

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Laura Eylon

Sveikatos psichologijos studijų programa
(magistro) darbas

**Suaugusių žmonių apatinės nugaros dalies lėtinio skausmo sąsajos su
skausmo priėmimu, saviprata ir demografiniais kintamaisiais**

Darbo vadovė: doc. dr. R. Sargautytė

Vilnius 2025

SANTRAUKA

Laura Eylen. Suaugusių žmonių apatinės nugaros dalies lėtinio skausmo sąsajos su skausmo priėmimu, saviprata ir demografiniais kintamaisiais. Psichologijos studijų programos magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė doc. dr. Rūta Sargautytė, Vilniaus universitetas: Vilnius, 2025 – 67 psl.

Pasauliniai duomenys rodo, kad apatinės nugaros dalies skausmas yra viena iš labiausiai paplitusių ligų visame pasaulyje (Hartvigsen et al., 2018). Dėl patiriamo skausmo suprastėja gyvensena (Jacob et al., 2004) ir socialiniai santykiai (Campbell & Cramb, 2008; Froud et al., 2014; Svensson et al., 2010), sumažėja darbingumo lygis (Svensson et al., 2010), padidėja izoliacija (Froud et al., 2014), neigiamai paveikiama asmens saviprata (Charmaz, 1995; Crowe et al., 2010; Miles et al., 2005).

Šiame darbe siekta įvertinti lėtinio apatinės nugaros dalies skausmo sąsajas su skausmo priėmimu, saviprata ir demografiniais kintamaisiais. Tyrime dalyvavo 119 lėtinį apatinės nugaros dalies skausmą patiriančių, 19-85 m. amžiaus asmenų, iš kurių 78% moterų ir 22% vyrų. Tikslui pasiekti panaudota *Trumpoji lėtinio skausmo priėmimo* (Fish et al., 2010) ir *Skausmo savipratos* (Morea et al., 2008) skalės bei įvertinti skausmo patyrimo ypatumai (trukmė, intensyvumas, dažnumas poveikis gyvenimo sritims). Tyrimas atskleidė, kad labiau priimant skausmą jis buvo mažiau siejamas su tapatumu. Nustatyta, kad didesnis susitapatinimas su skausmu buvo susijęs su intensyvesniu, o didesnis priėmimas su mažiau intensyviu skausmu. Rezultatai atskleidė, kad nepriklausomai nuo išsilavinimo lygio, didesnis susitapatinimas su skausmu ir jo išplitimas bei, nepriklausomai nuo amžiaus, mažesnis pasiryžimas patirti skausmą, buvo susiję su didesniu jo intensyvumu. Rezultatai įrodė, kad skausmo saviprata ir priėmimas prognozavo skausmo poveikį nuotaikai, santykiams, mėgavimuisi gyvenimu ir bendrai veiklai.

Raktiniai žodžiai: lėtinis skausmas, apatinė nugaros dalis, skausmo priėmimas, saviprata, demografiniai kintamieji.

SUMMARY

Laura Eylon. The relationship between chronic low back pain and pain acceptance, self-concept, and demographic variables in an adult population. Master's thesis in Psychology. Thesis supervisor doc. dr. Rūta Sargautytė, Vilnius University: Vilnius, 2025 – 67 pages.

Global data shows that low back pain is one of the most common conditions worldwide (Hartvigsen et al., 2018). Pain leads to impaired quality of life (Jacob et al., 2004) and damaged social relationships (Campbell & Cramb, 2008; Froud et al., 2014; Svensson et al., 2010;), reduced ability to work (Svensson et al., 2010), increased isolation (Froud et al., 2014) and a negative impact on self-concept (Charmaz, 1995; Crowe et al., 2010; Miles et al., 2005).

The present study aimed to assess the associations of chronic pain with pain acceptance, self-concept and demographic variables. The study included 119 individuals, aged 19-85 years, who suffered from chronic low back pain. 78% of the subjects were woman and 22% were man. *Short form version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (Fish et al., 2010), *Illness Self-Concept Scale* (Morea et al., 2008) were used in this study. Moreover characteristics of pain (duration, intensity, frequency etc.) were also assessed. The study found that greater acceptance of pain led to less identification with it. Furthermore, greater *pain self-concept* was associated with more intense pain while *pain acceptance* – with less intense pain. Results revealed that, regardless of education level, greater identification with pain and its prevalence, and, regardless of age, lower willingness to experience pain, were associated with greater pain intensity. The results demonstrated that *pain self-concept* and *acceptance* predicted the impact of pain on mood, relationships, enjoyment of life and general activity.

Keywords: chronic pain, low back, pain acceptance, self-concept, demographic variables.

PRATARMĖ

Tyrimai patvirtino, kad lėtinis apatinės nugaros dalies skausmas užima vietą tarp labiausiai paplitusių ligų pasaulyje (Airaksinen et al., 2006; Goldberg & McGee, 2011; Hartvigsen et al., 2018). Šio tipo skausmas yra didelė ekonominė našta (Rossen et al., 2021), stipriai veikianti dėl jo kenčianti asmenį ir jo aplinką. Dėl patiriamo skausmo suprastėja gyvensena (Jacob et al., 2004), sumažėja darbingumo lygis (Svensson et al., 2010), nukenčia socialiniai santykiai (Campbell & Cramb, 2008; Froud et al., 2014; Svensson et al., 2010) ir kt. Dar didesnių iššūkių kelia, būtent, lėtinė skausmo būklė.

Šiuolaikinis mokslas atkreipia dėmesį į tai, kad skausmo patyrimas itin priklauso nuo subjektyvaus jo vertinimo, todėl yra glaudžiai susijęs su psichologiniais veiksniais. Tyrimai patvirtino, kad ne tiek pats skausmas, kiek asmenų suvokiami skausmo keliami apribojimai kūnui, veiklai bei tapatumui lėmė jų reakcijas į skausmo patirtį (Miles et al., 2005). Reikia pažymėti, kad ligos vertinimas susijęs su jos gydymo sėkme (Contrada & Ashmore, 1999) bei prisitaikymu prie jos (Thomas et al., 2024), todėl itin svarbu analizuoti kaip ligos suvokimą veikia įvairūs asmenybiniai veiksniai. Mokslinėje literatūroje mažai nagrinėta *skausmo savipratos* sąsaja su skausmo patyrimu. Šis tyrimas patvirtino šio reiškinio svarbą, nes buvo įrodyta, kad negatyvūs įsitikinimai apie skausmo poveikį asmenybei ir gyvenimui lėmė skausmo patyrimo charakteristikas.

Svarbu pabrėžti, kad lėtinis nugaros skausmas yra visuomenei aktuali problema. Tai įrodo klestinti žinių gausa, siūlanti judėjimo, alternatyvios medicinos ir kitus būdus skausmui malšinti. Tačiau vargu ar skausmo malšinimo būdai yra efektyvi alternatyva. Tyrimai patvirtino, kad visiškas skausmo numalšinimas analgetikais neišsprendžia problemos esmės. Todėl, ypatingai lėtinio skausmo atveju, svarbu gilintis ne į problemos panaikinimą, bet į būdus, kurie padėtų skausmą integruoti į asmens gyvenimą. Matoma, kad ir mokslinėje literatūroje anksčiau plačiai nagrinėtus skausmo kontrolę bei įveikos strategijomis grįstus metodus keičia nauji modeliai, akcentuojantys *skausmo priėmimą*. Todėl šiame darbe buvo pasirinkta tyrinėti, būtent, šį konstruktą.

Be to, įdomus *savipratos* ir *priėmimo* konstrukto santykis, nagrinėjantis skausmo patyrimo sąsajas su psichologiniais veiksniais iš skirtingų teorinių perspektyvų.

Apibendrinant svarbu išskirti, kad gyvenimas su lėtiniu skausmu nėra paprasta užduotis, apimanti vien tik prisitaikymą prie naujų gyvenimo sąlygų, tačiau priimdamas lėtinio skausmo patirtį, žmogus turi priimti ir esminius asmenybinius pokyčius (Risdon et al., 2003).

Labai dėkoju doc. dr. Rūtai Sargautytei ir doc. dr. Olgai Zamalijevai už suteiktą pagalbą ir naudingas pastabas.

TURINYS

SANTRAUKA	2
SUMMARY	3
PRATARMĖ	4
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	7
1. ĮVADAS	8
1.1. Lėtinis skausmas ir jo poveikis	8
1.1.1. Lėtinio skausmo apibrėžimas	8
1.1.2. Lėtinio skausmo poveikis gyvenimui ir asmenybei	9
1.2. Psichologinių veiksnių įtaka skausmo patyrimui	11
1.3. Lėtinis skausmas ir saviprata	13
1.3.1. Savipratos fenomeno analizė	13
1.3.2. Saviprata Geštalto teorijoje: Kurt Lewin ir Solomon Asch darbai	14
1.3.3. Susitapatinimas su lėtiniu skausmu	16
1.3.4. Skausmas kaip integruota savipratos dalis	18
1.4. Skausmo priėmimas	19
1.4.1. Skausmo priėmimo apibrėžimas	19
1.4.2. Skausmo priėmimo tyrimai	20
1.5. Skausmas ir demografiniai kintamieji	23
1.6. Tyrimo tikslas, uždaviniai	24
2. TYRIMO METODIKA	25
2.1. Tyrimo dalyviai	25
2.2. Tyrimo instrumentai	26
2.3. Tyrimo eiga	29
2.4. Duomenų analizė	30
3. REZULTATAI	31
3.1. Aprašomoji statistika	31
3.1.1. Skausmo patyrimo charakteristikos	31
3.1.2. Skausmo priėmimas ir skausmo saviprata	31
3.1.3. Koreliacijos	32
3.1.4. Demografiniai kintamieji ir skausmo patyrimo charakteristikos	33
3.1.5. Skausmo priėmimas, saviprata ir skausmo charakteristikos	34
3.2. Rezultatai pagal tyrimo uždavinius	35
3.2.1. Pirmas uždavinys	35
3.2.2. Antras uždavinys	36
3.2.3. Trečias uždavinys	38
3.2.4. Ketvirtas uždavinys	39
3.2.5. Penktas uždavinys	40
4. REZULTATŲ APTARIMAS	43
4.1. Tyrimo ribotumai, rekomendacijos	46
IŠVADOS	48

LITERATŪRA	49
PRIEDAI	59
1 priedas. 2.1.1 lentelė. <i>Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos</i>	60
2 priedas. 2.1.2 lentelė. <i>Skalių vidurkių skirtumai vyrų ir moterų grupėse</i>	61
3 priedas. 2.2.1 lentelė. <i>Skausmo priėmimo (CPAQ-8) skalės teiginiai</i>	61
4 priedas. 2.2.2 lentelė. <i>Skausmo savipratos skalės teiginiai</i>	62
5 priedas. <i>Tyrimo dalyvių informuoto sutikimo pavyzdys</i>	63
6 priedas. <i>Anketos pavyzdys</i>	64
7 priedas. 2.4.1 lentelė. <i>Skalių normalumo tikrinimas</i>	65
8 priedas. 3.1.1.1 pav. Patiriamo skausmo trukmė	65
9 priedas. 3.1.1.2 pav. Skausmo poveikis įvairioms gyvenimo sritims	66
10 priedas. 3.1.4.1 lentelė. <i>Skausmo patyrimo charakteristikos ir demografiniai kintamieji</i>	66
11 priedas. 3.1.4.2 lentelė. <i>Skausmo poveikis ir demografiniai kintamieji</i>	67

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Lėtinis skausmas – nemalonus jutiminis ir emocinis potyris, kuris išlieka arba kartojasi ilgiau nei 3 mėnesius bei yra susijęs su ar panašus į esamą ar galimą audinių pažeidimą (World Health Organization, 2019).

Apatinės nugaros dalies skausmas – skausmas tarp apatinės krūtinės ląstos dalies (apatinio šonkaulių krašto) ir sėdmenų raukšlių (Costa & Hodges, 2023; World Health Organization, 2023).

Saviprata (angl. *Self – Concept*) – terminas *Self – Concept* iš anglų kalbos verčiamas – saviprata (Bagdonas ir Rimkutė, 2013) arba savivoka (Dabartinės lietuvių kalbos žodynas, n.d.) ir aprašomas kaip savęs apibūdinimas ir vertinimas, įskaitant psichologines ir fizines charakteristikas, savybes, įgūdžius, vaidmenis ir pan. (APA Dictionary of Psychology, n.d.).

Skausmo saviprata (angl. *Illness Self-Concept*) – tai kiek skausmas užima centrinę ar periferinę savasties dalį (Morea et al., 2008). Centrinė dalis parodo, kad skausmas yra pagrindinė asmens tapatumo dalis, daranti įtaką savęs suvokimui, o periferinė – kad skausmas turi įtakos gyvenimui, tačiau iš esmės nepaveikia to, kas asmuo yra (Morea, 2006).

Susitapatinimas su liga (angl. *Self-Illness Enmeshment; Engulfment*) – tai, kiek lėtinė liga sutrikdo žmogaus savęs suvokimą (Lally, 1988); laipsnis kiek lėtinė sveikatos būklė yra tapatinama su asmenybe (Oris et al., 2016); tai, kiek liga paveikė mąstymą apie save (Charmaz, 1995).

Priėmimas (angl. *Acceptance*) – noras likti su mintimis ir jausmais, nesiekiant jų keisti (Hayes et al., 1994). **Skausmo priėmimas** – pasiryžimas patirti besitęsiantį skausmą, nesistengiant jo sumažinti, išvengti ar kitaip jį keisti (McCracken, 1999).

1. IVADAS

1.1. Lėtinis skausmas ir jo poveikis

1.1.1. Lėtinio skausmo apibrėžimas

APA žodyne skausmas apibrėžiamas kaip nemalonus pojūtis, atsirandantis dėl nervinio audinio pažeidimo, laisvų nervų galūnėlių stimuliavimo arba per didelio stimulo (pvz. itin didelio garso) (APA *Dictionary of Psychology*, n.d.). Pagal TLK – 11 – kaip nemalonus jutiminis ir emocinis potyris, panašus į esamą ar galimą audinių pažeidimą (World Health Organization, 2019).

Skausmas įprastai klasifikuojamas pagal lokaciją, trukmę, dažnį, pagrindinę kilimo priežastį ir intensyvumą (Cole, 2002). Anotinė skausmo klasifikavimo sistema apibrėžia lokaciją, t.y. tam tikrą kūno vietą ar sritį, kurioje patiriamas skausmas, pavyzdžiui, apatinės nugaros dalies, galvos ar dubens skausmas (Cole, 2002). Pagal lokaciją pateikiami tokie apatinės nugaros dalies skausmo apibrėžimai: 1) skausmas patiriamas virš nugaros juosmens srities (Balagué et al., 2012); 2) skausmas tarp apatinio šonkaulių krašto ir sėdmenų (World Health Organization, 2023); 3) skausmas, jaučiamas tarp apatinės krūtinės ląstos dalies ir sėdmenų raukšlių, bet gali apimti ir kojas (Costa & Hodges, 2023).

Apatinės nugaros dalies skausmas gali būti specifinis (kai jį sukelia liga, struktūrinė stuburo problema ar pan.) arba nespecifinis (neįmanoma nustatyti konkrečios priežasties, paaiškinančios skausmą) (World Health Organization, 2023). Mokslininkai išskyrė, kad šio tipo skausmo kilimo priežastys gali būti labai įvairios, pavyzdžiui, psichologinis distresas, augliai, infekcijos, degeneraciniai pokyčiai fasetiniuose sąnariuose ar kt. (Balagué et al., 2012), todėl dažniausiai (90% atvejų) nustatomas nespecifinis apatinės nugaros dalies skausmas (World Health Organization, 2023).

Pagal trukmę įprastai skausmas skirstomas į dvi kategorijas: a) **ūmus skausmas** – yra naudingas ir atlieka apsauginę funkciją; įspėja apie pavojų ir apriboja sužeistų kūno dalių naudojimą; be jo žmogus negalėtų išgyventi; b) **lėtinis skausmas** – turi mažai apsauginės reikšmės; išlieka nepaisant išgyjimo po traumos ar ligos bei trukdo produktyviai veiklai (Kang et al., 2023). Skausmas tampa lėtiniu jeigu jis išlieka arba kartojasi ilgiau nei 3 mėnesius (World Health Organization, 2019).

Cole (2002) išskyrė, kad anotinė klasifikavimo sistema apima tik vieną skausmo veiksnį – lokaciją, taigi, pilnai nepaaiškina problemos neurofiziologijos, todėl svarbūs ir kiti veiksniai – skausmo trukmė, intensyvumas, poveikis gyvenimo sritims ir kt. Pasak autoriaus, daugiausiai kėblumų iškyla skausmą klasifikuojant pagal intensyvumą, nes jis kinta bėgant laikui ir, kadangi tą pačią patologinę būklę išgyvenantys pacientai gali skausmo intensyvumą apibūdinti labai skirtingai, tai yra subjektyvi patirtis. Mokslininkas teigė, kad itin svarbu atkreipti dėmesį į tai, kokius sunkumus skausmas sukėlė,

pavyzdžiui, ar trukdė veikloms, miegui ir kt. Reikia pažymėti, ir tai, kad ilgainiui dauguma pacientų sugeba prisitaikyti prie skausmo, tad vėliau pasireiškia „skausmo elgsena“ (angl. *pain behavior*), kai asmuo gali labai mažai arba perdėtai stipriai jausti skausmą (Cole, 2002).

Vertinant skausmo dažnumą, taip pat svarbu atkreipti dėmesį, kad šis veiksnys itin priklauso ne vien tik nuo subjektyvaus vertinimo, bet ir nuo to ar asmuo turi kitų lėtinių ligų, ar pasikeitė vaistų vartojimo kiekis, kaip dažnai kreipiamasi į gydytojus bei ar yra prieinama socialinė parama (Robinson et al., 2017).

Šiuolaikiniai tyrimai akcentuoja, kad skausmas yra kompleksinė liga, t.y. jo patyrimė dalyvauja biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai (World Health Organization, 2019). Tą pabrėžia ir biopsichosocialinis modelis, akcentuodamas, kad skausmo patyrimą lemia ne tik audinių pažeidimas, bet ir psichologiniai bei aplinkos veiksniai (Gatchel et al., 2007).

1.1.2. Lėtinio skausmo poveikis gyvenimui ir asmenybei

Statistiniai duomenys rodo, kad lėtinis skausmas paplitęs tarp 20% pasaulio populiacijos (Goldberg ir McGee, 2011), o apatinės nugaros dalies skausmas yra viena iš labiausiai paplitusių ligų visame pasaulyje, nuo kurios kenčia daugiau nei 7% įvairaus amžiaus žmonių (Hartvigsen et al., 2018). Nuo 11% iki 84% įvairių šalių gyventojų patiria, visą gyvenimą besitęsiantį, apatinės nugaros dalies skausmą (Airaksinen et al., 2006). Taigi, šio tipo skausmas – ne tik sveikatos problema, tačiau ir didelė ekonominė našta, įskaitant nedarbingumo, gydymo bei ankstyvo išėjimo į pensiją išlaidas (Rossen et al., 2021). Akcentuojama, kad skausmas turi poveikį įvairioms žmogaus gyvenimo sritims ir asmenybei.

Mokslininkai patvirtino, kad dėl patiriamo skausmo žmonės mažiau užsiėmė reguliaria sportine veikla ir leido laisvalaikį pasyviau, kas lėmė intensyvesnio skausmo patyrimą ir suprastėjusią gyvenseną (Jacob et al., 2004). Kiti tyrimai atskleidė, kad didžiausią poveikį nugaros skausmas kėlė namų ruošos darbams, laisvalaikio veiklai, ateities planavimui, paveikė poilsį ir miegą, o patirti sunkumai dirbdant sode, apsipirkimo metu ar laisvalaikiu mažino mėgavimąsi mėgstamomis veiklomis (Froud et al., 2014).

Pabrėžiamas ir lėtinio skausmo poveikis darbingumui bei socialiniams santykiams. Svarbu atkreipti dėmesį, kad darbingumo sumažėjimas susijęs su socialinio statuso bei ryšių praradimu (Svensson et al., 2010). Svensson ir kolegos (2010) įrodė, kad dėl išgyvento skausmo patirta gėda, nepasitikėjimas bei kritiškas savęs vertinimas lėmė didesnę užsisklendimą bei atsitraukimą nuo

socialinių interakcijų. Kiti tyrimai patvirtino, kad lėtinis nugaros skausmas paveikė bendravimą su šeima, draugais ir šeimos gydytojais bei lėmė socialinį uždaramą ir padidėjusią priklausomybę nuo kitų (Campbell & Cramb, 2008). Kiti mokslininkai atskleidė, kad žmonės buvo linkę vengti dalyvauti veiklose, nes bijojo, kad jų skausmas artimiesiems sugadins geros veiklos patirtį, kas lėmė tik dar didesnę atsiribojimą nuo žmonių (Froud et al., 2014).

Tyrimuose akcentuojamas ir lėtinio skausmo poveikis asmenybei. Anksčiau aptarti tyrimai patvirtino, kad lėtinis skausmas itin paveikė asmens santykius su kitais. Reikia pabrėžti, kad socialiniai santykiai turi poveikį savęs vertinimui (Svensson et al., 2010). Todėl galima teigti, kad, dėl skausmo kilęs nusivylimas, vengimas bei socialinė izoliacija itin paveikė ir patį asmenį. Taigi, užsimezgė „užburtas ratas“ – kuo daugiau skausmas veikė socialines interakcijas, tuo daugiau asmuo izoliavosi, kas skatino neigiamą poveikį gyvenimo sritims ir dar labiau neigiamai veikė žmogaus asmenybę.

Charmaz (1995) pabrėžė, kad sunki lėtinė liga pakerta kūno bei savasties vienovę ir priverčia žmogaus asmenybę keistis. Pasak autorės, lėtinė liga suardo ankstesnius įsitikinimus apie sklandžiai veikiančią kūną bei santykį tarp kūno ir savęs. Crowe ir kolegės (2010) akcentavo, kad lėtinio skausmo pacientai buvo linkę apibūdinti savo kūną tarsi jis būtų kažkokia išorinė dalis, atskirta nuo jų asmenybės. Miles ir kolegės (2005) pabrėžė kad žmogus kuria savo identitetą per kūną, pavyzdžiui, kūno judesius, plastiką ar pajėgumą veikti, todėl skausmo keliami fiziniai suvaržymai apriboja tapatumą ir iššaukia pokyčius, su kuriais gali būti itin sunku susitaikyti. Autorių tyrimas patvirtino, kad lėtinis skausmas iš esmės pakeitė žmogaus judėjimo būdą ir tai, kaip jis fiziškai sąveikavo su aplinka, pavyzdžiui, buvo sunkiau kažkur nuvykti, asmenys sunkiai valdė kūno judesius bei negalėjo atlikti norimų veiklų ir visa tai darė įtaką požiūriui į save, savo vietą sociume ir paveikė asmens tapatumą. Taigi, galima teigti, kad lėtinio skausmo sukelti fiziniai apribojimai, veikdami žmogaus savęs suvokimą, paskatino „suvaržytos asmenybės“ savivaizdžio formavimąsi (Miles et al., 2005) bei sukėlė grėsmę nuoseklaus ir vertingo savo tapatumo suvokimui (Eccleston ir Crombez, 1999). Kiti tyrimai patvirtino, kad dėl skausmo sukeltų socialinių, fizinių ir kitų apribojimų keitėsi žmogaus įsitikinimai apie save, savo aktyvumą, produktyvumą ir kt., kas lėmė kitokio požiūrio apie savo asmenybę formavimąsi (Crowe et al., 2010). Mokslininkai įrodė, kad neigiami įsitikinimai apie savo nugaros trapumą ir pažeidžiamumą lėmė intensyvesnio skausmo patyrimą ir didesnę jo baimę (Nishigami et al., 2019).

Pabrėžiama, kad skausmo patyrimo procese individas iš esmės tampa kitokiu žmogumi, prarasdamas tam tikras savo „Aš“ dalis ir, būtent čia, gali kilti didelis pasipriešinimas skausmui (Risdon et al., 2003). Osborn ir Smith (1998) tyrimas atskleidė, kad tiriamieji lygindami praeitį, kai skausmo nebuvo, su dabartimi, kai jis yra, suvokė, kad dabartyje jie nebegali atitikti savo amžiui

priskirtų socialinių normų, dirbti, būti fiziškai aktyviais, tiesiog džiaugtis gyvenimu ar patirti pasitenkinimą, atliekant mėgstamą veiklą, kas taip pat paveikė jų suvokimą apie save (Osborn & Smith, 1998). Johansson ir kolegų (1999) analizė atskleidė, kad moterų negalėjimas pilnai įsitraukti į darbo rinką bei tam tikrus vaidmenis (mamos, dukters, žmonos), sukėlė grėsmę jų savęs, kaip stiprios ir pajėgios moters suvokimui (Johansson et al., 1999).

Apibendrinant, reikia pažymėti, kad moksliniai tyrimai patvirtino, jog skausmas darė poveikį įvairioms gyvenimo sritims – socialiniams santykiams, fiziniam aktyvumui, miegui, mėgavimuisi maloniomis veiklomis ir kt. Galima teigti, kad atsiradus skausmui turi keistis gyvenimas, o kartu su šiais pokyčiais kinta ir pats žmogus, jo suvokimas, įsitikinimai ir to pasekoje tam tikri asmenybės konstruktai. Taigi, gyvenimas su lėtiniu skausmu yra itin kompleksiška patirtis.

1.2. Psichologinių veiksnių įtaka skausmo patyrimui

Visų pirma, svarbu pažymėti, kad vien tik fizinė disfunkcija pilnai nepaaiškina ligos patyrimo proceso (Contrada & Ashmore, 1999). Šiuolaikiniame moksle taikomas biopsichosocialinis modelis, kuriame pabrėžiama, kad sveikata ir ligotumas yra nulemti biologinių, psichologinių, socialinių veiksnių, o vien tik ligos nebuvimas pilnai neapibrėžia asmens sveikatos lygio (Contrada & Ashmore, 1999). Moksliniai tyrimai patvirtino, kad psichologiniai bei asmenybiniai veiksniai moderavo lėtinio skausmo patyrimą bei užėmė svarbų vaidmenį gydymo procese bei pačio skausmo suvokime (Garcia-Fontanals et al., 2017; Yunus at al., 1991). Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad norint išsiaiškinti, kas veikia ligų patirtį, svarbu analizuoti žmogaus asmenybinius konstruktus (Lopez-Ruiz et al., 2023).

Contrada ir kolegų (1999) išskyrė svarbius ligą veikiančius aspektus, tokius kaip: 1) **elgesio modelį** (rizikingas elgesys; elgesio nuoseklumas – stabili, nuosaiki ir suvaldyta reakcija į situaciją); 2) **neurobiologinius veiksnis** (pvz., predispozicija tam tikroms ligoms); 3) **psichologinius veiksnis** (mąstymas, įsitikinimai, tikslai, asmenybės vystymasis ir raiška, motyvai, įpročiai), kurie veikia elgesio organizaciją, keitimą, kryptingumą bei valdymą. Kituose tyrimuose Contrada ir Ashmore (1999) atskleidė, kad asmenybiniai konstruktai glaudžiai susiję su dvejais aspektais: 1) **kognityviniu vertinimu**, kuris apima žmogaus tikslų, socialinių vaidmenų, kompetencijų ir kitų veiksnių vertinimą; 2) **įveikos procesais**, kurie apima elgesio ir kognityvinę adaptaciją bei su tapatumu susijusių veiksnių pertvarkymą. Šie mokslininkai pabrėžė, kad asmenų subjektyvus sveikatos, fizinio ir socialinio funkcionavimo vertinimas gali suteikti žinių apie žmonių jautrumą ligai, jos poveikį asmeniui, ligos gydymo sėkmę ir net gali prognozuoti mirtingumo tikimybę. Kiti tyrimai patvirtino, kad psichologinė reakcija į operaciją, gebėjimas susidoroti su pooperaciniais simptomais ir bendras asmens prisitaikymas

prie sveikatos būklės pokyčių gali skirtis priklausomai nuo individualių asmenybinių konstrukto (Thomas et al., 2024). Taigi, itin svarbi ne vien tik specialistų teikiama pagalba, bet ir paties žmogaus reakcija į ligą bei tolimesni veiksmai jos valdymo link. Tyrimai patvirtino, kad tai, kaip bus išgyvenamas skausmas priklausė nuo asmens subjektyvaus požiūrio į jį (Bryant, 2007). Mokslininkai atskleidė, jog asmenybiniai konstrukto, veikdami per žmogaus pasirinkimus, atsaką į situaciją, jos keitimą bei savo indėlio situacijai įvertinimą, gali lemti žmogaus susidūrimą su sveikatą žalojančia arba saugančia aplinka (Contrada et al., 1999). Taip pat įrodyta, kad ligos suvokimas (angl. *Illness cognitions*) buvo svarbus mediatorius tarp ligos ir paciento savijautos, nes jis lėmė ligos interpretavimą bei fizinę ir psichologinę asmens gerovę, o asmenybiniai konstrukto buvo itin susiję su adaptacijos prie ligos kokybe (Evers et al., 2001).

Svarbu atkreipti dėmesį į psichologinių konstrukto svarbą akcentuojantį Lazarus ir Folkman transakcinį streso modelį (Lazarus & Folkman, 1984), kuris akcentavo, kad esant stresinei situacijai, skausmo patyrimas sąveikauja su asmenybiniais konstruktais, kurie inicijuoja vertinimą bei įveikos procesą, kas galiausiai sukelia pasekmes, darančias įtaką skausmo patyrimui (Ruben et al., 2023). Taigi pabrėžiama, kad asmeninė reakcija į išgyvenamą patirtį yra itin svarbi, nes ji lemia tam tikro skausmo intensyvumą, dažnumą ir kitas patirtis. Miles ir kolegos (2005) patvirtino, kad ne tiek pats skausmas, kiek asmens suvokiami skausmo keliai apribojimai kūnui, veiklai bei tapatumui, buvo susiję su pritaikyta tokių suvaržymų įveika. Tyrimai patvirtino, kad skausmo katastrofizavimas lėmė skausmo patyrimą (Jackson et al., 2014; Martinez-Calderon et al., 2019; Sullivan et al., 2001) bei buvo teigiamai susijęs su skausmo intensyvumu ir didesnės negalios patyrimu (Martinez-Calderon et al., 2019; Sullivan et al., 2001). Be to, skausmo intensyvumą lėmė ir neadaptyvios reakcijos – pernelyg neigiamas mąstymas apie skausmą (Campbell et al., 2003), o skausmo išdidinimas ir negebėjimas nustoti apie jį galvoti lėmė įsitikinimus apie intensyvų ir nesuvaldomą skausmą (Munk et al., 2022). Kiti tyrimai taip pat įrodė, kad skausmo patirčiai didelę įtaką turėjo kognityviniai mąstymo modeliai, tokie kaip, ruminavimas, negalėjimas nustoti galvoti apie skausmą, sunkumai sutelkiant dėmesį į kitus dalykus, kai patiriamas skausmas (Senturk et al., 2024) bei įsitikinimai apie skausmo grėsmę (Grabovac & Dörner, 2019).

Svarbu atkreipti dėmesį ir į kitą analizę, kuri atskleidė, kad perdėtas susikoncentravimas į skaudamas kūno dalis (Campbell & Cramb) bei nuolatinės būdrumo būsenos aktyvumas – akylas savo kūno pojūčių stebėjimas (Crowe et al., 2010) buvo susiję su įvairiomis skausmo patyrimo charakteristikomis. Reikia pažymėti, kad kūno pojūčių stebėjimas gali būti adaptyvus ir neadaptyvus. Pabrėžiama, kad neadaptyvus kūno suvokimas, apimantis pojūčių vengimą, slopinimą bei polinkį

galvoti apie katastrofiškas pasekmes ar vertinti kūno pojūčius, kaip grėsmę, buvo susijęs su padidėjusiu jautrumu skausmo patyrimui (Colgan et al., 2022).

Apibendrinant, galima teigti, kad asmens kognityvinis vertinimas, įsitikinimai, motyvai, įpročiai, elgesio modeliai, įveikos procesai ir kiti veiksniai užima svarbią vietą skausmo patyrimo procese, nes gali tiek paskatinti jo vystymąsi, tiek ir apsaugoti nuo perdėtai intensyvaus jo išgyvenimo. Svarbus klausimas – kodėl vieni žmonės linkę lengviau skausmo patirtį integruoti į gyvenimą, o kiti ne? Tyrimai patvirtino, kad skausmo patyrimui didelę svarbą turi savipratos, susitapatinimo su skausmu bei skausmo priėmimo veiksniai.

1.3. Lėtinis skausmas ir saviprata

1.3.1. Savipratos fenomeno analizė

Apie asmenybinius konstruktus rašė daugybė žymių mokslininkų tokių, kaip William James, Charles Horton Cooley, George Herbert Mead, Harry Stack Sullivan, Carl Rogers, Erik Erikson, Gordon Allport ir kt. XX a. pab. psichologijos moksle sparčiai vystėsi savipratos konstrukta apimančios teorijos (Bandura 1982; Epstein 1983; Markus ir Zajonc 1985) (Rosenberg, 1989). Savipratos konceptą Beekman ir kolegos (1985) siejo su „savęs samprata“, „savo verte“, „pasitikėjimu savimi“ ar „savęs vaizdu“. Mokslininkai savipratą apibrėžė kaip savo vertės suvokimą, nepaisant trūkumų. Autoriai savo tyrime išskyrė skirtingus savipratos konstruktus, pavyzdžiui: 1) *Moralinis Aš* (moralinė vertė); 2) *Asmenybinis Aš* (asmenybinė vertė); 3) *Šeimyninis Aš* (asmens, kaip šeimos nario vertė) (Beekman et al., 1985). Žvelgiant į vėlesnių laikų mokslininkų darbus, pastebima, kad savipratos fenomenas siejamas su tokiais klausimais, kaip: „kas aš esu“, „kur aš priklausau“, „kaip aš prisitaikau“ bei pabrėžiama, kad saviprata lemia tai ką mes prisimename, kaip prisimename ir kaip suvokiame savo patirtį (Oyserman, 2004). Internetiniame žodyne *Britannica* saviprata apibrėžiama kaip individo įsivaizdavimas apie tai, koks žmogus jis yra (Britannica, n.d.). Morea ir kolegos (2008) savipratą siejo su nuolatiniu savo įgimtų fizinių ir psichinių savybių suvokimu ir prisiminimu, susijusiu su dabartiniu savęs pajautimu išlaikymu (Morea et al., 2008). Autoriai savipratą apibūdino kaip dinamišką veiksnį, kurį stipriai veikia aplinka ir įgyta patirtis.

Dėl savipratos fenomeno sudėtingumo Seymour Epstein (1973) siūlė kalbėti apie savipratą ne kaip apie konceptą, bet kaip apie atskirą teoriją. Mokslininkas savipratą apibrėžė, kaip nuoseklia, hierarchiškai sutvarkytą, su patirtimi besikeičiančią, dinamišką sistemą, kuri turi skirtingas kategorijas (kūniška, dvasinė, socialinė), vystosi dėl įgytos patirties, yra būtina individo funkcionavimui bei atlieka

bent dvi pagrindines funkcijas: organizuoja informaciją apie patirtį bei palengvina poreikių patenkinimą (Epstein, 1973).

Kadangi klausimyno autoriai (Morea et al., 2008) savipratą apibūdino remiantis Geštalto teorijos konstruktais bei rėmėsi žymių mokslininkų Kurt Lewin ir Solomon Asch teorijomis, toliau verta įsigilinti, būtent, į šias teorijas, kad galėtume aiškiau suprasti šiame darbe nagrinėjamą konstruklą.

1.3.2. Saviprata Geštalto teorijoje: Kurt Lewin ir Solomon Asch darbai

Visų pirma svarbu išskirti Geštalto teoriją, kurios žinomiausi įkūrėjai buvo Max Wertheimer, Kurt Koffka ir Wolfgang Köhler. *Gestalt* išvertus iš Vokiečių kalbos reiškia „forma“, „šablonas“, „konfigūracija“ (Rock & Palmer, 1990). Idėja, kad visuma skiriasi nuo jos dalių sumos yra pagrindinis Geštalto psichologijos principas, metęs iššūkį tuomet vyrausiai struktūralizmo teorijai (Rock & Palmer, 1990). Svarbu išskirti, kad Geštalto teorija palaiko pozityvaus požiūrio į asmenybę požiūrį, kuomet dėmesys nukreipiamas ne į patologiją, bet į asmens stiprybes (Fagan & Shepherd, 1970). Reikia pažymėti ir Geštalto teorijoje akcentuojamą fenomenologinį lauką, kurį sudaro visa, kas yra prieinama sąmoningam patyrimui, pavyzdžiui, prisiminimai, dabartinė jutiminė patirtis, jausmai, fantazijos, per laiką susiformavusios reikšmių sistemos bei įvairios minčių ir patirties formos (Burley, 2012). Šiame lauke informacija yra paskirstoma – kas svarbiausia perkeliama į sąmonės centrą, o kas ne taip svarbu – į periferiją, ir tokiu būdu visas *laukas* susitvarko pagal mūsų sąmonei svarbiausią veiksnį (Burley, 2012). Geštalto teoretikai pabrėžė, kad panašūs principai nusako ir elgesį, nes jis kyla veikiamas ne vien tik išorinių dirgiklių, bet ir vidinės struktūros, pavyzdžiui, asmens suvokimo (Burnes & Cooke, 2013).

Vieni iš žymesnių autorių Geštalto teorijos kontekste buvo Kurt Lewin ir Solomon Asch. Lewin – žinomas dėl lauko teorijos apie žmogaus elgesį, kurioje akcentuojama, kad veiksmą modeliuoja žmogaus asmenybiniai konstruktai ir jo socialinė aplinka (Wheeler, 2008). Analizuojant Lewin teoriją pastebima, kad joje vyrauja erdvinė išraiška, per kurią autorius brėžia individo gyvenimo erdvės žemėlapius, asmenybinius konstruktus vaizduodamas kaip dinamišką sistemą, funkcionuojančią jėgos veikiamoje erdvėje (Drapela, 1987). Pasak, autoriaus, visas žmogaus elgesys (veiksmai, mąstymas, norai, siekiai, vertinimas ir kt.) suvokiamas kaip lauko būsenos pokytis per tam tikrą laiko tarpą (Lewin, 1951). Lewin pabrėžė, kad, norint suvokti elgesį, svarbu atkreipti dėmesį į visą asmens psichologinį „*lauką*“, kurį autorius dar vadino „*gyvenimo erdve*“, apibrėžiančia asmenį ir jo psichologinę aplinką (Lewin, 1951). Pagal mokslininko teoriją, žmogaus elgesys priklauso ne nuo praeities ar ateities, bet nuo šio momento, ypatingai to, kas vyksta dabartiniame lauke, kurį gali

paveikti įvairūs norai, poreikiai bei pastangos (Wheeler, 2008). Lauko teorija padeda suprasti aspektus, palaikančius nepageidautiną elgesį ir nustatyti veiksnius, kuriuos reikia sustiprinti arba susilpninti, kad pageidaujamas elgesys būtų išprovokuotas (Burnes & Cooke, 2013).

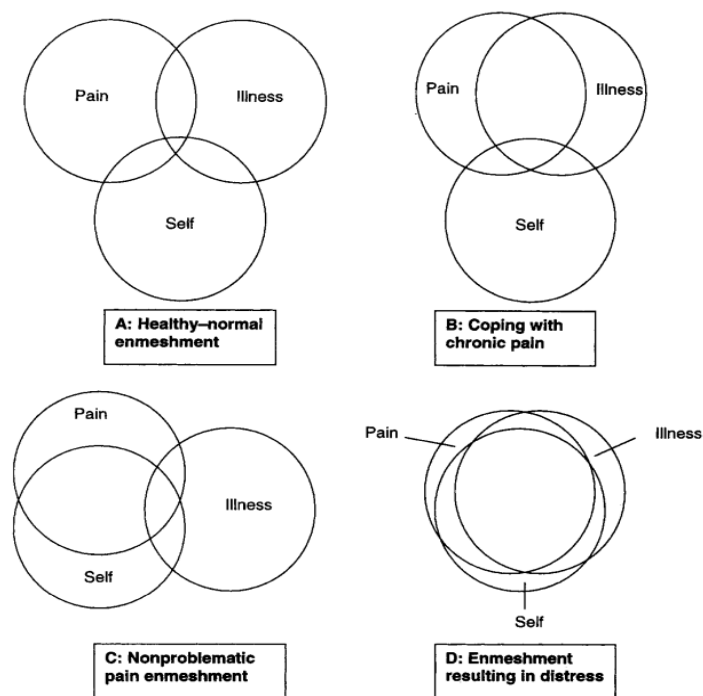
Savo darbus Geštalto teorijos principais grindė ir žinomas socialinis psichologas Solomon Asch. Plačiai žinomi Asch darbai, akcentavę asmens autonomiją ir konformizmą, atskleidė, kad žmogaus socialines reakcijas itin paveikė kitų nuomonė (Rock, 1990) bei grupės daromas spaudimas (Asch, 1955). Mokslininko darbai įrodė, kad žmonės buvo pakankamai jautrūs socialinei įtakai, nes siekdami kitų pritarimo jie atsisakydavo savo nuomonės, net tuomet, kai buvo aiškiai matoma, jog kitų požiūris buvo klaidingas (Levine, 1999). Levine (1999) išskyrė, kad šį konformizmo reikškinį Asch aiškino akcentuodamas tarp žmonių esančius panašumus, pavyzdžiui, žmonės sąlyginai panašiai suvokia fizinę erdvę bei turi sąlyginai vienodas psichologines funkcijas, tokias kaip percepcija ir atmintis. Pasak Levine (1999), Asch akcentavo labai svarbų aspektą – kad dėl šių suvokimo panašumų žmonės geba kurti bendrą pasaulio suvokimą bei konstruoti socialinę realybę ar „socialinį lauką“. Tačiau autorius pabrėžė ir kitą svarbią Asch idėją, kad grupės funkcionavimui svarbi ir asmens nepriklausomybė, pavyzdžiui, suvokimo skirtumai taip pat gali būti produktyvūs, nes jie leidžia pamatyti savo požiūrio ribotumą ir atveria galimybes alternatyvoms. Taigi, žmogus išgyvena nuolatinį konfliktą – išlikti nepriklausomam ar pasiduoti socialiniam spaudimui (Levine, 1999).

Remdamiesi Asch ir Lewin teorijomis Morea ir kolegės (2008) savipratos konceptą apibrėžė per centrinio ir periferinio regionų principus. Morea ir bendraautorai (2008) akcentavo, kad centriniai gyvenimo erdvės regionai yra arti savasties branduolio ir, turėdami poveikį kryptčiai bei interpretacijai, veikia periferinius regionus. Autoriai pabrėžė, kad jeigu savastis yra „varomoji jėga“, tuomet būtent ji valdo poreikius, veiksmus, tikslus, santykius ir kt., o liga lieka periferijoje (antraeilė), tačiau jei liga yra „varomoji jėga“ ji, veikdama savastį, valdo poreikius, veiksmus, tikslus, santykius ir kt. Remiantis šiuo principu, mokslininkai išskyrė dvi sąvokas: 1) liga periferinė savasčiai (angl. *Illness peripheral to self*); 2) liga centrinė savasčiai (angl. *Illness central to self*). Remiantis šia teorija, ligos išplitimas vertinamas pagal tai, kaip stipriai ji paveikia gyvenimo sritis ir kiek valdo asmens savipratą (Morea et al., 2008).

Apibendrinant, reikia pažymėti, kad asmenybė Geštalto teorijos kontekste analizuota remiantis visumine ekosistema, kuri apėmė aplinką, asmens savybes bei įvairias interakcijas. Be to, Lewin ir Asch teorijose akcentuojami socialinio ir psichologinio „lauko“ veikimo principai gali paaiškinti asmens ir jo ligos sąryšį.

1.3.3. Susitapatinimas su lėtiniu skausmu

Tyrinėjant skausmo poveikį asmens savipratai, mokslinėje literatūroje, atrandami tokie terminai, kaip „*Engulfment*“ ir „*Enmeshment*“. Morea ir kolegės (2008) kalbėjo apie tai, kad „*Engulfment*“ sąvoka buvo perimta iš psichikos sveikatos srities tyrimų, kurie akcentavo šizofrenija sergančių pacientų savęs vertinimą ir tai kiek liga ėmė dominuoti pacientų savipratą. „*Enmeshment*“ sąvoka atrandama tapatumo ir lėtinio skausmo santykį plačiai nagrinėjusių Pincus ir Morley darbuose, kuriuose autoriai pateikė *Skausmo Schemų Susilieјimo Modelį* (žr. 1.3.3.1 pav.). Šiame modelyje išskiriami trys, tarpusavyje susiję, svarbūs veiksniai: skausmas, liga ir „Aš“ (savastis) (Pincus & Morley, 2001). Remiantis autorių teorija pabrėžiama, kad skausmo schema apima skausmo patyrimo ypatumus, pavyzdžiui, skausmo jutinumą, intensyvumą, laikotarpį ir kt., o „Aš“ schema apima organizuotą informaciją apie save (Read & Pincus, 2004). Pasak autorių, šie trys veiksniai niekada neveikia izoliuotai vienas nuo kito, tačiau esmė – kiek jie vieni su kitais persidengia.



1.3.3.1 pav. Skausmo, ligos ir „Aš“ schemų persidengimo variacijos (Pincus & Morley, 2001, p. 608)

Paveikslėlyje pateikti skirtingi schemų susilieјimo modeliai, tokie kaip: A) sveikas susilieјimas: schemas persidengia dalinai; B) lėtinio skausmo įveika: schemas dalinai susilieјusios, o „Aš“ schema išlieka santykinai atskira; vaizduoja adaptyvų prisitaikymą, nes skausmas ir liga neturi poveikio savivertės jausmui bei gebama išlaikyti savo tapatumą; C) neproblemiškas susilieјimas: skausmo ir

„Aš“ schemas susiliejusios, o ligos schema ne; gali būti ūmaus skausmo atveju, kai jo sukeliama apribojimai apima koki nors vieną tapatumo aspektą, pavyzdžiui, sportininkų traumų atveju; D) distresą keliantis susiliejimas: visų schemų susiliejimas, kai skausmas ir liga susilieja su asmens „Aš“ (Pincus & Morley, 2001). Autorių tyrimai atskleidė, kad pacientai, kurių „Aš“, skausmo ir ligos schemas buvo susiliejusios (kaip D modelyje), patyrė daugiau suprastėjusio funkcionavimo problemų (Rusu & Pincus, 2012). Mokslininkai akcentavo, kad pagrindinė darbo su lėtinio skausmo pacientais užduotis turėtų būti siekis atskirti žmogaus tapatumą nuo skausmo simptomatikos (Pincus & Morley, 2001).

Nagrinėjant ligos ir tapatumo ryšius, mokslinėje literatūroje dažnai sutinkamas kitas terminas – „Ligos tapatumas“ (angl. *Illness identity*). Šį fenomeną plačiai nagrinėję mokslininkai jį apibūdino kaip rodiklį kiek asmens patiriama liga yra integruojama į asmenybę (Oris et al., 2016). Autoriai teigė, kad „Ligos tapatumas“ gali turėti skirtingas adaptyvias ir neadaptyvias stadijas, pavyzdžiui, neadaptyvios stadijos: ligos atmetimas (angl. *Rejection*) ir susiliejimas su liga (angl. *Engulfment*); adaptyvios: ligos priėmimas (angl. *Acceptance*) ir ligos sukeltas augimas (angl. *Enrichment*). Susiliejamą su liga autoriai apibūdino, kaip rodiklį, kiek liga dominuoja asmens tapatumą ir kasdienį gyvenimą. Pasak autorių, susitapatinę su liga asmenys, save apibrėžė tik per ligą, kuri valdė visas jų gyvenimo sritis (Oris et al., 2016).

Tyrimai atskleidė, kad, kai negalia yra sunki ir lėtinė, ji gali užgožti savęs suvokimą, tuomet tampa vis sunkiau išlaikyti teigiamą požiūrį į save ir kyla rizika, kad asmuo vis daugiau sies savo tapatumą su liga (Beanlands, 2001). Tyrimai patvirtino, kad su lėtiniu skausmu susitapatinę tiriamieji buvo linkę dažniau manyti, kad jų esama sveikatos būklė trukdo jiems būti tokiomis asmenybėmis, kokiomis jie norėtų būti (Bryant, 2007) bei buvo linkę mažiau įsitraukti į darbą, laisvalaikio bei socialines veiklas (Ampiah, 2021). Atvirkščiai didesnis pasitikėjimas savo gebėjimu valdyti skausmo patirtį bei mažesnis emocinis diskomfortas buvo tų žmonių, kurie mažiau tapatinosi su skausmu (Foster et al., 2008).

Ligos ir tapatumo sąsają plačiai nagrinėjo Higgins (1987), kuris savo teorijoje išskyrė tris pagrindines savasties dalis, tokias kaip: 1) „Faktinis Aš“ (savybės, kurias manome, kad turime); 2) „Idealus Aš“ (savybės, kurias norėtume turėti); 3) „Privalomas Aš“ (savybės, kurias privalome turėti). Be to, mokslininkas išskyrė dvi vertinimo pozicijas: 1) asmeninis požiūrio taškas (ką mes manome); 2) reikšmingo kito asmens požiūrio taškas (ką mano motina, tėvas, draugas). Taigi, pasak autoriaus, turime savęs vertinimo sistemą, pavyzdžiui, „Faktinis Aš“ (mūsų požiūriu) ir „Faktinis Aš“ (kito požiūriu). Autorius teigė, kad tarp šių savasties dalių dažnai atsiranda įtampą keliantis atotrūkis, pavyzdžiui, neatitikimas tarp „Faktinio Aš“ ir „Idealaus Aš“ rodo, kad tam tikri lūkesčiai yra

nepasiekti, nes savo dabartinės savybės žmogus vertina kaip neatitinkančias siektinos idealios būsenos (Higgins, 1987).

Mokslinėje literatūroje gausu tyrimų, kuriuose skausmo patirtis nagrinėjama remiantis Higgins teorijos principais. Morley ir kolegų (2005) tyrimas, kuriame analizuota tai, kokią įtaką skausmo patirtis turėjo savęs vaizdui ateityje, atspindėjo neatitikimą tarp „*Faktinio Aš*“ ir „*Idealaus Aš*“. Tyrimo rezultatai patvirtino, kad pacientams, kurie siekė realybėje sunkiai įgyvendinamo tikslo – visiško skausmo pašalinimo, buvo sunkiau kurti ne su skausmu susijusius ateities tikslus, jie išgyveno daugiau nusivylimo bei jautėsi įkalinti savo skausmo (Morley et al., 2005). Waters ir kolegų (2004) tyrimas patvirtino, kad neatitikimas tarp „*Privalomo Aš*“ (kito požiūriu) ir „*Faktinio Aš*“ (mūsų požiūriu), lėmė didesnę psichologinę distresą. Šis tyrimas atskleidė, kad asmenys konstravo savęs vaizdą remdamiesi tuo, kaip jiems reikšmingi žmonės reagavo į juos ir vėliau internalizavo kitų reakcijas į savęs suvokimo schemą. Taigi, pasak autorių, nuolatinį skausmą išgyvenantys pacientai, patirdami pernelyg didelį rūpestį ar perdėtą kritiką iš kitų, per tokį kitų elgesį formavo požiūrį į save (kaip negebančio būti savarankišku ar atlikti savo pareigų).

Apibendrinant, moksliniai tyrimai atskleidė, kad lėtinio skausmo kontekste susiduriama su itin svarbiu veiksniu – susitapatinimu su skausmu, kuris glaudžiai susijęs su įvairiais skausmo patyrimo aspektais.

1.3.4. Skausmas kaip integruota savipratos dalis

Morea (2006) teigė, kad mokslininkų plačiai nagrinėtas susitapatinimo su liga fenomenas (angl. *Engulfment*) pilnai neatspindi ryšio tarp ligos ir asmens, nes gilinasi tik į vieną negatyvų veiksnių – susitapatinimą su liga. Todėl autorė pateikė naujovišką *Ligos Savipratos* (angl. *Illness-Self-Concept*) sąvoką, kuri skiriasi nuo ankstesnių mokslininkų teorijų, nes pabrėžė ir tai, kad asmenys gali išsaugoti savo tapatumą ir integruoti ligos patirtį į gyvenimą (Morea, 2006).

Ligos integraciją ir ligos savipratą (angl. *Illness-Self-Concept*) plačiai tyrinėjo Charmaz (2002), kuri pabrėžė, kad esant sunkiai ligai, asmenybės perstruktūravimas itin priklauso nuo naujų mąstymo, veikimo bei emocijų raiškos įpročių. Autorė teigė, kad, atsparumas, ligos akivaizdoje, susijęs su savo „*Aš*“ išlaikymu, nepaisant to, kad kūne vyksta negrįžtami pokyčiai. Pasak autorės, tokia savojo „*Aš*“ rekonstrukcija apibūdina pakeistą, peržiūrėtą ir galbūt iš naujo suvoktą „*Aš*“. Mokslininkė taip pat akcentavo, kad šiame procese svarbus gyvenimo prioritetų nusistatymas bei įpročiais tapusių

įsitikinimų apie save keitimas, pavyzdžiui, sprendimas prisiimti mažiau pareigų ar ankstesnio savo „super mamos“ įvaizdžio atsisakymas, neįsivaikiant kaltės ir pan. (Charmaz, 2002).

Tyrimai, analizuojantys ligos integraciją, išskyrė tokius svarbius veiksnius, kaip: ligos valdymą, kai ji nėra atmetama, ignoruojama ar slepiama (Maietta, 2021), asmens savarankiškumą bei aktyvų bendradarbiavimą su specialistais (Van de Velde et al., 2019), pasitikėjimą savo gebėjimais valdyti ligos poveikį kūnui ir gyvenimui, siekimą gauti informacijos, šalutinių ligos poveikių išmanymą bei aktyvų išitraukimą į ligos gydymo procesą (Taylor, 1983), kitokią požiūrį į ligą – ji suvokiama kaip praturtinanti, keičianti vertybes, skatinanti asmenybinį augimą (Oris et al., 2016), nenaudingų įsitikinimų apie ligos poveikį atpažinimą bei suvokimo apie save (kas *Aš* ir koks *Aš* ligos kontekste) plėtimą (Carroll et al., 2020). Be to, analizuojant literatūrą atrandama daug tyrimų, kurie akcentuoja atskirą fenomeną – *skausmo priėmimą*, kaip svarbų veiksnį, susijusį su skausmo integracija į gyvenimą (Jensen et al., 2016), todėl verta plačiau panagrinėti šį reiškinį.

1.4. Skausmo priėmimas

1.4.1. Skausmo priėmimo apibrėžimas

Williams ir Lynn (2010) akcentavo, kad priėmimo fenomenas nagrinėtas humanistinės ir egzistencinės krypties teoretikų darbuose, pavyzdžiui, viena iš žinomiausių – Carl Rogers savirealizacijos teorija, kurioje akcentuojamas savęs ir kitų priėmimas. Pasak autorių, vėliau, plintant kognityvinėms teorijoms, šis fenomenas nagrinėtas remiantis savireguliacijos veiksniais. Reikia pažymėti, kad priėmimo sąvoka išryškėjo plintant Steven C. Hayes priėmimo ir įsipareigojimo terapijos (PĮT) metodams. PĮT – kognityvinės elgesio terapijos atšaka, o visi PĮT principai remiasi psichologinio lankstumo, kuris apibūdinamas, kaip gebėjimas sąmoningiau suvokti esamą momentą ir keisti arba išlaikyti elgesį, kad jis padėtų siekti vertingų tikslų, didinimu (Hayes et al., 2016). Pasak Hayes ir kolegų (2016), šioje teorijoje priėmimas reiškia aktyvų ir sąmoningą įvykių pripažinimą, nesistengiant pakeisti jų dažnumo ir struktūros, pavyzdžiui, skausmą patiriantieji mokomi tam tikrų metodų, kurie padėtų nustoti priešintis skausmo patyrimui. Šiuolaikiniuose empiriniuose tyrimuose daugiausiai dėmesio skiriama priėmimu grįstų psichoterapinių gydymo metodų veiksmingumo vertinimui (Williams & Lynn, 2010).

Atkreipiamas dėmesys, kad priėmimo konceptas mokslinėje literatūroje apibrėžiamas labai skirtingai. Charmaz (1995) priėmimą apibūdino kaip susitaikymą su fizinio kūno pajėgumo netektimi, negalios pripažinimą bei kūno-savasties sintezės susigrąžinimą. Pasak autorės, priėmimas – tai prisitaikymas prie gyvenimo ir asmenybės pokyčių. Įvairūs žodiniai išskiria tokius priėmimo

apibrėžimus: a) palankus požiūris į idėją, situaciją, asmenį ar grupę; kažko kaip pagrįsto ir teisingo pripažinimas (APA Dictionary of Psychology, n.d); b) priimti, susitaikyti (Bagdonas ir Rimkutė, 2013); c) patvirtinimas, palankus priėmimas, pritarimas (Merriam-Webster, n.d.); d) veiksmas, kuriuo priimamas koks nors daiktas ar asmuo; savybė ar būseną, kai esi priimtas (Britannica, n.d.). Oris ir kolegos (2016) kalbėdami apie priėmimą, kaip vieną iš svarbių „*Ligos tapatumo*“ veiksnių, jį apibrėžė per tai kiek asmuo linkęs priimti savo ligą kaip tapatumo dalį, egzistuojančią kartu su kitais, asmenybę apibrėžiančiais, veiksniais. McCracken (1999) skausmo priėmimą apibūdino kaip pasiryžimą patirti besitęsiantį skausmą, nesistengiant jo sumažinti, išvengti ar kitaip jį keisti. Shallcross ir kolegos (2013) išskyrė, kad priėmimas reiškia ne neigiamo efekto sumažinimą, bet santykio su tuo efektu pakeitimą, kai įtraukiami visi emociniai išgyvenimai, net ir tie, kurie yra nemalonūs bei stengiamasi nesmerkti esamos patirties.

Skausmo priėmimas gali turėti keletą komponentų, įskaitant, nuostatas, įsitikinimus ir tiesioginį elgesį, tačiau šis konstruktas yra daugiau nei tai, nes apima atsisakymą priešintis skausmo patyrimui, realistišką požiūrį į skausmo patirtį, įsitraukimą į kasdienio gyvenimo veiklas bei aktyvų sprendimų priėmimą, siekiant kurti kokybiškesnį gyvenimo būdą (McCracken, 1999; McCracken & Eccleston, 2003). Be to, mokslininkai akcentavo, kad skausmo priėmimas veikia per skirtingus etapus, tokius, kaip, medicininės pagalbos siekimą, diagnozės nustatymą, požiūrio į skausmą keitimą, gedėjimą, dėl skausmo sukeltų darbingumo, santykių ir kt. netekčių (Lachapelle et al., 2008).

Apibendrinant, mokslininkai pabrėžė, jog priėmimas yra kompleksiškas veiksnys, susidedantis iš skirtingų etapų bei apimantis įvairius komponentus, todėl, svarbu plačiau išanalizuoti šio reiškinio ypatumus.

1.4.2. Skausmo priėmimo tyrimai

Per pastaruosius 10 metų, siekiant kurti efektyvesnius skausmo valdymo modelius, tradicinę praktiką, akcentuojančią skausmo kontrolę ir įveikos strategijas, pakeitė dėmesingu įsisąmoninimu ir skausmo priėmimu grįsti metodai (Lachapelle et al., 2008). Žinoma, kad lėtinis skausmas yra sunkiai kontroliuojama patirtis, todėl šiuolaikiniai mokslininkai vis daugiau dėmesio skiria ne skausmo kontrole grįstoms įveikos strategijoms, o adaptacijai bei skausmo integravimui į kasdienį gyvenimą. Be to, akcentuojama, kad priėmimo metodu grįstoms intervencijoms sukurti ir palaikyti nereikalingi dideli išteklių, todėl jos gali būti laisvai taikomos bendruomenėje (Jensen et al., 2016).

McCracken ir Eccleston (2003) teigė, kad sėkminga lėtinio skausmo įveika neapima vien tik netinkamų įveikos strategijų mažinimo, tačiau svarbiau atkreipti dėmesį į elgesį, kuris vyksta automatiškai, kai pojūčiai ir emocijos nėra tiesiogiai kontroliuojami. Be to, tyrimai patvirtino, kad, nepriklausomai nuo patiriamo skausmo intensyvumo, nuostata priimti skausmą geriausiai prognozavo ar asmuo pritaikys potencialiai veiksmingas ar neveiksmingas skausmo įveikos strategijas (McCracken, 1999). Kita mokslinė analizė atskleidė, kad pačios įveikos strategijos gali būti skirstomos remiantis skausmo priėmimo ir atmetimo koncepais. Pavyzdžiui, Miles ir kolegų (2005) tyrime, išskirti keturi būdai, kurie pavadinti: asimiliacija, akomodacija, subversija ir konfrontacija. Šias strategijas autoriai siūlė skirstyti į dvi kategorijas: 1) paremtas skausmo priėmimu (asimiliacija, akomodacija); 2) paremtas skausmo atmetimu (subversija, konfrontacija) (Miles et al., 2005). Pasak autorių, tiriamųjų požiūris į tai, kiek skausmas suvaržė jų asmenybę ir aktyvumą bei pasiryžimas priimti tuos suvaržymus buvo glaudžiai susijęs su tuo, kokią įveikos strategiją asmuo pritaikė. Taigi, matoma, kad skausmo priėmimas yra svarbus reiškinys, veikiantis skausmo valdymo procesus bei gyvenimo būdo pokyčius.

Svarbu atkreipti dėmesį į reikšmingą skausmo priėmimo konstruktą – įsitraukimą į veiklas. Tyrimai įrodė, kad apatinės nugaros dalies skausmą patiriantys asmenys linkę nueiti mažiau žingsnių, mažiau įsitraukia į laisvalaikio veiklas, daugiau laiko praleidžia gulėdami nei stovėdami ir bendrai yra mažiau aktyvūs (Grabovac & Dorner, 2019). Be to, mokslininkai patvirtino, kad skausmą patiriantieji, ypač ankstyvosiose ūminėse skausmo stadijose, išgyveno intensyvesnę judėjimo baimę (Ranger et al., 2020). McCracken (1999) teigė, kad svarbu pripažinti, jog skausmas gali nepasikeisti, o dar svarbiau – gebėti įsitraukti į įprastą gyvenimo veiklą. Pasak autoriaus, įsitraukimu į kasdienes veiklas nėra siekiama skausmą sumažinti, tačiau veikiama todėl, kad svarbi pati veikla, taigi, pabrėžiama, kad skausmo priėmimo konstruktas nėra įveikos strategija (McCracken, 1999). Be to, mokslininkai atskleidė, jog veiklos pobūdis yra taip pat svarbus veiksnys, susijęs su skausmo intensyvumu. Analizė patvirtino, kad mažiau vertinga veikla užsiėmę tiriamieji skausmą vertino kaip labiau intensyvią (Carvalho et al., 2018). Taigi, įsitraukimas į veiklas skatino efektyvesnę skausmo integraciją į gyvenimą.

Kiti moksliniai tyrimai taip pat patvirtino, kad priėmimas yra svarbus veiksnys skausmo patyrimo kontekste. McCracken ir kolegų (2005) tyrimas atskleidė, kad skausmo priėmimo metodu grįstos gydymo programos dėka sumažėjo analgetikų vartojimas ir apsilankymai pas šeimos gydytoją bei ryškiai pagerėjo darbingumo būklė ir padidėjo įsitraukimas į veiklas bei pasiryžimas skausmo patyrimui (McCracken et al., 2005). Kita tyrimų analizė įrodė, kad, būtent, skausmo priėmimas lėmė tokius veiksnys, kaip: didesnę įsitraukimą į gyvenimo veiklas, nepaisant skausmo; mažesnę skausmo katastrofizavimą; didesnę skausmo pripažinimą, nesiekiant jo keisti; geresnę psichologinę savijautą

(Viane et al., 2003). Kiti mokslininkai įrodė, kad skausmo priėmimas buvo susijęs su mažesniu skausmo intensyvumu bei funkciniais sutrikimais (Bendayan et al., 2012), mažesne depresijos simptomatika (Carvalho et al., 2018; Jensen et al., 2016;), mažensiais miego sutrikimais (Jensen et al., 2016) bei silpnesnio skausmo patyrimu (Carvalho et al., 2018; Jensen et al., 2016). Daugelis kitų tyrimų, įrodė, kad priėmimas lėmė, tokius veiksnius, kaip: sveikesnę emocinę, fizinę ir socialinę būklę (McCracken et al., 2005), geresnį savipriežiūros elgesį ir efektyvesnį tvarkymąsi su ligos iššūkiais (Oris et al., 2018), mažesnį patiriamą skausmo lygį, mažesnius psichologinius sunkumus ir geresnį funkcionavimą (Lachapelle et al., 2008), geresnį skausmo toleravimą net tada, kai buvo patiriamas didesnis skausmo lygis (Gutiérrez et al., 2004), skausmo poveikį emocinei būsenai (Fish et al., 2013). Kiti mokslininkai akcentavo, priėmimo ir savipratos sąsajas, pavyzdžiui, mažesnis ligos priėmimas ir didesnis susitapatinimas su ja lėmė pasipriešinimą sveikatos priežiūros veiksmų įgyvendinimui (Schneider et al., 2024), o įsitikinimai, jog skausmas suvaržė asmenybę, judėjimą ir kūną, paveikė žmonių santykį su aplinka ir apribojo jų aktyvumą (Miles et al., 2005). Taigi, matoma, kad skausmo priėmimas buvo susijęs su geresne psichologine savijauta, mažesniu skausmo intensyvumu ir kitais svarbiais veiksniais.

Reikia pažymėti, kad skausmo priėmimo analizė ir pats apibrėžimas išskiria skausmo atmetimą ir kontrolę, todėl svarbu plačiau įsigilinti į šiuos veiksnius. Nagrinėdami lėtinio skausmo įveiką Afrell ir kolegos (2007) išskyrė dvi būsenas – ambivalentiškumą (svyravimas tarp priėmimo ir atmetimo) ir atmetimą (visišką kūno pojūčių nepripažinimą), kurios, pasak autorių, mažino pasitikėjimą savo kūnu bei didino beviltiškumo jausmus. Kiti mokslininkai išskyrė skausmo atmetimu grįstas įveikos strategijas – subversiją (nepripažinimas, kad skausmas kelia suvaržymus) ir konfrontaciją (skausmas atmetamas ir veiklos daromos nepaisant jo) (Miles et al., 2005). Kita analizė, akcentavusi skausmo kontrolę, atskleidė, jog kai kurie lėtinio skausmo pacientai išgyveno pakartotines nesėkmes analgezijos būdu bandydami suvaldyti iš esmės kontrolei nepavaldžią skausmo patirtį (Aldrich et al., 2000) arba skausmą bandydavo kontroliuoti, vartodami alkoholį ar narkotikus (Campbell & Cramb, 2008). Mokslininkai pabrėžė, kad tokie pasikartojantys, žalojantys bandymai kontroliuoti skausmą gali lemti negalios sustiprėjimą bei sveikatai žalingų įpročių vystymąsi (McCracken, 1998; McCracken, 1999). Taigi, galima teigti, kad skausmo atmetimas ir kontrolė tik dar labiau apsunkino skausmo patirtį, nes vengiant skausmo ir siekiant jį kontroliuoti buvo atsisakoma keistis ir integruoti skausmą į gyvenimą.

Apibendrinant, moksliniai tyrimai įrodė, kad lėtinio skausmo priėmimas yra viena iš veiksmingų priemonių, lemiančių adaptyvų gyvenimą su lėtinio skausmo patyrimu.

1.5. Skausmas ir demografiniai kintamieji

Skausmo patyrimas yra itin sudėtingas reiškiny, todėl svarbu analizuoti kitus veiksnys, kurie galėtų turėti sąsają su šiuo konstruktu. Moksliniai tyrimai patvirtino, kad amžius yra vienas iš svarbesnių veiksnių, susijusių su skausmo patyrimo procesu (Murray et al., 2021; Riley et al., 2000; Shallcross et al., 2013). Riley ir kolegės (2000) teigė, kad asmens individualų suvokimą apie skausmo reikšmę ir galimą jo poveikį poreikių ir lūkesčių tenkinimui lėmė amžius. Tyrimai patvirtino, kad vyresnis amžius buvo susijęs su tokiais veiksniais, kaip: didesniu psichologiniu atsparumu, mažesniu ruminavimu apie negatyvią patirtį bei mažesnėmis neigiamomis emocijomis (Murray et al., 2021); mažiau varginančio ir mažiau intensyvaus skausmo patyrimu bei geresniu prisitaikymu prie jo (Perry, 2013) bei ženkliai didesniais skausmo priėmimo įverčiais (Murray et al., 2021; Shallcross et al., 2013). Kita analizė atskleidė ankstesniems tyrimams priešingus rezultatus (Perry, 2013; Gagliese & Melzack, 1997). Gagliese ir Melzack (1997) tyrimas nustatė, kad įsitikinimai apie skausmą, jo intensyvumas ir poveikis gyvenimo sritims, skirtingo amžiaus grupėse reikšmingai nesiskyrė. Be to, nors Perry (2013) pabrėžė amžiaus svarbą skausmo patyrimui, visgi jis teigė, kad jaunesni asmenys nebuvo labiau linkę susitapatinti su skausmu ir akcentavo, kad bet kurio amžiaus asmuo gali būti jautrus skausmo patyrimui.

Tyrimai patvirtino, kad kitas svarbus veiksnys, susijęs su skausmo patyrimu – išsilavinimas (Batista et al., 2017; Dionne et al., 2001; Morea, 2006). Analizė atskleidė, kad žemas išsilavinimo lygis buvo susijęs su tokiais veiksniais, kaip: apatinės nugaros dalies skausmo vystymosi rizika (Batista et al., 2017), stipraus lygio nugaros skausmo patyrimo dažnumu, ribotu veiklumu ir dažnensiu skausmo perėjimu į lėtinę stadiją (Dionne et al., 2001) bei aukštesniais skausmo savipratos įverčiais (Morea, 2006). Mokslininkai akcentavo, kad išsilavinimas gali prognozuoti tris svarbius veiksnys: 1) nugaros skausmo patyrimo dažnumą; 2) skausmo epizodų pasekmes; 3) chirurginių ir reabilitacinių intervencijų rezultatus (Dionne et al., 2001).

Apibendrinant, galima teigti, kad amžius ir išsilavinimas yra svarbūs demografiniai veiksniai, į kuriuos svarbu atkreipti dėmesį analizuojant skausmo patyrimo charakteristikas. Tačiau, svarbu nepamiršti, kad tyrimai patvirtina nevienareikšmę nuomonę, vertinant šių konstrukto įtaką skausmo patyrimui.

1.6. Tyrimo tikslas, uždaviniai

Tikslas: Įvertinti suaugusių žmonių apatinės nugaros dalies lėtinio skausmo sąsajas su skausmo priėmimu, saviprata ir demografiniais kintamaisiais.

Uždaviniai:

1. Įvertinti, ar skausmo *priėmimas* yra susijęs su *skausmo saviprata*.
2. Išsiaiškinti, ar *skausmo saviprata* ir *priėmimas* prognozuoja skausmo intensyvumą ir dažnumą.
3. Atskleisti, ar *skausmo saviprata ir priėmimas* prognozuoja skausmo intensyvumą, nepriklausomai nuo demografinių kintamųjų.
4. Nustatyti, ar priėmimo konstruktas – *pasiryžimas skausmui* medijuoja ryšį tarp *skausmo savipratos* ir skausmo intensyvumo.
5. Atskleisti, ar *skausmo saviprata* ir *priėmimas* prognozuoja skausmo poveikį gyvenimo sritims.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyviai – 19 – 85 m. amžiaus ($M = 51,77$, $SD = 14,87$), lėtinį skausmą apatinėje nugaros dalyje patiriantys, asmenys. Iš viso, anketos pagalba, surinkta 157 tiriamųjų duomenų, iš kurių 38 buvo atmesti dėl tyrimo kriterijų neatitikimo (skausmas patirtas mažiau negu 3 mėn. – 9 anketos) ir dėl nepilnai pateiktų duomenų (29 anketos). Taigi, tolimesnei duomenų analizei atrinkta 119 tyrimo anketų. Tyrimo imtis – 78,2% (93) moterų ir 21,8% (26) vyrų (žr. 1 priedą. 2.1.1 lentelę. *Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos*).

Visų pirma, buvo patikrinta ar tyrimo imties vyrų ir moterų grupėse stebimi statistiškai reikšmingai skirtumai (žr. 2 priedą. 2.1.2 ir 2.1.3 lentelės. *Skalių vidurkių skirtumai vyrų ir moterų grupėse*). Atlikus *Student t-testą*, nustatyta, kad bendri **Skausmo priėmimo** skalės vidurkiai vyrų ($M = 26,62$, $SD = 9,89$) ir moterų ($M = 28,67$, $SD = 8,07$) grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($t(117) = 1,08$, $p = 0,279$). Vertinant **Pasiryžimo skausmui** subskalės įverčių skirtumus tarp moterų ($M = 10,60$, $SD = 5,72$) ir vyrų ($M = 8,96$, $SD = 5,97$) grupių, statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta ($t(117) = 1,28$, $p = 0,203$). Vertinant vyrų ir moterų **Isitraukimo į veiklas** subskalės įverčių skirtumus buvo pasitelktas *Mann-Whitney* statistinis kriterijus. Analizė atskleidė, kad subskalės įverčių skirtumų tarp vyrų ($M = 57,44$, $SD = 5,52$) ir moterų ($M = 60,72$, $SD = 5,52$) grupių nerasta ($Z = -0,429$, $U = 1142,5$, $p = 0,668$).

Toliau atlikus *Student t-testą*, nustatyta, kad **Skausmo savipratos** skalės vidurkiai vyrų ($M = 64,19$, $SD = 20,27$) ir moterų ($M = 62,98$, $SD = 19,36$) grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($t(117) = -0,28$, $p = 0,780$). Taip pat statistiškai reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų grupių, vertinant, **Kryptingumo** (vyrai: $M = 2,68$, $SD = 0,75$; moterys: $M = 2,61$, $SD = 0,79$; $t = -0,38$, $df = 117$, $p = 0,705$), **Išplitimo** (vyrai: $M = 2,92$, $SD = 1,15$; moterys: $M = 2,88$, $SD = 1$; $t = -0,17$, $df = 117$, $p = 0,866$) ir **Atidumo skausmui** (vyrai: $M = 2,99$, $SD = 1,05$; moterys: $M = 2,96$, $SD = 1,15$; $t = -0,11$, $df = 117$, $p = 0,916$) subskalių įverčius nerasta.

89,9% (107) tiriamųjų užpildė popierines anketas, o 10,1% (12) tiriamųjų užpildė elektronines. Buvo palyginta ar šios dvi grupės skyrėsi pagal lytį, amžių, gyvenamąją vietą, išsilavinimą ir darbinį statusą. Chi kvadrato testas parodė, kad pagal **lytį** ($X^2(1, n = 119) = 1$, $p = 0,293$), **gyvenamąją vietą** ($X^2(2, n = 119) = 3$, $p = 0,198$), **išsilavinimą** ($X^2(6, n = 119) = 8$, $p = 0,214$), **darbinį statusą** ($X^2(4, n = 119) = 8$, $p = 0,078$) popierines ir elektronines anketas pildžiusių tiriamųjų grupės nesiskyrė. Pritaikius nepriklausomų imčių *Student t-testą*, nustatyta, kad pagal **amžių** šios grupės nesiskyrė (t

(117) = 1,93, $p = 0,056$). Popierines anketas pildžiusiųjų amžiaus vidurkis ($M = 52,64$, $SD = 14,37$) reikšmingai nesiskyrė nuo elektronines anketas pildžiusiųjų amžiaus vidurkio ($M = 44,00$, $SD = 17,64$).

Kadangi tyrimo imties vyrų ir moterų grupėse statistiškai reikšmingi skirtumai nenustatyti bei popierines ir elektronines anketas pildžiusių tiriamųjų vyrų ir moterų grupės nesiskyrė, šios grupės toliau bus analizuojamos kartu, o tolimesni rezultatai lyties atžvilgiu nebus interpretuojami.

2.2. Tyrimo instrumentai

Demografiniai duomenys. Tyrimo dalyviams pateikti klausimai apie jų lytį, amžių, šeiminių padėčių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą bei darbinę veiklą.

Skausmo patyrimas. Tyrimo dalyvių klausta apie jų skausmo patyrimą:

1. **Skausmo patyrimo trukmė.** Tiriamųjų prašoma parašyti kiek laiko jie patiria skausmą.
2. **Žodinė skausmo vertinimo skalė** (pagal LR SAM įsakymą – „V-1345 Skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašą“). Vertinamas skausmo intensyvumas. Tiriamųjų prašoma pažymėti skaičių skalėje: nuo 0 – nėra skausmo iki 10 – nepakeliamas skausmas.
3. **Skausmo dažnumas:** (tiriamųjų prašoma pasirinkti vieną tinkamą variantą)
 - Skauda kiekvieną dieną
 - Skauda 1 – 2 kartus per savaitę
 - Skauda kelis kartus per mėn.
4. **Skausmo poveikis:** (tiriamųjų prašoma pažymėti skaičių skalėje: nuo 0 – netrukdo iki 10 – visiškai trukdo)
 - Nuotaikai
 - Santykiams su kitais
 - Mėgavimuisi gyvenimu
 - Bendrai veiklai
 - Įprastam darbui (apima ir darbą už namų ribų ir namų ruošos darbus)
 - Gebėjimui vaikščioti
 - Miegui

Formuojant klausimus apie skausmo patyrimą buvo remtasi skirtingų mokslininkų darbais, kurie tyrinėjo skausmo ypatumus bei išskyrė jo poveikį skirtingoms gyvenimo sritims (Amtmann et al.,

2010; Campbell & Cramb, 2008; Cleeland & Ryan, 1994; Froud et al., 2014; Jacob et al., 2004; Johansson et al., 1999; Osborn & Smith, 1998; Svensson et al., 2010).

Trumpoji lėtinio skausmo priėmimo skalė (angl. *Short form version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ-8)) (Fish et al., 2010).

Ši skalė yra originalaus CPAQ-20 klausimyno (*Chronic Pain Acceptance Questionnaire – Revised* (CPAQ-R) (McCracken et al., 2004) trumpoji forma. Skalė skirta skausmo priėmimui matuoti. Klausimyną sudaro 8 teiginiai, kurie atspindi dvi subskales: **1) įsitraukimą į veiklas** (angl. *Activity Engagement*) (įsitraukimas į gyvenimo veiklas, nepriklausomai nuo patiriamo skausmo (McCracken et al., 2004)) (1, 3, 5, 6 teiginiai); **2) pasiryžimą skausmui** (angl. *Pain Willingness*) (pasiryžimas patirti skausmą, neribojant kontakto su skausmu; mažas poreikis išvengti skausmingų išgyvenimų arba juos kontroliuoti (McCracken et al., 2004)) (2, 4, 7, 8 teiginiai). Subskales sudaro po 4 teiginius, kiekvienas vertinamas 7 balų skalėje nuo 0 (niekada nėra tiesa) iki 6 (visada tiesa). *Pasiryžimo skausmui* subskalės teiginiai yra perkoduojami. Galutiniai balai gaunami sudėjus abiejų subskalių gautus balus. Maksimalus klausimyno įvertis – 48 taškai. Didesnis balų skaičius rodo aukštesnį skausmo priėmimo lygį. Skalė patvirtinta, kaip validi ir patikima, Cronbacho alfos varijuoja nuo 0,77 iki 0,89 (Fish et al., 2010). *Įsitraukimo į veiklas* subskalės Cronbacho alfa varijuoja nuo 0,79 – 0,89, o *Pasiryžimo skausmui* subskalės Cronbacho alfa – 0,77 (Fish et al., 2010). Gautas raštiškas autorių leidimas instrumento naudojimui bei vertimui. Pritaikyta Geidos Kličiūtės (2024) magistro darbe naudota vertimo versija (vad. doc. dr. R. Sargautytė). Šio darbo tyrimo skalės vidinis suderinamumas yra tinkamas: bendros skalės Cronbacho alfa – 0,735; *Įsitraukimo į veiklas* subskalės Cronbacho alfa – 0,873, *Pasiryžimo skausmui* subskalės Cronbacho alfa – 0,725. Išsamesnė skalės informacija pateikta priede (žr. 3 priedą. 2.2.1 lentelę).

Pasitelkus patvirtinančią faktorinę analizę buvo patikrintas skalės konstrukto struktūrinis validumas. Faktorinė analizė atskleidė tokius duomenis: Chi kvadratas ($X^2(19) = 46,013, p = 0,0005$); CFI = 0,92, TLI = 0,89, RMSEA = 0,109. Modelio teiginių faktorių svoriai pakankamai dideli (nuo 0,45 iki 0,91, $p < 0,001$), tačiau RMSEA reikšmė rodo, kad modelis nebuvo pakankamai geras, todėl verta atlikti modelio modifikavimą. Modifikavus modelį, iš duomenų matyti, kad sumažėjo Chi kvadrato ($X^2(18) = 33,459, p = 0,0147$) ir RMSEA (0,085) reikšmės bei padidėjo CFI (0,95) ir TLI (0,93). Matoma, kad modelis pagerėjo. Paskaičiuota, kad naujasis modelis buvo statistiškai reikšmingai geresnis, Chi kvadrato skirtumas statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$); CFI statistiškai reikšmingai padidėjo (skirtumas = 0,03 > 0,010); RMSEA statistiškai reikšmingai sumažėjo (skirtumas = 0,024 > 0,015). Taigi, antrasis modelis buvo tinkamas duomenų analizei.

Skausmo savipratos skalė (angl. *Illness Self-Concept Scale*) (Morea et al., 2008).

Skausmo savipratos skalė naudojama savęs suvokimui, susijusiam su liga, matuoti. Skalė reprezentuoja du kontinumo galus – **centrinį** ir **periferinį**, o gautas skalės balas parodo arčiau kurio poliaus – centrinio ar periferinio yra žmogaus ligos saviprata. Centrinis polius atspindi aspektus, kurie stipriai susiję su žmogaus tapatybe ir kaip jis linkęs save apibūdinti. Jeigu asmens ligos saviprata yra arčiau centrinio poliaus reiškia, kad liga yra pagrindinė asmens tapatumo dalis, daranti įtaką savęs suvokimui. Tokiu atveju liga tampa pagrindine žmogaus „varomąja jėga“ lemia tikslus, poreikius, veiksmus bei daro įtaką daugeliui gyvenimo sričių (Morea, 2006). Periferinis polius atspindi aspektus, kurie nėra tokie svarbūs ar esminiai asmens tapatumui. Jeigu ligos saviprata yra arčiau periferinio poliaus, tuomet liga užima ne tokį svarbų vaidmenį apibrėžiant save, t.y. liga gali paveikti žmogaus gyvenimą, tačiau iš esmės nepaveikia to, kas asmuo yra (Morea, 2006). Skalės teiginiai suformuoti taip, kad atspindėtų šiuos abu kontinuumų galus. Žemesni skalės balai rodo, kad liga yra periferinė, o aukštesni, kad liga yra centrinė savęs suvokimo dalis. Gautas raštiškas leidimas naudoti skalę, ją versti į lietuvių kalbą, bei modifikuoti, pakeičiant „*Illness*“ į „*Skausmo*“ sąvoką. Atliktas dvigubas vertimas.

Skalę sudaro 23 teiginiai, kurie yra vertinami 6 balų Likerto skalėje (1 – visiškai nesutinku, 6 – visiškai sutinku). Dešimt teiginių yra reversuoti (3, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 21, 22). Minimali balų suma – 23, maksimali – 138. Skalė sudaryta iš 3 pagrindinių komponentų: 1) **kryptingumo** (angl. *directionality*) (13 teiginių), t. y. kiek skausmas lemia žmogaus savęs suvokimą (Morea et al., 2008). Šis konstruktas apibūdina tai, kiek skausmas valdo savastį ar kiek savastis valdo skausmą; matas, parodantis kiek asmuo savo tikslus ir veiksmus dažniausiai interpretuoja atsižvelgdamas į skausmą. Kryptingumo subskalės teiginio pavyzdys – „*Mano skausmas yra mano esybės centras*“; 2) **skausmo išplitimo** (angl. *pervasiveness*) (7 teiginiai), t. y. skausmo poveikis įvairioms gyvenimo sritims (Morea et al., 2008). Skausmo išplitimo subskalės teiginio pavyzdys – „*Neleidžiu, kad skausmas paveiktų per daug mano gyvenimo sričių*“; 3) **atidumas skausmui** (angl. *illness self-consciousness*) (3 teiginiai), t. y. kiek žmogus susirūpinęs savo skausmu (Morea et al., 2008). Žmonės, kurie mažiau galvoja apie skausmą turės žemesnį šio komponento įvertį. Atidumo skausmui subskalės teiginio pavyzdys – „*Dažnai galvoju apie savo skausmą*“.

Dėl komponentų tarpusavio sąryšio tyrimuose dažniausiai skaičiuojamas suminis skalės balas, ir *skausmo saviprata* vertinama kaip vienas bendras konstruktas, tačiau autorių tyrimuose pabrėžiama ir atskirų skalės komponentų (*kryptingumo*, *išplitimo* ir *atidumo skausmui*) svarba (Morea, 2006). Skalė patvirtinta kaip validi ir patikima, Cronbacho alfa – 0,94 (Morea et al., 2008). Šio tyrimo skalės vidinis suderinamumas yra geras, Cronbacho alfa – 0,913. **Kryptingumo subskalės** Cronbacho alfa – 0,81,

Skausmo išplitimo subskalės Cronbacho alfa – 0,82, *Atidumo skausmui subskalės* Cronbacho alfa – 0,63. Išsamesnė skalės informacija pateikta 4 priede (žr. 2.2.2 lentelę).

Pasitelkus patvirtinančią faktorinę analizę buvo patikrintas skalės konstrukto struktūrinis validumas. Iš rezultatų matyti tokios reikšmės: Chi kvadratas (X^2 (227) = 774,814, $p = 0,0000$); CFI = 0,706, TLI = 0,672, RMSEA = 0,142. Modelio teiginių faktorių svoriai varijavo nuo 0,19 iki 0,99. Itin žemas 4 teiginio svoris (0,19), tad galima daryti prielaidą, kad jis buvo mažiausiai tinkamas skalei. Faktorių svoriai statistiškai reikšmingi, p reikšmės varijavo nuo 0,036 iki $< 0,001$. CFI, TLI, bei RMSEA reikšmės rodė, kad modelis nebuvo pakankamai geras. Todėl verta atlikti modelio modifikavimą. Modifikavus modelį sumažėjo Chi kvadrato (X^2 (225) = 650,549 $p = 0,000$) ir RMSEA (0,126) reikšmės bei padidėjo CFI (0,77) ir TLI (0,74). Iš šių duomenų matoma, kad modelis pagerėjo. Paskaičiuota, kad naujasis modelis buvo statistiškai reikšmingai geresnis, Chi kvadrato skirtumas statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$); CFI statistiškai reikšmingai padidėjo (skirtumas = 0,064 $> 0,010$); RMSEA statistiškai reikšmingai sumažėjo (skirtumas = 0,016 $> 0,015$). Nors antrasis modelis buvo geresnis, RMSEA, CFI ir TLI reikšmės rodė, kad modelis nebuvo tinkamas, todėl *skausmo savipratos* skalės duomenis reikėtų interpretuoti itin atsargiai.

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimui atlikti buvo suformuota internetinė anketa pasitelkus *Lime Survey* tinklapį. *Lime Survey* yra pripažinta kaip patikima platforma įvairaus tipo mokslinių tyrimų anketų kūrimui. Tyrimo dalyviai tą pačią anketą galėjo užpildyti internetu (prisijungę per nuorodą ar QR kodą) arba užpildyti popierinę anketos versiją. Popierinė ir internetinė anketos buvo identiškos. Šios formos buvo sukurtos tam, kad būtų lengviau pasiekti tiriamuosius, nes ne visi turėjo galimybę prisijungti prie internetinės anketos. Anketą sudarė 5 dalys: 1) įvadinė dalis: pateikta su tyrimu susijusi informacija: tyrimą atliekantis asmuo ir jo kontaktai, tyrimo tikslas, tyrimo duomenų panaudojimas, anonimiškumas ir konfidencialumas, sutikimas dalyvauti tyrime, kaip pildyti anketą ir kt. 2) demografinė informacija; 3) skausmo patyrimas; 4) savęs suvokimas skausmo kontekste (*Skausmo savipratos* skalė); 5) skausmo priėmimas (CPAQ-8 skalė). Tyrimo pabaigoje buvo pateiktas pagalbos linijų sąrašas su kontaktiniais duomenimis (*Jaunimo linija*, *Vilties linija* ir kt.).

Jokie duomenys, leidžiantys identifikuoti asmenį nebuvo renkami. Tyrimo dalyviai buvo informuoti, kad dalyvavimas tyrime yra savanoriškas ir galima bet kuriuo momentu pasitraukti iš tyrimo. Anketos ir tyrimo dalyvių informuoto sutikimo pavyzdžiai pateikti 5 ir 6 prieduose.

Tyrimo duomenų rinkimas vyko nuo 2024 lapkričio mėn. iki 2025 m. sausio mėn. Tyrimo duomenims surinkti buvo kreiptasi į šias institucijas: VšĮ Karoliniškių poliklinika (Šeimos medicinos skyrius; Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyrius; Konsultacijų skyrius: gydytojai neurologai); VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos (Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centras; Skausmo medicinos centras). Taip pat tyrimo anketa buvo platinta per *Facebook* platformą (*Nugaros skausmai ir jų priežastys; Artritas* ir kt). Dalyvauti tyrime buvo pakviesti žmonės nuo 18 metų amžiaus, patiriantys lėtinį skausmą apatinėje nugaros dalyje (skausmas tarp apatinės krūtinės ląstos dalies (apatinio šonkaulių krašto) ir sėdmenų raukšlių). Tyrimo dalyvių imtis – neatsitiktinė kvotinė.

2.4. Duomenų analizė

Duomenų analizei buvo panaudota *IBM SPSS Statistics 27* versija bei *Mplus Editor 8* programa. Visų pirma, siekiant įvertinti ar yra statistiškai reikšmingų skirtumų vyrų ir moterų grupėse, buvo atliktos analizės, pasitelkiant *Student t-testo*, *Mann-Whitney* kriterijus. Tuomet, siekiant įvertinti ar yra statistiškai reikšmingų skirtumų popierines ir elektronines anketas užpildžiusių tiriamųjų grupėse buvo atliktos analizės, pasitelkiant *Chi kvadrato* ir *Student t-testo* kriterijus. Skalių vidiniam suderinamumui patikrinti buvo įvertintos Cronbacho alfa reikšmės. Taip pat, pasitelkus *Mplus Editor 8* programą buvo atliktos faktorinės analizės skalių struktūriniam validumui įvertinti. Vėliau buvo patikrintos visų skalių ir subskalių normalumo prielaidos (žr. 7 priedą. 2.4.1 lentelę). Nustatyta, kad visoms skalėms, išskyrus, įsitraukimo į veiklas subskalę ir bendrą skausmo poveikio skalę, būdingas normalus pasiskirstymas.

Toliau, siekiant įvertinti sąsajas tarp tyrimo demografinių kintamųjų bei skalių, subskalių ir skausmo patyrimo charakteristikų, buvo atliktos *Spearman* koreliacinės analizės. Skausmo patyrimo, *priėmimo* ir *savipratos* charakteristikoms įvertinti buvo pritaikyta aprašomoji statistika: apskaičiuoti vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, įverčių pasiskirstymas, reikšmių dažnumas, suminiai balai ir kt.

Rašto darbo uždaviniams įgyvendinti buvo pasitelkti tokie kriterijai kaip: *Spearman* koreliacinė analizė, tiesinė, hierarchinė bei daugianarė logistinė regresinė analizė bei mediacija.

3. REZULTATAI

3.1. Aprašomoji statistika

3.1.1. Skausmo patyrimo charakteristikos

Tyrimo dalyviai nurodė, kad mažiausiai skausmą patyrė 3 mėn., o daugiausiai 36 metus. ($M = 5,3$ m., $SD = 7,31$). Apie 18% (21) tiriamųjų nurodė, kad skausmą patyrė 3 mėn., 10% (12) tiriamųjų – 6 mėn., 16% (19) tiriamųjų – 1 metus, 10% (12) tiriamųjų – 2 metus, 8% (10) tiriamųjų – 10 metų (plačiau žr. 8 priedą. **3.1.1.1 pav.**).

Paklausti apie vidutinį patiriamo skausmo stiprumą per pastarąsias 2 savaites, skalėje nuo 0 iki 10 (0 – nėra skausmo, 10 – nepakeliamas skausmas), 15% (18) tiriamųjų nurodė, kad patyrė 3 balų skausmą, 16% (19) tiriamųjų nurodė, kad dažniausiai patyrė 4 balų skausmą, 14,3% (17) tiriamųjų nurodė, kad patyrė 5 balų skausmą. Bendras tiriamųjų patiriamo skausmo balų vidurkis – 4,35 ($SD = 2,32$).

Vertinant patiriamo skausmo dažnumą, 58% (69) tiriamieji nurodė, kad skausmą patyrė kiekvieną dieną, apie 22% (26) tiriamųjų nurodė, kad skausmą patyrė 1 – 2 kartus per savaitę ir apie 20% (24) tiriamųjų nurodė, kad skausmą patyrė kelis kartus per mėnesį.

Toliau buvo vertintas skausmo poveikis gyvenimo sritims: nuotaikai, santykiams, mėgavimuisi gyvenimu, bendrai veiklai, įprastam darbui, gebėjimui vaikščioti bei miegui (plačiau žr. 9 priedą. **3.1.1.2 pav.**). Tyrimo duomenys atskleidė, kad apie 16 tiriamųjų nurodė, kad skausmas trukdė mėgautis gyvenimu (16,16%; $M = 4,61$, $SD = 3,21$), paveikė nuotaiką (15,98%; $M = 4,56$, $SD = 2,96$) bei trukdė įprastam darbui (15,72%; $M = 4,49$, $SD = 3,11$). Be to, 15,28% tiriamųjų nurodė, kad skausmas trukdė bendrai veiklai ($M = 4,36$, $SD = 3,08$). Taip pat buvo nurodyta, kad skausmas paveikė miegą (14,04% tiriamųjų) ($M = 4,01$, $SD = 3,26$), gebėjimą vaikščioti (12,95% tiriamųjų) ($M = 3,70$, $SD = 2,99$), santykius (9,86% tiriamųjų) ($M = 2,82$, $SD = 2,92$). Apibendrinant, rezultatai parodė, kad daugiausiai tiriamieji teigė, jog skausmas paveikė mėgavimąsi gyvenimu, nuotaiką, įprastą darbą ir bendrą veiklą.

3.1.2. Skausmo priėmimas ir skausmo saviprata

Remiantis autorių priėmimo klausimyno balų skaičiavimo nuorodomis, žinoma, kad *Skausmo priėmimo* skalės įverčiai varijuoja nuo 0 – 48, kai maksimalus klausimyno įvertis – 48 taškai, o didesnis balų skaičius rodo aukštesnį skausmo priėmimo lygį. Šio tyrimo duomenys atskleidė, kad tiriamųjų grupėje vyraavo šiek tiek didesnis nei vidutinis skausmo priėmimo įvertis ($M = 28,22$, $SD =$

8,50). 31,9% (38) tiriamųjų skausmo priėmimo skalės įverčiai siekė ≤ 24 balus, o 68,1% (81) tiriamųjų skalės įverčiai siekė ≥ 25 balus.

Remiantis autorių *Skausmo savipratos* klausimyno balų skaičiavimo nuorodomis žinome, kad minimali balų suma – 23, o maksimali – 138. Žemesni skalės balai rodo, kad skausmas yra periferinė, o aukštesni, kad skausmas yra centrinė savęs suvokimo dalis, t.y. žmogus yra labiau linkęs savo tapatumą sieti su skausmu. Šio tyrimo *Skausmo savipratos* skalės balai varijavo nuo 28 – 118, o vidurkis siekė 63,24 balus ($SD = 19,49$). 64,7% (77) tiriamųjų skalės įverčiai buvo ≤ 69 , o 35,3% (42) tiriamųjų skalės įverčiai siekė ≥ 70 . Kadangi tiriamųjų grupėje vyravo žemesni negu vidutiniai skalės balai, galima daryti prielaidą, kad šioje imtyje skausmas buvo arčiau periferinio poliaus, t. y. mažiau siejamas su tapatumu, tačiau svarbu įvertinti ir tai, kad skalės balai yra pakankamai arti vidutinių balų bei 35,3% tiriamųjų surinko aukštesnius nei vidutinius skalės balus.

3.1.3. Koreliacijos

Pasitelkus *Spearman* koreliacinę analizę, buvo įvertinta sąsaja tarp tyrimo demografinių kintamųjų (lytis, amžius, išsilavinimas) ir tyrimo skalių (žr. 3.1.3.1 lentelę).

3.1.3.1 lentelė. *Demografiniai kintamieji ir tyrimo skalės*

	8	9	10
1. Skausmo priėmimas (bendra)	-0,07	-0,15	0,16
2. Skausmo saviprata (bendra)	0,02	0,14	-0,27**
3. Įsitraukimas į veiklas	-0,04	0,02	0,10
4. Pasiryžimas skausmui	-0,1	-0,28***	0,16
5. Kryptingumas	0,042	0,15	-0,30***
6. Išplitimas	-0,004	0,15	-0,20*
7. Atidumas	0,01	0,08	-0,21*
8. Lytis	-	0,03	-0,09
9. Amžius	-	-	-0,11
10. Išsilavinimas	-	-	-

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

Nustatytos tokios sąsajos: statistiškai reikšminga silpna, neigiama sąsaja tarp išsilavinimo ir *skausmo savipratos* ($r_s = -0,27$, $p = 0,003$) bei tarp išsilavinimo ir *skausmo savipratos* konstrukto – *kryptingumo* ($r_s = -0,30$, $p < 0,001$), *skausmo išplitimo* ($r_s = -0,20$, $p = 0,024$) bei *atidumo skausmui* ($r_s = -0,21$, $p = 0,017$). Taip pat nustatyta statistiškai reikšminga silpna, neigiama sąsaja tarp *pasiryžimo*

skausmui ir amžiaus ($r_s = -0,28, p = 0,001$). Apibendrinant, koreliacinė analizė atskleidė, kad esant žemesniam išsilavinimo lygiui *skausmo savipratos* ir jos konstrukto (*kryptingumo, išplitimo, atidumo*) įverčiai buvo didesni, kas rodo, kad žemesnis išsilavinimas buvo susijęs su didesniu skausmo siejimu su savo tapatumu, jo išplitimu į gyvenimo sritis bei didesniu susirūpinimu savo skausmu. Be to analizė, parodė, kad esant vyresniam amžiui *pasiryzimo skausmui* įverčiai buvo mažesni.

3.1.4. Demografiniai kintamieji ir skausmo patyrimo charakteristikos

Siekiant įvertinti demografinių kintamųjų sąsajas su skausmo patyrimo charakteristikomis buvo atlikta *Spearman* koreliacinė analizė (plačiau žr. 10 priedą. 3.1.4.1 lentelę). Vertinant **skausmo trukmę** (kiek laiko patiria), nustatyta statistiškai reikšminga, silpna, teigiama sąsaja su skausmo intensyvumu ($r_s = 0,26, p = 0,004$) ir bendru skausmo poveikiu ($r_s = 0,22, p = 0,018$). Analizuojant **skausmo intensyvumą**, nustatyta statistiškai reikšminga, aukšta, teigiama sąsaja su skausmo dažnumu ($r_s = 0,51, p < 0,001$); statistiškai reikšminga, aukšta, teigiama sąsaja su skausmo poveikiu ($r_s = 0,56, p < 0,001$); statistiškai reikšminga, silpna, neigiama sąsaja su išsilavinimu ($r_s = -0,27, p = 0,003$). Žvelgiant į **skausmo dažnumą**, nustatyta statistiškai reikšminga, silpna, teigiama sąsaja su skausmo poveikiu gyvenimo sritims ($r_s = 0,24, p = 0,010$); statistiškai reikšminga, silpna, neigiama sąsaja su išsilavinimu ($r_s = -0,23, p = 0,013$). Vertinant **bendrą skausmo poveikį** gyvenimo sritims, nustatyta statistiškai reikšminga, silpna, neigiama sąsaja su lytimi ($r_s = -0,18, p = 0,045$).

Apibendrinant, koreliacinė analizė atskleidė, kad ilgesnį laikotarpį patirtas skausmas buvo susijęs su intensyvesniu skausmo patyrimu ir didesniu skausmo poveikiu gyvenimo sritims. Taip pat nustatyta, kad esant intensyvesniam skausmui, jo dažnumas ir poveikis gyvenimo sritims buvo didesnis bei esant žemesniam išsilavinimo lygiui skausmo intensyvumo ir dažnumo įverčiai buvo didesni. Be to, rezultatai parodė, kad esant dažnesniam skausmui jo poveikis gyvenimo sritims buvo didesnis. Taip pat nustatyta, kad moteriška lytis turėjo sąsają su įvardintu didesniu skausmo poveikiu gyvenimo sritims.

Toliau siekiant išsiaiškinti ar atskiri skausmo poveikio konstruktai (poveikis bendrai veiklai, nuotaikai ir t.t.) turėjo sąsajų su lytimi, amžiumi ir išsilavinimu, buvo atlikta *Spearman* koreliacinė analizė (plačiau žr. 11 priedą. 3.1.4.2 lentelę). Vertinant pagal **lytį**, koreliacinė analizė atskleidė statistiškai reikšmingą, silpną, neigiamą sąsają su skausmo poveikiu miegui ($r_s = -0,20, p = 0,029$) bei mėgavimusi gyvenimu ($r_s = -0,21, p = 0,021$). Analizuojant pagal **amžių**, buvo nustatyta statistiškai reikšminga, silpna, neigiama sąsaja su skausmo poveikiu nuotaikai ($r_s = -0,18, p = 0,049$) bei teigiama silpna sąsaja su skausmo poveikiu gebėjimui vaikščioti ($r_s = 0,20, p = 0,033$). Žvelgiant į **išsilavinimą**, buvo nustatyta statistiškai reikšminga, silpna, neigiama sąsaja su skausmo poveikiu miegui ($r_s = -0,19,$

$p = 0,042$). Apibendrinant, nustatyta moteriškos lyties sąsaja su didesniu skausmo poveikiu miegui. Taip pat duomenys atskleidė, kad vyresnis amžius buvo susijęs su mažesniu skausmo poveikiu nuotakai bei didesniu skausmo poveikiu gebėjimui vaikščioti. Be to, rezultatai parodė, kad esant žemesniam išsilavinimo lygiui, skausmo poveikis miegui buvo didesnis.

3.1.5. Skausmo priėmimas, saviprata ir skausmo charakteristikos

Toliau, siekiant įvertinti skausmo *priėmimo* ir *savipratos* sąsajas su skausmo patyrimo ypatumais buvo atlikta *Spearman* koreliacinė analizė (žr. 3.1.5.1 lentelę).

3.1.5.1 lentelė. *Skausmo charakteristikos ir tyrimo skalės*

	Iv	Pa	Kr	Iš	At	SP	SS
Trukmė	-0,07	-0,02	0,08	0,15	-0,24	-0,006	0,08
Intensyvumas	-0,17	-0,34***	0,39***	0,42***	0,45***	-0,29***	0,44***
Dažnumas	-0,07	-0,25**	0,24**	0,32***	0,32***	-0,21*	0,30***
Skausmo poveikis:							
Nuotakai	-0,21*	-0,25**	0,37***	0,44***	0,49***	-0,29***	0,43***
Santykiams	-0,27**	-0,32***	0,37***	0,50***	0,48***	-0,37***	0,45***
Mėgavimuisi	-0,20*	-0,34***	0,37***	0,48***	0,45***	-0,31***	0,44***
Bendrai veiklai	-0,18*	-0,29***	0,41***	0,50***	0,43***	-0,26**	0,47***
Įprastam darbui	-0,17	-0,32***	0,36***	0,46***	0,34***	-0,26**	0,42***
Gebėjimui vaikščioti	-0,17	-0,33***	0,36***	0,51***	0,48***	-0,29***	0,46***
Miegui	-0,16	-0,23**	0,36***	0,41***	0,42***	-0,23*	0,41***

Pastaba. Koeficientai * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. **Iv**- įsitraukimas į veiklas, **Pa**- pasiryžimas skausmui, **Kr**- kryptingumas, **Iš** - skausmo išplitimas, **At** - atidumas skausmui, **SP** - skausmo priėmimas, **SS** - skausmo saviprata.

Vertinant **įsitraukimą į veiklas**, nustatyta statistiškai reikšminga, silpna, neigiama sąsaja su skausmo poveikiu nuotakai ($r_s = -0,21$, $p = 0,019$), santykiams ($r_s = -0,27$, $p = 0,002$), mėgavimuisi gyvenimu ($r_s = -0,20$, $p = 0,028$) bei bendrai veiklai ($r_s = -0,18$, $p = 0,05$). Žvelgiant į **pasiryžimą skausmui**, nustatyta statistiškai reikšminga, vidutinė, neigiama sąsaja su skausmo intensyvumu ($r_s = -0,34$, $p < 0,001$); statistiškai reikšminga, silpna, neigiama sąsaja su skausmo dažnumu ($r_s = -0,25$, $p = 0,006$). Taip pat nustatytos statistiškai reikšmingos, silpnos, neigiamos sąsajos su skausmo poveikiu visoms gyvenimo sritims (nuotakai, santykiams ir t.t.). Analizuojant **skausmo kryptingumą**, nustatyta statistiškai reikšminga, vidutinė, teigiama sąsaja su skausmo intensyvumu ($r_s = 0,39$, $p < 0,001$);

statistiškai reikšminga, silpna sąsaja su skausmo dažnumu ($r_s = 0,24, p < 0,001$) bei statistiškai reikšmingos, vidutinės, teigiamos sąsajos su skausmo poveikiu visoms gyvenimo sritims. Vertinant **skausmo išplitimą**, nustatyta statistiškai reikšminga, vidutinė, teigiama sąsaja su skausmo intensyvumu ($r_s = 0,42, p < 0,001$); statistiškai reikšminga, silpna, teigiama sąsaja su skausmo dažnumu ($r_s = 0,32, p < 0,001$) bei statistiškai reikšmingos aukštos ir vidutinės, teigiamos sąsajos su skausmo poveikiu gyvenimo sritims. Žvelgiant į **atidumą skausmui**, nustatyta statistiškai reikšminga, aukšta, teigiama sąsaja su skausmo intensyvumu ($r_s = 0,45, p < 0,001$); statistiškai reikšminga, silpna, teigiama sąsaja su skausmo dažnumu ($r_s = 0,32, p < 0,001$) bei statistiškai reikšmingos, vidutinės ir aukštos, teigiamos sąsajos su skausmo poveikiu gyvenimo sritims. Analizuojant **skausmo priėmimą** (bendra skalė), nustatyta statistiškai reikšminga, silpna, neigiama sąsaja su skausmo intensyvumu ($r_s = -0,29, p = 0,001$) ir dažnumu ($r_s = -0,21, p = 0,023$) bei statistiškai reikšmingos silpnos ir vidutinės, neigiamos sąsajos su skausmo poveikiu gyvenimo sritims. Vertinant **skausmo savipratą** (bendra skalė), nustatyta statistiškai reikšminga, vidutinė, teigiama sąsaja su skausmo intensyvumu ($r_s = 0,44, p < 0,001$) ir silpna sąsaja su skausmo dažnumu ($r_s = 0,30, p < 0,001$) bei statistiškai reikšmingos, vidutinės ir aukštos, teigiamos sąsajos su skausmo poveikiu gyvenimo sritims. Apibendrinant, remiantis koreliacine analize, galima daryti prielaidas, kad esant mažesniai įsitraukimui į veiklas skausmo poveikis nuotakai, santykiams, mėgavimuisi gyvenimu bei bendrai veiklai buvo didesnis. Taip pat esant mažesniai pasiryžimui skausmui, jis buvo patiriamas dažniau ir intensyviau bei skausmo poveikis skirtingoms gyvenimo sritims buvo taip pat didesnis. Be to, esant didesniems *skausmo savipratos* balams, skausmo stiprumas, dažnumas ir poveikis įvairioms gyvenimo sritims buvo didesnis, o esant didesniems *priėmimo* balams – mažesnis.

3.2. Rezultatai pagal tyrimo uždavinius

3.2.1. Pirmas uždavinys

Skausmo priėmimo ir *savipratos* sąsajoms įvertinti buvo pasitelkta *Spearman* koreliacinė analizė, kuri atskleidė statistiškai reikšmingą, aukštą, neigiamą sąsają tarp *priėmimo* ir *savipratos* ($r_s = -0,69, p < 0,001$) bei reikšmingas sąsajas tarp subskalių (žr. 3.2.1.1 lentelę). Remiantis rezultatais galima teigti, kad didesnis skausmo priėmimas buvo susijęs su mažesniu jo siejimu su savo tapatumu. Be to, didesnis skausmo siejimas su tapatumu, didesnis jo išplitimas į gyvenimo sritis bei didesnis atidumas skausmo patirčiai buvo susiję su mažesniu įsitraukimu į veiklas bei mažesniu pasiryžimu skausmui.

3.2.1.1 lentelė. Skausmo priėmimo ir savipratos skalių koreliacijos

Skalės	SP	Iv	Pa	SS	Kr	Iš	At
SP	-						
Iv	0,74***	-					
Pa	0,78***	0,23**	-				
SS	-0,69***	-0,60***	-0,51***	-			
Kr	-0,65***	-0,61***	-0,45***	0,95***	-		
Iš	-0,67***	-0,57***	-0,51***	0,94***	0,85***	-	
At	-0,52***	-0,35***	-0,47***	0,77***	0,64***	0,70***	-

Pastaba. Koeficientai ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. SP - skausmo priėmimas, Iv- įsitraukimas į veiklas, Pa- pasiryzimas skausmui, SS - skausmo saviprata, Kr- kryptingumas, Iš - skausmo išplitimas, At - atidumas skausmui.

3.2.2. Antras uždavinys

Siekiant įvertinti ar skausmo saviprata ir priėmimas prognozavo jo intensyvumą buvo atlikta tiesinė regresinė analizė (žr. 3.2.2.1 lentelę). Dėl anksčiau nustatytos itin aukštos koreliacijos tarp išplitimo ir kryptingumo ($r_s = 0,85$) (žr. 3.2.1.1 lentelę), prieš atliekant regresinę analizę, buvo patikrintos multikolinearumo prielaidos. Dėl aukštų VIF (> 4) rodiklių buvo nuspręsta pašalinti skausmo kryptingumo subskalę iš tolimesnės analizės. Be to, įsitraukimo į veiklas konstruktas neįtrauktas, nes nenusatyta statistiškai reikšminga sąsaja su skausmo intensyvumu (žr. 3.1.5.1 lentelę).

3.2.2.1 lentelė. Skausmo saviprata, pasiryzimas ir skausmo intensyvumas

Neriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis				
	Skausmo intensyvumas				
	Beta (β)	p	F	p	R^2
Saviprata	0,41***	$<0,001$	23,44	$<0,001$	0,16
Išplitimas	0,28*	0,026	13,948	$<0,001$	0,19
Atidumas	0,19	0,109	13,948	$<0,001$	0,19
Priėmimas	-0,34***	$<0,001$	15,419	$<0,001$	0,12
Pasiryzimas	-0,38***	$<0,001$	20,249	$<0,001$	0,15

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

Regresinė analizė atskleidė, kad skausmo intensyvumą prognozavo: skausmo saviprata ($p < 0,001$), kuri paaiškino 16% skausmo intensyvumo dispersijos, sąsaja teigiama, o jos stiprumas vidutinis

($\beta = 0,41$); *išplitimas*, kuris paaiškino 19% intensyvumo dispersijos, sąsaja silpna, teigiama ($\beta = 0,28$, $p = 0,026$); *priėmimas* ($p < 0,001$; paaiškino 12% intensyvumo dispersijos), sąsaja vidutinė, neigiama ($\beta = -0,34$, $p < 0,001$); *pasiryzimas skausmui*, kuris paaiškino 15% skausmo intensyvumo dispersijos, sąsaja vidutinė, neigiama ($\beta = -0,38$, $p < 0,001$). Tačiau *atidumas skausmui* intensyvumo neprognozavo ($\beta = 0,19$, $p = 0,109$). Apibendrinant, regresinė analizė atskleidė, kad didesnis tapatumo siejimas su skausmu ir didesnis jo poveikis gyvenimo sritims buvo susiję su intensyvesniu jo patyrimu. Be to, didesnis skausmo priėmimas ir didesnis pasirinkimas jam buvo susiję su mažiau intensyvesniu jo patyrimu.

Toliau, siekiant įvertinti ar *skausmo saviprata* ir *priėmimas* prognozavo jo dažnumą, buvo atlikta daugianarė logistinė regresija, pasirenkant skausmo dažnumo kategoriją – „*skauda kiekvieną dieną*“ kaip referentinę grupę (žr. 3.2.2.2 lentelę).

3.2.2.2 lentelė. *Skausmo saviprata, priėmimas, dažnumas*

Priklausomi kintamieji	Nepriklausomi kintamieji				
	Skausmo saviprata		Skausmo priėmimas		df
			X^2	p	
			4,341	0,114	2
			0,659	0,719	2
	OR	p	OR	p	
Skauda 1-2 kartus per savaitę	0,979	0,236	1,033	0,430	
Skauda kelis kartus per mėn.	0,964	0,068	1,002	0,963	

Analizė patvirtino, kad modelis buvo tinkamas duomenims ($p = 0,241 > 0,05$). Nustatyta, kad *saviprata* ($X^2 = 4,341$, $p = 0,114$) ir *priėmimas* ($X^2 = 0,659$, $p = 0,719$) neprognozavo skausmo dažnumo. Visi kintamieji paaiškino nuo 9% iki 10,5% patiriamo skausmo dažnumo įverčių pasiskirstymo. Tikslų spėjimų procentas buvo 58,8%. Palyginus tikimybę patirti skausmą kelis kartus per mėn. su patyrimu kiekvieną dieną, reikšmingų prediktorių nerasta (*saviprata*: $B = -0,036$, $SE = 0,020$, $p = 0,068$, $OR = 0,964$, 95% CI [0,928, 1,003]; *priėmimas*: $B = 0,002$, $SE = 0,043$, $p = 0,963$, $OR = 1,002$, 95% CI [0,921, 1,090]). Taip pat prediktoriai nerasti ir palyginus tikimybę patirti skausmą 1-2 kartus per mėn. su patyrimu kiekvieną dieną (*saviprata*: $B = -0,021$, $SE = 0,018$, $p = 0,236$, $OR = 0,979$, 95% CI [0,945, 1,014]; *priėmimas*: $B = 0,032$, $SE = 0,041$, $p = 0,430$, $OR = 1,033$, 95% CI [0,953, 1,118])).

3.2.3. Trečias uždavinys

Toliau, siekiant išsiaiškinti ar *skausmo saviprata* ir *priėmimas* prognozuotų jo intensyvumą, nepriklausomai nuo demografinių kintamųjų, visų pirma, buvo patikrintos konstrukto sąsajos su demografiniais kintamaisiais. Koreliacinė analizė atskleidė, kad *skausmo saviprata*, *išplitimas* ir *atidumas* buvo reikšmingai susiję su išsilavinimu, o *pasiryžimas skausmui* su amžiumi (plačiau žr. 3.1.3.1 lentelę), todėl tolimesnė analizė atlikta su šiais demografiniais kintamaisiais. Vertinant *skausmo savipratos* prognostinį poveikį, analizė atskleidė, kad modelis buvo reikšmingas ($F = 13,662$, $p < 0,001$), pirmame modelyje visi nepriklausomi kintamieji paaiškino 17% priklausomo kintamojo dispersijos, o antrame 19%. *Skausmo saviprata* reikšmingai prognozavo skausmo intensyvumą, kai buvo kontroliuojamas išsilavinimas ($B = 0,043$, $SE = 0,010$, $\beta = 0,36$, $p < 0,001$) (žr. 3.2.3.1 lentelę). Be to, nustatyta, kad išsilavinimas nebuvo statistiškai reikšmingas prediktorius ($\beta = -0,16$, $p = 0,068$). Taigi, nepriklausomai nuo išsilavinimo, skausmo siejimas su tapatumu prognozavo intensyvesnį skausmą.

3.2.3.1 lentelė. *Skausmo saviprata, išsilavinimas ir intensyvumas*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis Skausmo intensyvumas							
	1 Modelis				2 Modelis			
	β	p	F	R^2	β	p	F	R^2
Saviprata	0,41	<0,001	23,440	0,17	0,36	<0,001	13,662	0,19
Išplitimas	0,27	0,026	13,948	0,19	0,24	0,044	10,733	0,21
Atidumas	0,19	0,109	13,948	0,19	0,17	0,150	10,733	0,21
Išsilavinimas					-0,16	0,068	13,662	0,19
					-0,16	0,058	10,733	0,21

Toliau, siekiant išsiaiškinti ar *išplitimas* ir *atidumas* prognozuotų skausmo intensyvumą, kontroliuojant išsilavinimą, buvo atlikta hierarchinė regresinė analizė, kuri atskleidė, kad modelis buvo reikšmingas ($F = 10,733$, $p < 0,001$). Pirmame modelyje *skausmo išplitimas* ir *atidumas* paaiškino 19% priklausomo kintamojo dispersijos, o antrame 21% (žr. 3.2.3.1 lentelę). Analizė atskleidė, kad didesnis skausmo *išplitimas* reikšmingai prognozavo didesnę skausmo intensyvumą, nepriklausomai nuo išsilavinimo ($B = 0,557$, $SE = 0,273$, $\beta = 0,24$, $p = 0,044$), tačiau *atidumas* skausmo intensyvumo neprognozavo ($\beta = 0,17$, $p = 0,150$). Taip pat nustatyta, kad išsilavinimas nebuvo statistiškai reikšmingas skausmo intensyvumo prediktorius ($\beta = -0,16$, $p = 0,058$).

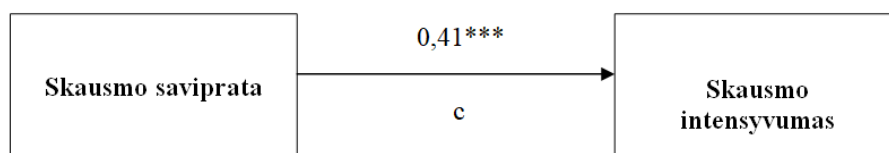
Siekiant išsiaiškinti ar *pasiryžimas skausmui* prognozuotų jo intensyvumą, jeigu būtų kontroliuojamas amžius, buvo atlikta hierarchinė regresinė analizė (žr. 3.2.3.2 lentelę). Rezultatai atskleidė, kad modelis buvo reikšmingas ($F = 10,189$, $p < 0,001$), tiek pirmame tiek antrame modelyje visi nepriklausomi kintamieji paaiškino apie 15% priklausomo kintamojo dispersijos. Analizė atskleidė, kad mažesnis pasiryžimas skausmui reikšmingai prognozavo didesnę jo intensyvumą, nepriklausomai nuo amžiaus ($B = -0,16$, $SE = 0,036$, $\beta = -0,38$, $p < 0,001$). Rezultatai parodė, kad amžius nebuvo statistiškai reikšmingas prediktorius ($\beta = -0,05$, $p = 0,612$).

3.2.3.2 lentelė. *Pasiryžimas skausmui, amžius ir skausmo intensyvumas*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis							
	Skausmo intensyvumas							
	1 Modelis				2 Modelis			
	β	p	F	R^2	β	p	F	R^2
Pasiryžimas skausmui	-0,38	<0,001	20,249	0,148	-0,39	<0,001	10,189	0,149
Amžius					-0,05	0,612	10,189	0,149

3.2.4. Ketvirtas uždavinys

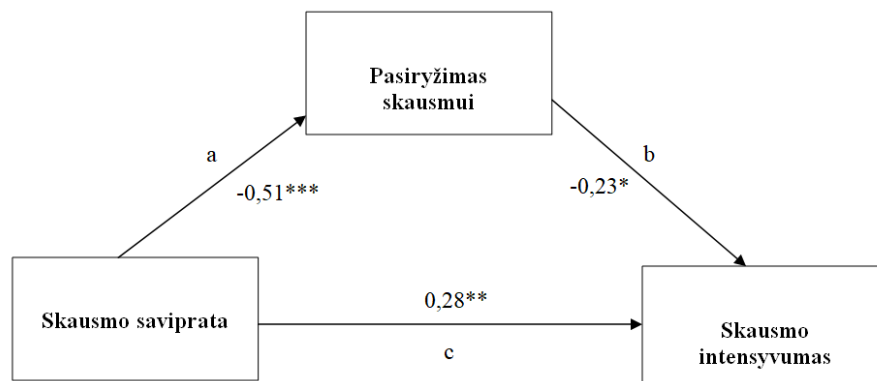
Toliau, siekiant įvertinti ar *pasiryžimas skausmui* medijavo ryšį tarp *savipratos* ir intensyvumo, buvo atlikta mediacija. Ankstesnė regresijos analizė patvirtino, kad *skausmo saviprata* prognozavo jo intensyvumą (c sąsaja: $\beta = 0,41$, $p < 0,001$) (žr. 3.2.4.1 pav.).



3.2.4.1 pav. Skausmo saviprata ir intensyvumas

Mediacijos analizė atskleidė, kad *pasiryžimas skausmui* dalinai medijavo *savipratos* poveikį skausmo intensyvumui (žr. 3.2.4.2 pav.). Visi ryšiai buvo statistiškai reikšmingi: *skausmo saviprata* buvo neigiamai susijusi su *pasiryžimu skausmui* (**a sąsaja** = -0,51, $p < 0,001$); *pasiryžimas skausmui* neigiamai susijęs su skausmo intensyvumu (**b sąsaja** = -0,23, $p = 0,015$); *saviprata* teigiamai susijusi

su skausmo intensyvumu (**c sąsaja** = 0,28, $p = 0,003$). Mediacinis efektas – IND = 0,11. Taigi, galima daryti prielaidas, kad didesnis tapatumo siejimas su skausmu prognozavo mažesnę pasiryžimą patirti skausmą. Taip pat didesnis pasiryžimas patirti skausmą prognozavo mažesnę skausmo intensyvumą.



3.2.4.2 pav. Skausmo savipratos ir jo intensyvumo mediacija

3.2.5. Penktas uždavinys

Siekiant įvertinti *skausmo savipratos* ir *priėmimo* prognozinčius veiksnius skausmo sukeltam poveikiui gyvenimo sritims, visų pirma, buvo patikrintos konstrukto tarpusavio sąsajos (plačiau žr. 3.1.5.1 lentelę). Koreliacinė analizė atskleidė, kad *skausmo saviprata*, *priėmimas* bei skalių konstruktai buvo reikšmingai susiję su skausmo poveikiu nuotakai, santykiams, mėgavimuisi gyvenimu ir bendrai veiklai, todėl tolimesnė analizė atlikta, būtent, su šiais konstruktais. Pasitelkus tiesinę regresinę analizę, visų pirma, buvo analizuoti *skausmo savipratos* prognoziniai veiksniai (žr. 3.2.5.1 lentelę).

3.2.5.1 lentelė. *Skausmo saviprata ir skausmo poveikis*

Priklausomi kintamieji	Neriklausomas kintamasis			
	Skausmo saviprata			
Skausmo poveikis:	Beta (β)	F	p	R ²
Nuotakai	0,46***	32,984	<0,001	0,220
Santykiams	0,51***	41,401	<0,001	0,261
Mėgavimuisi	0,48***	35,814	<0,001	0,234
Bendrai veiklai	0,51***	42,230	<0,001	0,265

Pastaba. Koeficientai *** $p < 0,001$.

Iš rezultatų matyti, kad *skausmo saviprata* prognozavo skausmo poveikį visoms gyvenimo sritims: **nuotaikai** (modelis buvo statistiškai reikšmingas: $F = 32,984$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,220$; sąsaja aukšta, teigiama: $\beta = 0,46$, $p < 0,001$); **santykiams** (modelis statistiškai reikšmingas: $F = 41,401$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,261$; sąsaja aukšta, teigiama: $\beta = 0,51$, $p < 0,001$); **mėgavimuisi gyvenimu** (modelis statistiškai reikšmingas: $F = 35,814$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,234$; sąsaja vidutinė, teigiama: $\beta = 0,48$, $p < 0,001$); **bendrai veiklai** (modelis statistiškai reikšmingas: $F = 42,230$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,265$; sąsaja aukšta, teigiama: $\beta = 0,51$, $p < 0,001$).

Toliau, buvo analizuoti skausmo *priėmimo* prognoziniai veiksniai (žr. 3.2.5.2 lentelę). Rezultatai atskleidė, kad *priėmimas* prognozavo skausmo poveikį visoms gyvenimo sritims: **nuotaikai** (modelis buvo statistiškai reikšmingas: $F = 16,370$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,123$; sąsaja neigiama, vidutinė: $\beta = -0,35$, $p < 0,001$); **santykiams** (modelis statistiškai reikšmingas: $F = 26,683$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,186$; sąsaja neigiama, vidutinė: $\beta = -0,43$, $p < 0,001$); **mėgavimuisi gyvenimu** (modelis statistiškai reikšmingas: $F = 18,368$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,136$; sąsaja neigiama, silpna: $\beta = -0,36$, $p < 0,001$); **bendrai veiklai** (modelis statistiškai reikšmingas: $F = 12,678$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,098$; sąsaja neigiama, silpna: $\beta = -0,31$, $p < 0,001$).

3.2.5.2 lentelė. *Skausmo priėmimas ir skausmo poveikis*

Priklausomi kintamieji		Neriklausomas kintamasis		
		Skausmo priėmimas		
Skausmo poveikis:	Beta (β)	F	p	R^2
Nuotaikai	-0,35***	16,370	<0,001	0,123
Santykiams	-0,43***	26,683	<0,001	0,186
Mėgavimuisi	-0,36***	18,368	<0,001	0,136
Bendrai veiklai	-0,31***	12,678	<0,001	0,098

*Pastaba. Koeficientai *** $p < 0,001$.*

Apibendrinant, rezultatai atskleidė, kad *skausmo saviprata* ir *priėmimas* prognozavo skausmo poveikį nuotaikai, santykiams, mėgavimuisi gyvenimu ir bendrai veiklai. Didesnis tapatumo siejimas su skausmu bei mažesnis skausmo priėmimas prognozavo stipresnį skausmo poveikį įvardintoms gyvenimo sritims.

Toliau vertinant *skausmo savipratos* ir *priėmimo* konstrukto prognozinis veiksnys skausmo sukeltam poveikiui nuotaikai, mėgavimuisi gyvenimu, santykiams ir bendrai veiklai, buvo atlikta

tiesinė regresinė analizė (žr. 3.2.5.3 lentelę). Didesnį skausmo poveikį nuotaikai prognozavo didesnis susirūpinimas skausmu (*atidumas skausmui*: $\beta = 0,26$, $p = 0,027$; modelis statistiškai reikšmingas: $F = 9,64$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,253$). Analizė atskleidė, kad didesnis skausmo *išplitimas* į gyvenimo sritis prognozavo didesnį skausmo poveikį santykiams ($\beta = 0,31$, $p = 0,016$; modelis buvo statistiškai reikšmingas: $F = 13,55$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,322$), didesnį skausmo poveikį mėgavimuisi gyvenimu ($\beta = 0,38$, $p = 0,004$; modelis buvo statistiškai reikšmingas: $F = 11,73$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,292$) bei didesnį skausmo poveikį bendrai veiklai ($\beta = 0,55$, $p < 0,001$; modelis buvo statistiškai reikšmingas: $F = 12,90$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,312$).

3.2.5.3 lentelė. *Išplitimo, atidumo, įsitraukimo į veiklas ir pasiryžimo skausmui prognoziniai veiksniai*
Nepriklausomi kintamieji

Priklausomi kintamieji	Nepriklausomi kintamieji				F	p	R ²
	Skausmo išplitimas	Atidumas skausmui	Įsitraukimas į veiklas	Pasiryžimas skausmui			
	Beta (β)						
Skausmo poveikis: Nuotaikai	0,23	0,26*	0,01	-0,06	9,64	<0,001	0,253
Santykiams	0,31*	0,21	-0,06	-0,09	13,55	<0,001	0,322
Mėgavimuisi gyvenimu	0,38**	0,13	0,05	-0,11	11,73	<0,001	0,292
Bendrai veiklai	0,55***	0,04	0,12	-0,01	12,90	<0,001	0,312

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

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime buvo siekta įvertinti suaugusių žmonių apatinės nugaros dalies lėtinio skausmo sąsajas su skausmo priėmimu, saviprata ir demografiniais kintamaisiais. Toliau pateikiama rezultatų analizė kiekvieną konstruklą aptariant atskirai.

Skausmo priėmimas ir saviprata

Tyrimas atskleidė, kad skausmo *priėmimas* ir *saviprata* buvo tarpusavyje susiję konstruktai. Rezultatai parodė, kad kuo labiau skausmas buvo priimamas tuo mažiau jis buvo siejamas su tapatumu. Tyrimas patvirtino, kad *įsitraukimas į veiklas* ir *pasiryzimas skausmui* buvo susiję su visais *savipratos* rodikliais – *kryptingumu*, *išplitimu* bei *atidumu skausmui*. Šie rezultatai atskleidė, kad didesnis įsitraukimas į gyvenimo veiklas, nepaisant skausmo, bei pasiryzimas jį patirti buvo susiję su mažesniu susitapatinimu su skausmu ir jo poveikiu gyvenimo sritims bei mažesniu susirūpinimu skausmu. Gauti rezultatai sutapo su mokslininkų darbais, kuriuose teigiama, kad priėmimo metodu grįstos gydymo programos dėka sumažėjo skausmo poveikis įvairioms gyvenimo sritims, pavyzdžiui, 25% sumažėjo fizinis neveiklumas (McCracken et al., 2005), susilpnėjo miego sutrikimai (Jensen et al., 2016) ir pagerėjo funkcionavimas (Lachapelle et al., 2008). Ampiah (2021) tyrimas įrodė, kad asmenybę valdančio skausmo įsivaizdavimas lėmė mažesnę įsitraukimą į darbą, laisvalaikio bei socialines veiklas. Miles ir kolegės (2005) patvirtino, kad įsitikinimai, jog skausmas suvaržė asmenybę, judėjimą ir kūną, paveikė žmonių santykį su aplinka ir apribojo jų aktyvumą. Kiti mokslininkai įrodė, kad *saviprata* ir *priėmimas* buvo vienas kitą veikiantys veiksniai. Waters ir kolegų (2004) tyrimas atskleidė, jog neatitikimas tarp „*Privalomo Aš*“ (manymas ko iš mūsų tikisi kiti) ir „*Faktinio Aš*“ (kaip matome save) lėmė įsitikinimus apie skausmo intensyvumo patyrimą. Autorių tyrimas patvirtino, kad savivaizdis, nepagrįsti įsitikinimai apie kitų lūkesčius bei aplinkinių nuomonę, skatino asmenis mažiau įsitraukti į veiklas, savo sprendimą pagrindžiant tuo, kad jie patiria intensyvią skausmą.

Skausmo patyrimo charakteristikos ir saviprata

Intensyvumas. Visų pirma, tyrimas atskleidė, kad *skausmo saviprata* ir *išplitimas* prognozavo skausmo intensyvumą. Rezultatai parodė, kad didesnis savo tapatumo siejimas su skausmu bei didesnis jo išplitimas į įvairias gyvenimo sritis prognozavo intensyvesnę skausmą. Campbell ir kolegų (2003) tyrimas taip pat patvirtino, kad pernelyg neigiamas mąstymas apie skausmą ir bejėgiškumo jausmai lėmė intensyvesnę jo patyrimą. Kiti tyrimai įrodė, kad nuolat apie skausmą galvojantys asmenys jį įsivaizdavo kaip itin stiprų ir nevaldomą (Munk et al., 2022). Be to, Foster ir kolegės (2008) pabrėžė, kad efektyvesnis susitaikymas su skausmu buvo tų žmonių, kurie mažiau su juo tapatinosi (nurodė

mažiau simptomų), įsivaizdavo mažiau skausmo sukeltų gniuždančių pasekmių bei labiau tikėjo, kad turi galią valdyti skausmo patirtį (Foster et al., 2008).

Įdomu tai, kad *atidumas skausmui* šiame tyrime neprognozavo jo intensyvumo, tačiau mokslininkų tyrimai įrodė priešingus rezultatus (Campbell & Cramb, 2008; Munk et al., 2022). Senturk ir kolegos (2024) atskleidė, kad stipresnį ir labiau varžantį skausmą patyrė perdėtai į skausmo analizavimą pasinėrę tiriamieji. Tyrimai įrodė, kad *atidumas skausmui* turėjo sąsajų su skirtingais veiksniais, taigi, galima svarstyti, kad šis konstruktas susijęs ne vien tik su skausmo intensyvumu. Taip pat, svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad analizė atskleidė, jog *atidumas skausmui* neprognozavo skausmo intensyvumo kitų konstrukto kontekste, tad galimai *skausmo saviprata* ir *priėmimas* geriau paaiškino jo intensyvumo patyrimą. Tai patvirtino kitų mokslininkų tyrimai, kurie įrodė, kad mažiau intensyvus skausmo patyrimas buvo susijęs su adaptyvesniu kūno pojūčių suvokimu, kuris apėmė su skausmo priėmimu susijusius konstruktus, pavyzdžiui, leidimą sau patirti kūno pojūčius jų nevengiant ir neignoruoiant (Colgan et al., 2022).

Dažnumas. Tyrimas atskleidė, kad *skausmo saviprata* neprognozavo skausmo dažnumo. Reikia pažymėti, kad skausmo dažnumas galimai susijęs su kitais svarbiais veiksniais, kurie nebuvo ištirti šiame tyrime. Kiti moksliniai tyrimai patvirtino, kad skausmo dažnumas buvo susijęs su amžiumi, ligos istorija, sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu, socialine parama, savipriežiūra, emocine būseną ir kt. (Robinson et al., 2017).

Poveikis gyvenimo sritims. Tyrimas atskleidė, kad didesnis susitapatinimas su skausmu prognozavo didesnę jo poveikį nuotakai, santykiams, mėgavimuisi gyvenimu ir bendrai veiklai, o kuo daugiau skausmas buvo išplitęs į gyvenimo sritis tuo didesnę poveikį jis turėjo santykiams, mėgavimuisi gyvenimu ir bendrai veiklai. Taip pat rezultatai atskleidė, kad didesnis susirūpinimas skausmu buvo susijęs su didesniu skausmo poveikiu nuotakai. Kitų mokslininkų tyrimai patvirtino, kad tai, kaip bus išgyvenamas skausmas priklausė nuo asmens subjektyvaus požiūrio į jį, ypač, tai, kokius apribojimus jis sukelia ir kokią įtaką skausmas turi asmenybei (Bryant, 2007). Rusu ir Pincus (2012) teigė, kad didesnis susitapatinimas su liga turėjo sąsajų su suprastėjusiu funkcionavimu įvairiose gyvenimo srityse. Svensson ir kolegos (2010) įrodė, kad asmens santykiai su socialine aplinka itin priklausė nuo savęs vertinimo. Kiti tyrimai patvirtino, kad dažnai lėtinį skausmą patiriantieji buvo įsitikinę, kad skausmas reguliavo jų gyvenimą, nes jie privalėjo apriboti savo užimtumą ir socialinę veiklą (Campbell & Cramb, 2008). Kiti tyrimai patvirtino, kad akylas savo kūno pojūčių stebėjimas buvo susijęs su įvairiomis skausmo patyrimo charakteristikomis (Crowe et al., 2010).

Skausmo patyrimo charakteristikos ir priėmimas

Intensyvumas. Tyrimas atskleidė, kad mažesnis *skausmo priėmimas* ir *pasiryžimas* jam prognozavo intensyvesnį skausmą. Šie rezultatai sutapo su kitų mokslininkų tyrimais (Carvalho et al., 2018; Viane et al., 2003). Bendayan ir kolegų (2012) tyrimo rezultatai atskleidė, kad pasiryžimas patirti skausmą neigiamai koreliavo su skausmo intensyvumu bei funkciniais sutrikimais. Be to, Jensen ir kolegų (2016) tyrimas patvirtino, kad mažesnis skausmo kontrolės poreikis buvo susijęs su žemesniais jo intensyvumo įverčiais. Gutiérrez ir kolegų (2004) tyrimai atskleidė, kad skausmo priėmimo intervencija paskatino geresnį jo toleravimą net tada, kai buvo patiriamas didesnis skausmo lygis.

Toliau, tyrimas atskleidė, kad *pasiryžimas skausmui* dalinai medijavo ryšį tarp *savipratos* ir skausmo intensyvumo. Didesnis susitapatinimas su skausmu buvo susijęs su mažesniu pasiryžimu jį patirti, o mažesnis pasiryžimas – su didesniu skausmo intensyvumu. Taigi, nors anksčiau nustatyta, kad *skausmo saviprata* tiesiogiai prognozavo skausmo intensyvumą, duomenys rodo, kad *pasiryžimas skausmui* veikė kaip svarbus veiksnys, dalinai paaiškinantis šių abiejų konstrukto sąsają. Kaip jau buvo išskirta anksčiau, pastebėta reikšminga sąsaja tarp *skausmo savipratos* ir *pasiryžimo skausmui* ir tai patvirtina kitų mokslininkų tyrimai (Foster et al., 2008; Oris et al., 2018; Waters et al., 2004). Be to, Miles ir kolegų (2005) analizė atskleidė, kad ne tiek pats skausmas, kiek asmens suvokiami skausmo keliai apribojimai kūnui, veiklai bei tapatumui, buvo susiję su pritaikyta tokių suvaržymų įveika, pavyzdžiui, suvaržymai buvo atmetami ir veiklos vykdomos tarsi skausmo nebūtų ar suvaržymai buvo priimami ir perstruktūruotas gyvenimo būdas. Kitų mokslininkų tyrimai atskleidė, kad skausmo patyrimą lėmė „*Ligos tapatumo*“ stadijos, kurios apima tiek ligos priėmimą, tiek ir susitapatinimą su liga (Oris et al., 2016). Lachapelle ir kolegų (2008) teigė, kad lėtinio skausmo priėmimas yra neišvengiamai susijęs su pasikeitusios asmenybės pripažinimu, kuomet siekiama iš naujo perstruktūruoti savo gyvenimą bei savęs suvokimą.

Dažnumas. Tyrimas įrodė, kad *skausmo priėmimas* neprognozavo jo dažnumo. Šiuos rezultatus galėtų paaiškinti skausmo dažnumo sąsaja su kitomis skausmo charakteristikomis, pavyzdžiui, šis tyrimas atskleidė, kad dažnumas buvo susijęs su skausmo intensyvumu bei jo poveikiu gyvenimo sritims ir išsilavinimu.

Poveikis gyvenimo sritims. Tyrimo rezultatai patvirtino, kad mažesnis *skausmo priėmimas* buvo susijęs su didesniu jo poveikiu nuotakai, santykiams, mėgavimuisi gyvenimu ir bendrai veiklai. Kiti mokslininkai patvirtino šiuos rezultatus, pabrėždami, kad siekdami kontroliuoti skausmą asmenys apribodavo jiems malonias veiklas, nutraukdavo socialinius santykius bei atsiribodavo nuo visuomenės (Osborn & Smith, 1998). Kita analizė atskleidė, kad priėmimas buvo būtinas pagrindas geresniam prisitaikymui, t.y. geresniam socialiniam, fiziniam ir emociniam funkcionavimui (Lachapelle et al.,

2008). Kiti mokslininkai taip pat įrodė, kad, nepasitenkinimas esama situacija, siekis kontroliuoti skausmą vertė asmenis imtis itin neadaptivių problemos sprendimo būdų, tokių kaip alkoholio ar narkotikų vartojimo, kas itin negatyviai paveikė žmogaus gyvenimą (Campbell & Cramb, 2008).

Taip pat šiame tyrime nustatyta, kad *pasiryzimas skausmui* ir *įsitraukimas į veiklas* neprognozavo skausmo poveikio nurodytoms gyvenimo sritims, o daugiausiai jį prognozavo skausmo *išplitimas*. Tokie rezultatai gali būti paaiškinami tuo, kad, geriausiai skausmo poveikį gyvenimo sritims parodė, tai kokią reikšmę tiriamųjų gyvenime jis turėjo ir kaip tiriamųjų mąstymas ir įsitikinimai apie skausmo svarbą tiesiogiai paveikė jų gyvenimą.

Demografiniai veiksniai

Nustatyta, kad *skausmo saviprata* ir *išplitimas* prognozavo jo intensyvumą, nepriklausomai nuo išsilavinimo, kas dar kartą patvirtino kitų mokslininkų tyrimus, kad šie abu konstruktai yra svarbūs, vertinant skausmo patyrimo charakteristikas (Campbell et al., 2003; Munk et al., 2022; Waters et al., 2004). Tyrimas taip pat atskleidė, kad, nepriklausomai nuo amžiaus, mažesnis pasiryzimas patirti skausmą buvo susijęs su didesniu jo intensyvumu, kas dar kartą patvirtino, kad *pasiryzimas skausmui* yra svarbus veiksnys, veikiantis skausmo intensyvumą (Bendayan et al., 2012; Gutiérrez et al., 2004; Jensen et al., 2016). Šie rezultatai patvirtino kitų autorių tyrimus, kurie nustatė, kad skausmo intensyvumas ir įsitikinimai apie skausmą skirtingo amžiaus grupėse neisskyrė (Gagliese & Melzack, 1997).

Apibendrinant, tyrimas atskleidė, kad nepriklausomai nuo išsilavinimo ir amžiaus, *skausmo saviprata* ir *priėmimas* buvo susiję su skausmo patyrimo intensyvumu bei jo poveikiu įvairioms gyvenimo sritims. Nors konstruktai yra susiję, jie parodo skirtingą poveikį skausmo patyrimo ypatumams. Saviprata akcentuoja skausmo užvaldytą asmenybę ir gyvenimą, o priėmimas pabrėžia įsitraukimą į gyvenimo veiklas bei norą patirti skausmą jo nekontroliuojant ir neatmetant. Taigi, tyrimas patvirtino, šių psichologinių veiksmų svarbą lėtinio skausmo kontekste.

4.1. Tyrimo ribotumai, rekomendacijos

Visų pirma, reikia pažymėti, kad *Skausmo savipratos* skalei Lietuvoje gali būti reikalingas modifikavimas, kad ją būtų galima taikyti tolimesniuose tyrimuose. Nors skalės vidinis suderinamumas yra geras, visgi verta peržiūrėti šios skalės teiginius ir siekti didinti skalės struktūrinį validumą. Taip pat šios skalės konstruktas – *atidumas skausmui* labiau apibrėžia negatyvų kūno pojūčių stebėjimą, kai per daug susirūpinama savo skausmu, tačiau mokslininkai teigia, kad kūno pojūčių suvokimas gali būti adaptyvus ir neadaptyvus (Colgan et al., 2022). Taigi, nagrinėjant šį konstrukta, būtų svarbu atsižvelgti

ne vien tik į neigiamas, bet ir į teigiamas jo puses, siekiant visapusiškai išanalizuoti konstrukto reikšmę skausmo patyrimui.

Be to, reikia pažymėti, kad tyrimo dalyvių imtis, lyties atžvilgiu, galėjo būti labiau pasiskirsčiusi. Šiame tyrime buvo ženkliai daugiau moteriškos lyties tiriamųjų todėl duomenų analizė, vertinant grupes pagal lytį, nebuvo atlikta.

Toliau, kalbant apie rekomendacijas, dirbantiems su lėtinį skausmą patiriančiais pacientais, svarbu atkreipti dėmesį į biopsichosocialinį modelį, kuriame išskiriami psichologiniai, socialiniai ir biologiniai veiksniai, o ligos nebuvimas neapibrėžia sveikatos lygio (Contrada & Ashmore, 1999) bei akcentuojama, kad lėtinį skausmą lemia ne tik audinių pažeidimas, bet ir psichologiniai veiksniai (Gatchel et al., 2007). Šis tyrimas atskleidė, kad skausmo išgyvenimas itin susijęs su įsitikinimais apie skausmo sukeltą poveikį asmenybei ir gyvenimui bei asmens reakcijomis į skausmo patirtį, kurios gali dar labiau apsunkinti skausmo patyrimą arba prisidėti prie jo sėkmingo integravimo į gyvenimą. Taip pat svarbu išskirti, kad skausmo patirtis yra itin kompleksiška, todėl sunku tvirtai teigti, kad vieni veiksniai veikia kitus. Dažniausiai skirtingi veiksniai, veikdami kartu bei veikdami vieni kitus, prisideda prie tam tikro rezultato. Žinoma, kad skausmo patyrimo svarbūs skausmo ypatumai (intensyvumas, dažnumas, trukmė ir kt.), biologiniai veiksniai (gretutinės ligos, asmens sveikata), psichologiniai aspektai (mąstymas, įsitikinimai, įveika kt.) bei kiti individualūs veiksniai. Taigi, lėtinio skausmo kontekste svarbu atkreipti dėmesį į komandinį darbą, apimančį tiek fizinės ligos gydymą, tiek ir psichologinę pagalbą.

IŠVADOS

1. Tyrimas atskleidė, kad bendra *skausmo saviprata* buvo susijusi su skausmo *priėmimu*: esant didesniai priėmimui, skausmas buvo mažiau siejamas su tapatumu. Didesnis asmens įsitraukimas į gyvenimo veiklas, nepaisant skausmo, bei pasiryžimas patirti skausmą, neribojant kontakto su juo, buvo susijęs su mažesniu susitapatinimu ir susirūpinimu skausmu bei mažesniu jo išplitimu į gyvenimo sritis.

2. Rezultatai įrodė, kad skausmo intensyvumą prognozavo bendra *skausmo saviprata* ir jos elementas – *išplitimas*; *priėmimas* ir jo konstruktas – *pasiryžimas skausmui*. Kuo daugiau skausmas buvo siejamas su tapatumu bei kuo labiau jis buvo išplitęs į skirtingas gyvenimo sritis, tuo intensyviau jis buvo patiriamas. Tačiau mažesnis skausmo intensyvumas buvo susijęs su didesniu jo priėmimu ir didesniu pasiryžimu jį patirti. Taip pat nustatyta, kad bendra *skausmo saviprata* ir *priėmimas* neprognozavo skausmo dažnumo.

3. Rezultatai atskleidė, kad nepriklausomai nuo išsilavinimo lygio, didesnis susitapatinimas su skausmu ir jo išplitimas buvo susiję su intensyvesniu skausmo patyrimu. Be to, nepriklausomai nuo amžiaus, mažesnis pasiryžimas patirti skausmą buvo susijęs su didesniu jo intensyvumu.

4. Duomenys patvirtino, kad *pasiryžimas skausmui* dalinai medijavo ryšį tarp bendros *skausmo savipratos* ir skausmo intensyvumo: didesnis susitapatinimas su skausmu buvo susijęs su mažesniu pasiryžimu skausmui, o šis buvo susijęs su didesniu skausmo intensyvumu.

5. Tyrimas atskleidė, kad bendra *skausmo saviprata* ir bendras *priėmimas* prognozavo skausmo poveikį nuotaikai, santykiams, mėgavimuisi gyvenimu ir bendrai veiklai: didesnis asmens tapatumo siejimas su skausmu bei mažesnis skausmo priėmimas lėmė didesnę skausmo poveikį nuotaikai, santykiams, mėgavimuisi gyvenimu ir bendrai veiklai. Rezultatai atskleidė, kad, iš visų konstrukto tik *atidumas skausmui* turėjo sąsajų su skausmo poveikiu nuotaikai – didesnis susirūpinimas skausmu lėmė didesnę skausmo poveikį nuotaikai. Taip pat skausmo *išplitimas* buvo susijęs su skausmo poveikiu santykiams, mėgavimuisi gyvenimu ir bendrai veiklai – kuo daugiau skausmas buvo išplitęs į gyvenimo sritis, tuo buvo didesnis skausmo poveikis nurodytoms gyvenimo sritims.

LITERATŪRA

- Afrell, M., Biguet, G., & Rudebeck, C. E. (2007). Living with a body in pain – between acceptance and denial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(3), 291–296. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00475.x>
- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., Mannion, A. F., Reis, S., Staal, J. B., Ursin, H. & Zanoli, G. (2006). Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15(S2), s192–s300. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1>
- Aldrich, S., Eccleston, C., & Crombez, G. (2000). Worrying about chronic pain: Vigilance to threat and misdirected problem solving. *Behaviour research and therapy*, 38(5), 457–470. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00062-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00062-5)
- Ampiah, A. J. (2021). *Chronic Low Back Pain: a representation of liminality in illness identity and professional identity* (Publication No. 68419) [Doctoral dissertation, University of Nottingham] Nottingham e Theses. <https://eprints.nottingham.ac.uk/id/eprint/68419>
- Amtmann, D., Cook, K. F., Jensen, M. P., Chen, W. H., Choi, S., Revicki, D., Cella, D., Rothrock, N., Keefe, F., Callahan, L., & Lai, J. S. (2010). Development of a PROMIS item bank to measure pain interference. *Pain*, 150(1), 173–182. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.04.025>
- American Psychological Association. (n.d.). Pain. In *APA dictionary of psychology*. Retrieved March 24, 2025, from <https://dictionary.apa.org/pain>
- American Psychological Association. (n.d.). Self-Concept. In *APA Dictionary of Psychology*. Retrieved March 24, 2025, from <https://dictionary.apa.org/self-concept>
- Asch, S. E. (1955). Opinions and social pressure. *Scientific American*, 193(5), 31–35. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1155-31>
- Bagdonas, A., & Rimkutė, E. (2013). Acceptance. In *Anglų-lietuvių kalbų psichologijos žodynas* (p. 12).
- Bagdonas, A., & Rimkutė, E. (2013). Self-Concept. In *Anglų-lietuvių kalbų psichologijos žodynas* (p. 226).
- Balagué, F., Mannion, A. F., Pellisé, F., & Cedraschi, C. (2012). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 379(9814), 482–491. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60610-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60610-7)
- Batista, A. A. S, Henschke, N., & Oliveira, V. C. (2017). Prevalence of low back pain in different educational levels: A systematic review. *Fisioterapia em Movimento*, 30(1), 351–361. <https://10.1590/1980-5918.030.s01.ar04>

Beekman, C. E., Axtell, L., Noland, K. S., & West, J. Y. (1985). Self-concept: An outcome of a program for spinal pain. *Pain*, 22(1), 59–66. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(85\)90148-4](https://doi.org/10.1016/0304-3959(85)90148-4)

Bendayan, R., Esteve, R., & Blanca, M. J. (2012). New empirical evidence of the validity of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire: The differential influence of activity engagement and pain willingness on adjustment to chronic pain. *British Journal of Health Psychology*, 17(2), 314–326. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02039.x>

Britannica. (n.d.). Acceptance. In *Britannica.com dictionary*. Retrieved March 24, 2025, from <https://www.britannica.com/dictionary/acceptance>

Bryant, T. (2007). Self-identity and Chronic Illness: Is self-illness enmeshment unique to chronic pain? (Publication No. 00389877) [Doctoral dissertation, University of Southampton]. University of Southampton Institutional Repository. <http://eprints.soton.ac.uk/id/eprint/467077>

Bunzli, S., Watkins, R., Smith, A., Schütze, R., & O'Sullivan, P. (2013). Lives on hold: A qualitative synthesis exploring the experience of chronic low-back pain. *The Clinical journal of pain*, 29(10), 907–916. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31827a6dd8>

Burley, T. (2012). A phenomenologically based theory of personality. *Gestalt Review*, 16(1), 7–27. <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.16.1.0007>

Burnes, B., & Cooke, B. (2013). Kurt Lewin's field theory: A review and re-evaluation. *International Journal of Management Reviews*, 15(4), 408–425. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2012.00348.x>

Campbell, C., & Cramb, G. (2008). 'Nobody likes a back bore' – exploring lay perspectives of chronic pain: Revealing the hidden voices of nonservice users. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(3), 383–390. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00541.x>

Campbell, L. C., Clauw, D. J., & Keefe, F. J. (2003). Persistent pain and depression: A biopsychosocial perspective. *Biological psychiatry*, 54(3), 399–409. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00545-6](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00545-6)

Carroll, S., Laufer, M. R., Thomas-Kowal, P., Lossie, A. C., & Moss-Morris, R. (2020). From engulfment to enrichment: Associations between illness representations, self-concept, and psychological adjustment in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 33(6), 639–648. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.07.006>

Carvalho, S. A., Gillanders, D., Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2018). Mindfulness, selfcompassion, and depressive symptoms in chronic pain: The role of pain acceptance. *Journal of clinical psychology*, 74(12), 2094–2106. <https://doi.org/10.1002/jclp.22689>

Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly*, 36(4), 657–680. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1995.tb00459.x>

Charmaz, K. (2002). The self as habit: The reconstruction of self in chronic illness. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 22(1), 31S–41S. <https://doi.org/10.1177/15394492020220S105>

Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 23(2), 129–138. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8080219/>

Cole, B. E. (2002). Pain Management: Classifying, Understanding, and Treating Pain. *Hospital Physician*, 23–30. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:14991685>

Colgan, D. D., Eddy, A., Green, K., & Oken, B. (2022). Adaptive body awareness predicts fewer central sensitization-related symptoms and explains relationship between central sensitization-related symptoms and pain intensity: a cross-sectional study among individuals with chronic pain. *Pain practice : The official journal of World Institute of Pain*, 22(2), 222–232. <https://doi.org/10.1111/papr.13083>

Contrada, R. J., & Ashmore, R. D. (Eds.) (1999). *Self, social identity, and physical health: Interdisciplinary explorations*. Oxford University Press.

Contrada, R. J., Cather, C., & O'Leary, A. (1999). Personality and health: Dispositions and processes in disease susceptibility and adaptation to illness. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 576–604). Guilford Press.

Costa, N., & Hodges, P. (2023, July 25). Low Back Pain. *International association for the study of pain (IASP)*. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/low-back-pain/>

Crowe, M., Whitehead, L., Gagan, M. J., Baxter, G. D., Pankhurst, A., & Valledor, V. (2010). Listening to the body and talking to myself - the impact of chronic lower back pain: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 47(5), 586–592. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.012>

Dabartinės lietuvių kalbos žodynas. (n.d.). Savivoka. In *ekalba.lt*. Retrieved March 24, 2025, from <https://ekalba.lt/dabartines-lietuviu-kalbos-zodynas/>

Dionne, C. E., Von Korff, M., Koepsell, T. D., Deyo, R. A., Barlow, W. E., & Checkoway, H. (2001). Formal education and back pain: A review. *Journal of epidemiology and community health*, 55(7), 455–468. <https://doi.org/10.1136/jech.55.7.455>

Drapela, V. J. (1987). *A review of personality theories* (1st ed.). Charles C. Thomas Publisher.

Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: A cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological bulletin*, 125(3), 356–366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.3.356>

Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28(5), 404–416. <https://doi.org/10.1037/h0034679>

Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1026–1036. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1026>

Fagan, J., & Shepherd, I. L. (1970). *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications*. Science & Behavior Books.

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

Fish, R. A., McGuire, B., Hogan, M., Morrison, T. G., & Stewart, I. (2010). Validation of the chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ) in an internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8. *Pain*, 149(3), 435–443. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.12.016>

Foster, N. E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J., & Hay, E. (2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome?. *Pain*, 136(1-2), 177–187. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.007>

Froud, R., Patterson, S., Eldridge, S., Seale, C., Pincus, T., Rajendran, D., Fossum, C., & Underwood, M. (2014). A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15, 50. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-50>

Gagliese L., & Melzack, R. (1997). Lack of evidence for age differences in pain beliefs. *Pain Research and Management*, 2(1), 19–28. <https://doi.org/10.1155/1997/523815>

Garcia-Fontanals, A., Portell, M., García-Blanco, S., Poca-Dias, V., García-Fructuoso, F., López-Ruiz, M., Gutiérrez-Rosado, T., Gomà-I-Freixanet, M., & Deus, J. (2017). Vulnerability to psychopathology and dimensions of personality in patients with fibromyalgia. *The Clinical journal of pain*, 33(11), 991–997. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000506>

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

Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC public health*, 11, 770. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>

Grabovac, I., & Dorner, T. E. (2019). Association between low back pain and various everyday performances: Activities of daily living, ability to work and sexual function. *Wiener klinische Wochenschrift*, 131(21-22), 541–549. <https://doi.org/10.1007/s00508-019-01542-7>

Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35(4), 767–783. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80019-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80019-4)

Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., & Underwood, M. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356–2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)

Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., & Dougher, M. J. (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (1st ed.). Context Press.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2016). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. In S. C. Hayes (Ed.), *The act in context: The canonical papers of Steven C. Hayes* (pp. 249–279). Routledge/Taylor & Francis Group.

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>

Jackson, T., Wang, Y., Wang, Y., & Fan, H. (2014). Self-efficacy and chronic pain outcomes: A meta-analytic review. *The journal of pain*, 15(8), 800–814. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.05.002>

Jacob, T., Baras, M., Zeev, A., & Epstein, L. (2004). Physical activities and low back pain: A community-based study. *Medicine and science in sports and exercise*, 36(1), 9–15. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000106166.94343.02>

Jensen, M. P., Smith, A. E., Alschuler, K. N., Gillanders, D. T., Amtmann, D., & Molton, I. R. (2016). The role of pain acceptance on function in individuals with disabilities: A longitudinal study. *Pain*, 157(1), 247–254. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000000>

Johansson, E. E., Hamberg, K., Westman, G., & Lindgren, G. (1999). The meanings of pain: An exploration of women's descriptions of symptoms. *Social science & medicine*, 48(12), 1791–1802. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00080-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00080-5)

Kang Y., Trewern, L., Jackman, J., McCartney, D., & Soni, A. (2023). Chronic pain: Definitions and diagnosis. *BMJ*, 381. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076036>

Kličiūtė, G. (2024). *Onkologinių pacientų skausmo ir emocinės būklės sąsajos su skausmo priėmimu*. Nepublikuotas.

Lachapelle, D. L., Lavoie, S., & Boudreau, A. (2008). The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. *Pain research & management*, 13(3), 201–210. <https://doi.org/10.1155/2008/258542>

Lally, S. J. (1988). *How psychiatric patients become engulfed in a mentally ill self concept: 'Does being in here mean there is something wrong with me?'* (Publication No. 8905659) [Doctoral dissertation, The University of North Carolina]. Chapel Hill ProQuest Dissertations & Theses. <https://www.proquest.com/>

Lazarus R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (1st ed.). Springer Publishing Company.

Levine J. M. (1999). Solomon Asch's legacy for group research. *Personality and social psychology review*, 3(4), 358–364. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0304_5

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers* (Edited by Dorwin Cartwright.). Harpers.

Lopez-Ruiz, Doreste Soler, A., Pujol, J., Losilla, J.-M., Ojeda, F., Blanco-Hinojo, L., Martínez-Vilavella, G., Gutiérrez-Rosado, T., Monfort, J., & Deus, J. (2023). Central Sensitization and Chronic Pain Personality Profile: Is there new evidence? A case-control study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2935. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042935>

Maietta J. T. (2021). Integrating illness management into identity verification processes. *Qualitative health research*, 31(2), 254–270. <https://doi.org/10.1177/1049732320966582>

Martinez-Calderon, J., Jensen, M. P., Morales-Asencio, J. M., & Luque-Suarez, A. (2019). Pain catastrophizing and function in individuals with chronic musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *The Clinical journal of pain*, 35(3), 279–293. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000676>

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

McCracken, L. M. (1999). Behavioral constituents of chronic pain acceptance: Results from factor analysis of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 13(2-3), 93-100. <https://doi.org/10.3233/BMR-1999-132-306>

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

McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1-2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>

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

Merriam-Webster. (n.d.). Acceptance. In *Merriam-Webster.com dictionary*. Retrieved March 24, 2025, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/acceptance>

Miles, A., Curran, H. V., Pearce, S., & Allan, L. (2005). Managing constraint: The experience of people with chronic pain. *Social science & medicine*, 61(2), 431–441. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.065>

Morea, J. M., Friend, R., & Bennett, R. M. (2008). Conceptualizing and measuring illness self-concept: A comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. *Research in nursing & health*, 31(6), 563–575. <https://doi.org/10.1002/nur.20294>

Morley, S., Davies, C., & Barton, S. (2005). Possible selves in chronic pain: Self-pain enmeshment, adjustment and acceptance. *Pain*, 115(1-2), 84–94. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.02.021>

Munk, A., Jacobsen, H. B., & Reme, S. E. (2022). Coping expectancies and disability across the new ICD-11 chronic pain categories: A large-scale registry study. *European journal of pain*, 26(7), 1510–1522. <https://doi.org/10.1002/ejp.1979>

Murray, C. B., Patel, K. V., Twiddy, H., Sturgeon, J. A., & Palermo, T. M. (2021). Age differences in cognitive-affective processes in adults with chronic pain. *European journal of pain*, 25(5), 1041–1052. <https://doi.org/10.1002/ejp.1725>

Nishigami, T., Wand, B. M., Newport, R., Ratcliffe, N., Themelis, K., Moen, D., Jones, C., Moseley, G. L., & Stanton, T. R. (2019). Embodying the illusion of a strong, fit back in people with chronic low back pain. A pilot proof-of-concept study. *Musculoskeletal science & practice*, 39, 178–183. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.07.002>

Oris, L., Luyckx, K., Rassart, J., Goubert, L., Goossens, E., Apers, S., Arat, S., Vandenberghe, J., Westhovens, R., & Moons, P. (2018). Illness identity in adults with a chronic illness. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 25(4), 429–440. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9552-0>

Oris, L., Rassart, J., Prikken, S., Verschueren, M., Goubert, L., Moons, P., Berg, C. A., Weets, I., & Luyckx, K. (2016). Illness identity in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: Introducing the Illness Identity Questionnaire. *Diabetes care*, 39(5), 757–763.

<https://doi.org/10.2337/dc15-2559>

Osborn, M., & Smith, J. A. (1998). The personal experience of chronic benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, 3(1), 65–83. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1998.tb00556.x>

Oyserman, D. (2004). Self-concept and identity. In M. B. Brewer & M. Hewstone (Eds.), *Self and social identity* (pp. 5–24). Blackwell Publishing.

Perry, M., P. (2013). *Does age moderate self-pain enmeshment in chronic pain patients?* (Publication No. 978-0-85731-571-7) [Doctoral dissertation, University of Leeds]. White Rose eTheses Online. <https://oai:etheses.whiterose.ac.uk:5505>

Pincus, T., & Morley, S. (2001). Cognitive-processing bias in chronic pain: A review and integration. *Psychological bulletin*, 127(5), 599–617. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.5.599>

Ranger, T. A., Cicuttini, F. M., Jensen, T. S., Manniche, C., Heritier, S., & Urquhart, D. M. (2020). Catastrophization, fear of movement, anxiety, and depression are associated with persistent, severe low back pain and disability. *The Spine Journal*, 20(6), 857–865.

<https://doi.org/10.1016/j.spinee.2020.02.002>

Read, J., & Pincus, T. (2004). Cognitive bias in back pain patients attending osteopathy: Testing the enmeshment model in reference to future thinking. *European journal of pain*, 8(6), 525–531. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2003.12.002>

Riley, J. L. III, Wade, J. B., Robinson, M. E., & Price, D. D. (2000). The stages of pain processing across the adult lifespan. *The Journal of Pain*, 1(2), 162–170. [https://doi.org/10.1016/S1526-5900\(00\)90101-9](https://doi.org/10.1016/S1526-5900(00)90101-9)

Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G., & McCracken, L. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social science & medicine*, 56(2), 375–386. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00043-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00043-6)

Robinson, K. T., Bergeron, C. D., Mingo, C. A., Meng, L., Ahn, S., Towne, S. D., Jr, Ory, M. G., & Smith, M. L. (2017). Factors associated with pain frequency among adults with chronic conditions. *Journal of pain and symptom management*, 54(5), 619–627.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.043>

Rock, I., & Palmer, S. (1990). The legacy of Gestalt psychology. *Scientific American*, 263(6), 84–90. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1290-84>

Rosenberg, M. (1989). Self-concept research: A historical overview. *Social Forces*, 68(1), 34–44. <https://doi.org/10.2307/2579218>

Rossen, Høybye, M. T., Jørgensen, L. B., Bruun, L. D., & Hybholt, L. (2021). Disrupted everyday life in the trajectory of low back pain: A longitudinal qualitative study of the cross-sectorial pathways of individuals with low back pain over time. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100021>

Rusu, A. C., & Pincus, T. (2012). Cognitive Processing and Self-Pain Enmeshment in Chronic Back Pain. In M. I. Hasenbring, A. C. Rusu, D. C. Turk (Eds.) *From Acute to Chronic Back Pain Risk Factors, Mechanisms, and Clinical Implications* (pp. 315-338). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199558902.001.0001>

Senturk, E., Genis, B., Zorbozan, E.Y. (2024). Effects of pain-related features, maladaptive cognitions, depression, and anxiety on pain-related disability: A questionnaire-based cross-sectional study. *The Medical Bulletin of Haseki*, 62(2), 116-123. <https://doi:10.4274/haseki.galenos.2024.9393>

Shallcross, A. J., Ford, B. Q., Floerke, V. A., & Mauss, I. B. (2013). Getting better with age: The relationship between age, acceptance, and negative affect. *Journal of personality and social psychology*, 104(4), 734–749. <https://doi.org/10.1037/a0031180>

Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52–64. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>

Svensson, T., Müssener, U., & Alexanderson, K. (2010). Sickness absence, social relations, and self-esteem: A qualitative study of the importance of relationships with family, workmates, and friends among persons initially long-term sickness absent due to back diagnoses. *Work*, 37(2), 187–197. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-1069>

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>

Thomas, M., Führes, H., Scheer, M., Rampp, S., Strauss, C., Schönfeld, R., & Leplow, B. (2024). Perceived health benefits in vestibular schwannoma patients with long-term postoperative headache: Insights from personality traits and pain coping-a cross-sectional study. *Journal of personalized medicine*, 14(1), 75. <https://doi.org/10.3390/jpm14010075>

Van de Velde, D., De Zutter, F., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D., & De Vriendt, P. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions: A concept analysis. *BMJ open*, 9(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027775>

Van Griensven, H. (2016). Patients' experiences of living with persistent back pain. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 19, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2015.03.003>

Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., & De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106(1-2), 65–72. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(03\)00291-4](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(03)00291-4)

Waters, S. J., Keefe, F. J., & Strauman, T. J. (2004). Self-discrepancy in chronic low back pain: Relation to pain, depression, and psychological distress. *Journal of pain and symptom management*, 27(3), 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.07.001>

Wheeler, L. (2008). Kurt Lewin. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(4), 1638-1650. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00131.x>

Williams, J. C., & Lynn, S. J. (2010). Acceptance: An historical and conceptual review. *Imagination, Cognition and Personality*, 30(1), 5–56. <https://doi.org/10.2190/IC.30.1.c>

World Health Organization (2023, June 19). Low Back Pain. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>

World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Yunus, M. B., Ahles, T. A., Aldag, J. C., & Masi, A. T. (1991). Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 34(1), 15–21. <https://doi.org/10.1002/art.1780340104>

PRIEDAI

1 priedas. 2.1.1 lentelė. *Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos*

Demografinės charakteristikos	n	%
Lytis		
moterys	93	78,2
vyrai	26	21,8
Šeiminė padėtis		
išsiskyręs/išsiskyrusi	12	10,1
našlys/našlė	11	9,2
nevedęs/netekėjusi	9	7,6
turi partnerį (-ę), nesusituokę	15	12,6
vedęs/ištekėjusi	72	60,5
Išsilavinimas		
pradinis	1	0,8
vidurinis	18	15,1
pagrindinis	4	3,4
aukštasis: neuniversitetinis	27	22,7
aukštasis: universitetinis: bakalauras	24	20,2
aukštasis: universitetinis: magistras	40	33,6
aukštasis: universitetinis: mokslo/meno daktaras	5	4,2
Gyvenamoji vieta		
didmiestis	100	84
miestas	8	6,7
miestelis, kaimo gyvenvietė	11	9,2
Darbas		
bedarbis (-ė)	5	4,2
dalinai nedarbingas (-a) (30-55% darbingumas)	7	5,9
dirbantis (-i)	82	68,9
besimokantis (-i)/studijuojantis (-i)	4	3,4
pensininkas (-ė)	21	17,6

2 priedas. 2.1.2 lentelė. *Skalių vidurkių skirtumai vyrų ir moterų grupėse*

Skalės	Moterys	Vyrai	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Priėmimas (bendra)	28,67 (8,07)	26,62 (9,89)	1,08	117	0,279
Pasiryžimas skausmui	10,60 (5,72)	8,96 (5,97)	1,28	117	0,203
Skausmo saviprata	62,98 (19,36)	64,19 (20,27)	-0,28	117	0,780
Kryptingumas	2,61 (0,79)	2,68 (0,75)	-0,38	117	0,705
Išplitimas	2,88 (1,00)	2,92 (1,15)	-0,17	117	0,866
Atidumas skausmui	2,96 (1,15)	2,99 (1,05)	-0,11	117	0,916

2.1.3 lentelė. *Skalių vidurkių skirtumai vyrų ir moterų grupėse*

Skalė	Moterys	Vyrai	<i>Z</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Įsitraukimas į veiklas	60,72 (5,52)	57,44 (5,52)	-0,429	1142,5	0,668

3 priedas. 2.2.1 lentelė. *Skausmo priėmimo (CPAQ-8) skalės teiginiai*

Teiginiai	Teiginių koreliacija	Cronbacho alfa
1.	0,50	0,69
2.	0,32	0,73
3.	0,39	0,71
4.	0,27	0,73
5.	0,51	0,69
6.	0,53	0,69
7.	0,45	0,70
8.	0,47	0,70

4 priedas. 2.2.2 lentelė. *Skausmo savipratos skalės teiginiai*

Teiginiai	Teiginių koreliacija	Cronbacho alfa
1.	0,51	0,91
2.	0,73	0,90
3.	0,36	0,91
4.	0,33	0,91
5.	0,61	0,90
6.	0,58	0,90
7.	0,33	0,91
8.	0,69	0,90
9.	0,36	0,91
10.	0,71	0,90
11.	0,66	0,80
12.	0,43	0,90
13.	0,77	0,90
14.	0,55	0,90
15.	0,79	0,90
16.	0,62	0,90
17.	0,64	0,90
18.	0,71	0,90
19.	0,73	0,90
20.	0,65	0,90
21.	0,63	0,90
22.	0,64	0,80
23.	0,71	0,90

5 priedas. Tyrimo dalyvių informuoto sutikimo pavyzdys

Anketa: Lėtinis skausmas apatinėje nugaros dalyje

Apie anketą

Kas gali pildyti: Šią anketą pildykite, jeigu esate 18 metų ir vyresnis asmuo bei patiriate lėtinį skausmą apatinėje nugaros dalyje.

***Kas yra lėtinis apatinės nugaros dalies skausmas?** Skausmas tarp apatinės krūtinės laštos dalies (apatinio šonkaulių krašto) ir sėdmenų raukšlių, kuris išlieka arba kartojasi ilgiau nei 3 mėnesius.

Apie tyrimą: Esu Vilniaus universiteto sveikatos psichologijos magistro studijų studentė. Šis tyrimas yra mano studijų baigiamasis darbas. Tyrimu siekiama įvertinti asmens skausmo patyrimo ypatumus. Tyrime bus paliečiamos jautrios temos, susijusios su jūsų skausmo patyrimu, mintimis apie skausmą ir kt.

Anonimiškumas ir duomenų saugumas: Visa informacija, kurią pateiksite, bus naudojama tik šio tyrimo reikmėms. Jūsų asmeniniai duomenys ir pateikti atsakymai liks konfidencialūs ir nebus teikiami trečiosioms šalims. Visi duomenys bus tvarkomi laikantis anonimiškumo principų. Anketoje NEREIKIA pateikti jokių duomenų, kurie leistų identifikuoti konkretų asmenį, t.y. nereikia pateikti savo vardo, pavardės, el. pašto ar kt.

Kaip užpildyti anketą: Prašome rinktis atsakymą, kuris atitinka jūsų požiūrį ar patirtį. Tyrimo kokybė priklauso nuo Jūsų atvirumo ir nuoširdumo. Anketoje pildymo trukmė: apie 15 minučių.

Kontaktai: Iškilus nesklaidumams, klausimams ar kt. prašom kreiptis šiuo el.p.: laura.eylen@fsf.stud.vu.lt

Labai dėkoju, kad nusprendėte prisijungti prie šio mokslinio tyrimo. Jūsų nuomonė ir patirtis čia yra nepaprastai svarbios.

Dalyvavimas tyrime

Ar sutinkate dalyvauti tyrime? *

Pasirinkite **tik vieną** iš pateiktų variantų:

☐ Taip

☐ Ne

6 priedas. Anketos pavyzdys

1 dalis: Demografiniai klausimai



1. Nurodykite savo lytį:

* Pasirinkite **tik vieną** iš pateiktų variantų

- ☐ Moteris
- ☐ Vyras
- ☐ Kita

2. Nurodykite savo amžių metais. * Įrašykite savo atsakymą čia:

3. Pažymėkite šeiminių padėtį:

* Pasirinkite **tik vieną** iš pateiktų variantų:

- ☐ turiu partnerį (-ę), nesusituokę
- ☐ vedęs/ištekėjusi
- ☐ nevedęs/netekėjusi
- ☐ išsiskyręs/išsiskyrusi
- ☐ našlys/našlė

4. Pažymėkite savo išsilavinimą:

* Pasirinkite **tik vieną** iš pateiktų variantų:

- ☐ pradinis
- ☐ pagrindinis
- ☐ vidurinis
- ☐ aukštasis: neuniversitetinis
- ☐ aukštasis: universitetinis: bakalauro
- ☐ aukštasis: universitetinis: magistras
- ☐ aukštasis: universitetinis: mokslo/meno daktaras

2. Prašome pažymėti skaičių, kuris atitiktų vidutinį Jūsų patiriamo skausmo stiprumą per pastarąsias 2 savaites:

0 – nėra skausmo iki 10 – nepakeliamas skausmas



* Parinkite vieną atsakymą teiginiui:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Vidutinis patiriamo
skausmo stiprumas
per pastarąsias 2
savaites:**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Įvertinkite patiriamo skausmo dažnumą:

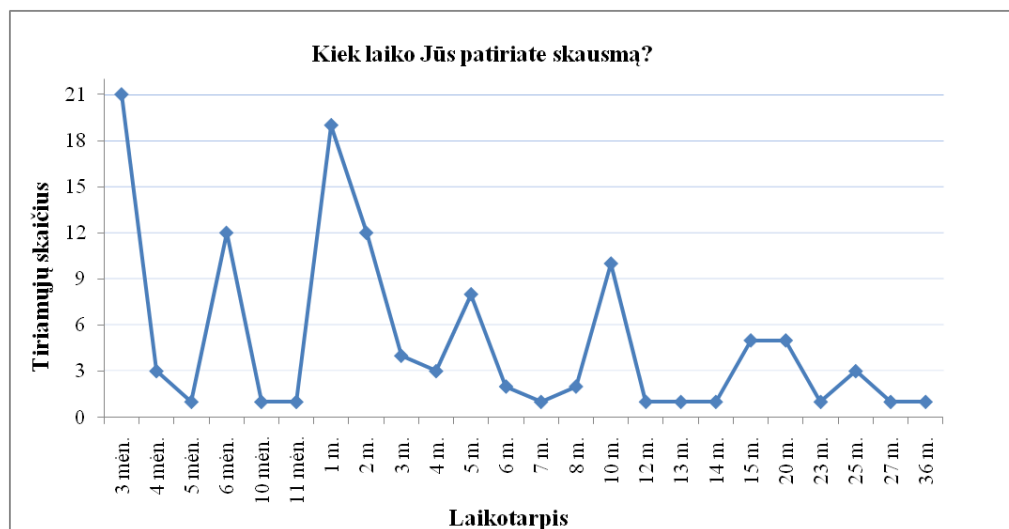
* Pasirinkite **tik vieną** iš pateiktų variantų:

- ☐ skauda kiekvieną dieną
- ☐ skauda 1-2 kartus per savaitę
- ☐ skauda kelis kartus per mėn.

7 priedas. 2.4.1 lentelė. Skalių normalumo tikrinimas

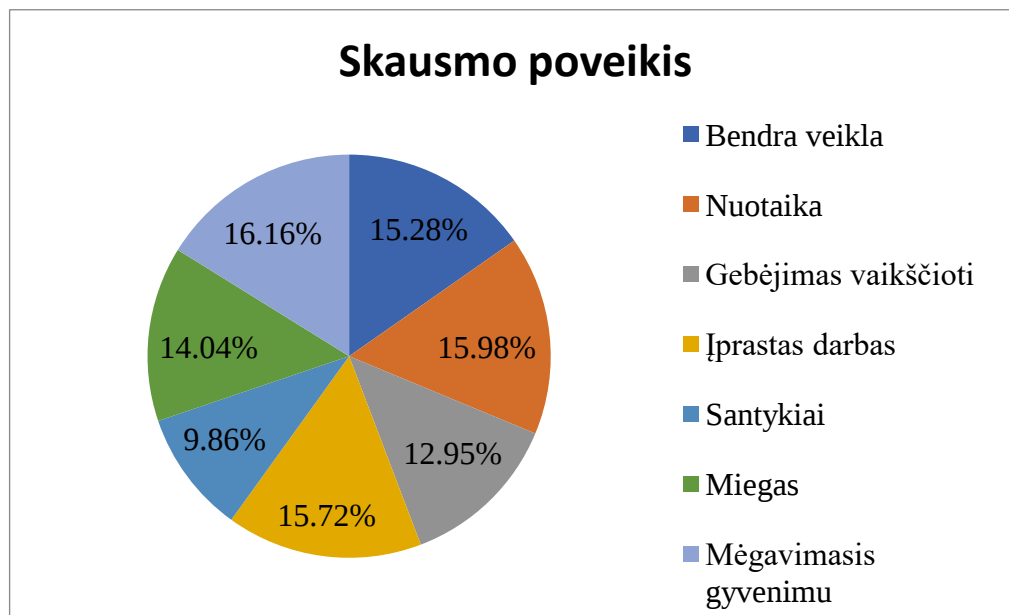
Skalės pavadinimas	p reikšmė	Skewness	Kurtosis	Pasiskirstymas
Skausmo priėmimo skalė (bendra)	0,022	-0,42	1,22	Normalus
Įsitraukimo į veiklas subskalė	0,001	-1,47	2,24	Nenormalus
Pasiryžimo skausmui subskalė	0,004	0,51	-0,44	Normalus
Skausmo savipratos skalė (bendra)	0,018	0,52	0,07	Normalus
Kryptingumo subskalė	0,012	0,529	0	Normalus
Išplitimo subskalė	0,076	0,335	-0,241	Normalus
Atidumo skausmui subskalė	< 0,001	0,610	0,109	Normalus
Skausmo poveikis (bendra)	< 0,001	0,232	-1,021	Nenormalus

8 priedas. 3.1.1.1 pav. Patiriamo skausmo trukmė



3.1.1.1 pav. Patiriamo skausmo trukmė

9 priedas. **3.1.1.2 pav.** Skausmo poveikis įvairioms gyvenimo sritims



3.1.1.2 pav. Skausmo poveikis įvairioms gyvenimo sritims

10 priedas. 3.1.4.1 lentelė. *Skausmo patyrimo charakteristikos ir demografiniai kintamieji*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Kiek laiko patiria skausmą	-						
2. Skausmo intensyvumas	0,26**	-					
3. Skausmo dažnumas	0,10	0,51***	-				
4. Skausmo poveikis (bendra)	0,22*	0,56***	0,24**	-			
5. Lytis	-0,04	-0,05	0,08	-0,18*	-		
6. Amžius	0,03	0,04	0,09	0,04	0,03	-	
7. Išsilavinimas	-0,04	-0,27**	-0,23*	-0,11	-0,09	-0,12	-

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

11 priedas. 3.1.4.2 lentelė. *Skausmo poveikis ir demografiniai kintamieji*

Skausmo poveikis:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Bendrai veiklai	-									
2. Nuotaikai	0,71***	-								
3. Gebėjimui vaikščioti	0,61***	0,45***	-							
4. Įprastam darbui	0,82***	0,58***	0,69***	-						
5. Santykiams	0,66***	0,65***	0,62***	0,61***	-					
6. Miegui	0,58***	0,50***	0,62***	0,65***	0,65***	-				
7. Mėgavimuisi gyvenimu	0,86***	0,74***	0,57***	0,73***	0,62***	0,56***	-			
8. Lytis	-0,16	-0,17	-0,07	-0,08	-0,04	-0,20*	-0,21*	-		
9. Amžius	-0,024	-0,18*	0,20*	0,08	-0,004	0,09	-0,02	0,03	-	
10. Išsilavinimas	-0,08	-0,05	-0,11	-0,16	-0,06	-0,19*	0,008	-0,09	-0,12	-

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