

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra

Sandra Birbilaitė

Psichologijos studijų programa

Magistro darbas

**Progresavimo ir lėtinio skausmo priėmimas
sergant onkologine liga**

Darbo vadovas: doc. dr. Rūta Sargautytė

Vilnius 2007

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
ĮVADAS	6
1. Onkologinių susirgimų psichologiniai ypatumai	7
1.1. Diagnozės sužinojimo psichologinės pasekmės	7
1.2. Onkologinių pacientų poreikiai	7
1.3. Onkologinės ligos trauminė patirtis	9
1.4. Onkologinės ligos progresavimo psichologiniai padariniai	10
2. Onkologinio skausmo problematika	12
3. Priėmimas kaip prisitaikymo prie onkologinės ligos būdas	13
3.1. Progresuojančios ligos ir skausmo priėmimo fenomenas	13
3.2. Prisitaikymas prie onkologinės ligos	15
3.3. Kognityviniai veiksniai, prisitaikymo prie onkologinės ligos procese	16
3.4. Onkologinės ligos ir skausmo įveikos reikšmė prisitaikymui	21
4. Darbo tikslas, uždaviniai, hipotezės	25
TYRIMO METODIKA	26
1. Tiriamieji	26
2. Tyrimo metodai	36
3. Tyrimo eiga	30
REZULTATAI	31
1. Prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdai	31
2. Prisitaikymo prie ligos progresavimo ir lėtinio skausmo būdų ryšys su kognityvinėmis schemomis, ligos ir skausmo įveika bei psichopatologine simptomatika.	42
3. Kognityvinių schemų ryšys su ligos ir skausmo įveika, gyvenimo kokybe bei psichopatologine simptomatika, ligos ir skausmo įveika	45
4. Lėtinio skausmo priėmimo ryšys su gyvenimo kokybe ir psichopatologine simptomatika	52
REZULTATŲ APTARIMAS	54
IŠVADOS	72
LITERATŪROS SĄRAŠAS	73
PRIEDAI	81

Padėka

Esame dėkingi VULOI direktoriui K.Valuckui už leidimą atlikti tyrimus jo vadovaujamoje institucijoje. Už nuoširdų bendradarbiavimą dėkojame Chemoterapijos ir Radioterapijos skyrių vedėjams, gydytojams, medicinos seserims. Labai dėkojame visiems ligoniams savanoriškai sutikusiems dalyvauti tyrime.

Nuoširdžiai dėkojame B. Fife ir F. Keefe, M. Watson ir L.M. McCracken, kurie padovanojo metodikas ir sutiko, kad jos būtų išverstos ir naudojamos tyrime. Labai dėkojame šiems autoriams už jų atsiustą medžiagą, konsultacijas, parėmimą „Psichoonkologijos“ žurnalo leidiniais.

Ypatingai dėkojame už nuoširdų bendradarbiavimą VUL Santariškių Klinikų Onkologijos Centro vadovei gyd. Irenai Povilonienei už jos konsultacijas, pagalbą aptariant medicininius klausimus bei padovanotas ilgas valandas aptariant tiriamuosius, pasidalinant ilgamete savo darbo su onkologiniais ligoniais patirtimi ir išvaigomis. Taip pat dėkojame VUL Santariškių Klinikų gyd. Valdui Pečeliūnui už jo konsultacijas mediciniais klausimais.

Magistrantė labai dėkinga socialinių mokslų daktarei Aistei Diržytei už jos nuoširdų palaikymą, paskatinimą, daugkartines konsultacijas ir optimizmo įkvėpimu.

Ypatinga padėka medicinos psychologėms Marijai Turlinskienei ir Almai Macilevičiūtei už jų pagalbą atliekant ekspertų vaidmenį koduojant tiriamąją medžiagą, esu begalo dėkinga už jų kantrybę ir ryžtą, begalinį palaikymą ir paskatinimą.

Labiausiai magistrantė dėkinga doc. dr. Rūtai Sargautytei už rūpestingą vadovavimą šiam darbui.

SANTRAUKA

Progresavimo ir lėtinio skausmo priėmimas sergant onkologine liga

Šio tyrimo tikslas nustatyti onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos ypatumus bei nustatyti prisitaikymo būdų ryšius su kognityvinėmis schemomis, gyvenimo kokybe, psichopatologine simptomatika, ligos ir skausmo įveika. Kėlėme hipoteze, kad onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos bei lėtinio skausmo būdai bus skirtingi, tarp jų bus ir progresuojančios onkologinės ligos priėmimas. Taip pat tikėjomės, kad yra ryšys tarp adaptyvių kognityvinių schemų bei aukštesnės gyvenimo kokybės, aktyvių ligos ir skausmo įveikos būdų.

Ištyrėme 38 onkologinius pacientus, besigydančius VUL Onkologijos Institute Radioterapijos ir Chemoterapijos skyriuose, VUL Santariškių Klinikų Hematologijos ir Onkologijos Centre. Tyrime naudojome pusiau struktūruoto interviu metodiką, Prielaidų apie pasaulį klausimyną (Janoff–Bulman, 1989), Potrauminio augimo įvertinimo metodiką (Tedeschi, Calhoun, 1996), Prasmės priskyrimo skalę (Fife, 1994), Gyvenimo kokybės klausimyną EORTC QLQ-C30 (Fayers ir kt. 2001), Įvykio poveikio skalę – revizuota (IES-R) (Kazlauskas ir kt., 2006), Beck depresijos inventorių (Beck, 1996), Psichologinio prisitaikymo prie vėžio skalę (Watson, Greer 1986), Įveikos strategijų klausimyną (Rosenstiel, Keefe, 1983), Lėtinio skausmo priėmimo klausimyną (McCracken ir kt., 2004).

Nustatėme, kad onkologiniai pacientai skirtingai prisitaiko prie progresuojančios onkologinės ligos: 23,7 proc. pacientų yra priėmę onkologinės ligos progresavimą – Gyvenantys „Čia ir dabar“; 18,4 proc. įsitikinę, kad jų liga gali būti kontroliuojama – „Derybininkai“; 18,4 proc. tiki, kad jų liga gali būti pagydyta - „Nusiteikę pasveikti“; 7,9 proc. suvokiantys, kad jų liga grėsminga, bet tiki, kad įvyks stebuklas ir jie pasveiks – „Laukiantys stebuklo“; 31,6 proc. tiki, kad jų liga reiškia skausmingą ir greitai priartėsančią mirtį – „Nusiteikusieji mirti“. Priėmę progresuojančios onkologinę ligos situaciją (Gyvenantys „Čia ir dabar“) pacientai gyvena diena po dienos, jų planai susiję su dabartimi, nekelia klausimo kodėl jie susirgo, palaiko darną su savimi, Dievu ir aplinkiniais, save tausoja fiziškai ir psichologiškai. Šiai grupei būdingas potrauminis augimas, pasiklivimas pasaulio palankumu, mažiau būdinga pasyvi skausmo ir ligos įveika. Tyrimo metu gauti duomenys patvirtino, kad neadaptyvus prisitaikymas prie onkologinės ligos susijęs su psichopatologine simptomatika, blogesne gyvenimo kokybe bei pasyvia ligos ir skausmo įveika.

SUMMARY

Cancer patients' acceptance of advanced disease and chronic pain

The aim of this research was to explore the particular aspects of patients' adjustment to advanced cancer disease and to determine the relations between the ways of adjustment, cognitive schemata, life quality, psychopathology and the strategies of cancer and pain coping. We hypothesized that the ways cancer patients adjust to advanced cancer disease and chronic pain would be different and would include the acceptance of advanced cancer disease; we expected to determine the relations between adaptive cognitive schemata, better life quality and the active strategies of cancer and pain coping as well.

We have investigated 38 cancer patients hospitalized at the Department of Radiotherapy and Chemotherapy of Vilnius University Oncology Hospital and at the Department of Hematology and Oncology of Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos. The approach of the half-structured interview, Word Assumption Scale (Janoff-Bulman, 1989), Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi, Calhoun, 1996), Meaning Constructed Scale (Fife, 1994), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30, Fayers et al., 2001), Impact of the Event Scale – Revised (IES-R) (Kazlauskas ir kt., 2006), Beck Depression Inventory (Beck, 1996), Mental Adjustment to Cancer Scale (Watson, Greer 1986), The Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel, Keefe, 1983), Chronic Pain Acceptance Questionnaire (McCracken et al., 2004) have been applied in the investigation work.

We found that the ways the cancer patients adjusted to advanced cancer disease were different: 23.7 % of patients, the group Living "Here and Now", had accepted cancer disease progression; 18.4 % of patients, the group of "Negotiators", were convinced that their disease could be controlled; 18.4 % of patients, the group "Waiting for Recovery", believed that their disease could be treatable; 7.9 % of patients, the group "Waiting for a Miracle", perceived their disease as threatening but believed in a miracle and recovery; 31.6 % of patients, the group "Waiting for Death", believed that their disease indicated a painful and imminent death. The patients who were Living "Here and Now" and had accepted cancer disease progression were living day after day; had plans related to their present situation; did not raise questions why they had fallen ill, maintained coherence with self, God and other people, tended to spare themselves both physically and psychologically. The group characteristics were posttraumatic growth and world benevolence, while the passive strategies of cancer and pain coping were less characteristic. The data of the research have confirmed that non-adaptive adjustment to an oncologic disease (the group "Waiting for Death") could be related to psychopathology, lower self-esteem, lower life quality and the passive strategies of cancer and pain coping.

**„Liga – paspirtis, paskatinimas, praregėjimas
ir našta – visko tame žodyje įdėčiau, labai daug spalvų..“
Tiriamoji Daiva**

Paskutiniu metu sergamumas onkologinėmis ligomis labai išaugo. Remiantis Vėžio Registro duomenimis, Lietuvoje kasmet yra užregistruojama vidutiniškai 18 000 naujų onkologinių susirgimų atvejų, nuo onkologinių ligų kasmet miršta 8 000 pacientų. Vidutiniškai 75-iuose proc. šeimų bent vienas iš narių sirgo ar sirgs onkologine liga (Prokop ir kt., 1991). Nepaisant to, kad daugiau nei 50 proc. susirgusiųjų onkologine liga pagydomi, kol kas ši liga lieka labiausiai bauginanti viso pasaulio žmones.

Mirtingumas nuo onkologinės ligos yra antra pagal dažnumą mirties priežasčių. Viena iš dažniausių baimių, lydinčių onkologinės ligos diagnozę - mirties baimė. Dažnas onkologinės ligos simptomas - skausmas, nuolatinį skausmą ligai išplitus patiria iki 80 proc. pacientų (Skarin ir kt., 2002). Nors teigiama, kad galima visiškai onkologinio skausmo kontrolė, tačiau skausmas sėkmingai kontroliuojamas tik 49 proc. sergančiųjų. Skausmas – daugiadimensinis reiškinys. Daugybė per paskutinius porą dešimtmečių atliktų tyrimų įrodė, kad skausmo jutimą įtakoja ne tik biologiniai, bet ir psichologiniai, socialiniai, dvasiniai veiksniai. Esant progresuojančiai onkologinei ligai, sergančiajam tenka susitaikyti ne tik su sveikatos praradimu, fizinio funkcionavimo pablogėjimu, ligą lydinčiu skausmu, bet ir psichologiškai prisitaikyti prie ligos progresavimo ir suvokimo apie grėsmingai artėjančią mirtį. Prisitaikymą prie onkologinės ligos lemia įvairūs kognityviniai veiksniai: ligos vaizdas, žmogaus įsitikinimai apie pasaulį, save, žmones, (ne)sugebėjimas rasti naudą ir prasmę esant gyvybei grėsmingai ligos situacijai.

Vis dar mažai žinoma apie išgyvenamus psichologinius aspektus esant onkologinės ligos progresavimui (Oh ir kt., 2004). Taigi, šioje srityje yra dar daug neatsakytų klausimų: ar įmanomas efektyvus prisitaikymas prie progresuojančios onkologinės ligos esant lėtiniam skausmui? Jei taip, tai koks? Ar įmanoma suskirstyti onkologinius pacientus pagal prisitaikymo būdus esant onkologinės ligos progresavimui? Jei taip, tai kuo šie prisitaikymo būdai skirtingi? Kokios kognityvinės schemos, įsitikinimai bei kokia naudojama įveika padeda prisitaikyti prie ligos progresijos? Atsakymai į šiuos klausimus padėtų organizuoti efektyvesnę ir savalaikę pagalbą pacientams su progresuojančiomis onkologinėmis ligomis.

Per pastaruosius 10 metų Lietuvoje daugėja psichologinių tyrimų su onkologiniais pacientais: psichoimunologiniai tyrimai (A. Diržytė, 2001), kognityvinių ypatumų ir įveikos ryšių tyrimai (J. Janulevičiūtė, 2000; N. Riliškytė, 2000) ir kt. Tai labai svarbu, nes kol kas, nepaisant didelių sergančiųjų ir mirštančiųjų nuo onkologinės ligos pacientų skaičių, medicininėse įstaigose dirbančių su onkologiniais pacientais psichologų palyginti yra mažai. Taip yra dar ir todėl, kad medicininės įstaigos pakankamai lėtai įgyvendinama komandinio darbo idėja. Moksliniai psichologiniai tyrimai gali labiau padėti medicinos srities atstovams suprasti psichologinės pagalbos svarbą onkologiniams pacientams, bei psichologų reikšmę komandiniame darbe.

1. Onkologinių susirgimų psichologiniai ypatumai

1.1. Diagnozės sužinojimo psichologinės pasekmės

Dažnai, sužinoję onkologinės ligos diagnozę, pacientai išgyvena krizę (Spiegel, 1990). Laikoma, jog emocinis distresas – normali reakcija į tokį sukrečiantį įvykį (Massie, Popkin, 1998). Iki diagnozės, laukiant galimų tyrimų atsakymų bei sužinojus onkologinės ligos diagnozę, žmonės išgyvena įvairias reakcijas. Laikotarpis iki diagnozės sužinojimo gali būti suskirstytas į 3 etapus. Pirmas – atradimo etapas, kai žmogus ar sveikatos specialistas pastebi onkologinės ligos simptomus. Asmuo, kuriam įtariama liga, pradeda nerimauti. Antras – tyrimų, diagnostinis etapas: dauguma pacientų teigia, kad tai vienas iš didžiausių stresą sukeliančių momentų. Paskutinis – diagnozės etapas, kurio metu pacientai išgyvena daugybę įvairiausių jausmų (Prokop ir kt., 1991). Dažna pirma reakcija į onkologinės ligos diagnozę yra šokas bei netikėjimas, diagnozės neigimas (Prokop ir kt., 1991; Massie, Popkin, 1998, Holland 1998). Praėjus pirminiam šokui, kartais po pakartotinio ištyrimo paprastai pacientai priima, kad jie susirgo onkologine liga ir išgyvena dalį ar net visas iš išvardintų emocijų: nerimą, liūdesį, beviltiškumą, pyktį, kaltę (Prokop ir kt., 1991; Massie, Popkin, 1998). Pirminis momentas po diagnozės sužinojimo pasižymi sumaištimi ir chaotišku jausmų ir minčių buvimu (Holland, 1998). Taip pat dažnas yra sąstingis, atbukimas, besikeičiantis su stiprios emocinės sumaišties momentais („tai negalėjo nutikti man“) (Moorey, Greer, 2005). Išskylą egzistenciniai klausimai: „Kodėl tai nutiko man?“, „Kas dabar svarbu gyvenime?“, „Ar aš mirsiu?“. Iš kognityvinės perspektyvos t.y. bazinių įsitikinimų apie save, pasaulį ir ateitį, žvelgiant – sukrėtimo pasekmė susidūrus su mirties grėsme (Spiegel, Bloom, Yalom, 1981; Spiegel, Yalom, 1978). Iš pradžių sunku suvokti kas vyksta. Paprastai stipri emocinė reakcija praeina po 7-14 dienų (Holland, 1998). Einant savaitėms, mėnesiams po onkologinės diagnozės sužinojimo pacientai turi atsakyti į tris pagrindinius su liga susijusius klausimus: 1) Kiek rimta yra grėsmė?; 2) Ką aš galiu padaryti?; 3) Kokia yra prognozė? (Moorey, Greer, 2005).

Autoriai Coward, Kahn (2004) tęstinai, 3 etapais, tirdami onkologinių pacientų reakcijas nustatė, kad iškart po diagnozės sergantieji vėžiu išgyveno šoką, mirties baimę, vienišumą, kas skatino juos ieškoti socialinės informacijos bei paramos. Praėjus 4-7 mėnesiams po diagnozės, nors pacientai jautė mažesnę baimę bei labiau priėmė savo pasikeitusią savastį, jie vis dar pabrėžė socialinio palaikymo svarbą ir bijojo, kad liga gali atsinaujinti ar progresuoti, kai kurie pacientai šiuo laikotarpiu minėjo apie pasikeitusias vertybes, kurios paskatino elgesio pasikeitimus, pasikeitęs požiūris ir elgesys praplėtė savęs suvokimo ribas. Praėjus 14 - 18 mėnesių po diagnozės sergantieji vėžiu ieškojo būdų, kaip išvengti ligos atsinaujinimo, pasikeitė savęs suvokimas bei pacientai minėjo pasikeitusius prioritetus bei santykius, dėl išgyventos ligos situacijos (Coward, Kahn, 2004).

1.2. Onkologinių pacientų psichologiniai poreikiai

Socialinio palaikymo poreikis. Susirgus onkologine liga socialinė izoliacija yra lyg dar viena mirties metafora. Mes dažnai suvokiame mirtį, kaip buvimą vienam, atskirtam nuo šeimos ir draugų, dėl to socialinė izoliacija tik dar labiau sustiprina mirties nerimą. Žmonės susirgę onkologine liga gali pasijusti izoliuoti ne tik dėl jų fizinės sveikatos ar gydymo, jų gali imti vengti ir aplinkiniai asmenys. Iš vienos pusės

susirgę onkologine liga asmenys jaučiasi išplėsti iš jiems įprastos rutinos. Iš kitos pusės, jie primena draugams ir netgi šeimos nariams apie jų pačių mirtingumą, kas sukelia baimę (Spiegel, 1989). Dauguma pacientų tik sužinoję apie onkologinę ligą išsyk kreipiasi į kitus žmones ar Dievą paramos ir informacijos, kuri sumažintų baimę, paniką ir vienatvę (Coward, Kahn, 2004).

Dauguma autorių teigia, kad toks stresą sukėlęs įvykis, kaip onkologinė liga, daro įtaką socialiniams santykiams (Carver, 1998; Spiegel, 1989; Baider ir kt. 2002). Iš esmės socialiniai santykiai arba pagerėja arba pablogėja, bet retai kada išlieka tokie patys (Spiegel, 1989). Visų pirma, onkologinė liga yra didelis išbandymas santykiams, ypač sutuoktinių, partnerių. Vienam iš sutuoktinių susirgus, atsiranda daug neapibrėžtumo ir prarandamas stabilumas, sutuoktiniai svyruoja tarp aukšto ir vidutinio psichologinio distreso lygio kol išmoksta prisitaikyti prie ligos (Baider ir kt., 2002). Jei žmogus, patyręs trauminį įvykį suvokia, kad aplinkinių pagalba jam yra prieinama, jog aplinkiniais jis gali pasikliauti, tai santykiai gali keistis į gerąją pusę. Asmuo išgyvens padidėjusį saugumo jausmą tokiuose ar net apskritai visuose santykiuose (Carver, 1998). Adekvati socialinė parama susijusi su prasmės ieškojimu bei mažesniu įkyrių minčių pasireiškimu, savo ruožtu pagerina onkologinių pacientų psichinį funkcionavimą (Roberts, Lepore, Helgeson, 2005). Onkologinės pacientės, kurios suvokia savo vyrus kaip labiau palaikančius, turi mažiau prisitaikymo problemų ir išgyvena žemesnį psichologinį distresą (Baider ir kt., 2002).

Egzistenciniai ir dvasiniai poreikiai. Onkologinės ligos diagnozė ne tik yra išbandymas fizinei ir emocinei žmogaus savijautai, bet sutrikdo ir žmogaus dvasinę pusiausvyrą. Dažnai onkologiniai pacientai, susirgę išgyvena egzistencinę krizę bei sumaištį. Ypatingai esant blogai onkologinės ligos prognozei, pacientai susiduria su gyvenimo kokybės, prasmės, skausmo, kančios dilema (Norum, Risberg, Solberg, 2000). Kai žmogus susiduria su neišvengiama mirtimi ypač padeda religinis požiūris, praktika, įsitikinimai. Pastaruosius pora dešimtmečių nemažai tyrėjų (Coward, Kahn, 2004; Moadel ir kt., 1999; Norum ir kt., 2000) tyrė dvasinę bei religinę onkologinės ligos pusę bei dvasinių aspektų įtaką prisitaikant prie onkologinės ligos.

Vyrauja nuomonė, kad dvasingumas arba religingumas pagerina prisitaikymą prie ligos, nes padeda rasti prasmę ir sustiprina viltį išgyventi (Musick ir kt., 1998; Norum, Risberg, Solberg, 2000; Coward, Kahn, 2004). Pasitikėjimas Dievu padeda įveikti baimę ir vienatvę (Coward, Kahn, 2004). Ypatingai didelis tikinčiųjų skaičius yra tarp progresuojančia onkologine liga sergančių žmonių. Nors kaip teigia autoriai, susidūrus su progresuojančia onkologine liga tikėjimas tampa aktualesnis, negu, kai liga yra tik nustatoma (Norum, Risberg, Solberg, 2000). Norum, Risberg, Solberg (2000) apklausė 20 pacientų sergančių neišgydoma onkologine liga ir rado, kad 85 proc. sergančiųjų teigė tikintis Dievu, 75 proc. kasdien meldėsi, nors tik 30 proc. iš jų teigė jaučiantys vidinį ryšį su Dievu. Beje, šių autorių duomenimis didžioji dauguma pacientų esančių išėities stadijoje norėjo kalbėti apie tikėjimą. Kiti autoriai (Moadel, ir kt. 1999) gavo panašius duomenis tirdami apskritai onkologinius pacientus, ne vien tik gyvenančius su neišgydoma liga. Moadel ir kt. (1999) apklausdami onkologinius pacientus apie jų poreikius nustatė, kad nuo 25 iki 50 proc. onkologinių pacientų teigia, jog jie nepatenkina savo dvasinių ir egzistencinių poreikių bei, kad jiems reiktų pagalbos: įveikti baimes (51 proc.), rasti viltį (42 proc.), gyvenimo prasmę (28 proc.)

bei dvasinius resursus (39 proc.). Taip pat sergantieji norėtų su kuo nors pasikalbėti apie sielos ramybę (43 proc.), gyvenimo prasmę (28 proc.), mirtį ir mirimą (25 proc.).

1.3. Onkologinės ligos trauminė patirtis

Filosofai dažnai kalba apie „ribinius potyrius“ – tai netikėti dalykai, kurie mus išmeta iš „kasdieniškumo“ ir dėmesį prikausto prie pačios „būties“. Pats stipriausias ribinis patyrimas yra susidūrimas su savo paties mirtimi (Yalom, 2005). Tokios sunkios ligos diagnozė kaip kad vėžys, dažnai laikoma krize. Yra nemažai tyrimų, kurie tiria onkologinę ligą remdamiesi krizių teorija (Ward ir kt., 1992; Sprangers ir kt., 2002).

Traumos modelis. Bene įtakingiausias traumos modelis yra Horowitz'o (1997), jis teigia, kad reakciją į traumuojančią įvykį yra procesas, vykstantis tam tikromis stadijomis: įvykis, pirminė reakcija (šauksmas), neigimas, invazija, perdirbimas, užbaigimas. Kiekvienas žmogus, išgyvenęs trauminius įvykius, patiria šias reakcijas į traumą ir tai yra normalios reakcijos. Sutrikus vienam iš šių etapų galimi psichologiniai sutrikimai. Mes turime vidinius modelius ar schemas ir naujus dirgiklius turime integruoti į turimas schemas. Pagal Horowitz modelį potrauminio streso sutrikimas susiformuoja dėl žmogaus nesugebėjimo integruoti informaciją į anksčiau turėtas kognityvines schemas apie save, pasaulį ir kitus žmones. Potrauminiai streso sutrikimo simptomai gali pasireikšti kaip normalus procesas, kai schemų peržiūrėjimas ir adaptavimas sutrinka (Horowitz, 1997; pgl. Kazlauskas, 2006).

Potrauminio streso sutrikimo simptomai yra: *invazija* – užplūstantys prisiminimai sapnų, košmarų, įkyrių minčių, blyksnių pavidalu; *vengimas* – žmogus stengiasi atsiriboti nuo traumuojančio patyrimo, nuo prisiminimų, užuominų, emociškai atbunka; *padidintas dirglumas* – atsirandantis dėl nuolat pasikartojančio įvykio išgyvenimo ir vengimo, gali atsirasti kaip miego sutrikimai ar pykčio proveržiai (TLK – 10, 1997).

Įkyrios ar vengiančios mintys atspindi aktyvaus apdorojimo darbą ir atlieka viena kitą papildantį vaidmenį, kuris padeda su trauma susijusiai medžiagai patekti į sąmonę bei atitinkamai atsiriboti nuo jos (Horowitz, 1986; pgl. Harper ir kt., 2007). Įkyrios mintys parodo, jog nėra įvykęs pilnas kognityvinis apdorojimas, reiškiantis, kad asmuo dar nėra kognityviai prisitaikęs prie stresą sukėlusio įvykio (Lepore ir kt., 1996; Lepore, 1997). Neužbaigtas apdorojimas bei nesėkmė integruoti arba išspręsti emocinę traumos pusę gali baigtis tuo, kad invazijos simptomai ar vengimas taps lėtiniu, kad bus psichologinio distreso padariniu.

Potrauminė simptomatika onkologinių pacientų tarpe. Onkologinės ligos keliamą grėsmę skiriasi nuo kitų grėsmių, kurios sukelia PTSS. Skirtingai nuo įprastų traumos tyrimų, įkyrios mintys daugeliui onkologinių pacientų greičiau susijusios su grėsme ateityje, nei buvusia praeityje (Brennan, 2001). Apie išgyvenamą galimą grėsmę panašiai kalba ir kiti autoriai (Somerfield, Stefanek, Smith, Padberg, 1999), jie teigia, kad „somatinis distresas“ (nuolatinis susirūpinimas dėl fizinių simptomų ir baimė dėl ligos atsinaujinimo) yra beveik universalus tarp onkologinių pacientų. Psichotraumatologijoje šiuo metu vyksta nemažai diskusijų ar galima onkologinę ligą tyrinėti kaip traumą, nes abejojama, ar ji priskiriama trauminiam išgyvenimams (Weiss, 2004; Weiss, 2005; pgl. Kazlauskas, Gailienė, Domanskaitė-Gota, Trofimova, 2006). Net DSM-IV ir TLK- 10 yra pateikiami skirtingi traumuojančios įvykiai, kurie gali

sukelti potrauminį streso sutrikimą. DSM-IV prie traumuojančių įvykių priskiria mirtinos ligos diagnozę, priešingai, TLK- 10 sunkią fizinę ligą laiko tik stresiniu gyvenimo įvykiu, dėl kurio gali kilti prisitaikymo sunkumų, o ne PTSS (Weisæt, 2004).

Paskutinį dešimtmetį ėmė daugėti tyrimų (Manne, Glassman, Hamel, 2000; Matsuoka ir kt., 2002) bandančių nustatyti, kaip onkologinių pacientų potrauminio streso simptomai susiję su psichologiniu distresu bei psichologiniu prisitaikymu prie ligos. Tyrimais rasta, kad yra ryšys tarp pacientų sergančių onkologine III ir IV stadijos liga įkyrių minčių ir vėliau pasireiškiančio psichologinio distreso, kuris anot autorių, gali būti sąlygotas onkologinių pacientų pastangų išvengti galvojimo apie ligą, bandymo išvengti onkologinės patirties prisiminimų (Manne, Glassman, Hamel, 2000).

Nors laikoma, kad yra adaptyvi, laikina strategija, kuri padeda palaikyti suprantamą psichinį pasaulio modelį (Watson ir kt., 1984; Holland, 1998), tačiau ši strategija gali būti neadaptyvi ligai užsitęsus ilgą laiką, nes neleidžia priimti naujos informacijos į esamą prielaidų apie pasaulį schemą (Brennan, 2001). Taigi, vengimas yra neadaptyvus esant labiau grėsmingai onkologinei ligai, kai yra mažiau tikėtinos teigiamos medicininės pasekmės ir liga yra lėtinė (pvz. esant progresuojančiai onkologinei ligai). Nors susirgti pirmų stadijų onkologine liga, taip pat gali būti traumuojantis patyrimas, šiuo atveju gydymo laikas yra ribotas ir su daug didesne tikimybe pasveikti, dėl to vengimas čia neturi reikšmingos įtakos (Manne, Glassman, Hamel, 2000). Kiti tyrimai patvirtino, kad yra teigiamas ryšys tarp su onkologine liga susijusios emocinės išraiškos ir teigiamo psichologinio prisitaikymo (Stanton ir kt., 2000), kai tik randama įvykio prasmė, įkyrios mintys ir jas lydintis poreikis ieškoti prasmės sumažėja (Roberts ir kt., 2005). Matsuoka ir kt. (2002) nerado reikšmingo ryšio tarp įkyrių minčių ir psichologinio distreso praėjus 3-4 metams po krūties operacijos. Tačiau rado, kad yra ryšys tarp įkyrių minčių bei blogesnio psichologinio prisitaikymo (rastas ryšys tarp įkyrių minčių bei aukšto nerimo užvaldymo lygio, matuojant Watson ir Greer pateikta Psichologinio prisitaikymo prie vėžio ligos skale).

Nors yra abejojama dėl PTSS priskyrimo onkologinėms ligoms, mes savo darbe laikysime, kad žinojimas, jog sergi nepagydoma (progresuojančia) onkologine liga yra traumuojantis išgyvenimas, kurio ypatingai svarbus, traumuojantis bruožas - mirties neišvengiamumas ateityje. Mes nesistengsime nustatyti potrauminio sutrikimo simptomų paplitimą onkologinių ligonių su progresuojančia liga tarpe, tačiau šių simptomų įverčių ir depresijos rezultatus laikysime psichopatologine simptomatika, turinčia ryšį su progresuojančios ligos priėmimu, prisitaikymu prie jos bei įveika.

1.4. Onkologinės ligos progresavimo psichologiniai padariniai

Ligos progresavimas yra apibrėžiamas kaip vienos ar kelių vietų naviko masės padidėjimas daugiau nei 25 proc. arba atsiradus naujų organų pažeidimams (Casciato, 2005). Vėžinės ląstelės gamina ezminus, kurie patenka į kraują ir limfinius kanalus ir gali išplisti į kitas lokalizacijas nei buvo pirminis piktybinis navikas. Toks ląstelių išplitimas vadinamas metastazėmis (Prokop ir kt., 1991). Pagal piktybinio naviko išplitimą ir morfologinius ypatumus onkologinis susirgimas gali būti skiriamas vienai iš keturių raidos stadijų (TLK – 10).

Dažnas progresuojančios onkologinės ligos palydovas yra skausmas. Teigiama, kad nuolatinį skausmą patiria 30 - 50 proc. vėžiu sergančiųjų, o ligai išplitus, esant paskutinėms ligos stadijoms – 80 proc. pacientų (Skarin, Lynch, Katz, 2002).

Psichologiniai ligos progresavimo aspektai. Vis dar yra mažai žinoma apie išgyvenamus psichologinius aspektus esant onkologinės ligos progresavimui (Oh ir kt., 2004). Dalis tyrimų patvirtino, kad onkologiniai pacientai patiria daug distreso ne tik tuomet, kai liga yra diagnozuojama, bet ir ligai atsinaujinus ar situacijai pablogėjus. Tyrimai (Frost ir kt., 2000; Mahon, Cella, Donovan, 1990) parodė, kad pacientams sužinojimas apie ligos atsinaujinimą/ progresavimą gali būti vienodai ar net labiau sukeltantis stresą veiksny nei pirminis diagnozės sužinojimas. Anot Mahon, Cella, Donovan (1990) net 78 proc. pacientų, kuriems liga atsinaujino teigė išgyveno didesnę distresą, nei ankstesnės diagnozės metu. Okamura ir kt. (2005) nustatė, kad tarp pacienčių, kurių onkologinė liga atsinaujino, psichikos sutrikimai išplitę nuo 14 iki 38 proc. vertinant pagal DSM –III, DSM –III-R, DSM –IV. Kituose tyrimuose bandant nustatyti veiksnius, susijusius su psichologiniais sutrikimais, buvo rastas stiprus teigiamas ryšys tarp išgyvenamo distreso ir fizinių simptomų, tokių, kaip skausmas, nuovargis (Akechi, Okamura, Nishiwaki, Uchitomi, 2001).

Gyvenimo kokybė. Kol kas nėra tikslaus ir visuotinai priimto gyvenimo kokybės apibrėžimo. Medicinoje priimta gyvenimo kokybę nagrinėti siauresne prasme, apsiribojant tais jos aspektais, kurie tiesiogiai susiję su tiriamų žmonių sveikata (Furmonavičius, 2004). Aaronson (1989), remdamasis onkologine liga sergančių ligonių gyvenimo kokybę nagrinėjusių straipsnių apžvalga, pasiūlė, kad atliekant tyrimus, reikėtų vertinti mažiausiai keturis sergančiųjų gyvenimo kokybės komponentus: fizinį pajėgumą, ligos arba gydymo sukeltus simptomus, psichologinę būseną, socialinių ryšių palaikymą.

Tyrimuose, kurie vertina gyvenimo kokybę onkologinei ligai progresuojant autoriai pateikia skirtingus duomenis. Vieni teigia, kad yra ryšys tarp onkologinių pacientų su progresuojančia liga psichinių sutrikimų ir žemesnių gyvenimo kokybės rodiklių, žemesnės funkcinės skalės (emocinio funkcionavimo, kūno vaizdo, ateities perspektyvos) ir stipriai išreikštų simptomų skalių (apetito netekimo, nuovargio, viduriavimo, pykinimo bei vėmimo) (Okamura ir kt., 2005). Kiti autoriai pateikia priešingus duomenis, tarkim Oh ir kt. (2004) rado, kad vėžiu sergančios pacientės, kurių liga pasikartoję, pakankamai gerai prisitaiko, jų gyvenimo kokybės rodikliai pakankamai aukšti, jų nuotaika, tarpasmeninių santykių kokybė, požiūris į gyvenimą mažai skyrėsi nuo pasveikusių onkologinių pacienčių. Skirtumas tarp gautų duomenų galimas dėl to, kad yra imtas skirtingas laikas po sužinojimo apie ligos atsinaujinimą. Oh ir kt. (2004) tyrė pacientės praėjus daugiau nei 3 mėnesiams po ligos atsinaujinimo.

Savo darbe tirdami onkologinių pacientų ligos progresavimo priėmimą rinksime tiriamuosius, kuriems onkologinės ligos progresavimas diagnozuotas daugiau nei prieš mėnesius. Taigi 3-jų mėnesių laikotarpį laikysime atskaitiniu, tikintis, kad dalis pacientų jau bus išgyvenę pradinį šoką po sužinojimo, kad jų ligą yra progresuojanti ir tikėtina, kad jie bandys adaptuotis prie esamos ligos situacijos. Tas padės mums geriau suprasti, kaip skirtingas ligos progresavimo priėmimas yra susijęs su skirtingu prisitaikymu (apie prisitaikymą vėliau kalbėsime plačiau).

2. Onkologinio skausmo problematika

Onkologinis skausmas - daugiadimensinis reiškinys (Bonica, 1980). Skausmas – dažniausias simptomas, verčiantis ligonį ieškoti medicininės pagalbos. Bet koks skausmas gali būti aprašytas fiziologine ir psichologine kalba. Įvairių sričių specialistai vartoja skirtingus terminus: neurologai – nervinių impulsų, psichologai – emocijų, filosofai – kančios ir prasmės (Wolff, 1978; Camic, 1989, pgl. Sargautytė, 1992).

Skausmas - simptomas, kurio tikriausiai bijo dauguma onkologinių pacientų, vėžys dažniausiai siejamas su skausmingos mirties pabaigos suvokimu. Dalis onkologinių pacientų, kurie netgi dar nejaučia skausmo, gali išsakyti pageidavimą baigti gyvenimą kai tik skausmas bus „pernelyg didelis“ (Pirl, Greenberg, 2006).

Pagal Tarptautinės Skausmo Tyrimo Asociacijos (IASP) apibrėžimą, skausmas yra nemalonus sensorinis ir emocinis jutimas, susijęs su esamu ar galimu pažeidimu, arba apibūdinamas žodžiais, būdingais tokiam pažeidimui. Skausmas visada yra subjektyvus. Neginčytina, kad tai jutimas kūno dalyse, bet jis visada nemalonus, todėl tai kartu ir emocinis patyrimas.

Skausmas gali būti skirstomas į ūminį ir lėtinį. *Ūminis skausmas* - laikinas ir tęsiasi mažiau nei tris mėnesius (Turk, Meichenbaum, Genest, 1983). Ūmus skausmas susijęs su audinio sužeidimu, jis mažėja žmogui sveikstant, ir išnyksta pasveikus (Chapman, 1999). Šio skausmo pagrindinė biologinė funkcija - pranešti individui apie žalą organizmui (Menefee, Katz, 2002).

Lėtinis skausmas - tęsiasi ilgiau nei tris mėnesius. Jis gali būti pastovus arba praeinantis, silpnas arba stiprus, skausmas, kuris prasideda kaip ūmus, gali užsitęsti ir tapti lėtiniu (Turk, Meichenbaum, Genest, 1983). Lėtinis skausmas paveikia visus asmens funkcionavimo aspektus: emocinį, tarpasmeninį, darbinį ir fizinį (Turk, Okifuji, 2002). Toks skausmas skirstomas pagal jo kilmę į nevėžinį skausmą (dažnai vadinamą nepiktybiniu skausmu), ir vėžinį skausmą (dažnai vadinamą piktybiniu skausmu) - tai progresuojantis skausmas, kuris tampa lėtiniu, nes audinio pažeidimas yra nuolatinis (Cole, 2002; Chapman, 1999). Vėžinį skausmą gali sukelti pats ligos procesas (t.y. kaulų metastazė ir kt.), arba vėžio gydymas (t.y. chemoterapija, radioterapija). Vėžinis skausmas gali būti visceralinis, somatinis, arba neuropatinis (Menefee, Katz, 2002).

Biopsichosocialinis skausmo modelis. Biopsichosocialinis skausmo modelis skiriasi nuo vienadimensinės biologinės perspektyvos, kuri visą dėmesį sutelkia į lėtinio skausmo kilmę ir patofiziologiją (Turk, Flor, 1999 pgl. Turk, Okifuji, 2002) taip pat psichogeninio požiūrio, kai laikoma, jog pagrindinė skausmo priežastis yra psichologinė – t.y. žmogus jaučia skausmą todėl, kad jis skausmo nori ar jam jis reikalingas (Melzak, 1981). Biopsichosocialinis požiūris pateikia integruotą modelį, kuris apjungia išimtinai mechaninius ir fiziologinius procesus su psichologiniais ir socialiniais – aplinkos veiksniais, kurie gali sukelti ir užtepti lėtinį skausmą (Turk, Flor, 1999; pgl. Turk, Okifuji, 2002). Biopsichosocialinis onkologinio skausmo modelis žiūri į ligą kaip į dinaminę ir abipusišką sąveiką tarp biologinių veiksnių (pvz., ligos paūmėjimas, daugybės tarpusavyje susijusių susirgimų), taip pat psichologinių veiksnių (pvz.

nuotaikos sutrikimai), ir socialinių veiksnių (pvz., partnerio ir globėjų reakcija), kurie įtakoja asmens reakciją į skausmą (Paice, 2002).

Kognityviniais veiksniais. Dažnai skirtingi kognityviniai veiksniai tarpininkauja jaučiant lėtinį skausmą, peržvelgus literatūrą, galima išskirti kelis dažniausiai minimus veiksnius jaučiant lėtinį kuriuos trumpai apžvelgsime.

Kognityvinės klaidos ir skausmas. Terminas kognityvinės klaidos apibrėžia iškreipimus, kuriuos daro žmonės, kai apdoroja gautą informaciją iš aplinkos. Autoriai teigia, kad depresiški pacientai daro daugiau įvairių kognityvinių klaidų, tokių kaip selektyvus abstrahavimas, katastrofinis mąstymas ir kt. Rastas ryšys tarp lėtinio skausmo ir depresijos dėl iškreipimų, taip pat teigiama, jog šie iškreipimai gali įtakoti jaučiančių lėtinį skausmą pacientų nuotaiką, skausmo suvokimą ir elgesį (Beck, 1963; Ellis, 1962, pgl. Moreno ir kt. 1999).

Įsitikinimai. Įsitikinimai apie skausmo prasmę, žalą, paciento (ne)sugebėjimą kontroliuoti skausmą bei šio simptomo įtaka asmens gyvenimui, daro reikšmingą įtaką jaučiant skausmą. Įvairių autorių tyrimai patvirtino, kad įsitikinimai apie skausmą, turi įtakos psichologiniam funkcionavimui (Jensen, 2000; Stroud, Thorn, Jensen, Bothby, 2000), fiziniam funkcionavimui (Stroud, Thorn, Jensen, Bothby., 2000; Turner, Jensen, Romano, 2000), naudojamai įveikai (Turner, Jensen, Romano, 2000), elgesiui ir reakcijai į gydymą (Turk, Okifuji, 2002).

3. Priėmimas kaip prisitaikymo prie onkologinės ligos būdas

3.1. Progresuojančios ligos ir skausmo priėmimo fenomenas

Priėmimo sąvokos apibrėžimas. Skirtingi autoriai priėmimo sąvoka apibrėžia skirtingai. Priėmimas, kaip požiūris apibrėžiamas asmeninių sąlygų pakeitimu, bandant patenkinti aplinkos reikalavimus, tarkim, atsisakant neefektyvaus bandymo kontroliuoti aplinką (Radley, 1994; pgl. Risdon ir kt., 2003). Panašiai „priėmimą“ apibrėžia kiti autoriai (Carver, Scheier, Weintraub, 1989), tai susitaikymas su mintimi, kad stresą keliantis įvykis realiai egzistuoja. Jie priėmimą laiko adaptyvia įveikos strategija arba tiksliau, kaip aktyvių įveikos strategijų nebuvimą esamuoju laikotarpiu. Autoriai teigia, jog priėmimas ypatingai svarbus situacijose, kur stresorius yra nekintamas ar negali būti lengvai pakeistas, bei kai reikia prie tokio stresoriaus akomoduotis. Tokiu atveju priėmimas yra susijęs su geresne adaptacija prie nepakeičiamos situacijos. Jei aktyvi įveika labiausiai adaptyvi kontroliuojamose bei pakeičiamose situacijose, tai priėmimas gali būti pats adaptyviausias situacijose, kurios nėra tiesiogiai kontroliuojamos (Carver, Scheier, Weintraub, 1989; Updegraff, Taylor 2000).

Kitas, daug konkretesnis apibrėžimas pateiktas Hayes ir kt. (1999), psichologinis priėmimas apibrėžiamas kaip gyvenimas dabartiniame momente, dabarties patyrimą atskiriant nuo kankinančios praeities pasikartojimų, kurie negali būti pakeisti bei nuo projekcijos į ateitį, apie kurią žmogus dar negali žinoti, t.y. pasiryžimas pasilikti kontakte ir aktyviai išgyventi dabartinį asmeninį patyrimą (Hayes ir kt., 1999).

Priėmimo metu pacientas mokosi pažinti visą esančią realią situaciją - ne tik savo mintis ar jausmus, kuriuos suvokia kaip laikiną patirtį, kurie nebūtinai atspindi realybę ar yra geriausi vadovai veiksams. Pacientas atlieka geriausius pasirinkimus, kuriuos įtakoja rezultatas, ne vien tik jausmai ar mintys (McCracken, 2004). Asmuo, kuris priima stresą sukėlusią situaciją - deda pastangas, kad tą situaciją išspręstų (Carver, Scheier, Weintraub, 1989). Sudarant sąlygas individui priimti situaciją ir padedant nukreipti dėmesį į pozityvius situacijos aspektus bei pozityvią reikšmę, šios įveikos strategijos labiausiai yra prisidedančios prie žmonių įsitikinimo, jog stresą sukėlęs gyvenimo įvykis jiems buvo naudingas.

Risdon su bendraautoriais (2003) išskyrė veiksnius, apibrėžiančius lėtinių sveikatos pokyčių priėmimą:

1. *Kontroliuojant negatyvius ligos sukeltus padarinius*, t.y. pripažįstant ligos sukeltą negalią, fizinius apribojimus ir bejėgiškumą, kaip neišvengiamą ligos padarinį. Priėmimas reiškia pastangas kontroliuoti, o ne pasiduoti.

2. *Gyvenimas diena po dienos*. Priėmimas reiškia gyvenimą esant neapibrėžtumui, gyventi čia ir dabar, neplanuojant, diena po dienos, ir nesvarstant, kas gali nutikti ateityje.

3. *Pripažinimas apribojimų*. Socialinių ir asmeninių tikslų pritaikymas padarant juos labiau pasiekiamais gyvenant su lėtine liga. T.y. mokėjimas patirti malonumą iš patirties, kai gyvenimas yra apribotas ligos.

4. Priėmimas reiškia, kad asmuo *sutelkia vidines jėgas* į kitus/ malonius gyvenimo aspektus, ne tik į tuos, kuriuose dominuoja skausmas, liga. Ir tai daroma pasitelkiant valią ir vidinius resursus.

5. *Priimti senojo aš praradimą*. Lėtinės ligos priėmimas prilygsta priėmimui nesėkmės, t.y. - gyventi ligos paveiktą gyvenimą bei priimti savo ankstesniojo aš praradimą, „aš“ be ligos ir skausmo. Pabrėžiamas poreikis konfrontuoti pasikeitimus savyje tam, kad išmokti gyventi su skausmu ir liga.

6. *Labiau orientuojamasi į gyvenimą, nei į ligą*. Priėmimas reiškia, kad asmuo gali gyventi nepaisant ligos, skausmo poveikio, nes yra kitų svarbių ir prasmingų gyvenimo aspektų. Gyvenimas nėra beprasmis, bet dabar gyvenimas yra kitoks, Lėtinės ligos, skausmo priėmimas reiškia pastovių, nuolatinių pasikeitimų priėmimą.

7. *Nekovoti mūšio, kuris negali būti laimėtas*. Laikoma, kad lėtinė liga, skausmas yra vienas iš gyvenimo aspektų. Priėmimas pasiekiamas palaikant prielaidas apie pasaulį, kad tokie dalykai nutinka ir pasipriešinimas yra bergždžias. Teisybė neieškoma bei negali būti rasta: „Dalykai tiesiog nutinka. Kartais be priežasties.“

8. *Dvasinė jėga*. Skausmo priėmimas būnant realistu, ši jėga priimti ligą, lėtinį skausmą nėra asmeninė ar motyvacinė, bet dvasinė (tai ne religinis aspektas, kaip išpirkimas, baudimas, kentėjimas). Tai yra pripažinimas, kad toks įvykis yra galimas ir taip nutinka, bet yra to teigiama dvasinė prasmė, kurią randama patirtyje ir gali padėti gyventi kasdien.

„Priėmimo“ terminas gali būti neteisingai suprastas (Risdon ir kt., 2003). Priėmimas nėra susitaikymas su kančios patyrimu. Jis apima susidūrimą su kančia tam, kad galiausiai būtų imtasi tinkamų veiksmų. Priėmimas gali būti netinkamas tuomet, kai skausmas ir nepalanki situacija yra lengvai kontroliuojama bei kai ši kontrolė sąlygoja sėkmingą prisitaikymą.

Tyrimė bandysime išskirti skirtingus prisitaikymo prie onkologinės ligos progresavimo būdus, remiantis prieš tai aptarta literatūra, tikėtina, kad vienas ir ligos progresavimo priėmimo būdų bus ir „priėmė“ onkologinės ligos progresavimą pacientai. Prisitaikymą prie onkologinės ligos situacijos aptarsime vėliau.

Lėtinio skausmo priėmimas. McCracken (1998) „priėmimo“ apibrėžimą pritaiko lėtinio skausmo kontekste, teigdamas, kad lėtinio skausmo priėmimas yra pasiryžimas jausti skausmą nesistengiant jo sumažinti, išvengti ar dar kaip nors pakeisti ir aktyvus veiklos atlikimas nepaisant jaučiamo nemalonaus simptomo.

Tyrimų duomenimis lėtinio skausmo priėmimas susijęs su žemesniu skausmo intensyvumu, mažesniu su skausmu susijusiu nerimu, mažesne fizine ir psichologine negalia, didesniu budrumu dienos metu, didesniu darbingumu (McCracken 1998; McCracken, Vowles, Eccleston, 2004), mažesniu vizitų skaičiumi pas gydytojus (McCracken, Vowles, Eccleston, 2004). Įvairių autorių duomenimis lėtinio skausmo priėmimas susijęs su geresniu emociniu, socialiniu ir fiziniu funkcionavimu (McCracken, 1998; McCracken, Eccleston, 2003), taip pat autoriai teigia, kad priėmimas susijęs su pacientų funkcionavimu nepriklausomai nuo skausmo intensyvumo (McCracken, 1998; McCracken ir kt., 1999; McCracken, Eccleston, 2006).

Buvo atlikti lėtinio skausmo įveiką ir lėtinio skausmo priėmimą palyginantys tyrimai (McCracken, Eccleston 2003; McCracken, Eccleston 2006), gauti tyrimo rezultatai duomenys parodė, jog skausmo priėmimas labiau susijęs su geresniu paciento funkcionavimu, nei tiriant su skausmo įveikos klausimynu.

Tam, kad gauti išsamų lėtinio skausmo įveikos vaizdą mes naudosisime lėtinio skausmo priėmimą ir skausmo įveiką matuojančias metodikas.

3.2. Prisitaikymas prie onkologinės ligos

Prisitaikymo samprata. Prisitaikymas prie fizinės ligos yra procesas, kuris prasideda nuo simptomų pasireiškimo ir tęsiasi visos ligos metu ir reaguoja į ligos situacijos pasikeitimą. Fizinė liga apibrėžiama kaip stresorius, kurio pareikalavimai priklauso nuo ligos savybių ir sunkumo. Dalis pacientų, susirgusių gyvybei grėsminga liga prisitaiko prie ligos nepatirdami kliniškai reikšmingų psichologinių problemų (Sharpe, Curran, 2006). Prisitaikant sergančiajam reikia priimti t.t. funkcijų netekimą, įgyti naujų įgūdžių bei pakeisti nusistovėjusią kasdienę rutiną tam, kad galėtų kontroliuoti ligos simptomus arba įveikti gydymo reikalavimus (Pietre, Reynolds 2005; pgl. Pietre, Jago, Devcich, 2007).

Įvairūs autoriai prisitaikymą prie onkologinės ligos apibrėžia skirtingai. Peržvelgus prisitaikymo prie ligos tyrimus galima pastebėti, kad autoriai prisitaikymu/ neprisitaikymu laiko, psichologinio sutrikimo, psichologinių simptomų ar neigatyvios nuotaikos buvimą arba nebuvimą (Sharpe, Curran, 2006; Fife, 2005). Tačiau anot (Taylor, 1983) nors nerimas ir depresija gali grįžti į ankstesnį lygį, kuris buvo iki ligos, tačiau onkologiniai pacientai retai kalba apie buvusio gyvenimo iki ligos tęstinumo jausmą – vyksta nuolatinis pasikeitimas individo savęs ir pasaulio suvokime. Tokiu atveju Brennan (2001) teigia, kad norint išmatuoti psichologinį prisitaikymą, pačios jautriausios pasikeitimams yra gyvenimo kokybės metodikos. Brennan (2001) pateikia socialinį – kognityvinį pereinamąjį prisitaikymo modelis (Social-Cognitive Transition

model of adjustment) teigdamas, kad prisitaikymas prie onkologinės ligos apimdama tiek teigiamą asmeninį augimą, tiek psichologinius sutrikimus. *Normalus* prisitaikymas, kai asmuo ir jo socialinė aplinka stengiasi suprasti ligos bei gydymo sukeltus pasikeitimus (Brennan, 2001). Norėtume toliau plačiau aptarti kognityvinių veiksnių svarbą prisitaikant prie onkologinės ligos.

3.3. Kognityviniai veiksniai prisitaikymo prie onkologinės ligos procese

Kognityvinių schemų kaip adaptacijos veiksnio teorijos. Šiuo metu vis dažniau akcentuojami kognityviniai veiksniai tarpininkaujantys tarp patyrimo ir emocinių reakcijų į onkologinę situaciją. Net esant blogai ligos prognozei onkologiniai pacientai stengiasi kognityviai prisitaikyti (Taylor, 1983), tarpinis veiksnys prisitaikant prie onkologinės ligos yra asmens kognityvinis ligos situacijos apdorojimas (Lepore and Helgeson, 1998, Taylor, 1983). Konfrontuojant, apmąstant ir dar sykį įvertinant stresą sukėlusį įvykį (tokį kaip onkologinė liga) galima palengvinti prisitaikymą padedant žmonėms asimiliuoti įvykį į turimą psichinį modelį arba padedant jiems pakeisti psichinį modelį pritaikant prie patirto įvykio (Lepore, 2001; Roberts ir kt. 2005).

Ligos vaizdas. Dažnai ligos vaizdas jau yra formuojamas gyvenimo eigoje ir sužinojus ligos diagnozę yra aktyvuojamas. Jis apibrėžiamas, kaip asmens kognityvinis įsivaizdavimas arba įsitikinimas apie jo ligą (Pietre, Jago, Devcich, 2007). Ligos vaizdas dažnai tiriamas bandant suprasti ligonio psichologinę reakciją į ligą, nors neseniai ligos vaizdas imtas tirti, kaip svarbus veiksnys nulemiantis sveiko asmens reakciją į grėsmę sveikatai (Decruyenaere, Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Denayer, Claes 2000). Paskutinį dešimtmetį atliekami tyrimai, parodė, kad yra ryšys tarp ligos vaizdo bei naudojamų įveikos strategijų ir pasekmių (Sharpe, Curran 2006; Link ir kt. 2005; Hagger, Orbell 2003).

Ligos vaizdas yra vidinis veiksnys, kuris įtakoja įveikos strategijos pasirinkimą, emocinę būseną (Hagger, Orbell, 2003; Link ir kt., 2005). Tie onkologiniai pacientai, kurie buvo įsitikinę ligos sunkumu bei chroniškumu, jog jos pasekmės yra rimtos ieškojo bet kokio įmanomo gydymo (Link, Robbins, Mancuso, Charlson, 2005), naudojo vengimo ir emocinės ekspresijos įveiką (Hagger, Orbell, 2003), buvo įsitikinę, kad ne daug ką gali šioje situacijoje padaryti (Link, Robbins, Mancuso, Charlson, 2005), jų prisitaikymas prie ligos buvo blogas, patyrė daugiau psichologinio distreso, psichologinis gerbūvis buvo žemesnis (Hagger, Orbell, 2003). Onkologiniai pacientai, kurių dėmesys labiau buvo nukreiptas į simptomus bei kurie labiau įsitikinę, kad jų liga progresuos, linkę save kaltinti, tų, kurie emociškai stipriau reagavo į ligą, gyvenimo kokybė buvo žemesnė. (Sharloo ir kt., 2005).

Ir atvirkščiai, tyrimų duomenys parodė, jog pacientai, kurie galvojo, kad jų liga nėra labai sudėtinga, yra išgydoma arba kontroliuojama jautė mažesnę spaudimą imtis skubių veiksmų, dažniau ieškojo informacijos arba teiravosi kitų gydytojų nuomonės (Link, Robbins, Mancuso, Charlson, 2005), naudojo kognityvinio pervertinimo (reappraisal) bei į problemą nukreiptą įveiką bei ieškojo socialinės paramos (Hagger, Orbell, 2003), jų gyvenimo kokybė buvo aukštesnė (Sharloo ir kt., 2005).

Socialiniai – kognityviniai veiksniai. Vienas iš procesų susijusių su kognityvine adaptacija yra socialinis pasilyginimas (Taylor, 1983). Rastas teigiamas ryšys tarp pacientų pasilyginimo savo naudai su tais kurių situacija yra blogesnė ir geresnio funkcionavimo bei aukštesnės gyvenimo kokybės (Hagedoorn,

Sneeuw, Aaronson, 2002; Dibb, Yardley, 2006). Kitas modelis taip pat pabrėžiantis socialinės aplinkos svarbą prisitaikant yra Socialinis – Kognityvinis Apdorojimo prisitaikant prie traumos modelis (Social-Cognitive processing models of adjustment to trauma) teigia, kad adaptaciją palengvina galimybė su kitais pasikalbėti apie patirtį (Lepore, 2001; Lepore, Silver, Wortman, Wayment 1996; Lepore, Helgeson, 1998). Kalbėdami apie trauminę patirtį asmenys gali atstatyti savo bazines prielaidas apie save ir pasaulį (Lepore, Silver, Wortman, Wayment, 1996; Lepore, Helgeson, 1998), kurios padeda palaikyti nuspėjamumo, savivertės ir darnos jausmą. Jeigu pastangos išsakyti su onkologine liga susijusias mintis, jausmus arba pergyvenimus, nesulaukia palaikymo iš aplinkos, arba jei aplinkiniai tam priešinasi, su trauma susijusios informacijos apdorojimas nuslopinamas. Toks pacientas vengs mąstyti ir kalbėti apie onkologinę patirtį, taip sumažindamas traumos kognityvinio – emocinio apdorojimo galimybę ir tai gali tapti užsitęsusio distreso priežastimi. Onkologiniai pacientai, kurių aplinka yra nepalaikanti arba net kritiška, patiria didesnę psichologinę distresą dėl įvyrių minčių, susijusių su onkologine liga (Lepore, 2001).

Bazinės prielaidos apie pasaulį. Pagal Janoff-Bullman (1992) kognityvinės schemos – bazinės žmogaus prielaidos, kurios reguliuoja suvokimą ir gaunamos informacijos interpretavimą. Čia panašiai, kaip ir aukščiau pateiktoje Horowitz'o teorijoje teigiama, kad informacijos, susijusios su traumuojančio įvykio patyrimu, apdorojimas reikalauja egzistuojančių schemų modifikavimo. Janoff-Bullman išskiria tris pagrindines prielaidas apie save, kitus žmones ir pasaulį: 1) kad pasaulis yra palankus, tikima gera lemtimi bei, kad įvykiai klostysis mums palankiu būdu, žmonės suvokiami kaip geri, malonūs, padedantys ir besirūpinantys; 2) pasaulis yra prasmingas, žmonės tiki teisingu pasauliu, kuriame asmuo gauna tai, ko nusipelno ir atvirkščiai, nusipelno tai, ką gauna bei kad kontroliuodami savo elgesį, mes galime kontroliuoti tai, kas mums nutinka; 3) žmogus tiki, kad jis yra vertingas, ši prielaida susijusi su bendru savęs vertinimu, save suvokiame kaip gerus, turinčius gabumų ir moralius asmenis, mes elgiamės tinkamai ir mūsų veiksmai yra išmintingi bei efektyvūs (Janoff-Bullman, 1992).

Janoff-Bullman (1992) teigia, kad žmonės turi bazines prielaidas, kad pasaulis yra palankus, prasmingas, asmuo yra vertingas ir kad šios prielaidos nesuderinamos su traumuojančia patirtimi. Nukentėjusieji turi perdirbti naują patyrimą taip, kad jis derėtų prie senų prielaidų, arba turi atnaujinti senas prielaidas apie pasaulį tokiu būdu, jog nesugriūtų visa sistema ir pasaulis neatrodytų grėsmingas, bet kontroliuojamas ir prognozuojamas. Šios dilemos išsprendimo sėkmė - sąlyginio nepažeidžiamumo jausmo atstatymas, kas yra svarbu tolesniam žmogaus gyvenimui, nes tai lems bendrą žmogaus savijautą, jo požiūrį ir santykius su kitais žmonėmis bei, kad jis priims ir gebės tvarkytis su būsimais traumuojančiais patyrimais. Remiantis šia teorija prielaidos apie pasaulį po traumos keičiasi.

Onkologinės ligos diagnozė gali greitai pakeisti santykį tarp individo ir jo aplinkos, šie pasikeitimai gali radikaliai pakeisti asmens įsitikinimus apie asmeninę kontrolę ir savęs vertę. Įsitikinimas asmenine kontrole neatskiriamas nuo suaugusio asmens saugumo, savigarbos bei savivokos jausmo, kas palaiko nedepresinę nuotaiką (Taylor, Brown, 1988). Gydomo pareikalavimas daro įtaką ir sąlygoja pasikeitimus socialiniame vaidmenyje, kas gali būti išbandymas prielaidoms apie savęs vertę bei savęs veiksmingumą.

Kiti autoriai tvirtina (Davis, Nolen-Hoeksema, 2001), jog jei praradimai, susiję su onkologine liga nekonfrontuoja su asmens egzistuojančiomis prielaidomis apie pasaulį (nuspėjimas, natūrali gyvenimo pabaiga, turėjimas religinių ir filosofinių dėsnių apie gyvenimą ir mirtį), tai bandymas suprasti įvykį nepareikalaus papildomos įveikos. Tačiau, jei įvykis neatitinka pagrindinių prielaidų apie pasaulį, žmonės susiduria su sudėtinga užduotimi - jie turi persvarstyti praradimo suvokimą/ aiškinimą (kad jis derintųsi su esamu pasaulėvaizdžiu) arba turi pertvarkyti savo pasaulėvaizdį, kad galėtų akomoduoti netektį. Diržytės (2001) tyrimo duomenimis naujai diagnozuotų onkologinių pacientų ir sveikų asmenų bazinės kognityvinės schemos – pagrindiniai įsitikinimai statistiškai reikšmingai skiriasi.

Tačiau neseniai atliktas tyrimas (Carboon ir kt., 2005), kurio tikslas buvo nustatyti ryšį tarp prielaidų apie pasaulį ir potrauminio augimo onkologinių pacientų imtyje. Autoriai tyrė prielaidas apie pasaulį prieš ir po onkologinių ligonių gydymo ir nustatė, jog yra tam tikras prielaidų apie pasaulį stabilumas aukštą stresą keliančio įvykio metu. Nors autoriai netyrė prielaidų apie pasaulį prieš onkologinės ligos įvykį, jie vis tik teigia, jog potrauminis augimas nebūtinai yra susijęs su schemų pasikeitimu, bet t.t. įsitikinimai yra lyg varomoji jėga potrauminio augimo vystymuisi.

Potrauminis augimas. Nors kaip minėjom onkologiniai pacientai dažnai išgyvena daugybę negatyvių emocijų, onkologinė liga sukrečia žmonių prielaidas apie jo tapatybę, saugumą, nepažeidžiamumą. Tiriant onkologinius pacientus autoriai (Coward, Kahn, 2004) teigia, jog pacientų grįžimas arba išlaikymas „normalumo“ yra susijęs su padidėjusiu suvokimu, kad tai, kas yra „normalu“ nebėra tas pats, kas buvo iki diagnozės. Onkologinės ligos paliestas asmuo turi dėti pastangas, kad suprastų, kas įvyko, lyginti save iki ir po ligos bei stengtis pakeisti įsitikinimų sistemą ar požiūrį bandydamas integruoti naują „normalu“ (Sharpe, Curran, 2006). Onkologiniams pacientams tai gali būti be galo painu, tačiau vis dėlto tai yra palankus periodas vidiniam augimui.

Kaip prisitaikymo rodiklius, palyginti neseniai tyrėjai pradėjo tirti ir teigiamą poveikį bei suvokiamą vidinį augimą (Jenick, 2003; Stanton, Revenson, Tennen, 2007), ištyrus žmones, sergančius lėtinėmis ligomis dažnai pastebimas pozityvus prisitaikymas, netgi tokioje situacijoje, kaip grėsminga gyvybei liga, pacientas gali išgyventi ne tik neigiamą bet ir teigiamą poveikį, psichologinį gerbūvį (Sharpe, Curran, 2006; Coward, Kahn, 2004).

Nors teigiami pasikeitimai minimi daugelyje tyrimų, autoriai naudoja skirtingus terminus jiems apibrėžti. Įvardindami tai kaip prasmės radimas (Taylor, 1983, Fife, 2005), naudos radimas esant nepalankiai situacijai (Antoni ir kt., 2001), streso sąlygotas augimas (Parks, Cohen, Murch, 1996), potrauminis augimas (Tedeschi, Calhoun, 1996).

Atliekant tyrimus su onkologiniais pacientais rastas ryšys tarp naudos radimo bei mažesnio patiriamo distreso (Ho, Chan, Ho, 2004; Carver, Antoni 2004; Urcuyo, Boyers, Carver, Antoni, 2005; Vickberg ir kt., 2001;), aukštesnės gyvenimo gerovės (Lechner ir kt., 2006; Carver, Antoni, 2004; Urcuyo, Boyers, Carver, Antoni, 2005; Jenick, 2003) didesnės savigarbos, mažesnio nerimo lygio, naudos radimas susijęs su teigiamu poveikiu nuotaikai (Tomich, Hengelson, 2002), optimizmu (Urcuyo, Boyers, Carver, Antoni, 2005), didesniu pasitenkinimu iš gyvenimo gavimu bei religingumu (Urcuyo, Boyers, Carver, Antoni, 2005). Autorių teigimu, pozityvios prasmės radimas susijęs su mažesniu distresu nepriklauso nuo

išvardijamų teigiamų pokyčių skaičiaus, svarbu, kad žmogus iš vis sugeba rasti nors kokią teigiamą aspektą ligoje (Jenick, 2003).

Pozityvus prisitaikymas nėra tiesiog distreso nebuvimas. Liga, kuri „sugriauna“ gyvenimą, neužkerta kelio džiaugsmo ir pasitenkinimo išgyvenimui (Folkman, Moskowitz, 2000). Pacientai, kurie randa teigiamą prasmę ar naudą ligoje nėra apsaugoti nuo neigiamų padarinių. Negatyvios pasekmės ir toliau gali neigiamai veikti tam tikrus gyvenimo kokybės ir prisitaikymo aspektus (Thornton, 2002; Calhoun, Tedeschi, 2006).

Teigiami pasikeitimai susiję su požiūriu į gyvenimą ir į save. Asmenys, sirgę onkologine liga teigia patiriantys teigiamus pasikeitimus, susijusius su požiūriu į gyvenimą. Didelė dalis sirgusiųjų onkologine liga teigė, kad vėžys paskatino didesnę mėgavimąsi „mažais gyvenimo dalykais“, pačiu gyvenimu bei gyvenimo kaip vertingesnio suvokimą (Kennedy, Tellefen, Kennedy, Havernick, 1976; Yalom, 2005), dauguma sirgusiųjų onkologine liga iš naujo peržiūri gyvenimo prioritetus (Spiegel, 1989, Coward, Kahn 2004; Harper ir kt., 2000). Pagal Harper ir kt. (2000) tyrimo duomenis beveik 79 proc. onkologinių pacientų daug laiko skyrė gyvenimo prioritetų permąstymui. Taip pat tyrimuose minima, kad dažnai pasikeičia onkologinių pacientų gyvenimo filosofija ir jie tampa labiau dvasingesni, pagerėja charakteris (Jenick, 2003). Labiau rūpinasi savo emociniu ir fiziniu gerbūviu, sveika gyvensena, maitinimusi (Coward, Kahn 2004, Taylor, 1983), pagerėja santykiai šeimoje, atsiranda tolerancija, padidėja pagarba (Jenick, 2003) pacientai išreiškia atsiradusį poreikį padėti kitiems, pakliuvusiems į panašią bėdą (Coward, Kahn, 2004). Netgi onkologiniai pacientai, kurių liga stipriai progresuoja gali prisitaikyti pakeisdami gyvenimo tikslus, gyvendami geresnį gyvenimą ir nusistatydami realius gyvenimo prioritetus (Spiegel, 1989). I. Yalom rašydamas apie nepagydomų ligonių išgyvenamus žymius ir teigiamus asmenybės pokyčius teigia: „tarsi vėžys būtų išgydęs neurozę – atrodė, jog išsisklaidė visos fobijos ir asmenybių santykių sunkumai“ (Yalom, 2005, p.131).

Priežastis, kodėl pozityvios prasmės radimas yra ypatingai svarbus susirgus onkologine liga, ypač esant paskutinės ligos stadijoms yra ta, jog pasirinkimas aktyvių įveikos strategijų, bandančių pakeisti išorinį stresorių (tarkim į elgesį nukreipta įveika pasiūlyta Lasarus ir Folman (1984)) tampa labai ribotas esant progresuojančiai ligai, nes pirminis stresorius - liga - negali būti pakeisti (Jenick, 2003). Tačiau, Jenick (2003) teigia, kad palyginus mažai, t.y. beveik nėra darbų atliktų, skirtų tirti pozityvios prasmės radimui esant progresuojančiai ligai.

Atsižvelgiant į tai, laikysim, kad pozityvios prasmės radimas bus svarbi vidinės įveikos forma esant progresuojančiai ligai. Savo darbe tirdami onkologinių pacientų naudos radimo suvokimą esant progresuojančiai ligai remsimės Tedeschi ir Calhoun (1996) pasiūlytu potrauminiu augimu. Potrauminio augimo (PTA) terminas pateiktas psichologų, filosofijos daktarų Richard G. Tedeschi, ir Lawrence G. Calhoun, reiškia pozityvius gyvenimo pasikeitimus kylančius esant trauminei patirčiai. Potrauminis augimas yra antitezė potrauminio streso sutrikimui, nurodantis, kad augimas kaip padarinys galimas netgi esant labiausiai traumuojančiom aplinkybėms ir netgi laikoma, kad augimas galimas distreso metu. Tedeschi, Calhoun (1996) sukūrė metodiką skirtą potrauminio augimo požymiams nustatyti apimančią žmogaus teigiamų pasikeitimų po traumos suvokimą penkiose pagrindinėse srityse: naujų galimybių

matymas, santykiai su aplinkiniais, asmenybės stiprumas, gyvenimo vertinimas ir dvasiniai pokyčiai po traumas. Populiarėjant pozityviajai psichologijai PTA metodika plačiai imta taikyti moksliniuose tyrimuose, taip pat ir tiriant onkologinius pacientus (Lechner ir kt. 2003; Lechner ir kt. 2006; Urcuyo ir kt., 2005).

Kyla klausimas kiek dažnas potrauminis augimas sergant onkologine liga bei kas jį paskatina? Vieni autoriai teigia, kad yra ryšys tarp potrauminio augimo ir išgyvenamo emocinio distreso (Tedeschi, Calhoun, 2004; Lechner ir kt. 2006). Kiti autoriai tokio ryšio nerado (Antoni ir kt. 2001). Grėsmės lygis gyvenimui susirgus sunkia liga gali būti svarbi sąlyga augimo procesui. Nemažai autorių rado ryšį tarp aukštesnės ligos stadijos bei onkologinių pacientų suvokiamos naudos radimo (Tedeschi, Calhoun, 2004; Lechner ir kt. 2003; Lechner ir kt. 2006; Urcuyo ir kt., 2005). Pacientai susirgę onkologine liga, bet neišgyvenantys krizės (pvz. jei diagnozuojama pirma stadija, liga neišplitusi, yra tik maži mazgeliai, negauna chemoterapijos, mažiau patiria pasikeitimų išvaizdoje ir pan.), mažiau jaus distresą bei tuo pačiu turės mažiau priežasčių rasti naudą ligoje (Lechner ir kt., 2006). Dėl to mes laikysime, kad būtent pacientams, suvokiantiems savo ligą kaip labiau grėsmingą, bus labiau būdingas potrauminis augimas.

Prasmė. Daug autorių (Taylor, 1983; Folkman, Greer, 2000) kalba apie prasmės ieškojimo svarbą žmogui, atsidūrus stresą keliančioje situacijoje. Kaip minėjome, žmonės, nesusidūrę su traumuojančiais įvykiais, dažnai palaiko kognityvines schemas, kad jie yra nepažeidžiami, ar mažiau pažeidžiami, nei kiti asmenys. Bendras visų traumuojančių įvykių bruožas tas, kad toks įsitikinimas yra sugriaunamas, pasikeičia mūsų asmeninio neliečiamumo, pasaulio, kaip prasmingo, suvokimas. Prasmės ieškojimas - kai asmuo stengiasi surasti priežastį, kodėl tam tikras įvykis įvyko, tam, kad jį galėtų integruoti į egzistuojančias schemas. (Janoff-Bulman, 1992; Taylor, 1983), Kitaip tariant, prasmės ieškojimas apibrėžiamas kaip tikslo atskleidimas esant netekčiais, arba tam tikras teigiamas įvykusio negatyvaus įvykio paaiškinimas, jis paprastai apima atsakymo į klausimą „kodėl aš?“ suradimą. Šis paaiškinimas turi derintis su žmogaus požiūriu apie pasaulio prigimtį ir save (Davis, 2000).

Fife (2005) kiek kitaip kalba apie prasmę, ji teigia, kad prasmės priskyrimas yra būdingas žmogaus prigimčiai susidūrus su grėsminga situacija, tai skiriasi nuo situacijos įprasminimo. Prasmė, priskirta įvykiui, atspindi asmens unikalų suvokimą apie pasaulį, kaip jis jį pažįsta, savo vietos tame pasaulyje bei savo tapatybės suvokimą (Fife, 1994). Kitaip tariant, prasmė yra svarbiausias veiksnys individui prisitaikant prie įvykio.

Įvykiui priskirtą prasmę sudaro asmens suvokimas kiek jis sugebės siekti ateities tikslų, palaikyti priimtinius santykius su kitais bei palaikyti asmeninį gyvybingumą, kompetenciją ir jėgą kasdieniame gyvenime, kuris yra paveiktas atsiradusios onkologinės ligos (Fife, 2005). Prasmę sudaro asmeninės pastangos įveikti traumuojančio įvykio sukeltą stresą ir adaptuotis prie neišvengiamų pasikeitimų. Veiksniai, kurie įtakos prasmės sudarymą yra susiję su tuo: 1) kiek įvykis paveikė žmogaus sugebėjimą funkcionuoti ir tęsti socialines roles; 2) kaip žmogų, atsidūrusį trauminėje situacijoje, suvoks aplinkiniai ir kokia bus jų tolesnė reakcija į asmenį; 3) žmogaus sugebėjimo kontroliuoti stresą veiksmingumas susijęs su ateities galimybių suvokimu. Visi šie veiksniai įtakoja asmens savęs schemas pasikeitimus (Fife, 2005).

Kaip teigia Park ir Folkman (1997) asmuo gali stengtis surasti onkologinės patirties situacinę prasmę, kuri kongruentiška jų globaliai prasmei. Tie onkologiniai pacientai, kurie sugeba tai padaryti, jų prasmė siejasi su bendrai geresniu psichologiniu prisitaikymu ir mažesniu psichologiniu distresu (Shnoll, Knowles, Harlow, 2002; Vickberg, Duhamel, Smith, Manne, Papadopoulos, 2001).

Kai kurie asmenys gali atstatyti Aš jausmą, savo gyvenimo istoriją pateikdami kaip pasakojimą; tu asmenų, kurie kenčia, asmeninėse istorijose trūksta susietumo ir vientisumo. Prasmės suteikimas įvykiui, blogai savijautai, asmeniniam kentėjimui ar nuolatiniam skausmui padeda išlaikyti patirties tęstinumą (Taylor, 1983; Chapman, Gavrin, 1999). Folkman ir Greer (2000) tyrinėjo ryšį tarp streso, įveikos bei prasmės radimo esant nepalankioms sąlygoms. Autoriai teigė, kad prisitaikant prie sudėtingos situacijos reikšminga yra įprasminanti įveika, kuri padeda asmeniui atsisakyti nepasiekiamų tikslų ir pakeisti juos naujais, padeda rasti prasmę to, kas vyksta, ir jei yra įmanoma atrasti tame naudą.

Kaip jau minėjom prasmės ieškojimas susirgus onkologine liga labai svarbus. Tačiau tyrimai atliekami šioje srityje taipogi yra prieštaringi. Davis, Letham, Wortman (1999) tyrimu nustatė, jog daugumai individų nepavyksta rasti priimtina reikšmę paaiškinančią traumuojantį įvykį. Autoriai pastebėjo, kad tie asmenys, kurie susidoroja su traumuojančiu įvykiu veiksmingiausiai niekada nesiekė ieškoti prasmės. Atsižvelgdamas į šiuos ir panašius prieštarigus tyrimus Davis (2000) teigė, jog plačiai paplitęs įsitikinimas apie prasmės ieškojimą ir jos naudą palengvinant geresnę situacijos išsprendimą ir prisitaikymą reikalauja persvarstymo. Jie taip pat laiko, kad prasmės konstruktas yra neaiškus bei netikslus ir jo ryšys su kitais svarbiais kintamaisiais adaptacijos procese nėra išaiškintas.

Mes savo darbe naudosimės B. Fife (2005) pateikta skale, kuri skirta matuoti prasmės priskyrimą onkologinės ligos situacijai.

3.4. Onkologinės ligos ir skausmo įveikos reikšmė prisitaikymui

Įveikos apibrėžimas. Įveikos sąvokos kūrėjo R. Lazarus (1984) pasiūlyta įveikos tyrimų kryptis yra viena iš labiausiai dominuojančių. Lazarus apibūdina įveiką kaip nuolat kintančias kognityvines ir elgesio pastangas, nukreiptas į susitvarkymą su išoriniais ir/ ar vidiniais reikalavimais, kurie yra vertinami, kaip apsunkinantys ar viršijantys žmogaus turimus išteklius (Lazarus ir Folkman, 1984).

Įveiką aiškinantys modeliai. H. Selje (1956) pirmasis iškelė asmenybės reakcijos į stresinį įvykį klausimą (Selje, 1956, pgl. Diržytė, 2001). Lazarus (1984) pirmasis pasiūlė transakcinį įveikos modelį. Pagal autorių įveika yra procesas, kurio metu vyksta sąveika tarp asmens ir probleminės situacijos.

Lazarus teigimu, įveikos procesų funkcijos nukreiptos į asmens – situacijos santykio keitimą bei jausmų reguliavimą. Yra išskiriamos 1) į problemą nukreipti įveikos būdai (problemos apibrėžimas, alternatyvių sprendimų ieškojimas, naudos įvertinimas, priimtinausių strategijų pasirinkimas ir atlikimas) ir 2) į emocijas nukreipti įveikos būdai (reguliuoja su stresine situacija susijusias emocijas: siekiant sumažinti arba nuneigti baimes, pasitraukti arba išvengti stresą sukėlusios situacijos, arba sumažinti įtampą išreiškiant emocijas). (Lazarus, Folkman, 1984; Lazarus, 1993). Pastarosios dažniau naudojamos tada, kai kognityviai įvertinama, kad žmogus nieko negali padaryti grėsmę keliančios situacijos aplinkybių kontrolei.

Svarbiausi tarpininkai tarp stresą lemiančio asmens ir aplinkos ryšio ir padarinių yra kognityvinis įvertinimas bei įveika (Lazarus, Folkman, 1984). Pavyzdžiui, kai žmogus sąveiką su aplinka įvertina kaip grėsmingą, „įsijungia“ įveikos procesai, kurie savo ruožtu lemia vėlesnį kognityvinį įvertinimą ir stresinės reakcijos intensyvumą.

Link, Robbins, Mancuso, Charlson (2005) pateikia penkių etapų modelį, kuris nulemia strategijų naudojimą susirgus onkologine liga. 1) etape asmuo reaguoja į onkologinę ligą. 2) ir 3) etapo metu jie nustato ir įvertina galimas strategijas. Šiuo metu poveikį daro ir asmens ankstesnė patirtis, įsitikinimų sistema, įveikos stiliai bei aplinkinių įtaka. 4) etapo metu pasirenka strategiją ir jo pasirinkimas priklauso taip pat nuo aplinkinių, asmeninių tikslų, emocijų ir suvokiamo ligos sunkumo. 5) etape pasirinktos strategijos naudojimas modifikuojamas vidinių ir išorinių veiksnių, tokių kaip fizinės galimybės ir laikas. Šis Link, Robbins, Mancuso, Charlson (2005) patiektas modelis skiriasi nuo transakcinio modelio, nes atsižvelgia į onkologinio paciento pirminės reakcijos į diagnozę reikšmę renkantis strategiją.

Autoriais (Carver ir kt., 1989; Updegraff, Taylor, 2000) išskiria aktyvią, į problemas nukreiptą įveiką, ir pasyvią, į emocijas nukreiptą įveiką. Aktyvi įveika yra nukreipta į problemos sprendimą, kai imamasi aktyvių veiksmų tam, kad sumažinti streso poveikį (Updegraff, Taylor, 2000). Carver ir kt. (1989) prie aktyvių įveikos strategijų priskiria: problemų sprendimą, planavimą, konkuruojančių veiklų apribojimą, konkuruojančios veiklos nuslopinimas, atidėta įveika ir socialinės instrumentinės pagalbos ieškojimą. Aktyvi įveika gali būti labiau adaptyvi situacijose, kurios yra kontroliuojamos ir gali būti keičiamos. Į emocijas nukreipta adaptyvi įveika: socialinės paramos siekimas, teigiamas perinterpretavimas ir augimas, priėmimas, atramos ieškojimas religijoje, neigimas. Kaip mažiau adaptyvios įveikos pateikiamos: dėmesys į jausmus ir jų išreiškimą, elgesio ir mąstymo pakeitimas, psichoaktyvių medžiagų vartojimas.

Onkologinės ligos įveika. Watson ir Greer (1988) apibrėžė psichologinę onkologinės ligos įveiką kaip „paciento kognityvinę ir elgesio reakciją į onkologinės ligos diagnozę ir gydymą, kurią sudaro suvokiamas ligos poveikis ir bandymas jį sumažinti minčių bei elgesio pagalba“. Pastarąjį dešimtmetį tiriant onkologinių pacientų ligos įveikos strategijas imta plačiai naudoti Watson ir Greer parengta (1987) „Psichologinio prisitaikymo prie onkologinės ligos skalė“.

Watson ir Greer (1987) nustatė penkis dažnai pasitaikančius tarp onkologinių pacientų ligos įveikos būdus: 1) kovos dvasia, 2) neigimas, 3) fatalizmas, 4) bejėgiškumas ir beviltiškumas, 5) nerimastinga nuostata. Norėtumėme plačiau aptarti šiuos įveikos būdus plačiau (Watson, Greer, 1987; pgl. Moorey, Greer, 2005).

1. Kovos dvasia - kai į ligą žiūrima ne tik kaip į grėsmę, bet kaip į iššūkį, priimant optimistinį požiūrį, asmens nuostatos dėl pasekmių yra pozityvios. Toks sergantis ieško informacijos apie ligą, dalyvauja gydymo sprendimuose. Nepersistengdamas, imasi aktyvaus vaidmens, kad pasveiktų ir stengiasi kiek įmanoma gyventi normalų gyvenimą
2. Vengimas arba neigimas - kai asmuo neigia ligos poveikį, diagnozės grėsmė yra sumažinama, dėl to kontrolė tampa nereikšminga ir prognozė laikoma gera. Labiau sąmoninga vengimo

forma yra pozityvus vengimas, kai asmuo stengiasi gyventi toliau negalvodamas apie vėžį ir naudodamas dėmesio nukreipimą.

3. Fatalizmas - kai diagnozė reiškia santykinai nedidelę grėsmę, asmuo nesistengia kontroliuoti situacijos, kontrolės stokos pasekmės priimamos ramiai, toks pacientas pasyviai priima situaciją. Asmuo gali teigti, kad viskas yra gydytojo, Dievo rankose.
4. Bejėgiškumas ir beviltiškumas. Šis prisitaikymo stilius rodo, jog pacientas yra sukrėstas ir apimtas onkologinės ligos grėsmės baisumo. Asmens dėmesys sutelktas į grėšiančią mirtį arba jis ligą suvokia kaip vilčių sužlugimą. Diagnozė suvokiama, kaip grėsmė, praradimas, arba pralaimėjimas, vyrauja įsitikinimas, kad situacija nėra kontroliuojama, ir suvokiamos negatyvios pasekmės yra išgyvenamos, kaip jau įvykusios. Šiuo atveju nėra naudojama aktyvi onkologinės ligos įveika, galimas įprastos veiklos sumažėjimas.
5. Nerimastinga nuostata. Esant šiam prisitaikymo stiliui, vyrauja nerimas. Būdingas kompulsyvus nusiramavimo ieškojimas. Didžiąją dalį laiko žmogus praleidžia galvodamas, kad liga gali atsinaujinti arba pablogėti. Ir bet koks fizinis simptomas yra suvokiamas kaip ligos ženklas. Nusiramavimo siekiama kreipiantis pas skirtingus gydytojus, naudojant alternatyvią mediciną ir perdėtai ieškant informacijos apie vėžį. Diagnozė suvokiama, kaip didelė grėsmė, asmuo nėra įsitikinęs ar gali situaciją kontroliuoti: ateitis suvokiama kaip nesuspėjama (Moorey, Greer 2005).

Tai, kokias įveikos strategijas sergantysis onkologine liga pasirinks priklauso ir nuo jo religinių įsitikinimų, tikėjimu kūno ir proto ryšiu bei mirties ir priežasties, kodėl susirgo onkologine liga suvokimo, taip pat pasitikėjimo nevakarietiška medicina (Link, Robbins, Mancuso, Charlson, 2005). Tarp onkologinių pacientų dažnai paplitęs įsitikinimas, kad sąmonė ir kūnas yra neatskiriamai susiję, jog emocinis stresas sukelia žalą fiziniam kūnui, tuo tarpu teigiamas mąstymas gali būti naudingas. Kai kuriems malda ir tikėjimas į Aukštesnę Būtybę nulemia požiūrį į onkologinę ligą (Link, Robbins, Mancuso, Charlson, 2005).

Nemažai psicho-onkologiniuose tyrimuose skiriama dėmesio onkologinių pacientų neigimui/vengimui. Vengimas yra pirminė į emocijas nukreipta įveikos strategija, kai bandoma sumažinti stresinio įvykio sukeltą distresą, neigiant arba pasitraukiant iš situacijos, nesumažinant kenksmingo pačios situacijos aspekto (Updegraff, Taylor, 2000) Autorių duomenimis neigimo reakcija į onkologinę diagnozę gali būti veiksmingas metodas susidūrus su trumpalaikiu stresu (Watson, Greer, Blake, Scharpnell, 1984; Updegraff, Taylor, 2000). Tačiau vengianti įveika mažiau adaptyvi reakcija į ilgalaikį stresinį įvykį ir gali sąlygoti užsitęsusį distresą (Updegraff, Taylor, 2000).

Kalbant apie aktyvią įveiką, laikoma, kad ji gali būti labiau adaptyvi situacijose, kurios yra kontroliuojamos ir gali būti keičiamos (Updegraff, Taylor, 2000), bet priėmimas ir pozityvus perinterpretavimas, labiausiai adaptyvus situacijose, kurios nėra tiesiogiai kontroliuojamos, bei kai reikalingas ilgalaikis prisitaikymas, ypatingai tose situacijose, kur negali būti naudojamos aktyvios, į problemą nukreiptos įveikos strategijos (Updegraff, Taylor, 2000). Kol kas nedaug tyrimų atliktų tiriant onkologinių pacientų ligos situacijos priėmimą, tačiau gauti duomenys rodo, kad yra ryšys tarp onkologinių

pacienčių naudojamos priėmimo strategijos ir mažesnio distreso (Carver ir kt, 1993; pgl. Updegraff, Taylor, 2000).

Skausmo įveika. Psichologiniai skausmo įveikos tyrimai per pastaruosius 20 metų labai paplito tiriant pacientus su lėtiniu skausmu (McCracken, Eccleston, 2003). Autorių duomenimis aktyvios skausmo įveikos strategijos tokios, kaip dėmesio nukreipimas, įveikiančios saviinstrukcijos, padidėjęs aktyvumas, skausmo ignoravimas susiję su geresniu prisitaikymu prie lėtinio skausmo (Jensen ir kt, 1991). Pasyvi skausmo įveika, kuriai būdingas padidėjęs medikamentų, narkotikų, alkoholio, tabako naudojimas laikomi neadaptiviais skausmo įveikos būdais, kurie dar labiau paaštrina patiriamus sunkumus paciento gyvenime (Turner, Romano, 2001; Menefee, Katz, 2001). Skausmo sąlygotas poilsis ir sumažėjęs aktyvumas prisideda prie raumenų atrofijos, sumažėjusio išitraukimo į veiklą - tai pasunkina negalią, jaučiantiems lėtinį skausmą žmonėms (Fordyce, 1976, pgl. Jensen ir kt, 2002).

Katastrofinis mąstymas. Skausmo tyrimuose daug dėmesio skiriama katastrofiniam mąstymui, t.y. asmens polinkis susitelkti ir perdėti skausmingų stimulų grėsmę, taip pat polinkis negatyviai įvertinti savo sugebėjimus susidoroti su skausmu (Keefe ir kt., 2000). Dramatizavimas atspindi asmens bejėgiškumą. Kai kurie autoriai katastrofinį mąstymą vertina kaip įveiką (Rosenstiel, Keefe, 1983; pgl. Keefe ir kt., 2000), o kiti teigia, jog jį reiktų laikyti ne skausmo įveikos strategija, bet jis greičiau kognityviniu įvertinimu, nes katastrofavimo skalė (Keefe „Skausmo įveikos klausimyno“) vertina laipsnį, kuriuo žmonės nerimauja ir neigiamai galvoja jausdami skausmą (Turner, 1991; pgl. Grant, Long, Willms, 2002).

Per paskutinę dekadą nemažai atlikta tyrimų, patvirtinančių katastrofinio mąstymo ryšį su didesne negalia (Martin ir kt., 1996, pgl. Keefe ir kt., 2003), padidėjusiu skausmo elgesiu (Keefe ir kt., 2000), padidėjusiu sveikatos paslaugų ir medikamentų naudojimu (Bedart ir kt., 1997, pgl. Keefe ir kt., 2003), depresija (Turner, Jensen, Romano, 2000).

Sullivan (2001) pateikia teorinį skausmo katastrofavimo modelį. Šis modelis teigia, jog katastrofinis mąstymas yra išplėsta tarpasmeninio stiliaus įveika, kur įveikos pastangos yra greičiau nukreiptos į tarpasmeninius santykių tikslus, nei išimtinai į skausmo sumažinimą. Sullivan (2001) modelis apima tiek įveikos, tiek operantinės teorijos elementus. Šis modelis laikosi įveikos teorijos teigdamas, kad asmuo, kuris katastrofuoja teikia pirmenybę socialiniai įveikai ir daugiau kalba apie skausmą, jo skausmo elgesys labiau išreikštas. Modelis priartėja prie operantinės teorijos teigdamas, jog padidėjęs dėmesys ir palaikymas, sulaukiamas iš aplinkinių gali pastiprinti katastrofinį mąstymą ir tuo būdu sustiprinti skausmo jutimą, kas sustiprina padidėjusio skausmo elgesio išraišką ir skatina neįgalų gyvenimo būdą (pgl. Keefe ir kt., 2003).

Darbo tikslas, uždaviniai, hipotezės

Apibendrinant aptartą medžiagą, galime teigti, jog progresuojanti onkologinė liga - viena iš didelę baimę dėl tiesioginės grėsmės gyvybei keliančių ligų. Be to, dažnas progresuojančios ligos simptomas - lėtinis skausmas, kuris daro poveikį žmogaus fiziniam, psichologiniam, socialiniam ir dvasiniam funkcionavimui.

Darbe bandysime nustatyti prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdus, laikydami, kad geriausias prisitaikymo būdas turėtų būti progresuojančios ligos priėmimas. Kad tuo įsitikintume, turime nustatyti būdus, kuriais onkologiniai pacientai prisitaiko prie ligos progresavimo, kad galėtume juos palyginti tarpusavyje. Anot įvairių autorių (Risdon ir kt. 2003; McCracken, 2004; Carver, Scheier, Weintraub, 1989; Updegraff, Taylor 2000), kai stresorius (šiuo atveju progresuojanti onkologinė liga) yra nekintamas ir negali būti pakeistas, geriausias prisitaikymo būdas – priėmimas. Taip pat laikysime, kad prisitaikant prie progresuojančios onkologinės ligos tarpininkauja kognityviniai veiksniai, ligos ir skausmo įveika, todėl mes bandysime nustatyti jų ryšius su prisitaikymo būdais.

1. Tyrimo tikslas - ištirti onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos bei lėtinio skausmo ypatumus.

2. Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos bei lėtinio skausmo būdus.
2. Ištirti ryšius tarp prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos bei lėtinio skausmo būdų ir kognityvinių schemų, psichopatologinės simptomatikos, gyvenimo kokybės, ligos ir skausmo įveikų.
3. Nustatyti ryšius tarp kognityvinių schemų bei gyvenimo kokybės, psichopatologinės simptomatikos, ligos ir skausmo įveikos būdų.
4. Nustatyti ryšius tarp lėtinio skausmo priėmimo bei gyvenimo kokybės ir psichopatologinės simptomatikos

3. Hipotezės:

1. Onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos bei lėtinio skausmo būdai bus įvairūs; tarp jų bus ir progresuojančios onkologinės ligos priėmimas.
2. Yra ryšys tarp progresuojančios onkologinės ligos priėmimo bei adaptyvių kognityvinių schemų, aukštesnės gyvenimo kokybės, mažesnės psichopatologinės simptomatikos.
3. Yra ryšys tarp neadaptyvių prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų bei žemesnės gyvenimo kokybės, pasyvių skausmo ir ligos įveikos strategijų, psichopatologinės simptomatikos, neadaptyvių kognityvinių schemų.
4. Yra ryšys tarp adaptyvių kognityvinių schemų bei aukštesnės gyvenimo kokybės, aktyvių ligos ir skausmo įveikos būdų.
5. Yra ryšys tarp lėtinio skausmo priėmimo bei geresnės gyvenimo kokybės, mažesnės psichopatologinės simptomatikos.

TYRIMO METODIKA

Tiriamieji

Tyrėme sergančius progresuojančia onkologine liga bei jaučiančius lėtinį skausmą pacientus. Mus domino onkologinių pacientų su progresuojančia liga prisitaikymo ypatumai, nesirinkome t.t. rūšies vėžinio susirgimo, nes norėjome ištirti bendras onkologinių pacientų prisitaikymo prie grėsmingos situacijos tendencijas. Svarbūs šiuo atveju buvo du kriterijai - progresuojanti liga ir lėtinis skausmas.

- Ligos progresavimas – buvo atrenkami onkologiniai pacientai, kuriems pirminės diagnozės metu buvo nustatytas III arba IV stadijos piktybinis navikas, taip pat svarbus veiksnys - jų liga buvo progresuojanti (nustatytos metastazės į kitus organus). Renkantis onkologinius pacientus su kraujo vėžiu, taikėme kiek kitokius kriterijus, nes net esant IV stadijai kraujo vėžys gali būti išgydytas, todėl čia rinkomės tik t.t. kraujo vėžio ligas, kurios yra lėtinės, progresuojančios ir neišgydomos – pvz. mielominė liga, ūminė leukemija vyresnio amžiaus ligoniams, kuriems negali būti taikomas agresyvus gydymas (tačiau, taip pat kreipiamas dėmesys į ligos progresiją).

- Visi onkologiniai pacientai jautė lėtinį skausmą. Skausmo trukmė ilgesnė nei 3 mėnesiai.
- Visi tiriamieji vyresni nei 18 m.

Onkologine liga sergantys pacientai buvo tirti Vilniaus Universitetinės Ligoninės Onkologijos Centro stacionare, chemoterapijos ir radiologijos skyriuose, Vilniaus Universitetinės Ligoninės Santariškių Klinikų hematologijos ir onkologijos centro stacionare, taip pat tiriami pacientai su progresuojančia liga besilankantys Lietuvos Universitetinės Ligoninės Onkologijos Centro poliklinikos Paliatyvios medicinos kabinete.

Viso ištirti 38 onkologiniai pacientai su progresuojančia liga bei lėtiniu skausmu: 13 vyrų (34,2 %) ir 25 moterų (65,8 %). Amžius 26 – 73 metų, vidurkis – 52,2 metų.

Išsamesni duomenys apie tiriamųjų susirgimo trukmę, skausmo trukmę, ligos pavadinimą (lokalizaciją) ir ligos išplitimą (metastazes), pasiskirstymą pagal amžių ir pagal socialinius-demografinius duomenis pateikti 1, 2 ir 3 lentelėse 1-ame priede.

Tyrimo metodai

Pusiau struktūruotas interviu

Duomenys apie onkologinių pacientų subjektyvią ligos progresavimo ir lėtinio skausmo suvokimo ir priėmimo reikšmę buvo renkami pusiau struktūruoto interviu pagalba, t.y. pokalbio, kuris vyko laisvai, o tyrėjas vadovavosi tiktais bendrais, iš anksto apgalvotais, klausimais. Konkrečių klausimų formulavimas ir jų pateikimas priklausė nuo konteksto.

Pacientų pirmiausia buvo prašoma: „*Prisiminkite ir papasakokite, kaip viskas klostėsi nuo momento, kai pastebėjote pirmuosius ligos simptomus iki šios dienos*“.

Orientaciniai klausimai:

- 1) Ką Jums reiškia gyvenimas su šia liga?

- 2) Ką Jums reiškia skausmas?
- 3) Ar galite papasakoti apie savo planus?
- 4) Kas Jums yra viltis?

Literatūroje (G. Valickas, 1990) nurodomi tokie šio metodo privalumai: sukuriamos betarpiškos, natūralios sąlygos, padedančios tiriamiesiems laisviau kalbėti su tyrėju apie išgyvenimus; pokalbis leidžia surinkti kiek galima išsamesnę informaciją apie tiriamųjų subjektyvią skausmo sampratą ir padeda pastebėti tokius aspektus, kurių negalėtų atskleisti standartizuotos metodikos; sukuriamas šiltas, asmeniškasis santykis tarp tyrėjo ir respondento.

Tyrimo metu buvo naudojamos 4 visiškai naujos ir Lietuvoje nenaudotos metodikos. B. Fife (2005) „Prasmės priskyrimo skalė“; Rosentiel, Keefe (1983) „Įveikos strategijų klausimynas“, McCracken ir kt. (2004) „Lėtinio skausmo priėmimo klausimynas“ bei Watson, Greer (1986) „Psichologinio prisitaikymo prie vėžio skalė“. Buvo susisiekiama su visais autoriais ir gautas jų sutikimas versti ir naudoti metodikas šiame tyrime. Visas metodikas mes išvertėme dviejų vertėjų pagalba iš anglų kalbos, lietuvių kalbos specialistas jas suredagavo, po to klausimynas dar kartą buvo išverstas į anglų kalbą, patikrinimui ar nepasikeitė jo prasmė.

Kiekybinis onkologinių pacientų su progresuojančia liga tyrimas atliktas naudojant šias metodikas: Kognityvinės schemos buvo tiriamos 3 metodikomis:

Potrauminio augimo įvertinimo metodika (PTA)

Autoriai R. Tedeschi ir L. Calhoun (1996) sukūrė metodiką skirtą potrauminio augimo požymiams nustatyti. PTA skalė buvo adaptuota Lietuvoje 2005 metais. PTA metodikos bendro įverčio įvertinimas yra visų teiginių suma. PTA subskalių įvertinimas yra skalę sudarančių teiginių vertinimų suma. PTA metodiką sudaro 21 teiginys, kurių kombinacijos sudaro penkias PTA subskales: naujų galimybių matymas: 3, 7, 11, 14, 17; santykiai su kitais: 6, 8, 9, 15, 16, 20; asmenybės stiprumas: 4, 10, 12, 19; gyvenimo vertinimas: 1, 2, 1; dvasiniai pokyčiai po traumos: 5, 18. Metodiką sudarantys teiginiai turi 6 vertinimus: „Iš viso nepatyrė“ (0 balų), „Labai nestipriai“ (1 balas), „Nestipriai“ (2 balai), „Vidutiniškai“ (3 balai), „Stipriai“ (4 balai), „Labai stipriai“ (5 balai). Tiriamasis turi įvertinti, kaip stipriai jis patyrė minėtus pokyčius, kaip tam tikro trauminio įvykio išgyvenimo rezultata. Ši metodika pateiktas 2 priede.

Prasmės priskyrimo skalė (Meaning Constructed Scale, 2005)

Prasmės priskyrimo skalė sukurta B. Fife. Ji teigia, kad prasmės priskyrimas yra būdingas susidūrus su gyvenimui grėsminga liga (B. Fife šią skalę naudojo tirti onkologine liga bei Aids sergančius pacientus) (Fife, 2005). Ši skalė parodo asmens grėsmingos ligos suvokiamą poveikį jo tapatybei, santykiams su kitais bei ateities galimybėms. Prasmės priskyrimo skalę sudaro 11 teiginių, kurie vertinami 4 balų skale: „Visiškai sutinku“ (1 balas), „Sutinku“ (2 balai), „Nesutinku“ (3 balai), „Visiškai nesutinku“ (4 balai). Apskaičiuojant rezultatus teigiamiems teiginiais suteikiamas atvirkštinis įvertinimas (pvz. jei tiriamasis pažymi 1, tai sumuojant reikia skaičiuoti 4). Teiginių įvertinimai skaičiuojami sumuojant, aukščiausia galima suma yra 44, kuri parodo pozityvų ir palankiausią prasmės priskyrimą. Mūsų tyrime naudotos visos skalės Cronbacho $\alpha = 0,81$, rodo gera vidinį skalės suderinamumą. Ši skalė pateikta 3 priede.

Prielaidų apie pasaulį klausimynas (PAPK)

Prielaidų apie pasaulį klausimyną sukūrė R.Janoff - Bulman (1989) žmonių pagrindinių prielaidų apie pasaulį įvertinimui. Jis remiasi teorija apie turimas tris bazines žmogaus prielaidas apie pasaulį (pasaulio palankumas, prasmingumas, vertinimas) (9 priedas). Klausimyną sudaro trys skalės, kiekviena jų turi 8 subskales po 4 teiginius (viso 32 teiginiai) (1 lentelė).

1 lentelė. Prielaidų apie pasaulį klausimyno pagalba matuojamos 3 bazinės žmogaus turimos prielaidos apie pasaulį, kurios suskirstomos į 8 subskales

Prielaidos apie pasaulį	Subskalės	Teiginių Nr.
Pasaulio palankumas	Pasaulio palankumas	5,9,25,30
	Žmonių palankumas	2*,4,12*,26
Pasaulio prasmingumas	Teisingumas	1,7,14,19
	Kontrolė	11,20,22,29
	Atsitiktinumas	3,6,15,24
Savęs vertinimas	Savęs vertinimas	8*,18*,28,31*
	Savęs kontrolė	13,17,23,27
	Laimė/sėkmė	10,16,21,32

* reiškia, kad sumuojant balus, šį atsakymą reikia pakeisti į priešingą: pavyzdžiui, jei tiriamasis pažymi 2, tai sumuojant reikia skaičiuoti 5.

Kiekvieną teiginį tiriamasis gali įvertinti šešiais balais, t.y. atsakymais: "Visiškai nesutinku" (1), "vidutiniškai nesutinku" (2), "šiek tiek nesutinku" (3), "šiek tiek sutinku" (4), "vidutiniškai sutinku" (5) ir "visiškai sutinku" (6). Subskalės įvertinimas yra ją sudarančių teiginių įvertinimų suma. Tokiu būdu įvertinimai gali kisti nuo minimalaus 1 iki maksimalaus 24: kuo įvertinimas didesnis, tuo vertinama prielaida apie pasaulį yra žmogui būdingesnė, t.y. žmogus ja labiau tiki; kuo įvertinimas mažesnis, tuo prielaida yra labiau griūnanti (R.Janoff - Bulman, 1989, cit. pagal V.Domanskaitę - Gota, 2000, p.32). Šis klausimynas pateiktas 4 priede.

Psichopatologinė simptomatika tirama 2 metodikom:

Įveikio poveikio skalės – revizuota (IES –R) lietuviška versija

IES-R metodika skirta įvertinti visų trijų potrauminio streso sutrikimo simptomų išreikštumą: invaziją, vengimą ir padidėjusį dirglumą (Kazlauskas ir kt., 2005). Asmuo pats užpildo šią skalę, pažymėdamas PTSS simptomų intensyvumą per pastarąsias septynias dienas. Metodiką sudaro 22 teiginiai, kurie vertinami 5 balų skale: „Visai ne“ (0 balų), „Šiek tiek“ (1 balas), „Vidutiniškai“ (2 balai), „Gana daug“ (3 balai), „Labai stipriai“ (4 balai). Teiginių įvertinimai skaičiuojami nuo 0 (nėra simptomo) iki 4 balų (simptomas labai stipriai išreikštas). IES-R subskalių įvertinimas yra skalę sudarančių teiginių įverčių vidurkis. IES-R bendro įverčio įvertinimas yra visų teiginių įverčių aritmetinis vidurkis. IES-R vengimo subskalę sudaro šie teiginiai: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. Vengimo subskalę sudaro tokie teiginiai kaip: „Stengiausi apie tai negalvoti“, „Šalinausi bet ko, kas tai primindavo“ ir kt. IES-R invazijos subskalę sudaro: 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20 teiginiai. IES-R invazijos subskalės teiginių pavydžiai: „Net nenorėdamas galvojau apie tai“, „Sapnuodavau tai“. IES-R dirglumo subskalę sudaro šie teiginiai: 4, 10, 15, 18, 19, 21. IES-R dirglumo subskalės pavydžiai: „Būdavo sunku užmigti“, „Buvau dirglus ir greitai išsigąsdavau“. Ši skalė pateikta 5 priede.

Becko depresijos inventorius (BDI-II)

Depresiškumui vertinti naudojame Becko depresijos inventorių (BDI-II), skirtą nustatyti depresijos stiprumą (Beck, 1996). Inventorius BDI-II matuoja kognityvinius-afektyvius ir fiziologinius depresijos simptomus. Darbe naudojamas Lietuvai pritaikytas BDI-II (Balaišis, 2004).

Ligos ir skausmo įveika tiriama 3 skalėm:

Psichologinio prisitaikymo prie vėžio skalė

Psichologinio prisitaikymo prie vėžio skalę sukūrė M. Watson ir Greer (angl. Mental Adjustment to Cancer Scale, MAC) (1986; pgl. Watson, Greer, Bliss, 1989). Skalė skirta onkologinės ligos įveikos strategijoms įvertinti. Skalę sudaro 40 teiginių, kurių kombinacijos sudaro 5 subskales: kovinė dvasia: 4, 5, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 39, 40; bejėgiškumas/ beviltiškumas: 2, 9, 17, 23, 25, 36; nerimastinga nuostata: 1, 3, 10, 14, 19, 21, 22, 29, 37; fatalizmas: 7, 8, 12, 15, 24, 33, 35, 39; neigimas: 38. Teiginiai vertinami 4 balų skale: „Visiškai netinka“ (1 balų), „Netinka“ (2 balai), „Tinka“ (3 balai), „Visiškai tinka“ (4 balai). MAC vertinimas subskales sudarančių teiginių vertinimų suma. Ši skalė pateikta 6 priede.

Įveikos strategijų klausimynas (angl. The coping strategies questionnaire, SCQ).

Įveikos strategijų klausimyną sukūrė Rosenstiel ir Keefe (1983). Klausimynas skirtas įvertinti pacientų skausmo metu naudojamas šešias kognityvines ir vieną elgesio įveikos strategijas. SCQ subskalių įvertinimas yra subskales sudarančių teiginių vertinimų suma. Klausimyną sudaro 48 teiginiai, kurių kombinacijos sudaro 7 subskales: dėmesio nukreipimas: 3, 10, 13, 30, 31, 43; skausmo jutimo pervadinimas: 1, 4, 11, 18, 34, 46; įveikiančios saviinstrukcijos: 6, 8, 23, 26, 36, 37; ignoravimas: 20, 22, 24, 27, 35, 40; meldimasis/ tikėjimas: 15, 17, 21, 25, 32, 41; katastrofizavimas: 5, 12, 14, 28, 38, 42; padidėjęs veiklos atlikimas: 2, 7, 39, 44, 45, 47; ir neįskaičiuojami teiginiai: 9, 16, 19, 29, 33, 48. Klausimyną sudarantys teiginiai vertinami 6 balų skale: nuo „Niekada taip nedarau“ (0 balų), „Kartais taip darau“ (3 balai) iki „Visada taip darau“ (6 balai).

Metodika buvo išverta gavus autorių sutikimą. Mūsų tyrime naudotos visos CSQ metodikos Cronbacho $\alpha = 0,86$, o atskirų subskalių $\alpha = 0,71 - 0,84$. Metodikos patikimumas matuojant Cronbacho α koeficientu yra pakankamai aukštas ir artimas metodikos autorių nurodomiems patikimumo koeficientams (Keefe, 1992). Šis klausimynas pateiktas 7 priede.

Lėtinio skausmo priėmimo klausimynas (angl. Chronic pain acceptance questionnaire, CPAQ).

Lėtinio skausmo priėmimo įveikos klausimyną sukūrė Geiser (1992; pgl. McCracken ir kt. 2004) jo versijoje buvo 34 teiginiai. Mes naudojame McCracken su bendraautoriais (2004) revizuotą Lėtinio skausmo priėmimo įveikos klausimyną. Jį sudaro 20 teiginių, kurių kombinacijos sudaro 2 subskales: įsitraukimas į veiklą: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 19; pasiryžimas skausmui: 4, 7, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20. Klausimyną sudarantys teiginiai vertinami 6 balų skale: nuo „Visiškai netinka“ (0 balų), „Kartais tinka“ (3 balai) iki „Visiškai tinka“ (6 balai). Subskalių įvertinimas yra subskales sudarančių teiginių vertinimų suma. Bendras balas yra abiejų subskalių suma.

Mūsų tyrime naudotos visos CPAQ metodikos Cronbacho $\alpha = 0,80$, atskirų subskalių $\alpha = 0,72 - 0,83$. Metodikos patikimumas matuojant Cronbacho α koeficientu yra pakankamai didelis ir

artimas metodikos autorių nurodomiems patikimumo koeficientams (atskirų subskalių alpha - 0,78 – 0,84) (McCracken it kt., 2004). Šis klausimynas pateiktas 8 priede.

EORTC QLQ-C30 – gyvenimo kokybės sergant onkologine liga klausimynas

EORTC QLQ-C30 (angl. *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*) – Europos vėžio tyrimų ir gydymo organizacijos gyvenimo kokybės klausimynas, kurį sudaro 30 klausimų (Fayers ir kt., 2001). Klausimai apima keturis pagrindinius veiksnius - fizinius, emocinius, socialinius ir užimtumo. Kiekvienas klausimas gali būti vertinamas 4 balų skalėje priklausomai nuo nežymaus (1 balas) iki labai aiškaus požymio (4 balai). Paskutiniai du klausimai yra apibendrinantys, vertinami nuo „labai blogai“ (1 balas) iki „puikiai“ (7 balai). Vertintos trys pagrindinės gyvenimo kokybės skalės: bendra sveikatos būklė; funkcinė skalė (fizinė būklė, užimtumo, emocinė, kognityvinė ir socialinė funkcijos); simptomų skalė (nuovargis, pykinimas/vėmimas, skausmas, dusulys, nemiga, apetito praradimas, vidurių užkietėjimas, viduriavimas, finansinės problemos). Kai gyvenimo kokybės ir funkcijų skalės įvertintos daugiau balų, tai būklė geresnė; kai simptomai įvertinti daugiau balų, būklė - prastesnė. Gyvenimo kokybės klausimyno EORTC QLQ-C30 rezultatai apskaičiuoti remiantis EORTC sudaryta skaičiavimo metodika. Didesni skaičiavimo rezultatai rodo geresnę funkcinę skalę ir bendros gyvenimo kokybės lygį bei žemesnę simptomines skalės lygį (Fayers ir kt., 2001). Šis klausimynas plačiai naudojamas ir klinikiniuose tyrimuose Lietuvoje, vertinant onkologinių ligonių gyvenimo kokybę. Šis klausimynas pateiktas 9 priede.

Tyrimo eiga

Bendradarbiaujant su skyrių vedėjais ir gydančiais gydytojais buvo atrenkami radiologinio ir chemoterapinio, hematologinio skyrių onkologiniai pacientai su progresuojančia liga ir lėtiniu skausmu.

Pradinio pokalbio metu tiriamieji buvo supažindinami su tyrimu ir kviečiami jame dalyvauti. Visi ligoniai buvo tiriami individualiai. Prieš tyrimą su kiekvienu ligoniu buvo užmezgamas kontaktas, kuriama motyvacija dalyvauti tyrime.

Pokalbio pradžioje su tiriamaisiais buvo susitariama dėl pasakojimo įrašinėjimo į audio kasetę, prieš tai jų atsiklausiant ir garantuojant anonimiškumą. Visi mūsų apklausti tiriamieji sutiko, kad pokalbis būtų fiksuojamas tokiu būdu. Taip buvo siekiama kiek galima labiau pašalinti gaunamos informacijos subjektyvumą ir iškraipymą dėl tyrėjo šališkumo. Pokalbis su onkologiniais ligoniais paprastai užtrukdavo nuo 60 iki 120 min. Atsižvelgiant į tai, kad jis paprastai būdavo emociškai sekinantis tiriamiesiems, anketavimas būdavo atidedamas antram susitikimui. Priklausomai nuo ligonių būklės ir pageidavimo anketas skaitė patys tiriamieji arba tyrėja.

Tyrimo metu buvo bendradarbiaujama su VULOI reabilitacijos skyriuje dirbančiais psichoterapeutais bei OLHB „Kraujas“ dirbančiais psichologais. Esant pacientų pageidavimui bei pacientams išsakius suicidines mintis buvo nurodoma, kur jie gali gauti psichologinę, psichoterapinę pagalbą arba pacientui pareiškus norą, psichoterapeutai patys atvykdavo pas tiriamąjį į palatą.

REZULTATAI

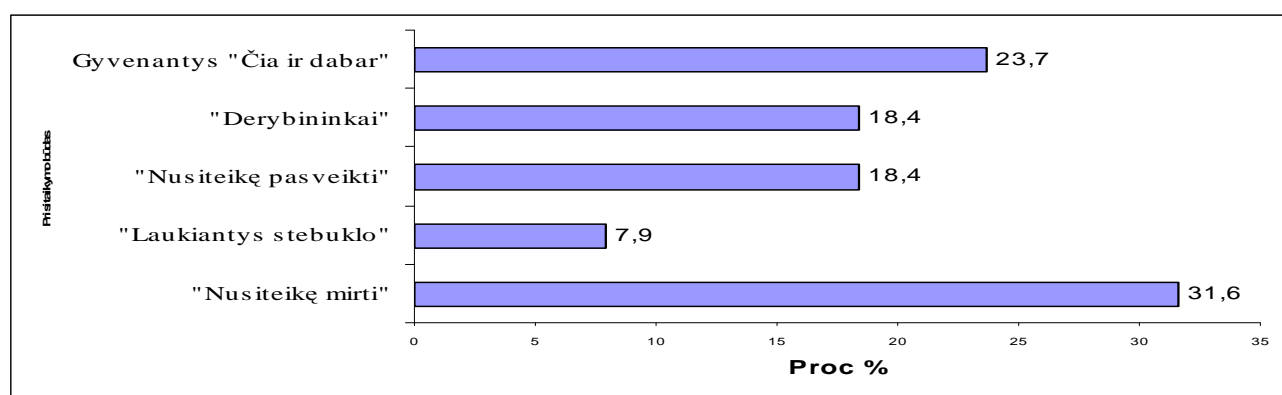
Prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdai

Atlikus tyrimą visų pirma buvo apdorojami pusiau struktūruoto interviu duomenys, skirti išsiaiškinti onkologinių pacientų ligos progresavimo priėmimo ypatumus. Kokybiniai interviu duomenys buvo apdorojami keliais etapais. Pirmiausia visi interviu buvo perrašomi iš garsajuostės ant popieriaus. Pasitelkiant dar 2-jų ekspertų (klinikinių psichologų, dirbančių onkologijos srityje) pagalba (viso 3 tyrėjai) pirmus 15 tiriamųjų interviu buvo perskaitomi ir laisvai koduojami, buvo surinkta daugiau nei 120 įvairiausių kodų, kurie buvo atrenkami bendru sutarimu, panašius kodus sujungiant į bendras grupes iki liko 64 kodai, kurie buvo suskirstyti į kelias bendras kategorijas. Kodai pateikti 10 priede.

Sekančiame etape visi trys ekspertai nepriklausomai vienas nuo kito atskirai užkodavo 38 perrašytus onkologinių pacientų interviu, kiekvienam iš jų priskirdami tinkamiausiai atrodančius kodus. Susumavus visų trijų vertintojų kodavimą, statistinei analizei buvo palikti kodai, kurie kartojosi visus 3 kartus, atmesti, kurie kartojosi 1 kartą, pakartotinio kodavimo metu buvo dar kartą įvertinami kodai, kurie pasikartojė 2 kartus ir palikti tie, kurie sutapo 3 kartus. Kiekvienam tiriamojo interviu buvo priskirta eilė kodų.

Klasterinės analizės metodu (SPSS 10) tiriamiesiems priskirti kodai buvo suskirstyti į 5 klasterius bei patys tiriamieji suskirstyti į penkis klasterius. Kiekvienam klasteriui buvo suteikiamas pavadinimas, kuris geriausiai, mūsų manymu, galėjo atspindėti į tą grupę patekusius tiriamuosius pagal prisitaikymo prie ligos būdą.

Penki klasterinės analizės būdu išskirti prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdai yra: 1) *Gyvenantys „Čia ir dabar“* – priėmę progresuojančios ligos situaciją; 2) *„Derybininkai“* – konfrontuojantys su esama situacija; 3) *„Nusiteikę pasveikti“* – įsitikinę, kad pasveiks nuo progresuojančios onkologinės ligos; 4) *„Nusiteikę mirti“* – jiems progresuojanti onkologinė liga reiškia greitai įvyksiančią mirtį; 5) *„Laukiantys stebuklo“* – aiškiai suvokiantys, kad jų liga progresuoja, bet viliasi, kad gal įvyks stebuklas ir jie pasveiks.



1 pav. Prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų pasiskirstymas procentais.

Toliau pateiksime kiekvieno prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdo aprašymą su jam būdingais kodais.

1) **Gyvenantys „Čia ir dabar“** – priėmę progresuojančios ligos situaciją. Šiai grupei būdingi bruožai:

Ligos priėmimas. Realiai priima progresuojančią ligą, suvokia, kad ji grėsminga, kad mirtis neišvengiama, stengiasi su ja gyventi, nebijo apie ją kalbėti, pripažįsta, kad tokia liga gali susirgti bet kuris žmogus. Liga integruota į gyvenimo schemą, neišgyvena didelio streso kalbėdami apie ją. 56 m. tiriamoji: „*Dar buvo labai stipru priimti šitą ligą kaip tokią – aš vardinu ją visiems, aš nebijau pasakyti, kad sergu vėžiu*“. 36 m. tiriamoji: „*Liga ėmė labiau progresuoti, metastazavosi po paskutinės chemoterapijos į daugelį organų, labai netikėtai. Ir daktarai galvojo, kad jinai nepuls taip plačiai, bet vis tik kažkaip tai perėjo. Ta realybė sukirbina, turi priimti tuos faktus, kaip yra*“; 54 m. tiriamasis: „*Tęsiasi gyvenimas. Gyvenimas yra gyvenimas - Dievo dovana. Anksčiau sakydavau taip, bet ir dabar sakau tą patį. Gyventi ir viskas... dabar gydomės, ką darysi, o kiek Dievulis davė, tiek ir gyvensim, spardysimės nuo šitos ligos bendromis jėgomis, bet nepasiduosime kiek yra įmanoma. Mirties nešauksim, pati ateis nelauktoji. Ne aš vienas, ne aš pirmas, ne aš paskutinis. Ne pirmas aš aplamai toksai su tomis tokiomis problemomis, va kiek čia tokių*“. 72 m. tiriamoji: „*Ligą turi ir turi. Eini, vaikštai, gydaisi.. Tai vat, aš pripažinau tą savo ligą*“. 62 m. tiriamoji: „*Dabar pripratau.....pradėjau sąmoningai galvoti, kad nieko tas nepakeis, kad nieko gero nebus jei liūdėsiu, tik sau blogiau. Jei sužinočiau, kad dabar blogai, tai jokių būdu nebebūtų taip sunku, kaip buvo tada (kai sužinojo diagnozę). Aišku nebūtų ir taip, kaip šiandien, kad jaučiuos, bet aišku nebeįgalvočiau, kad ten negyventi, ar ten kažkaip.....*“.

Nekelia klausimo, kodėl susirgo. Nekelia klausimo apie tai, kodėl jie susirgo onkologine liga, priima faktą, kad tas įvyko ir nieko pakeisti negalima. Tuo pačiu kalba ir apie įvykusį ligos priėmimą, susitaikymą su tuo, kad jie serga, nekaltindami savęs, aplinkinių, blogo gyvenimo, „neteisingo“ Dievo: 72 m. tiriamoji: „*Aš niekad negalvojau kodėl man. Net tokia mintis nekilo, nei karto, niekada. Ir niekad negalvojau kodėl jinai atsirado. Tiesiog atsirado ir viskas, daug kam atsiranda, atsirado tame tarpe ir man. Kuo aš geresnė?*“; 41 m. tiriamoji: „*Negalvoju, kodėl susirgau - susirgau ir viskas. Ką čia beprigalvosi. Bandžiau galvoti, bet niekas niekur neišlenda...kiti sako „kodėl man?“. Aš to klausimo nekeliu, kartais pagalvoju - jei tai būtų skirta kažkam kitam, tarkim mano artimam, tada pagalvoji, kad tau skirta, nes tu esi stiprus, tu tą atlaikysi, o jei kitam, tada kaip tau būtų sunku, galvoji ar atlaikytų kitas žmogus. Bet tau skirta, tu tą priimi, su tuo susitaikai, tvarkaisi kažkaip, tau taip turi būti. Negali sakyti „kodėl man?“, reiškia, kad iškart kažkam kitam tu siūlai, kad tas būtų. Kodėl ne tau? Tu toks pats žmogus. Tau taip įvyko, tau tas skirta ir viskas*“.

Dėmesys į „čia ir dabar“. Stengiasi gyventi šiuo momentu, pastebi malonius dalykus, stengiasi gauti kiek įmanoma daugiau iš gyvenimo „šiandien“, nebeturi planų nukreiptų toli į ateitį. Tiriamoji 67 m.: „*Nebežiūriu į priekį, praktiškai nieko neplanuoju ir džiaugiuosi tuo, kas yra. Kas yra šiuo momentu. Jei aš noriu ką nors nusipirkti – aš nusipirkau, tai ko man reikia šiandien. Lietus lyja – gražu, saulė šviečia – gražu, vėjas pučia – labai smagu. Viskas labai gražu. Turbūt anksčiau, gal per tuos darbus nebematydavau, kad iš tiesų labai gražu, o antra, tas susirgimas verčia padaryti tokius dalykus... perkainuoti viską*“; 62 m. tiriamoji: „*dabar aš supratau, kad reikia gyventi „čia ir dabar“, anksčiau galvojau: „aš išėisiu į pensiją ir tą darysiu, tą darysiu, tą darysiu*“. Dabar galvoju – Dieve, Dieve – reikėjo

viską daryti tada, kada norėjau..čia ir dabar reikia gyventi...dabar keliauju, lankau dukrą Kanadoje, vaikštau į savitarpio pagalbos grupes.... stengiuosi gyventi dabar“.

Darna su Dievu. Tiriamieji kalba apie jaučiamą Dievo, dangaus paramą, darną su Dievu. Santykis su Dievu yra bendradarbiaujantis, mini, kad su Dievu jie tariasi, jaučia jo palaikymą, buvimą ir pan.: 72 m. tiriamoji „aš dabar žiūriu, kad jau šiame 3-me etape: susirgimo, atkritimo ir po... aš esu kitame lygmenyje...aš vaikštau ir žinau, kad aš vaikštau po dangų. Aš žinau, kad aš turiu jo globą. Bet pavyzdžiui, kad kiekvieną kartą ten terorizuoti savo maldomis, nu man atrodo, kad jau nebereikia šito. Aš žinau, kad turiu palaiminimą ir žinau, kad jis nėra abejingas nei vienam savo kūriniui, tik aš nežinau, kiek aš esu verta. Nežinau kaip tą paaiškinti, lyg būtų kažkokia tai čia „aš“ paralelė ir „jo“ paralelė. Ir aš einu kaip tai lygiagrečiai. Ir aš nesijaučiu apleista, nors man atrodo, kad gal galėčiau ir daugiau“; 36 m. tiriamoji: „Susirgus tikėjimas pagilėjo. Viską gal darydavau, gal dėl įpročio, giedojau chore, bet tai buvo labiau nuolatinis darbas, dabar aš pati ėmiau ieškoti atsakymų kitaip“.

Darna su aplinkiniais – tampa empatiškesni, tolerantiškesni, labiau kitus užjaučia, mažiau reikalauja, mažiau kreipia dėmesį į smulkmenas, ima labiau vertinti nuoširdumą, atvirumą santykiuose. Taip pat patys jaučia aplinkinių palaikymą, paramą, jaučia kitų nuoširdų norą bendrauti su jais ir patys kalba apie didesnį norą bendrauti su šeimos nariais, draugais: 36 m. tiriamoji: „ėmiau labiau vertinti žmones, jei anksčiau matydavau daugiau ydų, lengvabūdiškai vertinau - jis toks, jis anoks, tai dabar kiekviename žmoguje matau stebuklą ir esu dėkinga likimui, Dievui, už visus sutiktus žmones. Net darbe toks smulkmeniškasis susipykimas labai krenta į akis. Išmokau daug dalykų. Labai smagu, kad tikrieji draugai manęs nepaliko, jų draugystė išliko, ypač tą jaučiu darbe ir labai daug gerų žmonių ėmė atsirasti mano kelyje. Ėmiau labiau vertinti tėvus. Mažiau ėmiau kreipti dėmesio į smulkmenas, išorę... suvokiau, kad tikrai mano kelyje buvo labai gerų žmonių, gal būčiau to nesuvokusi, jei nebūtų taip plačiau atsivėrę akys“; 54 m. tiriamasis: „Stengiuosi daugiau su žmonėmis bendrauti, nesinori vienam pasilikti, arba užsiėmimą kokį susirasti, bendrauji su žmonėmis, nes durnos mintys lenda, galvojimas apie ligą - kam man šito reikia? Geriau su žmonėmis bendrauji – pasikrauni. Reikia tam tikros valios, kad iškęsti ir viskas. Ką čia daugiau“.

Vidinis augimas. Tiki, kad jie yra vertingi tokie, kokie yra, tuo pačiu kalba apie vidinį augimą, tobulėjimą, vidinį (su)brendimą susirgus onkologine liga. Dėl ligos jie nesijaučia blogesni už nesergančius, atvirkščiai, ligą priimą kaip skatinančią jų vidinį tobulėjimą: 52 m. tiriamoji: „Mano charakteris pasidarė geresnis –aš visą tą meilę norėjau apipilti visus, „paskutinis momentas ir viskas“. Kai nesergi ir nežinai – tai vienaip, o kai sužinau, kad mirsi, tai mąstymas pasidaro kitoks. Žmogui norisi pasidaryti kažką geresnio, būti geru savo šeimai“; 72 m. tiriamoji: „Ir ta minties galybė, ką aš jau atradau štai šitame laikotarpyje ... ir daug tokių dalykų, kur anksčiau man nebuvo prasmės, aš neturėjau kur pritaikyti tos informacijos... nes kažkaip nesiklojo ant kažkokio tai konkretaus įvykio ar teksto, ar būsenos. O dabar reikia man to. Tas mąstymas dabar man yra tokia atspara. Gal šita prasme - man tai nebuvo nei šokas, nei naujiena, nei atradimas nei kažkas... Atsiranda kažkokios vidinės gyvybinės jėgos – kitos, kurios stoja į sargybą to, ko tu niekad neturėjai.“ 36 m. tiriamoji: „Keitėsi požiūris, atradau ir gerų dalykų, ir pamokų, ir supratimo. Man atsivėrė akys ir aš labai daug suvokiau ir gavau iš tos ligos... išryškėjo tai, kas tikra“;

62 m. tiriamoji: „*liga buvo skaudus dalykas, bet galiu pasakyti, kad labai pasikeitė požiūris į viską, manau, kad gyventi reikėjo visai kitaip.....ta liga man atvėrė akis ir aš dabar daug ką kitaip darau, daug į kitaip žiūriu....daug kur praregėjau.....mažiau dėmesio skiriu smulkmenoms“.*

Pasikeitęs laiko suvokimas. Tiriamieji kalba apie pasikeitusį laiko suvokimą, teigdami, kad to laiko yra atsiradę daugiau, kalba, kad jis yra „tikresnis“, tuo norėdami pasakyti, kad jie daro tai kas jiems yra svarbu, o ne tai, kas yra reikalinga. Atsiranda laiko sulėtėjimas - iki ligos, buvo daug skubėjimo, dabar daugiau lieka laiko pamąstymams, bendravimui su aplinkiniais, maloniai veiklai. Toks laikas - produktyviai išnaudojamas: tiriamoji 52 m.: „*Dabar aš galiu išsidėti prie kabineto tiek, kiek reikia, kitas žmogus negali – o aš galiu, nėra skubėjimo, norisi pabendrauti su žmonėmis, man kaip tik gerai išeiti – susipažinti su žmonėmis“*; 72 m. tiriamoji: „*Bėgimas, skubėjimas, niekada neturėdavau laiko sau, niekada nebuvo laiko sustoti ir nuo to lėkimo pasidarai sau „stop‘q“, imi suprasti, kad reikia sustoti ir svarbu, kas aplink tave dabar yra. Šito niekada nebuvo per visą gyvenimą“*; 36 m. tiriamoji: „*Daugiau laiko skiri galvojimui, nebebėgi taip įsitempęs... laiko pojūtis kitoks, jei anksčiau - darbas, lėkimas, viskas labai suplanuota, o dabar netgi to darbo metu, tų pertraukėlių metu, sugebi to laiko daugiau pasiimti, jis toks tikresnis, gal tai yra paprastas vertinimas, sustoji daugiau, matai daugiau, džiaugiesi daugiau“.*

Planai susiję su dabartimi. Jie neturi didelių ir sudėtingų planų nukreiptų į ateitį, planai susiję su dabartimi, jei kalba apie tolimesnius planus, pavadina juos greičiau svajonėmis. Gyvena, planuoja ir elgiasi priklausomai nuo tos dienos fizinės savijautos, nepriklausomai nuo to, jų gyvenimas yra pakankamai aktyvus: 48 m. tiriamoji: „*Dabar aš neturiu jokių planų. Kažkaip paskutiniu metu, nuo tada, kai susirgau, kaip aš suplanuoju, tai man būna kitaip. Aš labai pati nusimenu, kai kas pasikeičia, kad tie planai sugriūva. Tai, kad aš jokių didelių planų neturiu“*; 36 m. tiriamoji: „*Jei gerai praėjo diena, ar gerai jaučiausi – tai jau labai daug. Labai aš jau ir nebeplanuoju, nes nežinau kokia bus rytoj ar poryt diena“.*

Tikisi geros savijautos. Dėmesys yra nukreiptas į gerą savijautą dabartiniu momentu, kai kalba apie viltį ir laukimą, kalba apie tikėjimą, kad bus gera savijauta. 48 tiriamoji. „*šiandien yra gerai, rytoj ... džiaugies gyvenimu. Viltis tokia pasidarė, tokia... ne tokia, kad kažkas kaip kad anksčiau, kad kažkas bus, o tiesiog, dabar nieko ypatingo nelauki, gyveni ir viskas. Viltis, kad bus gera savijauta“*; 36 m. tiriamoji: „*jei neskauda – tai puiki diena arba iš vis, jei geresnė savijauta, tai išvis puiku - tai geriau nebūna“*. 54 m. tiriamasis: „*Planai, kad nebūtų blogiau, nei yra. Jei būtų kaip dabar yra, tai būtų labai gerai“.*

Prasmės ieškojimas. Šios grupės tiriamieji stengiasi atrasti prasmę ligoje, jiems gyvenimas besąlygiškai turi prasmę, vertingas net suvokiant savo egzistencijos laikinumą. Bando sau atsakyti į klausimą, ką jie gauna iš šios, dabartinės ligos situacijos: 56 m. tiriamoji: „*Ligą turi ir turi. Eini, vaikštai, gydaisi. Aš netgi sau buvau susiklasifikavusi šitaip, kad man netgi reikėjo, kad aš tą ligą turėčiau, kad aš daug ką matyčiau visai kitaip.....“*; 72 m. tiriamoji: „*Visą laiką dar galvojau, kodėl, kodėl mane paliko dar gyventi, ką aš turiu padaryti. Ką aš turiu padaryti? Kažką aš turiu padaryti, kad mane paliko gyventi ir aš nežinau ką. Ar pati turiu pasikeisti ar pati turiu kam nors atleisti. Rodos nieko nesu nuskriaudusi. Nežinau kodėl paliko dar, kartais galvoju, kad dėl anūku, gal dar dėl kažko. Kartais galvoju, tam, kad atrasčiau kelią pas Dievą“.*

Fizinis ir psichologinis savęs tausojimas. Stengiasi save fiziškai ir psichologiškai tausoti, nepervargti, pernelyg nesijaudinti, pailsėti, kai to reikalauja organizmas: 56 m. tiriamoji: *“Daug paprasčiau dabar priimu viską, ja nebežiūriu kaip anksčiau, kad tą pinigą arti, dirbti, daugiau darbo, tą etatą didesnę užimti, kad ten daugiau pinigų. Dabar man šito nėra – aš turiu 0,5 etato ir man visiškai užtenka. Žinau, kad vaikam (kalba apie darbą) galiu atiduoti tiek, kiek galiu atiduoti“*; 36 m. tiriamoji *„Susigyventi – prisitaikyti, jei jai reikia kokių tai vaistų, gydymo – tai ir sąžiningai atlikti procedūras, ar jei reikia poilsio, ar jei negalima ko tai atlikti. Kažko atsisakyti vardan jos“*.

2) **„Derybininkai“** – konfrontuojantys. Antra išskirta prisitaikymo prie onkologinės ligos grupė yra pacientai, kurie įsitikinę, kad ligą galima kontroliuoti ir stengiasi patys aktyviai dalyvauti gydymo procese. Šiai grupei būdingi bruožai:

Aktyvus išitraukimas į gydymo procesą. Jie daug dėmesio kreipia į dabartinį momentą, dėmesys nukreiptas į ligos gydymą, patys imasi aktyvaus vaidmens, aktyviai ištraukia ieškodami informacijos apie ligą, galimus gydymo metodus, apie dabartinę savo būseną kalba kaip apie kovą: 26 m. tiriamoji: *„Tikėjimas teikia stiprybės. Kiti sako nepasiduok tiktai. Argi panašu, kad aš važiuočiau gydytis, jei pasiduočiau. Kovot reikia..... mano liga likusi Santariškėse. Kol kas atidėta..... aš pasitikiu savo jėgomis. Darau viską, ką gydytojas liepia daryti“*. 56 m. tiriamoji: *„Šiaip tai aš išsitraukiu informaciją iš interneto apie krūties vėžį, pasiskaitau apie tas stadijas, bet kai žinai, kad gali būti – pasisaugai visų šių dalykų“*.

Tikėjimas, kad liga yra kontroliuojama. Jie suvokia, kad jų liga yra grėsminga, tačiau šios grupės tiriamieji yra įsitikinę, kad jų liga yra kontroliuojama. Tiki, kad ateity atsiras dar geresnių vaistų, gydymo būdų, kad visada bus galimybė ligą jei neišgydyt, tai sustabdyti. Pirma 26 m. tiriamoji su amputuota koja dėl atsinaujinusios sarkomos: *„noras gyventi yra stipresnis negu negalė. Didžiausias noras, kad liga neplistų. Visa kita – prisitaikysiu. Buvau prastesnėje padėtyj. Kiek ta liga padarė, tiek padarė, kad tik daugiau“*. 44 m. tiriamoji: *„Aš gi puikiai supratu, kad tą vėžį galima pristabdyti, reguliuoti, su ta liga gyventi. Kai aš pradėjau geriau jaustis, pradėjau galvoti, kad bus kuriam laikui sustabdytas tas ląstelių dauginimasis ir galbūt viskas bus gerai.“* 56 m. tiriamoji: *„Mano kolegijų iš čia buvusių 3-jų jau nebėra, bet aš apie tai net nestresuoju, na jom atsitiko, jom taip išėjo, va o man kitaip, nes man padėjo, nes man ta geroji patirtis praeitų metų, kad man padėjo ta chemija labai stipriai ir aš visus metus nesigydyčiau, man labai gerai padėjo ir aš dabar labai gerai nusiteikusi, kad turėtų padėti“*.

Vidiniai svyravimai: Derybininkai kalba apie išgyvenamą vidinę kovą tarp mirties artumo bei ligos pavojingumo suvokimo ir tikėjimo, kad ligą galima atitolinti ar sustabdyti. Kalbėdami apie ligą gali svyruoti tarp kraštutinių: tuo pačiu metu kalba apie tai, kad suvokia, jog liga yra neišgydoma bet ir mato galimybę jei ne pasveikti, tai atitolinti ligą. Pastebimas derėjimasis: 64 m. tiriamasis: *„na gal pristabdys truputį, juk čia irgi niekas negali pilnai padaryti. Gydytojai sako, kad ji nėra išgydoma, tik galima ją prislopinti. Na jei prislopins, aha, pradės vėl didėti, vėl prislopins. Ar anksčiau, ar vėliau ateis laikas, kai reikė sakyti viso gero ir niekur nesidėsi. .. Su dievo pagalba ir su gydytojų pagalba viskas bus OK, išgydys... arba išgydys, arba nuramins taip, kad jinai neprogruos, gali būti taip“*. 44 m. tiriamoji: *„Kai biški geresnė nuotaika, tai vėl save stiprini, bet minčių buvo visokių. Dabar aš jau nebegalvoju, dabar kartais tos mintys ateina, beabejos. Mirties baimė- tiesiog ji atrodo stovi už kampo, po tų operacijų blogai*

jautiesi, kojų nebepavelki, atrodo, kad tu eini tiktai žemyn ir jau čia laiko klausimas.....bet aš manau, kad pagysiu. Aš gi puikiai supratu, kad tą vėžį galima pristabdyti, reguliuoti, su ta liga gyventi“. 32 tiriamoji: „Iš vienos pusės aš negaliu skųstis gyvenimu – aš laimingas žmogus, moteris, tik, kad turiu ligą ir nežinau, kas laimės tą kovą. Tikiuosi mes: aš, vyras, sesuo“.

Derėjimasis. Kalba ir elgiasi taip, tarsi būtų galima išsiderėti laiką, ilgesnę gyvenimo trukmę. 44 m. tiriamoji: „Galbūt dar man leista 5 m, o gal dar 10, galvoju kaip būtų gerai 20 m. Ne, man reikia 20 metų, nes mano mergaitei tada bus 28 m. Man reikia išpešti dar 20 metų...“; 64 m. tiriamasis: „gali būti, kad liga neprogresuos, gali būti taip – sustos. Galima gyventi su liga ir 1, 2 ir 10 ir 20 metų, niekas nežino kas kaip bus“.

Pyktis nukreiptas į gydytojus. Dažnai pasitaikantis tarp „derybininkų“ yra pyktis ant gydytojų, tam tikrų gydymo institucijų. Ypač, kai gydytojai pasako, kad jų liga yra sudėtinga ir pasveikimo galimybės su ja minimalios. Kai jei gauna atsakymą, kad liga neišgydoma, kreipiasi pas kitus gydytojus, keičia gydymo institucijas, ieškodami tų, kurie gali suteikti ir palaikyti viltį – pristabdyti ligą, prailginti gyvenimo trukmę. 44 tiriamoji: „kai kurie gydytojai visiškai nepasiruošę psichologiškai čia dirbti.....ateina pas mane rezidentė ir aiškina, kad man reikia darbo atsisakyti, daugiau dėmesio vaikams imti skirti, taip lyg būtų jau viskas, ji kalba visai atimdama iš manęs viltį.....labai supykau ant jos, kaip ji taip gali, ji nieko nesupranta kaip aš jaučiuosi.....kaip ji gali čia dirbti“.; antra 26 tiriamoji: „kai pajutau, kad ten „nesąmonės“ vyksta, kad daktarai abejingi - aš žmogus, kuris labai domiuosi, kai ... prašydavau daryti tyrimus, matydavau, kad reikia daryti, o jie nedarė, negavau ten kortelių pasivartyti, pasirodė, kad nuo manęs kažką tai slepia. Kai kortelė pakliuvo į rankas aš pati viską atsišviečiau ir išsinagrinėjau... pasirodė, jog židinyje man buvo ne kiaušidėse, gydė kaip nuo kiaušidžių vėžys, o židinyje buvo skrandyje..... aš galvojau, kad į jaunos žiūri kitaip, kad dėl to stengsis... Ir kai aš jau išėjau iš tos įstaigos ... atsisakiau paskutinės chemijos.. Ir man gydytoja pasakė: „nu taip, tau chemija nepadeda, gali atsisakyti“. Tai kaip man tada reikėjo reaguoti? Tiesiog negirdėjau, trinktelėjau durimis ir išėjau. Tai reikėjo anksčiau pasakyti, ar kad kreipčiaus kitur. Tai kam tada duoti vaistus, jei nepadeda ir tyrimų dar nedarė.....sakė: „ neveiksmingi, nieko neduos“. Sakiau: „aš susimokėsiu už tyrimus, siųskit kitur – aš pasidarysiu, susimokėsiu“. Atsakydavo tik: „kam tau tie tyrimai“ susiradau, kitus gydytojus, kurie žiūri kitaip“.

Ieško palankaus sveikatai rezultato. Tiki, kad jei naudos tam tikrus metodus, sulauks sveikatai palankaus rezultato. Kreipiasi pas įvairius gydytojus, ieško literatūros ir straipsnių internete, rašo į užsienio klinikas laiškus, ieško finansavimo, kad galėtų taikyti, jų atveju, nefinansuojamus ar Lietuvoje nepatvirtintus gydymo metodus. Tiki, kad „pasąmonės galia“ taip pat gali būti naudinga pagijimui ar bent ligos pristabdymui, kontroliavimui. 26 m. tiriamoji: „Po to kreipiausi į x kliniką. Buvo gydytoja x, tada atsisakiau gydymo Y ligoninėje ir dabar nuo to laiko gydausi Klaipėdoje, ten taiko naują chemoterapiją, nes pasirodo mane anksčiau neteisingai gydė, vaistai buvo geri, bet dozės per mažos...“. 36 m. tiriamasis: „pakeičiau gydymo įstaigąaš ieškau ir renku literatūrą apie savo ligą, tiek daug sužinojau, kad net galiu lygiavertiškai bendrauti su gydytoja.... dabar su gydytoja bandom čia tokį dalyką „pramušti“, pritaikyti dar nebandytą Lietuvoje gydymą... ieškau finansavimo, kas galėtų paremti, nes jis nėra pigus“.

Stengiasi tęsti gyvenimą koks buvo iki ligos. Stengiasi toliau gyventi kaip gyveno, teigia, kad liga trukdo planams, kad jie kažko mažiau gali padaryti nei iki ligos ir tai jiems teikia nepatogumų, nors stengiasi palaikyti iki ligos turėtą įprastą gyvenimo būdą. 56 m. tiriamoji: „*Ir charakteris tas pasikeitęs ir bendravimas. Aš jau su jais laisvai nebegaliu. Jei anksčiau išnerdavome 6-ą, 7-ą su palapinėmis, tai dabar aš jau pati nebegaliu... kad man tikrai yra sunku, bet kiek galiu stengiuosi gyventi taip, kaip anksčiau*“; antra 26 m. tiriamoji: *o dabar susigyvenau, aš gyvenu taip pat, kaip gyvenau anksčiau, nieko negalvoju....išėjau į darbą po metų nedarbo. ...Aš galiu nedirbti, bet aš jaučiuosi gerai ir einu, nes jau prisisėdėjau namuose ir aplinką pakeisti yra labai gerai*“.

3) “Nusiteikę pasveikti” – įsitikinę, kad pasveiks nuo progresuojančios onkologinės ligos.

Mes savo tyrime išskyrėme dar vieną prisitaikymo prie onkologinės ligos grupę – „Nusiteikusiuosius pasveikti“. Kokybinio tyrimo duomenys parodė, kad šiai grupei būdingi bruožai yra: įsitikinimas, kad liga išgydoma; visi planai atidėti tam laikui, kai pasveiks; mintys tik apie pasveikimą ir kitaip sau neleidžiama galvoti; mirtis neigiama – ji toli ateity; nesigilinama į gydymą, ar ligą; pasitiki gydytojais – viską palieka jų rankose.

Įsitikinimas, kad liga išgydoma. Įsitikinę, kad ligą galima išgydyti, kad ji nėra pernelyg sudėtinga, kad ji kaip dauguma kitų ligų. Nesvarbu kokia ji būtų, vis tiek yra vaistai nuo jos. Viltis jiems reiškia pasveikti. 62 m. tiriamasis: „*Ši liga, kaip viena iš daugelio*“. 42 m. tiriamasis: „*Kai pasakė, kad vėžys tikėjaisi geriausio, kad pasveiksiu vis tiek.*“; 62 m. tiriamasis: „*Aš pasveiksiu aš ir dabar esu sveikas ...na gal du trečdaliai jau nugyventa. Na aš skaitau, kad žmogui reik iki kokių 80 nugyventi.*“; 58 m. tiriamoji: „*Kai susirgau niekas nepasikeitė, manau, kai pasveiksiu tada pasikeis, busiu sveika, dukrelė mokysis, tada manau sulauksiu kol ji ištekės, dar anūkus paauginsiu*“. 27 tiriamoji: „*Viltis, kad pasveiksi - svarbu tuo tikėt, nes tada nebūna ir depresijos - aš tikiu tuo*“.

Liga nieko nepakeitė. Teigia, kad susirgus liga niekas nepasikeitė. Liga tik laikinas pereinamasis gyvenimo etapas, kuris privertė pristabdyti ir atidėti įprastus darbus. Nejaučia, kad būtų įvykęs koks nors pokytis, dažnai pasako: „*Niekas nepasikeitė susirgus....*“.

Visi planai, kai pasveiks. Šiuo metu jokių planų nėra, nes dabar tik gydosi. Kalba, kad visi galimi planai atidėti tam momentui, kai pasveiks. Dažnai nurodo kokius planus ir darbus jie turės įgyvendinti, kai pasveiks. 42 m. tiriamasis: „*Dabar gyvenu ir tiek..... laukiu kada pasveiksiu. Turiu daug planų, turiu nusipirkęs sodybą, reikia pabaigti tvarkyti, ten gyvenu, bet reikia susitvarkyti. Galvoju tvarkyti kai pasveiksiu..... Laikas čia ligoninėje ilgai eina, norėtuši dirbti*“; antras 62 m. tiriamasis: „*planų kaip pas Hitlerį, jis norėjo užkariauti visą pasaulį, o aš noriu dar kažką daryt, kai pasveiksiu, tai reiks remontą daryti, na gal vaikai šiek tiek padės*“. 58 m. tiriamoji: „*Dabar planų neturiu, turiu daug, tik kai pasveiksiu... dabar tai sergu, kai pasveiksiu tada bus gyvenimas, anksčiau daug ką planavau, galvojau daugiau gyvulių auginti, bet neišėjo, dabar tie planai atsidėjo*“. 27 m. tiriamoji: „*na visų pirmiausia pasveikti tada baseinas, na kaip aš manau tai man pasveikti reiks kelių metų. Tai tada jau dirbt nelabai galėsiu, tai gal reiks mokytis arba išvažiuot į kaimą gyventi, nes vis tiek ten nieko nevyksta*“.

Mirtis neigiama – ji toli ateity. Jie kalba apie mirtį abstrakčiai, taip, tarsi ji kažkur neapibrėžtai ateityje. Iš jų kalbos matyti, jie dar tikisi ilgai gyventi. 42 m. tiriamasis: „*..mirties nebijau, buvau*

užsimušęs kelis kartus. Su motociklu taip trenkiausi, o po to atsibudau ligoninėje, žiūriu motina verkia ...pasirodo, kad aš ligoninėje jau guliu seniausiai.. bet nieko ten nebuvo. Labiausiai nenoriu, kad kai žmonės kenčia po 20 metų, va to aš labiausiai nenoriu. O šiaip tai ...“; 58 m. tiriamoji: „Tikiuos dar pasveiksiu, negi dabar mirsiu, taip jau negali būti. Duos dievas ir toliau gyvensiu“.

Nesigilina į gydymą ligą. Nerenka ir neieško informacijos apie ligą, gydymą, jo pašalinius reiškinius. Jei ir teigia, kad kažkokią informaciją apie ligą sužinojo, paprastai papasakoja kokį sėkmingą atvejį ar pasako apie didelę tikimybę pasveikti. Skiriasi nuo kitų grupių, nes paprastai nežino kokius vaitus jie gauna ir vartoja. Atvirai pasako, kad nekreipia dėmesio į ligą, bet ir nieko apie ją neklausinėja. 62 m. tiriamasis: „Aš ne pirmą kartą sergu. Tai va į šitą tai daug ir dėmesio nekreipiu“; antras 62 m. tiriamasis: „nes dabar ir literatūroje rašo, jog galima išpjauti visą žarnyną ir gyventi su maišiuku ne metus ir ne du..... o keletą dešimčių metų“.

Pasitiki gydytojais. Savo ligos gydymą, atsakomybę už savijautą palieka gydytojams. Teigia, kad tai yra gydytojų darbas ir jie žino ką daro. Pasikliauja gydytojais, stengiasi vykdyti gydytojų nurodymus. 42 m. tiriamasis: „Darau viską, ką gydytojas liepia daryti. Be gydytojų savo jėgomis čia nieko nepadarysi. Stengiuosi sau padėti...“.

4) **„Laukiantys stebuklo“** – aiškiai suvokiantys, kad jų liga progresuoja, bet viliasi, kad gal įvyks stebuklas ir jie pasveiks.

Šiai grupei priskirti bruožai – stebuklingo išgijimo laukimas; turėta nuojauta, kad susirgs onkologine liga; tikėjimas, kad gyvenimas bus sutvarkytas aukštesnės jėgos; ženklų apie galima išgijimą išvelgimas ir tikėjimas jais.

Kalba apie stebuklingą išgijimą. Jie suvokia, kad jų liga yra sudėtinga, progresuojanti, tačiau tikisi, kad pasveiks kažkoku tai stebuklingu, mistiniu būdu, ir kad tas stebuklas palies tik tai juos, nors kiti tokioje situacijoje miršta. 46 m. tiriamoji: „Tas suvokimas atėjo vėliau. Aš supratau, kad čia baisi liga, bet galvojau, kad vis tiek, kažkaip išsikapstysiu iš jos. Kai vyras šiandien iš laikraščio skaitė apie stebuklingai pasveikusių nuo Parkinsono ligos vienuolę, tai aš sakau, kad dar vienas stebuklas įvyks, aš vis tiek išgysiu, na kažkoku būdu“. 56 m. tiriamoji: „Tikėjimas gal kažkur tai viduje yra viltis ar laukimas stebuklo kažkokio tai, kiekvienam žmogui nuo vaikystės šitai yra, dabar su ta liga kažkur tai atsirado tas, kai aš jau dabar žinau apie savo ligą... Lyg tai aš laikiu kažkokio stebuklo, ne tai, kad jau tenai aš labai jau. Kažkur tai viduje yra pas mane toks įsitikinimas, kad man bus viskas gerai, vis tiek aš ir gyvensiu dar, nes pas mane dabar atsirado noras gyventi. Viltis reiškia tikėjimas stebuklo, stebuklas reiškia pasveikti“.

Kalba apie turėtą nuojautą (žinojimą), kad susirgs onkologine liga. Yra įsitikinę, kad jie jau iki ligos žinojo, kad susirgs šia liga arba net patys vedami tos nuojautos ligos ieškojo. 46 m. tiriamoji: „Vyras keitė darbą, buvau pasilikusi, galvojau su drauge kokia išvažiuosiu. Ir tokia nuojauta buvo bloga, sakau seseriai, kad ši kelionė man kažkaip tai svarbi bus..... Svarbiausia, kad praeitai vasarai (past. kai susirgo) mes net neturėjom jokio plano kur keliausim. Bet va man atrodė, kad vis tiek turim kažkur keliauti. Kas įdomiausia, kad praeitai vasarai, mes neturėjome jokios kelionės, kaip kokia nuojauta ar žinojimas“. 56 m. tiriamoji: „turėjau lyg nuojautą, aš pati čia atvažiavau į VULOI, manęs niekas čia nesiuntė.... nes kiek kreipiausi pas savo gydytojus sakydavo, kad depresija ir nieko“. 58 m. tiriamoji: „Kiekvieną kartą kai

nusipirkdavau vaistus ir paskaitydavau informacinę lapelį, turėjau tokią nuojautą, kad nuo jų galima susirgti onkologine liga. Būdavo parašyta, kad nėra užregistruota, kad susirgtų, bet tą dariau keletą metų....paskui radau informaciniame lapelyje informaciją, kad galima susirgti onkologine liga.... labai greitai po to pastebėjau savo šitą ligą.man užkliuvo tas sakinyš.“

Tikėjimas, kad jų gyvenimas bus sutvarkytas aukštesnės jėgos. Įsitikinę, kad kažkokia tai jėga turi sutvarkyti jų gyvenimą, kad jiems bus viskas gerai, kitaip ir būti negali. Tai skiriasi nuo pasiklovimo likimu - „kaip bus likimo skirta - taip“. 46 m. tiriamoji: „Tikiu kažkuo, neapibrėžtu, kad yra kažkokia aukštesnė valia, ar likimas ar dar kai kas, bet kažkuo tokiu, kad Dievu – tai ne. Tas mano tikėjimas yra keistas, kad yra kažkas ir tvarko mano gyvenimą. Ir aš tikiu, kad kažkas tą sutvarkys, sutvarkys, kad kitaip negali būti“. 56 m. tiriamoji: „, tarsi Dievas man padės ir aš dar pagyvensiu ir man nebus taip baisu, ir man nebus tada kažkaip tai baisu mirti...“.

Įžvelgia ženklus, kad jie pasveiks. Kalba apie simbolius, pranašiškus sapnus, kuriuose įžvelgia savo pasveikimą: 58 m. tiriamoji: „Sapnas:“ kad aš atvažiavau ir čia sėdžiu su kitais žmonėmis prie x kabineto. Ir ateina Šv. Teresė, o eilė, tiek daug žmonių yra. Ir ji sako: „tau vėžys, tau vėžys, tau vėžys“. Praėjo pro mane. Po to vėl kitam sako. Aš prieinu prie jos ir sakau: „žinokite ir man vėžys, man diagnozavo“. Tai jinai sako (tokia kaip gėlė žydi, kaip klevukas su baltais lapeliais): „va pagerkite šitos arbatos ir rugsėjo mėnesį busite sveika“. Nu kažkaip tai laukiu to Rugsėjo, kad tikiuosi.“

5) **„Nusiteikusieji mirti“** – įsitikinę, kad liga reiškia greitai įvyksiančią mirtį. Žemiau pateikiami šiai grupei būdingi bruožai:

Liga – neišvengiama mirtis. Jie kalba apie ligą, kaip apie neišvengiamai reiškiančią mirtį, kuri įvyks artimoje ateityje: tiriamoji 49 m: „Bet ši diagnozė yra labai bloga – irimo stadijos. Pragyvenai dieną ir tavo. Jokių perspektyvų nematau. Gal kieno nervai geresni, tai gal, o kai aš tai niekuo netikiu..... Bet kai jau metastazės atsirado, skysčiai, tai jau viskas, jokių prošvaisčių. Nes aš mačiau žmonių daug sergančių šitaip. Dabar reikia laukti – kada“; 61 m. tiriamoji: „Mintys tokios, nėra nuotaikos, ne tas jau kaip buvo anksčiau. Visaip pagalvoju, gal ilgai negyvensiu. Būna tokių minčių ir net labai“; 48 m. tiriamoji: „Liga atėmė sveikata, toks jausmas, kad bandau nuspėti, kiek man liko, bandau užbėgti už akių, bandau negyventi, lyg kažkas mane ir sukausto“.

Nėra ateities ir planų. Neturi planų nei dabartyje, nei ateityje, nes vienintelis dalykas, kuris jų laukia - mirtis. Visi planai ir darbai liko praeityje: 63 m. tiriamoji: „Planai, kad greičiau numirti. Nebėra planų, kad tik greičiau ši tą viską užbaigti. Žinau, kad ši liga yra, kad vis vien nepasveiksiu. Nežinau ar ligą pristabdys, ar ne, kaip dievas duos. Su šita liga gyventi, t.y. laukti mirties. Pasigydyti ir toliau, ir toliau. Jei ne dukra, tai aš iš vis nevažiuočiau gydytis...“; 63 m. tiriamasis: „čia dabar gyvenimas, čia tik gyvybę palaikai, koks čia gyvenimas... tikslų neturiu kokių, absoliučiai, buvo tikslų, bet jie visi žlugo sulig šia operacija. Tikslas vienas, kad galėčiau valgyti. Nieko aš nenoriu, kad tik galėčiau normaliai, žmoniškai valgyti, o kaip ten toliau bus, tai čia jau viskas aišku“.

Bejėgiai ką nors pakeisti. Tiki, kad jie yra bejėgiai ką nors pakeisti, kaip nors pagerinti savo fizinę ir psichologinę būseną. Įsitikinę, jog jie nieko negali padaryti, kad jų nuotaika, savijauta pagerėtų, kad visiškai niekaip nebegali sau padėti: 49 m. tiriamoji: “o su mano charakteriu yra sunkiau.... aš su šita liga,

kad kai žmonės tokie netikintys, nepasitikintys savimi, uždaresnio būdo, ašaroja, sako, kad vėžys mėgsta šitokius žmones, jis dar labiau prisitaiko. kad reikia nepergyventi, reikia optimistiškai į viską žiūrėti, bet man taip neišeina, toks charakteris, kad viską savyje laikau, kas taip labai reaguoja, kas pergyvena, dar daugiau ši liga progresuoja“; 48 m. tiriamoji: „Man sunku, kad nebesitikiu savimi..nenoras nei kur nors eiti, nei ką nors daryti ir kažkoks tai.. tas nuosprendis, kad yra tokia diagnozė su kuria tu nežinai, ką veikti, labiausiai ir pribaigia...“ .

Nenori būti našta aplinkiniams. Šios grupės tiriamieji mini, kad jie nenori būti našta aplinkiniams mirimo metu. Bijo, kad jų laukia varginantis mirimo procesas ir kad tuo metu, arba nebus kas jais pasirūpina, arba jie taps našta kitiems: 49 m. tiriamoji: „Galvoju kas žiūrės mane? ...galvoju reikia iš anksto sugalvoti, kad palengvinti.. kad būtų lengviau vyrui, kad jam nereikėtų nei manęs nei vaiko slaugyti.... bet juk du ligoniai kaip bus sunku..... ar čia su vaiku kartu išeiti, kad būtų dar lengviau?šios mintys dažnos paskutiniu metu“. 51 m. tiriamasis: „labai pergyvenu, kad busiu našta aplinkiniams, kad jie turi manimi rūpintis, kad jiems esu našta (pravirksta), kad jie turi mesti visus darbus ir atvažiuoti pas mane, bijau, kad vis blogiau ir blogiau...“ .

Mirti, išvengiant fizinio ir psichologinio skausmo. Tiriamieji kalba apie baimę, kad jų laukia varginantis ir skausmingas mirimo procesas, bijo didelio skausmo, kalba apie suicidines mintis, savižudybę matydami kaip galimybę kančioms užbaigti. 57 tiriamasis: „aš pagalvoju, kad jei tie skausmai dar sustiprės, jei jie bus nepakeliami.....na gal negalima taip galvoti, tai nuodėmė ir negarbės užtraukimas visai giminei.....bet pagalvoju apie savižudybę....galvoju kam kankintis“. 49 m. tiriamoji: „Aš nebenorėčiau būti tokioje kryžkelėje, kurioje esu, norėčiau eiti žingsnis po žingsnio, bet kai pradėdi galvoti, kyla nepasitikėjimas, norisi iš to penkto aukšto išeiti... nebesinori tų kančių, skausmo“ .

Prasmingas gyvenimas pasibaigė – visi geri dalykai jų gyvenime buvo iki susirgimo, iki ligos nustatymo. Dabar jie jaučiasi niekam nereikalingi, negalintys pasirūpinti ar padėti savo šeimai. Dabartinį savo gyvenimą vadina egzistencija ir toks gyvenimas jų netenkina: 65 m. tiriamasis: „gal egzistavimas šioje žemėje dar kažkiek tai prasitęs... bet daug vilties nededu.. koks gi gali būti gyvenimas su tokia liga ir skausmu..“; 49 m. tiriamoji: „vienintelis stabilus dalykas kuris liko mano gyvenime yra šita lova... bijau ir nenoriu niekur išeiti..bijau net koją iš namų iškelti ... o kartais pagalvoju kam stengtis – nebėra prasmės.“ .

Vienišumas. Šiai grupei priskirti tiriamieji labai daug kalba apie tai, kad jie jaučiasi vieniši, apšalti, jiems labai trūksta palaikymo. Ir patys vengia santykių su aplinkiniais teigdami, jog nenori, kad pastarieji jų gailėtųsi: 63 m. tiriamoji: „Labai daug vienatvės, kai vienas sėdi ir nieko nedarai. Ligoninėje tai su vienu, kitu pakalbi, o namuose...visiškai viena, liūdna...“ 61 m. tiriamoji „Pasidariau uždaresnė, nenoriu matyti žmonių. Pamatau, kad kas ateina - pasislepiu, pasakau dukrai pasakyti, kad nėra. Tie kaimynai, tai klausinėja, tai kalba – nenoriu, dar kalba su tokiomis užuojautomis, su tuo pasigailėjimu. Tik pasakau, o kodėl jūs manęs taip gailite?“. 48 m. tiriamoji: „Norėtuši tokio palaikymo bet tokio kaip palaikymo nėra ..tada norisi išvažiuoti, kur nors pabūti, kad nebūtų kažkokių tokių nusivylimų, to jausmo, kad niekam nerūpi..“; 53 m. tiriamasis: „niekas man nepadeda, neturiu kas, pats sau vienas esu, kaip katinas...“; 48 m. tiriamasis „toks pasidarė kaip atsikirtimas nuo kitų, kai sergi mažiau judi ir sunkiau, dažniau būni vienas.

Pas juos savo interesai, o kai sergi, panašiai, kaip ir neįgalusis – negali su jais suspėti. Padeda tik sesuo, bet nėra pastovi pagalba, sesuo serga nervais, nervuota yra“.

Dėmesys į skausmą ir kančią. Daug kalba apie fizinius ir psichologinius sunkumus, susijusius su liga. Taip pat daug kalba apie fizinį skausmą bei jo sukeltą kančią, apribojimus, teigia, kad dėl šių dalykų nebeįmanoma jokia kita veikla: 63 m. tiriamoji: „Aš negaliu niekur eiti, per tuos skausmus. Jei skausmo nebūtų, visai kas kita būtų“; 63 m. tiriamasis: „Kai žmogus ligotas ir irzlus pasidarai, vis vien ne tas dalykas. Dabar gyveni, kad reikia. Kas čia per gyvenimas? ... dabar tai čia man jau nieko gero“; 73 m. tiriamoji: „Skausmas labai pakeitė gyvenimą. Būdavo, kad nieko negali daryti, atsiguli ir guli, kai skauda, o daugiau nieko daryti negali.... skausmas labai apriboja viską - ne liga, o skausmas kai skauda, tai negali nieko, būtinai reikia eiti ir gulti į lovą ir ilsėtis“. 48 m. tiriamoji: „Yra kažkokia riba, kur skausmas, kai degini ir jo jau nebejauti... tik reaguoja tavo sielakūnas yra sunaikinamas, o siela yra nemirtinga ir ji kenčia...tiesiog ir taip baisu, kad ir kalbant apie mirtį – baisu, nes tai nežinia, o su tuo susitaikyti neišeina, lyg ir buvau susitaikiusi su tuo, vis tiek reikia toliau eiti į priekį, tik, kaip eiti? Dabar taip užakcentuotas tas žinojimas, kad gali numirti. Visi tie dalykai, kuriuos žinojau, kad siela nemirtinga, tai dabar tik žinojimas. Nežinau ar labai smarkiai palengvina tą situaciją. Tai tie dalykai, kurie suteikia, fizinę negalią, norisi išsimiegoti, norisi, kad nereikėtų kentėti....“.

Nutrūkę, arba nėra pastovių santykių su gydytojais. Šios grupės atstovai yra baigę gydymą ir išleisti į namus be tolimesnės gydymo perspektyvos. Jei ir gydosi ligoninėje, tai mažai bendrauja su gydytojais, dažniausiai linkę nesiskųsti gydytojams, nesakyti apie skausmus.

Prisitaikymo būdų prie ligos progresavimo ir lėtinio skausmo ryšys su kognityvinėmis schemomis, ligos ir skausmo įveika bei psichopatologine simptomatika.

Žemiau pateiktoje 2-oje lentelėje matome pateiktus onkologinių pacientų onkologinės prisitaikymo prie ligos progresavimo būdų ir prielaidų apie pasaulį rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti ligos progresavimo prisitaikymo būdas gyvenantys „Čia ir dabar“ patikimai teigiamai koreliuoja su pasaulio palankumu, žmonių palankumu, bei bendru pasaulio palankumu ($p < 0.05$) bei patikimai neigiamai koreliuoja su atsitiktinumumu ($p < 0.01$) ir pasaulio prasmingumu. Prisitaikymo būdas „Nusiteikę mirti“ patikimai teigiamai koreliuojamas su atsitiktinumumu ($p < 0.05$), bei bendru pasaulio prasmingumu ($p < 0.01$) bei patikimai neigiamai koreliuojamas su savęs vertinimu ($p < 0.01$) bei bendru savęs vertingumu ($p < 0.05$). Prisitaikymo būdas „Derybininkai“ patikimai teigiamai koreliuoja su savęs vertinimu ir bendru savęs vertingumu ($p < 0.05$), „Laukiantys stebuklo“ patikimai neigiamai koreliuojamas su kontrole ($p < 0.01$) ir laime ir sėkme ($p < 0.05$).

2 lentelė. Onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir prielaidų apie pasaulį skalių rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prielaidos apie pasaulį	Prisitaikymo būdai				
	Gyvenantys „Čia ir Dabar“	„Nusiteikę pasveikti“	„Nusiteikę mirtį“	„Derybininkai“	„Laukiantys stebuklo“
Pasaulio palankumas	0,395*				
Žmonių palankumas	0,330*				
<i>Pasaulio palankumas</i>	0,423*				
Kontrolė					-,481**
Atsitiktinumumas	-0,429**		,424*		
<i>Pasaulio prasmingumas</i>	-0,342*		,473**		
Savęs vertinimas			-,446**	,350*	
Savęs kontrolė					
Laimė/ Sėkmė					-,408*
<i>Savęs vertingumas</i>			-,351*	,341*	

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Žemiau pateiktoje 3-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir potrauminio augimo skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti ligos progresavimo prisitaikymo būdas gyvenantys „Čia ir dabar“ patikimai teigiamai koreliuoja visais potrauminio augimo skalės įverčiais – naujomis galimybėmis, santykiais su kitais, asmenybės stiprumu, gyvenimo vertinimu, dvasiniais pokyčiais ($p < 0.01$); „Nusiteikę pasveikti“ patikimai neigiamai koreliuoja su visais potrauminio augimo skalės įverčiais - naujomis galimybėmis, santykiais su kitais, asmenybės stiprumu, gyvenimo vertinimu ($p < 0.01$) ir dvasiniais pokyčiais ($p < 0.05$); „Nusiteikę mirti“ patikimai neigiamai koreliuoja su asmenybės stiprumu ($p < 0.05$); „Derybininkai“ patikimai teigiamai koreliuoja su asmenybės stiprumu ($p < 0.05$).

Taip pat 3-oje lentelėje matome pateiktus onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir Prasmės priskyrimo rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti prisitaikymo prie ligos progresavimo būdas „Nusiteikę mirti“ patikimai

neigiamai koreliuoja su prasmės priskyrimu ($p < 0.01$), o prisitaikymo būdas „Derybininkai“ patikimai teigiamai koreliuoja su prasmės priskyrimu ($p < 0.05$).

3 lentelė. Onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir potrauminio auginimo bei prasmės priskyrimo skalių rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prisitaikymo būdai	Potrauminio augimo subskalės					Prasmės priskyrimas
	Naujos galimybių	Santykių su kitais	Asmenybės stiprumo	Gyvenimo vertinimo	Dvasinių pokyčių	
Gyvenantys „Čia ir dabar“	,482**	,510**	,446**	,492**	0,493**	
„Nusiteikę pasveikti“	-,473**	-,509**	-,492**	-,604**	-,429*	
„Nusiteikę“ mirtį			-,375*			-,534**
„Derybininkai“			,358*			,350*
„Laukiantys stebuklo“						

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Žemiau pateiktoje 4-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir skausmo įveikos būdų skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, prisitaikymo būdas „Derybininkai“ patikimai teigiamai koreliuoja su bendra gyvenimo kokybe ($p < 0.05$); prisitaikymo būdas „Nusiteikę pasveikti“ patikimai teigiamai koreliuoja su fiziniu bei socialiniu funkcionavimu ($p < 0.05$); prisitaikymo būdas „Laukiantys stebuklo“ patikimai neigiamai koreliuoja su fiziniu funkcionavimu ir vaidmenų atlikimu ($p < 0.05$) ir patikimai teigiamai koreliuoja su nuovargiu ($p < 0.05$); prisitaikymo būdas „Nusiteikę mirti“ patikimai neigiamai koreliuoja su Bendra gyvenimo kokybe, fiziniu funkcionavimu ($p < 0.05$) ir patikimai teigiamai koreliuoja su skausmu ($p < 0.01$).

4 lentelė. Onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios ligos būdų ir gyvenimo kokybės skalės rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Gyvenimo kokybė QLQ -30	Prisitaikymo būdai				
	Gyvenantys „Čia ir dabar“	„Nusiteikę“ pasveikti	„Nusiteikę mirti“	„Derybininkai“	„Laukiantys stebuklo“
Bendra gyvenimo kokybė			-0,328*	,388*	
Fizinis funkcionavimas		,349*	-,321*		-,321*
Užimtumo					-,364*
Socialinis funkcionavimas		,381*			
Nuovargis					,347*
Skausmas			,485**		

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

5-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir ligos įveikos būdų skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, prisitaikymo būdas Gyvenantys „Čia ir dabar“ patikimai neigiamai koreliuoja su beviltiškumu ($p < 0.05$); „Nusiteikę mirti“ patikimai teigiamai koreliuoja su bejėgiškumu/ beviltiškumu

($p < 0.01$) ir nerimastingumu ($p < 0.05$); „Derybininkai“ patikimai teigiamai koreliuoja su kovine dvasia ($p < 0.01$) ir patikimai neigiamai koreliuoja su bejėgiškumu/ beviltiškumu ($p < 0.05$); „Laukiantys stebuklo“ patikimai neigiamai koreliuoja su kovine dvasia ($p < 0.01$).

5 lentelė. Onkologinių pacientų prisitaikymo prie onkologinės ligos būdų ir psichologinio prisitaikymo prie vėžio būdų įverčių koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prisitaikymo būdai	Ligos įveika		
	Kovinė dvasia	Bejėgiškumas/ beviltiškumas	Nerimastingumas
Gyvenantys „Čia ir dabar“		-,407*	
„Nusiteikę pasveikti“			
„Nusiteikę“ mirtį		,644**	,375*
Derybininkai	,423**	-,357*	
„Laukiantys stebuklo“	-,329*		

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Žemiau pateiktoje 6-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir IES-R skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, „Nusiteikę pasveikti“ patikimai neigiamai koreliuoja su invazija, dirglumu ($p < 0.05$) bei neigimu ($p < 0.01$); „Nusiteikę mirti“ patikimai teigiamai koreliuoja su invazija ($p < 0.05$). Taip pat 9-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir depresijos skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, „Nusiteikę pasveikti“ patikimai teigiamai koreliuoja su depresija ($p < 0.01$); derybininkai patikimai neigiamai koreliuoja su depresija ($p < 0.05$).

6 lentelė. Onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir IES-R skalės bei Beck depresijos skalės įverčių koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prisitaikymo būdai	IES-R subskalės			Beck depresija
	IES-R Invazija	IES-R Vengimas	IES-R dirglumas	
Gyvenantys „Čia ir dabar“				
„Nusiteikę pasveikti“	-,368*	-,484**	-,374*	
„Nusiteikę“ mirtį	,420*		0,354*	,668**
Derybininkai				-,428*
„Laukiantys stebuklo“				

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

7-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir skausmo įveikos skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, prisitaikymo būdas Gyvenantys „Čia ir dabar“ patikimai teigiamai koreliuoja su veiklos atlikimu skausmo metu ($p < 0.05$); „Nusiteikę mirti“ patikimai teigiamai koreliuoja su skausmo dramtizavimu prisitaikymo būdas „Derybininkai“ patikimai teigiamai koreliuoja su skausmo įveikos būdu ignoravimu ir patikimai neigiamai koreliuoja su dramtizavimu ($p < 0.05$).

7 lentelė. Onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir skausmo įveikos būdų skalės rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prisitaikymo būdai	Skausmo įveikos būdai		
	Veiklos atlikimas	Katastrofizavimas	Ignoravimas
Gyvenantys „Čia ir dabar“	,336*		
„Nusiteikę pasveikti“			
„Nusiteikę“ mirtį		,451**	
Derybininkai		-,350*	,321*
„Laukiantys stebuklo“			

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Žemiau pateiktoje 8-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir lėtinio skausmo priėmimo skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad prisitaikymo būdas „Nusiteikę mirti“ patikimai neigiamai koreliuoja su išitraukimu į veiklą ($p < 0.05$), prisitaikymo būdas „Derybininkai“ patikimai teigiamai koreliuoja su išitraukimu į veiklą ir bendru priėmimo balu ($p < 0.01$).

8 lentelė. Onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų ir lėtinio skausmo priėmimo skalės rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Skausmo priėmimas	Prisitaikymo būdai	
	„Nusiteikę mirti“	„Derybininkai“
Išitraukimas į veiklą	-,414*	,530**
Bendras	-,373*	,472**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

3.3. Kognityvinių schemų ryšys su ligos ir skausmo įveika, gyvenimo kokybe bei psichopatologine simptomatika, ligos įveika

Kognityvinių schemų tarpusavio ryšys.

Žemiau pateiktoje 9-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį subskalių ir potrauminio augimo subskalių rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad žmonių palankumas patikimai teigiamai koreliuoja su santykiais su kitais ($p < 0.01$), gyvenimo vertinimu ($p < 0.05$), bendras pasaulio palankumas patikimai teigiamai koreliuoja su santykiais su kitais ($p < 0.01$). Teisingumas patikimai neigiamai koreliuoja su gyvenimo vertinimu ($p < 0.05$), atsitiktinumas patikimai neigiamai koreliuoja su naujomis galimybėmis, asmenybės stiprumu ($p < 0.01$), santykiais su kitais ir dvasiniais pokyčiais ($p < 0.05$); bendras pasaulio prasmingumas patikimai neigiamai koreliuoja su naujomis galimybėmis, gyvenimo vertinimu ($p < 0.01$), su santykiais su kitais, asmenybės stiprumu ($p < 0.05$). Savęs vertinimas patikimai teigiamai koreliuoja su asmenybės stiprumu ($p < 0.05$), laimė/ sėkmė patikimai teigiamai koreliuoja su naujomis galimybėmis, asmenybės stiprumu ($p < 0.05$), bendras savęs vertingumas patikimai teigiamai koreliuoja su naujomis galimybėmis, asmenybės stiprumu ($p < 0.05$).

9 lentelė. Onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį ir potrauminio augimo įverčių koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prielaidos apie pasaulį	Potrauminio augimo subskalės				
	Naujos galimybių	Santykių su kitais	Asmenybės stiprumo	Gyvenimo vertinimo	Dvasinių pokyčių
Žmonių palankumas		,503**		,357*	
Pasaulio palankumas		,450**			
Teisingumas				-,386*	
Atsitiktinumas	-,553**	-,408*	-,514**		-,439*
Pasaulio prasmingumas	-,481**	-,415*	-,424*	-,494**	
Savęs vertinimas			,360*		
Laimė/ Sėkmė	,384*		,431*		
Savęs vertingumas	,347*		,411*		

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

10-oje lentelėje matome pateiktus onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį subskalių ir prasmės priskyrimo skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad prasmės priskyrimas patikimai neigiamai koreliuoja su atsitiktinumu ($p < 0.05$) ir patikimai teigiamai koreliuoja su savęs vertinimu, laime sėkme ir bendru savęs vertingumu ($p < 0.01$).

10 lentelė. Onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį ir prasmės priskyrimo įverčių koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prasmės priskyrimas	Prielaidos apie pasaulį			
	Atsitiktinumas	Savęs vertinimas	Laimė/ Sėkmė	Savęs vertingumas
	-,413*	,517**	,516**	,576**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Žemiau pateiktoje 11-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prasmės priskyrimo skalės ir potrauminio augimo subskalių rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad prasmės priskyrimas patikimai teigiamai koreliuoja su naujomis galimybėmis ($p < 0.01$), asmenybės stiprumu ir dvasiniais pokyčiais ($p < 0.05$).

11 lentelė. Onkologinių pacientų prasmės priskyrimo skalės ir potrauminio augimo įverčių koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prasmės priskyrimas	Potrauminio augimo subskalės		
	Naujų galimybių	Asmenybės stiprumo	Dvasinių pokyčių
	,437**		,432*
			,365*

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

3.3. Kognityvinių schemų ryšys su ligos įveika

Žemiau pateiktoje 12 lentelėje matome onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį subskalių ir onkologinės ligos įveikos subskalių rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad kovinė dvasia patikimai teigiamai koreliuoja su laime/ sėkme bei savęs vertingumu ($p < 0.01$); bejėgiškumas/ beviltiškumas patikimai teigiamai koreliuoja su atsitiktinumu ir pasaulio prasmingumu ($p < 0.05$) bei patikimai neigiamai koreliuoja su savęs vertinimu, laime/ sėkme, savęs vertingumu ($p < 0.01$).

12 lentelė. Onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį ir ligos įveikos įverčių koreliacinė analizė;

Pearson koreliacijos koeficientai

Prielaidų apie pasaulį	Ligos įveikos	
	Kovinė dvasia	Bejėgiškumas/ beviltiškumas
Atsitiktinumas		,403*
<i>Pasaulio prasmingumas</i>		,339*
Savęs vertinimas		-,486**
Laimė/ Sėkmė	,545**	-,498**
<i>Savęs vertingumas</i>	,508**	-,476**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

13-oje lentelėje matome onkologinių pacientų potrauminio augimo skalės ir ligos įveikos strategijų skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad kovinė dvasia patikimai teigiamai koreliuoja su naujomis galimybėmis, asmenybės stiprumu ($p < 0.01$), santykiais su kitais, dvasiniais pokyčiais ($p < 0.05$). Bejėgiškumas patikimai neigiamai koreliuoja su naujomis galimybėmis, asmenybės stiprumu, gyvenimo vertinimu, dvasiniais pokyčiais ($p < 0.01$), santykiais su kitais ($p < 0.05$); fatalizmas patikimai neigiamai koreliuoja su naujomis galimybėmis ($p < 0.05$).

13 lentelė. Onkologinių pacientų onkologinės ligos įveikos ir potrauminio augimo įverčių koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Ligos įveika	Potrauminio augimo subskalės				
	Naujos galimybių	Santykių su kitais	Asmenybės stiprumo	Gyvenimo vertinimo	Dvasinių pokyčių
Kovinė dvasia	,506**	0,345 *	,517**		0,372*
Bejėgiškumas/ beviltiškumas	-,562**	-0,372*	-,563**	-0,450**	-,643**
Fatalizmas	-,387*				

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

14-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prasmės priskyrimo ir onkologinės ligos įveikos rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, jog prasmės priskyrimas patikimai teigiamai koreliuoja su kovine dvasia ($p < 0.01$) ir patikimai neigiamai koreliuoja su bejėgiškumu/ beviltiškumu, nerimastinga nuostata ($p < 0.01$), fatalizmu ($p < 0.05$).

14 lentelė. Onkologinių pacientų prasmės priskyrimas ir onkologinės ligos įveikos įverčių koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prasmės priskyrimas	Ligos įveikos strategijos			
	Kovinė dvasia	Bejėgiškumas/ beviltiškumas	Nerimastinga nuostata	Fatalizmas
	,449**	-,787**	-,573**	-,339*

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Kognityvinių schemų ryšys su gyvenimo kokybe

Žemiau esančioje 15-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį ir gyvenimo kokybės skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, jog pasaulio palankumas neigiamai kontroliuoja su skausmu ($p < 0.05$); kontrolė teigiamai koreliuoja su

vaidmenų atlikimu ir neigiamai koreliuoja su finansiniais sunkumais ($p < 0.05$); savęs vertinimas teigiamai koreliuoja su bendra gyvenimo kokybe ($p < 0.01$); savęs kontrolė neigiamai koreliuoja su finansiniais sunkumais ($p < 0.05$); laimė ir sėkmė teigiamai koreliuoja su bendra gyvenimo kokybe ir neigiamai koreliuoja su nemiga ($p < 0.05$); bendras savęs vertinimas teigiamai koreliuoja su bendra gyvenimo kokybe ($p < 0.01$), fiziniu funkcionavimu ir vaidmenų atlikimu ($p < 0.05$).

15 lentelė. Onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį rezultatų ir gyvenimo kokybės rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Gyvenimo kokybė QLQ -30	Prielaidos apie pasaulį					
	Pasaulio palankumas	Kontrolė	Savęs vertinimas	Savęs kontrolė	Laimė/sėkmė	Savęs vertingumas
Bendra gyvenimo kokybė			,495**		,420*	,545**
Fizinis funkcionavimas						,346*
Užimtumas		,386*				,353*
Skausmas	-,388*					
Nemiga					-,331*	
Viduriavimas				-,337*		
Finansiniai sunkumai		-,394*				-,343*

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

16-oje lentelėje matome onkologinių pacientų potrauminio augimo subskalių ir gyvenimo kokybės subskalių rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad socialinis funkcionavimas patikimai neigiamai koreliuoja su naujomis galimybėmis, gyvenimo vertinimu ir dvasiniais pokyčiais ($p < 0.01$) ir asmenybės stiprumu ($p < 0.05$); kognityvinis funkcionavimas patikimai neigiamai koreliuoja su dvasiniais pokyčiais.

16 lentelė. Onkologinių pacientų potrauminio augimo ir gyvenimo kokybės rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Gyvenimo kokybė QLQ -30	Potrauminio augimo skalė				
	Naujos galimybių	Santykių su kitais	Asmenybės stiprumo	Gyvenimo vertinimo	Dvasinių pokyčių
Kognityvinis funkcionavimas					-,342*
Socialinis funkcionavimas	-,542**		-,365*	-,446**	-,484**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Žemiau esančioje 17-oje lentelėje matome onkologinių pacientų prasmės priskyrimo rezultatų ir gyvenimo kokybės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad prasmės priskyrimas patikimai teigiamai koreliuoja su bendra gyvenimo kokybe, emociniu funkcionavimu ($p < 0.01$), fiziniu funkcionavimu ($p < 0.05$) bei patikimai neigiamai koreliuoja su pykinimu/vėmimu, nemiga ($p < 0.05$), apetito praradimu, finansiniais sunkumais ($p < 0.01$).

17 lentelė. Onkologinių pacientų prasmės priskyrimo rezultatų ir gyvenimo kokybės rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prasmės priskyrimas	Gyvenimo kokybė QLQ -30						
	Bendra gyvenimo kokybė	Fizinis funkcionavimas	Emocinis funkcionavimas	Pykinimas/vėmimas	Nemiga	Apetito praradimas	Finansiniai sunkumai
	,510**	,325*	,431**	-,399*	-,373*	-,429**	-,426**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Kognityvinių schemų ir skausmo įveikos strategijų ryšys

Žemiau pateiktoje 18-oje lentelėje pateikiame statistškai reikšmingus onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį ir skausmo įveikos strategijų rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad pasaulio palankumas patikimai neigiamai koreliuoja su dramatinizavimu ($p < 0.05$); atsitiktinumas patikimai neigiamai koreliuoja su veiklos atlikimu, įveikiančiu savitvirtinimu skausmo metu ($p < 0.05$), patikimai teigiamai koreliuoja su dramatinizavimu ($p < 0.01$); pasaulio prasmingumas patikimai teigiamai koreliuoja su katastrofavimu ($p < 0.05$). Laimė/ sėkmė patikimai teigiamai koreliuoja su dėmesio nukreipimu ($p < 0.05$); savęs vertingumas patikimai teigiamai koreliuoja su įveikiančiomis saviinstrukcijos ir skausmo ignoravimu ($p < 0.05$).

18 lentelė. Onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį rezultatų ir skausmo įveikos strategijų rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prielaidos apie pasaulį	Skausmo įveikos strategijos				
	Veiklos atlikimas	Dėmesio nukreipimas	Katastrofavimas	Įveikiančios saviinstrukcijos	Ignoravimas
Pasaulio palankumas			-,346*		
Atsitiktinumas	-,380*		,454**	-,404*	
Pasaulio prasmingumas			,374*		
Laimė/ Sėkmė		,375*			
Savęs vertingumas				,339*	,410*

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

19-oje lentelėje pateikti onkologinių pacientų potrauminio augimo skalių ir skausmo įveikos strategijų rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad naujos galimybės patikimai teigiamai koreliuoja su skausmo jutimo pervadinimu, dėmesio nukreipimu, ignoravimu ($p < 0.05$), veiklos atlikimu ($p < 0.01$); santyčiai su kitais patikimai teigiamai koreliuoja su veiklos atlikimu, dėmesio nukreipimu ($p < 0.01$); asmenybės stiprumas patikimai teigiamai koreliuoja su skausmo jutimo pervadinimu ($p < 0.05$), veiklos atlikimu, dėmesio nukreipimu, įveikiančiomis saviinstrukcijomis, ignoravimu ($p < 0.01$); gyvenimo vertinimas pozityviai teigiamai koreliuoja su veiklos atlikimu ($p < 0.01$), dėmesio nukreipimu, meldimusi ir tikėjimu ($p < 0.05$); dvasiniai pokyčiai patikimai teigiamai koreliuoja su veiklos atlikimu ($p < 0.05$) meldimusi ir tikėjimu ($p < 0.01$).

19 lentelė. Onkologinių pacientų potrauminio augimo subskalių ir skausmo įveikos strategijų rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Skausmo įveikos būdai	Potrauminio augimo subskalės				
	Naujų galimybių	Santykių su kitais	Asmenybės stiprumo	Gyvenimo vertinimo	Dvasinių pokyčių
Skausmo jutimo pervadinimas	,356*		,380*		
Veiklos atlikimas	,556**	,474**	,659**	,545**	,380*
Dėmesio nukreipimas	,337*	,490**	,451**	,383*	
Įveikiančios saviinstrukcijos			,439**		
Meldimasis/tikėjimas				,395*	,503**
Ignoravimas	,425*		,512**		

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

20 –oje lentelėje pateikiame reikšmingas koreliacijas tarp onkologinių ligonių potrauminio augimo skalės įverčių ir skausmo įveikos būdų skalės įverčių. Iš lentelės matyti, kad prasmės suteikimas patikimai neigiamai koreliuoja su dramtizavimu ($p < 0.01$), bei patikimai teigiamai koreliuoja su įveikiančiu savitvirtinimu ($p < 0.05$), ir ignoravimu ($p < 0.01$).

20 lentelė. Onkologinių pacientų potrauminio augimo subskalių ir skausmo įveikos strategijų rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prasmės suteikimas	Skausmo įveikos būdai		
	Dramtizavimas	Įveikiantis savitvirtinimas	Ignoravimas
	-,535**	,382*	,518**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Žemiau esančioje 21–oje lentelėje pateikiame statistškai reikšmingas koreliacijas tarp onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį ir lėtinio skausmo priėmimo skalių rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš pateiktos lentelės matyti, kad išitraukimas į veiklą patikimai teigiamai susijęs su savęs vertinimu, savęs vertingumu ($p < 0.05$) ir pasitikėjimu laime ir sėkme ($p < 0.01$). Bendras priėmimo rezultatas patikimai teigiamai yra susijęs su savęs vertinimu ($p < 0.05$).

21 lentelė. Onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį rezultatų ir lėtinio skausmo priėmimo rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prielaidos apie pasaulį	Lėtinio skausmo priėmimas	
	Įsitraukimas į veiklą	Bendras
Savęs vertinimas	,397*	,399(*)
Laimė/ Sėkmė	,449**	
Savęs vertingumas	,448*	,419(*)

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Kaip matome iš žemiau pateiktoje 22-oje lentelėje reikšmingų korelacių tarp onkologinių ligonių prasmės priskyrimo ir lėtinio skausmo priėmimo skalių rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientų – prasmės priskyrimas patikimai teigiamai susijęs su ištraukimu į veiklą, bendru priėmimu ($p < 0.01$) bei pasiryžimu skausmui ($p < 0.05$).

22 lentelė. Onkologinių pacientų prasmės priskyrimo ir lėtinio skausmo priėmimo rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prasmės priskyrimas	Lėtinio skausmo priėmimas		
	Ištraukimas į veiklą	Pasiryžimas skausmui	Bendras
	,468**	,366*	,488**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Žemiau pateiktoje 23-oje lentelėje pateikiame reikšmingas koreliacijas tarp onkologinių ligonių potrauminio augimo skalės įverčių ir lėtinio skausmo priėmimo skalių koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, kad ištraukimas į veiklą ir bendras priėmimo įvertis statistiškai patikimai teigiamai yra susiję su naujomis galimybėmis ($p < 0.05$) ir asmenybės stiprumu ($p < 0.01$).

23 lentelė. Onkologinių pacientų potrauminio augimo ir lėtinio skausmo priėmimo rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Lėtinio skausmo priėmimas	Potrauminio augimo subskalės	
	Naujų galimybių	Asmenybės stiprumo
Ištraukimas į veiklą	,363(*)	,465(**)
Bendras	,393(*)	,503(**)

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Kognityvinių schemų ryšys su psichopatologiniais simptomais

24-oje lentelėje pateikiame reikšmingas koreliacijas tarp onkologinių ligonių prielaidų apie pasaulį skalės įverčių ir IES-R bei Beck depresijos skalės įverčių. Iš žemiau pateiktos lentelės matyti, kad atsitiktinumas patikimai teigiamai koreliuoja su invazija ($p < 0.05$), o savęs vertinimas, laimė/ sėkmė, savęs vertingumas patikimai neigiamai koreliuoja su Beck depresija ($p < 0.01$).

24 lentelė. Onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį subkalių ir IES-R skalės bei Beck depresijos skalės įverčių koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prielaidos apie pasaulį	IES-R subskalė	Beck depresija
	IES-R Invazija	
Atsitiktinumas	,346*	
Savęs vertinimas		-,525**
Laimė/ Sėkmė		-,575**
Savęs vertingumas		-,612**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Žemiau pateiktoje 25-oje lentelėje pateikiame reikšmingas koreliacijas tarp onkologinių ligonių potrauminio augimo skalės įverčių ir IES skalės bei Beck depresijos skalės įverčių. Iš lentelės matyti, kad vengimas patikimai teigiamai koreliuoja su naujomis galimybėmis, santykiais su kitais, gyvenimo vertinimu ($p < 0.05$); Beck depresija patikimai neigiamai koreliuoja su asmenybės stiprumu.

25 lentelė. Onkologinių pacientų prielaidų apie pasaulį subskalių ir IES-R skalės bei Beck depresijos skalės įverčių koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Potrauminio augimo	IES-R subskalės			Beck depresija
	IES-R Invazija	IES-R Vengimas	IES-R Dirglumas	
Naujų galimybių		,353*		
Santykių su kitais		,350*		
Asmenybės stiprumo				-,387*
Gyvenimo vertinimo		,397*		
Dvasinių pokyčių				

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

26-oje lentelėje pateikti onkologinių pacientų prasmės suteikimo skalės ir IES-R subskalių bei Beck depresijos skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, jog prasmės suteikimas patikimai neigiamai koreliuoja su invazija, dirglumu ir depresija ($p < 0.01$).

26 lentelė. Onkologinių pacientų prasmės suteikimo skalės ir IES-R subskalių bei Beck depresijos skalės įverčių koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Prasmės priskyrimas	IES-R subskalės			Beck depresija
	IES-R Invazija	IES-R Vengimas	IES-R Dirglumas	
	-,583**		-,462**	-,741**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

Lėtinio skausmo priėmimo ryšys su gyvenimo kokybe ir psichopatologine simptomatika

Onkologinių pacientų lėtinio skausmo priėmimo ir gyvenimo kokybės skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientai pateikti 27-oje lentelėje. Kaip matome iš lentelės ištraukimas į veiklą susijęs su bendra gyvenimo kokybe, fiziniu ir emociniu funkcionavimu ($p < 0.01$), bei mažiau išreikštu simptomu – nemiga ($p < 0.05$). Pasiryžimas skausmui patikimai neigiamai koreliuoja su simptomais: pykinimu/ vėmimu bei apetito praradimu ($p < 0.05$). Bendras lėtinio skausmo priėmimas patikimai teigiamai koreliuoja su bendra gyvenimo kokybe ir fiziniu funkcionavimu ($p < 0.05$).

27 lentelė. Onkologinių pacientų lėtinio skausmo priėmimo ir gyvenimo kokybės subskalių rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

QLQ -30	Lėtinio skausmo priėmimas		
	Įsitraukimas į veiklą	Pasiryžimas skausmui	Bendras
Bendra gyvenimo kokybė	,439(**)		,358(*)
Fizinis funkcionavimas	,460(**)		,355(*)
Emocinis funkcionavimas	,455(**)		
Pykinimas/ vėmimas		-,400(*)	
Nemiga	-,404(*)		
Apetito praradimas		-,445(**)	

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

28-oje lentelėje matome onkologinės ligos įveikos ir potrauminės simptomatikos skalės rezultatų koreliacinės analizės Pearson koreliacijos koeficientus. Iš lentelės matyti, jog išitraukimas į veiklą bei bendras lėtinio skausmo priėmimas patikimai neigiamai susijęs su Beck depresija ($p < 0.01$), pasiryžimas skausmui bei bendras lėtinio skausmo priėmimas patikimai neigiamai susijęs su invazija ($p < 0.05$).

28 lentelė. Onkologinių pacientų lėtinio skausmo priėmimo ir potrauminės simptomatikos subskalių rezultatų koreliacinė analizė; Pearson koreliacijos koeficientai

Lėtinio skausmo priėmimas	IES-R subskalė	Beck depresija
	IES-R Invazija	
Įsitraukimas į veiklą		-,543**
Pasiryžimas skausmui	-,387*	
Bendras	-,446*	-,527**

* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$

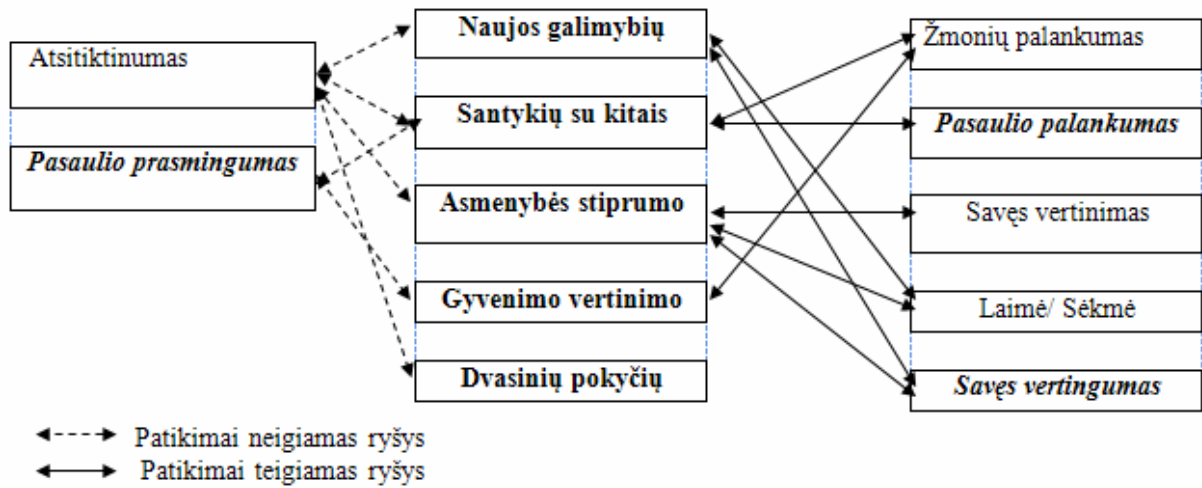
REZULTATŲ APTARIMAS

Kognityvinių schemų tarpusavio ryšys su gyvenimo kokybe, psichopatologine simptomatika, ligos ir skausmo įveika

Norėtume tyrimo rezultatų aptarimą pradėti nuo bendros onkologinių pacientų su progresuojančia liga imties, vėliau pereisime prie atskirų onkologinių pacientų prisitaikymo prie onkologinės ligos būdų aptarimo. *Vieną iš tyrimo uždavinių buvome išsikėlę ištirti ryšius tarp kognityvinių schemų bei gyvenimo kokybės, psichopatologinės simptomatikos, ligos ir skausmo įveikos būdų. Kėlėme hipotezę, kad yra ryšys tarp adaptyvių kognityvinių schemų bei aukštesnės gyvenimo kokybės, aktyvių ligos ir skausmo įveikos būdų.*

Onkologinių pacientų kognityvinių schemų tarpusavio ryšys. Pirmiausiai norėtume aptarti kognityvinių schemų tarpusavio ryšius. Visos kognityvinės schemos asmenybėje yra susijusios, ir jų ryšių atskleidimas gali pateikti schemų formavimosi dėsningumą vaizdą. Onkologinių pacientų įvairių lygių kognityvinių schemų ryšio klausimas literatūroje yra mažai nagrinėtas (Epstein, 1993; pgl. Diržytė 2001). Kaip minėjome įvade Janoff-Bullman (1992) teigia, jog nukentėjusieji, šiuo atveju onkologiniai pacientai, turi perdirbti naują patyrimą taip, kad jis derėtų prie senų prielaidų, arba turi atnaujinti senas prielaidas apie pasaulį tokiu būdu, kad nesugriūtų visa sistema ir pasaulis neatrodytų grėsmingas, o kontroliuojamas ir prognozuojamas. Tedeschi ir Calhoun kelia hipotezę (1996), kad schemų peržiūrėjimas yra būtinas veiksnys potrauminio augimui. Tą pati mini ir Horowitz (Horowitz, 1997), jog psichopatologinis sutrikimas susiformuoja dėl žmogaus nesugebėjimo integruoti informaciją į anksčiau turėtas kognityvines schemas apie save, pasaulį ir kitus žmones.

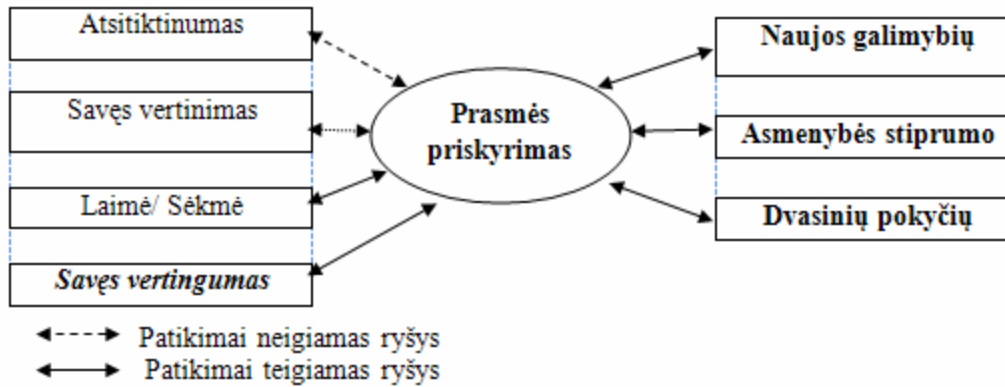
Žemiau pateiktame 2-ame pav. apibendrintai pavaizduotas pacientų prielaidų apie pasaulį ryšys su potrauminiu augimu. Kaip matome, prielaidos apie žmonių ir pasaulio palankumą, savęs vertinimas, pasitikėjimas laime ir sėkme yra susijęs su potrauminiu augimu – naujomis galimybėmis, pagerėjusiais santykiais su kitais, asmenybės stiprumu ir didesniu gyvenimo vertinimu. T.y. tie onkologiniai pacientai, kurie tiki gera lemtimi, kad įvykiai klostysis palankiu būdu bei, kad žmonės yra geri ir padedantys, labiau suvokia, kad susirgus onkologine liga pagerėjo jų santykiai su aplinkiniais (pamatė, kad aplinkiniai yra padedantys ir jais galima pasikliauti šioje gyvenimo situacijoje), ėmė labiau vertinti gyvenimą. Tie pacientai, kurie suvokia save kaip vertingus, gerus, moralius asmenis ir pasitiki sėkme (kad dalykai susiklostys taip, kaip jiems reikia) labiau linkę laikyti, kad dėl onkologinės ligos jie sustiprėjo kaip asmenybės (ėmė labiau savimi pasitikėti, pamatė, jog sugeba susidoroti su sunkumais ir yra stipresni, nei manė iki šiol), liga jiems kaip galimybė peržiūrėti gyvenimo prioritetus bei atrasti tame naują savo gyvenimo kelią. Savęs stipresnio ir galinčio susitvarkyti su tokia situacija, kaip onkologinė liga, suvokimas gali sustiprinti ir palaikyti prielaidas apie savęs vertingumą.



2 pav. Onkologinių pacientų potrauminio augimo ir prielaidų apie pasaulį ryšiai

Taip pat iš 2-o pav. matome, jog pasiklojimas pasaulio prasingumu bei tikėjimas, kad blogi dalykai negali atsitiktinai nutikti geriems žmonėms patikimai neigiamai susijęs su potrauminiu augimu. T.y. tikėjimas, kad žmonės gauna tai, ko nusipelno gali sukelti žmonėms kaltės jausmus, nes pagal šias prielaidas jei jie susirgo onkologine liga (jiems nutiko grėsmingas dalykas), vadinasi kažkuo jie buvo patys kalti dėl onkologinės ligos. Iš interviu sužinome, kad pacientai kaltina save dėl ligos dėl to, kad: pernelyg išgyveno didelį stresą praeityje; mažai skyrė sau dėmesio; nesirūpino savimi; turėjo suicidalinių ketinimų ir už tai, kaip bausmę gavo mirtiną ligą ir pan.

3-ame pav. apibendrintai pateiktas prasmės priskyrimo ryšys su prielaidomis apie pasaulį bei potrauminiu augimu. Kaip matome, tie onkologiniai pacientai, kurie suvokia, kad onkologinė liga mažiau paveikė jų sugebėjimą funkcionuoti ir tęsti socialines roles, nelabai sukliudė siekti ateities tikslų ir pernelyg nepaveikė santykių su aplinkiniais, labiau linkę onkologinės ligos situacijoje atrasti naujų galimybių, suvokė, kad šioje situacijoje jie tapo stipresni, dvasingesni. Taip pat yra patikimai teigiamas ryšys tarp bendro savęs vertingumo ir teigiamo prasmės priskyrimo. Tie onkologiniai pacientai, kurie suvokia save kaip vertingus, gerus, moralius asmenis bei kurie tiki, kad dalykai pasiseks, nepriklausomai nuo esamų aplinkybių, mažiau linkę galvoti, kad liga paveikė jų tapatybę, santykius su aplinkiniais, bei numatytus ateities planus. Kaip teigia autoriai (Carboon ir kt., 2005) pasitikėjimas laime ir sėkme, kad viskas susiklostys gerai nepriklausomai nuo situacijos – gali padėti palaikyti nuspėjamumo jausmą esant nekontroliuojamai situacijai.



3 pav. Onkologinių pacientų prasmės priskyrimo ryšys su potrauminiu augimu, prielaidomis apie pasaulį

Kaip matome iš tame pačiame 3 – iame pav. yra neigiamas ryšys tarp pasitikėjimo atsitiktinumu ir prasmės priskyrimo. Galima kelti hipotezę, kad tie onkologiniai pacientai, kurie įsitikinę, kad geriems žmonėms blogi dalykai nenutinka, ir blogiems dalykams yra paaiškinamoji priežastis - labiau suvokia onkologinę ligą, kaip sukliudžiusią jo planams, trukdančią funkcionavimui, socialinių rolių tęsimui, jog liga padarė neigiamą poveikį jo santykiams su aplinkiniais. Anot B. Fife (2005) neigiamas prasmės priskyrimas yra susijęs su žemesne savigarpa ir situacijos kaip stigmatizuojančios individą suvokimą. Tas paaiškintų ryšį tarp prielaidos, kad blogi dalykai nutinka blogiems žmonėms ir priskiriamos neigiamos prasmės onkologinės ligos situacijai. Jei žmonės nebegali tęsti ankstesnių socialinių rolių bei jaučiasi nepajėgūs esamą grėsmingą situaciją pakeisti, dėl to gali jaustis nepilnaverčiais ir galvoti, kad dėl ligos bus atstumti aplinkinių. Interviu metu, kaip nenorą pranešti aplinkiniams, jog serga onkologine liga pacientai išsakydavo nuogaštavimą, jog aplinkiniai ims jų šalinti, ims apkalbėti, darbdaviai nenorės jų priimti atgal į darbus ir t.t., galima daryti prielaidą, kad sirgti onkologine liga yra stigmatizuojantis dalykas. Tą stigmatizavimą gali sustiprinti žmogaus įsitikinimas, jog jis pats yra kaltas, kad susirgo.

Kognityvinių schemų tarpusavio ryšio apibendrinimas

Pirmiausiai norėtume aptarti kognityvinių schemų ryšius su potraumine simptomatika. Didelė dalis onkologinių pacientų serga ilgiau nei 1 metai. Taigi didelei jų daliai liga buvo kuriam tai laikui pristabdyta. Dėl to šie pacientai jau turėjo laiko kvestionuoti esminius savo įsitikinimus. Kartą kvestionuotos bazinės žmogaus prielaidos apie pasaulį, linkę mažiau subyrėti ištikus naujai traumai (Janoff-Bulman, 1992), šiuo atveju ligai sugrįžus ir/ arba ėmus labiau progresuoti.

Tačiau kyla klausimas, kodėl onkologinė ligai neigiamai pažeidžia vienas prielaidas, o kitos arba lieka nepažeistos ar net sustiprėja. Remiantis Janoff-Bulman (1992) trys baziniai asmens įsitikinimai apie pasaulį, tikėjimas pasaulio palankumu, prasmingumu ir savęs vertingumas, nėra glaudžiai susiję ir gali kisti nepriklausomai vienas nuo kito.

Apibendrinant galima būtų teigti, kad baziniai asmens įsitikinimai apie pasaulio ir žmonių palankumą, tikėjimą savęs vertingumu bei pasitikėjimas sėkme ir laime yra susiję su potrauminiu augimu, t.y. pozityvių dalykų onkologinės ligos situacijoje radimu bei ligos kaip mažiau įtakojančios asmens tapatybę, socialinius santykius ir trukdančios siekti ateities tikslų suvokimu. Tačiau tikėjimas pasaulio

prasmingumu - kad blogi dalykai nutinka žmonėms už tai ką jie padarė, ar kokie buvo - susijęs su neigiamos prasmės priskyrimu onkologinei ligai, bei negalėjimu išvelgti pozityvių dalykų grėsmingoje onkologinės ligos situacijoje.

Onkologinių pacientų kognityvinių schemų ryšys su psichopatologine simptomatika

Tyrimo metu kėlėme sau uždavinius nustatyti kognityvinių schemų ryšius su psichopatologine simptomatika. Aukščiau mes aptarėme kognityvių schemų tarpusavio ryšius, bei matom, kad vienos schemas su kitomis yra susijusios statistiškai patikimai teigiamais, o kitos statistiškai patikimai neigiamais ryšiais. Todėl norėdami nustatyti onkologiniams pacientams su progresuojančia liga būdingas adaptyvias schemas mes nustatėme ryšius su psichopatologine simptomatika.

Tyrimo metu gauti rezultatai parodė, kad prielaida, jog blogi dalykai negali atsitiktinai nutikti geriems žmonėms yra statistiškai patikimai teigiamai susijusi su invazija, t.y. užplūstančiais įkyriais vaizdiniais, mintimis apie onkologinę ligą. Įkyrios mintys gali rodyti, kad yra dar neįvykęs kognityvinis situacijos apdorojimas (Lepore ir kt. 1995). Kaip matėme iš aukščiau pateiktų duomenų, kad prielaida esą blogi dalykai negali atsitiktinai nutikti geriems žmonėms yra susijusi su negalėjimu onkologinės ligos situacijoje rasti pozityvių dalykų. T.y. tie onkologiniai pacientai, kurie stengiasi kognityviai apdoroti situaciją, kurie išgyvena skausmingas mintis ir prisiminimus, kad serga grėsminga gyvybei onkologine liga, mažiau gali šioje onkologinės ligos situacijoje pastebėti jos pozityvią pusę, nes ši situacija jiems atrodo negatyvi. Ir rezultatai parodė, kad tie pacientai, kurie labiau save vertina, pasikliauja sėkme ir laime mažiau linkę į depresiją. O prielaidos apie savęs vertingumą, pasitikėjimu laime ir sėkme, kad dalykai vyks palankia linkme nepriklausomai nuo aplinkybių, mažiau susiję su depresija.

Tyrimo rezultatai parodė, jog yra ryšys tarp potrauminio augimo ir IES-R vengimo. T.y. asmenims, kurie labiau išvelgia onkologinės ligos situacijoje pozityvių dalykų (atranda naujas galimybes, teigia, kad pagerėjo santykiai su kitais bei teigia, kad labiau ėmė vertinti gyvenimą) labiau būdingas vengimas, bandymas atsiriboti nuo traumuojančio patyrimo.

Vengimas mūsų tyrime buvo matuojamas dvejomis metodikomis. Ligos įveikos metodikos neigimo skale, kur neigimas matuojamas tik vienu teiginiu „Iš tiesų netikiu, kad sergu onkologine liga“, bei IES-R vengimo skale, kuri matuoja žmogaus pastangas apsiriboti nuo traumuojančio patyrimo, prisiminimų apie onkologinę ligą. Jokių statistiškai patikimų rezultatų mes negavome tiriant su MAC neigimo skale. Tarp šių dviejų skalių MAC neigimo ir IES-R vengimo rasta patikimai teigiamas ryšys, tačiau jis nėra labai stiprus ($r=0.346$).

Įvade minėjome, kad vengimas gali būti adaptyvi, laikina strategija kuri padeda palaikyti suprantamą psichinį pasaulio modelį, kai stresas trunka trumpai (Brennan 2001), tačiau vengimas yra neadaptyvus esant labiau grėsmingai onkologinei ligai, kai yra mažiau tikėtinos teigiamos medicininės pasekmės ir liga yra lėtinė (pvz. esant progresuojančiai onkologinei ligai) (Manne, Glassman, Hamel 2000). Tačiau mūsų tyrimo duomenys nepatvirtino, kad neigimas būtų neadaptyvus esant progresuojančiai onkologinei situacijai. Galima būtų kelti hipotezę, kad asmenys, kurie randa pozityvių aspektų ligos situacijoje, labiau linkę naudoti sąmoningą vengimo formą – pozityvų vengimą. Anot Moorey ir Greer (2005) pozityvus

vengimas - kai asmuo stengiasi gyventi toliau negalvodamas apie vėžį ir naudodamas dėmesio nukreipimą. Tyrimo rezultatai parodė, kad yra ryšys tarp dėmesio nukreipimo skausmo metu ir vengimo, nors šis ryšys nėra statistiškai reikšmingas ($r=298$). Tai paaiškintų vengimo ir potrauminio augimo santykį, nes asmuo kuris labiau išitraukia į bendravimą su kitais, labiau ima vertinti gyvenimą ir džiaugtis kiekviena diena, mato naujas galimybes atsiradusias su liga, jis labiau bus linkęs išitraukti į veiklą, bendravimą, naujų dalykų įgyvendinimą, tokiu būdu aktyviai nukreipdamas dėmesį nuo ligos. Tačiau potrauminio augimo subskalė patikimai neigiamai susijusi su depresija, t.y. tie onkologiniai pacientai, kurie susirgę pamatė, kad jie yra stipresni, nei buvo iki ligos, kurie ėmė labiau pasitikėti savo jėgomis, jiems mažiau būdingi depresiniai simptomai.

Taip pat mūsų duomenys parodė, kad tiems onkologiniams pacientams, kurie suvokia, kad onkologinė liga nepadarė negatyvios įtakos jų tapatybei, planams ir santykiams su kitais, mažiau būdinga invazija, dirglumas ir depresinė įveika. Tai patvirtina ir B. Fife (2005) rezultatus, kad negatyvios prasmės priskyrimas ligai susijęs su didesniu emociniu distresu bei blogesniu prisitaikymu.

Apibendrinant galima būtų teigti, kad pozityvus vengimas gali būti naudingas esant progresuojančiai ligos situacijai jei asmuo stengiasi gyventi ne galvodamas apie esamą grėsmingą situaciją, bet išitraukdamas į veiklą ir bendraudamas su aplinkiniais. Prielaidos apie savęs vertingumą, pasitikėjimas laime ir sėkme, asmenybės sustiprėjimas susirgus onkologine liga bei laikymas, kad liga nesugriovė asmens santykių su aplinkiniais, nepažeidė jo tapatybės mažiau patikimai neigiamai susijusios su depresija, todėl galima laikyti, kad jos yra adaptyvios onkologinės ligos situacijoje. O pasitikėjimas pasaulio prasmingumu bei prielaida, kad žmogus gauna tai, ko nusipelno ir nusipelno tai, ką gauna susijusios su invazija, kad gali rodyti neįvykusį (ar nepilną) kognityvinės situacijos apdorojimą.

Kognityvinių schemų ryšys su gyvenimo kokybe

Kėlėme hipotezę, kad adaptyvios kognityvinės schemas bus susijusios su aukštesne gyvenimo kokybe. Mūsų gauti duomenys šią hipotezę patvirtino. Tyrimo rezultatai parodė, kad prielaidos apie savęs vertingumą, pasitikėjimas laime ir sėkme, savęs vertinimas ir teigiamas prasmės priskyrimas onkologinės ligos situacijai yra susiję su aukštesne bendra gyvenimo kokybe, bei mažiau išreikštais fiziniais simptomais (pykinimu, nemiga, apetito praradimu). Apskritai prielaida apie savęs vertingumą yra susijusi su geresniu fiziniu funkcionavimu ir užimtumu bei mažesniais finansiniais sunkumais.

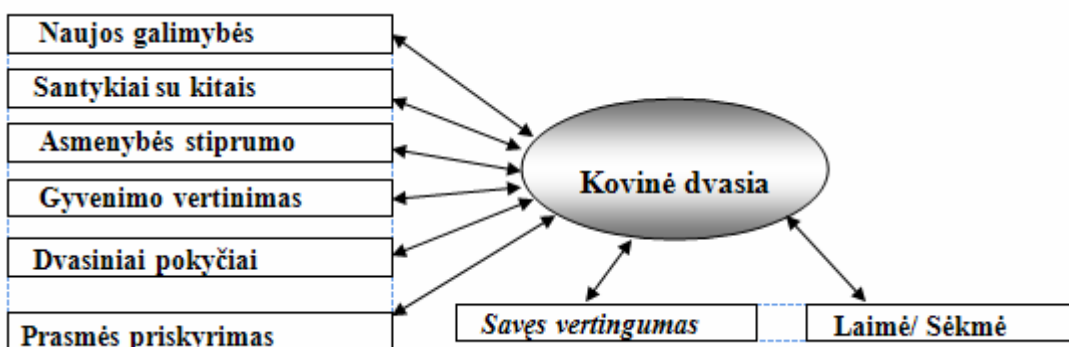
Apibendrintai galima sakyti, kad yra ryšys tarp adaptyvių kognityvinių schemų ir geresnės gyvenimo kokybės, tame tarpe geresnio fizinio funkcionavimo, didesnio užimtumo ir mažiau išreikštų fizinių simptomų.

Kognityvinių schemų ryšys su ligos ir skausmo įveika

Mūsų tyrimo uždaviniai buvo ir nustatyti kognityvinių schemų ryšius su skausmo ir ligos įveika. ***Kėlėme hipotezę, kad yra ryšys tarp adaptyvių kognityvinių schemų bei aktyvių ligos ir skausmo įveikos būdų. Mūsų gauti duomenys hipotezę patvirtino.***

Kognityvinių schemų ryšys su ligos įveika. Kaip matome iš 3-iaame pav. pateikto modelio, onkologinės ligos įveika kovinė dvasia yra susijusi su potrauminiu augimu, teigiamu prasmės priskyrimu onkologinės ligos situacijai, bei prielaidomis apie savęs vertingumą ir pasitikėjimą sėkme ir laime. Tie

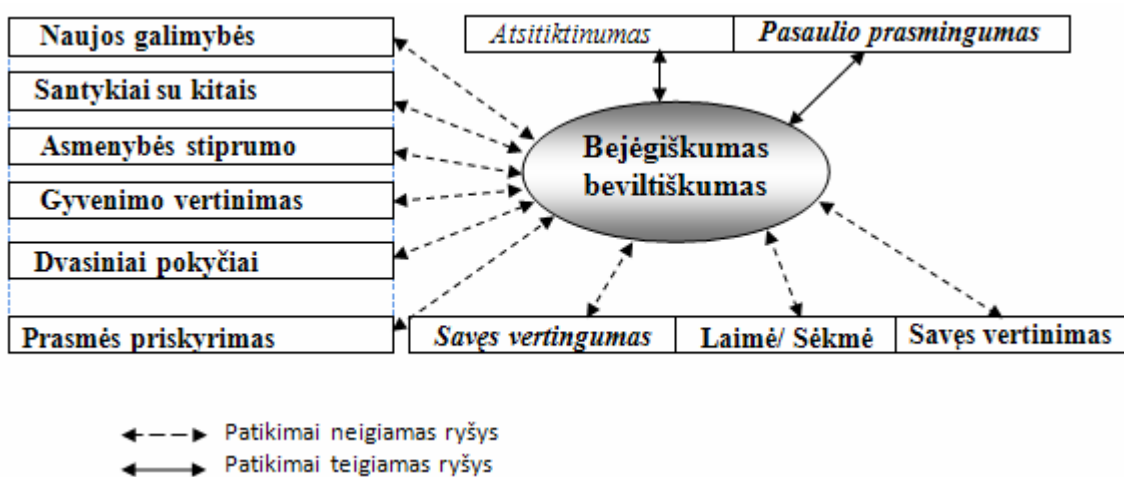
onkologiniai pacientai, kurie į ligą žiūri ne kaip į grėsmę, bet kaip į iššūkį, priima optimistinę požiūrį ligos pasekmių atžvilgiu, ieško informacijos apie ligą, stengiasi dalyvauti gydymo procese, stengiasi palaikyti normalų gyvenimą, labiau linkę suvokti ligos situaciją kaip suteikiančią naujų galimybių, sustiprinusią jo asmenybę, pasitikėjimą savimi, pagerinusią santykius su aplinkiniais, įsitikinę, kad susirgę ėmė labiau vertinti gyvenimą, tapo dvasingesni. Taip pat šie pacientai suvokia ligą, kaip nepadarusią neigiamo poveikio jo tapatybei, nesukliudžiusią asmeninių tikslų siekimui. Jiems būdingos prielaidos apie savęs vertingumą ir pasitikėjimą sėkme ir laime, t.y. jie labiau priima save, kaip vertingus, moralius asmenis, tiki, kad nepriklausomai nuo aplinkybių jiems turėtų pasisekti gauti, tai ko jie nori.



3 pav. Aktyvios onkologinės ligos įveikos ryšys su kognityvinėmis schemomis

Kaip matome iš 4-iame pav. pateikto modelio, bejėgiškumo/ beviltiškumo įveika yra neigiamai susijusi su potrauminiu augimu, teigiamu prasmės priskyrimu onkologinės ligos situacijai, bei prielaidomis apie savęs vertingumą ir pasitikėjimą sėkme ir laime, savęs vertinimu. Taip pat bejėgiškumo ir beviltiškumo įveika yra teigiamai susijusi prielaidomis apie pasaulio prasmingumą ir atsitiktinumą.

Onkologinės ligos įveikas fatalizmas yra susijęs su negatyvios prasmės priskyrimu. Šią įveiką naudojančius onkologiniams pacientams yra mažiau būdinga išvelgti naujas galimybes susirgus onkologine liga. Vėžio ligos įveika - nerimastinga nuostata - taip pat susijusi su negatyvios prasmės priskyrimu, t.y. onkologinė liga yra išvelgiama kaip labiau grėsminga, daranti neigiamą poveikį žmogaus tapatybei, santykiui su aplinkiniais bei trukdanti siekti užsibrėžtų tikslų



4 pav. Bejėgiškumo/ beviltiškumo įveikos ryšys su kognityvinėmis schemomis

Mūsų gauti duomenys hipotezę patvirtino. Pacientai, kurie naudoja aktyvią ligos įveiką, t.y. aktyviai ieško informacijos ir dalyvauja gydymo procese, jiems labiau būdingas potrauminis augimas, jie labiau linkę save vertinti bei pasitikėti laime ir sėkme.

Kognityvinių schemų ryšys su skausmo įveika. Tyrimo rezultatai parodė, kad prielaidos apie pasaulio prasmingumą ir savęs vertingumą bei teigiamas prasmės priskyrimas onkologinės ligos situacijai yra susijusios su aktyvia įveika skausmo metu, tokia, kaip dėmesio nukreipimas, ignoravimas, įveikiančiomis saviinstrukcijos, bei lėtinio skausmo priėmimu (ypač išitraukimu į veiklą neatsižvelgiant į skausmą). Potrauminis augimas yra susijęs su visomis aktyviomis skausmo įveikos strategijomis, ypač veiklos atlikimu skausmo metu ir dėmesio nukreipimu nuo skausmo. Taigi tie onkologiniai pacientai, kurie nežiūrint lėtinio skausmo ir jo sukeltamų nepatogumų, vis tiek išlieka aktyvūs, nesusikoncentruoja ties skausmu, bet perkelia dėmesį į kitus gyvenimo aspektus, ne vien į kančią, labiau randa pozityvių dalykų progresuojančios ligos situacijoje bei palaiko prielaidą apie savęs vertingumą.

Apibendrinant galima pasakyti, kad pacientų adaptyvios kognityvinės schemas yra susijusios su aktyvių ligos ir skausmo įveikos strategijų naudojimu.

Lėtinio skausmo priėmimo ryšys su psichopatologine simptomatika ir gyvenimo kokybe.

Mūsų tyrimo uždavinys buvo nustatyti ryšius tarp lėtinio skausmo priėmimo ir gyvenimo kokybės bei psichopatologinės simptomatikos. **Kėlėme hipotezę, kad yra ryšys tarp lėtinio skausmo priėmimo bei geresnės gyvenimo kokybės, mažesnės psichopatologinės simptomatikos. Mūsų gauti duomenys hipotezę patvirtino.** Nustatėme, kad yra statistiškai patikimai teigiamas ryšys tarp lėtinio skausmo priėmimo (ypatingai išitraukimo į veiklą subskalės) ir geresnės gyvenimo kokybės bei fizinio ir emocinio funkcionavimo, mažiau išreikštų fizinių simptomų, mažiau išreikštos depresijos ir invazijos. Mūsų tyrimo gauti duomenys panašūs į kitų autorių duomenis (McCracken, 1998; McCracken, Eccleston, 2003), kurie teigia, kad lėtinio skausmo priėmimas susijęs su geresniu emocinių, socialiniu ir fiziniu funkcionavimu.

Prisitaikymo prie onkologinės ligos būdai

Mūsų tyrimo uždavinys buvo išskirti prisitaikymo prie onkologinės ligos būdus. **Kėlėme hipotezę, jog onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdai skirsis. Mūsų gauti duomenys hipotezę patvirtino.** Kokybinių tyrimų duomenis apskaičiavus klasterinės analizės būdu, mes išskyrėme 5 skirtingus prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdus: Gyvenantys „Čia ir dabar“; „Nusiteikę pasveikti“; „Nusiteikę mirti“, „Derybininkai“, „Laukiantys stebuklo“. **Taip pat kėlėme hipotezę, kad tarp prisitaikymo būdų bus ir progresuojančios onkologinės ligos priėmimas. Mūsų gauti duomenys hipotezę patvirtino.** Tyrimo metu išskirta pacientų grupė – Gyvenantys „Čia ir dabar“ yra onkologiniai pacientai, priėmę progresuojančios onkologinės ligos situaciją.

Gyvenantys „Čia ir dabar“ – pacientai, priimančios progresuojančios ligos situaciją.

Šiems pacientams būdinga bruožai: jie nekelia klausimo kodėl susirgo, gyvena diena po dienos, neplanuodami ir nesigilindami į ateitį, pripažindami su liga ir skausmu susijusius apribojimus. Liga jiems tik vienas iš gyvenimo aspektų, jie stengiasi būti darnoje su Dievu, aplinkiniais, savimi. Jie kalba tiek apie pozityvius, tiek apie neigiamus išgyvenimus, susijusius su onkologine diagnoze bei stengiasi įprasminti esamą situaciją. Kaip aptarėme įvade, šios grupės pacientų bruožai atitinka Risdon ir bendraautorių (2003) pateiktą lėtinės ligos priėmimo aprašymą. Jie taip pat mini, kad lėtinės ligos priėmimas yra gyventi „čia ir dabar“, nesvarstant, kas gali nutikti, pripažįstant ligos apribojimus, priimant senojo „aš praradimą“. Gyvenimas orientuojantis į malonius gyvenimo aspektus, ne vien tik į ligą ir skausmą. Kaip minėjo įvade Carver, Scheier, Weintraub (1989) teigia, jog situacijoje, kurios žmogus negali kontroliuoti, pats geriausias būdas prisitaikyti - tą situaciją priimti. Tą patvirtina ir mūsų gauti tyrimo duomenys, „Gyvenantys Čia ir dabar“ grupės tiriamieji neieško bet kokių įmanomų išgijimo priemonių, nekeičia gydytojų ar gydymo įstaigų, bet stengiasi save tausoti, tiek fiziškai, tiek psichologiškai, išsako tiesiog geros savijautos viltį.

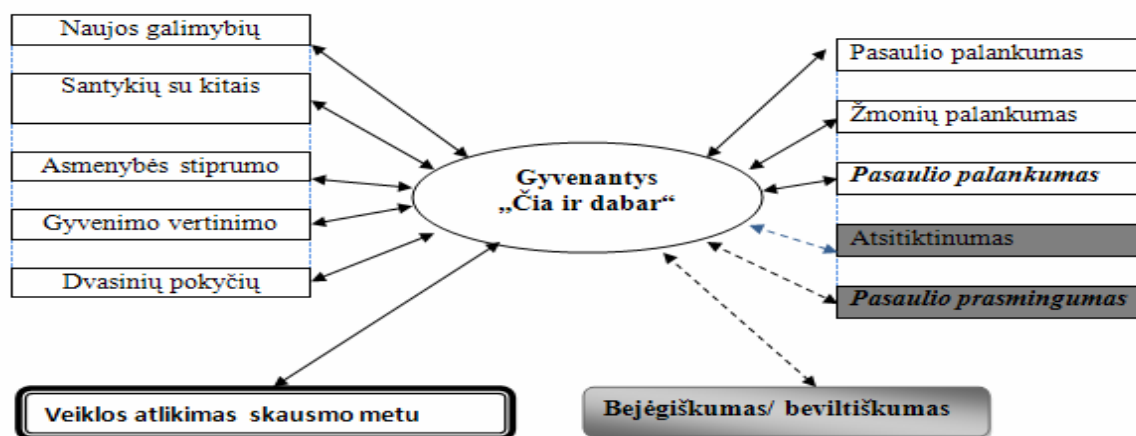
Užsibrėžėm ištirti ryšius tarp onkologinių pacientų prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos bei lėtinio skausmo būdų ir kognityvinių schemų, psichopatologinės simptomatikos, gyvenimo kokybės, ligos ir skausmo įveikų. **Kėlėme hipotezę, kad yra ryšys tarp progresuojančios onkologinės ligos „priėmimo“ bei adaptyvių kognityvinių schemų, aukštesnės gyvenimo kokybės, mažesnės psichopatologinės simptomatikos. Mūsų tyrimai iš dalies hipotezę patvirtino.** Tyrimo metu neradome ryšio tarp gyvenimo kokybės ir progresuojančios ligos priėmimo.

5-ame pav. pavaizduotas apibendrinantis modelis „Gyvenančių čia ir dabar“ grupės ryšio su kognityvinėmis schemomis ir įveikos strategijomis. Kaip matome, šios grupės pacientams būdingas potrauminis augimas, jie labiau pasikliauja bendru pasaulio palankumu (pasaulio ir žmonių palankumu), jiems mažiau būdingos prielaidos apie pasaulio prasmingumą, mažiau būdinga ligos įveika naudojant bejėgiškumą/ beviltiškumą, skausmo metu jie labiau linkę įsitraukti į veiklą.

Taip pat 5-ame pav. matome, kad Gyvenantiems „Čia ir dabar“ pacientams būdingas potrauminis augimas visose potrauminio augimo vertinimo subskalėse. Kaip minėjome įvade, -potrauminis augimas gali būti susijęs su didesniu onkologinės ligos grėsmės suvokimu, kai pacientai dėl ligos išgyvena dvasinę krizę (Tedeschi, Calhoun, 2004; Lechner ir kt. 2003; Lechner ir kt. 2006; Urcuyo ir kt., 2005). Mūsų

interview duomenys tai patvirtina, nes šios grupės onkologiniai pacientai teigė, jog jie supranta, kad jų liga yra grėsminga ir jų gyvenimo trukmė yra ribota, jie suvokia neišvengiamą mirties artumą ir kalba apie tai. Dalis pacientų teigė, kad jie vienaip ar kitaip yra pasiruošę mirčiai - palikę nurodymus vaikams ar sutuoktiniui ir pan.

Taip pat interview rezultatai parodė, kad „Gyvenantys „Čia ir dabar““ pacientai labiau supranta ligos situaciją, suranda ligos ir savo dabartinės situacijos prasmę. Manne ir kt., (2004), tyrė krūties vėžiu sergančias pacientes, jų gauti duomenys parodė, kad bandymas surasti onkologinės ligos prasmę yra susijęs su potrauminiu augimu. Dalis autorių laikosi nuomonės, kad invazinės mintys skatina potrauminį augimą (Cordova ir kt. 2001), tačiau mūsų tyrimo rezultatai neparodė, kad būtų ryšys tarp invazijos ir potrauminio augimo, nei lyginant bendrą onkologinių pacientų imtį, nei atskirai žiūrint į onkologinių pacientų Gyvenančių „Čia ir dabar“ kuriems būdingas potrauminis augimas, imtį. Mūsų duomenys patvirtino Manne ir kt. (2004) tyrimo rezultatus, šie autoriai taip pat nerado ryšio tarp potrauminio augimo bei invazijos.



5 pav. Pacientų „Gyvenantys „Čia ir dabar““ grupės ryšys su kognityvinėmis schemomis ir įveikos strategijomis

Šios grupės tiriamiesiems yra mažiau būdingi *baziniai įsitikinimai apie pasaulio prasmingumą*, t.y. jie mažiau tiki, jog įvykiai (šiuo atveju onkologinė liga) turi priežastis, kad žmonės gauna tai, ko nusipelno bei nusipelno tai, ką gauna. Tai gali rodyti ir prielaidos (pa)kitimą, kad blogi dalykai gali atsitiktinai nutikti ir geriems žmonėms. Šios grupės tiriamieji teigia, jog nesigilina, kodėl susirgo onkologine liga: „*negalvojau kodėl jinai (liga) atsirado, tiesiog atsirado ir viskas, daug kam atsiranda, atsirado tame tarpe ir man*“. Kaip minėjome įvade (Risdon ir kt., 2003) priėmimui būdinga prielaida apie pasaulį, jog tokie dalykai, kaip grėsminga liga, nutinka ir pasipriešinimas yra bergždžias, teisybės neieškoma, nes ji negali būti rasta. Šios grupės tiriamiesiems taipogi labiau būdingi *baziniai įsitikinimai apie pasaulio ir žmonių palankumą* (žr. 5 pav.).

Šios grupės tiriamieji mini, kad susirgus onkologine liga jų santykiai su aplinkiniais pagerėjo, interview metu jie akcentuoja tai, kad ėmė geriau vertinti aplinkinius, pastebėti juose daugiau teigiamų dalykų, mažiau kreipti dėmesį į smulkmenas, pasidarė labiau empatiški ir atlaidesni. Tikėtina, kad

pasikliaudami žmonių palankumu, jie patys tapo atviresni artimiesiems, jų nekritiškas, priimantis požiūris sudaro sąlygas ir aplinkiniams su jais suartėti bei jiems padėti. Pacientai pasakoja, kad santykiai gerėjo palaiptams, jiems patiems labiau priimant savo ligą ir po to dalinantis savo išgyvenimais su aplinkiniais. Iš interviu matome, kad onkologiniai pacientai ypač akcentuoja gaunamą emocinę paramą iš artimųjų ir draugų: „*Kai išsisakai, tai tikrai palengvėja. .. Tam laikotarpiui jautėsi, net jei jie nebuvo šalia, bet jie buvo kartu. Tas palaikymas buvo labai didelis, jis labai padeda pačiam*“. Tai rodo, kad šios grupės tiriamieji turi jiems palankų ir palaikantį artimųjų ratą. Tai patvirtina (Lepore ir kt. 1996; Lepore ir kt. 1998) duomenys, kad kalbėdami apie trauminę patirtį ir sulaukdami teigiamo palaikymo iš aplinkos onkologiniai pacientai gali atstatyti savo bazines prielaidas apie pasaulį ir save, palaikyti pasaulio nuspėjamumo, savęs vertės ir darnos jausmą. Galima būtų teigti, kad Gyvenantiems „Čia ir Dabar“ pacientams sustiprėjusios prielaidos apie pasaulio ir žmonių palankumą, t.y., sustiprėjęs tikėjimas, kad įvykiai klostysis palankiai, o žmonės yra malonūs ir padedantys, padeda palaikyti prielaidas apie pasaulio nuspėjamumą ir savęs vertingumą. Įdomu, kad šios grupės tiriamieji interviu metu mini ir tai, kad jie patys pasako aplinkiniams, kokios reakcijos iš jų tikisi, t.y. aktyviai nurodo kokios rūšies palaikymo jiems reikia konkrečiu momentu: „*Sesuo mano tokia jautri. Pasakiau: „tu turi būti stipri, jei tu busi silpna ir aš būsiu silpna“. Atsakė: „o tu čia man uždėjai atsakomybę“. Kažkaip tai išties išsilaikė, nežinau, kas ten pas jas (sesuo ir mama) namuose darydavosi, bet kai ateidavo pas mane – būdavo tvirtos. Tas labai svarbu.... negali būti visą laiką stoviškas, būna visokių bangų*“. Taigi šios grupės tiriamieji ne tik gauna teigiamą palaikymą, bet ir patys sudaro sąlygas gauti tokį palaikymą, kokio jiems reikia. Anot Lepore (2001) teigiamas ir pacientams priimtinas socialinis palaikymas padeda sergantiesiems kalbėti ir mąstyti apie onkologinę patirtį ir tuo pačiu padeda tą informaciją kognityviai apdoroti, kas savo ruožtu gerina psichologinį prisitaikymą prie ligos situacijos.

Ligos ir skausmo įveika. Gyvenantiems „Čia ir dabar“ mažiau būdinga progresuojančios ligos įveika bejėgiškumu ir beviltiškumu. T.y. jie mažiau jaučiasi sukrėsti ir apimti ligos baisumo, jų dėmesys nėra nukreiptas vien į ligą ir mirtį. Jiems nėra būdingas veiklos sumažėjimas, jie nesuvokia ligos situacijos kaip praradimo, pralaimėjimo. Tiriant krūties vėžiu sergančias pacientes, taipogi buvo rasta, kad priėmimas susijęs su mažesniu distreso lygiu (Carver ir kt., 1993). Taip pat neradome, kad šiai pacientų grupei būtų būdinga aktyvi įveika – kovinė dvasia. Tai patvirtina kitų autorių duomenis, kad priėmimas yra adaptyvi įveikos strategija, kuriai nebūdingas aktyvių įveikos strategijų (šiuo atveju nukreiptų į ligos kontroliavimą) naudojimas (Carver, Scheier, Weintraub, 1989). 5 pav. matome, jog „Gyvenantys „Čia ir Dabar““ pacientai įsitraukia į veiklą skausmo metu. McCracken (1998) minėjo, kad skausmo priėmimas yra svarbus esant lėtiniam skausmui, kai liga yra progresuojanti bei neišvengiama ir vienas iš skausmo priėmimo bruožų yra įsitraukimas į veiklą skausmo metu.

Vertindami bendrą onkologinių pacientų su progresuojančia liga imtį radome, kad potrauminis augimas statistiškai patikimai teigiamai koreliuoja su kovine dvasia (žr. 3 pav.), įdomu tai, kad nors prisitaikymo grupei Gyvenantiems „Čia ir dabar“ būdingas potrauminis augimas, tačiau neradome, kad šiai pacientų grupei būtų būdinga aktyvi ligos įveika – kovinė dvasia. Tai rodo, kad jei mes darytume

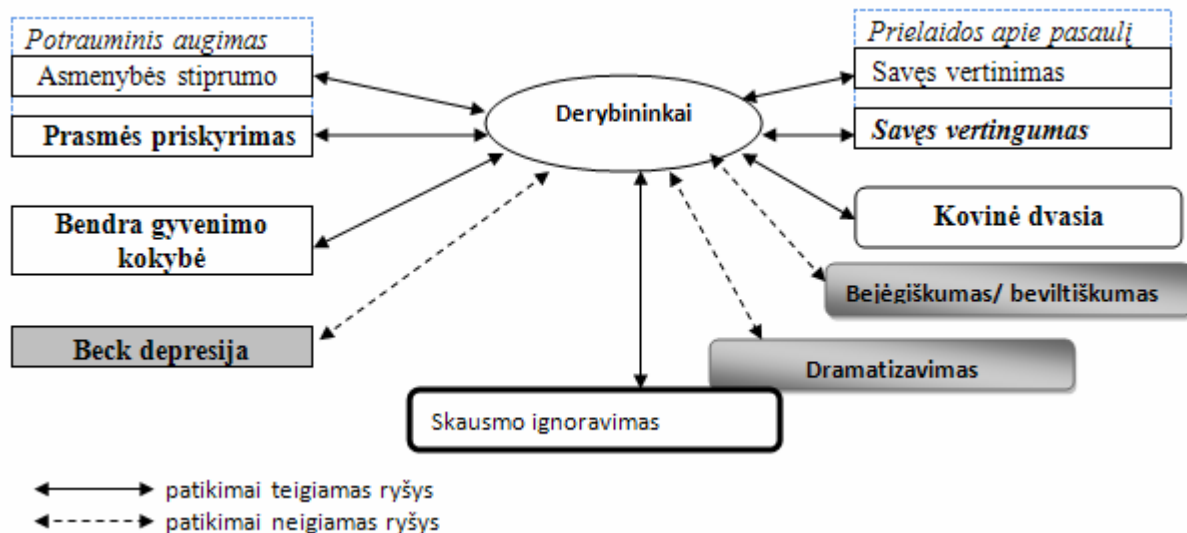
apibendrinimus būdingus visai onkologinių ligonių su progresuojančia liga imčiai, šie apibendrinimai netiktų t.t. atskiroms pacientų imtims, kaip šiuo atveju mūsų išskirtoms skirtingoms prisitaikymo grupėms.

„Derybininkai“-konfrontuojantys. Šios grupės pacientams būdinga tai, kad jie tiki, jog liga yra kontroliuojama, aktyviai įsitraukia ir dalyvauja gydymo procese, elgiasi taip tarsi būtų galima išsiderėti ilgesnę gyvenimo trukmę. Nors jie suvokia, kad jų liga yra grėsminga ir progresuojanti tuo pat metu jie teigia, jog yra įsitikinę, kad ligą galima kontroliuoti - pristabdyti, prailginti gyvenimą. Šios grupės tiriamiesiems būdinga tai, kad jie pyksta ant gydytojų, kai šie pasako, kad jų ligos neįmanoma išgydyti. Patys tikėdami ligos kontroliuojamumu, tikisi ir iš gydytojų, tos pačios nuostatos, todėl linkę keisti gydytojus ar gydymo įstaigas, ieškoti tokių, kurie imsisi jiems padėti. Šios grupės tiriamieji kiek panašūs į Watson ir Greer išskirtus „Kovine Dvasia“ prisitaikančius prie onkologinės ligos pacientus (Greer, Moorey, 2005). Anot autorių, tokie pacientai į ligą reaguoja kaip į iššūkį, o ne į grėsmę, priima optimistinį požiūrį dėl ligos pasekmių, ieško informacijos, dalyvauja gydymo procese.

6-ame pav. pavaizduotas apibendrinantis „Derybininkų“ grupės ryšio su kognityvinėmis schemomis ir įveikos strategijomis, gyvenimo kokybe ir depresija modelis.

Potrauminis augimas. Iš 6- pav. matome, kad šios „Derybininkų“ grupės pacientams labiau būdingas potrauminis augimas asmeninio stiprumo skalėje, t.y. šios grupės pacientai susirgę onkologine liga pamatė, kad yra stipresni nei tikėjosi, labiau ėmė pasitikėti savimi ir savo jėgomis, geriau žino, kad gali susidoroti su sunkumais. Mūsų interviu rezultatai parodė, kad šios grupės pacientai atvirai kalba ir apie išgyvenamas abejones dėl ligos, išsako savo baimes, nerimą bei pyktį. Kaip teigia Manne ir kt. (2004), emocinė išraiška gali keliais būdais paskatinti potrauminį augimą. Pirma - išsakydami savo neigiamus jausmus pacientai sumažina jų stiprumą ir gali labiau sutelkti dėmesį į pozityvius jausmus. Antra – išreiškus jausmus, žmogus gali gauti iš aplinkinių atgalinę reakciją apie jo vidinį stiprumą (pvz.: „Tu toks drąsus“), kas paskatina paciento svarstymus apie teigiamą ligos patirtį jo gyvenime.

Be to, interviu duomenimis, šie pacientai aktyviai ieško informacijos apie ligą, gydymą, gydymo šalutinių poveikių kontroliavimą. Patys domisi ir stengiasi išbandyti įvairius gydymo būdus, bendrauja su į panašią situaciją pakliuvusiais žmonėmis. Didesnis informacijos turėjimas, kitų patarimų ir palaikymo gavimas, tam tikrų gydymo metodų naudojimas, gydymo simptomų (pvz.: pykinimo) sėkmingas mažinimas, gali būti sąlyga asmenybės stiprumo augimui, t.y. stiprinimui pasitikėjimo savo jėgomis, žinojimo, kad gali susidoroti su sunkumais stiprinimui.



6 pav. „Derybininkų“ grupės ryšys su kognityvinėmis schemomis ir įveikos strategijomis

Kaip matome 6 pav., šiai grupei būdinga aktyvi onkologinės ligos įveika – kovinė dvasia ir aktyvi skausmo įveika – skausmo ignoravimas. Mažiau būdinga pasyvi onkologinės ligos įveika bejėgiškumu, beviltiškumu ir pasyvi skausmo įveika – katastrofinis mąstymas. T.y. „Derybininkai“ į ligą žiūri greičiau kaip į iššūkį, o ne kaip į grėsmę, jie tikisi pozityvių pasekmių, aktyviai ieško informacijos apie ligą, imasi aktyvaus vaidmens gydymo procese ir stengiasi gyventi kiek įmanoma įprastą gyvenimą. Jie labiau linkę skausmą ignoruoti, nekreipti į jį dėmesio, jiems mažiau būdingas katastrofinis mąstymas skausmo metu – bandymas, kai skauda, ieškoti aplinkinių palaikymo ir dėmesio. Tai papildoma ir interviu metu gauti duomenys – „Derybininkai“ įsitikinę tuo, kad liga kontroliuojama, patys aktyviai įsitraukia į gydymo procesą, tikisi, kad ligą galima jei ne pagydyti, tai bent sustabdyti jos plitimą. Jie stengiasi palaikyti įprastą gyvenimo būdą, tęsti anksčiau pradėtas veiklas.

Prielaidos apie pasaulį. Šiai onkologinių pacientų grupei būdingi baziniai įsitikinimai apie savęs vertingumą, t.y. šie pacientai labiau linkę vertinti save kaip gabius, moralius asmenis, tikėti, kad jų veiksmai protingi, efektyvūs ir padedantys pasiekti rezultatų.

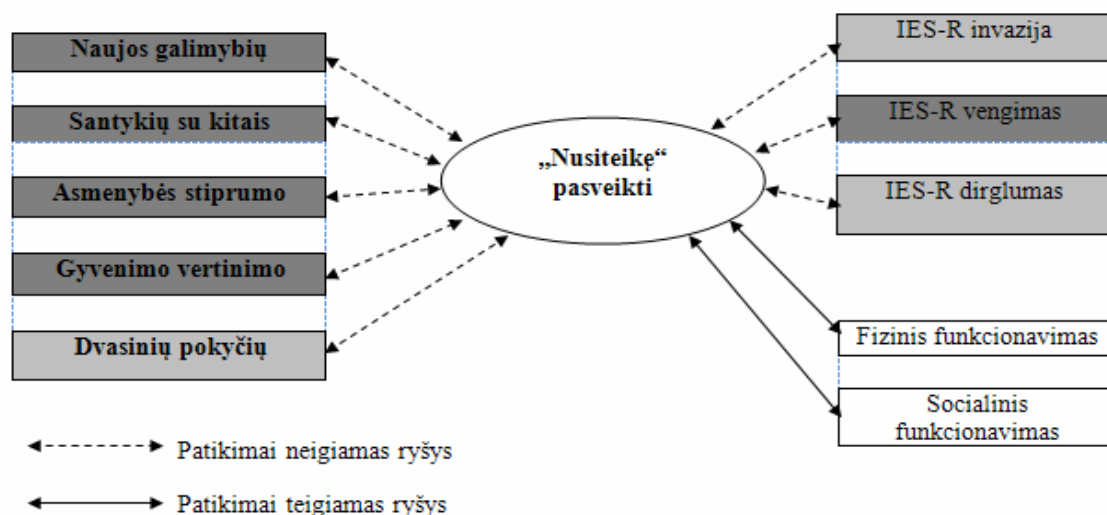
Kovinė dvasia. „Derybininkams“ būdingas ryšys su kovine dvasia. Schou, Ekeberg, Ruland (2005) kovinę dvasią sieja su optimizmu, kuris labiau laikomas ne įveikos būdu, bet tam žmogui charakteringu bruožu. Tačiau Watson ir kt. (1991) teigia, jog kovinė dvasia, kaip aktyvi įveika svarbi atstatant asmeninę kontrolę, savęs efektyvumo ir savęs vertės jausmą (Watson ir kt., 1991; pgl. Brennan, 2001). Mūsų tyrimu duomenimis, šiai grupei irgi labiau būdingas teigiamas savęs vertinimas. Watson ir kt. (1991; pgl. Brennan, 2001) duomenimis, kovinė dvasia yra susijusi su sumažėjusiu distresu. Tai patvirtino ir mūsų tyrimo duomenys - „Derybininkų“ grupės pacientai mažiau linkę į depresinę įveiką.

Tai pat 6-tam pav. matome, kad šiems tiriamiesiems būdinga aukštesnė gyvenimo kokybė. Šie duomenys patvirtino ir Schou, Ekeberg, Ruland (2005) tyrimo rezultatus, kur jie nustatė, kad optimistiškai nusiteikusios onkologinės pacientės labiau reagavo kovine dvasia, kuri savo ruožtu susijusi su geresne bendra gyvenimo kokybe ir geresniu funkcionavimu.

„Nusiteikusiai pasveikti“. Šiai pacientų su progresuojančia onkologine liga grupei būdingas įsitikinimas, kad liga išgydoma, todėl visus planus atideda tam momentui, kai pasveiks. Jų mintys nukreiptos tik į pasveikimą, kitaip jie net neleidžia sau galvoti. Mirtis neįgiama, ji toli ateity. Šios grupės tiriamieji nesigilina į gydymą ar ligą, neieško ir nerenka informacijos. Pasitiki gydytojais, viską palikdami jų rankose, tiki, kad gydytojai žino, ką daro ir jų dėka jie pasveiks. Anot jų, liga nieko nepakeitė jų gyvenime, tik laikinai pristabdė visas veiklas, į kurias tikisi sugrįžti pasveikę.

7-ame pav. pavaizduotas apibendrinantis „Nusiteikusių pasveikti“ prisitaikymo būdo ryšio su potraumiiniu augimu, potraumine simptomatika ir gyvenimo kokybe modelis. Kaip matome iš pateikto modelio, „Nusiteikusių pasveikti“ grupei mažiau būdingas potrauminis augimas, mažiau būdinga potrauminė simptomatika, labiau būdingas geresnis fizinis ir socialinis funkcionavimas.

Potrauminis augimas. Mūsų tyrimo duomenimis šiai pacientų grupei būdingas mažesnis potrauminis augimas. Lechner ir kt. (2006) teigia, kad yra ryšys tarp įvykio stiprumo ir potrauminio augimo, mažas streso lygis nėra tiek griauantis, kad darytų reikšmingą teigiamą ar neigiamą poveikį. Kuo mažiau grėsminga ligos situacija, tuo mažiau priešasčių jausti distresą. O neišgyvenant krizės, neatsiranda sąlygos potrauminiam augimui. Tai patvirtino ir mūsų tyrimo rezultatai.



7 paveikslas. „Nusiteikusių pasveikti“ ryšys su kognityvinėmis schemomis ir psichopatologine simptomatika, gyvenimo kokybe

Kyla klausimas, kodėl onkologiniai pacientai su progresuojančia onkologine liga bei esant lėtiniam skausmui, taip palyginus ramiai reaguoja į tokią ligos situaciją, juk daugumai pacientų yra diagnozuotas IV stadijos navikas, kuris yra išplitęs ir kelia grėsmę gyvybei. Logiškai mąstant, būtų galima laikyti galbūt jie

Mūsų gautais tyrimo duomenimis (žr. 7 pav.), šiai grupei yra mažiau būdinga visa potrauminė simptomatika, ypač vengimas ($r = -.484$). Matuojant su MAC ligos įveikos neigimo skale statistiškai patikimo ryšio irgi negavome (ši skalė matuoja žmogaus nepripažinimą, kad jis serga onkologine liga „Iš tiesų netikiu, kad man vėžys“). Todėl negalima teigti, kad šios grupės tiriamieji linkę savo ligą neigti ar vengti ligos situacijos.

Kitas aspektas, kuris išryškėjo interviu metu, dalis į šią grupę pakliuvusių asmenų teigė, kad jie jau yra sirgę labai rimtomis ligomis anksčiau, buvo pakliuvę į avarijas ar buvo sunkesnių momentų gydantis tą pačią ligą, kai jiems jau grėsė pavojus gyvybei, tačiau jie liko gyvi. Pavyzdžiui, 42 tiriamasis: „*mirties nebijau, buvau užsimušęs kelis kartus, su motociklu taip trenkiausi, o po to atsibudau ligoninėje, žiūriu motina verkia, klausiu ko ji verkia. Pasirodo, kad aš ligoninėje jau guliu seniausiai...bet nieko ten nebuvo*“. 62 m. tiriamasis: „*šita liga nieko baisaus. Aš ne pirmą kartą sergu. Tai va į šitą (ligą) tai daug ir dėmesio nekreipiu. Man dar inkstą išėmė, paskui kai buvome maži, buvom apsinuodiję keturi vaikai, ir rado be sąmonės visus, čia dar senais laikais, nuvežė į rajoną, ten nieko paskui nuvežė į Panevėžį, tai tik atsiusti iš Maskvos specialistai nustatė kaip mus gydyt. O jei ne jie - tai gal ir būtume mirę. Ši liga, kaip viena iš daugelio*“. 26 m. tiriamoji: „*Man ten davė pasirašyt dokumentus ir buvo nurodyta, kad 10 ar tai 15 proc. išgyvena - labai nedaug, Ir daktarė kuri man darė operaciją sakė, jog bijo dėl manęs – kažkiek padvejoji, bet paskui apsisprendi, kad tikrai gyvensi ir man nebus tų problemų... ta operacija praėjo... sakė, kad ir ta chemija baisu bus, bet man nei ta chemija nebuvo baisu..... ir po komos atsikėliau, kur jau visi mamai sakė, kad nebeatsikelsiu....*“. Tai galėtų rodyti, jog šios grupės pacientai arba sumažina galimą ligos grėsmę arba ištis tiki, kad ši liga nėra jiems grėsminga. „Nusiteikusieji pasveikti“ teigia, kad visiškai pasitiki gydytojais, nesidomi savo liga ir gydymu, neieško informacijos apie ją.

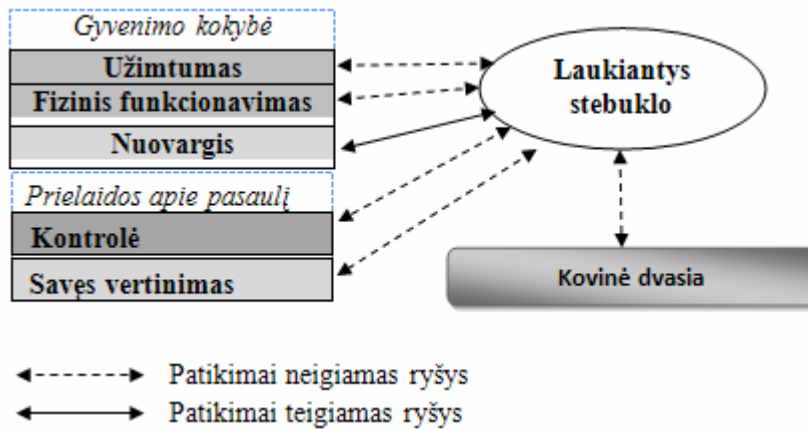
Apibendrinant galima būtų teigti, kad šios „Nusiteikusiujų pasveikti“ grupės onkologiniai pacientai tikisi, kad jų liga yra išgydoma, visiškai pasikliauja gydytojais, neišgyvena didelio sukrėtimo susirgę progresuojančia onkologine liga iš dalies dar dėl to, kad jie nesigilina į ligą, nerenka informacijos apie ją.

Viena vertus tiks prisitaikymo būdas atrodo adaptyvus, tačiau yra rizika, kad būklei pablogėjus ar didesniai ligos supratimui atsiradus, šie pacientai išgyvena krizę. Schofield su bendraautoriais (2004) tirdami plaučių vėžiu sergančius pacientus nustatė, kad ligos pradžioje vyravęs optimizmas ilgainiui statistiškai reikšmingai sumažėdavo, autoriai tokia tendenciją siejo su fiziniais negalavimais atsirandančiais po gydymo arba su aiškesniu situacijos suvokimu - pacientai surinkdavo daugiau informacijos apie savo ligą, ypatingai apie išgyvenamumo trukmę, kuri nėra optimistiškai nuteikianti.

„**Laukiantys stebuklo**“. Dar viena tyrimo metu išskirta prisitaikymo prie onkologinės ligos grupė – „Laukiantys stebuklo“. Šiai grupei būdinga tai, kad jie žino, jog serga nepagydoma liga, bet yra tiki stebuklingu išgijimu. Jie mano, kad jų progresuojančios ligos atveju gali padėti išgyti tik stebuklas. Tiriamieji kalba apie turėtą nuojautą, kad susirgs tokia liga bei teigia įžvelgiantys įvairius ženklus apie jų tariamą pasveikimą. Pacientai pasikliauja aukštesne, galinga jėga, kuri viską sutvarkys be jų pastangų.

Šiai grupei priklausančių tiriamųjų skaičius yra mažiausias palyginti su kitomis grupėmis. Tačiau reikia manyti, kad esant didesnei tiriamųjų imčiai, jis turėtų būti kur kas didesnis. Dviejų tiriamųjų (kurie mūsų nuomone, būtų priklausę šiai grupei) duomenų mes negalėjome įtraukti į tyrimų analizę, kadangi vienas nebaigė pildyti anketų, kitas nutraukė tyrimą dėl pablogėjusios savijautos.

Kaip matome 8-ame pav. „Laukiančių stebuklo“ grupei mažiau būdingas savęs vertinimas, pasitikėjimas kontrole, mažiau būdinga aktyvi onkologinės ligos įveika (kovine dvasia), blogesnis fizinis funkcionavimas ir užimtumas, bei labiau būdingas nuovargis.



8 pav. Prisitaikymo būdo „Laukiantys stebuklo“ ryšys su kognityvinėmis schemomis ir prielaidomis apie pasaulį, gyvenimo kokybę, ligos įveika

Taip pat matome 8 pav., šioje onkologinių pacientų grupėje labiau išreikštas nuovargis, kas savo ruožtu gali lemti mažesnę aktyvios įveikos naudojimą, šių pacientai fizinis funkcionavimas ir veiklos atlikimas yra labai apriboti. Tai, kad pacientai jaučia nuovargį ir vitalinių jėgų trūkumą, parodo ir interviu rezultatai. Pacientai teigia laukiantys, kad kažkokia aukštesnė jėga ims ir sutvarkys viską jiems palankiu būdu: „kad kažkas tą sutvarkys, sutvarkys, kad kitaip negali būti“. Tai iš dalies gali rodyti, kad jie nebeturi patys jėgų toliau kovoti (žemi kovinės dvasios rezultatai), gal ir dėl to, atsakomybę už pasveikimą perleidžia jėgai. Šios grupės pacientams būdingas mažesnis tikėjimas pasaulio kontroliuojamumu, žemesnis savęs vertinimas. Brown ir kt. (2000) atlikę tyrimus su onkologiniais pacientais, kurių melanoma pažengusi, nustatė, jog nuovargis ir susirūpinimas dėl onkologinės ligos susiję su izoliacija ir negalėjimu sumažinti onkologinės ligos poveikio. Kuo aktyviau pacientai stengiasi kovoti su progresuojančia liga, tuo didesnę jaučia nuovargį, prastėja jų nuotaika ir sugebėjimas funkcionuoti kasdieniniame gyvenime.

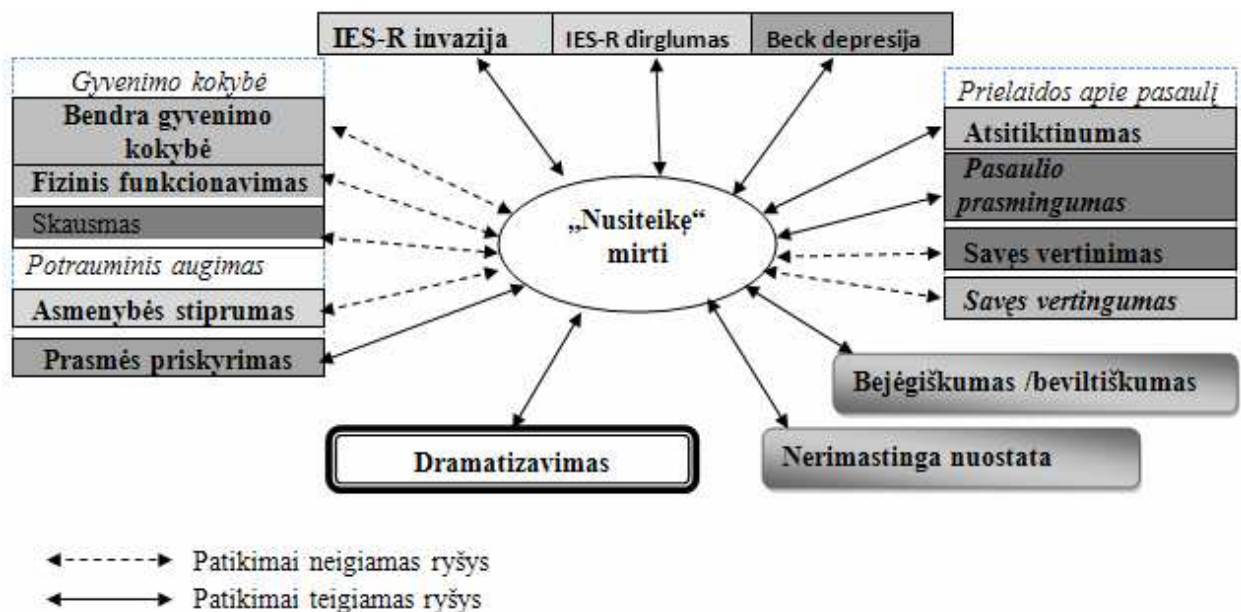
Todėl galima būtų teigti, kad šie pacientai kaip bandymą atstatyti kontrolę ir naudoja tikėjimą, kad kažkas už juos „sutvarkys“ šią grėsmingą situaciją, kad jie stebuklingai pasveiks. Kalbėjimas apie iki ligos diagnozavimo turimą nuojautą, jog susirgs onkologine liga, gali būti tas pats bandymas atstatyti pasaulio nuspėjamumo ir prognozuojamumo prielaidas ir tuo sumažinti onkologinės ligos sukelta neapibrėžtumą.

„Nusiteikę mirti“. Savo tyrime išskyrėm dar vieną prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos esant lėtiniam skausmui būdą – „Nusiteikusius mirti“. Šios grupės tiriamiesiems būdinga, kad liga jiems reškia neišvengiama ir skausmingą mirtį, jie neturi ateities planų ir jaučiasi bejėgiai ką nors pakeisti. Jiems trūksta adekvataus socialinio palaikymo, jie yra įsitikinę, kad prasmingas gyvenimas pasibaigė, jie neturi pastovių ir patikimų santykių su gydytojais. *Kėlėme hipotezę, kad yra ryšys tarp neadaptivių prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdų bei žemesnės gyvenimo kokybės, pasyvių skausmo ir ligos įveikos strategijų, psichopatologinės simptomatikos, neadaptivių kognityvinių schemų. Mūsų tyrimas šią hipotezę patvirtino.*

Žemiau esančiame 9-ame pav. pavaizduotas apibendrintas „Nusiteikusių mirti“ grupės ryšio su kognityvinėmis schemomis, psichopatologinės simptomatikos, gyvenimo kokybe įveikos modelis. Kaip matome 9 – tam pav., šiems pacientams būdinga žemesnė gyvenimo kokybė, blogesnis fizinis funkcionavimas, skausmas suvokiamas, kaip labai trukdantis ir apribojantis. Įdomu tai, kad mes tirėme

visus onkologinius pacientus, kurie jaučia lėtinį skausmą, tačiau tik „Nusiteikusių mirti“ grupe nurodė, jog skausmas įtakoja jų gyvenimo kokybę. Jų naudojama skausmo įveikos strategija yra katastrofinis mąstymas. T.y. jie vertina save kaip bejėgius sumažinti ar kitaip numalšinti skausmą bei turi polinkį išdidinti jaučiamo skausmo grėsmę. Kaip matome iš interviu, šie pacientai savo dėmesį nukreipia į skausmo ir ligos progresavimo sukeltą kančią. Mūsų gauti duomenys patvirtina Turner, Jensen, Romano (2000) duomenis, kad katastrofinis mąstymas skausmo metu yra susiję su aukštesniais depresijos rodikliais. Kaip mes matome 9-tam paveiksle, šiems pacientams labiau būdinga depresija, invazijos ir dirglumo simptomai.

Prielaidos apie pasaulį. Šios grupės pacientai labiau įsitikinę, kad pasaulis yra prasmingas ir įvykiai (pvz. onkologinė liga) yra nuopelnas už tai, koks asmuo buvo ar kaip elgėsi bei, įsitikinę, kad blogi dalykai negali atsitiktinai nutikti geriems žmonėms. Tikėtina, kas susirgimas grėsminga onkologine liga, neigiamai paveikė jų savęs vertinimą. Jie galvoja, onkologinė liga atsirado todėl, kad jie buvo blogi, kažką tai blogai darė, ne taip mąstė, jautėsi ir pan. Interviu duomenys patvirtina, kad šios grupės tiriamieji labiau linkę save kaltinti dėl onkologinės ligos atsiradimo - nepakankamai savimi rūpinosi, praeityje emociškai stipriai išgyveno, netinkamai gyveno ir pan. Šios grupės tiriamieji taipogi kalba apie vienišumą, teigiamo socialinio palaikymo aplinkoje nebuvimą, kas savo ruožtu neleidžia pacientams išsakyti su ligos situacija susijusių neigiamų minčių, išreikšti neigiamus jausmus, nes arba jie neturi tokio klausytojo, arba jų aplinka nepriima tokios jų reakcijos.



9 pav. „Nusiteikusių mirti“ ryšys su kognityvinėmis schemomis ir psichopatologine simptomatika, gyvenimo kokybe, įveika

Psichopatologiniai simptomai. Kaip matome 9-tam pav., tarp šios grupės pacientų tarpe labiau išreikšti invazijos, dirglumo ir depresijos simptomai. Tai rodo, kad pacientai išgyvena intensyvius užplūstančius įkyrius jausmus, mintis, vaizdus apie ligą, o dirglumas yra nuolat užplūstančių įkyrių prisiminimų išgyvenimo ir pastangų jų išvengti pasekmė. Įkyrios mintys anot Lepore ir bendraautorių (1996; 1997) parodo, jog nėra įvykės pilnas kognityvinis stresą sukėlusio įvykio apdorojimas, t.y., kad šie pacientai nėra kognityviai prisitaikę prie onkologinės ligos situacijos. Tačiau, anot autorių tam, kad įvyktų

pilnas situacijos kognityvinis apdorojimas būtina, kad asmenys turėtų palaikantį socialinį ratą, kur jie galėtų pasikalbėti apie trauminę patirtį. Tačiau, kaip jau minėjome anksčiau, tas nėra labai įmanoma, nes „Nusiteikusiųjų mirti“ grupės pacientai nurodo socialinės paramos ir palaikymo stygių, jaučiasi vieniši ir apleisti. Nesulaukdami adekvataus palaikymo iš aplinkos, šie pacientai vengia mąstyti ir kalbėti apie onkologinę patirtį (tą parodo ir patikimai teigiamas ryšys su padidintu dirglumu). Tai, anot Lepore ir kt. (1996; 1998), sumažina traumos kognityvinio-emocinio apdorojimo galimybę, kas gali tapti užsitęsusio distreso priežastimi. Tai gali paaiškinti patikimai teigiamą ryšį su depresijos simptomais (žr. 9-ame pav.). Nors sunku pasakyti, ar depresija yra priežastis, ar užsitęsusios trauminės situacijos kognityvinio apdorojimo padarinys, mes savo tyrime netyrėme priežastinių ryšių. Gauti rezultatai patvirtina ir kitų tyrėjų duomenis (Diržytė, 2001), kad neigiamas požiūris į save ir pasaulį, aktyvuota pažeidžiamumo bei emocinio slopinimo schema, nekonstruktyvus mąstymas, nesugebėjimas įprasminti gyvenimą ir netikėjimas, kad liga pagydoma, gali nulemti depresinį atsaką į ligą. Pastarasis yra ypatingai neadaptivus onkologinės ligos atveju.

Schofield ir kt. (2004) teigia, kad pacientų skatinimas būti pozityviems gali jiems tapti papildoma našta. Vietoj netikros vilties išgyti, galima būtų gerinti bendrą gyvenimo kokybę remisijos metu, kadangi, kaip kai jau minėjome rezultatuose, šie pacientai yra sutelkę savo dėmesį į patiriamą kančią ir skausmą, dalis jų turi suicidinių ketinimų, susijusių su kančios palengvinimu, jei „skausmas pasidarytų nepakeliamas“. Konsultuojant šiuos pacientus galima būtų jiems paaiškinti apie skausmo ir kitų ligos simptomų kontrolės galimybę, mažinti baimę dėl vaistų (opioidų) keliamo pašalinio poveikio bei mažinti baimę dėl psichologinės priklausomybės nuo opioidų, nes kaip teigia autoriai (Sargautytė ir kt., 2005) pacientai dažnai gali nepasisakyti apie skausmą ir būtų linkę jį kęsti ar nepakankamai nuskausminti dėl įvairių baimių.

Ši įveikos strategija buvo susijusi su blogesniu funkcionavimu ir blogesne bendra gyvenimo kokybe, pesimistiškai nusiteikusių onkologinės pacientės labiau reagavo bejėgiškumu/ beviltiškumu, (Schou, Ekeberg, Ruland 2005). Pesimistai galvoja, kad šios situacijos jiems yra „per daug“, juos apima beviltiškumo/ bejėgiškumo jausmas, pasyvumas, jie pasitraukia iš kasdieninės veiklos ir socialinio gyvenimo. Be to, pesimistai reaguodami bejėgiškumu ir beviltiškumu yra labiau linkę pasiduoti, dėl ko sumažėja galimybė ieškoti ir gauti tinkamą medicininę pagalbą, ir/arba socialinę paramą (Schou, Ekeberg, Ruland 2005).

Apibendrinant galima būtų teigti, kad „Nusiteikusiųjų mirti“ grupės pacientai yra neadaptiviai prisitaikę prie onkologinės ligos progresavimo. Jiems būdinga psichopatologinė simptomatika, blogesnė gyvenimo kokybė, pasyvi ligos ir skausmo įveika. „Nusiteikusiųjų mirti“ grupės pacientai išgyvena didelius socialinius, psichologinius ir dvasinius sunkumus, be to ir fiziniai simptomai (tarp jų ir skausmas) labiau išreikšti ir trukdantys prisitaikyti. Ypatingas šios grupės rizikos veiksnys galimi suicidiniai ketinimai. Breitbart, Krivo (1989) teigia, kad onkologinių pacientų būdingas savižudybių bruožas yra progresuojanti su bloga prognoze liga, pacientų išgyvenamas beviltiškumo jausmas, nepalaikymas kontakto su medicinine įstaiga ar bent vienu gydytoju. Lietuvos situacija tokia, kol kas nėra įkurta paliatyvios slaugos sistema ir paliatyvios slaugos įstaigos onkologiniams pacientams (neseniai yra įsikūrę tik keli

skyrėiai, kurie gali priimti minimalų skaičių mirštančiųjų) bei nėra psichoonkologinių centrų į kuriuos galėtų kreiptis pacientai, baigę gydymą ligoninėse, ypač, kai jie paleidžiami į namus, nes nebeturima daugiau ką pasiūlyti. Galima laikyti, kad šios „Nusiteikusiųjų mirtį“ grupės pacientams ypatingai reikalinga psichosocialinė pagalba.

Tolesnių tyrimų perspektyva, rezultatų praktinio panaudojimo galimybės

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad onkologiniai pacientai skirtingai prisitaiko prie progresuojančios onkologinės ligos. Vėžio progresavimo ir lėtinio skausmo priėmimas yra adaptyvi prisitaikymo strategija. Tačiau priimančių onkologinės ligos progresavimą (Gyvenančių „Čia ir Dabar“) pacientų yra tik 23 proc., trečdalis pacientų išgyvena stiprų, ligos progresavimo sukeltą distresą, likusieji stengiasi aktyviai ligą kontroliuoti arba yra įsitikinę, jog jie pasveiks, kas nėra labai adaptyvu, gyvenant su progresuojančia liga. Šie skaičiai rodo, kad daugiau nei pusei onkologinių pacientų su progresuojančia liga („Derybininkams“, „Laukiantiems stebuklo“, „Nusiteikusiems mirtį“) būtų naudingos psichosocialinės konsultacijos, palaikomoji terapija, dalyvavimas savitarpio pagalbos grupėse, relaksacijos užsiėmimai, dalyvavimas onkologiniams pacientams skirtose paskaitose ir kt.. „Nusiteikusiems pasveikti“ naudinga būtų turėti informaciją, kur kreiptis ištikus krizei.

Norint kalbėti apie didesnę praktinę šio tyrimo naudą, reikėtų praplėsti tiriamųjų skaičių bei iširti, kaip prisitaikymo būdai susiję su tiriamųjų amžiumi, lytimi, socialiniais – demografiniais duomenimis. Praplėtus imti būtų galima teikti ir darbo su atskiromis prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos grupėmis rekomendacijas. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad išskirtos grupės skyrėsi ne tik įsitikinimais apie ligą, požiūriu į ateitį ir kt., bet ir skyrėsi jų požiūris į gydymosi procesą bei bendravimas su gydytojais. Tarkim, jeigu „Derybininkai“ gerai jaučiasi patys aktyviai dalyvaudami gydymo procese, tai jiems būtų naudinga, jei gydytojas informuotų apie tyrimų išvadas, leistų dalyvauti apsisprendžiant dėl gydymo metodo parinkimo, nurodytų, kur gauti papildomos literatūros apie ligą ir pan.; dirbant su „Nusiteikusiųjų mirtį“ grupei priklausančiais pacientais, reikėtų taikyti komandinį darbo modelį, įtraukiant ir socialinius darbuotojus, psichologus, psichiatrus, savanorius.

Išvados

1. Nustatyti skirtingi prisitaikymo prie progresuojančios onkologinės ligos būdai: 23,7 proc. pacientų yra priėmę onkologinės ligos progresavimą – Gyvenantys „Čia ir dabar“; 18,4 proc. įsitikinę, kad jų liga gali būti kontroliuojama – „Derybininkai“; 18,4 proc. tiki, kad jų liga gali būti pagydyta – „Nusiteikę pasveikti“; 7,9 proc. suvokiantys, kad jų liga grėsminga, bet tiki, kad įvyks stebuklas ir jie pasveiks – „Laukiantys stebuklo“; 31,6 proc. tiki, kad jų ligą reiškia skausmingą ir greitai priartėsiančią mirtį – „Nusiteikusieji mirti“.
2. Priėmę ligos progresavimą - Gyvenantys „Čia ir dabar“ – tiki, kad gyvenimas turi prasmę, prasmingai gyvena diena po dienos, jų planai susiję su dabartimi, nekelia klausimo, kodėl jie susirgo, palaiko darną su savimi, Dievu ir aplinkiniais, tausoja save fiziškai ir psichologiškai.
3. Onkologiniams pacientams, priėmusiems ligos progresavimą (gyvenantys „Čia ir dabar“), labiau būdingas potrauminis augimas, pasikliovimas pasaulio palankumu, veiklos atlikimas skausmo metu ir mažiau būdinga pasyvi ligos įveika (bejėgiškumu/ beviltiškumu).
4. Tyrimas patvirtino hipotezę - nustatytas ryšys tarp neadaptivaus prisitaikymo būdo („Nusiteikusieji mirti“ onkologinių pacientų grupės, kurie tiki, kad jų ligą reiškia skausmingą ir greitai priartėsiančią mirtį) ir psichopatologinės simptomatikos, mažesnio savęs vertinimo, blogesnės gyvenimo kokybės, pasyvios ligos įveikos (bejėgiškumu/ beviltiškumu, nerimastinga nuostata) bei pasyvios skausmo įveikos – katastrofinio mąstymo.
5. Tyrimo rezultatai patvirtino hipotezę, kad yra ryšys tarp adaptyvių kognityvių schemų (teigiamo prasmės priskyrimo, potrauminio augimo, pasitikėjimo pasaulio palankumu ir prielaidos apie savęs vertingumą) ir aukštesnės gyvenimo kokybės, mažiau išreikštų fizinių simptomų, lėtinio skausmo priėmimo, dėmesio nukreipimo skausmo metu ir aktyvios ligos įveikos – kovine dvasia.
6. Tyrimai patvirtino hipotezę, kad yra ryšys tarp lėtinio skausmo priėmimo (ypatingai įsitraukimo į veiklą skausmo metu) ir geresnės gyvenimo kokybės, mažiau išreikštų fizinių simptomų ir depresijos.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Aaronson N. Quality of life assessment in clinical trials: methodological issues. *Controlled Clinical Trials*. 1989, vol. 10, p. 195- 208.
2. Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M. Cognitive– behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*. 2001, vol. 20, p. 20–32.
3. Aspinwall L.G. Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. In A. Tesser, N. Schwarz // *The Blackwell handbook of social psychology: Vol. 1, Intraindividual processes*. Malden, MA: Blackwell. 2001, p. 591-614.
4. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unrespectable nonsmall cell lung carcinoma// *Cancer*. 2001, vol. 92, p. 2609–2622.
5. Baider L., Aandritsch E., Goldzweig G., Uziely B., Ever-Hadani P., Hofman G., Krenn K., Samonigg H. Changes in Psychological Distress of Women With Breast Cancer in Long-Term Remission and Their Husbands// *Psychosomatics*, 2004, vol. 4, p. 58–68.
6. Balaišis M. First year students' adjustment at Vilnius University in Lithuania: The role of self-orientation, locus of control, social support and demographic variables: A thesis submitted in conformity with requirements for the Degree of Doctor of Education. Department of Adult Education and Counseling Psychology Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto, 2004.
7. Beck A. T. Beck Depression Inventory. San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.
8. Bloch S., Love A., Macvean M., Duchesne G., Couper J., Kissane D. Psychological adjustment of men with prostate cancer: a review of the literature// *BioPsychoSocial Medicine* 2007, vol. 2.
9. Breitbart W., Krivo S. Suicide// J. C. Holland (Ed.). *Psycho-oncology*. Oxford University Press. New York, 1998, p. 541-547
10. Brown J.E., Brown R.F., Miller R.M., Dunn S.M., King M.T., Coates A.S., Butow P.N. Coping with metastatic melanoma: the last year of life// *Psycho-Oncology*, 2000, Vol. 9, p. 283-292.
11. Brennan J. Adjustment to cancer – coping or personal transition? // *Psycho-Oncology*, 2001, Vol. 10, p. 1-18.
12. Carver, C.S. Resilience and thriving: Issues, models, and linkages// *Journal of Social Issues*, 1998, vol. 54.
13. Carver, C. S., Antoni M. H. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis// *Health Psychology*. 2004, Vol. 23, p. 595-598.

14. Carver, C. S., Lehman J.M., Antoni M. H. Dispositional pessimism predict illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer// *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003, Vol. 84, p. 813-821.
15. Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach// *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, vol. 56, p. 267-283.
16. Casciato D.A. Manual of Clinical Oncology// Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
17. Chapman C.R., Gavrin J. Suffering: the contribution of persistent pain // *Lancet*, 1999, vol. 353, p. 2233 – 2237.
18. Cella D.F., Mahon S.M., Donovan M.I. Cancer recurrence as a traumatic event// *Behaviour Medicine*, 1990, vol. 13, p. 15-22.
19. Cole B.E. Pain Management: Classifying, Understanding, and Treating Pain // *Hospital Physician*, 2002, p.23-30.
20. Cole B., Pargament K. Re-creating your life: a spiritual/psychotherapeutic interventions for people diagnosed with cancer// *Psycho-Oncology*, 1999, vol. 8, p. 395-407.
21. Cordova M.J., Cunningham L., Carlson C., Andrykowski M. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study// *Health Psychology* 2001, vol. 20, p. 176–185.
22. Coward D. D., Kahn D.L. Resolution of Spiritual Disequilibrium by Women Newly Diagnosed With Breast Cancer// *Oncology Nursing Forum*, 2004, vol. 31, p. 24-31.
23. Davis C.G., Nolen-Hoeksema S., Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning// *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998, vol. 75, p. 561–574.
24. Derogatis, L. R., Morrow, G., R. & Fetting, J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients// *JAMA*, 1983, vol. 249, p. 751-757.
25. Dibb B., Yardley L. How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study// *Social Science and Medicine*. 2006
26. Diržytė A. Onkologinių pacientų kognityvinės schemas, ligos įveika ir ląstelinis imunitetas. Daktaro disertacija. 2001.
27. Decruyenaere, M., Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., Denayer, L. and Claes, E. Cognitive representations of breast cancer. Emotional distress and preventive health behaviour: A theoretical perspective// *Psycho-oncology*, 2000, vol. 9, 528–536.
28. Domanskaitė-Gota V. Lietuvos ir Danijos paauglių psichologinio traumatizmo ypatumai. Magistro darbas, VU, Vilnius, 2000.
29. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomely A. On behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd edition). European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels, 2001.
30. Folkman S. Lazarus. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis// *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984, vol. 4, 839-852.

31. Folkman, S., Greer, S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other// *Psycho-Oncology*, 2000, vol. 9, p. 11-19.
32. Folkman S., Lasarus R.S., Dunkel-Schetter C., DeLongis A., Gruen R. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and emotional outcomes// *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, vol.50, p. 992-1003.
33. Franks H.M., Roesch S.C. Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis// *Psycho-oncology*, 2006, vol. 15, p. 1027-1037.
34. Fife B. L. The role of constructed meaning in adaptation to onset of life-threatening illness// *Social Science and Medicine*, 2005, vol.61, p. 2132-2143.
35. Furmonavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai// *Medicina*, 2004, vol. 40, p. 509 - 516.
36. Greer S., Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study// *Journal of Psychosomatic Medicine*. 1975, vol. 19, p.147-153.
37. Hagger M., Orbell S. A meta-analysis review of the common-sense model of illness representation// *Psychology and Health*, 2003, vol. 18, p. 141-184.
38. Hagedoorn M., Sneeuw K., Aaronson N.K. Changes in physical functioning and quality of life in patients with cancer: response shift and relative evaluation of one's condition// *Journal of Clinical Epidemiology*, 2002, vol. 55, p. 176-186.
39. Hamama-Raz Y., Solomon Z., Schachter J., Azizi E. Objective and subjective stressors and the psychological adjustment of melanoma survivors// *Psycho-Oncology*, 2006, vol.,
40. Harper F.M.K., Schimdt J.E., Beacgam A.O., Salsman J.M., Averill A.J., Graves K.D., Andrykowski M.A. The role of social cognitive processing theory and optimism in positive psychosocial and physical behavior after cancer diagnosis and treatment// *Psycho-Oncology*, 2007, vol. 16, p. 79-92.
41. Frost M. H., Suman V. J., Rummans T.A., Dose A.M., Taylor M., Novotny P., Johnson R., Evans R.E. Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase// *Psycho-Oncology*, 2000, vol. 9, p. 221-231.
42. Ho, S. M., Chan, C. L. W., & Ho, R. T. H. Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors// *Psycho-Oncology*, 2004, vol.13, p. 377-389.
43. Holland, J. C. *Psycho-Oncology*, Oxford: University Press, 1998.
44. Holland J.M. Preliminary guidelines for the treatment of distress// *Oncology*, 1997, vol. 11, p.109-114.
45. Yalom I.D. *Terapijos dovana*. Alma Litera, 2005.
46. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma*. The Free Press, New York, 1992
47. Jopson N.M., Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis// *Journal of psychosomatic research*, 2003, vol. 54, p. 503-411.
48. Kazlauskas E. *Politinių represijų ilgalaikės psichologinės pasekmės*. Daktaro disertacija, 2006.

49. Kazlauskas E., Gailienė D., Domanskaitė-Gota V., Trofimova J. Įvykio poveikio skalės – revizuota (IES-R) Lietuviško versijos psichometrinės savybės// *Psichologija*, 2006, nr. 33, p. 22-30.
50. Kemp, C. Spiritual care interventions// In B. Ferrell and N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* New York: Oxford University Press, 2001, p. 407–414.
51. Kennedy M.R., Tellefen A., Kennedy S., Havernick N. Psychological response of patients cured of advanced cancer// *Cancer*, 1976, vol. 38, p. 2184-2191.
52. Kutner J.S. Steiner J.F., Corbett K.K., Jahnigen D.W., Barton P.L. Information needs in terminal illness// *Social Science and Medicine*, 1999, vol. 48, p. 1341-1352.
53. Janulevičiūtė J. Onkologinių ligonių ligos įveikimo būdų ir kognityvinių ypatumų ryšys. Magistro darbas. Vilnius, 2000.
54. Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, vol. 44, p. 1-21.
55. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
56. Lechner S.C., Antoni M.H., Carver C.S., Weaver K.E., Phillips K.M. Curvilinear Associations Between Benefit Finding and Psychosocial Adjustment to Breast Cancer// *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, vol. 74, p. 828–840.
57. Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients?// *Psycho-Oncology*, 2003, vol. 12, p. 491–499.
58. Lepore S.J. A Social–Cognitive Processing Model of Emotional Adjustment to Cancer// Baum A., Andersen B. *Psychosocial Interventions for Cancer*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001, p. 99–118.
59. Lepore S.J. Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms// *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, vol. 73, p. 1030–1037.
60. Lepore S.J, Silver R.C, Wortman C.B, Wayment H.A. Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers// *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, vol. 70, p. 271–282.
61. Lepore SJ, Helgeson V.S. Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer// *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, vol. 17, p. 89–106.
62. Link L.B., Robbins L., Mancuso C.A., Charlson M.E. How do cancer patients choose their coping strategies? // *Patient Education and Counseling*, 2005, vol. 58, p. 96-103.
63. Mahon S.M., Cella D.F., Donovan M.I. Psychosocial adjustment to recurrence cancer// *Oncology Nursing Forum*, 1990, vol. 17, p. 47-52.
64. Manne S., Glassman M., Hamel K. Intrusion, Avoidance, and Psychological Distress Among Individuals With Cancer// *Psychosomatic Medicine*, 2000, vol. 63, p. 658 - 667.
65. Manne S., Ostrof J., Winkel G., Goldstein L., Fox K., Grana G. Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives// *Psychosomatic Medicine* 2004, vol. 66, p. 442-454.

66. Massie M.J., Popkin M.K. Depressive disorders in Psycho-oncology. Oxford University Press. New York, 1998, p. 518-540.
67. Matsuoka y., Nakano T., Inagaki M., Sugawara Y., Akechi T., Imoto S., Murakami K., Yamawaki S., Uchitomi Y. Cancer-Related Intrusive Thoughts as an Indicator of Poor Psychological Adjustment at 3 or More Years After Breast Surgery: A Preliminary Study // *Breast cancer research and treatment*, 2002, vol. 76, p. 117-124.
68. McCracken L. M. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in person with chronic pain// *Pain*, 1998, vol. 74, p. 21-27.
69. McCracken L. M., Carson J. W., Eccleston C. A., Keefe F. J. Acceptance and change in the context of chronic pain// *Pain*, 2004a, vol. 109, p. 4-7.
70. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method// *Pain*, 2004 b., vol. 107, p. 159 - 66.
71. Melzak P. Zagatka boli. Maskva: Medicina, 1981.
72. Menefee L.A., Katz N.P. Pain Education // Philadelphia. Lippincot, 2001.
73. Moadel A., Morgan C., Fatone A., Grennan J., Carter J., Laruffa G., Skummy A., Dutcher J. Seeking meaning and hope: Self-Reported Spiritual and Existential need among an ethnically-diverse cancer patient population// *Psycho-Oncology*, 1999, vol. 8, p. 378-385.
74. Molassiotis A., van der Akker O.B.A, Milligan D.W. Quality of life in long term survivors of marrow transplantation: comparison with matched group receiving maintenance chemotherapy// *Bone Marrow Transplantation*, 1996, vol. 17, p. 249-258.
75. Moorey S., Greer S. Cognitive behavior therapy for people with cancer. Oxford University Press. 2005, p. 11-24.
76. Musick, M. Koenig, H.G., Larson, D. Matthews, D. Religion and spiritual beliefs, in *Psycho-Oncology* J. Holland. Oxford University Press. New York, 1998, p. 780–789.
77. Norum J., Risberg T., Solberg E. Faith among patients with advanced cancer. A pilot study on patients offered „no more than“palliation// *Support Care Cancer*, 2000, vol. 8, p. 110-114.
78. Okamura M., Yamawaki S., Akeshi T., Taniguchi K., Uchitomi Y. Psychiatric disorder following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life// *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2005, vol. 10, p. 1093-1111.
79. Paice J.A. Pain Therapy with an Implantable Drug delivery System in Cancer Patients // *From The 10th World Congress on Pain*. San Diego, California, 2002, vol.1, p.28- 29.
80. Parks, C. L., Cohen, L. H., Murch, R. L. Assessment and prediction of stress-related growth// *Journal of Personality*, 1996, vol. 64, p. 71-105.
81. Pettingale K.W. Coping and cancer prognosis// *Journal of Psychosomatic Research*. 1984, vol. 28, p. 363-364.
82. Pietre K.J., Jago L.A., Devcich D.A. The role of illness perceptions in patients with medical conditions// *Current Opinion in Psychiatry*, 2007, vol. 20, p.163–167.

83. Pirl, W.F., Greenberg D.B. Physical symptom management: pain// The Psychiatric and psychological dimension of cancer symptom management. J.C. Holland, D.B. Greenberg, M.K. Hughes. IPOS PRESS, 2006, p. 77-85.
84. Prokop K., Bradley A., Burish G., Anderson O., Fox E. Health Psychology. Clinical Methods and Research. Macmillan Publishing Company. New York. 1991, p. 238-288.
85. Rapkin B., Schwartz C.E. Toward a theoretical model of quality-of-life appraisal: Implications of findings from studies of response shift// *Health and quality life outcomes*, 2004, vol. 14, p. 1-14.
86. Risdon A., Eccleston C., Crombez G., McCracken L. How can we to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain// *Social Science and Medicine*, 2003, vol. 56, p. 375-386.
87. Roberts K. J., Lepore S.J., Helgeson V. Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer// *Psycho-Oncology*, 2005 (in press).
88. Sargautytė R. Psichologiniai skausmo įvertinimo aspektai // *Psichologija*, 1992, Nr.12, p. 80- 95.
89. Sargautytė R., Birbilaitė S. Onkologinio skausmo gydymo psichologiniai trukdžiai// *Skausmo medicina*, 2005, nr. 5, p. 15-23.
90. Scharloo M., Baatenburg de Jong R.J., Langeveld T.P., Velzen-Verkaik E. Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer// *Head Neck*, 2005, vol. 27, p. 857–863.
91. Schofield P. Ball D., Smith J., Borland R., O'Brien P., Davis S., Olver I., Ryan G., Joseph D. Optimism and survival in lung carcinoma patients// *Cancer*. 2004, vol. 15, p. 1276-1282.
92. Schou I., Ekeberg O., Ruland C.M. The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life// *Psycho-Oncology*, 2005, vol. 14, p.718-727.
93. Shnoll R.A., Knowles J.C., Harlow L. Correlates of adjustment of among cancer survivors// *Journal of Psychosocial Oncology*, 2002, vol. 20, p. 37 - 60.
94. Shnoll R.A., Harlow L.L., Brandt U., Stolbach L.L. Using Two Factor Structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer// // *Psycho-Oncology*, 1998, vol. 7, p. 424-435.
95. Sharpe L., Curran L. Understanding the process of adjustment to illness// *Social Science and Medicine*, 2006, vol. 62, p 1153-1166.
96. Skarin A.T., Lynch M., Katz N.P. Cancer Pain Management // *Oncology Board Review Manual. Oncology*, 2000, vol. 5.
97. Sprangers M. A. G., Tempelaar R., Van Den Heuvel W.J.A., De Haes H.C.J.M. Explaining quality of life with crisis theory// *Psycho-Oncology*, 2002, vol. 11, p. 419-426.
98. Spencer, S. M., Carver, C. S., Price, A. A. Psychosocial Adaptation of Cancer Survivors// J. C. Holland. *Psycho-Oncology*. Oxford: University Press, 1998, p. 211-222.
99. Spiegel D. Facilitating Emotional coping during treatment// *Cancer*, 1990, vol. 66, p. 1422-1426.
100. Spiegel D., Bloom J., Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer: A randomized prospective outcome study// *Archives of general Psychiatry*, 1981, vol., 38, p. 527-533.

101. Spiegel D., Yalom I. A support group for dying patients// *Journal of Group Psychotherapy*, 1978, vol., 28, p. 233-245.
102. Stanton A.L., Danoff-Burg S., Cameron C.L., Bishop M., Collin C.A., Kirk S.B., Sworowski L.A., Twillman R. Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer// *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, vol. 68, p. 875-882.
103. Stanton A.L., Revenson T.A., Tennen H. Health psychology: Psychological Adjustment to chronic disease// *The Annual Review of Psychology*. 2007, vol. 58, p.1-28.
104. Stiegelis H. E., Hagedoorn M., Sanderman R., VanderZee K.I., Buunk B. P. Cognitive adaptation: a comparison of cancer patients and healthy references// *British Journal of Health Psychology*, 2003.
105. Strents T., Auerbach S.M. Adjustment to the stress of simulated captivity: effects of emotion-focused versus problem-focused preparation on hostages differing in locus of control// *Journal of personality and social psychology*, 1988, vol. 55, p. 652-660.
106. Taylor S.E. Adjustment to Threatening events: a theory of cognitive adaptation// *American psychologist*, 1983, vol. 38, nr. 11, p. 1161-1174.
107. Taylor S.E., Brown J.D. Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health// *Psychological Bulletin*, 1988, vol. 103, p. 193-210.
108. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence// *Psychological Inquiry*, 2004, vol. 15, p. 1–18.
109. Thornton A.A., Perceiving benefits in the cancer experience// *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2002, vol. 9, p. 153-165.
110. Tomich P.L., Helgeson V.S. Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women// *Psycho-Oncology*, 2002, vol. 11p. 154–169.
111. Turk D.C., Meichenbaum D., Genest M. Pain and Behavioural Medicine: A cognitive – Behavioural Perspective. New York: Guilford Press, 1983.
112. Turk D.C., Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution // *Consulting and clinical psychology*, 2002, vol. 70, p.678- 690.
113. Urcuyo K.A. Boyers A. M. Carver C. S. Antoni M. H. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being// *Psychology and Health*, 2005, vol. 20, p. 175-192.
114. Updegraff J.A., Taylor S.E. From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events// J. H. Harvey & E. Miller. Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives Philadelphia: Brunner-Routledge, 2000, p. 3-28.
115. Valickas G. “Asmenybės tyrimas pokalbio metu”. Vilnius, VU leidykla, 1990.
116. Vickberg, S. M. J., DuHamel, K. N., Smith, M. Y., Manne, S. L., Papadopoulos, E. B., & Redd, W. H. Global meaning and psychological adjustment among survivors of bone marrow transplant// *Psycho-Oncology*, 2001, vol. 10, p. 29-39.

117. Waisæt L. Psichotraumatologija Europoje// D. Gailienė. Sunkių traumų psichologija: politinių represijų padariniai. Vilnius, 2004, p. 28-77.
118. Watson M., Greer S., Blake S., Shrapnell K. Reaction to diagnosis of breast cancer// *Cancer*, 1984, vol. 53, p. 2008-2012.
119. Ward S.E., Viergutz G., Tormey D. Patient's reaction to completion of adjuvant breast cancer therapy// *Nursing Research*, 1992, vol. 41, p. 362-366.
120. Weiss, T. Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study// *Journal of Psychosocial Oncology*, 2002, vol. 20, p. 65–80.

PRIEDAI