų. Reikšmingos sąsajos neatrastos ir tarp skausmo priėmimo bei turimų vaikų skaičiaus, ar įsitraukimo į veiklas/ pasiryžimo skausmui bei tėvystės statuso/ turimų vaikų skaičiaus (žr. 12 lentelę).

12 lentelė. *Skirtingų tėvystės grupių skalių vidurkių skirtumai*

Skalės	0 vaikų	1 vaikas	>1	F	df	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Skausmo priėmimas	29,25 (6,27)	26,82 (9,01)	26,63 (10,31)	0,25	2	0,778
Įsitraukimas į veiklas	18,75 (3,01)	15,35 (5,88)	14,49 (6,83)	1,55	2	0,221
Pasiryžimas skausmui	10,50 (5,01)	11,47 (5,65)	12,15 (6,84)	0,25	2	0,780

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai.

Paskutinis uždavinys, siekiantis išsiaiškinti skausmo priėmimo bei jo subskalių (įsitraukimo į veiklas bei pasiryžimo skausmui) ir sociodemografinių rodiklių sąsajas, buvo tarp skausmo priėmimo ir šeimyninės padėties. Rezultatai atskleidė, jog nėra reikšmingų skausmo priėmimo skirtumų tarp vedusių ar kitos šeimyninės padėties grupių. Taip pat, reikšmingi skirtumai neidentifikuoti ir įsitraukime į veiklas (žr. 13 lentelę). Reikšmingi skirtumai identifikuoti tik pasiryžime skausmui pagal skirtingas šeimyninės padėties grupes ($F(5) = 2,94$, $p = 0,020$). Remiantis vidurkiniais balais, našlių grupės pasiryžimas skausmui yra aukščiausias ($M = 17,56$, $SD = 6,84$).

13 lentelė. Skirtingų šeimyninės padėties grupių skalių vidurkių skirtumai

Skalės	Vedusių	Tr. Part.	Vienišk.	Išsiskyr.	Našlių	Kt.	F	df	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
CPA	25,83 (8,70)	17,00 (-)	26,00 (6,36)	27,83 (8,64)	35,22 (12,66)	20,00 (5,66)	2,09	5	0,078
AE	15,31 (5,86)	8,00 (-)	17,50 (5,54)	12,83 (7,99)	17,67 (6,54)	6,50 (7,78)	1,70	5	0,148
PW	10,52 (5,78)	9,00 (-)	8,50 (4,68)	15,00 (6,54)	17,56 (6,84)	13,50 (2,12)	2,94	5	0,020

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, CPA – skausmo priėmimas, AE – įsitraukimas į veiklas, PW – pasiryžimas skausmui. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Tyrimo duomenys neišpildo Post Hoc analizės kriterijų. Kadangi vienoje šeimyninės padėties grupėje (turinčių partnerį/ -ę) buvo mažiau nei 2 tiriamieji, Post Hoc palyginimų analizė, siekianti identifikuoti tarp kurių šeimyninės padėties grupių pasireiškė reikšmingi skirtumai pasiryžime skausmui, nebuvo atlikta.

3.3. Skausmo priėmimo ir emocinės būsenos sąsajos

Trečiasis bei ketvirtasis tyrimo uždaviniai buvo išsiaiškinti skausmo priėmimo ir emocinės būsenos sąsajos. Norint išsiaiškinti ryšius tarp skausmo priėmimo ir emocinės būsenos (depresiškumo, nerimo) buvo taikoma koreliacinė analizė. Kadangi skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas, pasiryžimo skausmui bei depresiškumo ir nerimo skalių duomenys išpildo normalaus duomenų pasiskirstymo kriterijų, taikytas parametrinis Pirsono (Pearson) tiesinės koreliacijos koeficientas.

Pirmiausia buvo vertinamos sąsajos tarp skausmo priėmimo ir depresiškumo. Pirsono koreliacinė analizė atskleidė, jog skausmo priėmimas bei pasiryžimas skausmui yra reikšmingai susiję su depresiškumu. Pasireiškė reikšminga neigiama koreliacija tarp skausmo priėmimo ir depresiškumo ($r = -0,27$, $p = 0,029$). Kaip ir buvo numatyta aukštesnis skausmo priėmimas susijęs su žemesniu depresiškumu. Taip pat, kuo aukštesnis depresiškumas tuo žemesnis skausmo priėmimas. Reikšmingas neigiamas ryšys pasireiškė ir tarp pasiryžimo skausmui, vieno iš skausmo priėmimo konstrukto komponentų, ir depresiškumo ($r = -0,29$, $p = 0,020$). Ryšys, siejantis šiuos konstruktus, analogiškas ryšiams, identifikuotiems tarp skausmo priėmimo ir

depresiškumo – aukštesnis pasiryžimas skausmui siejamas su žemesniu depresiškumu ir atvirkščiai. Statistiškai reikšmingos sąsajos tarp įsitraukimo į veiklas bei depresiškumo nebuvo identifikuotos ($r = -0,12$, $p = 0,340$). Remiantis koreliacijos koeficientais, galima teigti, jog tarp skausmo priėmimo bei šį konstrukta, sudarančio kintamojo, pasiryžimo skausmui, ir depresiškumo pasireiškia reikšmingas neigiamas ryšys, tačiau koreliacija yra žema. Stipriausias ryšys pasireiškia tarp pasiryžimo skausmui ir depresiškumo (žr. 14 lentelę).

Siekiant išsiaiškinti ryšius tarp skausmo priėmimo ir nerimo taip pat buvo taikoma koreliacinė analizė, specifiskai Pirsono koreliacijos koeficientas. Rezultatai atskleidė, jog skausmo priėmimas yra reikšmingai susijęs su nerimu ($r = -0,26$, $p = 0,038$). Neigiamas koreliacijos koeficientas suponuoja, jog aukštesnis skausmo priėmimas gali būti siejamas su žemesniu nerimu, o aukštesnis nerimas siejamas su žemesniu skausmo priėmimu. Kuo aukštesnis nerimas, tuo žemesnis skausmo priėmimas ir atvirkščiai. Analogiškas ryšys pasireiškė tarp pasiryžimo skausmui ir nerimo. Pasiryžimas skausmui reikšmingai susijęs su nerimu ($r = -0,34$, $p = 0,005$). Aukštesnis pasiryžimas skausmui gali būti siejamas su žemesniu nerimu ir atvirkščiai. Reikšmingas ryšys tarp įsitraukimo į veiklas bei nerimo nebuvo identifikuotas ($r = -0,04$, $p = 0,744$).

Neigiami koreliacijos koeficientai bei p reikšmė leidžia teigti, jog konstruktus sieja neigiamas reikšmingas ryšys, t.y. kuo aukštesnis vienas kintamasis, tuo žemesnių rodiklių galima tikėtis kitame. Kaip ir depresiškumo atveju, stipriausios sąsajos pasireiškė tarp pasiryžimo skausmui ir nerimo, koreliacija vidutinė. Tarp skausmo priėmimo bei nerimo pasireiškė žema koreliacija.

14 lentelė. *Skausmo priėmimo ir emocinės būsenos skalių koreliacijos koeficientai*

Skalės	Depresiškumas	Nerimas	CPA	AE	PW
Depresiškumas	-				
Nerimas	0,76***	-			
CPA	-0,27*	-0,26*	-		
AE	-0,12	-0,04	0,75***	-	
PW	-0,29*	-0,34*	0,75***	0,13	-

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; CPA – skausmo priėmimas, AE – įsitraukimas į veiklas, PW – pasiryžimas skausmui.

3.4. Skausmo priėmimo ir patiriamo skausmo sąsajos

Sekantis tyrimo uždavinys buvo išsiaiškinti, ar skausmo priėmimas ir skausmas yra tarpusavyje susiję konstruktai. Kadangi skausmo priėmimo bei įsitraukimo į veiklas ir pasiryžimo skausmui duomenys normaliai pasiskirstę, taikytas parametrinis koreliacinės analizės metodas, Pirsono (Pearson) tiesinės koreliacijos koeficientas.

Koreliacinės analizės rezultatai atskleidė, jog skausmo priėmimas ir skausmas yra reikšmingai tarpusavyje susiję ($r = -0,29, p = 0,016$). Skausmo priėmimas neigiamai susijęs su patiriamu skausmu, t.y. aukštesnis skausmo priėmimas siejamas su silpnesniu (žemesniu) patiriamu skausmu. Kuo aukštesnis skausmo priėmimas, tuo silpnesnis (žemesnis) patiriamas skausmas ir atvirkščiai. Nors ryšys reikšmingas, konstruktus sieja žema neigiama koreliacija. Reikšmingas ryšys pasireiškė ir tarp pasiryžimo skausmui ir skausmo ($r = -0,27, p = 0,027$). Remiantis neigiamu koreliaciniu koeficientu galima teigti, jog aukštesnis pasiryžimas skausmui yra siejamas su silpnesniu patiriamu skausmu ir atvirkščiai. Pasireiškia žema tarpusavio koreliacija. Tuo tarpu įsitraukimas į veiklas ir skausmas nedemonstruoja statistiškai reikšmingų tarpusavio sąsajų ($r = -0,17, p = 0,172$). Stipriausias ryšys identifikuotas tarp bendro skausmo priėmimo ir patiriamo skausmo (žr. 15 lentelę).

15 lentelė. Skausmo ir skausmo priėmimo skalių koreliacijos koeficientai

Skalės	Skausmas	CPA	AE	PW
Skausmas	-			
CPA	-0,29*	-		
AE	-0,17	0,75***	-	
PW	-0,27*	0,75***	0,13	-

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; CPA – skausmo priėmimas, AE – įsitraukimas į veiklas, PW – pasiryžimas skausmui.

3.5. Skausmo priėmimas kaip depresiškumo prediktorius

Pirmiausia buvo nagrinėjamas bendro skausmo priėmimo ryšys su depresiškumu, specifiskai ar skausmo priėmimas gali prognozuoti depresiškumą. Atlikta paprastoji tiesinė regresinė analizė. Rezultatai atskleidė, jog skausmo priėmimas gali reikšmingai nuspėti depresiškumą ($F(1, 64) = 4,97, p = 0,029$). Skausmo priėmimas gali paaiškinti 7.2% duomenų sklaidos pasireiškiančios depresiškumo duomenyse ($R^2 = 0,07$). Didėjant skausmo priėmimui,

depresiškumas kris ($\beta = -0,27$).

Siekiant išsiaiškinti, kaip kiekviena iš skausmo priėmimo subskalių gali nuspėti depresiškumą, atlikta daugialypė tiesinė regresija. Atskiri regresiniai modeliai sudaryti bendram skausmo priėmimui bei pasiryžimui skausmui/ įsitraukimui į veiklas, siekiant išvengti multikolinearumo taisyklės pažeidimo. Taip pat, sudarant vieną modelį, tiriamųjų skaičius nebūtų pakankamas regresinei analizei su 3 nepriklausomais kintamaisiais. Modelis, su depresiškumu kaip priklausomu kintamuoju bei prediktoriais - įsitraukimu į veiklas, pasiryžimu skausmui, statistiškai nereikšmingas ($F(2, 63) = 3,04, p = 0,055$). Duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 8.8% ($R^2 = 0,09$). Pasiryžimas skausmui reikšmingai nuspėja depresiškumą kai kontroliuojamas įsitraukimas į veiklas, tačiau įsitraukimas į veiklas negali reikšmingai nuspėti depresiškumo. Didėjant pasiryžimui skausmui, depresiškumas mažėja (žr. 16 lentelę).

16 lentelė. *Depresiškumo prognoziniai veiksniai*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	Depresiškumas				
	<i>Beta</i> (β)	<i>p</i>			
Skausmo priėmimas	-0,27	0,029	4,97	0,029	0,07
Pasiryžimas skausmui	-0,27	0,027	3,04	0,055	0,09
Įsitraukimas į veiklas	-0,08	0,495			

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.6. Skausmo priėmimas kaip nerimo prediktorius

Siekiant išsiaiškinti ar bendras skausmo priėmimas gali reikšmingai nuspėti nerimą, atlikta paprastoji tiesinė regresija. Rezultatai atskleidė, jog skausmo priėmimas gali reikšmingai nuspėti nerimą ($F(1, 64) = 4,47, p = 0,038$). Skausmo priėmimas gali paaiškinti 6.5% duomenų sklaidos pasireiškiančios nerimo duomenyse ($R^2 = 0,07$). Didėjant skausmo priėmimui atitinkamai kris nerimo rodikliai ($\beta = -0,26$).

Siekiant išsiaiškinti, kaip kiekviena iš skausmo priėmimo subskalių gali nuspėti nerimą, atlikta daugialypė tiesinė regresija. Atskiri regresiniai modeliai sudaryti bendram skausmo

priėmimui bei pasiryžimui skausmui/ įsitraukimui į veiklas, siekiant išvengti multikolinearumo taisyklės pažeidimo. Taip pat, sudarant vieną modelį, tiriamųjų skaičius nebūtų pakankamas regresinei analizei su 3 nepriklausomais kintamaisiais. Modelyje, kuriame nerimas yra priklausomas kintamasis, o prediktorius sudaro įsitraukimas į veiklas, pasiryžimas skausmui, statistiškai reikšmingas ($F(2, 63) = 4,23, p = 0,019$). Duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 11.8% ($R^2 = 0,12$). Pasiryžimas skausmui reikšmingai nuspėja nerimą kai kontroliuojamas įsitraukimas į veiklas, tačiau įsitraukimas į veiklas negali reikšmingai nuspėti nerimo. Didėjant pasiryžimui skausmui, nerimas mažėja (žr. 17 lentelę).

17 lentelė. Nerimo prognoziniai veiksniai

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis		F	p	R ²
	Nerimas				
	Beta (β)	p			
Skausmo priėmimas	-0,26	0,038	4,47	0,038	0,07
Pasiryžimas skausmui	-0,35	0,005	4,23	0,019	0,12
Įsitraukimas į veiklas	-0,00	0,971			

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

4. REZULTATŲ APITARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo išanalizuoti skausmo, emocinės būsenos (nerimo bei depresiškumo) tarpusavio sąsajas su skausmo priėmimu onkologinių pacientų imtyje. Tyrimo metu, skausmo priėmimas, įsitraukimas į veiklas bei pasiryžimas skausmui buvo palyginti pagal sociodemografinius rodiklius, specifiskai lytį, amžių, tėvystę bei šeimyninę padėtį. Identifikuotos sąsajos tarp skausmo priėmimo/ pasiryžimo skausmui/ įsitraukimo į veiklas bei nerimo/ depresiškumo. Taip pat, nustatytos sąsajos, pasireiškiančios tarp skausmo ir skausmo priėmimo bei tokių šio konstrukto subskalių, kaip pasiryžimas skausmui ir įsitraukimas į veiklas. Buvo identifikuoti prognoziniai nerimo bei depresiškumo veiksniai, specifiskai analizuojamas skausmo priėmimo, pasiryžimo skausmui bei įsitraukimo į veiklas kaip emocinės būsenos (nerimo, depresiškumo) prediktorių vaidmuo.

Šiame tyrime buvo nustatyta, jog vidutinis onkologinių pacientų skausmo priėmimas buvo 27,0 (9,50). Tokie rodikliai panašūs į kitų tyrimų, nagrinėjančių skausmo priėmimą bei susijusius faktorius onkologinių pacientų imtyse. Vieno tyrimo, atliko Australijoje duomenimis onkologinių pacientų skausmo priėmimas buvo 27,90 (6,55), šie rodikliai beveik identiški vidutiniam skausmo priėmimo lygmeniui nustatytam šiame tyrime (Elvery, Jensen, Ehde & Day, 2017). Šiame tyrime, nagrinėjančiame dalį Lietuvos onkologinių pacientų populiacijos, vidutinis skausmo priėmimas aukštesnis nei nustatyta Kinijos populiaciją nagrinėjančiame tyrime, kurio duomenimis vidutinis skausmo priėmimas buvo 25,99 (Xu et al., 2019). Tačiau įdomu atkreipti dėmesį, jog remiantis tiek šio tyrimo, tiek kitų minėtųjų autorių duomenimis, skausmo priėmimas onkologinių pacientų imtyse žemesnis nei nustatyta tyrimuose, nagrinėjančiuose ne vėžio skausmą. Pavyzdžiui, vieno tyrimo, nagrinėjančio ne vėžio skausmą, duomenimis vidutinis skausmo priėmimas buvo 32,78 (Liu et al., 2016). Žemesnius skausmo priėmimo įverčius būtent onkologinių pacientų imtyje būtų galima sieti su vėžio skausmo teorine samprata, kurioje pabrėžiama, jog vėžio skausmas, skirtingai nei kitokios kilmės skausmas, yra itin kompleksinė fizinė, pataloginė bei emocinė patirtis. Tokie rodikliai galėtų būti siejami su pačiu piktybiniu naviku, diagnostinėmis/ terapinėmis procedūromis bei begalę šalutinių poveikių turinčiu gydymu bei visų šių reiškinių psichologinėmis pasekmėmis individui (McGuire, 2004).

Pirmasis tyrimo uždavinys buvo atrasti sąsajas tarp skausmo priėmimo ir sociodemografinių duomenų. Pirmiausia buvo lyginamas skausmo priėmimas bei šio konstrukto sudedamosios dalys pagal lytį. Rezultatai atskleidė, jog šioje imtyje vyrų skausmo priėmimas reikšmingai aukštesnis nei moterų. Tokie rezultatai nesutampa su ankstesnių tyrimų, nagrinėjančių skausmo priėmimą

lėtinio skausmo kontekstuose duomenims. Dalis autorių išskiria, jog moterų skausmo priėmimas reikšmingai aukštesnis nei vyrų, o kita dalis neidentifikuoja reikšmingų sąsajų tarp lyties ir skausmo priėmimo rodiklių (Rovner et al., 2017; Gauthier et al., 2009). Autorių teigimu, moterų skausmo priėmimas gali būti geresnis dėl aukštesnių socialinės paramos rodiklių lėtinio skausmo kontekste (Rovner et al., 2017). Kita vertus, naujesni tyrimų duomenys, nagrinėjantys būtent onkologinių pacientų imtis, identifikuoja sąsajas sutampančias su šio tyrimo rezultatais. Kaip ir šiame tyrime, atrandamos reikšmingos sąsajos tarp lyties bei skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas ir pasiryžimo skausmui. Taip pat, nustatyta, jog vyrų bendras skausmo priėmimas bei jo subskalės reikšmingai aukštesnės nei moterų (Xu et al., 2019). Panašu, jog aukštesni vyrų skausmo priėmimo rodikliai, atsikartoja būtent onkologinių pacientų imtyse. Taip pat, aukštesni skausmo priėmimo rodikliai būtent vyrų grupėje gali būti siejami su kultūrinių kontekstų skirtumais, specifiskai neigiamų emocijų/ potyrių raiškos stigma vyresnio amžiaus vyrų tarpe. Dėl šios priežasties tyrime dalyvaujantys vyrai galėjo būti labiau linkę atsakinėti į klausimus, stengiantis pademonstruoti psichologinį atsparumą, drąsą ir abejingumą skausmo potyriui nei moterys. Taip pat, skausmo tyrimų rezultatai atskleidžia, jog vyrų skausmo patyrimo slenkstis reikšmingai aukštesnis nei moterų, o tai gali suponuoti apie silpnesnį skausmo potyrį bei atitinkamai žemesnę skausmo įtaką vyrų funkcionavimui (Lombana & Vidal, 2012; Ramírez-Maestre & Esteve, 2014). Visi šie duomenys galėtų atsispindėti aukštesniuose vyrų skausmo priėmimo rezultatuose. Svarbu atkreipti dėmesį, jog šiame tyrime moterų imtis ženkliai didesnė nei vyrų, todėl rezultatų skirtumui galėjo turėti įtakos ir netolygus lyčių pasiskirstymas tyrimo imtyje.

Sekantis tyrimo uždavinys buvo palyginti skausmo priėmimo rodiklius pagal skirtingas amžiaus grupes. Siekta identifikuoti reikšmingus grupių skirtumus. Remiantis literatūra, buvo prognozuojama, jog vyresnio amžiaus tiriamųjų skausmo priėmimas bei šį konstruktą sudarantys įsitraukimas į veiklas bei pasiryžimas skausmui bus reikšmingai aukštesni vyresnio amžiaus tiriamųjų grupėse. Rezultatai atskleidė, jog skausmo priėmimas bei įsitraukimas į veiklas reikšmingai nesiskyrė priklausomai nuo respondentų amžiaus. Reikšmingi skirtumai atrasti tik pasiryžime skausmui. Remiantis analizės duomenimis, šiame tyrime pasiryžimas skausmui reikšmingai aukštesnis vyriausioje amžiaus grupėje (70+), lyginant su 31-50 amžiaus grupe. Tokie rezultatai dalinai sutampa su ankstesnių tyrimų duomenimis, kuriuose identifikuojamos teigiamos skausmo priėmimo bei amžiaus sąsajos - kuo aukštesnis tiriamųjų amžius, atitinkamai geresnis ir skausmo priėmimas (Nicholas & Asghari, 2006). Panašūs rezultatai identifikuojami ir tyrimuose, nagrinėjančiuose būtent onkologinių pacientų imtyse pasireiškiantį skausmo priėmimą bei šio konstrukto sąsajas su tiriamųjų amžiumi (Xu et al., 2019). Kita vertus, svarbu paminėti,

jog kaip ir skausmo priėmimo bei lyties sąsajų atveju, dalis autorių neišskiria reikšmingų skirtumų pagal amžių (Gauthier et al., 2009). Rezultatų nesutapimas literatūroje, galėtų būti aiškinamas remiantis kultūriniais skirtumais, pasireiškiančiais tarp minėtų tyrimų imčių. Specifiškai šiame tyrime, vienas iš rezultatams įtakos turėjusių veiksnių galėjo būti netolygus tiriamųjų pasiskirstymas amžiaus kategorijose bei aplamai per mažas tiriamųjų skaičius. Ankstesni tyrimai, atrandantys reikšmingas sąsajas tarp amžiaus bei bendro skausmo priėmimo ir jo dalių (įsitraukimo į veiklas, pasiryžimo skausmui) analizei naudojo ženkliai didesnę imtį, kurioje buvo reprezentuojamos visos amžiaus kategorijos. Tuo tarpu šiame tyrime nebuvo nei vieno tiriamojo, kuris patektų į amžiaus kategoriją tarp 18 ir 30 metų. Tačiau, nepaisant šių probleminių tyrimo aspektų, susijusių su imties reprezentatyvumu, prielaida, jog pasireiškė reikšmingas teigiamas ryšys tarp amžiaus bei skausmo priėmimo, iš dalies pasitvirtino, nes aukščiausi rodikliai atsispindėjo vyriausių tiriamųjų grupėje. Tokie rezultatai sutampa su literatūroje keliamomis prielaidomis, jog vyresnio amžiaus onkologiniai pacientai demonstruoja geresnius emocijų reguliacijos gebėjimus, o tai suteikia pamatus adaptyvesniems bei efektyvesniems skausmo įveikos metodams (Baker et al., 2016).

Buvo prognozuojama, jog skausmo priėmimas bei įsitraukimas į veiklas, pasiryžimas skausmui reikšmingai skirsis pagal šeimyninės padėties grupes. Remiantis literatūra, daryta prielaida, jog skausmo priėmimas bei jo dalys bus reikšmingai žemesnės vedusių pacientų grupėje lyginant su išsiskyrusių, našlių ar vienišų respondentų grupėmis. Tyrimo rezultatai neidentifikavo reikšmingų skausmo priėmimo ar įsitraukimo į veiklas skirtumų lyginant pagal skirtingas šeimyninės padėties grupes. Tuo tarpu pasiryžimas skausmui reikšmingai skyrėsi lyginant šio konstrukto vidurkinius rodiklius skirtingose šeimyninės padėties grupėse. Tačiau, svarbu atkreipti dėmesį, jog tolesnė grupių palyginimų analizė negalėjo būti atlikta dėl netolygaus tiriamųjų pasiskirstymo bei riboto tiriamųjų skaičiaus kai kuriose grupėse. Būtent dėl šios priežasties, negalime identifikuoti tarp kurių šeimyninės padėties grupių pasiryžimo skausmui rodikliai skiriasi reikšmingai. Remiantis vidurkiniais balais, našlių pasiryžimas skausmui buvo aukščiausias, tačiau priešingai nei ankstesnių tyrimų duomenimis, vedusių pacientų pasiryžimas skausmui nebuvo žemiausias, žemiausi rodikliai pasireiškė išsiskyrusių pacientų grupėje (Xu et al., 2019). Itin svarbu pabrėžti, jog konkrečios išvados negali būti identifikuojamos, nes imtis buvo per maža, kad atspindėtų tikruosius pacientų skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas bei pasiryžimo skausmui skirtumus nesusituokusių, išsiskyrusių, našlių ar turinčių partnerį pacientų grupėse. Taip pat, didžioji dalis tiriamųjų pateko į vieną šeimyninės padėties kategoriją, t.y. buvo vedę (63,6%).

Remiantis literatūros analize buvo numatoma, jog tiriamųjų, kurie yra tėvai, skausmo priėmimas bus žemesnis nei tiriamųjų, kurie neturi vaikų. Taip pat, buvo prognozuojami skausmo priėmimo skirtumai remiantis turimų vaikų skaičiumi. Remiantis tyrimo rezultatais, reikšmingi skirtumai skausmo priėmimo, įsitraukimo į veiklas ar pasiryžimo skausmui rodikliuose lyginant pagal tėvystės statusą ar turimų vaikų skaičių nebuvo identifikuoti. Šiame tyrime skausmo priėmimas nėra reikšmingai susijęs su onkologinių pacientų tėvystės statusus ar turimų vaikų skaičiumi. Tokie rezultatai yra priešaringi ankstesnių tyrimų duomenims, kuriuose identifikuojama, jog pasiryžimas skausmui reikšmingai žemesnis turinčių vaikų pacientų grupėje, lyginant su pacientais, neturinčiais vaikų (Gauthier et al., 2009). Svarbu atkreipti dėmesį, jog šiame tyrime didžioji dalis pacientų buvo tėvai ir turėjo daugiau nei 1 vaiką (62,1%), todėl imtis gali neatspindėti prognozuotų sąsajų. Taip pat, tyrimų nagrinėjančių onkologinių pacientų tėvystės bei skausmo priėmimo sąsajas išlieka ribotas, todėl platesni tyrimai šia tema būtini konkrečių išvadų išskyrimui. Remiantis lėtinio skausmo literatūra, tiriamieji, kurie leidžia daugiau laiko su vaikais bei turi daugiau vaikų išskiria stipresnes lėtinio skausmo pasekmes bei trikdžius kasdieniame funkcionavime nei pacientai, kurie neturi vaikų (Peat et al., 2004). Remiantis minėtų tyrimų rezultatais, galima teigti, jog ryšiui tarp kintamųjų svarbus ne tik tėvystės statusas ar turimų vaikų skaičius, bet ir pats ryšys, santykis ar artumas pasireiškiantis tarp tėvo ir vaiko. Siekiant konkrečių išvadų derėtų giliau išnagrinėti pacientų nuostatas tėvystės atžvilgiu, suvokiamą našta, vaiko- tėvo santykio kokybę bei sutuoktinių/ partnerių tarpusavio ryšius.

Vienas iš esminių šio tyrimo uždavinių buvo išsiaiškinti skausmo priėmimo bei emocinės būklės sąsajas. Specifiškai, ryšį tarp skausmo priėmimo bei nerimo ir depresiškumo. Remiantis literatūros analize, buvo prognozuojama, jog aukštesnis skausmo priėmimas bus siejamas su žemesniu depresiškumu ir atvirkščiai, t.y. pasireiškė neigiama koreliacija tarp kintamųjų. Rezultatai atskleidė, jog skausmo priėmimas yra reikšmingai susijęs su nerimu bei depresiškumu. Kaip ir buvo numatyta, tarp kintamųjų pasireiškė neigiamas ryšys, t.y. didėjant skausmo priėmimui, mažėja nerimas bei depresiškumas. Nors identifikuotas silpnas reikšmingas ryšys tarp kintamųjų, rezultatai sutampa su daugelio ankstesnių tyrimų darytomis išvadomis, jog skausmo priėmimas reikšmingai susijęs su žemesniais nerimo bei depresiškumo rodikliais (Mohabbat-Bahar et al., 2015; Arch & Mitchell, 2016; González-Fernández et al., 2018; Xu et al., 2019; Johns et al., 2020; Li et al., 2021; Johns et al., 2020).

Taip pat, buvo spėjama, jog aukštesnis įsitraukimas į veiklas ir pasiryžimas skausmui bus neigiamai susijęs su depresiškumu. Analogiški ryšiai tarp konstruktų numanomi ir nerimo atveju. Aukštesnis įsitraukimas į veiklas ir pasiryžimas skausmui bus neigiamai susiję su nerimu. Kaip ir

buvo numatyta, rezultatai atskleidė, jog pasiryžimas skausmui reikšmingai susijęs su nerimu bei depresiškumu. Tarp konstrukčių pasireiškia neigiamos sąsajos, vienam kintamajam didėjant, galima tikėtis žemesnių rodiklių kitame ir atvirkščiai. Stipriausios sąsajos atrastos tarp pasiryžimo skausmui bei nerimo. Tuo tarpu reikšmingos sąsajos tarp įsitraukimo į veiklas ir depresiškumo/nerimo nebuvo identifikuotos. Tokios išvados prieštarauja ankstesnių tyrimų darytomis prielaidoms, jog tik įsitraukimo į veiklas subskalė yra reikšmingai susijusi su nerimu bei depresiškumu (Nicholas & Asghari, 2006; Gauthier et al., 2009). Autorių teigimu, veiklų suvaržymas yra glaudžiai persipynęs su psichologine gerove, vėžio bei lėtinio skausmo kontekstuose, o tai galėtų paaiškinti įsitraukimo į veiklas svarbą (McCracken et al., 2005; Parmelee et al., 2007; Williamson & Schulz, 1995). Tuo tarpu onkologinių pacientų populiaciją nagrinėjančiuose tyrimuose tiek bendras skausmo priėmimas, tiek įsitraukimas į veiklas ir pasiryžimas skausmui yra neigiamai siejami su depresiškumu bei nerimu (Xu et al., 2019). Vėl gi šiame tyrime, neatrastos sąsajos dalinai nesutampa su ankstesnių tyrimų duomenimis. Įdomu tai, jog viename tyrime taip pat nebuvo išskiriamos reikšmingos sąsajos (Richardson et al., 2009). Vienas iš kertinių skirtumų pasireiškiančių tarp ankstesnių tyrimų, identifikuojančių reikšmingas sąsajas ir ne, yra imties dydis bei heterogeniškumas. Tyrimai neatrandantys reikšmingų sąsajų dažnai pasižymi mažesne bei mažiau reprezentatyvia, heterogeniška imtimi, o tai galėtų paaiškinti ir šiame tyrime tik dalinai pasitvirtinusias prielaidas.

Taip pat, buvo siekta įvertinti ir skausmo bei skausmo priėmimo sąsajas. Remiantis literatūra, prognozuojama, jog aukštesnis skausmo priėmimas bus siejamas su silpnesniu skausmu, t.y. neigiamas koreliacinis ryšys tarp kintamųjų. Analogiškos sąsajos numatomos ir tarp įsitraukimo į veiklas, pasiryžimo skausmui bei skausmo. Aukštesnis įsitraukimas į veiklas bei aukštesnis pasiryžimas skausmui bus siejami su silpnesniu patiriamu skausmu. Tyrimo rezultatai patvirtino numatomų sąsajų kryptį. Identifikuotas reikšmingas neigiamas ryšys tarp skausmo priėmimo ir skausmo. Kuo didesnis patiriamas skausmas, tuo mažesnis skausmo priėmimas, ir atvirkščiai, pacientai, kurių skausmo intensyvumas buvo žemesnis, demonstravo aukštesnius skausmo priėmimo rodiklius. Tokie rezultatai patvirtina literatūroje išskiriamas sąsajas tarp skausmo priėmimo ir skausmo intensyvumo (McCracken, 1998; McCracken et al., 2004; Ramírez-Maestre et al., 2014). Tačiau, ieškant sąsajų tarp atskirų skausmo priėmimo dalių ir skausmo intensyvumo, pasireiškė reikšmingas ryšys tik tarp pasiryžimo skausmui bei skausmo intensyvumo. Stipresnis ryšys buvo aptiktas tarp vidutinio jaučiamo skausmo ir pasiryžimo skausmui nei tarp skausmo ir įsitraukimo į veiklas. Tokie rezultatai sutampa su ankstesnių tyrimų rezultatais, nagrinėjančių skausmo priėmimo subskales bei susijusius faktorius atskirai (Egeli & McMillan, 2010).

Galiausiai, tam, kad giliau suprasti ryšį pasireiškiantį tarp onkologinių pacientų skausmo priėmimo bei emocinės būklės, specifiskai nerimo bei depresiškumo buvo ieškoma ne tik sąsajų, bet ir prognostinių ryšių tarp kintamųjų. Remiantis literatūra buvo prognozuojama, jog skausmo priėmimas reikšmingai nuspės nerimą bei depresiškumą. Rezultatai atskleidė, jog skausmo priėmimas yra reikšmingas nerimo bei depresiškumo prediktorius. Tokie rezultatai sutampa su ankstesniais tyrimais, atliktais lėtinio skausmo populiacijose (Vowles et al., 2014; Li et al., 2021). Kita vertus, autoriai išskiria, jog nagrinėjant skausmo priėmimo komponentus atskirai, įsitraukimas į veiklas stipresnis prediktorius nei pasiryžimas skausmui (Nicholas & Asghari, 2006; Protopapa & Senior, 2013), o šiame tyrime rezultatai yra prieštaringi - tik pasiryžimas skausmui ir bendras skausmo priėmimas reikšmingai nuspėja depresiškumą bei nerimą. Vėlgi, svarbu pabrėžti ir nagrinėjamų populiacijų skirtumus. Šiame tyrime, didžiąją dalį imties sudarė tyrimo metu hospitalizuoti onkologiniai pacientai, o tai galėjo turėti įtakos įsitraukimo į veiklas išreikštumui/ vaidmeniui nagrinėtuose ryšiuose. Taip pat, rezultatų nesutapimas gali būti siejamas ir su tam tikromis šio tyrimo imties ypatybėmis. Didžioji dalis tiriamųjų buvo vyresnio amžiaus, o remiantis literatūra vyresnio amžiaus pacientai yra linkę išskirti mažiau emocinių sunkumų bei demonstruoti aukštesnius pasiryžimo skausmui rodiklius (Nicholas & Asghari, 2006; Baker et al., 2016; Xu et al., 2019). Tuo tarpu, įsitraukimą į veiklas gali apsunkinti būtent aukštesnis tiriamųjų amžius bei kiti fiziologiniai aspektai susiję su senėjimo procesu.

4.1. Ribotumai ir tolesnių tyrimų rekomendacijos

Vienas iš pagrindinių ir tikriausiai labai akivaizdžių tyrimo limitacijų yra tyrimo imtis. Pirmiausia tiriamųjų skaičius yra per mažas, kad rezultatai galėtų būti generalizuojami ar reprezentatyvūs onkologinių pacientų populiacijoje. Taip pat, ne tik pats imties dydis yra per mažas, bet ir dalyvių pasiskirstymas pagal įvairias charakteristikas itin netolygus. Šiame tyrime didžiąją dalį imties sudarė moterys, sergančios būtent krūties vėžiu, vyrų skaičius buvo ženkliai žemesnis, todėl sunku daryti konkrečias išvadas kai nagrinėjamų konstrukto palyginimas buvo atliekamas vertinant tokias netolygias grupes. Šis ribotumas persidengia ir kitose charakteristikose, tokiose, kaip amžius, šeimyninė padėtis, tėvystė. Atsižvelgiant specifiskai į tyrimo dalyvių amžių, kuris daugelyje tyrimų išskiriamas, kaip kriterijus turintis didelę įtaką skausmo priėmimo bei kitiems emociniams rodikliams, šiame tyrime tai galėjo paveikti gautus rezultatus. Kadangi didžioji dalis tiriamųjų buvo vidutinio amžiaus, nebuvo galimas visapusiškas grupių palyginimas pagal amžių ir taip pat, ryšys tarp kitų kintamųjų galėjo būti atitinkamai silpnesnis/ stipresnis, nes vieni rodikliai su amžiumi didėja, kiti mažėja. Taip pat, nors ir

nepatiriantys skausmo tiriamieji buvo pašalinti iš galutinės tyrimo imties tai ne tik sumažino tyrimo imtį, bet ir galutinės imties tiriamieji, palyginus su kitų autorių atliktų tyrimų imtimis, kuriose skausmas taip pat buvo matuojamas nuo 0 iki 10 (pvz. Vowles et al., 2007, $M = 6,6$, $SD = 1,8$), pasižymėjo žemais skausmo rodikliais ($M = 4,52$, $SD = 2,18$). Kadangi skausmo priėmimas ir kiti nagrinėti konstruktai bei numatomi ryšiai yra itin glaudžiai susiję su lėtiniu skausmu ir jo teoriniu pagrindu, žemų skausmo rodiklių rezultate galėjo pasireikšti silpnesni arba nereikšmingi ryšiai tarp konstrukto, kurie įprastai literatūroje išskiriami kaip reikšmingai susiję tarpusavyje.

Ateityje būtų įdomu nagrinėti įvairesnę pacientų imtį bei atlikti visapusiškai platesnį tyrimą, įtraukiant daugiau informacijos apie pačią pacientų onkologinę ligą, nes tai gali turėti įtakos skausmo priėmimui. Tokia informacija, kaip vėžio stadija, taikyto gydymo efektyvumas bei gyvenimo trukmės prognozės būtų itin svarbu geresnio skausmo priėmimo onkologinių pacientų imtyje suvokimui. Tačiau, svarbu pabrėžti, jog vertingiausia veikiausiai būtų kokybinių, o ne kiekybinių tyrimų atlikimas. Kokybinis tyrimas galėtų padėti geriau suprasti bei išsiaiškinti į pacientų išgyvenamą vėžio skausmą, skausmo patirtį, su tuo susijusius jausmus, mintis bei požiūrius, vertybes. Kokybinis tyrimas taip pat būtų puiki priemonė ir identifikuojant skausmo priėmimo bei tėvystės ryšį, nagrinėjant tėvo-vaiko santykį, požiūrį į tėvystę bei individualias vertybines nuostatas. Taip pat, būtų įdomu giliau panagrinėti abipusį skausmo priėmimo bei emocinės būsenos ryšį, onkologinių pacientų tarpe, siekiant išsiaiškinti galimas ryšio kryptis.

Išvados

1. Šiame tyrime, onkologinių pacientų bendras skausmo priėmimas susijęs su lytimi:
 - a. Vyrų bendras skausmo priėmimas aukštesnis nei moterų;
 - b. Reikšmingi skirtumai tarp moterų ir vyrų atskirų skausmo priėmimo subskalių (pasiryžimo skausmui, įsitraukimo į veiklas) nebuvo identifikuoti.
2. Nustatyta, jog pasiryžimas skausmui susijęs su šeimynine padėtimi bei amžiumi:
 - a. Vyresnio amžiaus asmenų pasiryžimas skausmui didesnis nei jaunesnio amžiaus;
 - b. Pasiryžimo skausmui rodikliai reikšmingai susiję su šeimynine padėtimi;
 - c. Reikšmingų skirtumų bendrame skausmo priėmime/ įsitraukime į veiklas pagal skirtingas amžiaus/ šeimyninės padėties kategorijas nebuvo nustatyta.
3. Reikšmingas ryšys, tarp skausmo priėmimo (pasiryžimo skausmui/ įsitraukimo į veiklas) ir tėvystės, nebuvo nustatytas.
4. Skausmo priėmimas neigiamai susijęs su nerimu, depresiškumu bei skausmu:
 - a. Pasiryžimas skausmui neigiamai susijęs su nerimu, depresiškumu bei skausmu;
 - b. Reikšmingas ryšys tarp įsitraukimo į veiklas bei nerimo, depresiškumo ir skausmo nebuvo identifikuotas;
5. Bendras skausmo priėmimas prognozuoja nerimą ir depresiškumą:
 - a. Vertinant skausmo priėmimo subskales, tik pasiryžimas skausmui prognozuoja nerimą ir depresiškumą;
 - b. Įsitraukimas į veiklas neprognozuoja nerimo ir depresiškumo.

Literatūra

Arch, J. J., & Mitchell, J. L. (2016). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry. *Psychooncology*, 25(5), 610-615. doi: 10.1002/pon.3890

Bailey, K. P. (2003). Physical symptoms comorbid with depression and the new antidepressant duloxetine. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 41(12), 13–18. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-20031201-08>

Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163(20), 2433–2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>

Baker, T. A., Krok-Schoen, J. L., O'Connor, M. L., & Brooks, A. K. (2016). The influence of pain severity and interference on satisfaction with pain management among middle-aged and older adults. *Pain Research & Management*, 2016, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2016/9561024>

Breivik, H., Eisenberg, E., O'Brien, T., & OPENMinds (2013). The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC public health*, 13, 1229. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229>

Cederberg, J. T., Cernvall, M., Dahl, J., von Essen, L., & Ljungman, G. (2016). Acceptance as a Mediator for Change in Acceptance and Commitment Therapy for Persons with Chronic Pain? *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(1), 21–29. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9494-y>

Chen, M. L., Chang, H. K., & Yeh, C. H. (2000). Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. *Journal of advanced nursing*, 32(4), 944–951.

Cook, A. J., Meyer, E. C., Evans, L. D., Vowles, K. E., Klocek, J. W., Kimbrel, N. A., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2015). Chronic pain acceptance incrementally predicts disability in polytrauma-exposed veterans at baseline and 1-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.003>

Eccleston, C., Morley, S. J., & Williams, A. C. (2013). Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1),

59–63. doi: 10.1093/bja/87.1.144

Egeli, N. A., & MacMillan, P. (2011). Factors influencing Pain Willingness and Engagement. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3, 23–29. doi: 10.1111/j.1752-9824.2010.01076.x

Elliott, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, 354(9186), 1248–1252. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)03057-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)03057-3)

Elliott, T. E., Renier, C. M., & Palcher, J. A. (2003). Chronic pain, depression, and quality of life: Correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Medicine*, 4(4), 331–339. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2003.03040.x>

Elvery, N., Jensen, M. P., Ehde, D. M., & Day M. A. (2017). Pain catastrophizing, mindfulness, and pain acceptance. *Clinical Journal of Pain*, 33(6), 485–495. doi: 10.1097/ajp.0000000000000430.

Evans, S., Shipton, E. A., & Keenan, T. R. (2005). Psychosocial functioning of mothers with chronic pain: a comparison to pain-free controls. *European journal of pain (London, England)*, 9(6), 683–690. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.01.002>

Everdingen, M. H. J., Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., Kleef, M., & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*, 18(9), 1437–1449. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdm056>

Ferrell, B. R., Rhiner, M., Cohen, M. Z., & Grant, M. (1991). Pain as a metaphor for illness. Part I: Impact of cancer pain on family caregivers. *Oncology nursing forum*, 18(8), 1303–1309.

Ferrell, B. R., Grant, M., Borneman, T., Juarez, G., & ter Veer, A. (1999). Family caregiving in cancer pain management. *Journal of palliative medicine*, 2(2), 185–195. <https://doi.org/10.1089/jpm.1999.2.185>

Fish, R. A., Hogan, M. J., Morrison, T. G., Stewart, I., & McGuire, B. E. (2013). Willing and able: a closer look at pain Willingness and Activity Engagement on the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8). *The journal of pain*, 14(3), 233–245. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.11.004>

Fish, R. A., McGuire, B., Hogan, M., Morrison, T. G., & Stewart, I. (2010). Validation

of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8. *Pain*, *149*(3), 435-443. doi: 10.1016/j.pain.2009.12.016

Fox, R. S., Lillis, T. A., Gerhart, J., Hoerger, M., & Duberstein, P. (2017). Multiple Group Confirmatory Factor Analysis of the DASS-21 Depression and Anxiety Scales: How Do They Perform in a Cancer Sample? *Psychological Reports*, *121*(3), 548-565. <https://doi.org/10.1177/0033294117727747>

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, *133*(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>

Gauthier, L., Rodin, G., Zimmermann, C., Warr, D., Moore, M., Shepherd, F., & Gagliese, L. (2009). Acceptance of pain: A study in patients with advanced cancer. *Pain*, *143*, 147-54. 10.1016/j.pain.2009.02.009.

Gelezelyte, O., Kazlauskas, E., Brailovskaia, J., Margraf, J., & Truskauskaitė-Kuneviciene, I. (2021). Suicidal ideation in university students in Lithuania amid the COVID-19 pandemic: A prospective study with pre-pandemic measures. *Death Studies*, *46*(10), 2395-2403. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1947417>

González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, M. D., & Pérez-Álvarez, M. (2018). Treating anxiety and depression of cancer survivors: Behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. *Psicothema*, *30*(1), 14-20. doi: 10.7334/psicothema2017.396

Hamood, R., Hamood, H., Merhasin, I., & Keinan-Boker, L. (2018). Chronic pain and other symptoms among breast cancer survivors: prevalence, predictors, and effects on quality of life. *Breast Cancer Res Treat* *167*, 157–169. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4485-0>

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy. In A. Freeman, S. H. Felgoise, A. M. Nezu, C. M. Nezu & M. A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 1-4). New York: Guilford Press. Retrieved from: <http://www.ava-edu.net/biblioteca/wp-content/uploads/2020/08/Encyclopedia-of-Cognitive-Behavior-Therapy-Springer-US-200.pdf#page=8>

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance

and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hashemi, S. M., Hormozi, M., Allahyari, A., Anoushirvani, A., Ameri, Z., & Ghasemipour, S. (2020). The prevalence of depression, anxiety, and stress in patients with breast cancer in Southeast Iran in 2019: a cross-sectional study. *Oncology in Clinical Practice*, 16(3), 104-108. doi: 10.5603/OCP.2020.0015

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. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227-239. doi:10.1348/014466505X29657

Jensen, M. P., Smith, A. E., Alschuler, K. N., Gillanders, D. T., Amtmann, D., & Molton, I. R. (2016). The role of pain acceptance on function in individuals with disabilities: A longitudinal study. *Pain*, 157(1), 247–254. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000361>

Johnson, C. E., Bennett, K. S., Newton, J., McTigue, J., Taylor, S., Musiello, T., & Lau, P. (2018). A pilot study to assess the validity of the DASS-21 subscales in an outpatient oncology population. *Psycho-Oncology*, 27(2), 695-699. <https://doi.org/10.1002/pon.4435>

Johns, S. A., Stutz, P. V., Talib, T. L., Cohee, A. A., Beck-Coon, K. A., Brown, L. F., Wilhelm, L. R., Monahan, P. O., LaPradd, M. L., Champion, V. L., Miller, K. D., & Giesler, R. B. (2020) Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer*, 126(1), 211-218. doi: 10.1002/cncr.32518

Kalapurakkal, S., Carpino, E. A., Lebel, A., & Simons, L. (2015). “Pain Can’t Stop Me”: Examining Pain Self-Efficacy and Acceptance as Resilience Processes Among Youth With Chronic Headache. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 926-933. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu091>

Katz, J., Rosenbloom, B. N., & Fashler, S. (2015). Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(4), 160-167. doi:10.1177/070674371506000402

Keefe, F. J., Abernethy, A. P., & Campbell, L. C. (2005). Psychological Approaches to Understanding and Treating Disease-Related Pain. *Annual Review of Psychology*,

56, 601–630. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070302>

Krok, J. L., Baker, T. A., & McMillan, S. C. (2013). Age Differences in the Presence of Pain and Psychological Distress in Younger and Older Cancer Patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(2), 107-113. doi: 10.1097/NJH.0b013e31826bfb63

Laird, B.J.A., Boyd, A.C., Colvin, L.A. and Fallon, M.T. (2009), Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psycho-Oncology*, 18, 459-464. <https://doi.org/10.1002/pon.1431>

Li, H., Wong, C. L., Jin, X., Chen, J., Chong, Y. Y., & Bai, Y. (2021). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 115, 103876. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103876>

Liu, Y., Wang, L., Wei, Y., Wang, X., Xu, T., & Sun, J. (2016). Validation of a Chinese version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CAPQ) and CPAQ-8 in chronic pain patients. *Medicine*, 95(33), e4339. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004339>

Lombana, W. G. & Vidal. S. E. G. (2012). Pain and gender differences: A clinical approach. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 40(3), 207-212. doi: 10.1016/j.rcae.2012.05.006

Magee, D., Bachtold, S., Brown, M., & Farquhar-Smith, P. (2019). Cancer pain: where are we now? *Pain management*, 9(1), 63–79. <https://doi.org/10.2217/pmt-2018-0031>

Massie, M. J. (2004). Prevalence of Depression in Patients with Cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32), 57–71. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014>

McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21–27. doi: 10.1016/S0304-3959(97)00146-2.

McCracken, L.M., Spertus, I.L., Janeck, A.S., Sinclair, D., & Wetzel, F.T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain*. 80(1-2), 283-9. doi: 10.1016/s0304-3959(98)00219-x. PMID: 10204741.

McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105(1-2), 197–204. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(03\)00202-1](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(03)00202-1)

McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C., & Keefe, F. K. (2004). Acceptance and

change in the context of chronic pain. *Pain*, *109*(2), 4-7. doi: 10.1016/j.pain.2004.02.006.

McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, *107*(1), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>

McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, *118*(1), 164–169. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.015>

McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour research and therapy*, *43*(10), 1335–1346. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.10.003>

McCracken, L.M. & Vowles, K.E. (2006). Acceptance of chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, *10*, 90–94. <https://doi.org/10.1007/s11916-006-0018-y>

McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, *49*(4), 267–274. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.004>

McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *The American psychologist*, *69*(2), 178–187. <https://doi.org/10.1037/a0035623>

McCracken, L. M., Barker, E., & Chilcot, J. (2014). Decentering, Rumination, Cognitive Defusion, and Psychological Flexibility in People with Chronic Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, *37*, 1215-1225. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-014-9570-9>

McGuire, D. B. (2004). Occurrence of Cancer Pain. *JNCI Monographs*, *2004*(32), 51–56. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh015>

Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological psychiatry*, *87*, 168-182. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>

Mohabbat-Bahar, S., Maleki-Rizi, F., Akbari, M. E., & Moradi-Joo, M. (2015). Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and

depression of women with breast cancer. *Iran Journal of Cancer Prevention*, 8(2), 71-6.

Montesinos, F., & Luciano, C. (2016). Acceptance of relapse fears in breast cancer patients: effects of an ACT-based abridged intervention. *Psicooncología*, 13(1), 7-21. doi:10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52484

Mosher, C. E., Secinti, E., Li, R., Hirsh, A. T., Bricker, J., Miller, K. D., Schneider, B., Storniolo, A. M., Mina, L., Newton, E. V., Champion, V. L., & Johns, S. A. (2018). Acceptance and commitment therapy for symptom interference in metastatic breast cancer patients: a pilot randomized trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(6), 1993-2004. doi: 10.1007/s00520-018-4045-0.

Mosher, C. E., Secinti, E., Hirsh, A. T., Hanna, N., Einhorn, L. H., Jalal, S. I., Durm, G., Champion, V. L., & Johns, S. A. (2019). Acceptance and Commitment Therapy for Symptom Interference in Advanced Lung Cancer and Caregiver Distress: A Pilot Randomized Trial. *The Journal of Pain*, 58(4), 632-644. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.06.021

Nicholas, M. K., & Asghari, A. (2006). Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? *Pain*, 124(3), 269-279. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.032>

Norkiene, I., Jovarauskaite, L., Kvedaraite, M., Uppal, E., Phull, M. K., Chander, H., Halford, K., & Kazlauskas, E. (2021). 'Should I Stay, or Should I Go?' Psychological Distress Predicts Career Change Ideation among Intensive Care Staff in Lithuania and the UK Amid COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2660. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052660>

Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 39-47. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.39>

Parmelee, P. A., Harralson, T. L., Smith, L. A., & Schumacher, H. R. (2007). Necessary and Discretionary Activities in Knee Osteoarthritis: Do They Mediate the Pain-Depression Relationship? *Pain Medicine*, 8(5), 449-461. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00310.x>

Peat, G., Thomas, E., Handy, J., & Croft, P. (2004). Social networks and pain interference with daily activities in middle and old age. *Pain*, 112(3), 397-405. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.029>

Plumb Vilardaga, J. C., Winger, J. G., Teo, I., Owen, L., Sutton, L. M., Keefe, F. J., & Somers, T. J. (2020). Coping Skills Training and Acceptance and Commitment Therapy for Symptom Management: Feasibility and Acceptability of a Brief Telephone-Delivered Protocol for Patients With Advanced Cancer. *Journal of pain and symptom management*, *59*(2), 270–278. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.09.005>

Poppe, C., Crombez, G., Devulder, J., Hanouille, I., Vogelaers, D., & Petrovic, M. (2011). Personality traits in chronic pain patients are associated with low acceptance and catastrophizing about pain. *Acta clinica Belgica*, *66*(3), 209–215. <https://doi.org/10.2143/ACB.66.3.2062549>

Protopapa, E., & Senior, V. (2013). Does Pain Acceptance Predict Physical and Psychological Outcomes in Cancer Outpatients with Pain? *Health psychology research*, *1*(3), e35. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e35>

Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2014). The Role of Sex/Gender in the Experience of Pain: Resilience, Fear, and Acceptance as Central Variables in the Adjustment of Men and Women With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, *15*(6), 608–618. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.02.006>

Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López-Martínez, A. (2014). Fear-avoidance, pain acceptance and adjustment to chronic pain: a cross-sectional study on a sample of 686 patients with chronic spinal pain. *Annals of Behavioral Medicine*, *48*(3), 402–410. doi: 10.1007/s12160-014-9619-6.

Richardson, E. J., Ness, T. J., Doleys, D. M., Baños, J. H., Cianfrini, L., & Richards S. J. (2009). Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain: catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. *Pain*, *147*(1), 147–152. doi: 10.1016/j.pain.2009.08.030.

Rost, A. D., Wilson, K., Buchanan, E., Hildebrandt, M. J., & Mutch, D. (2012). Improving psychological adjustment among late-stage ovarian cancer patients: Examining the role of avoidance in treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(4), 508–517. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.003>

Rovner, G. S., Arestedt, K., Gerdle, B., Borsbo, B., & McCracken, L. M. (2014). Psychometric properties of the 8-item Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8) in a Swedish Chronic pain cohort. *Journal of rehabilitation Medicine*, *46*(1), 73–80. doi:

10.2340/16501977-1227

Rovner, G. S., Sunnerhagen, K. S., Björkdahl, A., Gerdle, B., Börsbo, B., Johansson, F., & Gillanders, D. (2017). Chronic pain and sex-differences; women accept and move, while men feel blue. *PloS one*, *12*(4), e0175737.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175737>

Ruano, A., Garcia-Torres, F., Gálvez-Lara, M. & Moriana, J. A. (2021). Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, *63*(5), 505-520.

10.1016/j.jpainsymman.2021.12.021.

Singh, R. P., Singh, H., Singh, C. J., & Kaur, K. T. (2015). Screening of Psychological Distress in Cancer Patients During Chemotherapy: A Cross-sectional Study. *Indian journal of palliative care*, *21*(3), 305–310. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.164887>

Snijders, R. A. H., Brom, L., Theunissen, M., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. J. (2023). Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Cancers*, *15*(3), 591. <https://doi.org/10.3390/cancers15030591>

Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1983). Pain in metastatic breast cancer. *Cancer*, *52*(2), 341–345. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19830715\)52:2<341::aid-cncr2820520227>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19830715)52:2<341::aid-cncr2820520227>3.0.co;2-g)

Strang, P. (1998). Cancer Pain - A Provoker of Emotional, Social and Existential Distress. *Acta Oncologica*, *37*(7-8), 641-644. doi: 10.1080/028418698429973

Summers, J. D., Rapoff, M. A., Varghese, G., Porter, K., & Palmer, R. E. (1991). Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain*, *47*(2), 183–189. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90203-A](https://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90203-A)

Truskauskaite-Kuneviciene, I., Brailovskaia, J., Margraf, J. & Kazlauskas, E. (2021). Evidence on Resilient Initial Response to COVID-19 Pandemic Among Youth: Findings From the Prospective Study of Mental Health in Two European Countries. *Emerging Adulthood*, *9*(5), 1-10. <https://doi.org/10.1177/21676968211031120>

Turk, D. C., Wilson, H., & Swanson, K. S. (2011). The biopsychosocial model of pain and pain management. In M. Ebert & R. Kerns (Eds.), *Behavioral and Psychopharmacologic Pain Management*, (pp. 16-43). Cambridge University Press.

Turk, D. C. (2002). Remember the distinction between malignant and benign pain?

Well, forget it. *The Clinical journal of pain*, 18(2), 75–76. <https://doi.org/10.1097/00002508-200203000-00001>

Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 678–690. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.3.678>

Velikova, G., Selby, P. J., Snaith, P. R., & Kirby, P. G. (1995). The relationship of cancer pain to anxiety. *Psychotherapy and psychosomatics*, 63(3-4), 181–184. <https://doi.org/10.1159/000288957>

Vowles, K.E., McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11(7), 779–87. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.12.007

Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: the mediating effects of acceptance. *Official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(2S), S136–S143. <https://doi.org/10.1037>

Vowles, K.E., McCracken, L.M., & O'Brien, J.Z. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 748–55. doi: 10.1016/j.brat.2011.08.002

Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: evidence of mediation and clinically significant change following an abbreviated interdisciplinary program of rehabilitation. *The Journal of Pain*, 15(1), 101-13. doi: 10.1016/j.jpain.2013.10.002.

Wells-Di Gregorio, S. M., Marks, D. R., DeCola, J., Peng, J., Probst, D., Zaleta, A., Benson, D., Cohn, D. E., Lustberg, M., Carson, W. E., & Magalang, U. (2019). Pilot randomized controlled trial of a symptom cluster intervention in advanced cancer. *Psycho-oncology*, 28(1), 76–84. <https://doi.org/10.1002/pon.4912>

Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Hayes, S. C. (2010). Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain following whiplash. *European Journal of Pain*, 14(10), 1059-1070. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.05.001

Williamson, G. M., & Schulz, R. (1995). Activity restriction mediates the association between pain and depressed affect: A study of younger and older adult cancer patients. *Psychology and Aging, 10*(3), 369–378. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.10.3.369>

Woo A. K. (2010). Depression and Anxiety in Pain. *British Journal of Pain, 4*(1), 8–12. <https://doi.org/10.1177/204946371000400103>

Xu, X., Ou, M., Xie, C., Cheng, Q., & Chen, Y. (2019). Pain Acceptance and Its Associated Factors among Cancer Patients in Mainland China: A Cross-Sectional Study. *Pain research and management, 3*, 1-7. doi: 10.1155/2019/9458683

Zaza, C., & Baine, N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. *Journal of pain and symptom management, 24*(5), 526–542. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00497-9](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00497-9)

Zeppetella, G., O'Doherty, C. A., & Collins, S. (2000). Prevalence and characteristics of breakthrough pain in cancer patients admitted to a hospice. *Journal of pain and symptom management, 20*(2), 87–92. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(00\)00161-5](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(00)00161-5)