



VILNIAUS UNIVERSITETAS

FILOSOFIJOS FAKULTETAS

PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Simona Babrauskaitė

**Krūties vėžiu sergančių moterų depresiškumo ir dėmesingo įsisąmoninimo reikšmė
potrauminiam augimui**

Magistro darbas

Sveikatos psichologijos studijų programa

Darbo vadovė: Doc. Dr. Olga Zamalijeva

Vilnius, 2025

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	4
PRATARMĖ	5
1. ĮVADAS	6
1.1 Atsistatymas po neigiamų įvykių	6
1.2 Potrauminis augimas	6
1.2.1 Potrauminio augimo apibrėžimas	6
1.2.2 Potrauminis augimas vėžinių ligų kontekste	9
1.2.3 Potrauminis augimas krūties vėžio kontekste	10
1.3 Depresiškumas	12
1.3.1 Depresiškumas ir vėžinės ligos	12
1.3.2 Depresiškumas ir potrauminis augimas krūties vėžio kontekste	14
1.4 Dėmesingas įsisąmoninimas	15
1.4.1 Dėmesingo įsisąmoninimo apibrėžimas	15
1.4.2 Dėmesingas įsisąmoninimas ir vėžinės ligos	17
1.4.3 Dėmesingas įsisąmoninimas ir potrauminis augimas krūties vėžio kontekste	18
1.5 Tyrimo tikslas ir uždaviniai	19
2. TYRIMO METODIKA	20
2.1 Tyrimo dalyviai	20
2.2 Tyrimo instrumentai	22
2.3 Tyrimo eiga	25
2.4 Duomenų analizės metodai	25
3. REZULTATAI	26
3.1 Potrauminio augimo, dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo reikšmės	26
3.2 Potrauminis augimas ir sociodemografiniai bei ligos veiksniai	26
3.3 Depresiškumas ir sociodemografiniai bei ligos veiksniai	27
3.4 Dėmesingas įsisąmoninimas ir sociodemografiniai bei ligos veiksniai	30
3.5 Potrauminio augimo, depresiškumo ir dėmesingo įsisąmoninimo tarpusavio sąsajos	32
3.6 Moderacinė analizė	33
4. REZULTATŲ APTARIMAS	36
5. IŠVADOS	42
LITERATŪRA	43
PRIEDAI	55

SANTRAUKA

Krūties vėžiu sergančių moterų depresiškumo ir dėmesingo įsisąmoninimo reikšmė potrauminio augimui

Simona Babrauskaitė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2025 m., 58 p.

Sirgimas krūties vėžiu yra kompleksiškas patyrimas, galintis atnešti tiek neigiamų, tiek teigiamų psichologinių išgyvenimų. Norint geriau suprasti nuo ko priklauso, ar ligos patyrimas bus labiau psichologiškai auginantis ar žalingas, šiame tyrime siekta išnagrinėti, kaip depresiškumas, potrauminis augimas, bei dėmesingas įsisąmoninimas reiškiasi šios ligos kontekste ir kaip šie konstruktai siejasi tarpusavyje. Tyrime dalyvavo 86 krūties vėžiu sergančios moterys, jų amžius – nuo 24 iki 72 metų. Tyrimo dalyvės rinktos socialinio tinklo grupėse, kurių pagrindas – onkologinėmis ligomis sergantys asmenys. Tyrime naudoti instrumentai: išplėstas Potrauminio augimo inventoriųs, Paciento sveikatos klausimynas – 9, Sukaupto dėmesio ir įsisąmoninimo skalė, bei sociodemografinių ir ligos kintamųjų anketa. Gauti rezultatai parodė, kad depresiškumas ir dėmesingas įsisąmoninimas nesisieja su potrauminiu augimu ir jo neprognozuoja. Taip pat gauta, jog depresiškumas neigiamai siejasi su dėmesingu įsisąmoninimu. Didesnis depresiškumas matomas mažesnio išsilavinimo, prastesnės finansinės padėties, bei didesnio veiklos apribojimo grupėse. Gauta ir tai, kad dėmesingas įsisąmoninimas yra didesnis esant lengvai finansinei padėčiai, bei IV vėžio stadijos grupėje jis didesnis negu I vėžio stadijos grupėje. Gauti rezultatai parodo, jog verta ieškoti kitokių mechanizmų, norint suprasti potrauminio augimo pasireiškimą.

Raktiniai žodžiai: potrauminis augimas, dėmesingas įsisąmoninimas, depresiškumas, krūties vėžys

SUMMARY

The significance of depression and mindfulness on post-traumatic growth in women with breast cancer
Simona Babrauskaitė, Vilnius, Vilnius university, 2025 m., 58 p.

Having breast cancer is a complex experience that can bring both negative and positive psychological effects. To better understand what determines if the illness is more psychologically growth-promoting or harmful, this study aimed to examine how depression, post-traumatic growth, and mindfulness manifest in the context of this illness and how these constructs are related. The study included 86 women diagnosed with breast cancer, aged between 24 and 72. Participants were recruited from social media groups focused on individuals with oncological illness. The instruments used in the study were: the expanded Post-Traumatic Growth Inventory, the Patient Health Questionnaire-9, the Mindful Attention Awareness Scale, and a sociodemographic and illness-related variables questionnaire. The results showed that depression and mindfulness are not linked with post-traumatic growth and do not predict it. Additionally, it was found that depression is negatively linked to mindfulness. Higher levels of depression were observed in groups with lower education, poorer financial status, and greater activity limitations. It was also found that mindfulness is higher in those with a better financial status, and that it is greater in the stage IV cancer group than in the stage I group. The findings suggest that it is worthwhile exploring alternative mechanisms to better understand the manifestation of post-traumatic growth.

Key words: post-traumatic growth, mindfulness, depression, breast cancer

PRATARMĖ

Pagal Su vėžiu susijusios padėties šalyje apžvalgą: Lietuva (2025), onkologinės ligos yra antra pagal mirtingumą priežastis Lietuvoje. Nacionalinio vėžio instituto duomenimis (2024) ketvirtadalį iš vėžinių susirgimų moterims sudaro krūties vėžys – juo kasmet suseraga apie 1700 moterų ir šis skaičius kasmet tendencingai auga. Verta pasidžiaugti, kad išgyvenamumo rodikliai dėka modernios medicinos priemonių didėja, o tai reiškia, kad visuomenėje daugėja moterų, pragyvenusių šią ligą ir sudėtingą jos gydymo etapą.

Onkologinių ligų gydyme natūraliai didžioji dalis išteklių skiriama fiziniam ligos gydymui, medicininėms intervencijoms ir vaistams. Tačiau yra svarbu nepamiršti pacienčių psichologinės būklės gydant šią ligą. Viena iš jautrių problemų, su kuria susiduria krūties vėžio patientės – tai depresiškumas. Iš 71 tyrimo meta-analizės paskaičiuota, jog apie 30,2% moterų sergančių šia liga, patiria depresiją (Javan Biparva et al., 2023). Į depresinius simptomus verta atkreipti ypatingą dėmesį, nes jie gali turėti įtakos onkologinės ligos eigai. Depresiškumas šioms patientėms siejasi ne tik su blogesne gyvenimo kokybe (Maharani et al., 2023), bet ir su polinkiu nesilaikyti paskirtų vaistų vartojimo (Jeong & Jeong Kim, 2025). O pagal Lei ir kolegas (2021), nesilaikymas paskirtų vaistų sergant krūties vėžiu reikšmingai padidina mirtingumą ar ligos atsinaujinimą. Taigi kreipti dėmesį į pacienčių emocinę būklę yra prasminga tiek iš psichologinės, tiek iš fizinės sveikatos pusės.

Visgi pagal Pasaulinę sveikatos organizaciją (2020), naujausias sveikatos apibrėžimas apima ne tik ligos nebuvimą, bet ir bendrą fizinę, psichinę ir socialinę gerovę. Dėl to kalbant apie bendrą moterų sveikatą sergant krūties vėžiu verta geriau išnagrinėti ir aspektus, galimai padedančius jų gijimo eigai, bei bendrai psichinei ir fizinei sveikatai. Vienas iš fenomenų, kuris gali būti labai naudingas esant onkologinei ligai, tačiau nepakankamai išnagrinėtas – tai yra potrauminis augimas. Supratimas šio reiškinio galėtų padėti labiau suprasti atsparumo, gijimo ir apsauginius mechanizmus nuo depresijos ir kitų neigiamų reiškinių. Kitas faktorius, kurį vertėtų panagrinėti gijimo eigoje – tai dėmesingas įsisąmoninimas. Suprantant kaip šis bruožas veikia trauminių patirčių, tokių kaip onkologinės ligos, kontekste, galėtume geriau numatyti kokias intervencijas vertėtų vystyti tokio pobūdžio patientėms.

Taigi šiuo metu nėra aišku kaip potrauminis augimas, depresiškumas, bei dėmesingas įsisąmoninimas reiškiasi krūties vėžio patientėms, bei kaip šie konstruktai sąveikauja tarpusavyje.

1. ĮVADAS

1.1 Atsistatymas po neigiamų įvykių

Žmogus per gyvenimo eigą susiduria su daugybe iššūkių. Nemažai iš jų būna ir neigiamos - stresinės, o kartais net trauminės patirtys. Nepaisant to, žmonės sugeba tęsti savo gyvenimus ir prisitaikyti prie gyvenimo iššūkių. Šiame skyriuje panagrinėsime, kokiais būdais tas prisitaikymas įvyksta.

Damasio (2018) aprašė, kaip organizmai apskritai prisitaiko prie kintančių sąlygų. Autorius priminė homeostazės reiškinį, kuris apibūdina organizmo sąlyginai stabilią optimalaus funkcionavimo būseną. Pradžioje šis reiškinys aprašytas apie fiziologinius procesus, o vėliau homeostazė pradėta tyrinėti ir psichologinių būsenų kontekste.

Po emociškai sukrečiančio įvykio grįžimas į homeostazės būseną gali atrodyti įvairiai. Vienas iš galimų variantų – atsigavimas (angl. *recovery*) apibrėžia funkcionavimo sutrikimą po tam tikro įvykio, bei sąlyginai lėtą bet užtikrintą sugrįžimą į teigiamos adaptacijos būseną (Layne et al., 2007). Tai reiškia, kad asmuo gali būti sukrėstas kokio nors stresinio ar trauminio įvykio, kuris laikinai sutrikdo jo gyvenimą ir adaptyvų funkcionavimą. Tačiau jeigu po sukrečiančio įvykio pavyksta pertvarkyti savo požiūrį, vertybes, jausmus ir tikslus, žmogus gali po truputį išmokti prisitaikyti iš naujo ir netgi po stresinių ar trauminių patirčių toliau gyventi pilnavertį gyvenimą (Anthony, 1993). Greitesnis sugrįžimas į homeostazę vadinamas atsparumu (angl. *resilience*) (Layne et al., 2007). Atsparūs individai po stresinės patirties irgi patiria funkcionavimo sutrikimą, tačiau jie greitai grįžta į prieš tai buvusią adaptyvaus funkcionavimo būseną. Atsparumui įtakos gali turėti prieš tai patirtos stresinės situacijos (Fossion et al., 2013). Atsparumą galima ir išvystyti, kadangi tai yra tam tikrų elgesio ir mąstymo būdų rinkinys, bet jis priklauso ir nuo įvairių nekintančių faktorių, tokių kaip genetika ar lytis (Agaibi & Wilson, 2005). Organizmo sugrįžimas į homeostazę yra galimas ir po sukrečiančių patirčių, bei gali vykti įvairias būdais – galimas ką tik aptartas atsistatymas į buvusią būklę, ir netgi galimas savotiškas papildomas būklės pagerėjimas - augimas, kurį aptarsime toliau.

1.2 Potrauminis augimas

1.2.1 Potrauminio augimo apibrėžimas

Tyrėjai ir praktikai jau prieš kurį laiką pradėjo pastebėti, kad po sunkių gyvenimo įvykių žmonių gyvenimas ir savijauta kartais ne tik atsistato į buvusią būseną, bet gali net ir pagerėti. Sudėtingos fizinės

ligos išgyvenimas yra vienas iš tokių sunkių gyvenimo įvykių, kuriuose buvo pastebėta ir teigiamų pasekmių - teigiamus tarpasmeninių santykių pokyčius, bei išaiškėjusius gyvenimo prioritetus pastebėjo Curbow su kolegomis (1992) pacientuose po sunkios kaulų čiulpų transplantacijos operacijos. Welch-McCaffrey su kolegomis (1989) taip pat įvardino, kad vėžiu sergantys pacientai patiria ne tik neigiamas, bet ir teigiamas pasekmes, tokias kaip sustiprėjęs ryšys šeimoje, didesnis gyvenimo vertinimas ir savęs priėmimas. Taigi pastebėjus, kad išgyvenus sunkią ligą, kaip sunkų stresinį įvykį, žmonės gali turėti ne tik neigiamų, bet ir teigiamų pasekmių, vėliau buvo pradėta vis labiau domėtis šiuo fenomenu.

Minėtus pokyčius po sunkių įvykių autoriai įvardino skirtingai. Sledge su bendraautoriais (1980) tai vadino gauta nauda (angl. *benefited*), Aldwin su bendraautoriais (1994) - gautu pageidaujamu poveikiu (angl. *gained desirable effects*), Curbow su bendraautoriais (1992) tai vadino teigiamais psichologiniais pasikeitimais (angl. *positive psychological changes*). Kadangi reiškinys buvo naujas ir neapibrėžtas, jį tyrinėti turėjo būti nelengva, nes neaišku ar skirtingi autoriai kalba apie tą patį reiškinį.

Visgi teigiamos negatyvių patirčių pasekmės pirmą kartą nuosekliai buvo apibendrintos Tedeschi ir Calhoun (1995) bei pavadintos potrauminiu augimu (angl. *posttraumatic growth*). Šis pavadinimas ir jo apibūdinimas panašus, kad prigijo mokslinėje bendruomenėje, nes jis dažnai matomas tolesniuose tyrimuose. Nors šio reiškinio pavadinime skamba žodis trauma, bet Tedeschi su kolegomis (2018) patikina, kad potrauminis augimas gali įvykti nebūtinai po trauminio, bet ir po stipraus stresinio ar kito gyvenimą keičiančio įvykio. Taigi pats reiškinio pavadinimas gali būti kiek klaidinantis, bet bendrai turimas omeny psichologinis ar net dvasinis augimas. Patys autoriai tokius terminus kaip trauma, krizė ar didelis stresorius naudoja kaip sinonimus. Potrauminio augimo kontekste kalbama apie aplinkybę, kuri reikšmingai sukrečia arba paneigia esmines individo prielaidas apie pasaulį. Be to, potrauminis augimas nėra tiesiogiai susijęs su potrauminio streso sutrikimu, jie apibrėžiami kaip atskiri konstruktai, o ne priešingos to paties reiškinio pusės (Shand et al., 2015). Žmogus po trauminio įvykio gali patirti arba potrauminio streso simptomus, arba potrauminio augimo simptomus, arba abu, arba nei vieno. Svarbu pažymėti ir tai, jog potrauminis augimas neįvyksta staiga, jam atsirasti reikia ilgesnio laiko – dienų, mėnesių ar net metų – ir gilesnės savirefleksijos tam, kad susiformuotų nauji mąstymo ir elgesio būdai. Tai įvertinant galime teigti, kad potrauminis augimas yra atskiras konstruktas, netapatinamas su paprasčiausiu atsparumu ar atsistatymu.

Žinodami, kad po sunkių gyvenimo įvykių žmonės dažnai patiria daug neigiamų išgyvenimų ir pasekmių, Tedeschi ir Calhoun (1995) norėjo paaiškinti kada būtent neigiamos patirtys gali atnešti teigiamų pasekmių. Pasak autorių, potrauminis augimas įvyksta tokiomis sąlygomis: kai pakinta požiūris į save arba pasaulį; šis pokytis atneša gilesnį suvokimą apie save arba pasaulį; šis suvokimas yra naudingas suvaldant ateities stresorius ar gaunant anksčiau neturėtų apdovanojimų; praradimai suteikia

didesnę prasmę dabarčiai ar ateičiai; yra manymas, kad šios teigiamos pasekmės įvyko tik dėl išgyvento sunkumo. Pasitelkę šias prielaidas Tedeschi ir Calhoun (1995) išanalizavo kokią konkrečiai naudą atneša potrauminis augimas, ir išskyrė tris esminius faktorius, kuriuos plėtojo ir kiti autoriai:

1. *Pasikeitęs santykis su kitais*. Trauminės patirtys gali atnešti suvokimą apie tai, kokie svarbūs yra tarpasmeniniai santykiai. Tokiose situacijose galima pamatyti, kad turi žmonių, kuriais gali pasitikėti, kurie gali tau padėti sunkioje situacijoje. Gali atsirasti ir didesnė empatija, supratingumas, atvirumas intymiam bendravimui, poreikis stiprinti turimus santykius, taip pat ir gebėjimas priimti pagalbą bei ją teikti kitiems žmonėms. Kai kurios patirtys gali padėti suvokti, kokie trapūs yra mūsų gyvenimai ir kaip lengvai galima prarasti artimus žmones, tokiu atveju ypač gali sustiprėti santykių vertinimas (Woodward & Joseph, 2003). Taigi tuo pačiu gali ir pagerėti santykiai su artimaisiais, sustiprėti tarpusavio ryšys.

2. *Suvokiamo savęs pokytis*. Žmonės, susidūrę su trauminėmis ar stresinėmis situacijomis, gali įgyti sustiprėjusį pasitikėjimą savimi. Gali atsirasti mąstymas, kad jeigu gebėjau susitvarkyti su šia sudėtinga situacija, tai galiu susitvarkyti su bet kokia kita situacija. Taip padidėja ne tik kompetencijos jausmas, bet ir tikimybė, kad visi sunkumai bus sprendžiami atkakliai ir drąsiai. Sunkios patirtys taip pat gali paskatinti labiau vertinti savo paties pažeidžiamumą, jautrumą ir emocinius patyrimus. Pradedama susimąstyti apie savo fizinį, psichologinį ir dvasinį trapumą, taigi žmogus gali pradėti labiau rūpintis šiais savo gyvenimo aspektais. Trauminė patirtis gali žmogui taip pat sustiprinti atvirumą patirčiai ir idėjoms, dėkingumo jautimą, platesnio vaizdo matymą, bei išmintį (Jayawickreme et al., 2020).

3. *Pakitusi gyvenimo filosofija*. Sunkūs gyvenimo įvykiai gali paskatinti žmogų permąstyti savo gyvenimą ir prioritetus. To pasekoje žmogus gali pradėti labai vertinti savo gyvenimą, kiekvieną dieną ir kiekvieną gyvenimo smulkmeną. Atsiranda naujas iki tol nejaustas dėkingumas už viską, ką turi. Pagal Pargament su kolegomis (2000), sunkios patirtys gali paskatinti atsigręžti ir į savo dvasingumą, religingumą, permąstyti gyvenimo prasmę. Atsigręžimas į tikėjimą, ar atrastas ryšys su Dievu gali suteikti pasitikėjimo gyvenimo tėkmei ir įvykiams, kas gali suteikti stiprybės ir ramybės tolimesniems sunkiems gyvenimo įvykiams.

Kaip jau minėta, potrauminis augimas gali pasireikšti po įvairiausių neigiamų patirčių. Šalia akivaizdžiai neigiamų padarinių, teigiamų savo patirties pusių įžvelgia netgi žmonės išgyvenę holokaustą (Preiss et al., 2022), sunkius nudegimus (Hokes & Adams, 2022), seksualinę prievartą (Botero-Garcia et al., 2023), automobilio avariją (Delcea et al., 2023) ir panašius tragiškus įvykius. Kai kurie žmonės išgyvenę trauminį įvykį nepatiria potrauminio augimo, tačiau visgi kai kurie po tokio įvykio potrauminį augimą patiria, pakeičia savo gyvenimo filosofiją, arba jaučiasi tvirtesni savyje ar ryšyje su kitais. Įdomu tai, kad potrauminis augimas pastebimas ne tik po trauminių įvykių, bet ir susirgus kokia nors sunkia liga. Pavyzdžiui, kai kurie žmonės, kuriems nustatytas ŽIV ar pirmo tipo diabetas, irgi gali įvardinti

teigiamų pasikeitimų savo gyvenime dėl turimos diagnozės (Chi et al., 2022; Sikorova & Strakošova, 2022). Sunkios fizinės ligos diagnozė dažnai stipriai sukrečia žmones ir gali priversti permąstyti savo gyvenimą. Tai vėlgi parodo, kad potrauminis augimas nebūtinai turi būti susijęs su traumine patirtimi, tačiau su bet kokia neigiama patirtimi, kuri pakankamai sukrečia įprastą žmogaus gyvenimą.

1.2.2 Potrauminis augimas vėžinių ligų kontekste

Vėžinės ligos yra kompleksiškos ir kartais mirtinos, taigi vėžio diagnozės sužinojimas ir gydymo procesas yra stresinis įvykis, neretai keliantis pavojų gyvybei. Fiziniai šių ligų simptomai sutrikdo žmogaus socialinį, darbinį ir kasdienį funkcionavimą dėl sudėtingų ir daug šalutinių poveikių turinčių gydymo priemonių. Žmonės su vėžio diagnoze gali patirti finansinių sunkumų dėl gydymo išlaidų ir nedarbingumo, sumažėjusį fizinį pajėgumą, negebėjimą dalyvauti mėgiamose laisvalaikio veiklose, suprastėjusius santykius su artimaisiais ir suprastėjusį seksualinį gyvenimą (Bellizzi et al., 2007). Akivaizdu, kad susirgimas onkologine liga yra didžiulis sukrėtimas žmogaus gyvenimui. Tačiau ne visi patiria tik neigiamas ligos pasekmes - būtent dėl to, kad vėžys yra tokia sudėtinga liga, ja sergantys žmonės gali patirti ir potrauminį augimą (Tanyi et al., 2020).

Viena iš galimų teigiamų pasekmių turint onkologinę ligą – tai pasikeitęs požiūris į gyvenimą. Didesnis gyvenimo vertinimas – ypatingai gyvenimo prioritetų persitvarkymas ir savos gyvybės vertinimas – yra aukštai išreikštas didesnei daliai vėžiu sergančių asmenų (Bolliger et al., 2023; Yang et al., 2023). Šie žmonės gali suvokti savo trapumą ir laikinumą, vien dėl to imti labiau vertinti kiekvieną dieną, žinant kaip greitai viskas gali pasikeisti. Dėl naujo gyvenimo suvokimo natūralu, kad žmonės pergalvoja savo prioritetus, ima skirti savo laiką tam, kas jiems iš tikrųjų yra svarbiausia. Liga gali taip pat padėti žmonėms pamatyti naujas galimybes gyvenime (Omid et al., 2017). Kadangi liga gali drastiškai pakeisti gyvenimą, kai kurie žmonės tą geba išnaudoti ir atrasti naujus pomėgius ar apskritai naują būdą gyventi.

Kitas teigiamas aspektas, galintis atsirasti susidūrus su liga, tai pagerėję santykiai su kitais žmonėmis. Žmonės, sergantys vėžiu, gali pradėti labiau vertinti savo artimus ryšius ar net tapti artimesniais būtent dėl ligos atsiradimo (Omid et al., 2017). Ypatingai šioje kategorijoje išsiskiria sustiprėjęs žinojimas, kad galima pasitikėti kitais (Bolliger et al., 2023). Kadangi liga paliečia visas gyvenimo sritis, sergančiajam gali prireikti nemažai pagalbos iš artimųjų padedant prisitaikyti ir įveikti gydymą. Taip pat šie žmonės, bei jų artimieji, gali pradėti dėti daugiau sąmoningų pastangų kartu leisti laiką ir kurti šiltus santykius (Tanyi et al., 2020). Tokie faktai parodo galimą teigiamą ligos įtaką tarpasmeninei sferai.

Onkologinės ligos atsiradimas taip pat gali paskatinti didesnę pasitikėjimą tiek savimi, tiek platesnėmis išorinėmis jėgomis. Kai kuriuose tyrimuose didžiausias augimas matomas būtent dvasinio pasikeitimo kategorijoje (Aydin & Kabukcuoglu, 2020), nors kituose tyrimuose tai buvo mažiausiai išreikštas faktorius (Bolliger et al., 2023). Dvasingumo sustiprėjimas ligos fone gali atsirasti dėl mąstymo apie gyvenimą po mirties, ar pasitikėjimo aukštesnėmis jėgomis ir prašymo jų padėti įveikti ligą. Žmonėms susirgusiems vėžiu matomas ir asmeninių stiprybių išryškėjimas (Oginska-Bulik & Kobylarczyk, 2019). Ypatingai čia matomas sustiprėjęs žinojimas, kad žmogus geba susitvarkyti su sudėtingomis situacijomis (Bolliger et al., 2023). Susirgimas onkologine liga gali būti vienas sunkiausių dalykų nutikęs žmogaus gyvenime. Visgi matant, kad jis susitvarko su ta liga, jos gydymu, ir galbūt net pasiekia remisiją, žmogus gali pasijausti turintis kompetencijų ir įgūdžių įveikti ir visus kitus gyvenimo sunkumus.

Kaip matome, sergant vėžiu potrauminis augimas yra įmanomas įvairiose srityse. Svarbu paminėti ir tai, kad vėžiu sergantys žmonės dažnai patiria ir potrauminio streso sutrikimo simptomus kartu su potrauminio augimo simptomais (Banik et al., 2022). Taigi potrauminio augimo patyrimas nereiškia ir neigiamų išgyvenimų nebuvimo. Visgi kadangi onkologinių ligų spektras yra labai platus, yra vertinga nagrinėti ir atskiras vėžines ligas. Toliau aptarinėsime, kaip potrauminis augimas reiškiasi moterims dažniausiai pasireiškiančioje onkologinėje ligoje – krūtų vėžyje.

1.2.3 Potrauminis augimas krūties vėžio kontekste

Krūtų vėžys yra dažniausias onkologinis susirgimas tarp moterų visame pasaulyje (Yastibas & Karaman, 2021). Šis vėžinis susirgimas yra gydomas chemoterapija, radioterapija bei įvairiais kitais metodais, taip pat kartais prireikia operacijos, per kurią pašalinama visa krūtis arba dalis jos, be to, liga gali pasibaigti mirtimi. Nors visos onkologinės ligos kelia žmonėms didelį stresą, krūties vėžys turi dar ir savo specifinių stresorių. Moters krūtinė visuomenėje simbolizuoja moteriškumą, motinystę ir patrauklumą, taigi sirgimas krūties vėžiu lyg simboliškai pažeidžia šiuos moters gyvenimo ir savivertės aspektus, ypač jeigu operacijos metu pašalinama krūtis (Lantz & Booth, 1998). Taigi dėl ligos sąlyginio dažnumo ir papildomų savęs vaizdo sutrikdymų, sergančiosios krūties vėžiu gali patirti daug neigiamų išgyvenimų tokių kaip potrauminio streso simptomai, depresija ir nerimas (Baglama & Atak, 2014). Tačiau, kaip prieš tai minėta, vėžinės ligos gali sukelti ne tik neigiamų patirčių, bet ir teigiamų potrauminio augimo požymių.

Potrauminis augimas gali būti būdingas ir krūties vėžių sergančioms moterims, o jo raiška gali priklausyti nuo įvairių sociodemografinių veiksnių. Tačiau kol kas lieka daug neaiškumo, kokią įtaką

skirtingi sociodemografiniai veiksniai turi potrauminio augimui. Kai kurie autoriai randa, jog potrauminis augimas labiau pasireiškia jauname amžiuje, negu vyresniame (Mystakidou et al., 2008; Romeo et al., 2017). Tai aiškinama tuo, jog jaunesnėms moterims vėžinis susirgimas, sietinas tiek su išvaizdos, tiek su vaisingumo praradimais, gali kelti daugiau streso, o tai skatina didesnę augimą. Kitas aiškinimas yra, jog jaunesnės moterys gali turėti pozityvesnę požiūrį persidėliojant savo gyvenimo prioritetus. Tačiau kiti autoriai neranda jokio ryšio tarp moters amžiaus ir potrauminio augimo (Baglama & Atak, 2015; Svetina & Nastran, 2012; Can & Ustundag-Budak, 2019). Kai kurie autoriai taip pat pastebėjo teigiamą ryšį tarp išsilavinimo ir potrauminio augimo (Chan et al., 2011). Tačiau daugumoje tyrimų toks ryšys nebuvo rastas (Baglama & Atak, 2015; Romeo et al., 2017; Svetina & Nastran, 2012). Toliau pastebėta, kad krūties vėžiu sergančios moterys, kurios turi partnerius, patiria daugiau potrauminio augimo (Mystakidou et al., 2008; Romeo et al., 2017). Taip gali būti dėl to, kad jos turi galimybę dalintis savo emociniais išgyvenimais su savo partneriu ir prašyti pagalbos. Bet vėlgi, yra tyrimų kur toks ryšys nebuvo rastas (Baglama & Atak, 2015; Svetina & Nastran, 2012; Can & Ustundag-Budak, 2019). Taigi kaip matome, nėra aiškaus atsakymo, kaip sociodemografiniai veiksniai siejasi su potrauminiu augimu krūties vėžiu sergančiųjų grupėje.

Potrauminio augimo pasireiškimas krūties vėžiu sergančioms moterims gali priklausyti ir nuo pačios ligos ypatumų. Laikas praėjęs nuo diagnozės sužinojimo kai kuriuose tyrimuose yra teigiamai susijęs su potrauminiu augimu (Brix et al., 2013). Taip gali nutikti, nes potrauminis augimas yra procesas, kurio pasireiškimui reikia laiko. Tačiau visgi daugiau tyrimų tokios sąsajos neranda (Canavarró et al., 2015; Chan et al., 2011; Cordova et al., 2007). Krūties vėžio stadija taip pat kai kuriuose tyrimuose siejasi su didesniu potrauminiu augimu (Brix et al., 2013). Gali būti, kad tolimesnė vėžio stadija sukelia daugiau streso, ir dėl to gali iššaukti dar daugiau potrauminio augimo. Vėlgi, kiti tyrimai tokių sąsajų su vėžio stadija neranda (Chan et al., 2011; Cordova et al., 2007; Mols et al., 2009). Brix su kolegomis (2013) pastebėjo didesnę potrauminę augimą po visos krūties pašalinimo operacijos (mastektomijos). Bet kiti autoriai nerado sąsajų tarp operacijos tipo ir potrauminio augimo (Canavarró et al., 2015; Mols et al., 2009). Mols su kolegomis (2009) rado neigiamą ryšį tarp radioterapijos ir potrauminio augimo. Tačiau kiti autoriai nerado sąsajų tarp specifinių gydymo metodų (chemoterapijos, radioterapijos, hormoninės terapijos ir kt.) bei potrauminio augimo (Canavarró et al., 2015; Chan et al., 2011; Cordova et al., 2007). Kaip matome, nors tam tikruose tyrimuose randama ryšių, nėra vienareikšmiškai aišku, kokios yra ligos ypatumų sąsajos su potrauminiu augimu.

Krūties vėžio diagnozės išgirdimas ir dalyvavimas gydymo procese yra nelengvas bei keliantis daug streso įvykis. Tačiau patiriamas stresas gali iššaukti ir potrauminio augimo požymių, kuris gali priklausyti nuo sociodemografinių ir pačios ligos ypatumų.

1.3 Depresiškumas

1.3.1 Depresiškumas ir vėžinės ligos

Po stresinių ar trauminių įvykių žmonės gali patirti ne tik potrauminį augimą, bet ir neigiamus emocinius išgyvenimus, ypač depresiškumą (Long et al., 2021). Depresiškumas gali reikštis niūria nuotaika, apetito pakitimais, miego sunkumais, nuovargiu, judesių sulėtėjimu, žema saviverte ir susikaupimo sunkumais (Wasserman, 2011). Būtent žmonėms sergantiems onkologinėmis ligomis depresiškumas yra labiau išreikštas negu bendrajai populiacijai (Pitman et al., 2018; Hartung et al., 2017).

Įvairūs psichologiniai faktoriai lemia vėžinėmis ligomis sergančių žmonių depresiškumo išgyvenimą. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad onkologinių ligų pacientų gydymas yra sukoncentruotas į vėžinių ląstelių naikinimą, o psichinė sveikata ir bendra žmogaus savijauta nėra prioritetas, tad gydymo procese dažnu atveju negauna pakankamai dėmesio (Niedzwiedz et al., 2019). Taigi nieko keisto, kad šiems žmonėms gali pradėti reikštis depresijos simptomai. Vienas iš veiksnių, kuris lemia depresiškumą, tai yra finansinė ligos našta (Lu et al., 2018). Atsiranda stresas dėl išlaidų vaistams, gydymui, reabilitacijos procedūroms, be to žmonės laikinai arba galutinai netenka darbo, visa tai prisideda prie sunkesnės psichinės būsenos. Pats diagnozės išgirdimas žmogui sukelia baimę dėl ateities, žmogus patiria savo susikurtos ateities vizijos sugriuvimą (Arber & Spencer, 2013). Tokia nežinomybė gali sukelti neviltį, o kai kurie žmonės pradeda tiesiog koncentruotis į niūrias mintis apie mirtį. Šie apmąstymai veda prie depresiškos būsenos patyrimo. Vėžiu sergantys asmenys gali jaustis stigmatizuojami ir kaltinami patys savo veiksmais prisišaukę ligą – ypač plaučių vėžiu sergantys asmenys jaučiasi kaltinami savo liga dėl rūkymo (Chapple et al., 2004). Savęs kaltinimas dėl ligos atsiradimo gali prisidėti prie niūrios nuotaikos ir beviltiškumo. Ball su kolegomis (2016) rašo ir apie tai, kad vėžiu sergantys žmonės gali jausti daug nerimo dėl savo artimųjų būsenos, jie gali jaustis kalti, kad artimiems žmonėms tampa našta ir kelia neigiamus išgyvenimus. Visi šie faktoriai prisideda prie onkologinių ligų pacientų depresiškumo.

Depresiškumo jausmą gali sukelti ne tik psichologiniai, bet ir gydymo faktoriai. Onkologinių ligų gydymo metodai gali varginti ir kelti stresą. Pastebėta, kad kai kurie gydymo metodai kaip chemoterapija, imunoterapija, ar skiriami vaistai nuo pykinimo gali sukelti depresijos simptomus per biologinius mechanizmus (Smith, 2015). Gydymas steroidais taip pat gali sukelti depresiją (Ismail et al., 2017). Hopwood su bendraautoriais (2010) rado, jog chemoterapija siejasi su depresijos simptomais. Tačiau Benallel su kolegomis (2023) nerado tokios tiesioginės sąsajos, užtat jie pastebėjo, kad kuo daugiau skirtingų gydymo metodų turėjo moteris (chemoterapiją, radioterapiją, hormonų terapiją), tuo daugiau pasireiškia depresiškumo. Gali būti, kad taip yra ne dėl pačių gydymo metodų kiekio, o dėl to, kad tas

kiekis reiškia agresyvesnę vėžio stadiją. Kol kas nėra aiškių atsakymų, kokie būtent ligos mechanizmai lemia daugiau depresinių simptomų, tačiau jie tikrai gali turėti įtakos psichologinei moters būsenai.

Kalbant konkrečiai apie krūties vėžį, depresiškumui įtakos gali turėti sociodemografiniai faktoriai. Dauguma tyrimų randa, kad kuo vyresnis moters amžius, tuo mažesni depresiškumo simptomai (Benallel et al., 2023; Breidenbach et al., 2022; Soqia et al., 2022). Taip gali būti nes jaunos moterys labiau susirūpinusios dėl šeimos kūrimo ir vaikų auginimo, bei bendrai ateities perspektyvų. Visgi kai kurie autoriai neranda ryšio tarp depresiškumo ir amžiaus (Thakur et al., 2019). Daugumoje tyrimų partnerio turėjimas neturėjo sąsajų su depresiškumu (Benallel et al., 2023; Thakur et al., 2019; Breidenbach et al., 2022). Tačiau rezultatai nėra vienareikšmiai, nes Soqia ir kitų (2022) tyrime moterys be partnerio turėjo mažiausiai depresiškų simptomų palyginus su susituokusiomis arba išsiskyrusiomis moterimis. Toks rezultatas aiškinamas tikimybe, kad moterys be partnerio neturi ir vaikų, taigi turi mažiau atsakomybių, dėl kurių gali nerimauti turėdamos ligą, o tai ir pasireiškia mažesniu depresiškumu. Dažniau randama, kad išsilavinimas nėra susijęs su moterų depresiškumu (Benallel et al., 2023; Thakur et al., 2019; Soqia et al., 2022). Nors vėlgi randama ir rezultatų rodančių, kad moterys, turėjusios mažesnę išsilavinimą, patyrė daugiau depresiškumo (Cohee et al., 2016). Taigi matome, kad depresiškumo vėžinių susirgimų kontekste sąsajos su sociodemografiniais veiksniais nėra visiškai aiškios.

Pačios ligos veiksniai irgi gali turėti įtakos depresiškumui. Kalbant apie laiką, praėjusį nuo diagnozės, ir jo sąsajas su depresiškumu, randami prieštaringi rezultatai. Kai kuriuose tyrimuose randama, kad kuo daugiau praėjo laiko nuo diagnozės, tuo didesnis depresiškumas (Benallel et al., 2023; Breidenbach et al., 2022), kai kuriuose tyrimuose – atvirkščiai (Cohee et al., 2016), o kituose tyrimuose joks ryšys nerastas (Thakur et al., 2019). Vėžio stadija tyrimuose randama tiesiogiai susijusi su depresiškumu (Benallel et al., 2023), taip gali būti nes kuo labiau pažengusi liga, tuo daugiau žmonės patiria beviltiškumo. Tačiau vėlgi, pagal kai kuriuos tyrimus nerasta sąsajų tarp vėžio stadijos ir depresiškumo (Thakur et al., 2019; Breidenbach et al., 2022). Rasta, jog moteriai atlikta operacija neturi įtakos depresijos simptomų pasireiškimui (Thakur et al., 2019; Breidenbach et al., 2022). Vėlgi matome, kad depresiškumo sąsajos su ligos veiksniais nėra visiškai aiškios.

Onkologinėmis ligomis sergantys žmonės gali patirti depresijos simptomų vien dėl ligos sudėtingumo ir ilgalaikių gydymo metodų. Tačiau tyrimai neduoda vienareikšmiškų atsakymų kaip būtent siejasi krūties vėžiu sergančių moterų sociodemografiniai bei ligos veiksniai su depresiškumu.

1.3.2 Depresiškumas ir potrauminis augimas krūties vėžio kontekste

Sąsajos tarp potrauminio augimo ir neigiamų išgyvenimų yra gana kompleksinės. Pagal potrauminio augimo teoriją, augimas gali vykti tik tada, kai yra įvykęs pakankamai gyvenimą sukrečiantis įvykis (Tedeschi et al., 2018). Toks įvykis neišvengiamai yra lydimas neigiamų išgyvenimų, kurie iš esmės ir skatina augimą. Pagal autorius, neigiami išgyvenimai turėtų priversti žmogų peržvelgti savo įsitikinimus apie gyvenimą ir juos pakeisti.

Krūties vėžio kontekste taip pat nagrinėtos sąsajos tarp potrauminio augimo ir depresiškumo. Paredes ir Pereira (2018) pastebėjo teigiamą sąsają tarp potrauminio augimo ir depresijos bei nerimo įverčių, t.y. kuo labiau išreikštas nerimas ar depresiškumas, tuo labiau išreikštas potrauminis augimas. Galbūt tokie rezultatai gaunami, nes po trauminio įvykio atsiradęs didelis distreso lygis indikuoja pakankamai reikšmingą gyvenimą keičiantį įvykį, po kurio yra potencialo išsivystyti potrauminiam augimui. Tai kaip ir pagrįstų Tedeschi ir kolegų (2018) idėją, kad neigiami išgyvenimai reikalingi augimui. Tačiau nedaug autorių randa tokią tiesioginę sąsają. Soo ir Sherman (2015) savo tyrime nerado reikšmingo ryšio tarp augimo ir depresiškumo. Čia autoriai pamini, jog kai kurios tyrimo dalyvės visgi turėjo aukštai išreikštus ir depresiškumą, ir potrauminį augimą, taigi šie du konstruktai nėra ir vienas kitą neigiantys. Reikšmingų sąsajų tarp šių konstruktų nerado ir daugiau autorių, o tai vėl parodo, kad galbūt neigiamos ir teigiamos patirtys po stresinių įvykių nėra susijusios visiškai tiesiogiai (Groarke et al., 2015; Kanat & Ozpolat, 2021). Tarp depresiškumo ir potrauminio augimo randama ir neigiamų sąsajų krūties vėžiu sergančių moterų imtyje – kuo didesnis depresiškumas, tuo mažiau išreikštas potrauminis augimas (Thakur et al., 2022). Toks rezultatas galbūt reiškia, kad visgi per didelis distreso lygis po trauminės patirties gali trukdyti žmogui taikyti naudingas įveikos strategijas, kurios vestų prie potrauminio augimo išvystymo. Neigiamas ryšys randamas ir tik tarp depresijos bei asmeninių stiprybių kategorijos (Silva et al., 2012) arba tarp depresijos bei naujų galimybių matymo (Mystaidou et al., 2008). Tokie įvairiapusiai rezultatai atspindi ryšio tarp depresiškumo ir potrauminio augimo kompleksiskumą. Iš vienos pusės atrodo, kad depresiškumas skatina potrauminį augimą, nes tuomet trauminė patirtis yra pakankamai sukrečianti, kad žmogus persvarstytų savo gyvenimą. Tačiau iš kitos pusės, depresiškumas gali slopinti naudingus mechanizmus, kurie leistų susitvarkyti su sunkia traumine patirtimi ir iš to išvystyti potrauminį augimą. Dėl tokių neaiškumų verta toliau tyrinėti ryšį tarp potrauminio augimo ir depresiškumo.

Romeo su kolegomis (2020) pabandė patyrinėti šias sąsajas su longitudiniu tyrimo modeliu. Autoriai įvertino krūties vėžiu sergančių moterų depresiškumą diagnozės sužinojimo metu ir po dviejų metų, kartu su potrauminio augimo įvertinimu. Tyrimu buvo bandoma suprasti kaip neigiami išgyvenimai galimai paskatina potrauminio augimo atsiradimą, kartu netrukdydami šiam procesui. Romeo su

kolegomis (2020) rado, kad didžiausią potrauminį augimą patyrė moterys, kurios iškart po diagnozės turėjo stiprius depresinius simptomus, bet po dviejų metų tų simptomų nebeturėjo. Šie rezultatai puikiai iliustruoja Tedeschi ir kolegų (2018) mintį, kad neigiami išgyvenimai skatina augimą. Kiek mažiau potrauminio augimo patyrė moterys, kurios išvis neturėjo depresinių simptomų. Mažiausiai augimo Romeo ir kolegų (2020) tyrime patyrė moterys, kurios abejais laiko momentais turėjo išreikštus depresijos simptomus. Remiantis tokiais tyrimo rezultatais galime svarstyti, kad pradžioje ligos neigiami išgyvenimai gali būti naudingi, nes jie parodo pakankamai didelį sukrėtimą žmogaus gyvenimui. Visgi jeigu po kurio laiko tie neigiami išgyvenimai išlieka, jie gali trukdyti įsijungti naudingiems įveikoms mechanizmams, kurie skatintų persvarstyti savo patirtį ir patirti potrauminį augimą. Taigi neigiami išgyvenimai gali būti potrauminio augimo sąlyga, o tų išgyvenimų užsitęsimas gali slopinti potrauminio augimo vystymąsi.

Kaip matome, ryšys tarp depresiškumo ir potrauminio augimo yra sudėtingas sergančiųjų krūties vėžiu kontekste. Norint suprasti, kas lemia tai, ar depresiškumas skatins potrauminį augimą, ar kaip tik jam trukdys, verta paieškoti kintamųjų, galinčių turėti įtakos šiam ryšiui. Vienas iš išteklių, galimai padedančių tvarkytis su trauminio įvykio sunkumais, mažinti depresiškumą, ir skatinti potrauminį augimą, yra dėmesingas įsisąmoninimas, kurį toliau ir aptarsime.

1.4 Dėmesingas įsisąmoninimas

1.4.1 Dėmesingo įsisąmoninimo apibrėžimas

Vienas iš veiksnių, kuris gali turėti įtakos prieš tai aptartiems konstruktsams, yra dėmesingas įsisąmoninimas (angl. *mindfulness*). Tai yra specifinis dėmesio sutelkimas, kuris yra tikslingas, vykstantis dabartinėje akimirkoje ir be vertinimo (Kabat-Zinn, 1994). Toks dėmesio sutelkimo būdas skatina didesnę supratimą, aiškumą ir priėmimą to, kas vyksta čia ir dabar.

Nors socialinių mokslų kontekste dėmesingas įsisąmoninimas pradėtas tyrinėti neseniai, pats konstruktas yra labai senas ir kildinamas iš įvairių dvasinių, ypač budizmo, praktikų (Keng et al., 2011). Budizme vyrauja daugybė meditacijos praktikų, kuriomis remiantis ir susiformavo šiuolaikinis dėmesingo įsisąmoninimo supratimas. Tai tokios meditacijos technikos, per kurias stengiamasi vengti blaškančių minčių ir stengiamasi dėmesį koncentruoti tik į meditacijos objektą (vadinama *Shamatha* arba *Zen*), arba koncentruojantis į savo protinę veiklą (vadinama *Vipassana*) (Amihai & Kozhevnikov, 2015). Šių meditacijos praktikų tikslu laikomas gebėjimas stabilizuoti nestabilų protą ir taip išvystyti proto ramybę, bei pajauti protą tokį, koks jis yra neužterštas dualistinių minčių. Vakarų kultūros pradėjo domėtis ir bandyti taikyti tokias meditacijos praktikas apie 1960-uosius metus, tačiau formaliu

dėmesingo įsisąmoninimo praktikos įvedimu į psichologijos ir medicinos sritis laikomas Kabat-Zinn 1982 metais (Keng et al., 2011). Kabat-Zinn (1982) sėkmingai sudarė dėmesingu įsisąmoninimu grįstą relaksacijos ir streso mažinimo programą ir ją taikė lėtinį skausmą turintiems pacientams. Nuo to laiko Vakarų medicina ir psichologija gana plačiai taiko iš Rytų kultūrų perimtas meditacines praktikas.

Į praktiką atėjęs naujasis dėmesingo įsisąmoninimo metodas pradėjo įgyti įvairius apibūdinimus ir paaiškinimus. Bishop su kolegomis (2004) šį konstruklą apibūdino kaip turintį du komponentus – dėmesio savireguliaciją ir specifinį požiūrį į savo patyrimą. Dėmesio savireguliacija reiškia dėmesio išlaikymą tiesioginei patirčiai ir tai leidžia labiau atpažinti psichinius procesus vykstančius dabarties akimirka. Antrasis komponentas – specifinis požiūris į savo gyvenimą – apima buvimą smalsiu, atviru ir priimančiu esamoje akimirkoje. Breslin ir kolegės (2002) dar pažymi, kad būti priimančiu nereikia būti pasyviu ir nereaguojančiu į savo paties emocines būsenas. Priėmimas labiau reiškia buvimą su savo emocijomis esamą akimirka, bet neleisti būti užvaldomam tų būsenų. Kiek kitokį požiūrį pasiūlė Langer (2000), ji išskyrė dvipoles dėmesingo įsisąmoninimo – nedėmesingumo (angl. *mindlessness*) būsenas. Pagal autorę, dėmesingas įsisąmoninimas yra lankstus požiūris į dabarties momentą ir naujų dalykų pastebėjimas. Nedėmesingumas yra automatinė būsena, kurioje elgiamės remdamiesi praeities patirtimis, o tai trukdo pastebėti tikrąjį esamą momentą ir mokytis naujų dalykų. Kaip matome, dėmesingas įsisąmoninimas nors yra apibrėžiamas kiek skirtingai, tačiau iš esmės apima dėmesingą įsitraukimą į dabarties akimirka.

Kalbant apie tyrimus, dėmesingas įsisąmoninimas gali būti tiriamas kaip momentinė būsena (angl. *state*) arba kaip gana pastovus bruožas (angl. *trait*). Meditacijos praktikose stengiamasi išbūti momentinėje dėmesingo įsisąmoninimo būsenoje, o to praktikavimas gali peraugti į tendenciją dažniau patirti šią būseną kasdienybėje (Kiken et al., 2015). Būtent tokia idėja ir yra pagrįstos dėmesingo įsisąmoninimo intervencijos, ugdančios bruožą būti čia ir dabar. Tyrimai rodo, kad dėmesingu įsisąmoninimu grįstos intervencijos mažina nerimą, depresiją, gerina kognityvinius gebėjimus ir gyvenimo kokybę (Mak et al., 2023). Svarstant, kad visgi ligos pradžioje jaučiamas distresas gali paskatinti tolimesnį potrauminio augimo vystymąsi, dėmesingo įsisąmoninimo intervencijų taikymas galbūt turėtų būti taikomas tik po kurio laiko nuo diagnozės sužinojimo. Pats dėmesingo įsisąmoninimo bruožas irgi siejasi su mažesniu stresu, nerimu ir depresiškumu, bei su didesniu saviveiksmingumu (MacAulay et al., 2022). Taigi ugdant dėmesingo įsisąmoninimo būseną galima sustiprinti šį bruožą, o tai gali vesti prie geresnės psichologinės savijautos.

1.4.2 Dėmesingas įsisąmoninimas ir vėžinės ligos

Svarbu panagrinėti kokią įtaką dėmesingas įsisąmoninimas turi onkologinėmis ligomis sergantiems žmonėms. Pastebėta, kad dėmesingas įsisąmoninimas kaip bruožas teigiamai siejasi su gyvenimo kokybe, bei neigiamai siejasi su depresiškumu (Ellis et al., 2014). Liu ir kolegos (2019) rado, jog dėmesingas įsisąmoninimas kaip bruožas prognozuoja mažesnę suvokiamo streso lygį sergančiųjų asmenų grupėje, o taip pat ir mažesnę nerimą ir depresiškumą. Hsieh su kolegomis (2021) taip pat pastebėjo, kad dėmesingas įsisąmoninimas susijęs su geresne gyvenimo kokybe, mažiau fizinių apribojimų bei didesne gyvenimo prasme. Dėmesingo įsisąmoninimo bruožas teigiamai susijęs su savęs priėmimu, neigiamai su suvokiamu stresu ir pasitikėjimu savimi stoka (Xu et al., 2017). Kaip matome, dėmesingo įsisąmoninimo bruožas teigiamai siejasi su geresne gyvenimo kokybe, ir neigiamai su neigiamais išgyvenimais vėžiu sergančių žmonių kontekste.

Kaip jau anksčiau minėta, dėmesingo įsisąmoninimo bruožą galima išvystyti tam tikromis praktikomis, taigi yra išbandyta nemažai dėmesingu įsisąmoninimu grįstų intervencijų krūties vėžiu sergančioms pacientėms. Tokias intervencijas verta aptarti atskirai, nes jų poveikis parodo priežastinį ryšį – matomos ne sąsajos, o tai, kaip dėmesingo įsisąmoninimo padidėjimas gali keisti emocinę būklę. Iš tikrųjų tyrimų meta analizėmis pastebėta, kad tokios intervencijos reikšmingai sumažina pacienčių depresiškumą (Reangsing et al., 2023), taip pat ir sumažina nerimą, stresą, bei pagerina gyvenimo kokybę (Zhang et al., 2021). Pastebima ir kitokių pagerėjimų po intervencijų krūties vėžio pacientėms, pavyzdžiui matoma padidėjusi dvasinė gerovė, sumažėjęs nuovargis, bei sumažėjusi ligos atkryčio baimė (Park et al., 2020). Turint omeny tokius tyrimų rezultatus, tyrinėti dėmesingą įsisąmoninimą krūties vėžio pacientėms pasidaro dar prasmingiau, nes galima svarstyti apie specifinės intervencijos pritaikymą ir supratimą, kaip tokios intervencijos gali padėti. Tolesniais tyrinėjimais Lengacher su kolegomis (2021) pabandė patikrinti ar intervencijų efektas yra ilgalaikis. Po intervencijos praėjus šešioms savaitėms, bei praėjus dvylikai savaitių buvo matomas nerimo, bei nuovargio sumažėjimas, tačiau tik po šešių savaitių buvo matomas emocinės gerovės padidėjimas, o tik po dvylikos savaitių – gyvenimo kokybės pagerėjimas. Tokie rezultatai parodo, kad kai kurie kognityviniai procesai turi tęstis tam tikrą laiką tam, kad matytume teigiamus intervencijos rezultatus. O tai verta turėti omenyje tolimesniems tyrimams ir praktiniam taikymui, nes intervencijų efektai iš karto po jos taikymo gali ir nesimatyti. Bendrai galime pastebėti, kad dėmesingo įsisąmoninimo intervencijos vienareikšmiškai turi teigiamą efektą krūties vėžiu sergančių moterų emocinei sveikatai ir gyvenimo kokybei, tačiau dar nėra iki galo išaiškinti ilgalaikiai intervencijų efektai.

Kalbant apie krūties vėžiu sergančių moterų sociodemografinių faktorių ar ligos faktorių sąsajas su dėmesingo įsisąmoninimo bruožu, beveik nieko nežinome. Viename tyrime visgi šios sąsajos buvo tyrinėtos ir rasta, kad amžius teigiamai siejasi su dėmesingu įsisąmoninimu, o vėžio stadija ir laikas, praėjęs nuo diagnozės su dėmesingu įsisąmoninimu nesisieja (Tamagawa et al., 2013). Kaip matome, trūksta žinių, kaip dėmesingo įsisąmoninimo bruožas siejasi su krūties vėžiu sergančių moterų ligos ir sociodemografiniais faktoriais.

1.4.3 Dėmesingas įsisąmoninimas ir potrauminis augimas krūties vėžio kontekste

Stengiantis suprasti, kaip dėmesingas įsisąmoninimas gali paskatinti potrauminį augimą, verta aptarti Garland ir kolegų (2015) pasiūlytą dėmesingo įsisąmoninimo-prasmės (angl. *mindfulness-to-meaning*) teoriją. Pagal šią teoriją, dėmesingas įsisąmoninimas stresinių įvykių kontekste padeda būti objektyviu savo paties minčių stebėtoju ir nevertinti bei neišitraukti į savo neigiamas mintis. Gebėjimas į savo situaciją pažvelgti plačiau tuomet atveria daugiau galimybių pastebėti ne tik neigiamas, bet ir teigiamas situacijos puses. Autoriai kaip pavyzdį ir pateikia vėžiu sergantį pacientą, kuris savo diagnozę sugeba priimti ne kaip katastrofišką įvykį, bet kaip pastūmėjimą išvystyti sveikesnius gyvenimo įpročius bei labiau vertinti savo gyvenimą. Garland su kolegomis vėliau (2017) savo teoriją ir patikrino tirdami vėžiu sergančius pacientus ir pastebėjo, kad dėmesingas įsisąmoninimas teigiamai siejosi su gyvenimo kokybe ir neigiamai su emociniais sunkumais. Autoriai svarstė, kad būtent platesnis situacijos matymas, kurį suteikia dėmesingas įsisąmoninimas, padeda pacientams apžvelgti ir teigiamus savo situacijos aspektus. Tada vėžio diagnozė gali padėti giliau išgyventi esamą momentą ir vertinti tai, ką jame turi. Pagal dėmesingo įsisąmoninimo-prasmės teoriją panašu, kad dėmesingas įsisąmoninimas gali padėti išryškėti teigiamoms stresinės situacijos pusėms, taip skatinant potrauminį augimą.

Norint pagrįsti šią teoriją, verta panagrinėti tyrimus, ieškančius sąsajų tarp dėmesingo įsisąmoninimo ir potrauminio augimo vėžiu sergantiems pacientams. Tiriant dėmesingo įsisąmoninimo intervencijų sėkmingumą pastebėta, kad potrauminis augimas reikšmingai padidėja intervenciją praėjusiems vėžiu sergantiems pacientams (Kubo et al., 2019), bei specifiskai krūties vėžio pacientams (Sarenmalm et al., 2017; Zhu et al., 2022). Intervencijų įtaką yra verta nagrinėti, nes jos tiesiogiai veda prie dėmesingo įsisąmoninimo padidėjimo, o tai vėlgi siejasi su didesniu potrauminiu augimu vėžiu sergantiems pacientams (Labelle et al., 2014; Zernicke et al., 2016). Nors sunku rasti tyrimų, nagrinėjančių dėmesingo įsisąmoninimo bruožo sąsajas su potrauminiu augimu būtent krūties vėžio pacientėms, tokie tyrimai su apskritai vėžinėmis ligomis sergančiaisiais rodo vienareikšmiškai teigiamas sąsajas tarp šių konstrukto (Aliche et al., 2023; An et al., 2023; Lianchao & Tingting, 2020). Žinant, jog

visos onkologinės ligos turi panašumų savo gydymo procese ir pačios diagnozės stigmoje, galime daryti prielaidą, kad krūties vėžio pacientėms intervencijų įtaka bus panaši kaip ir bendrai onkologinių ligų pacientams. Žinoma, krūties vėžys turi jau prieš tai aptartų specifinių iššūkių, dėl to yra vertingi tolimesni tyrimai būtent su šios ligos pacienčių imtimi. Panašu, kad gebėjimas taikyti dėmesingą įsisąmoninimą sergant vėžine liga gali paskatinti procesus, kurie veda prie potrauminio augimo, tačiau literatūroje trūksta šios sąsajos nagrinėjimo būtent krūties vėžiu sergančioms pacientėms.

1.5 Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Galima pastebėti, jog pagal apžvelgtą literatūrą, trūksta žinių apie tai, kaip reiškiasi potrauminis augimas, depresiškumas, dėmesingas įsisąmoninimas, bei ryšiai tarp jų krūties vėžiu sergančioms pacientėms. Nėra iki galo aišku ir kaip sociodemografiniai bei ligos kintamieji siejasi su šiais konstruktais. Dėl trūkstamų žinių ir buvo suformuluotas tyrimo tikslas bei tyrimo uždaviniai.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti krūties vėžiu sergančių moterų potrauminio augimo, dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo sąsajas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti krūties vėžiu sergančių pacienčių potrauminio augimo, dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo sąsajas su sociodemografiniais ir ligos kintamaisiais.
2. Įvertinti ryšius tarp potrauminio augimo, dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo.
3. Įvertinti dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo sąveikos reikšmę potrauminiam augimui.

2. TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo dalyviai

Tyrime dalyvavo 86 respondentės. Tyrimo dalyvių amžius buvo nuo 24 iki 72 metų ($M = 52,7$, $SD = 9,9$). Respondentėms atrinkti kriterijai buvo parenkami remiantis panašių tyrimų patirtimi, kadangi potrauminio augimo kontekste svarbu atkreipti dėmesį ir į laiką, praėjusį nuo diagnozės, ir į ligos gydymo specifiką (Omid et al., 2017; Bayraktar & Ozkan, 2023). Tyrimo dalyvės turėjo atitikti šiuos kriterijus:

- Krūties vėžiu sergančios moterys, kurioms nuo diagnozės praėjo bent 6 mėn.
- Nuo 18 metų amžiaus.
- Neturėtų psichinės ligos diagnozės.
- Būtų gavusios bent vieną šių intervencijų: chemoterapija, radioterapija, hormoninė terapija, mastektomija.

Tiriamųjų imtyje diagnozė pirmą kartą sužinota vidutiniškai prieš 38,57 mėnesių ($SD = 50,04$). Kitos sociodemografinės tiriamųjų charakteristikos pavaizduotos 1 lentelėje. Čia matome, kad daugiau nei pusė tyrimo dalyvių turi aukštąjį išsilavinimą, turi sutuoktinį(-ę)/partnerį(-ę), gyvena mieste ar didmiestyje, dirba, bei gana lengvai suduria galą su galu kalbant apie finansinę padėtį.

1 lentelė. *Sociodemografinės tiriamųjų charakteristikos*

		N	Proc.
Išsilavinimas	Vidurinis, profesinis	15	17,4
	Aukštasis neuniversitetinis	20	23,3
	Aukštasis universitetinis	51	59,3
Šeiminė padėtis	Turi sutuoktinį(-ę)/partnerį(-ę), su kuriuo(-a) gyvena kartu	65	75,6
	Turi sutuoktinį(-ę)/partnerį(-ę), su kuriuo(-a) gyvena atskirai	7	8,1
	Šiuo metu neturi partnerio(-ės)	10	11,6
	Kita	4	4,7
Gyvenamoji vieta	Didmiestis	43	50,0
	Didmiesčio priemiestis ar užmiestis	8	9,3
	Miestas (rajonų centras)	24	27,9

	Miestelis	7	8,1
	Kaimiška vietovė ar kaimas	4	4,7
Užimtumas	Dirba	52	60,5
	Yra namų šeimininkė	4	4,7
	Nedirba	12	14
	Kita	18	20,9
Finansinė padėtis	Labai sunkiai	2	2,3
(Atsižvelgiant į bendras pajamas, namų ūkis suduria galą su galu...)	Sunkiai	23	26,7
	Gana lengvai	47	54,7
	Lengvai	14	16,3

Ligos veiksmų charakteristikos pavaizduotos 2 lentelėje. Iš čia matome, kad daugiau nei pusė tyrimo dalyvių patiria veiklos apribojimą dėl ligos, bei yra turėjusios tris ar daugiau intervencijų. Taip pat matome, kad daugiausia dalyvių serga I ar II vėžio stadija. Beveik pusė moterų šiuo metu yra remisijoje, ir panašiam kiekiui moterų šiuo metu taikomas aktyvus gydymas.

2 lentelė. *Ligos veiksmų charakteristikos*

		N	Proc.
Veiklos apribojimas	Stipriai apribotos	23	26,7
	Apribotos, bet nestipriai	48	55,8
	Neapribotos	15	17,4
Vėžio stadija	I	32	37,2
	II	39	45,3
	III	10	11,6
	IV	5	5,8
Mastektomija	Taip	31	36,0
	Ne	55	64,0
Lumpektomija	Taip	49	57,0
	Ne	37	43,0
Radioterapija	Taip	66	76,7

	Ne	20	23,3
Chemoterapija	Taip	62	72,1
	Ne	24	27,9
Hormonų terapija	Taip	60	69,8
	Ne	26	30,2
Taikytų intervencijų kiekis	1	4	4,7
	2	15	17,4
	3	34	39,5
	4	33	38,4
Būklė šiuo metu	Yra remisijoje	34	39,5
	Šiuo metu taikomas aktyvus gydymas	38	44,2
	Nėra remisijoje, bet ir aktyvus gydymas nėra taikomas	14	16,3

Atsižvelgus į tiriamųjų grupės specifiškumą, respondentėms surinkti buvo vykdoma netikimybinė atranka - renkama kvotinė neatsitiktinė imtis. Tyrimo dalyvės rinktos pasidalinus tyrimo anketos nuoroda socialinio tinklo „Facebook“ įvairiose grupėse, kurių pagrindas – onkologinėmis ligomis sergantys asmenys. Anketa pasidalinta keturiose tokiose grupėse, jų pavadinimai neatskleidžiami dėl tiriamųjų konfidencialumo užtikrinimo.

2.2 Tyrimo instrumentai

2.2.1. Potrauminis augimas

Potrauiminiam augimui įvertinti naudotas išplėstas Potrauminio augimo inventorių (*angl.* Posttraumatic Growth Inventory – Expanded, PTGI-X). Skalę sukūrė Tedeschi su kolegomis 2017 metais. Leidimas naudoti skalę gautas iš bendraautorius R. G. Tedeschi. Trumpesnę skalės versiją PTGI su 21 teiginiu į lietuvių kalbą vertė dr. Zuzana Vasiliauskaitė ir dr. Aistė Diržytė 2023 metais. Leidimas naudoti PTGI lietuvišką vertimą gautas iš dr. Zuzanos Vasiliauskaitės. Papildomus PTGI-X skalės 4 teiginius į lietuvių kalbą vertė doc. dr. Olga Zamalijeva ir Simona Babrauskaitė.

Skalę sudaro 25 teiginiai, kurie įvertinami nuo 0 iki 5 balų (0 – „nepatyriau pokyčio“, iki 5 – „patyriau labai didelį pokytį“. Teiginiai suskirstyti į penkias subskales (skliausteliuose skalės teiginio pavyzdys):

- Sąsaja su kitais – vertina gebėjimą formuoti gilesnį ryšį su kitais, gebėjimą prašyti pagalbos ir laisvai reikšti emocijas prie kitų žmonių („Jaučiu didesnį artumą kitiems“).
- Naujų galimybių matymas – vertina įkvėpimą keisti savo gyvenimą ir susidomėjimą naujais dalykais jame („Įgijau naujų interesų“).
- Asmeninės stiprybės - vertina jausmą, kad sugebėjai išgyventi tragišką įvykį ir dėl to labiau pasitiki savimi („Ėmiau labiau pasitikėti savimi“).
- Dvasinis pasikeitimas – vertina gilesnį ryšį su dvasingumu ar religija, arba bendrai harmoningesnį požiūrį į egzistencinius klausimus („Ėmiau geriau suvokti dvasinius dalykus“).
- Gyvenimo vertinimas – vertina naujai įgytą didesnį gyvenimo ir visų mažų dalykų vertingumą („Mano gyvenimas man įgavo didesnę vertę“).

Bendras potrauminio augimo balas gaunamas sudėjus visus balus ir iš jų išvedus vidurkį. Taip pat galima paskaičiuoti ir kiekvienos atskiros subskalės bendrą balą sudėjus subskalei priklausančius teiginius ir išvedus iš jos vidurkį. Kuo didesnis balas, tuo daugiau potrauminio augimo matome.

Originalios skalės patikimumas tikrintas trijose šalyse, vidinis skalės suderinamumas gautas Cronbach α nuo 0,95 iki 0,97 (Tedeschi et al., 2017). Lietuviškos skalės versijos patikimumas tikrintas vidinio suderinamumo būdu, gautas Cronbach α lygus 0,97 (Vasiliauskaitė, 2023). Šiame tyrime gautas bendros skalės Cronbach $\alpha = 0,96$, subskalių vidinio suderinamumo rodikliai pateikti 1 priede.

2.2.2. Depresiškumas

Depresiškumui įvertinti naudotas Paciento sveikatos klausimynas – 9 (*angl.* Patient Health Questionnaire – 9, PHQ-9). Originali skalė sukurta Kroenke et al. 2001 metais. Skalė yra laisvai prieinama, autoriai nurodo, kad norint naudoti skalę atskiro leidimo nereikia. Lietuviška skalės versija taip pat pateikiama laisvai prieinama (Montvidas, 2018).

PHQ-9 sudaro 9 teiginiai atitinkantys DSM-IV pateikiamus depresijos diagnostinius kriterijus. Keli iš teiginių: „Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus“ ar „Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)“. Kiekvieną pateiktą teiginį respondentas turi pažymėti vienu iš keturių pasirinkimų: „Visai nekamavo“, „Keletą dienų“, „Daugiau nei pusė iš visų dienų“, arba „Beveik kiekvieną dieną“, (atitinkamai įvertinant skaičiumi 0, 1, 2, ar 3). Bendras rezultatas skaičiuojamas susumavus visus balus – kuo didesnis skaičius, tuo didesnis depresiškumas.

Originalios skalės patikimumą autoriai nurodo vidinio suderinamumo metodu, kur Cronbach $\alpha = 0,89$ (Kroenke et al., 2001). Skalės patikimumas taip pat buvo nustatomas Lietuvoje, čia gautas Cronbach $\alpha = 0,86$; taip pat patvirtintas skalės struktūrinis validumas su patvirtinančiąja faktorine analize (Pranskeviciene et al., 2022). Šiame tyrime nustatant skalės patikimumą taip pat naudotas vidinio suderinamumo metodas, paskaičiuota ir gauta Cronbach $\alpha = 0,90$.

2.2.3. Dėmesingas įsisąmoninimas

Dėmesingam įsisąmoninimui įvertinti naudota Sukaupto dėmesio ir įsisąmoninimo skalė, kuri Žalytės ir kolegų išversta į lietuvių kalbą 2015 metais. Originali skalė vadinasi Mindful Attention Awareness Scale (MASS), sukurta Brown ir Ryan 2003 metais, bei yra autorių nurodyta kaip laisvai prieinama, ją leidžiama naudoti moksliniuose tyrimuose neprašant atskiro leidimo. Lietuviška skalės versija taip pat laisvai prieinama naudojimui, skalė ir leidimas naudoti gautas iš Giedrės Žalytės.

MASS skalė matuoja kiek dažnai individas patiria dėmesingo įsisąmoninimo būseną (matuoja patirties įsisąmoninimą ir pastabumą jai). Skalę sudaro 15 teiginių, tokių kaip: „Man sunku išlaikyti dėmesį sutelktą į tai, kas vyksta dabartyje“ ar „Daug ką atlieku paskubomis ir nesutelkiu dėmesio į tai, ką darau“. Kiekvieną pateiktą teiginį respondentas vertina Likerto skalėje vienu iš šešių pasirinkimų: „Beveik visada“, „Labai dažnai“, „Gana dažnai“, „Gana retai“, „Labai retai“, arba „Beveik niekada“, (atitinkamai įvertinami skaičiumi 1, 2, 3, 4, 5, arba 6). Bendras balas gaunamas susumavus visų teiginių įverčių sumą. Aukštesnis bendras įvertis reiškia polinkį dažniau patirti dėmesingo įsisąmoninimo būseną.

Originalios skalės patikimumas aprašytas autorių, jie nurodo skirtingose imtyse gaunamą vidinį suderinamumą, kur Cronbach α svyruoja nuo 0,8 iki 0,87 (Brown & Ryan, 2003). Lietuvoje taip pat tikrintas skalės patikimumas vidinio suderinamumo metodu, gautas Cronbach $\alpha = 0,87$ (Sladkevičiūtė ir Pakrošnis, 2020). Šiame tyrime nustatyta skalės Cronbach $\alpha = 0,91$.

2.2.4. Sociodemografiniai ir ligos kintamieji

Sociodemografinių ir ligos kintamųjų bloką sudaro 15 klausimų, apimantys šiuos sociodemografinius kintamuosius: amžių, išsilavinimą, šeiminių padėčių, gyvenamą vietą, užimtumą, finansinę padėtį; bei šiuos ligos kintamuosius: veiksnumą, diagnozės sužinojimo datą, vėžio stadiją, esamą būklę, bei atliktas medicininės intervencijas (žr. 2 priedą).

2.3 Tyrimo eiga

Pradžioje buvo atrinkti instrumentai, ir gauti leidimai juos naudoti, sukurtas sociodemografinis ir ligos veiksnių klausimynas. Tada internetinėje „Google forms“ platformoje sukurta anketa, ji platinta internetu ir savanoriškai pildyta respondentų toje pačioje platformoje. 3 priede pateikta anketos pradžios informacija apie tyrimą, apie išlaikomą anonimiškumą ir konfidencialumą, bei kur respondentės gali kreiptis, jeigu turi klausimų. Tyrimo dalyvės prieš pildant anketą buvo informuotos apie ką bus klausiama tyrimo metu, taip pat paminėta, jog bet kuriuo metu jos galėjo iš tyrimo pasitraukti. Perskaičiusios pradžios informaciją tyrimo dalyvės turėjo pažymėti, kad sutinka dalyvauti tyrime. Tuomet vienas po kito buvo pateikiami klausimai apie sociodemografinius ir ligos kintamuosius, pateikta Sukaupto dėmesio ir įsisaugonimo skalė, Potrauminio augimo klausimyno išplėsta versija, bei Paciento sveikatos klausimynas-9. Anketos pildymas vienai tyrimo dalyvei užtruko apie 10-15 minučių. Pabaigoje anketos tyrimo dalyvėms pateikti emocinės paramos linijos, bei krizių įveikimo centro kontaktai, tuo atveju, jeigu anketos pildymas būtų sukėlęs nemalonių emocinių išgyvenimų. Taip pat pasidalinta Nacionalinio vėžio instituto teikiamomis psichologinėmis paslaugomis. Anketa buvo atvira 2024m. lapkričio-gruodžio mėnesiais.

2.4 Duomenų analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta su SPSS 28.0 programa. Šia programa skaičiuoti prieš tai aprašyti skalių patikimumai vidinio suderinamumo būdu (*Cronbach α*). Taip pat buvo apskaičiuoti tiriamųjų amžiaus bei laiko, praėjusio nuo diagnozės sužinojimo vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai. Patikrintas skalių ir potrauminio augimo subskalių įverčių vidurkių pasiskirstymo normalumas pagal *Shapiro-Wilk* testą, imties asimetrijos koeficientą (*skewness*), imties eksceso koeficientą (*kurtosis*), bei vizualių histogramų įvertinimu. Potrauminio augimo skalei ir jos subskalėms, bei depresiškumo skalei naudoti neparametriniai kriterijai. Dėmesingo įsisaugonimo skalei naudoti parametriniai kriterijai.

Norint palyginti kintamųjų (potrauminio augimo ir jo subskalių, depresiškumo, bei dėmesingo įsisaugonimo) vidurkius pagal sociodemografinius ir ligos kintamuosius buvo naudojamas *ANOVA testas* parametriniams, bei *Kruskal-Wallis testas* neparametriniams kintamiesiems. Norint apskaičiuoti koreliacijas tarp kintamųjų, buvo panaudota *Spearman* ir *Pearson* koreliacijos. Moderacinei analizei panaudota tiesinė regresinė analizė.

3. REZULTATAI

3.1 Potrauminio augimo, dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo reikšmės

Paskaičiuota potrauminio augimo, jo subskalių, dėmesingo įsisąmoninimo, bei depresiškumo vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, minimalios ir maksimalios reikšmės, jos pateiktos 3 lentelėje. Matome, jog iš potrauminio augimo subskalių didžiausias vidurkis yra gyvenimo vertinimo subskalėje, o mažiausias vidurkis – naujų galimybių matymo subskalėje.

3 lentelė. *Potrauminio augimo, dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo reikšmės*

	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė
Potrauminis augimas	2,23	1,21	0,0	4,88
Asmeninės stiprybės (<i>sub</i>)	2,29	1,45	0,0	5,0
Sąsajos su kitais (<i>sub</i>)	2,11	1,23	0,0	5,0
Gyvenimo vertinimas (<i>sub</i>)	3,07	1,41	0,0	5,0
Naujų galimybių matymas (<i>sub</i>)	1,82	1,31	0,0	5,0
Dvasinis pasikeitimas (<i>sub</i>)	2,26	1,49	0,0	5,0
Dėmesingas įsisąmoninimas	57,63	14,44	24,0	90,0
Depresiškumas	9,53	6,49	0,0	26,0

Pastaba. (*sub*) – potrauminio augimo subskalė

3.2 Potrauminis augimas ir sociodemografiniai bei ligos veiksniai

Pirmuoju uždaviniu buvo siekiama įvertinti krūties vėžiu sergančių pacienčių potrauminį augimą, dėmesingą įsisąmoninimą ir depresiškumą pagal sociodemografinius ir ligos kintamuosius. Visų pirma buvo įvertinta, ar potrauminis augimas susijęs su sociodemografiniais ir ligos kintamaisiais. Potrauminio augimo vidurkiai palyginti pagal tokius sociodemografinius faktorius – išsilavinimą, šeiminę padėtį, gyvenamą vietą, užimtumą, finansinę padėtį; bei pagal tokius ligos faktorius – veiklos apribojimą, vėžio stadiją, taikytų intervencijų kiekį, dabartinę ligos būseną. Taip pat buvo įvertinta, ar amžius, bei diagnozės sužinojimo laikas koreliuoja su potrauminiu augimu.

Siekiant palyginti potrauminio augimo vidurkius minėtose srityse naudotas Kruskal-Wallis kriterijus. Minėtos koreliacijos buvo nustatomos pagal Spearman koreliaciją.

Potrauminio augimo vidurkiai nesiskyrė tarp skirtingų išsilavinimo grupių, $\chi^2(2) = 2,149$, $p = 0,342$; tarp skirtingų šeiminės padėties grupių, $\chi^2(3) = 5,696$, $p = 0,127$; tarp skirtingų gyvenamosios vietos grupių, $\chi^2(4) = 3,794$, $p = 0,435$; tarp skirtingų užimtumo grupių, $\chi^2(3) = 0,773$, $p = 0,856$; tarp skirtingų finansinės padėties grupių, $\chi^2(3) = 0,188$, $p = 0,979$; tarp skirtingų veiklos apribojimo grupių, $\chi^2(2) = 1,769$, $p = 0,413$; tarp skirtingų vėžio stadijos grupių, $\chi^2(3) = 0,802$, $p = 0,849$; tarp skirtingų dabartinės ligos būsenos grupių, $\chi^2(2) = 2,982$, $p = 0,225$; tarp skirtingų intervencijų kiekio grupių, $\chi^2(3) = 4,307$, $p = 0,230$.

Tikrinant, ar potrauminis augimas siejasi su amžiumi ir diagnozės sužinojimo laiku buvo naudojama Spearman koreliacija. Nustatyta, kad nėra reikšmingos koreliacijos tarp potrauminio augimo ir tiriamųjų amžiaus, $r = -0,128$, $p = 0,239$. Taip pat nėra reikšmingos koreliacijos tarp potrauminio augimo ir diagnozės sužinojimo laiko, $r = 0,142$, $p = 0,191$.

3.3 Depresiškumas ir sociodemografiniai bei ligos veiksniai

Tęsiant pirmą uždavinį, toliau buvo įvertinta, ar depresiškumas yra susijęs su sociodemografiniais ir ligos kintamaisiais. Depresiškumo vidurkiai palyginti pagal tokius sociodemografinius faktorius – išsilavinimą, šeiminę padėtį, gyvenamą vietą, užimtumą, finansinę padėtį; bei pagal tokius ligos faktorius – veiklos apribojimą, vėžio stadiją, taikytų intervencijų kiekį, dabartinę ligos būseną. Taip pat buvo vertinta, ar amžius, bei diagnozės sužinojimo laikas koreliuoja su depresiškumu.

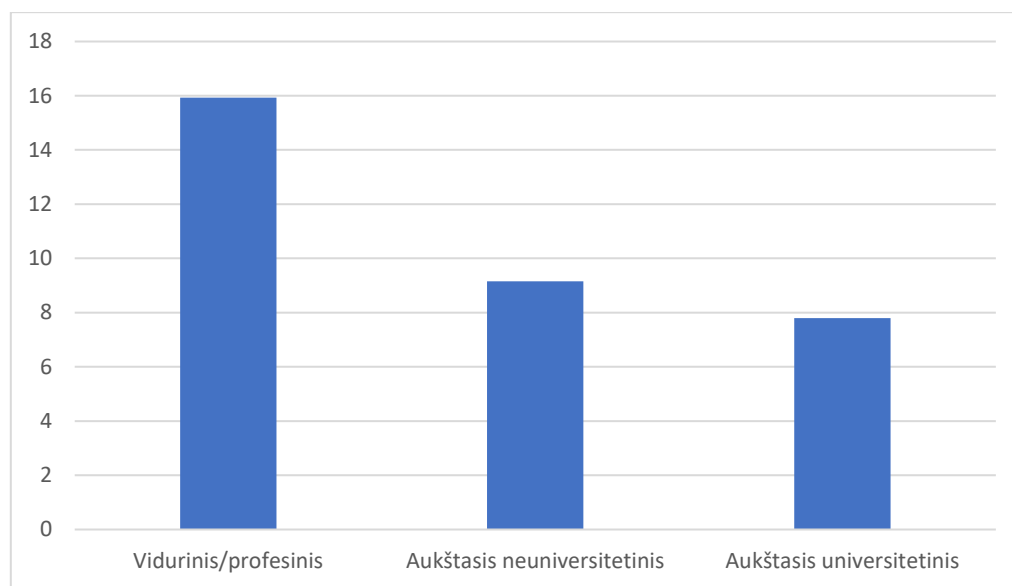
Siekiant palyginti depresiškumo vidurkius minėtose srityse naudotas Kruskal-Wallis kriterijus. Minėtos koreliacijos buvo nustatomos pagal Spearman koreliacijos koeficientą.

Depresiškumo vidurkiai nesiskyrė tarp skirtingų šeiminės padėties grupių $\chi^2(3) = 2,020$, $p = 0,568$; tarp skirtingų gyvenamosios vietos grupių, $\chi^2(4) = 3,109$, $p = 0,540$; tarp skirtingų užimtumo grupių, $\chi^2(3) = 6,415$, $p = 0,093$; tarp skirtingų vėžio stadijos grupių, $\chi^2(3) = 2,563$, $p = 0,464$; tarp skirtingų dabartinės ligos būsenos grupių, $\chi^2(2) = 1,317$, $p = 0,518$; tarp skirtingų intervencijų kiekio grupių, $\chi^2(3) = 1,303$, $p = 0,728$.

Depresiškumo vidurkiai skyrėsi tarp skirtingų **išsilavinimo** grupių, $\chi^2(2) = 14,094$, $p < 0,001$. Nustatyta, kad vidurinio ar profesinio išsilavinimo grupėje depresiškumas buvo didesnis negu aukštojo universitetinio ($p < 0,001$), ir aukštojo neuniversitetinio ($p = 0,045$) išsilavinimo grupėse. Tarp kitų išsilavinimo grupių depresiškumas reikšmingai nesiskyrė. 1 paveiksle galima matyti depresiškumo

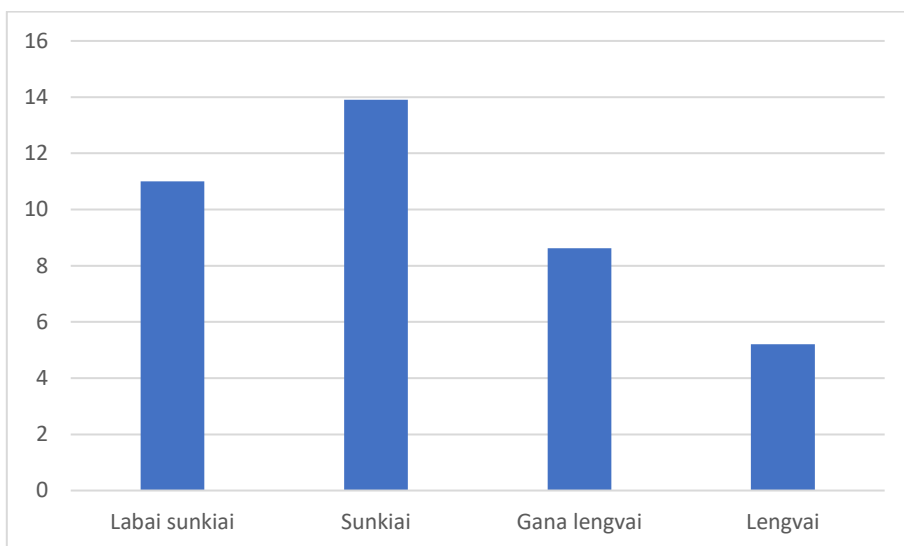
vidurkių palyginimų rezultatus pagal skirtingas išsilavinimo grupes – aukštojo universitetinio išsilavinimo grupėje $M = 7,8$, $SD = 5,33$, aukštojo neuniversitetinio išsilavinimo grupėje $M = 9,15$, $SD = 5,57$, vidurinio arba profesinio išsilavinimo grupėje $M = 15,93$, $SD = 7,57$.

1 pav. Depresiškumo vidurkių palyginimas skirtingose išsilavinimo grupėse



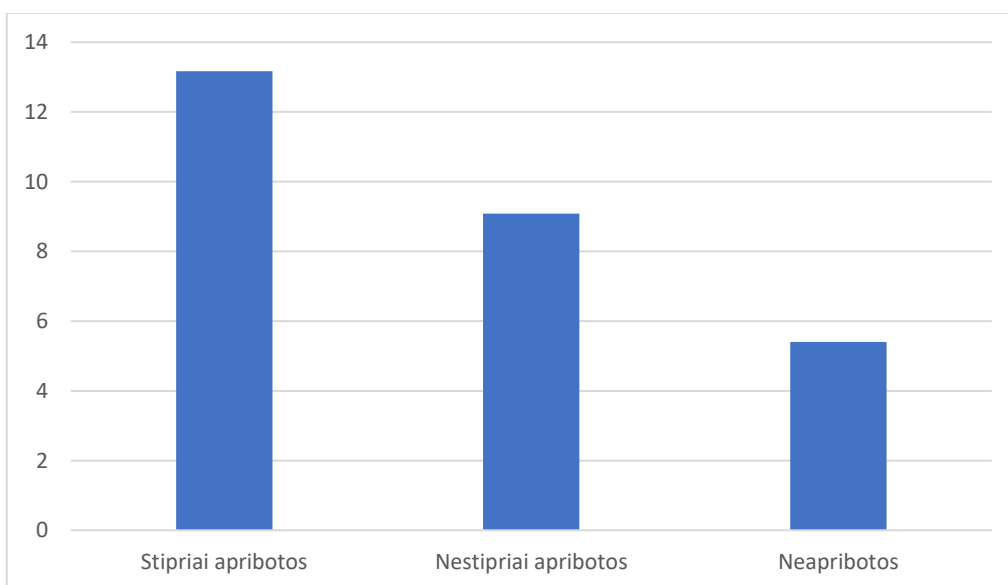
Depresiškumo vidurkiai skyrėsi tarp skirtingų **finansinės padėties** grupių, $\chi^2(3) = 17,394$, $p < 0,001$. Nustatyta, kad sunkios finansinės padėties grupėje depresiškumas yra reikšmingai didesnis negu lengvos ($p = 0,001$) ir gana lengvos ($p = 0,016$) finansinės padėties grupėse. Depresiškumas reikšmingai nesiskyrė tarp kitų finansinės padėties grupių. 2 paveiksle galima matyti depresiškumo vidurkių palyginimų rezultatus pagal skirtingas finansinės padėties grupes, apibūdintas kaip jų namų ūkis suduria galą su galu – „labai sunkiai“ grupėje $M = 11$, $SD = 1,41$, „sunkiai“ grupėje $M = 13,91$, $SD = 7,01$, „gana lengvai“ grupėje $M = 8,62$, $SD = 5,69$, „lengvai“ grupėje $M = 5,21$, $SD = 4,49$.

2 pav. Depresiškumo vidurkių palyginimas skirtingose finansinės padėties grupėse (pagal tai, kaip jų namų ūkis suduria galą su galu)



Depresiškumo vidurkiai skyrėsi tarp skirtingų **veiklos apribojimo** grupių, $\chi^2(2) = 12,475$, $p = 0,002$. Nustatyta, kad grupėje, kurioje veiklos galimybės yra stipriai apribotos depresiškumas yra reikšmingai didesnis negu grupėje, kuriose veiklos galimybės neapribotos ($p = 0,001$). Tarp kitų veiklos apribojimo grupių depresiškumas reikšmingai nesiskyrė. 3 paveiksle galima matyti depresiškumo vidurkių palyginimų rezultatus pagal skirtingas veiklos apribojimo grupes – stipriai apribotoje grupėje $M = 13,17$, $SD = 7,75$, nestipriai apribotoje grupėje $M = 9,08$, $SD = 5,36$, neapribotoje grupėje $M = 5,4$, $SD = 4,91$.

3 pav. Depresiškumo vidurkių palyginimas skirtingose veiklos galimybių apribojimo grupėse



Tikrinant, ar depresiškumas siejasi su amžiumi ir diagnozės sužinojimo laiku buvo naudojama Spearman koreliacija. Nustatyta, kad nėra reikšmingos koreliacijos tarp depresiškumo ir tiriamųjų amžiaus, $r = -0,196$, $p = 0,070$. Taip pat nėra reikšmingos koreliacijos tarp depresiškumo ir diagnozės sužinojimo laiko, $r = 0,025$, $p = 0,819$.

3.4 Dėmesingas įsisąmoninimas ir sociodemografiniai bei ligos veiksniai

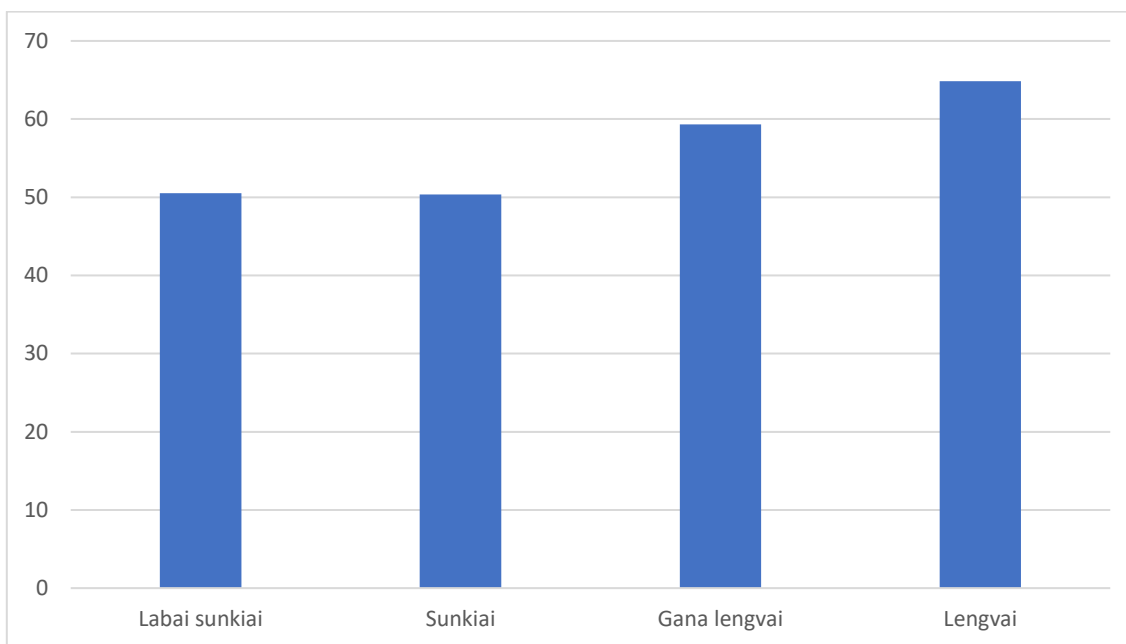
Toliau tęsiant pirmą uždavinį, buvo įvertinta, ar dėmesingas įsisąmoninimas yra susijęs su sociodemografiniais ir ligos kintamaisiais. Dėmesingo įsisąmoninimo vidurkiai palyginti pagal tokius sociodemografinius faktorius – išsilavinimą, šeiminių padėčių, gyvenamą vietą, užimtumą, finansinę padėtį; bei pagal tokius ligos faktorius – veiklos apribojimą, vėžio stadiją, taikytų intervencijų kieki, dabartinę ligos būseną. Taip pat buvo įvertinta, ar amžius, bei diagnozės sužinojimo laikas koreliuoja su dėmesingu įsisąmoninimu.

Siekiant palyginti dėmesingo įsisąmoninimo vidurkius pagal išsilavinimą naudotas ANOVA, o kitose minėtose srityse naudotas Kruskal-Wallis kriterijus. Minėtos koreliacijos buvo nustatomos pagal Spearman ir Pearson koreliacijos koeficientus.

Dėmesingo įsisąmoninimo vidurkiai nesiskyrė tarp skirtingų išsilavinimo grupių, $F(2) = 0,614$, $p = 0,544$; tarp skirtingų šeiminių padėties grupių $\chi^2(3) = 7,629$, $p = 0,054$; tarp skirtingų gyvenamosios vietos grupių, $\chi^2(4) = 1,458$, $p = 0,834$; tarp skirtingų užimtumo grupių, $\chi^2(3) = 3,791$, $p = 0,285$; tarp skirtingų veiklos apribojimo grupių, $\chi^2(2) = 4,437$, $p = 0,109$; tarp skirtingų dabartinės ligos būsenos grupių, $\chi^2(2) = 0,516$, $p = 0,773$; tarp skirtingų intervencijų kiekio grupių, $\chi^2(3) = 5,313$, $p = 0,150$.

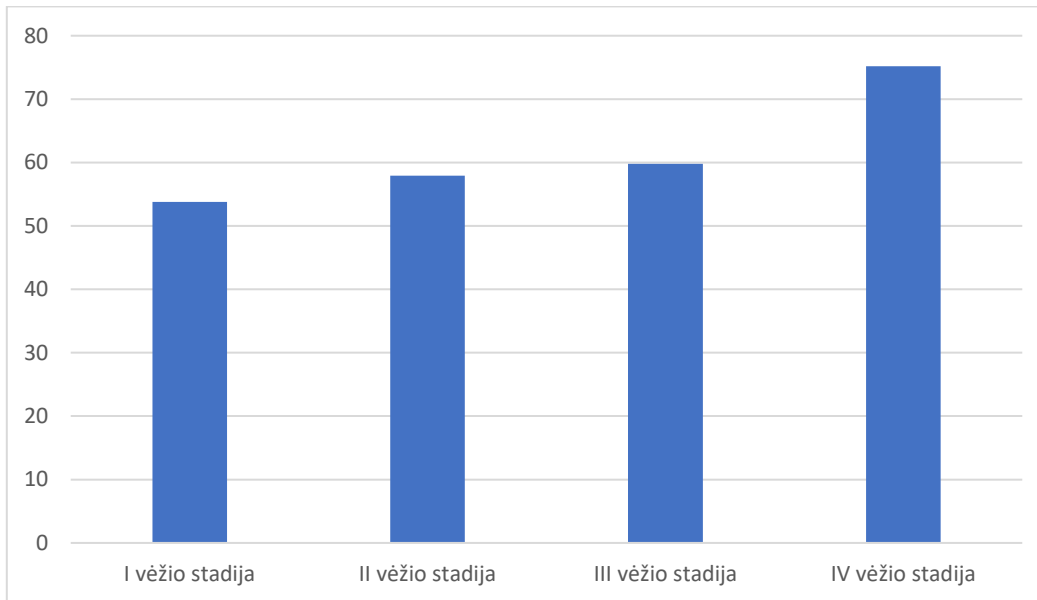
Dėmesingo įsisąmoninimo vidurkiai skyrėsi tarp skirtingų **finansinės padėties** grupių, $\chi^2(3) = 10,075$, $p = 0,018$. Nustatyta, kad lengvos finansinės padėties grupėje dėmesingas įsisąmoninimas yra reikšmingai didesnis negu sunkios ($p = 0,019$) finansinės padėties grupėse. Dėmesingas įsisąmoninimas reikšmingai nesiskyrė tarp kitų finansinės padėties grupių. 4 paveiksle galima matyti dėmesingo įsisąmoninimo vidurkių palyginimų rezultatus pagal skirtingas finansinės padėties grupes, apibūdintas kaip jų namų ūkis suduria galą su galu – „labai sunkiai“ grupėje $M = 50,5$, $SD = 12,02$, „sunkiai“ grupėje $M = 50,35$, $SD = 14,86$, „gana lengvai“ grupėje $M = 59,34$, $SD = 13,74$, „lengvai“ grupėje $M = 64,86$, $SD = 11,91$.

4 pav. Dėmesingo įsisąmoninimo vidurkių palyginimas skirtingose finansinės padėties grupėse (pagal tai, kaip jų namų ūkis suduria galą su galu)



Dėmesingo įsisąmoninimo vidurkiai skyrėsi tarp skirtingų **vėžio stadijos** grupių $\chi^2(3) = 10,308$, $p = 0,016$. Nustatyta, kad IV vėžio stadijos grupėje dėmesingas įsisąmoninimas yra reikšmingai didesnis negu I vėžio stadijos grupėje ($p = 0,011$). Dėmesingas įsisąmoninimas reikšmingai nesiskyrė tarp kitų vėžio stadijos grupių. 5 paveiksle galima matyti dėmesingo įsisąmoninimo vidurkių palyginimų rezultatus pagal skirtingas vėžio stadijos grupes – I vėžio stadijos grupėje $M = 53,81$, $SD = 14,4$, II vėžio stadijos grupėje $M = 57,95$, $SD = 13,65$, III vėžio stadijos grupėje $M = 59,8$, $SD = 14,26$, IV vėžio stadijos grupėje $M = 75,2$, $SD = 8,98$.

5 pav. Dėmesingo įsisąmoninimo vidurkių palyginimas skirtingose vėžio stadijų grupėse



Tikrinant, ar dėmesingas įsisąmoninimas siejasi su amžiumi, buvo naudojama Pearson koreliacija, o ar siejasi su diagnozės sužinojimo laiku buvo naudojama Spearman koreliacija. Nustatyta, kad nėra reikšmingos koreliacijos tarp dėmesingo įsisąmoninimo ir tiriamųjų amžiaus, $r = 0,004$, $p = 0,968$. Taip pat nėra reikšmingos koreliacijos tarp dėmesingo įsisąmoninimo ir diagnozės sužinojimo laiko, $r = 0,072$, $p = 0,508$.

3.5 Potrauminio augimo, depresiškumo ir dėmesingo įsisąmoninimo tarpusavio sąsajos

Antruoju uždaviniu buvo siekiama įvertinti ryšius tarp potrauminio augimo, dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo. Siekiant tai įvertinti buvo apskaičiuotos Spearman koreliacijos tarp minimų konstrukto, įtraukiant ir potrauminio augimo subskales. Iš 4 lentelės matome, jog vienintelė reikšminga koreliacija tarp šių konstrukto yra tai, jog depresiškumas turi vidutinio stiprumo neigiamą koreliaciją su dėmesingu įsisąmoninimu ($r = -0,31$, $p < 0,001$). Statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp potrauminio augimo ir depresiškumo, arba potrauminio augimo ir dėmesingo įsisąmoninimo nebuvo rasta. Atskiros potrauminio augimo subskalės taip pat neparodė reikšmingo ryšio su depresiškumu ar dėmesingu įsisąmoninimu.

4 lentelė. *Potrauminio augimo (bei jo subskalių), depresiškumo ir dėmesingo įsisąmoninimo koreliacijos*

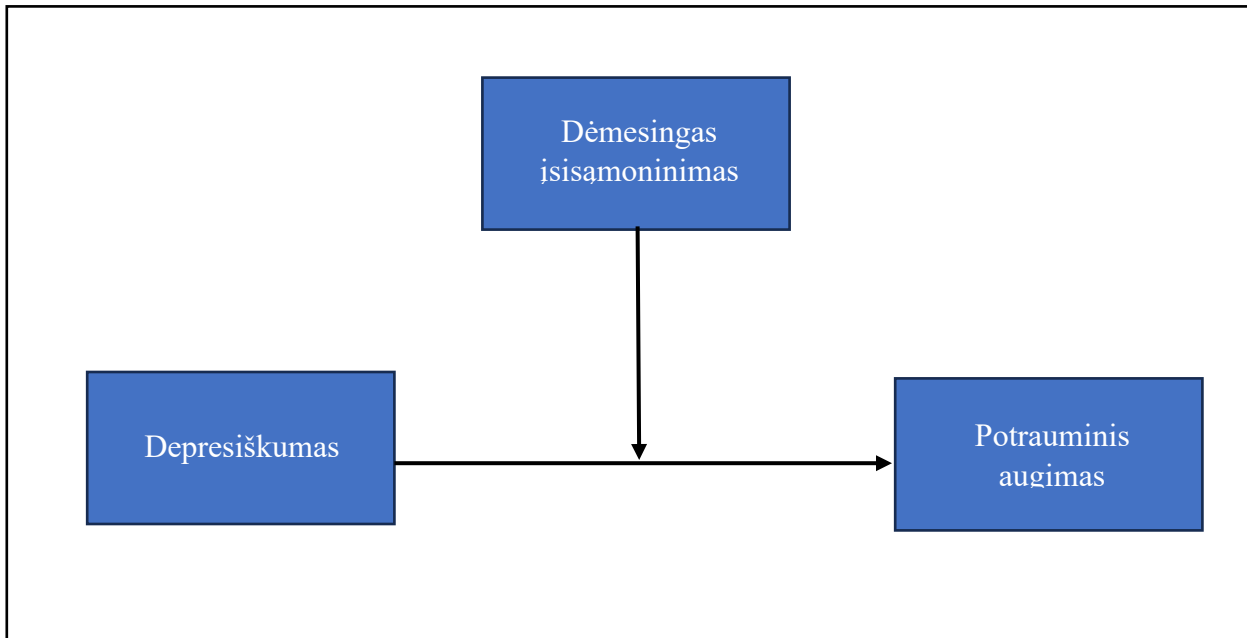
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Potrauminis augimas	-							
2. Asmeninės stiprybės (<i>sub</i>)	0,90*	-						
3. Sąsajos su kitais (<i>sub</i>)	0,89*	0,76*	-					
4. Gyvenimo vertinimas (<i>sub</i>)	0,79*	0,67*	0,63*	-				
5. Naujų galimybių matymas (<i>sub</i>)	0,86*	0,77*	0,72*	0,68*	-			
6. Dvasinis pasikeitimas (<i>sub</i>)	0,90*	0,78*	0,74*	0,63*	0,68*	-		
7. Depresiškumas	0,07	-0,08	0,07	0,17	0,01	0,13	-	
8. Dėmesingas įsisąmoninimas	0,05	0,07	0,16	-0,09	0,01	0,02	-0,31*	-

Pastabos. * $p < 0,001$, (*sub*) – potrauminio augimo subskalė

3.6 Moderacinė analizė

Paskutiniu tyrimo uždaviniu buvo siekta įvertinti dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo sąveikos reikšmę potrauminiam augimui. Norint įvykdyti uždavinį buvo pasitelkta moderacinė analizė – tikrinome, ar dėmesingas įsisąmoninimas moderuoja ryšį tarp depresiškumo ir potrauminio augimo (6 pav.)

6 pav. Moderacinės analizės modelis



Naudota tiesinė regresija, kurioje nepriklausomais kintamaisiais buvo depresiškumas, dėmesingas įsisąmoninimas, bei jų sandauga (depresiškumas*dėmesingas įsisąmoninimas), o priklausomu kintamuoju buvo potrauminis augimas. Atliktoje tiesinėje regresinėje analizėje multikolinearumo nenustatyta ($VIF < 4$), taip pat nenustatyta ir daugiamačių išskirčių (Kuko matas < 1). Imties dydis ($N = 86$) yra pakankamai didelis vykdyti regresiją su trimis nepriklausomais kintamaisiais. Potrauminio augimo – priklausomojo kintamojo – įverčių vidurkis normaliai pasiskirstęs, taip pat yra tiesinis ryšys tarp priklausomo ir nepriklausomų kintamųjų, taigi atlikti regresinę analizę prasminga. 5 lentelėje matome regresinės analizės rezultatus. Galima pastebėti, kad nepriklausomi kintamieji paaiškina tik 0,6% priklausomojo kintamojo dispersijos ($R^2 = 0,006$). Nei depresiškumas, nei dėmesingas įsisąmoninimas, nei jų sandauga neprognozuoja potrauminio augimo ($F(3, 82) = 0,162, p = 0,922$).

5 lentelė. *Potrauminį augimą prognozuojantys veiksniai*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	Potrauminis augimas				
	<i>Beta</i> (<i>β</i>)	<i>p</i>			
Depresiškumas	0,06	0,601	0,162	0,922	0,006
Dėmesingas įsisąmoninimas	0,063	0,586			
Depresiškumas* dėmesingas įsisąmoninimas	-0,022	0,843			

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiuo tyrimu buvo siekta išanalizuoti krūties vėžiu sergančių moterų potrauminio augimo, dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo sąsajas. Gauti rezultatai parodė, kad depresiškumas ir dėmesingas įsisąmoninimas neprognozuoja potrauminio augimo ir su juo nesisieja, tačiau dėmesingas įsisąmoninimas neigiamai siejasi su depresiškumu. Potrauminis augimas nesiskiria skirtingų ligos ir sociodemografinių kintamųjų grupėse. Didesnis depresiškumas matomas mažesnio išsilavinimo ir prastesnės finansinės padėties grupėse, bei kuomet veiklos galimybės stipriai apribotos depresiškumas yra didesnis, negu mažesnio veiklos apribojimo grupėse. Gauta ir tai, kad dėmesingas įsisąmoninimas yra didesnis esant lengvai finansinei padėčiai, bei IV vėžio stadijos grupėje jis didesnis negu I vėžio stadijos grupėje. Toliau bus smulkiau aptarti gauti rezultatai.

Šiame tyrime buvo nustatyta, kad potrauminis augimas nesiskiria skirtingose sociodemografinių veiksmų grupėse. Potrauminis augimas nepriklausė nuo tiriamųjų amžiaus, išsilavinimo, šeiminės padėties, gyvenamos vietos, užimtumo, bei finansinės padėties. Tokie rezultatai iš dalies sutampa su kitų tyrėjų gautais rezultatais. Baglama ir Atak (2015), bei Svetina ir Nastran (2012) nagrinėję krūties vėžiu sergančias pacientes, taip pat nerado sąsajų tarp potrauminio augimo ir moters amžiaus, išsilavinimo ar šeiminės padėties. Baglama ir Atak (2015) šį sąsajų nebuvimą aiškina tuo, jog susirgimas krūties vėžiu yra pakankamai reikšmingas įvykis, kuris iššaukia universalų potrauminį augimą, nepriklausantį nuo kitų gyvenimo aplinkybių. Chan su kolegomis (2011) taip pat nerado ryšio tarp potrauminio augimo ir amžiaus bei šeiminės padėties, tačiau įvertino, jog didesnis išsilavinimas siejasi su didesniu potrauminiu augimu. Chan ir kolegų (2011) tyrimas buvo atliktas Kinijoje, kur išsilavinimo reikšmė dėl kultūrinių skirtumų yra kitokia negu Lietuvoje, o tai ir galėjo lemti nesutampančius rezultatus. Reikėtų įvertinti ir tai, jog šiame tyrime didesnė dalis tiriamųjų turėjo aukštąjį išsilavinimą, taigi skirtumus tarp išsilavinimo grupių reikėtų vertinti atsargiai. Mystakidou ir kolegų (2008) tyrimas rado, jog jaunesnis amžius ir partnerio turėjimas visgi siejasi su didesniu potrauminiu augimu, kas nesutapo su mūsų gautais rezultatais. Autoriai aiškina savo rezultatus tuo, kad jaunesnės moterys galimai patiria daugiau streso dėl diagnozės, nes jų ateities planai dėl diagnozės keičiasi stipriau, negu vyresnėms moterims, o tai gali ir iššaukti didesnį potrauminį augimą. Minima, kad partnerio turėjimas gali paskatinti pagalbos prašymą, bei didesnę emocijų išraišką, kas gali irgi vesti prie augimo patyrimo. Svetina ir Nastran (2012) savo tyrime nerado, jog potrauminis augimas skirtųsi priklausomai nuo šeiminės padėties ir tai pagrįstai aiškina tuo, kad faktinė šeimos sudėtis ir neturėtų turėti įtakos potrauminiui augimui – žymiai svarbiau yra emociniai ryšiai tarp artimų žmonių ir saugios erdvės tuose ryšiuose turėjimas. Tolesniuose tyrimuose vertėtų į tai atsižvelgti ir vertinti ne tik faktinę šeimos sudėtį, bet ir santykių kokybę. Be to, tai yra

racionalus paaiškinimas, dėl ko sociodemografinė žmogaus aplinka gali neturėti sąsajų su potrauminio augimo išsivystymu. Juk vien pagal Tedeschi ir Calhoun (1995) teoriją, potrauminis augimas yra labiau apie santykį su savimi, kitais ir gyvenimu, kas yra labiau apie subjektyvų ryšio patyrimą, o ne apie objektyvius sociodemografinius faktus.

Potrauminis augimas taip pat nesiskyrė priklausomai nuo ligos kintamųjų - veiklos apribojimo, vėžio stadijos, taikytų intervencijų kiekio, dabartinės ligos būsenos, bei diagnozės sužinojimo laiko. Chan ir kolegės (2011), bei Cordova ir kolegės (2007) taip pat rado, kad laikas, praėjęs nuo diagnozės sužinojimo, vėžio stadija, bei skirtingi gydymo metodai nelėmė potrauminio augimo skirtumų. Cordova su kolegomis (2007) šiuos kintamuosius ir įvardino kaip objektyvius rodiklius, kas vėlgi pagrindžia idėją, jog toks reiškinyss kaip potrauminis augimas labiau priklauso ne nuo objektyvių, o nuo subjektyvių kintamųjų - t.y. tai kaip žmogus vertina savo ligą, suvokia jos ypatumus, įskaitant kontroliuojamumą arba keliamą pavojų, bei kaip vertina įvairius gydymo aspektus, nepriklausomai nuo realių minėtų elementų charakteristikų. Visgi kituose tyrimuose rezultatai rodo priešingai. Brix ir kolegų (2013) tyrime laikas, praėjęs nuo diagnozės sužinojimo, yra tiesiogiai susijęs su potrauminiu augimu – toks rezultatas būtų tikėtinas turint omenyje, kad, pagal Tedeschi ir kolegas (2018), potrauminiui augimui išsivystyti reikalingas didesnis laiko tarpas. Brix ir kolegų (2013) tyrime tolimesnė vėžio stadija, bei mastektomija taip pat siejosi su didesniu potrauminiu augimu – toks rezultatas galimas ir dėl to, kad autoriai čia tyrė specifškai vyresnio amžiaus moteris, ir tokia specifinė imtis galėjo turėti įtakos neįprastiems rezultatams.

Šiame tyrime potrauminis augimas nesisiejo su depresiškumu. Jokių sąsajų tarp potrauminio augimo bei depresiškumo nerado ir Groarke su kolegomis (2015), kurie tyrė krūties vėžio pacientės net penkiais laiko tarpais – diagnozės metu, po 3, 6, 12 ir 18 mėnesių nuo diagnozės. Jie įvardina, kad potrauminį augimą skatino ne depresiškumas, o konkrečiai su onkologine liga susijęs stresas. Sąsajų tarp depresiškumo ir potrauminio augimo taip pat nerado Soo ir Sherman (2015), jų tyrime potrauminis augimas teigiamai siejosi su instrumentine ruminacija, kurią apibūdina kaip sąmoningą mąstymą apie savo situaciją ir fokusą į problemų sprendimą. Kanat ir Ozpolat (2021) taip pat nerado sąsajų tarp šių konstrukto. Jie pastebėjo, kad moterys, po ligos išvysčiusios potrauminio streso sutrikimą, turėjo žymiai mažiau potrauminio augimo, o tai vėl veda prie minties, kad ne patiriamų simptomų dydis, o tai, kaip sekasi su stresu tvarkytis, gali nurodyti kiek potrauminio augimo galima tikėtis. Atsižvelgiant į tokius praeitų tyrimų rezultatus galima svarstyti, kad potrauminį augimą skatina ne kiek sukrėtimo dydis, bet kokias įveikos strategijas žmogus naudoja tvarkydamasis su patiriamu stresoriumi. Panašu, kad vien depresiniai simptomai nebūtinai nurodo potrauminio augimo trajektoriją. Kita galima priežastis, dėl ko tarp potrauminio augimo ir depresiškumo nėra sąsajų tai, kad mūsų imtis surinkta iš moterų,

priklausančių onkologinėms grupėms socialiniuose tinkluose, kas galėjo joms būti kaip resursas, padedantis susitvarkyti su liga. Iš tikrųjų dalyvavimas kokioje nors socialinės paramos grupėje sergant krūties vėžiu sumažina depresiškumą (Wang et al., 2021). Pagal Tedeschi ir kolegas (2018) potrauminio augimui išsivystyti reikalingas pakankamai didelis sukrėtimas, o šiame tyrime neturime duomenų, kaip iš tikrųjų reagavo tiriamosios diagnozės sužinojimo metu. Galbūt ligos žinia joms nebuvo tiek sukrečiama, kad išvystytų pakankamai depresinių simptomų ir dėl to nematome depresiškumo sąsajos su potrauminiu augimu.

Šiame tyrime potrauminis augimas neturėjo sąsajų su dėmesingu įsisąmoninimu. Tiesioginės sąsajos tarp šių konstrukto nerado ir Dahabre su kolegomis (2024), taip pat tyrę moteris su krūties vėžiu. Jų tyrime ryšį tarp dėmesingo įsisąmoninimo ir potrauminio augimo medijavo pozityvus požiūris į ligą ir pozityvios emocijos. Taigi gali būti, kad krūties vėžio atveju dėmesingas įsisąmoninimas skatina potrauminį augimą ne tiesiogiai, o per kitus reiškinius. Įdomu tai, jog tiriant bendrai vėžines ligas randamas teigiamas dėmesingo įsisąmoninimo ir potrauminio augimo ryšys (An et al., 2023; Lianchao & Tingting, 2020). Toks rezultatų skirtumas tarp krūties vėžio ir bendrai vėžinių ligų pacientų gali būti nebūtinai dėl kitokio ligos pobūdžio, bet dėl lyties skirtumų. Gali būti, kad mechanizmai, kurie veikia potrauminį augimą per dėmesingą įsisąmoninimą skiriasi tarp vyrų ir moterų. Iš tikrųjų Zernicke su kolegomis (2016) pastebėjo, jog po dėmesingo įsisąmoninimo intervencijos vyrams nustatytas reikšmingesnis potrauminio augimo padidėjimas negu moterims.

Šiame tyrime depresiškumas skyrėsi skirtingo išsilavinimo ir finansinės padėties grupėse, tačiau nesiskyrė pagal kitus sociodemografinius kintamuosius. Buvo įvertinta, kad depresiškumas vidurinio ar profesinio išsilavinimo grupėje didesnis negu aukštojo universitetinio ir aukštojo neuniversitetinio išsilavinimo grupėse. Cohee ir kolegų (2016) tyrime taip pat išryškėjo, jog depresiškumas yra labiau išreikštas mažesnio išsilavinimo grupėje. Visgi kiti tyrimai nurodo, jog depresiškumas nepriklauso nuo išsilavinimo krūties vėžiu sergančiųjų imtyje (Benallel et al., 2023; Soqia et al., 2022). Šiame tyrime taip pat įvertinta, kad sunkios finansinės padėties grupėje depresiškumas yra didesnis negu lengvos ir gana lengvos finansinės padėties grupėse. Tokius pačius rezultatus gavo ir Dadheech su kolegomis (2023), išskyrę krūties vėžiu sergančias tiriamąsias į tris finansinės padėties grupes. Mūsų tyrimo imtyje didesnę depresiškumą patiria mažesnio išsilavinimo ir prastesnės finansinės padėties grupės, o šie veiksniai gali būti susiję tarpusavyje - nebūtinai tik išsilavinimo lygis ar tik finansinė padėtis susijusi su depresiškumu, bet bendra šių veiksnių sąveika. Tokius pačius rezultatus ir jų aiškinimą išskyrė Kakhniashvili su kolegomis (2025), kurių tyrime buvo nustatyta, kad tiek sunkesnė finansinė padėtis, tiek mažesnis išsilavinimo lygis siejasi su didesniais depresijos simptomais. Juk turint aukštesnį išsilavinimą yra daugiau galimybių turėti geresnę finansinę padėtį, o tai gali vesti prie daugiau išteklių tvarkytis su liga ir

jų pasekmėmis – tuomet ir depresinių simptomų tikimybė mažėja. Depresiškumas mūsų tyrime nesiskiria priklausomai nuo amžiaus, tokie rezultatai randami ir Thakur ir kolegų (2019) tyrime. Visgi kiti tyrimai randa, jog kuo vyresnis moters amžius, tuo mažesni depresiškumo simptomai (Benallel et al., 2023; Breidenbach et al., 2022) – autoriai aiškina, jog jaunos moterys labiau susirūpinusios dėl šeimos kūrimo ir vaikų auginimo, bei bendrai ateities perspektyvų, ir to pasekoje patiria daugiau depresiškumo. Gali būti, kad mūsų tyrime nebuvo pakankamai jauno amžiaus tiriamųjų, kad gautume depresiškumo rezultatų skirtumą. Mūsų tyrime partnerio turėjimas nesisiejo su depresiškumu. Tokį rezultatą gavo ir Benallel su kolegomis (2023), bei Breidenbach su kolegomis (2022) savo tyrimuose – visgi tokiems rezultatams galėjo turėti įtakos tai, kad tiek šiuose, tiek mūsų tyrime didžioji dalis tiriamųjų turėjo partnerius, ir yra nepakankamai duomenų daryti platesnius palyginimus.

Kalbant apie depresiškumo skirtumus pagal ligos kintamuosius, nustatyta jog moterims, kurių veiklos galimybės stipriai apribotos, depresiškumas yra didesnis, negu mažesnio veiklos apribojimo grupėse. Depresiškumas nesiskyrė pagal kitus ligos kintamuosius. Tokie rezultatai gali reikšti, kad kuo didesnės ligos pasekmės kasdienybei ir galimybėms, tuo žmogus jaučiasi labiau apribotas, izoliuotas, ir iš tokių pasikeitusių aplinkybių gali išsivystyti depresiniai simptomai. Borojevič ir kolegų (2024) tyrime pastebėta, kad darbinės veiklos galimybės neigiamai siejasi su depresiškumu – kuomet moters darbinė veikla apribota, galima svarstyti, jog ji patiria stipresnius ligos simptomus, kas irgi gali vesti prie neigiamų išgyvenimų, tokių kaip depresiškumas. Gebėjimas pasirūpinti savimi, dar viena veiklos galimybių sritis, taip pat neigiamai siejasi su depresiškumu (Tang et al., 2024). Suprantama, kad gebėjimas pasirūpinti savo reikmėmis patenkina autonomijos ir kompetencijos poreikius, o tai gali būti kaip apsauginiai veiksniai nuo neigiamų išgyvenimų, tame tarpe ir depresiškumo. Laikas, praėjęs nuo diagnozės, vėžio stadija, bei intervencijų kiekis neturėjo įtakos depresiškumui, kaip ir Thakur ir kolegų (2019) tyrime – kadangi vėžinės ligos yra labai sudėtingos, pavieniai ligos veiksniai gali neturėti įtakos depresiškumo pasireiškimui.

Įvertinta, kad dėmesingas įsisąmoninimas skyrėsi skirtingos finansinės padėties ir skirtingos vėžio stadijos grupėse, tačiau nesiskyrė pagal kitus sociodemografinius ir ligos kintamuosius. Mūsų tyrime lengvos finansinės padėties grupėje dėmesingas įsisąmoninimas yra didesnis negu sunkios finansinės padėties grupėje. Kadangi tyrimų, kuriuose vertinamas krūties vėžiu sergančių pacienčių dėmesingas įsisąmoninimas, beveik nėra, verta atkreipti dėmesį į tyrimus, nagrinėjančius bendrai dėmesingo įsisąmoninimo raišką. Padhi ir kolegų (2024) tyrime skirtingos finansinės padėties grupės neturėjo skirtingai išreikšto dėmesingo įsisąmoninimo bruožo. Šis tyrimas atliktas su Indijos populiacija, kurios tradicijos ir vertybės ryškiai skiriasi nuo Lietuvos vertybių, o tai gali lemti skirtingą finansinės padėties reikšmę, ir tuo pačiu skirtingus rezultatus. Kitame tyrime, kur dėmesingas įsisąmoninimas buvo

išskaidytas į penkis smulkesnius bruožus, rasta, jog geresnė finansinė padėtis siejosi su didesniu nereagavimu į patirtį ir didesniu apibūdinimu, tačiau mažesniu stebėjimu (Sugiura & Sugiura, 2018). Tai parodo, jog norint paaiškinti finansinės padėties reikšmę dėmesingo įsisąmoninimo išraiškai, verta šį bruožą nagrinėti per jo smulkesnes dalis. Mūsų gautas rezultatas gali reikšti, kad lengvesnė finansinė padėtis duoda daugiau resursų krūties vėžiu sergančioms pacientėms skirti sąmoningą dėmesį savo patirčiai, o turint sunkesnę finansinę padėtį tą padaryti yra sudėtingiau. Šiame tyrime buvo rasta, jog IV vėžio stadijos grupėje dėmesingas įsisąmoninimas yra reikšmingai didesnis negu I vėžio stadijos grupėje. Krūties vėžio stadijos reikšmę dėmesingam įsisąmoninimui tyrė ir Tamagawa su kolegomis (2013), kur taip pat tirtos krūties vėžiu sergančios pacientės, tačiau šioje imtyje tirtos tik I, II ir III vėžio stadijos pacientės. Minėtame tyrime dėmesingas įsisąmoninimas nesiskyrė tarp vėžio stadijų, tarp šių stadijų nesiskyrė ir mūsų tyrime. Galima interpretuoti, kad IV vėžio stadija yra sunkiausia ir vedanti prie gyvenimo pabaigos pamąstymų, dėl ko kuo dėmesingiau pradedama būti esamame momente ir jį dar labiau vertinti.

Toliau buvo tiriama, kaip depresiškumas siejasi su dėmesingu įsisąmoninimu ir rasta vidutinio stiprumo neigiamą sąsają. Reangsing ir kolegų (2023) 19 tyrimų metaanalizėje nagrinėjo, kokią depresiškumo pokytį atneša dėmesingu įsisąmoninimu grįstos intervencijos krūties vėžiu sergančioms pacientėms – daugumoje tyrimų depresiškumas ženkliai sumažėjo. Nors minėtoje metaanalizėje kalbama apie intervencijų poveikį, tačiau žinome, jog tokios intervencijos taip pat padidina ir dėmesingo įsisąmoninimo bruožo išraišką (Kiken et al., 2015). Taigi mūsų gautas rezultatas sutampa su literatūra. Vėžinėmis ligomis sergantieji, turintys stipresnį dėmesingo įsisąmoninimo bruožą, gali greičiau pastebėti savo neigiamas mintis ir jausmus, juos priimti ir nesileisti į ruminavimą, taip sumažinant depresinių simptomų išraišką (Ellis et al., 2014). Lygiai taip pat vėžiu sergantys pacientai, turintys stipresnį dėmesingo įsisąmoninimo bruožą, geba labiau priimti savo esamą situaciją, taip sumažinantys suvokiamą stresą, o to pasekoje ir depresijos lygį (Liu et al., 2019).

Šiame tyrime įvertinta, kad dėmesingas įsisąmoninimas nemoderuoja ryšio tarp depresiškumo ir potrauminio augimo. Taip pat, nei dėmesingas įsisąmoninimas, nei depresiškumas neprognozavo potrauminio augimo. Omid su kolegomis (2017), tyrė vėžinius pacientus pastebėjo, jog kai kurie dėmesingo įsisąmoninimo komponentai, tokie kaip stebėjimas, nereagavimas į vidines patirtis ir apibūdinimas teigiamai prognozuoja potrauminį augimą. Gali būti, kad tokio rezultato šiame tyrime negavome, nes bendras dėmesingo įsisąmoninimo bruožas nebūtinai prognozuoja potrauminį augimą, o taip pat kiti mechanizmai gali veikti būtent krūties vėžio pacientėms. Xu ir kolegų (2018) tyrime, buvo taikyta tokia pati moderacija kaip ir mūsų tyrime ir pastebėta, jog aukšto dėmesingo įsisąmoninimo asmenims depresija teigiamai siejosi su potrauminiu augimu, o asmenims su mažu dėmesingu

įsisąmoninimu tokia sąsaja nepastebėta. Žinoma, minėto tyrimo imtis skyrėsi nuo mūsų – ten buvo tirti tornado išgyvenę asmenys, tuo atveju gebėjimas dėmesingai įvertinti savo stresinę patirtį yra kitoks, nes tornado išgyvenimas yra vienkartinis praeinantis įvykis, tuo tarpu vėžio diagnozė yra besitęsiantis stresorius. Visgi Schuette ir kolegų (2023) tyrime, kur tirtos nevaisingos moterys, kaip ir mūsų tyrime dėmesingas įsisąmoninimas neprognozavo nei depresiškumo, nei potrauminio augimo. Galbūt mūsų tyrimo rezultatai sutapo su šiuo tyrimu, nes imtys panašios tuo, kad moterys patiria besitęsiantį stresorių, ir dėmesingo įsisąmoninimo bruožas ilgalaikėje perspektyvoje nebeturi įtakos nei depresiškumui, nei potrauminiam augimui.

Šio tyrimo rezultatams įtakos galėjo turėti tam tikri tyrimo ribotumai. Visų pirma, tyrimo informacijai surinkti iš tiriamųjų naudojome savistatos instrumentus, bei klausimus apie pačius ligos veiksmus, gydymo metodus ir panašiai. Tyrimo dalyvės galėjo nebūtinai teisingai suprasti ar prisiminti kai kuriuos gydymo metodus, ar diagnozės sužinojimo laiką, taigi tokius duomenis geriau būtų rinkti iš objektyvios ligos istorijos, tai galėtų užtikrinti duomenų tikslumą. Šio tyrimo kontekste reikia atsižvelgti ir į tai, jog tyrimo dalyvės rinktos iš tam tikrų socialinių tinklų grupių, susijusių su onkologinėmis ligomis. Būtent toks imties rinkimo būdas gali kliudyti gautų rezultatų generalizavimui apskritai visoms moterims su krūties vėžio diagnoze – visgi moterys, esančiose tokiose grupėse, galimai turi daugiau informacijos apie savo ligą ir paramos iš kitų, ta pačia liga sergančių, moterų. Tyrimo imtis nėra pakankamai reprezentatyvi visoms vėžiu sergančioms moterims, nes šio tyrimo respondentės daugiausia gyvena mieste, yra aukšto išsilavinimo ir pakankamai geros finansinės padėties. Taip pat dėl sudėtingo ligos ir jos gydymo mechanizmo, neįtraukėme visų galimų ligos kintamųjų ir gydymo metodų, į kuriuos atsižvelgiant galėjo kisti tyrimo rezultatai. Ateityje vertėtų tokio pobūdžio tyrimą atlikti longitudinaliu metodu, kadangi pagal Romeo ir kolegas (2020), mechanizmai, susiję su potrauminiu augimu ir depresiškumu, labai priklauso nuo laiko, kada jie pasireiškia – kiek laiko praėję nuo diagnozės ir kaip šie konstruktai kinta su laiku. Norint geriau ištirti depresiškumo ir dėmesingo įsisąmoninimo reikšmę potrauminiam augimui, reikėtų žinoti šių konstrukto išraišką tiek ligos pradžioje, tiek praėjus skirtingiems laiko tarpams po diagnozės sužinojimo.

Gauti tyrimo rezultatai galėtų būti pritaikyti praktiškai. Gautas neigiamas ryšys tarp dėmesingo įsisąmoninimo ir depresiškumo gali nurodyti dėmesingu įsisąmoninimu grįstų intervencijų naudą depresiškumo mažinimui. Taip pat pagal gautus rezultatus galima atrinkti rizikos grupes, kurioms depresiškumas buvo labiau išreikštas ir joms galimai labiausiai reikėtų tokių intervencijų – tai žemo išsilavinimo, prastos finansinės padėties, bei didesnės veiklos apribojimo grupės.

5. IŠVADOS

1. Mažesnio išsilavinimo, prastesnės finansinės padėties ir didesnio veiklos apribojimo grupės pasižymi didesniu depresiškumu. Taigi mažiau galimybių turinčios krūties vėžiu sergančios moterys patiria daugiau depresijos simptomų.
2. Geresnės finansinės padėties grupės pasižymi didesniu dėmesingu įsisąmoninimu. Taigi esant lengvai finansinei situacijai, krūties vėžiu sergančios moterys daugiau sutelkia sąmoningo dėmesio į dabartį.
3. Moterims, turinčioms IV krūties vėžio stadiją dėmesingas įsisąmoninimas didesnis negu turint I krūties vėžio stadiją. Taigi turint sunkesnę vėžio stadiją, dėmesingo įsisąmoninimo bruožas yra labiau išreikštas.
4. Depresiškumas ir dėmesingas įsisąmoninimas nesisieja su potrauminiu augimu krūties vėžiu sergančioms moterims.
5. Dėmesingas įsisąmoninimas neigiamai siejasi su depresiškumu. Taigi, kuo labiau depresijos simptomų patiria krūties vėžiu serganti moteris, tuo jos dėmesingas įsisąmoninimas mažesnis.
6. Depresiškumas ir dėmesingas įsisąmoninimas neprognozuoja potrauminio augimo krūties vėžiu sergančioms moterims. Taigi potrauminio augimo stiprumas nepriklauso nuo to, kiek depresiškumo ar dėmesingo įsisąmoninimo pasireiškia moteriai.

LITERATŪRA

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195–216. <https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Aldwin, C. M., Levenson, M. R., & Spiro, A. (1994). Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Psychology and Aging*, 9(1), 34–44. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.9.1.34>
- Aliche, C. J., Ifeagwazi, C. M., & Ezenwa, M. O. (2023). Relationship between mindfulness, meaning in life and post-traumatic growth among Nigerian cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 28(2), 475–485. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2095576>
- Amihai, I., & Kozhevnikov, M. (2015). The Influence of Buddhist Meditation Traditions on the Autonomic System and Attention. *BioMed Research International*, 2015, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2015/731579>
- An, L., Xiao, P., & Zhao, S. (2023). The influence of mindfulness on posttraumatic growth of Chinese people with cancer. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 51(11), 1–12. <https://doi.org/10.2224/sbp.12761>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arber, A., & Spencer, L. (2013). ‘It’s all bad news’: The first 3 months following a diagnosis of malignant pleural mesothelioma. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1528–1533. <https://doi.org/10.1002/pon.3162>
- Aydin, R., & Kabukçuoğlu, K. (2020). The factor structure of the posttraumatic growth inventory in cancer patients in Turkey. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), 1603–1610. <https://doi.org/10.1111/hsc.12985>
- Baglama, B., & Atak, I. E. (2015a). Posttraumatic Growth and Related Factors among Postoperative Breast Cancer Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 190, 448–454. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.05.024>
- Baglama, B., & Atak, I. E. (2015b). Relationship between Posttraumatic Growth and Demographic and Clinical Factors among Turkish Cypriot Breast Cancer Survivors. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 709–716. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.111>
- Ball, H., Moore, S., & Leary, A. (2016). A systematic literature review comparing the psychological care needs of patients with mesothelioma and advanced lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 25, 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.09.007>

Baník, G., Dědová, M., & Vargová, L. (2022). Cancer-related posttraumatic growth and posttraumatic stress: How are they connected and what are their correlates? *Supportive Care in Cancer*, 30(10), 8183–8192. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07252-7>

Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Bayraktar, S., & Ozkan, M. (2023). Unchanging dynamics in posttraumatic growth in cancer patients: ways of coping and illness perception. *Frontiers in Psychology*, 14:1223131. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1223131

Bellizzi, K. M., Miller, M. F., Arora, N. K., & Rowland, J. H. (2007). Positive and negative life changes experienced by survivors of non-Hodgkin's lymphoma. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(2), 188–199. <https://doi.org/10.1007/BF02872673>

Benallel, K., El Kilali, R., Benjelloun, R., & Kadiri, M. (2023). Depression and Breast Cancer in Morocco: Prevalence and Associated Factors. *International Journal of Breast Cancer*, 2023, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2023/3277929>

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Bolliger, C., Holmer, P., Dehler, S., Roser, K., & Michel, G. (2023). Posttraumatic growth and illness perception in survivors of adolescent and young adult cancer. *Discover Oncology*, 14(1), 194. <https://doi.org/10.1007/s12672-023-00810-3>

Borojević, I. P., Kincaid, I. A., Bago, M., Bajić, T. P., Valent, R., Knezić, K., Knežević, B., & Marčinko, D. (2024). The mediating role of depressive, anxiety, and physical symptoms on work ability index in employed women with breast cancer: a prospective study from Croatia. *Croatian Medical Journal*, 65, 101-110. <https://doi.org/10.3325/cmj.2024.65.101>

Botero-García, C., Rocha, D., Rodríguez, M. A., & Roza, A. M. (2023). Posttraumatic Growth and Resilience on Conflict-Related Sexual Violence: A Set of Systematic Reviews of Literature. *Social Sciences*, 12(5), 291. <https://doi.org/10.3390/socsci12050291>

Breidenbach, C., Heidkamp, P., Hiltrop, K., Pfaff, H., Enders, A., Ernstmann, N., & Kowalski, C. (2022). Prevalence and determinants of anxiety and depression in long-term breast cancer survivors. *BMC Psychiatry*, 22(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03735-3>

Breslin, F. C., Zack, M., & McMain, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 9(3), 275-299.

Brix, S. A., Bidstrup, P. E., Christensen, J., Rottmann, N., Olsen, A., Tjønneland, A., Johansen, C., & Dalton, S. O. (2013). Post-traumatic growth among elderly women with breast cancer compared to breast cancer-free women. *Acta Oncologica*, 52(2), 345–354. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.744878>

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>

Canavarro, M. C., Silva, S., & Moreira, H. (2015). Is the link between posttraumatic growth and anxious symptoms mediated by marital intimacy in breast cancer patients? *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 673–679. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.04.007>

Cannavo, M., Sanchez-Ruiz, M. J., & Barberis, N. (2024). Structural links from trait emotional intelligence to life satisfaction and depressive symptoms in women with breast cancer: post-traumatic responses as mediators. *Archives of Women's Mental Health*, 27, 383–392. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01438-0>

Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. L. (2011a). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(5), 544–552. <https://doi.org/10.1002/pon.1761>

Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. L. (2011b). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(5), 544–552. <https://doi.org/10.1002/pon.1761>

Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: Qualitative study. *BMJ*, 328(7454), 1470. <https://doi.org/10.1136/bmj.38111.639734.7C>

Chi, D., De Terte, I., & Gardner, D. (2022). Posttraumatic Growth and Posttraumatic Stress Symptoms in People with HIV. *AIDS and Behavior*, 26(11), 3688–3699. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03697-3>

Cohee, A. A., Stump, T., Adams, R. N., Johns, S. A., Von Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., Monahan, P. O., Cella, D., & Champion, V. L. (2016). Factors associated with depressive symptoms in young long-term breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 25(8), 1991–1997. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1241-6>

Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308–319. <https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6>

Curbow, B., Somerfield, M. R., Baker, F., Wingard, J. R., & Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(5), 423–443. <https://doi.org/10.1007/BF00844815>

Dadheech, A., Kumawat, S., Sharma, D., Gothwal, R. S., Dana, R., Meena, C., & Saini, N. K. (2023). The Prevalence of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients and their Correlation with Socio-Demographic Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Care*, 8(4), 675-679. DOI:10.31557/APJCC.2023.8.4.675

Damasio, A. (2018). *The strange order of things: life, feeling, and the making of cultures*. New York : Pantheon Books

Delcea, C., Rad, D., Toderici, O. F., & Bululoi, A. S. (2023). Posttraumatic Growth, Maladaptive Cognitive Schemas and Psychological Distress in Individuals Involved in Road Traffic Accidents—A Conservation of Resources Theory Perspective. *Healthcare*, 11(22), 2959. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222959>

Ellis, S., Brown, R. F., Thorsteinsson, E. B., & Perrott, C. (2014). Trait Mindfulness, Affective Symptoms and Quality of Life in People with Non-Hodgkin's Lymphoma. *Journal of Cancer Therapy*, 05(12), 1114–1126. <https://doi.org/10.4236/jct.2014.512115>

Fossion, P., Leys, C., Kempenaers, C., Braun, S., Verbanck, P., & Linkowski, P. (2013). Depression, anxiety and loss of resilience after multiple traumas: An illustration of a mediated moderation model of sensitization in a group of children who survived the Nazi Holocaust. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 973–979. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.018>

Garland, E. L., Farb, N. A., R. Goldin, P., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness Broadens Awareness and Builds Eudaimonic Meaning: A Process Model of Mindful Positive Emotion Regulation. *Psychological Inquiry*, 26(4), 293–314. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1064294>

Garland, E. L., Thielking, P., Thomas, E. A., Coombs, M., White, S., Lombardi, J., & Beck, A. (2017). Linking dispositional mindfulness and positive psychological processes in cancer survivorship: A multivariate path analytic test of the mindfulness-to-meaning theory: Mindfulness-to-meaning. *Psycho-Oncology*, 26(5), 686–692. <https://doi.org/10.1002/pon.4065>

Groarke, A., Curtis, R., Groarke, J. M., Hogan, M. J., Gibbons, A., & Kerin, M. (2017). Post-traumatic growth in breast cancer: How and when do distress and stress contribute?: Post-traumatic growth in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 26(7), 967–974. <https://doi.org/10.1002/pon.4243>

Hartung, T.J., Brahler, E., Faller, H., Harter, M., Hinz, A., Johansen, C., Keller, M., Koch, U., Schulz, H., Weis, J., & Mehnert, A. (2017). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major

cancer types. *European Journal of Cancer*, 72, 46-53, <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.11.017>

Hokes, K. E., & Adams, L. M. (2022). The longitudinal development of posttraumatic growth among U.S. adult burn injury survivors. *Rehabilitation Psychology*, 67(3), 369–380. <https://doi.org/10.1037/rep0000447>

Hopwood, P., Sumo, G., Mills, J., Haviland, J., & Bliss, J. M. (2010). The course of anxiety and depression over 5 years of follow-up and risk factors in women with early breast cancer: Results from the UK Standardisation of Radiotherapy Trials (START). *The Breast*, 19(2), 84–91. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2009.11.007>

Hsieh, C. C., Ho, C. C., Lin, Z. Z., Yu, C. J., Jow, G. M., Huang, F. Y., Shih, J. Y., & Hsiao, F. H. (2021). Trait mindfulness and depressive symptoms in non-small cell lung cancer patients: The mediating roles of quality of life and meaning in life. *Psychology & Health*, 36(9), 1102–1114. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1825713>

Ismail, M. F., Lavelle, C., & Cassidy, E. M. (2017). Steroid-induced mental disorders in cancer patients: A systematic review. *Future Oncology*, 13(29), 2719–2731. <https://doi.org/10.2217/fon-2017-0306>

Javan Biparva, A., Raoofi, S., Rafiei, S., Masoumi, M., Doustmehraban, M., Bagheribayati, F., Vaziri Shahrehabak, E., Noorani Mejareh, Z., Khani, S., Abdollahi, B., Abedi Bafrajard, Z., Sotoude Beidokhti, S., Fahimeh Shojaei, S., Rastegar, M., Pashazadeh Kan, F., Nosrati Sanjabad, E., & Ghashghaee, A. (2023) Global depression in breast cancer patients: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 18(7), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287372>

Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., et al. (2020) Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of Personality*, 89, 145–165. <https://doi.org/10.1111/jopy.12591>

Jeong, S., & Jeong Kim, E. (2025). Effect of depression and empowerment on medication adherence in patients with breast cancer: a descriptive survey. *Jeong and Kim BMC Nursing*, 24(47), 1-13, <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02680-8>

Kabat-Zinn, J. (1982). An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: Theoretical Considerations and Preliminary Results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life* (10th ed.). Hachette Books

Kakhniashvili, T., Okribelashvili, N., & Kiladze, I. (2025). Sociodemographic Factors and Depression in Patients With Breast Cancer: A Multicenter, Cross-sectional Study in Georgia. *Breast*

Cancer: Basic and Clinical Research, 19, 1-6. <https://doi.org/10.1177/11782234251323775>

Kanat, B. B., & Yilmaz Özpolat, A. G. (2021). Comparison of posttraumatic growth, depression, anxiety and social support in breast cancer patients with and without posttraumatic stress disorder. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 12(2), 201–210. <https://doi.org/10.18663/tjcl.901456>

Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>

Kenne Sarenmalm, E., Mårtensson, L. B., Andersson, B. A., Karlsson, P., & Bergh, I. (2017). Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Medicine*, 6(5), 1108–1122. <https://doi.org/10.1002/cam4.1052>

Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S., & Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 81, 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.044>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kubo, A., Kurtovich, E., McGinnis, M., Aghaee, S., Altschuler, A., Quesenberry, C., Kolevska, T., & Avins, A. L. (2019). A Randomized Controlled Trial of mHealth Mindfulness Intervention for Cancer Patients and Informal Cancer Caregivers: A Feasibility Study Within an Integrated Health Care Delivery System. *Integrative Cancer Therapies*, 18, 1-13. <https://doi.org/10.1177/1534735419850634>

Labelle, L. E., Lawlor-Savage, L., Campbell, T. S., Faris, P., & Carlson, L. E. (2015). Does self-report mindfulness mediate the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on spirituality and posttraumatic growth in cancer patients? *The Journal of Positive Psychology*, 10(2), 153–166. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.927902>

Langer, E. J. (2000). Mindful Learning. *Current Directions in Psychological Science*, 9(6), 220–223. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00099>

Lantz, P. M., & Booth, K. M. (1998). The social construction of the breast cancer epidemic. *Social Science & Medicine*, 46(7), 907–918. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00218-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00218-9)

Layne, C. M., Warren, J., Watson, P., & Shalev, A. (2007). Risk, vulnerability, resistance, and resilience: Towards an integrative model of posttraumatic adaptation. In M. J., Friedman, T. M., Kean, & P. A. Resick (Eds.), *PTSD: Science & practice-A comprehensive handbook* (pp. 497-520). New York: Guilford.

Lei, S., Zheng, R., Zhang, S., Wang, S., Chen, R., Sun, K., Zeng, H., Zhou, J., & Wei, W. (2021). Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Commun.*41, 1183–1194. <https://doi.org/10.1002/cac2.12207>

Lengacher, C. A., Gruss, L. F., Kip, K. E., Reich, R. R., Moscoso, M. S., Chauca, K. G., Joshi, A., Shani, P. B., Cousin, L., Khan, C. P., Goodman, M., & Park, J. Y. (2021). Mindfulness-Based Stress Reduction for Breast Cancer Survivors (MBSR (BC)): Evaluating Mediators of Psychological and Physical Outcomes in a Large Randomized Controlled Trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 44, 591–604. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00214-0>

Lianchao, A., & Tingting, M. (2020). Mindfulness, rumination and post-traumatic growth in a Chinese cancer sample. *Psychology, Health & Medicine*, 25(1), 37–44. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1612079>

Liu, X., Goh, P. H., Xu, W., & Zhang, J. (2019). Dispositional Mindfulness, Perceived Stress, and Mental Well-Being in the Cancer Survivorship. *International Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(4), 9–19. <https://doi.org/10.14302/issn.2574-612X.ijpr-19-3093>

Liu, X., Zhang, Q., Yu, M., & Xu, W. (2020). Patterns of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among breast cancer patients in China: A latent profile analysis. *Psycho-Oncology*, 29, 743–750. DOI: 10.1002/pon.5332

Long, L. J., Phillips, C. A., Glover, N., Richardson, A. L., D’Souza, J. M., Cunningham-Erdogdu, P., & Gallagher, M. W. (2021). A Meta-analytic Review of the Relationship Between Posttraumatic Growth, Anxiety, and Depression. *Journal of Happiness Studies*, 22(8), 3703–3728. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00370-9>

Lu, L., O’Sullivan, E., & Sharp, L. (2019). Cancer-related financial hardship among head and neck cancer survivors: Risk factors and associations with health-related quality of life. *Psycho-Oncology*, 28(4), 863–871. <https://doi.org/10.1002/pon.5034>

MacAulay, R. K., Halpin, A., Andrews, H. E., & Boeve, A. (2022). Trait mindfulness associations with executive function and well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 26(12), 2399–2406. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1998352>

Maharani, A. D. S., Rejeki, D. S. S., & Wijayanti, S. P. M. (2023). Factors Affecting the Quality of Life of Breast Cancer Patients. *Disease Prevention and Public Health Journal*, 17(2), 224–230, <https://doi.org/10.12928/dpphj.v17i2.8705>

Mak, T. C. T., Wong, T. W. L., & Ng, S. S. M. (2023). The use of mindfulness-based interventions in stroke rehabilitation: A scoping review. *Rehabilitation Psychology*, 68(3), 221–234. <https://doi.org/10.1037/rep0000505>

Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. W., & Van De Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 24(5), 583–595. <https://doi.org/10.1080/08870440701671362>

Montvidas, J. (2018). Paciento sveikatos klausimynas – 9. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 20(2), 57-59, http://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2019/01/JPBP_2018_v20_No2_57-59.pdf (Prieiga: 2022-10-15)

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., & Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast*, 17(4), 382–386. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2008.01.006>

Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A growing clinical and research priority. *BMC Cancer*, 19(1), 943. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>

OECD/European Commission (2025). Su vėžiu susijusios padėties ES šalyje apžvalga: Lietuva 2025, Su vėžiu susijusios padėties ES šalyse apžvalgos, *EBPO leidykla*, Paryžius, <https://doi.org/10.1787/72a821a7-lt>.

Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2019). The role of rumination in posttraumatic growth in people struggling with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(5), 652–664. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1600628>

Omid, A., Mohammadi, A. S., Jalaiekhoo, H., & Taghva, A. (2017). Dispositional Mindfulness, Psychological Distress, and Posttraumatic Growth in Cancer Patients. *Journal of Loss and Trauma*, 22(8), 681–688. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1384783>

Padhi, B., Kar, N., & Kar, B. (2024). Mindfulness in Different Sociodemographic Strata: Partial Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in an Indian Sample. *Annals of Indian Psychiatry*, 8(4), 317-323

Paredes, A. C., & Pereira, M. G. (2018). Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1606–1617. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0452-7>

Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543

Park, S., Sato, Y., Takita, Y., Tamura, N., Ninomiya, A., Kosugi, T., Sado, M., Nakagawa, A., Takahashi, M., Hayashida, T., & Fujisawa, D. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological Distress, Fear of Cancer Recurrence, Fatigue, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Patients With Breast Cancer—A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom*

Management, 60(2), 381–389. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.02.017>

Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*, 361(k1415). <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>

Pranckeviciene, A., Saudargiene, A., Gecaite-Stonciene, J., Liaugaudaite, V., Griskova Bulanova, I., Simkute, D., Naginiene, R., Dainauskas, L. L., Ceidaite, L., & Burkauskas, J. (2022). Validation of the patient health questionnaire-9 and the generalized anxiety disorder-7 in Lithuanian student sample. *PLoS ONE*, 17(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263027>

Preiss, M., Šamánková, D., Štipl, J., Fňášková, M., Nečasová, M., Bob, P., Heissler, R., Prokopová, A., Heřmánková, T., Juričková, V., Sanders, E., Wagenknechtová, E., & Rektor, I. (2022). Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth in Three Generations of Czech and Slovak Holocaust Survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 159–167. <https://doi.org/10.1002/jts.22711>

Reangsing, C., Punsuwun, S., & Keller, K. (2023). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Depression in Patients With Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Integrative Cancer Therapies*, 22, 1-11. <https://doi.org/10.1177/15347354231220617>

Romeo, A., Ghiggia, A., Tesio, V., Di Tella, M., Torta, R., & Castelli, L. (2017). Post-traumatic growth, distress and attachment style among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(3), 309–322. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1289291>

Romeo, A., Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Torta, R., & Castelli, L. (2020). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Are depressive symptoms really negative predictors? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(3), 244–250. <https://doi.org/10.1037/tra0000508>

Schuette, S. A., Andrade, F. C., Woodward, J. T., & Smoski, M. J. (2023). Identifying modifiable factors associated with psychological health in women experiencing infertility. *Journal of Health Psychology*, 28(12), 1143-1156, <https://doi.org/10.1177/1359105323118554>

Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*, 24(6), 624-34. doi: 10.1002/pon.3719.

Sikorová, L., & Strakošová, T. (2022). Posttraumatic growth in children and adolescents with type 1 diabetes. *Pielęgniarstwo XXI Wieku / Nursing in the 21st Century*, 21(3), 158–162. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2022-0024>

Silva, S. M., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11), 1323–1341. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.676644>

Sladkevičiūtė, D. ir Pakrošnis, R. (2020). Sveikatingumu besidominčių moterų sveikos

gyvensenos ryšys su gebėjimu dėmesingai įsisąmoninti patirtį. *Visuomenės sveikata*, 2(89), 96-105

Sledge, W. H. (1980). Self-concept Changes Related to War Captivity. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 430. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170072008>

Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*, 9(4), 1509–1514. <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>

Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer: Rumination and psychological outcomes. *Psycho-Oncology*, 24(1), 70–79. <https://doi.org/10.1002/pon.3596>

Soqia, J., Al-Shafie, M., Agha, L. Y., Alameer, M. B., Alhomsy, D., Saadoun, R., & Saifo, M. (2022). Depression, anxiety and related factors among Syrian breast cancer patients: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 796. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04469-y>

Sugiura, Y., & Sugiura, T. (2018). Mindfulness as a Moderator in the Relation Between Income and Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 9(1477), 1-11, doi: 10.3389/fpsyg.2018.01477

Svetina, M., & Nastran, K. (2012). Family Relationships and Post-Traumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 298-306.

Tamagawa, R., Giese-Davis, J., Specia, M., Doll, R., Stephen, J., & Carlson, L. E. (2013). Trait Mindfulness, Repression, Suppression, and Self-Reported Mood and Stress Symptoms Among Women With Breast Cancer. *Journal of Clinical Psychology*, 69(3), 264–277. <https://doi.org/10.1002/jclp.21939>

Tang, X. Y., Wei, Y. X., Kong, L. N., & Lu, F. (2024). Relationship between social support and self-care ability among patients with breast cancer during rehabilitation: The multiple mediating roles of resilience and depression. *Journal of Clinical Nursing*, 34, 161-170. DOI: 10.1111/jocn.17290

Tanyi, Z., Mirnics, Z., Ferenczi, A., Smohai, M., Mészáros, V., Kovács, D., Jakubovits, E., & Kövi, Z. (2020). Cancer as a Source of Posttraumatic Growth: A Brief Review. *Psychiatria Danubina*, 32(4), 401-411.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483326931>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>

Tedeschi, R.G., Cann, A., Taku, K., Senol-Dirak, E., & Calhoun, L.G. (2017). The Posttraumatic Growth Inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30 (1), 11-18. doi: 10.1002/jts.22155

Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic*

Growth: Theory, Research, and Applications (1st ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315527451>

Thakur, M., Gupta, B., Kumar, R., Mishra, A. K., Gupta, S., & Kar, S. K. (2019). Depression among Women Diagnosed with Breast Cancer: A Study from North India. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 40(03), 347–352. https://doi.org/10.4103/ijmpo.ijmpo_43_18

Thakur, M., Sharma, R., Mishra, A. K., & Singh, K. (2022). Posttraumatic Growth and Psychological Distress among Female Breast Cancer Survivors in India: A Cross-Sectional Study. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 43(02), 165–170. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742441>

Vasiliauskaitė, Z., (2023). *The role of disclosure, social support and social constraints for posttraumatic growth in women survivors of intimate partner violence*. [Doctoral thesis, Mykolas Romeris university]

Wang, G., Li, Z., Luo, X., Wei, R., Liu, H., Yang, J., Lyu, J. & Jiang, X. (2021). Effects of nurse-led supportive- expressive group intervention for post- traumatic growth among breast cancer survivors: A randomized clinical trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 54, 434–444. <https://doi.org/10.1111/jnu.12752>

Wasserman, D. (2011). *Depression* (2nd ed.). Oxford : Oxford University Press

Welch-McCaffrey, D., Hoffman, B., Leigh, S. A., Loescher, L. J., Meyskens, F. L. (1989). Surviving Adult Cancers. Part 2: Psychosocial implications. *Annals of Internal Medicine*, 111(6), 517-524

Woodward, C. & Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 267-283, DOI: [10.1348/147608303322362497](https://doi.org/10.1348/147608303322362497)

Xu, W., Ding, X., Goh, P., H., & An, Y. (2018). Dispositional mindfulness moderates the relationship between depression and posttraumatic growth in Chinese adolescents following a tornado. *Personality and Individual Differences*, 127, 15-21, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.032>

Xu, W., Zhou, Y., Fu, Z., & Rodriguez, M. (2017). Relationships between dispositional mindfulness, self-acceptance, perceived stress, and psychological symptoms in advanced gastrointestinal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2157–2161. <https://doi.org/10.1002/pon.4437>

Yang, C. Y., Chiang, Y. C., Wu, C. L., Hung, S. K., Chu, T. L., & Hsiao, Y. C. (2023). The mediating role of spirituality in the relationships between posttraumatic stress and posttraumatic growth among patients with cancer: A cross-sectional study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 100221. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100221>

Yanik Can, Z., & Üstündağ-Budak, A. M. (2019). Post-traumatic Growth and Posttraumatic

Stress Disorder Among Breast Cancer Survivors. *International Journal of Human and Behavioral Science*, 5(2), 44–72. <https://doi.org/10.19148/ijhbs.653123>

Yastibaş, C., & Yılmaz Karaman, İ. G. (2021). Breast Cancer and Post-Traumatic Growth: a Systematic Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 13(3), 490–510. <https://doi.org/10.18863/pgy.817760>

Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Specia, M., Ruff, K. M., Flowers, S., Tamagawa, R., & Carlson, L. E. (2016). The eCALM Trial: eTherapy for Cancer Applying Mindfulness. Exploratory Analyses of the Associations Between Online Mindfulness-Based Cancer Recovery Participation and Changes in Mood, Stress Symptoms, Mindfulness, Posttraumatic Growth, and Spirituality. *Mindfulness*, 7(5), 1071–1081. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0545-5>

Zhang, A., Jing, S., Solomon, P., & Brose, A. (2021). Mindfulness-Based Intervention for Chinese Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 31(7), 683–692. <https://doi.org/10.1177/10497315211000449>

Zhu, P., Wu, Q., Liu, X., Chen, C., Ji, Q., & Shang, X. (2022). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Posttraumatic Growth and Quality of Life in Patients With Breast Cancer Under Early Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial. *Holistic Nursing Practice, Publish Ahead of Print*, 00, 1-10. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000538>

Žalytė, G., Juškieienė, A., ir Neverauskas, J. (2015). Sukaupto dėmesio ir įsisaūmoninimo skalė. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 17(1), 34-35.

PRIEDAI

1 priedas. Šio tyrimo potrauminio augimo subskalių vidinio suderinamumo matavimas Cronbach α

Subskalės pavadinimas	Cronbach α
Asmeninės stiprybės	0,86
Sąsajos su kitais	0,88
Gyvenimo vertinimas	0,82
Naujų galimybių matymas	0,87
Dvasinis pasikeitimas	0,91

2 priedas. Anketos sociodemografinių ir ligos kintamųjų klausimynas

1. Jūsų amžius:
2. Jūsų išsilavinimas:
 - a. Pagrindinis ar žemesnis
 - b. Vidurinis, profesinis
 - c. Aukštasis neuniversitetinis
 - d. Aukštasis universitetinis
3. Jūsų šeiminė padėtis:
 - a. Turiu sutuoktinį(-ę)/partnerį(-ę), su kuriuo(-a) gyvenu(-a) kartu
 - b. Turiu sutuoktinį(-ę)/partnerį(-ę), su kuriuo(-a) gyvenu(-a) atskirai
 - c. Šiuo metu neturiu partnerio(-ės)
 - d. Kita
4. Kaip Jūs apibūdintumėte vietovę, kurioje gyvenate?
 - a. Didmiestis (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Panevėžys, Šiauliai)
 - b. Didmiesčio priemiestis ar užmiestis
 - c. Miestas (rajono centras)
 - d. Miestelis
 - e. Kaimiška vietovė ar kaimas
5. Koks Jūsų užimtumas šiuo metu?
 - a. Dirbu
 - b. Esu namų šeimininkė
 - c. Nedirbu
 - d. Kita
6. Atsižvelgiant į Jūsų namų ūkio bendras mėnesines pajamas, ar sakytumėte, kad Jūsų namų ūkis suduria galą su galu...
 - a. Labai sunkiai
 - b. Sunkiai
 - c. Gana lengvai
 - d. Lengvai
7. Kiek stipriai per pastaruosius šešis ar daugiau mėnesių dėl sveikatos problemų, buvo apribotos Jūsų galimybės atlikti įprastą veiklą?
 - a. Stipriai apribotos
 - b. Apribotos, bet nestipriai
 - c. Neapribotos
8. Kada pirmą kartą sužinojote apie diagnozę (jeigu neprisimenate tiksliai, nurodykite apytiksliai)?
.....metaismėnesį
9. Kai Jums diagnozavo ligą pirmą kartą, kokia vėžio stadija buvo nustatyta?
 - a. I (pirma)
 - b. II (antra)
 - c. III (trečia)
 - d. IV (ketvirta)
10. Ar Jums atlikta mastektomija (vienos ar abiejų krūtų pašalinimo operacija)?
 - a. Taip
 - b. Ne

11. Ar Jums atlikta lumpektomija (operacija, skirta pašalinti dalį krūties audinio)?
- a. Taip
 - b. Ne
12. Ar Jums taikyta radioterapija (spindulinė terapija)?
- a. Taip
 - b. Ne
13. Ar Jums taikyta chemoterapija?
- a. Taip
 - b. Ne
14. Ar Jums taikyta hormonų terapija?
- a. Taip
 - b. Ne
15. Kokia Jūsų būklė šiuo metu?
- a. Esu remisijoje
 - b. Šiuo metu taikomas aktyvus gydymas
 - c. Nesu remisijoje, bet ir aktyvus gydymas nėra taikomas

3 priedas. Tyrimo anketos pristatymas

Sveiki,

Esu Vilniaus universiteto Sveikatos psichologijos magistro antro kurso studentė Simona Babrauskaitė. Šiuo metu atlieku magistrinio darbo tyrimą, kurio tikslas - išanalizuoti krūties vėžiu sergančių moterų emocinės būsenos veiksniai. Tyrimo metu Jūsų paklausime apie tai, ar patyrėte kokių nors teigiamų gyvenimo pokyčių po diagnozės, apie gebėjimą būti esamame momente, apie Jūsų bendrą savijautą, bei apie Jūsų bendrus sociodemografinius ir ligos duomenis.

Kviečiu dalyvauti tyrime moteris nuo 18 metų amžiaus ir užpildyti anketą, jeigu **Jūs turite krūties vėžio diagnozę, bei nuo diagnozės sužinojimo praėjo bent 6 mėnesiai**. Jūsų dalyvavimas padės praplėsti žinias apie krūties vėžiu sergančių moterų emocinės savijautos veiksniai.

Dalyvavimas tyrime yra **visiškai savanoriškas**, taigi bet kuriuo metu galite iš tyrimo pasitraukti. Taip pat garantuoju Jūsų **konfidencialumą ir anonimiškumą**, anketoje nereikės nurodyti jokių asmeninių duomenų pagal kuriuos būtų galima Jus identifikuoti. Apklausos rezultatai bus apibendrintai panaudoti tik mokslinio tyrimo tikslais.

Anketos pildymas užtruks apie 10-15 minučių.

Jeigu turite kokių nors klausimų apie šį tyrimą, galite kreiptis į mane el. paštu: simona.babrauskaite@fsf.stud.vu.lt

Iš anksto dėkoju už Jūsų skirtą laiką ir dalyvavimą!

Ar sutinkate dalyvauti tyrime?

- Taip
- Ne