

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra

Aistė Šulčytė

Klinikinės psichologijos studijų programa

Magistro darbas

**PACIENTŲ LĒTINIO SKAUSMO SAMPRATOS RYŠYS SU
SKAUSMO MALŠINIMO BŪDŲ PASIRINKIMU**

Darbo vadovė: doc. Rūta Sargautytė

Vilnius 2006

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
ĮVADAS	5
1. Skausmo patyrimas	5
1.1. Skausmo apibrėžimas.....	5
1.2. Skausmo psichologiniai aspektai	6
2.Skausmo samprata	8
2.1. Kognityvinių veiksnių reikšmė	8
2.2. Įsitikinimai apie skausmą.....	8
2.3. Priežastinės skausmo atribucijos.....	9
2.4. Įsitikinimai apie skausmo kontrolę	10
2.5. Lūkesčiai ir skausmas	10
2.6. Kognityvinės klaidos, katastrofinis mąstymas ir skausmas	11
2.7. Saviveiksmingumas	12
2.8. Skausmo įveika ir strategijos	12
2.9. Adaptyvios ir neadaptyvios strategijos skausmo įveikoje	14
3. Lėtinio skausmo gydymas.....	16
3.1. Netradicinė medicina	16
3.2. Tradicinė/ konvencinė medicina	18
3.3. Netradicinės medicinos plitimo aiškinimai.....	18
3.3.1. Socialinis kultūrinis psichologinis netradicinės medicinos plitimo aiškinimas.....	18
3.3.2. Netradicinės medicinos naudojimą sąlygojantys situaciniai, sąlyginiai faktoriai	20
3.4. Tapimo netradicinės medicinos naudotoju etapai.....	21
3.5. Žmonių, naudojančių netradicinę mediciną ypatumai	21
Tyrimo prielaidos.....	26
Tyrimo tikslas	27
Tyrimo hipotezė	27
METODIKA	28
REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	32
Lėtinio skausmo samprata.....	32
Skausmo mažinimo metodų pasirinkimas	39
Skausmo mažinimo metodų pasirinkimo ryšys su lėtinio skausmo samprata.....	40
IŠVADOS	46
LITERATŪRA	47
PRIEDAI.....	52
Priedas Nr. 1.....	53
Priedas Nr. 2.....	54
Priedas Nr. 3.....	55

SANTRAUKA

Patirdami skausmą žmonės išgyvena nemalonų sensorinį bei emocinį patyrimą, susijusį su esamu ar potencialiu audinio pažeidimu. Negydomas ar neefektyviai gydomas ūmus skausmas pereina į lėtinio skausmo, besitęsiančio 3 ir daugiau mėnesių stadiją, kuomet jis tampa neadaptyviu ir jo įveikai reikalinga didesnė psichologinė intervencija. Bandant įvertinti ir mažinti skausmą, svarbu žinoti kaip žmogus suvokia skausmą (kognityvinis veiksnys - skausmo samprata), nes šis subjektyvus vertinimas susijęs su pasirenkamais pagalbos metodais. Lėtinio skausmo gydymo metodai yra dvejopi: tradiciniai ir netradiciniai, tačiau vieningos nuomonės kaip jie yra pasirenkami nėra. Tad šiame darbe ir buvo siekiama išsiaiškinti pacientų lėtinio skausmo sampratą, bei patikrinti skausmo sampratos ryšį su pasirenkamais skausmo gydymo metodais. Tyrime naudota įvertinimo medžiaga: įsitikinimų apie skausmo kontrolę klausimynas; skausmo gydymo metodų sąrašas; pusiau struktūruotas interviu skausmo sampratai išsiaiškinti. Duomenys analizuoti remiantis turinio analize bei SPSS statistikos paketu.

Žmonių įsitikinimai yra svarbūs interpretuojant gydymo rezultatus, svarstant galimą (-as) skausmo priežastį (-is), pasirenkant priimtinas skausmo įveikos strategijas, skausmo kontrolės poziciją ar tiesiog kiekvieną dieną gyvenant su skausmu.

Lėtinio skausmo pacientų skausmo samprata yra reikšminga, renkantis skausmo gydymo metodus, t.y. jų pasirinkimas yra tiesiogiai susijęs su įsitikinimu apie skausmo priežastis, naudojamą skausmo įveiką ir su įsitikinimais apie skausmo kontrolę. Tarp skausmo mažinimo būdų pasirinkimo ir lūkesčių, susijusių su naudojamais skausmo mažinimo metodais, tiesioginis ryšys nenustatytas. Taigi, daugelis lėtinio skausmo pacientų naudoja abi skausmo malšinimo sistemas, tik skirtingomis aplinkybėmis.

SUMMARY

Suffering the pain, people feel an unpleasant sensory and emotional experience, associated with actual or potential tissue damage. When the pain is untreated or treated inefficiently, the acute pain progress into the chronic pain which lasts for three or more months and becomes non adaptive, requiring for major psychological intervention. Trying to evaluate or alleviate the pain it is necessary to know how people understand the pain (cognitive factor – pain conception), as this subjective opinion is related with the selection of pain relief methods. There are two methods how to treat the chronic pain and they are as follows: traditional or conventional ones and alternative, but there is no common agreement how they are chosen, selected. So the aim of this paper was to clarify the pain conception of the chronic pain patients and to evaluate the relationship between the existing pain conception and chosen pain treatment methods. Used measures are: Beliefs about Pain Control Questionnaire, List of pain treatment methods, semi-structured interview to evaluate the pain conception. Data are analysed following the content analysis and on the basis of SPSS.

The research results show, that people beliefs are important in analysing the treatment results, considering the potential pain reason (s), choosing the acceptable pain strategies and pain control position or being everyday with their pain.

The pain conception of chronic pain patients is highly related with the chosen pain treatment method, that is, the selection of certain method is directly related with the belief about pain reason, about the pain coping and used pain method. The direct relationship between the chosen pain alleviation methods and expectation, related with the used pain alleviation methods, is not found. In conclusion, people use both pain treatment methods just in different occasions.

IVADAS

Šiuolaikiniame pasaulyje masinės informacijos priemonėse dažnai pasirodo skelbimų, kviečiančių naudoti natūralius gydymo metodus, nealinti organizmo. Vieni žmonės juos ignoruoja, kiti akiai bando kiekvieną naują būdą. Internete apstu informacijos apie netradicinės medicinos efektyvumą, bet tuo pačiu galima rasti straipsnių, kur teigiama, kad netradiciniai metodai mažai efektyvūs, mažai tirti, o jei ir tirti, tai tyrimai neatitinka metodinių reikalavimų. Šiame darbe nekeliami tikslo išsiaiškinti skausmo mažinimo metodų efektyvumo ir paplitimo. Įdomu būtų daugiau pasigilinti į pačią skausmo sampratą - subjektyvų skausmo patyrimą, bei kaip jis susijęs su pasirenkamu skausmo gydymu.

1. Skausmo patyrimas

1.1. Skausmo apibrėžimas

Tirti skausmą nėra labai paprasta pirmiausia dėl to, kad tai subjektyvus patyrimas. Be to, skausmas nėra vienalytis patyrimas. Galima net sakyti, jog skausmo pojūtis yra įvairių percepcijų mišinys.

Skausmas - tai nemalonus sensorinis bei emocinis patyrimas, susijęs su esamu (tikru) ar potencialiu audinio pažeidimu, aprašytu pažeidimo sąvokomis, terminais (IASP, 1979).

Skausmą galima diferencijuoti pagal įvairius faktorius, tai yra: a) laiko trukmę (ūmus, lėtinis, periodinis); b) ligą, kurios pasekmė yra skausmas (pvz., artritas, vėžys, diabetinė neuropatija); c) skausmą kenčiančiojo amžių (vaikų, senyvo amžiaus žmonių); d) pačio skausmo mechanizmą (pvz., neuropatinis, raumenų-skeleto) (Deardorff, 2004).

Bene populiariausias skausmo skirstymas yra pagal laiko trukmę. Pagal tai yra išskiriamas lėtinis skausmas, ūmus skausmas ir ilgai besitęsiantis skausmas su ūmiais periodais. Bet koks skausmas iki tol, kol tapo lėtiniu, buvo ūmus. Ilgainiui negydomas ar neefektyviai gydomas ūmus skausmas įgauna lėtinio skausmo pavidalą.

Kadangi ūmus skausmas yra adaptyvus ir trumpalaikis, jo įveika iš esmės skiriasi nuo lėtinio skausmo įveikos. Esant ūmiam skausmui išskiriami tokie psichologiniai veiksniai, susiję su skausmo patyrimu: dėmesys, įsitikinimai ir mąstymas, atmintis ir išmokymas (Macintyre, 2005). Psichologinių faktorių įvertinimo svarba labiau išskyla, kai kalbame apie lėtinį skausmą, bet aip pat jokių būdų negalima nuneigti psichologinių faktorių reikšmės, kai skausmas yra dar ūmioje skausmo fazėje.

Bet šiame darbe daugiausiai dėmesio bus skiriama lėtiniam skausmui, nes jis yra sudėtingesnis, o jo įveika reikalauja santykinai daugiau psichologinės intervencijos.

Lėtinis skausmas apibrėžiamas kaip skausmas, kuris tęsiasi daugiau nei 3 mėnesiai. Jame nėra adaptyvumo kriterijaus (Deardorff, 2004; Main, 1997). Lėtinis skausmas yra sudėtingas procesas ir jo negalima vienareikšmiškai diferencijuoti vien tik pagal laiko kriterijų. Išskiriama, jog lėtinis skausmas gali būti trejopo pobūdžio: pirma, lėtinis skausmas, aiškiai susijęs su įvardinama priežastimi ar organiniu procesu, antra, lėtinis skausmas, kuris nėra aiškus ir nėra tiksliai įvardintos priežasties ar proceso, trečia, lėtinis skausmas, kilęs dėl nervų pažeidimo ar netipiškos nervų sistemos reakcijos (Deardorff, 2004).

Bene pagrindinė skausmo funkcija yra apsaugoti organizmą nuo su(si)naikinimo. Kai skausmas nesiliauja ir jo neįmanoma sukontroliuoti, tada jis nebeatlieka apsauginės funkcijos (Katz ir kt., 1996). Lėtinis skausmas nėra apsaugantis ir adaptyvus, be to, dažnai lėtinio skausmo atveju pirminė skausmo priežastis būna nutolusi nuo esamo skausmo patyrimo intensyvumo (Clark, 2004).

Lėtinis, sunkiai gydomas skausmas persipina su visais gyvenimo aspektais. Jis reikalauja nuolatinio dėmesio, pablogina koncentraciją, sekina individo energijos išteklius (Katz ir kt., 1996).

Kaip jau minėjau, yra autorių išskiriančių ir ūmų, pasikartojančiais periodais pasireiškiantį skausmą, kurio negalima vadinti nei lėtiniu, nei ūmiu. Toks skausmas nėra nuolatinis (Deardorff, 2004; Clark, 2004). Pasikartojančiais periodais pasireiškiantis ūmus, skausmas yra toks, kada individas kenčia nuo skausmo epizodų, kuriuos nuolat keičia neskausmingi periodai. Skausmo periodai yra gana trumpi, trumpesni nei trys mėnesiai ir susiję su identifikuojamu fiziniu procesu (pavyzdžiui, migreniniai galvos skausmai, nugaros patempimas) (Deardorff, 2004).

Pagal priežastį skausmas išskiriamas į dvi grupes: a) skausmas, kuris kyla kaip lėtinės ligos pasekmė (pvz., artritiniai skausmai, fibriomialgija); b) skausmas, kurio etiologijoje sunku aptikti tikslią organinę priežastį.

Nesunku suvokti, jog tai, pagal kokius kriterijus yra skirstomas skausmas, įtakoja ir atliekamų skausmo tyrimų rezultatus, tyrimo schemas. Todėl ne visada lengva iš karto palyginti tarpusavyje tyrimus apie lėtinį skausmą. Lyginant svarbu turėti omenyje, kaip autoriai apibrėžia lėtinį skausmą.

Šiame darbe bus remiamasi Deardorff (2004), Chris J. Main (1997) skausmo apibrėžimu. Anot šių autorių, lėtinis skausmas - tai toks skausmas, kuris tęsiasi 3 ir daugiau mėnesių. Jame nėra adaptyvumo kriterijaus.

1.2. Skausmo psichologiniai aspektai

Autoriai išskiria skirtingus psichologinius skausmo aspektus. Adams ir kt. (2006) įvardina, jog yra emocinis, kognityvinis ir elgesio skausmo aspektai. Tuo tarpu Turk ir Okifuji (2003) panašiai išskiria afektinius (depresija, pyktis) bei kognityvinius faktorius (įsitikinimai apie skausmą, saviveiksmingumo jausmas, katastrofinis mąstymas, įveika, situacijai priskiriama reikšmė, dėmesys); Beltrutti (2004) pabrėžia socialinį kontekstą (neužtikrintumas, kontrolės trūkumas, kitų

skausmo ligonių stebėjimas, socialinė izoliacija), kultūrą, asmenybę, įsitikinimus apie skausmą. Be to, išskiriami ir kiti skausmo patyrimą įtakojantys kintamieji: priklausymas tam tikrai etninei grupei, įsitikinimai, išpažįstama religija, socialinė aplinka, kurie, anot Morris (2005) ir Martinez (2006) gali įtakoti skausmo jutimą, skausmo įveikimą, kalbėjimą apie skausmą.

Teigiama, kad psichologinių veiksnių vaidmuo yra sudėtingesnis nei buvo anksčiau manyta. Prieš 5 deš. buvo teigiama, kad sunkiai gydomas lėtinis skausmas yra psichosomatinis sutrikimas. Dabar yra teigiama, jog lėtinis skausmas susideda iš daugybės patofiziologinių faktorių mišinio, sąveikaujančio su psichologiniais: depresija, nerimu, asmenybės sutrikimais, socialiniais, kultūriniais veiksniais. Minimimi ir neefektyvūs įveikos stiliai; autonominės streso reakcijos; gyvenimo būdas; nepaklusimas gydymo programai; somatizacija; tarpasmeninių santykių pablogėjimas; stresinių įvykių pabrėžimas; įsitikinimai apie skausmo kontrolę; saviveiksmingumas ir kognityviniai iškreipimai; ištraukimas į neįgalumo ar darbuotojus kompensuojančias programas.

Marty (2000) teigia, jog yra tokie su skausmu susiję psichologiniai veiksniai: bejėgiškumas, atsitraukimas, nerimas, žalingų įpročių baimė, suicidinės mintys, nemiga, susirūpinimas dėl pripratimo, santykių praradimas, darbo praradimo baimė, depresija. Be to, jis sako, kad su nugaros skausmu susijusi skausmo baimė yra labiau neįgalinanti nei pats skausmas savaime.

Watson ir kt. (2003) tyrimo išvadose teigiama, jog vaikų nugaros skausmų atsiradimui daugiau įtakos turi psichosocialiniai, o ne mechaniniai faktoriai (pvz. kuprinės svoris). Be to, nugaros skausmai gali būti vaikų nuovargio, sielvarto atspindys.

Atlikta nemažai tyrimų, kur buvo bandoma išsiaiškinti lėtinio skausmo specifiką. Buvo ieškota asmenybės ypatumų, susijusių su lėtinio skausmo patyrimu. Louks ir kt. (1978) atliko tyrimą, kuriame buvo išskirtos trys skausmo pacientų grupės: funkcinio skausmo (nėra organinės priežasties skausmui kilti), organinio skausmo (tiksliai organinė priežastis skausmui kilti), mišraus skausmo (organinė priežastis nedera su išsakomu skausmo intensyvumu), ir tyrimo dalyviai įvertinti MMPI klausimynu siekiant išsiaiškinti, koks profilis būdingas atitinkamai grupei. Louks ir kt. teigia (1978), jog funkcinis skausmas kyla dėl daugelio priežasčių: antrinės naudos, kognityvinių elementų, asmenybės struktūros. Tai žinant galima efektyviau dirbti gydant funkcinį skausmą. Louks ir kt. (1978) teigia, jog nėra vienalytės skausmo asmenybės. Tai yra, kad nėra konkrečių asmenybės savybių rinkinio, būdingo lėtinį skausmą kenčiančiai asmenybei. Nordina (2005) tyrė ryšį tarp auklėjimo stiliaus ir suvokiamo savęs vaizdo lėtinio skausmu besiskundžiantiems žmonėms. Rezultatai atskleidė, kad yra reikšmingi ryšiai tarp atsiminimų apie tėvų auklėjimą ir savęs vaizdo žmonėms, kurie kenčia nuo lėtinio skausmo. Apibendrinant galima teigti, jog nėra vienareikšmiškų aksiomų apie lėtinio skausmo veiksnius.

Wade ir Hart (2002) rašo, kad skausmas yra daugiadimensinis (įvairiapakopis), susidedantis iš sensorinio-skiriamąjo, kognityvinio-vertinamojo, afektinio-motyvacinio matmenų. Lewandowski

(2004) sako, jog lėtinis skausmas yra vienas aiškiausių pavyzdžių, koks sudėtingas ryšys egzistuoja tarp proto, kūno, dvasios ir aplinkos. Vis labiau pabrėžiama psichologinių veiksnių svarba.

2.Skausmo samprata

2.1. Kognityvinių veiksnių reikšmė

Bandant įvertinti ir mažinti skausmą, reikia atsižvelgti į psichologinius veiksnius, ypatingai į kognityvinius veiksnius, nes skausmas iš esmės yra percepcinis reiškinys. Iš tiesų kognityviniai faktoriai yra atsakingi už galutinę suvokimo proceso dalį. Nors niekas nesiekia numenkinti sensorinių, emocinių skausmo faktorių, paskutinis, integruojantis veiksnys visgi yra kognityvinės prigimties (Moreno ir kt., 1999).

Nuo tada, kai Melzack ir Gasey (1968) įtraukė centrinius skausmo kontrolės procesus, daugelis autorių išplėtė šias idėjas, nurodydami ir pabrėždami kognityvinius kintamuosius skausmo percepcijoje ir paciento pastangas įveikti skausmą (Turk ir kt., 1983; Turk ir Rudy, 1986; Keefe ir Williams, 1989; Jensen ir kt., 1991b; Turk ir Rudy, 1992; pgl, Moreno ir kt., 1999, Keefe ir kt. 1992).

Toliau bus apžvelgiami pagrindiniai skausmo kognityviniai faktoriai, susiję su skausmo patyrimu, kurie gali būti vadinami **skausmo samprata**.

2.2. Įsitikinimai apie skausmą

Žmonės į medicininę pagalbą iš dalies reaguoja priklausomai nuo savo subjektyvių įsitikinimų apie ligą ir jos simptomatiką. Sveikatos priežiūros specialistai teigia, jog pacientai su panašiomis skausmo istorijomis ir skausmo išsakymais gali labai stipriai skirtis pagal savo įsitikinimus. Žmonės pamažu susikuria nuomonę (įsivaizdavimus) apie savo fizinę būseną ir šie įsivaizdavimai ar reprezentacijos yra pagrindas planuojant veiksmus ir įveiką. Įsitikinimai apie skausmo reikšmę ir galimybę funkcionuoti nepaisant diskomforto (nepatogumų) yra svarbūs skausmo lūkesčių aspektai (Turk ir Okifuji, 2003). Tam tikri įsitikinimai gali skatinti neadaptivią įveiką, sustiprintą kentėjimą ir padidinti neįgalumo jausmą. Žmonės, kurie tiki, kad skausmas tęsis, gali būti pasyvūs arba retai taikyti įveikos strategijas. Žmonės, kurie mano, kad skausmas yra sunkiai paaiškinama paslaptis, gali negatyviai įvertinti savo galimybes kontroliuoti ar sumažinti skausmą ir mažiau yra linkę savo naudojamas strategijas įvardinti kaip efektyvias (Williams ir Thorn, 1989, pgl. Turk ir Okifuji, 2003). Žmonių įsitikinimai, vertinimai ir lūkesčiai apie įvykio pasekmes ir jų įveikos galimybes veikia funkcionavimą dviem būdais: jie gali tiesiogiai skatinti fiziologinį sužadimą bei veikti nuotaiką ir

netiesiogiai - per jų pasekmes įveikos pastangoms (Flor ir Turk, 1988, 1989, pgl. Turk ir Okifuji, 2003).

Kai tik įsitikinimai ir lūkesčiai yra suformuojami, jie tampa labai stabilūs ir juos sunku keisti. Taigi ir kenčiantys nuo skausmo yra linkę vengti patyrimo, kuris paneigtų jų įsitikinimus ir reguliuoja savo elgesį pagal tuos įsitikinimus, netgi tose situacijose, kuriose tie įsitikinimai nebegalioja (yra neefektyvūs).

2.3. Priežastinės skausmo atribucijos

Šios socialinės psichologijos sąvokos yra tarpusavyje labai susiję. Jos svarbios tyrime, nes įtakoja žmonių susidūrimą su skausmu, pacientų reakcijas į gydymą, paklusimą gydymo strategijai (Schwartz ir kt., 1985; Riley ir kt., 1988; Williams ir Thorn, 1989, pgl., Moreno ir kt., 1999). Kai kurie tyrimai rodo, kad lėtinio skausmo pacientai linkę skausmą priskirti organinėms priežastims (Demjen ir Bakal, 1981, pgl. Moreno ir kt., 1999). Edwards ir kt. (1992) rado reikšmingus skirtumus tarp to, kaip lėtiniu skausmu sergantys asmenys įvardino skausmo priežastis lyginant su neturinčiais lėtinio skausmo. Lėtinio skausmo pacientai buvo labiau linkę išsakyti grynai organines skausmo priežastis, kai tuo tarpu kontrolinė grupė (ne lėtinio skausmo pacientai) atvirkščiai- buvo labiau linkusi įvardinti psichologinių veiksnių reikšmingumą skausmo problematikoje. Be to, reikšmingai yra susiję organinės atribucijos ir įsitikinimas, kad skausmas yra kontroliuojamas išorės jėgų (sėkmės, aplinkinių jėgos).

Williams ir Thorn sukūrė klausimyną, skirtą matuoti lėtinio skausmo pacientų įsitikinimus apie skausmą (1989, pgl. Moreno ir kt., 1999). Išskirtos trys dimensijos: skausmas yra pastovus paciento gyvenimo palydovas, antra, skausmas yra paslaptingas, neaiškus, sunkiai suprantamas fenomenas ir, trečia, savikaltinanti dimensija, jog skausmas yra nulemtas ir palaikomas paties paciento. Pirmoji dimensija yra negatyviai susijusi su pacientų paklusimu gydymui. Pacientai, kurie yra įsitikinę, kad skausmas yra pakeliamas, daug mažiau kreipia dėmesio į gydymo reikalavimus. Tie, kurie mano, kad skausmas yra mistinis patyrimas, ne tik mažai paklūsta gydymui, bet turi dar ir žemą savigarbos jausmą ir polinkį somatizuoti.

Neadaptyvūs įsitikinimai apie skausmo priežastį gali būti keičiami, naudojant kognityvinę-elgesio terapiją. Lipchik ir kt. teigia, jog toks daugiadisciplininis gydymas iš tiesų sumažino įsitikinimus, kad skausmas yra mistiškas, sunkiai suvokiamas reiškinys (1993, pgl. Moreno ir kt., 1999).

Manoma, jog priežastinės atribucijos ir įsitikinimai apie skausmą įtakoja pacientų skausmo įveikos strategijas. Reikia paminėti, kad čia atsiskleidžia kontroversiški rezultatai: Kraaimat ir Van Schevikhoven (1988) negavo reikšmingo ryšio tarp jų, o Witwnberg ir kt. (1983), Williams ir Keefe (1991) nustatė, kad pacientai, kurie vertino savo skausmą kaip amžiną ir paslaptinę taikė mažiau

tokių strategijų, kaip dėmesio atitraukimas ir daugiau buvo linę katastrofizuoti, tuo pat metu teigdami, kad jų naudojamos strategijos nėra labai efektyvios. Ir atvirkščiai, tie pacientai, kurie vertino savo skausmą kaip suprantamą, kintantį, naudojo daugiau efektyvių įveikos strategijų (pgl. Moreno ir kt., 1999).

Taigi svarbu iš anksto įvertinti pacientų žinias, įsitikinimus apie skausmą, kad būtų galima kiek įmanoma padidinti gydymo programos efektyvumą.

2.4. Įsitikinimai apie skausmo kontrolę

Kalbant apie skausmo kontrolę, išskiriami du aspektai: pirmasis, platesnis aspektas, - kontrolės lokusas ir antrasis, nurodantis skausmo kontroliavimą, suvokiamą paciento. Kontrolės lokuso sąvoką suformulavo Rotter (1966). Vėliau ši sąvoka buvo praplėsta dar dvejomis dimensijomis: vidine ir išorine (Wallston ir kt., 1976, pgl. Moreno ir kt., 1999). Antrajai dimensijai buvo priskirtos dvi subdalys: kitų jėga ir sėkmė (Wallston ir kt., 1978, pgl. Moreno ir kt., 1999). Vėliau Marsall (1991) išskyrė mažiausiai keturių internalumo faktorių buvimą, tai yra: ligos prevencija, ligos valdymas, savęs kaltinimas, savęs valdymas/ dominavimas. Paskutinysis faktorius labai susijęs su saviveiksmingumu. Žmonės, turintys vidinį kontrolės lokusą, mažiau yra depresyvūs dėl skausmo, taiko aktyvesnes įveikos strategijas ir geriau reaguoja į kognityvinį elgesio gydymą negu tie, kurie turi išorinį kontrolės lokusą. Šias idėjas patvirtina nemažai tyrimų. Be to, Sternbach (1986) ir Toomey ir kt. (1991) nustatė, kad vidinio kontrolės lokuso pacientai praneša apie mažesnio intensyvumo skausmą ir jiems būdingas žemesnis depresiškumo lygis (pgl. Brown & Nicassio, 1987) negu tų, kurie turi išorinį kontrolės lokusą. Be to, kai kurie autoriai teigia, jog vidinį kontrolės lokusą turintys žmonės taiko aktyvias skausmo įveikos strategijas (Brown & Nicassio, 1987), kai tuo tarpu pacientai, stipriai įsitikinę atsitiktinumo, sėkmės reikšme, išsako daugiau psichologinių sunkumų: jaučiasi bejėgiškesni ir naudoja pasyvesnes įveikos strategijas, pavyzdžiui, maldą (Crisson ir Keefe, 1988, pgl. Moreno ir kt., 1999).

Levy ir kt. (2002) teigia, jog suvokiama kontrolė yra kaip tarpininkaujantis veiksnys tarp teigiamo savo senėjimo suvokimo ir vėlesnio funkcionavimo.

2.5. Lūkesčiai ir skausmas

Su skausmu yra susiję dvejopi lūkesčiai: rezultatų ir saviveiksmingumo, kuriuos įvardino Bandura (1993). Rezultatų lūkesčiai reiškia, kad tam tikras elgesys ves link tam tikrų pasekmių. Saviveiksmingumo lūkesčiai išreiškia įsitikinimus, kad žmogus tiki galimybe atlikti tam tikrą elgesį.

kad pasiektų pageidaujamus rezultatus. Bandura vėliau išskiria pasitikėjimo gydymu, kaip skirtingą, bet įtakojantį lūkesčius, fenomeną.

Jensen ir kt. (1991) teigia, jog abiejų tipų lūkesčiai gali nepriklausomai arba saveikaudami įtakoti atvejus, kai žmogus veikia, tik suvokęs save kaip galintį atlikti reikalingus veiksmus ir tikintis, jog pasieks patenkinamas pasekmės.

Apibendrinant galima teigti, jog saviveiksmingumo ir rezultatų lūkesčiai gali įtakoti elgesį. Atrodytų, kad pirmieji labiau susiję su realiais bandymais įveikt skausmą. Tačiau ryšiai tarp lūkesčių ir atsako į gydymą dar neatrodo aiškūs, nors rezultatų lūkesčiai artimai susiję su pasitikėjimu gydymu ir laukiamų pasekmių trukme.

2.6. Kognityvinės klaidos, katastrofinis mąstymas ir skausmas

Sąvoka „kognityvinės klaidos“ dažniausiai yra susijusi su šališkumu ar iškraipymais, kurie iškyla, kai žmonės bando apdoroti iš aplinkos ateinančią informaciją (Beck, 1963). Jensen ir kt. (1991) teigia, jog negatyvūs iškraipymai susiję su savimi ar su situacija (Ellis, 1962, pgl. Moreno ir kt., 1999). Abiem atvejais depresyvūs pacientai daro daugiau kognityvinių klaidų, pavyzdžiui, priima asmeniškai, daro selektyvią atranką, pernelyg generalizuoja ar katastrofizuoja. Kadangi lėtinis skausmas ir depresija yra susiję, tai tokios rūšies iškraipymai gali įtakoti nuotaiką, skausmo suvokimą, lėtinio skausmo pacientų elgesį. Lefebvre teigia, kad pacientai su nugaros skausmais apskritai išsako daug kognityvinių iškraipymų (1981, pgl. Moreno ir kt., 1999). Be to, išsakiusieji daugiau kognityvinių iškraipymų gavo aukštesnius depresiškumo įvertinimus. Kiti tyrimai šias idėjas patvirtino lėtinių nugaros skausmų (Smith ir kt., 1986a), reumatoidinio artrito skausmų atveju (Smith ir kt., 1988, pgl. Moreno ir kt., 1999) ar apskritai esant lėtiniams skausmams (Dufton, 1989; Ingram ir kt., 1990; Keefe ir Williams, 1990, pgl. Moreno ir kt., 1999). Gils ir kt. (1990) nustatė, jog negatyvių automatinių minčių dažnumas yra teigiamai susijęs su skausmo sunkumu ir psichologiniu nuogaštavimu, tuo tarpu kai suvokiama šių minčių kontrolė neigiamai susijusi su psichologiniu nerimu. Taigi egzistuoja ir tam tikras ryšys tarp kognityvinių iškraipymų ir neigalumo (Flower ir Turk, 1988; Smith ir kt., 1986b, 1988 pgl. Moreno ir kt., 1999).

Katastrofizavimas - tai ypatingai neigiamų minčių apie savo sunkią būklę patyrimas ir netgi mažų problemų interpretavimas kaip didelių katastrofų. Tyrimai teigia, jog katastrofizavimas ir adaptyvi įveika yra svarbūs įvertinant paciento reakcijas į skausmą (Sullivan ir kt., 2001, pgl., Turk ir Okifuji, 2003). Keefe ir kt. tyrimo rezultatai atskleidė, jog katastrofizavimas teigiamai susijęs su skausmo intensyvumu, fiziniu neigalumu ir depresija (1992).

2.7. Saviveiksmingumas

Saviveiksmingumas yra asmeninis lūkestis, kuris yra svarbus pacientams su lėtiniu skausmu. Saviveiksmingumas yra apibrėžiamas kaip asmeninis įsitikinimas, jog žmogus gali sėkmingai atlikti suplanuotus veiksmus, kad pasiektų norimą rezultatą duotoje situacijoje. Saviveiksmingumas yra bene didžiausias tarpininkas siekiant terapinio pokyčio. Kai jau yra sužadinta motyvacija, tada savi įsitikinimai nulemia, kokius veiksmus žmogus pasirinks, kiek jėgų bus skirta jiems atlikti, kiek ilgai jis tęs numatytus veiksmus, esant kliūtimis. Svarbu atsiminti, kad įveikos elgesys yra įtakojamas įsitikinimų, kad situacijos reikalavimai nepranoksta jo galimybių.

Asghari ir Nicholas tyrimo rezultatais nustatyta, jog skausmo saviveiksmingumo įsitikinimai yra skausmo elgsenos ir neįgalumo dėl patiriamo skausmo lemiamas veiksnys, svarbesnis už skausmo pasekmes, išsekimą ir asmenybinius kintamuosius. Be to, saviveiksmingumo įsitikinimai numato minimalią vengiančios elgsenos kilimo galimybę, kai skausmas tęsiasi ilgesnį laiko tarpą (Asghari ir Nicholas, 2001).

2.8. Skausmo įveika ir strategijos

Jau buvo anksčiau minėta, jog nors įveika ir gali būti skirstoma pagal įvairius kriterijus, ji priklauso prie skausmo kognityvinių komponentų. Turk ir Okifuji prie kognityvinių faktorių priskyrė įsitikinimus apie skausmą, saviveiksmingumo jausmą, katastrofinę mąstymą, įveiką (2003). Apskritai, Keefe ir kt. teigia, jog iš esmės visos įveikos strategijos yra kognityvinės, o elgesio strategijas įvardina kaip kognityvinių strategijų rezultatą (1992).

Daugelis kintamųjų, įtakančių skausmo intensyvumą, fizinį ir psichosocialinį neįgalumą yra kognityvinės prigimties. Galima teigti, kad labiausiai yra tyrinėta įveika ir įveikos strategijos (Adams, 2006).

Skausmo ir jo pasekmių savireguliacija priklauso nuo individualių specifinių būdų gyvenant su skausmu, taikantis prie skausmo, mažinant skausmą ar susikrimitimą, kylantį dėl skausmo, kitais žodžiais tariant, įveikos strategijų (DeGood ir Tait, 2002., pgl. Turk ir Okifuji, 2003). Įveika gali būti aktualizuota spontaniškais, tikslingais, intenciniais veiksmais. Ji gali būti įvertinta, pagal atvirumo/uždarumo kriterijų. Atviros įveikos strategijos apima poilsį, medikamentus, relaksaciją, o uždaros įveikos strategijos - atsitraukimą nuo skausmo, ieškojimą informacijos, savęs tikinimą, kad skausmas sumažės.

Įveikos strategijos atlieka tokias funkcijas: keisti skausmo intensyvumo percepciją ir žmogaus galimybes valdyti ar toleruoti skausmą ir didinti galimybes tęsti kasdienės užduotis (Turk ir Okifuji, 2003).

1. lentelė. Naudojamos įveikos strategijos (keturmatis modelis) (Katz ir kt., 1996, pgl, Zeidner, 1996)

	Kognityvinė įveika	Elgesio įveika
Sutelkianti dėmesį į skausmą	Katastrofizavimas Malda/viltis Vaizduotė Streso skiepijimas Teiginiai sau (Į)vertinimai Savęs kaltinimai Susikoncentravimas į skausmą Racionalizacija	Hipnozė Operantinis sąlygojimas Modeliavimas Pratybos Dėmesio siekimas Emocinė raiška Informacijos/ieškojimas Soc. paramos siekimas Sustiprinta skausmo elgsena
Nukreipianti dėmesį nuo skausmo	Nukreipiantis dėmesį Ignoruojantis skausmo pojūčius Laikantis atstumo Neigimas Troškimų (turėjimas) galvojimas Grėsmės minimizavimas Disociacija Supresija	Poilsis/ relaksacija Vaistų vartojimas Skaitymas/ TV žiūrėjimas Poilsio veikla Veiklos apribojimas Veiklos didinimas Buvimas užsiėmusiu Izoliacija

Egzistuoja įvairios strategijų klasifikacijos: kognityvinės ir elgesio (Fernandez, 1986, pgl. Lester ir Keefe, 2002); nukreiptos į problemą ir nukreiptos į emocijas (Lazarus ir Folkman, 1984, pgl Lester ir Keefe, 2002). Aišku, šis skirstymas nėra kategoriškas, nes sėkmingas į problemą nukreiptos įveikos panaudojimas reiškia, jog ir emocinė būseną pagerėja. Taip pat negalima vienareikšmiškai pacientų taikomas įveikas suskirstyti į elgesio ar kognityvines.

Dar platesnis įveikų skirstymas yra pagal aktyvumo/ pasyvumo kriterijų. Aktyvios įveikos strategijos yra tos, kurios reikalauja, jog kenčiantis skausmą žmogus atliktų kokią nors veiklą, kad sumažintų skausmą. Pasyvios įveikos strategijos yra tos, kurios apima atsitolinimą nuo skausmo, kontrolės perdavimą asmeniui ar reiškiniiui. Galiausiai, kiti tyrėjai įveikos strategijas klasifikavo pagal tai, ar jos yra kreipiančios dėmesį į skausmo šaltinį ar daugiau vengiančios kreipti dėmesį (Suls ir Fletcher, 1985, pgl, Zeidner, 1996). Individas, kuris, kai skauda, nukreipia dėmesį į skausmo šaltinį tam, kad galėtų valdyti jį, naudos dėmesio technikas, kaip antai: tempimas arba skaudamos vietos treniravimas. Ir atvirkščiai, individas, kuris vengia galvoti arba atlikti kokią nors veiklą su

skausmo šaltiniu, naudos vengiančias įveikos strategijas, pavyzdžiui: skausmo jutimų neigimas, atsitraukimas/ distrakcija, dėmesio nukreipimas.

2.9. Adaptyvios ir neadaptyvios strategijos skausmo įveikoje

Įveikos priskyrimas neadaptyviai ar adaptyviai skausmo įveikos strategijai priklauso nuo individualaus paciento, skausmo problemos prigimties ir chroniškumo, specifinės situacijos, lauko skausmo sumažėjimo laipsnio ir daugelio kitų faktorių (Turner, 1991, pgl., Zeidner, 1996). Tai, kas yra efektyvu vienu metu vienam pacientui, gali būti visai neefektyvu kitam pacientui ar kitu laiko momentu. Dėl šios priežasties ne visada lengva strategines įveikas taip paprastai suskirstyti į adaptyvias ir neadaptyvias. Jensen ir kt. daug domėjosi ir rašė apie ryšį tarp specifinių įveikos strategijų ir prisitaikymo prie lėtinio skausmo (1991). Pasyvios įveikos strategijos teigiamai koreliuoja su skausmo padidėjimu (Brown ir kt., 1989), neįgalumu (Parker ir kt., 1989) ir prastesniu psichologiniu prisitaikymu (Brown ir kt., 1989; Parker ir kt., 1989, pgl, Zeidner, 1996). Ir priešingai, aktyvi įveika neigiamai susijusi su depresija (Brown ir Nicassio, 1987; Spinhoven, ir kt., 1989, pgl, Zeidner, 1996).

Neadaptyvios įveikos strategijos yra katastrofizavimas, vengiantis elgesys, baimingi-vengiantys įsitikinimai, o adaptyvios įveikos strategijos - distrakcija, dėmesio atsitraukimas.

Cipher ir kt. (2002) atliko tyrimą, kuriame gilinasi į įveikos stilius. Jie nustatė, jog individualūs skausmo įveikos skirtumai apsprendžia sveikatos rezultata. Išskiriami įvairūs skausmo įveikos stiliai. Represyvus įveikos stilius apibrėžiamas kaip nemalonių emocijų neigimas ir teigiamų savo bruožų pastiprinimas, tokių kaip: bendrumo jausmas, pagarba, tvirtas paklusimas taisyklėms. Šis gynybiškumo- represijos stilius siejasi su aukštesniu skausmo slenksčiu ir didesne tolerancija skausmui. Šis fenomenas pasireiškia tuo, kad tokie žmonės yra selektyviai nedėmesingi nemalonioms fiziologinėms būsenoms, kurios vėliau pasireiškia kaip psichofiziologinis nebefunkcionavimas, kuris iš tiesų apsunkina pasveikimą ir didina psichosomatinių ligų pavojų. Rasta, jog represyvus įveikos stilius veikia biologines būsenas: pavyzdžiui, imuninį funkcionavimą. Cipher ir kt. (2002) išskyrė ir linkusių sustiprinti skausmo patyrimą stilių (angl. sensitizers). Tokie pacientai, priešingai, pernelyg atvirai reiškia emocijas ir savo nuomonę, dažnai skundžiasi. Tokie žmonės yra linkę pervertinti iš aplinkos kylančią grėsmę arba pasirodžiusius biologinės kilmės simptomus bei į juos reaguoti pykčiu, liūdesiu tam, kad gautų pagalbą arba apsisaugotų nuo suvokiamos grėsmės. Didžiausias skirtumas tarp represorių ir linkusių sustiprinti yra jų nepasitenkinimo išraiška. Represoriams būdinga daugiau pasyvi, santūri įveika, o linkusiems skausmo patyrimą sustiprinti – disfunkcinė įveika ir ekspresyvūs būdai, persipynę su liūdesiu. Linkę sustiprinti yra pernelyg jautrūs bandydami įveikti skausmą, atidžiai stebintys vidinius signalus ir

fiziologines būsenas kas galiausiai pasireiškia kaip afektyvus reagavimas ir žemi skausmo pakantumo slenksčiai.

Linę sustiprinti išreiškė daugiausia fizinės kančios, fizinio kentėjimo, nepalankiai vertino gydymo poveikį ateityje, jiems daugiausia kilo pykčio, ciniškumo ir agresijos.

Fernandez ir Turk teigia, kad apskritai gydymą labai apsunkina, jei ligonis yra ciniškas, nepasitikintis, priešiškas gydymo planui. Linę sustiprinti taip pat mažai paklūsta gydymui, krypta nuo gydymo plano. Represoriai yra labiau emociškai stabilesni, mažiau funkciškai silpni, bet labiau gynybiški, kai reikia kalbėti apie savo problemas. Polyanish teigia, jog gynybiškumas, emocijų neigimas kurį laiką gali būti adaptyvus, bet, jei stresinė situacija tęsiasi santykinai ilgą laiką, tada tai gal būti labai neadaptyvus reagavimo būdas. Šią idėją palaiko Suls ir Fletcher tyrimai (1985, pgl, Zeidner, 1996) . Jie teigia, kad pradinėje stadijoje vengiantis stilius gali būti naudingas, bet lėtinių ligų atveju bus susijęs su prastesniais gydymo rezultatais. Esterling ir kt. teigia, jog gynybiškumas yra susijęs su žemu imuninės sistemos funkcionavimu. Iš tiesų tiek represoriai (slopintojai), tiek jautrieji yra mažai naudingi lėtinės ligos eigoje (pgl., Cipher ir kt., 2002) Didžiausias šio tyrimo atradimas yra gynybiškumo būdingumas tiek represoriams, tiek socialiai įveikiančiai grupei, kai tuo tarpu linkusiems sustiprinti būdinga padidintos psichopatologijos ir klinikinės skalės.

Peržiūrint literatūrą apie lėtinio skausmo psichologinius aspektus, dažnai galima aptikti, jog skausmo įveikos strategijos priskiriamos prie kognityvinių skausmo aspektų, bet labiau pasigilinus į įveikų turinį, galima teigti, jog įveika viduje apima ir elgesio aspektą. Taigi nors realybėje dominuoja ši nuostata, bet stengiamasi kiek įmanoma apjungti abejas (Moreno ir kt., 1999).

Apibendrinant tyrimus, galima teigti, jog iš tyrimų nesunkiai matosi, kad kognityviniai veiksniai iš tiesų svarbūs tiriant ir bandant geriau suvokti skausmo fenomeną. Taigi kiekvienas individas, atėjęs pas skausmo specialistą, ateina su savo įsitikinimais, lūkesčiais, ankstesne skausmo gydymo patirtimi ir tikrai ne visuomet skausmo gydytojas specialistas atsižvelgia į tai. Be to, vystantis mūsų šaliai, jau bene kiekvienas žmogus daugiau ar mažiau pasijaučia galįs rinktis, kur gydytis, pas ką gydytis, kaip gydytis. Paskutiniu metu pastebimai išaugo netradicinių (alternatyvių) metodų naudojimas skausmo gydyme. Čia iškyla nemažai klausimų, kas gi paskatina žmones ieškoti tokių metodų, pasikliauti jais, o kas verčia kitus tiesiog atvirai neigti ir vengti.

Toliau trumpai apžvelgsime lėtinio skausmo gydymą, tradicinės ir alternatyvios medicinos koncepciją jų plitimo mechanizmus.

3. Lėtinio skausmo gydymas

Echternach rašo, kad kiekvienas klinikų gydytojas, gydydamas chronišką skausmą, susiduria su įvairiais sunkumais. Po daugelio diagnostinių testų, fizinės terapijos ar specialios priežiūros žmonės pasijaučia blogiau nei prieš gydymą. Laikui bėgant, pacientai tampa orientuoti į somatinius simptomus, kalba apie keletą neaiškių simptomų, ir tampa gana neaktyvūs. Lūkesčiai ir susirūpinimas išskyla, kai jų pritarimas skausmo valdymui sumažėja. Tiems, kas išgyvena stiprų skausmą, rezultatų laukimas dažnai susijęs su nesėkmės jausmu, nepasitenkinimu ir frustracija. Tai priverčia gydytojus ir slaugytojus manyti, kad chroniškas skausmas nepagydomas (1996).

Šiuo metu vis labiau plinta biopsichosocialinis skausmo modelis. Jis teigia, kad skausmo patyrimas yra nulemtas ne vieno faktoriaus, o kelių veiksnių tarpusavio sąveikos. Jis teigia, kad į skausmą vertinant, ne tik naudinga, bet ir būtina atsižvelgti į emocinį, jutiminį, kognityvinį ir socialinį skausmo komponentus (Astin, 2003).

Iš tiesų skausmo gydymo metodus galima suskirstyti į tradicinius ir netradicinius. Iš pradžių apžvelgsiu netradicinę mediciną ir jos ypatumus, o vėliau tradicinę. Iš tiesų kai kuriuos netradicinius ir tradicinius skausmo gydymo metodus galima įvardinti kaip įtraukiančius pagrindinius biopsichosocialinės paradigmos teiginius. Iš tiesų įdomu, ar labiausiai paplitę tiek tradicinės, tiek netradicinės medicinos skausmo gydymo metodai, yra būtent biopsichologinės prigimties. Kadangi būtent biopsichologinis, tarpdisciplininis požiūris į skausmą yra efektyviausias skausmo gydyme, tai galėtų padėti geriau suvokti, kodėl vieni metodai yra dažniau pasirenkami lyginant su kitais.

3.1. Netradicinė medicina

Papildomos (komplementarios) ir alternatyvios medicinos terapijos, skirtos skausmo mažinimui, pastaraisiais metais pastebimai išaugo (Cauffield, 2000; Astin, 1998, pgl., Fillingim, 2005). Vienas iš sunkumų kalbėti apie šiuos metodus yra jų gausi įvairovė, be to, nėra griežtai nubrėžtų ribų, kokios terapijos priklauso netradicinei medicinai, o kokios tradicinei. Be to, sunku įvertinti alternatyvios medicinos metodų efektyvumą- jie priklauso nuo skausmo sąlygų, todėl beveik neįmanoma nustatyti bendrų išvadų. Dauguma apžvalginių straipsnių apie netradicinę mediciną stokoja mokslinio pagrindimo jų efektyvumui įrodyti, bet, kitą vertus, negalima nuvertinti jų daromos naudos ar pasiektų rezultatų (Soeken, 2004; Snyder ir Wieland, 2003; Weintraub, 2003, pgl., Fillingim, 2005).

1990 m. Eisenberg D. netradicinę mediciną apibrėžė, kaip medicines intervencijas, kurių nėra mokoma medicinos mokyklose ir jos nėra plačiai paplitę medicinos įstaigų gydymuose.

Kartais literatūroje neatskiriama alternatyvi ir papildoma (komplementari) terapija, vartojama simultaniškai. Kitą vertus, svarbu atskirti, nes tarp jų egzistuoja esminiai skirtumai. Papildomos

terapijos tikslas nėra tiesiogiai nukreiptas į ligos gydymą, bet derinama su tradicine medicina, sumažinti šalutinius efektus ir stresą ir palaikyti pusiausvyrą. Kai tuo tarpu alternatyvios terapijos yra naudojamos vietoj ortodoksinio tradicinio gydymo.

Netradicinė medicina aprašo sveikatos produktus, praktikas, ir požiūrius, kurie nėra konvencinės (tradicinės) medicinos dalis. Riba labai kintanti, tai, kas priskiriama alternatyviems metodams vienais metais, kitais jau gali būti pripažintais tradicinės, mokslškai pagrįstos medicinos dalis. Taigi sąrašas keičiasi gana dažnai. Tai netradicinę mediciną verčia būti nuolat besiplečiančia, keičiančia sveikatos priežiūros lauką (sritį). Netradicinės medicinos išpopuliarėjimui įtakos turi ir nemažos piniginės investicijos.

Kitas apibrėžimas skamba taip: alternatyvi medicina- tai metodų visuma, kurie nėra mokslškai patvirtinti ir jos advokatai neigia tokį reikalingumą (Angell ir Kassirer, 1998).

Medicinos institutas išleido knygą “Complementary and Alternative Medicine (CAM) in the US” (pgl. JCIM, 2005). Ten netradicinė medicina apibrėžiama taip. Teigiama, jog šis apibrėžimas yra tiksliausias:

- 1) alternatyvios medicinos sistemos: alternatyvios medicinos sistemos paremtos pilna teorijos ir praktikos sistema. Dažnai šios sistemos atsirado anksčiau arba atskirai nuo konvencinio medicininio modelio. Tokių sistemų pavyzdžiai yra natūropatinė medicina, homeopatinė medicina. Ne vakarų šalyse išsivystė tokios medicinos sistemos: kinų medicina, ajurveda.
- 2) kūno- proto intervencijos: kūno-proto medicina naudoja didelę įvairovę metodų sukurtų padidinti proto galias kūno funkcijų ir simptomų įtakai. Pavyzdžiui, meditacija, malda, protinis gydymas ir terapijos, naudojančios kūrybinius resursus.
- 3) biologija paremti metodai: šie metodai naudoja medžiagas randamas gamtoje, kaip antai: žolelės, maistas, vitaminai. Metodai apima dietas, maisto priedus ir augalų bei natūralių gamtinių priemonių naudojimą; jiems trūksta mokslinio pagrindimo.
- 4) Manipuliacinės, kūnu paremtos terapijos: jos paremtos manipuliacija ir/arba judesiu vienos ar kelių kūno dalių. Pavyzdžiui chiropraktika, osteopatinė manipuliacija, masažas.
- 5) energetika paremtos terapijos: jos paremtos tuo, kad naudoja energija. Energija gali būti dviejų rūšių: a) biolaukai. Terapijų tikslas, kad energija prasiskverbtų ir apsuptų kūną. Šių energijų egzistavimas lieka mokslškai iki galo neįrodytas (pavyzdžiui, GI Gong, Reiki, terapinis prisilietimas); b) bioelektromagnetika paremtos terapijos apima nekonvencinį elektromagnetinių laukų panaudojimą gydyme, kaip antai: ritmo laukai, magnetiniai laukai, pakeičiantys esančius ar nukreipiantys esančius laukus.

Netradicinė medicina yra naudojama bendresnėms problemoms ir sąlygoms; specialiai paruošia gydymą atskiriems asmenims; pasikliauja santykiu tarp gydymą atliekančio asmens ir

paciento; naudoja keletą intervencijų vienu metu; bando išgauti subtilesnius pokyčius, kaip antai: dvasinis tobulėjimas ar asmenybės augimas ir orientuojasi į ilgalaikį gydymą.

3.2. Tradicinė/ konvencinė medicina

Tradicinė konvencinė medicina arba kitaip- įrodymais pagrįsta medicina yra apibrėžiama kaip: orientuota į rezultatą, paremta terapija, o ne priežastimi. Būdinga perdėta priklausomybė nuo klinikinių bandymų šališkumo/pritarimo, simptominė redukcionistinė perspektyva; pritaria terapijoms, kurias remia komerciniai interesai; orientuota į ligą – nenukreipta į sveikatos optimumą.

Taigi yra reikalinga kuo tiksliau apibrėžti įrodymais pagrįsta mediciną. Kas tai yra? Geras apibrėžimas yra pateiktas Zollman ir Vicker Įrodymais pagrįsta medicina- tai sąžininga, tiksli, detali, besiremianti gerai apgalvotais įrodymais, kai reikia nuspręsti apie atskirų pacientų priežiūrą (1999).

M.Šablevičius tradicinę mediciną apibūdina taip: „tradicinė medicina vadinama sveikatos sutrikimų pažinimo, prevencijos, diagnostikos ir gydymo priemonių visuma, kuri remiasi dabartinės Vakarų civilizacijos mokslo pasiekimais ir šių priemonių taikymą reglamentuojančiu teisiniu pagrindu“(2005).

Tradicinė medicina stengiasi fokusuotis į atskirą ligą; reikalauja stipriai standartizuotų gydymo valdymo; stengiasi panaikinti gydymą atliekančio asmens įtaką konstruojant tyrimą; fokusuojasi į atskirą/vieną intervenciją; dėmesį kreipia į kiekybinius (apskaičiuojamus) rezultatus ir trumpalaikius pakitimus.

3.3. Netradicinės medicinos plitimo aiškinimai

3.3.1. Socialinis kultūrinis psichologinis netradicinės medicinos plitimo aiškinimas

B. Beyerstein savo darbe kritikuoja alternatyvią mediciną, teigdamas, kad jos teigiamas rezultatas – tai žmogaus organizmo natūralūs resursai. Jis ganai išsamiai nagrinėja priežastis, kurios galėjo paskatinti tiek daug žmonių ieškoti alternatyvios medicinos pagalbos. Jis išskiria, kad alternatyvios medicinos plitimui turėjo įtakos tokie veiksniai: socialinė ir kultūrinė situacija. Tai yra “Naujas amžius” su dideliu vaikų gimstamumu (angl. baby boomers) 1960-1970m. tada buvo populiaru nepasitikėti ortodoksine medicina. Taigi dabartinis pasinėrimas į alternatyvios medicinos siūlomas platybes, tai, anot B. Beyerstein, mistinių troškimų patenkinimas, noras paprasčiau gyventi, akylai pasikliauti “gamta”. Kiti veiksniai, dėl ko žmonės renkasi netradicinę mediciną- žemas visuomenės domėjimasis moksliniais tyrimais; intensyvi alternatyvių metodų reklama,

nepakankamas visuomenės informacijos priemonių tyrimas, pateiktos informacijos realumo peržiūrėjimas; augantis socialinis nerimas ir nepasitikėjimas tradicinėmis autoritetinėmis figūromis; tikėjimas, jog netradiciniai gydymai turi mažiau šalutinių poveikių ir yra saugesni.

Šablevičius M. (2005) pritaria B. Beyerstein (1999) mintims, teigdamas, jog gydytojai laiko savaime suprantamu dalyku, kad moderniausios aparatūros prikimštuose mokslinių tyrimų centruose keliolikos ar net keliasdešimties metų trukmės išbandymus perėję gydymo metodai yra veiksmingi ir saugūs. Tačiau pacientui, kuris nestudijavo medicinos dešimt metų, tai nėra „savaime suprantama“, ir kad modernusis medicinos mokslas, siekdamas kuo didesnio gydymo metodų veiksmingumo ir saugumo, pats tampa savo auka.

Išskiriamos ir psichologinės priežastys, dėl kurių netradiciniai metodai populiarėja: noras patikėti, mąstymo klaidos, sprendimo iškraipymai. Be to, B. Beyerstein uoliai įrodinėja, kad dauguma ligų yra cikliškos. Gali įvykti spontaniška remisija, liga gali būti įveikta vien vidiniais žmogaus organizmo resursais. Dauguma žmonių labai vertina, jei yra sumažinamas jų jaučiamas skausmas; ir dauguma netradicinės medicinos specialistų ne tiek veikia patį ligos procesą, kiek stengiasi psichologinių veiksnių pagalba padaryti ligą labiau pakenčiamą. Skausmas yra kaip vienas iš jo pateikiamų pavyzdžių. Skausmas, anot jo, yra iš dalies jutimas, iš dalies emocija. Taigi dėmesys kreipiamas į emocijas. Bet kas, kas gali sušvelninti nerimą, nukreipti dėmesį, sumažinti emocinį sužadimą, gerina savikontrolės jausmą arba veda į kognityvinius simptomo pervertinimą, gali sumažinti vieną iš skausmo komponentų. Tai savaime suprantama, mažina ir skausmo patyrimą.

Taigi, pasak B. Beyerstein (1999) netradicinės medicinos efektyvumas kyla dėl kognityvinio perstruktūravimo ir darbo su emocijomis.

M. Šablevičius (2005) netradicinės medicinos patrauklumą bando aiškinti psichoanalitiškai. Jis teigia, kad kaip ir visi tarpasmeniniai santykiai, ryšys tarp sergančiojo ir gydančiojo susiformuoja ankstyvuojų asmens gyvenimo periodu. Nemalonių pojūčių varginamas kūdikis ar vaikas apsupamas ypatinga globa, jam sakoma, kad jis esąs ligonis ir, jeigu bus klusnus pagalbą teikiantiems tėvams, darys tik tai, kas jam yra sakoma, labai greitai vėl galės lakstyti kieme, žaisti, valgyti mėgstamą maistą ir t.t. (Beje, vaikų ligos pasižymi greita simptomų dinamika: ūminės ligos gana greitai redukuojasi). Šis ankstyvuojų gyvenimo periodu asmens psichikoje susiformavęs ir todėl labai stabilus sergančiojo ir gydančio asmens ryšio modelis išlieka svarbus visą žmogaus gyvenimą. Todėl ir suaugęs žmogus, pajutęs ligos simptomus, daugiau ar mažiau sąmoningai siekia užimti pasyvaus, autoriteto patarimų siekiančiojo poziciją. Matyti, kad aukščiau prie dažniausių kreipimosi į netradicinės medicinos specialistus priežasčių išvardytos somatinės patologijos patogenezei yra būdingas psichosomatinis komponentas. Nors kitą vertus, kiti autoriai atvirkščiai teigia, jog netradicinės medicinos metodai didina žmogaus savikontrolės jausmą (Semmes C. E., 1990 a.).

3.3.2. Netradicinės medicinos naudojimą sąlygojantys situaciniai, sąlyginiai faktoriai

Semmes (1990a.) irgi domisi netradiciniais metodais. Jis žmonių polinkį į tokią mediciną bando aiškinti atskleisdamas situacinius ir sąlyginius faktorius. Jis teigia, kad tai patirčių susiliejimas, sumažinančių ortodoksinės medicinos norą, padidina suvokiamą natūralios sveikatos priežiūros troškimą ir motyvuoja pacientus ieškoti natūralios sveikatos priežiūros. Jis aiškindamas naudoja tokią sąvoką, kaip socializacija. Socializacija “eina” prieš išmokimą, reikšmingai paveikia pacientų imlumą ieškoti natūralios medicinos, kai jie “pamato” ją kaip galimybę įveikti savo sveikatos problemas.

Socializacija pagal Semmes (1990b) yra trijų rūšių: patirta socializacija (angl. shared). Pagal ją yra internalizuojama vaikystės ir ilgalaikiai liaudies įsitikinimai ir populiarios sveikatos praktikos. Kitas socializacijos tipas – keičiama socializacija. Pagal ją medicinos ieškotojai internalizavo sveikatos filosofiją vėliau gyvenime, kuri buvo kaip alternatyva ortodoksinei medicinai. Čia dominuoja į gamtą nukreipta įsitikinimų sistema. Įsitikinimai atiduoda pirmenybę prevencinėms medicinos sistemoms, kurios pabrėžia mitybos, gyvenimo būdo pasikeitimus, be vaistų, nechirurginiams, neradiaciniams terapijos metodams. Socialinis kontekstas, kuris apima stiprias socialines visuomenės ir kultūrinės vertybes. Paskutinis trečiasis socializacijos tipas- desocializacija. Pagal jį paciento susidūrimas su ortodoksine medicina buvo labai kritiškai nesėkmingas, todėl tokie pacientai atmeta ortodoksinį gydymą ir ieško alternatyvų jam.

Kiti veiksniai, pagal ką pacientai ieško alternatyvių metodų, yra ligos trukmė, persipinusi su gyvenimo stiliaus pasikeitimu. Tokios sąlygos verčia aktyviausiai ieškoti alternatyvių metodų. Ūmios ir lėtinės ligos sukuria aktyvius sveikatos ieškotojus. Gyvenimo būdo pakitimas buvo susijęs su įsitikinimų pasikeitimu dėl natūralios medicinos naudos.

Lėtinė liga ir gyvenimo būdo pakitimas motyvavo sveikatos ieškotojus naudotis natūralios sveikatos priežiūros specialistų paslaugomis. Ūmi liga ir kai nėra pakitęs gyvenimo stilius, sumažino pritarimą ortodoksinei medicinai, bet natūrali medicinos priežiūra išliko kaip tinkama.

Pasaulietiškas tinklas buvo labai reikšmingas teikiant žinias apie natūralią mediciną, apibrėžia turimų sveikatos problemų sprendimo galimybes ir identifikuoja specifinį sveikatos priežiūros būdą ir tinkamus praktikus. Lėtinė liga ir nepakitęs gyvenimo stilius veikia kaip faktoriai, kurie mažina norą pasinaudoti natūraliais sveikatos priežiūros metodais. Šiuo atveju nėra ideologinio polinkio naudoti natūralius sveikatos būdus. Ir ligą tada buvo norima gydyti pagal ortodoksinę mediciną.

Svarbu, prieš apskritai ieškant bet kokios medicininės pagalbos, išgalėję paciento įsitikinimai ir ikisocialinis patyrimas (socializacija, aplinkinis tinklas), sprendimas ieškoti medicininės pagalbos (lėtiniai ir ūminiai susirgimai/įtampa). Išskiriami trys faktoriai: potencialus pacientas suvokia, jog jam reikalinga profesionalo pagalba dėl sveikatos problemos; potencialus pacientas išmoka,

susipažįsta su natūralios medicinos metodais, kurie esant jo problemai yra tinkamiausi; potencialus pacientas suvokia, kad ortodoksinė medicina yra neefektyvi, netinkama spręsti jo sveikatos problemas. Lėtinėje ligoje pasitaikantys ūmūs periodai priverčiantys atkakliau, operatyviau ieškoti pagalbos. Psichologinė trauma šiame procese irgi vaidino svarbų vaidmenį. Semmes C.E. (1990 b.) išskyrė 2 modelius, pagal kuriuos žmonės pirmą kartą susiduria su netradicine medicina. Pagal pirmą žmonės išsako pasikeitimus įsitikinimus ir gyvenimo stilių. Pagal antrąjį modelį žmonės pradeda ieškoti pagalbos kaip reakcijos į savo paūmėjusią ligą ar sveikatos negalavimą. Abiem atvejais svarbu reikšmingųjų kitų svarba bei visuomenės informacijos priemonių atkaklus agitavimas pasirinkti vieną ar kitą gydymo metodą.

3.4. Tapimo netradicinės medicinos naudotoju etapai

Semmes (1990 a.) netgi pabandė išskirti ėjimo pas netradicinės medicinos praktikos specialistus stadijas. Trumpai pirmą stadiją galima būtų apibūdinti kaip: paciento ir praktiko susidūrimas (praktikos gydytojas išsako idėjas, derančias tarpusavy su paciento idėjomis). Antra, naujas pacientas turi pamatyti gydymą kaip efektyvų. Trečia, pirmą kartą atėjęs pacientas turi pamatyti terapeutą kaip kompetentingą. Ketvirta, pirmą kartą atėjęs pacientas turi sutikti, jog galės vykdyti nustatytus gydymo reikalavimus. Šie situaciniai ir sąlyginiai faktoriai yra vienas kitą paneigiantys. Netradicinės medicinos specialistai stengiasi, kad sumažėtų atstumas tarp jo ir paciento, būtų kuo atviresnis. Svarbu laiko trukmė, kiek jie kartu praleidžia. Priešpaskutinis etapas yra po- susitikimo patyrimas. Žmogus po to dažnai klausia savęs: “ar aš tikiu šia terapija? Kaip aš aiškinu terapijos rezultatus? Kaip aš bendrauju su tokiomis terapijomis netikinčiais žmonėmis? Tik perėjus šį etapą, galima sakyti, jog palaipsniui susiformuoja reguliarius naudotojas. Toks pacientas sutinka, kad naudinga tiek tradicinė medicina, tiek netradicinė, tik skirtingomis sąlygomis.

3.5. Žmonių, naudojančių netradicinę mediciną ypatumai

Šiame skyrelyje trumpai apžvelgsime pagrindinius skirtumus tarp žmonių, naudojančių netradicinę mediciną, ir žmonių, vengiančių netradicinės medicinos, besirenkančių tradicinę konvencinę sveikatos priežiūrą. Susipažinus su neseniai atliktais tyrimais, gauti gana kontraversiški duomenys.

Tsao, Zeltzer (2005) sako, kad nagrinėti skausmo metodus šiuo požiūriu sunku dėl to, kad iki galo nėra aišku, kokie metodai yra netradicinės medicinos, o kokie tradicinės. JAV pediatrijoje netradicinė medicina yra plačiai naudojama. Skaičius svyruoja nuo 30 iki 70%. Daugiausia naudoja

sergant vėžiu, reumatoidiniu artritu, cistine fibroze. Skausmas yra svarbi problema, dėl ko ieškoma netradicinių gydymo metodų.

Semmes. (1990a.) kalba, jog ligos elgesys apima nuolat vykstančias pastangas sumažinti, įvaldyti, ar vėl atlikti dėl skausmo paliktas kasdienes užduotis. Pacientai, kreipdamiesi pas netradicinės priežiūros specialistus, norėjo pagerinti savęs vaizdą, įgauti didesnę kontrolę savo gyvenime, padidinti savo kultūrinį identitetą ir statusą visuomenėje. Žmonės gali jaustis neįvertinti ir frustruoti dėl sumažėjusios funkcionavimo galimybės. Taigi jie ieško būdo pagerinti savęs vaizdą arba iš naujo konstruoti ligos patyrimo supratimą.

Dažnai, jei žmogus nežino tikslios diagnozės, tai tokią informaciją siekia gauti iš tradicinės medicinos specialistų, gydymą iš netradicinės. Be to, tradicine medicina pasikliaujama pirmiausia, kai yra trauma, stiprus audinio pažeidimas. Sergantys vėžiu bene dažniausiai pasitiki tradiciniais ortodoksiniais metodais, nors kitą vertus, neatsisako šalia pabandyti ir kitų netradicinių būdų. Mitybos ir gyvenimo stiliaus pokyčiai taip pat neretai sutinkami (Semmes., 1990b.).

Jungtinėse Amerikos Valstijose 1998m sudarytoje apklausoje sakoma, kad tai labiau išsilavinę žmonės, prastesnio sveikatos statuso (būvio), holistinės sveikatos orientacijos, anksčiau turėję psichologinį sukrėtimą, kuris pakeitė jų pasaulėžiūrą; besidomintys aplinka; feministinėmis idėjomis; domisi dvasingumu; psichologiniu asmenybės augimu. Priklausymas etninei grupei, lytis, amžius, pajamos nebuvo prognozuojantys polinkį į netradicinę mediciną faktoriai. Kita tyrimo pusė buvo skirta išsiaiškinti, kas paskatino pasikliauti netradicine kinų medicina. Išskirtos tokios priežastys: simptomų sumažėjimas, pagerintas funkcinis lygis, naujas vieningumo ir pusiausvyros jausmas, koncentravimasis į visumą kūnas/protas/dvasia/socialinis asmuo. Tokie žmonės vertina artimą ryšį su žmogumi/terapeutu. (Schwentker,1995.)

Shinto ir kt. (2006) teigia, kad tokie faktoriai, kaip moteriška lytis, aukštasis išsilavinimas, ilgesnė ligos trukmė, žemesnis fizinis pajėgumas, ir nenaudojimas DMT (ligą modifikuojančių terapijų) yra susiję su polinkiu naudotis netradicinių medicinos specialistų paslaugomis.

Lengacher ir kt. (2006) domisi alternatyviais metodais ir teigia, jog papildomos ir alternatyvios terapijos padeda sumažinti simptomus, psichologinį stresą, įgauti gydymesi daugiau kontrolės, palengvina šalutinius efektus. Netradicinės medicinos ieškoma ir dėl nepasitenkinimo tradicine medicinos priežiūra (Lengacher ir kt.. 2006; Lee ir kt., 2004). Kitą vertus Rossi ir kt. (2006) pateikia tokius rezultatus: 45% rinkosi netradicinę mediciną dėl jaučiamos naudos; 27,2%- dėl to, kad netradicinė saugesnė nei tradicinė ir turi mažiau šalutinių efektų; 18,2% - dėl to, kad rekomendavo prižiūrintis gydytojas; 9,2%- dėl nepasitenkinimo tradicine konvencine medicina.

Fouladbakhsh ir kt. (2005) rašo, jog beveik 30% sergančių vėžiu žmonių buvo linkę naudotis netradicine medicina. Dažniausiai buvo naudojama žolelės, vitaminai ir dvasinis gydymas. Faktoriai, kurie prognozuoja naudojimąsi netradicine medicina yra lytis, šeimyninė padėtis, vėžio stadija, vėžio

gydymas, ir sunkių simptomų skaičius. Pabrėžiama, jog gydantis personalas turi žinoti, kokius būdus ir kodėl žmonės naudoja.

Dobkin ir kt. teigia, jog psichologinis jautrumas yra susijęs su polinkiu ieškoti netradicinės medicinos pagalbos, labiau nei polinkį būtų bandoma paaiškinti amžiumi, pajamų dydžiu, komorbidiškumu, neįgalumu ir skausmo intensyvumu (2003). Autorių gauti rezultatai skiriasi nuo Nicassio ir kt. kuris teigė, jog jaunesnis amžius, intensyvesnis skausmas ir didesnis neįgalumas buvo susiję su didesniu alternatyvios priežiūros naudojimu (1997),.

Barnes ir kt. JAV atliko statistinę apklausą, kuri atskleidė, jog 62% suaugusių asmenų naudojo netradicinius metodus sveikatai pagerinti. Netradicinių metodų naudojimas varijuoja priklausomai nuo lyties, rasės, amžiaus, geografinio regiono, sveikatos draudimo statuso, hospitalizacijos, priklausomybės nuo alkoholio ar cigarečių. Atlikus išsamią statistinę analizę, tyrime teigiama, jog alternatyvūs netradiciniai metodai daugiausiai buvo naudojami, kai žmogus kentėjo nuo nugaros skausmo, ar nugaros problemų, galvos, sprando, kaklo skausmo ar kaklo medicininių problemų, sąnarių skausmo, nerimo ar depresijos. 54,9% respondentų manė, jog netradiciniai metodai, derinami su tradiciniais, padės; o 50,1% manė, jog būtų tiesiog įdomu pabandyti (2002).

Calnan ir kt. domisi viršutinių galūnių patiriamu skausmu. Jis su kolegomis rašo, kad ankstesni tyrimai teigia, jog kenčiantys nuo nespacificinių ligų, siekia iš savo gydytojų validizacijos (patvirtinimo). Taigi yra poreikis gauti “diagnostinę etiketę” ypatingai esant lėtinių ligų, nevisai mediciniškai aiškių situacijų atveju. Be to, tokiais atvejais, psichologinės priežastys dažniau išskyla nei įprastas biomechaninės negalavimo priežastys: t.y. natūralus senėjimo procesas. Net 60% tyrimo respondentų negalavimus įvardino kaip senėjimo pasekmę. Be to, tyrimo dalyviai teigia, jog darbas paspartino sveikatos problemą (40%), o ne tiesiogiai paveikė ją (22%). Noras remtis fiziniu paaiškinimu, automatiškai sukuria kliūtis kalbėti apie psichologinius sunkumus. Iš esmės tyrime buvo pastebėta, kad pacientai buvo labiau susirūpinę rasti gydymą, kuris palengvintų simptomus, negu gauti tikslią, specifinę diagnozę. Bendrai paėmus, galima teigti, jog viršutinės galūnės skausmą yra sunku diagnozuoti, tai gali paaiškinti, kad dauguma žmonių delsė kreiptis pas gydytojus profesionalus, o vėliau buvo linkę sutikti su klinikinio problemos neapibrėžtumu ir ne visai aiškia įveika. Gauta, jog bendrosios praktikos gydytojų riboti įgūdžiai nebuvo pacientų nerimo šaltinis. Ortodoksinis gydymas pats savaime, o ne gydytojai praktikai kėlė skepticizmą. Manyta, kad siūlomi metodai tik iš dalies yra efektyvūs. Be to, pacientai buvo susirūpinę, jog kai kurie ortodoksiniai metodai (nuskausminamieji, steroidų injekcijos) turi šalutinių efektų, pavojų ilgai išsivystyti priklausomybę ir, kad iš tiesų šie vaistai tik silpnina problemos pasekmes, bet negydo priežasčių. Šie susirūpinimai ir pripažinimas, jog ortodoksinė medicina yra ribota didina žmonių norą ieškoti alternatyvių metodų. Vėlgi iš tyrimo pastebėta, jog, nors ir nėra kritikuojami alternatyvūs metodai taip kaip ortodoksiniai metodai, bet į juos dedama mažiau vilčių (2005a).

Calnan ir kt. (2005a) teigia, jog nėra prasmės teigti, jog pacientai visiškai nususuka nuo tradicinių metodų, greičiau tokią gydymo situaciją galima būtų pavadinti “dviguba nauda”. Tai yra žmonės yra ambivalentiškai ortodoksinės, tradicinės, mokslinės medicinos atveju, abejoja jos nauda, bet tuo pačiu kreipiasi, jei iškyta kokia nors sveikatos problema. Apibendrinant šį tyrimą galima pasakyti, jog iš esmės pacientai, kenčiantys nuo viršutinės galūnės skausmo, svarbiausiu veiksmu įvertinant sveikatos priežiūrą laiko gydymo efektyvumą. Mažai kas buvo linkęs pabrėžti profesionalų kompetencijos lygį, galimybę tiksliai diagnozuoti ar santykio tarp gydytojo- paciento reikšmę. Pirmenybę renkantis metodus, žmonės buvo linkę skirti, ne remiantis tradicinės, netradicinės medicinos kriterijumi, o tuo, kiek metodas yra saugus ir mažina skausmą.

Tsao ir kt. kalba, jog pacientų lūkesčiai dėl papildomos ir alternatyvios terapijos yra svarbūs atsiduodant gydymui, alinimui, klinikiniam rezultatui. Ir, kad įgytos žinios apie netradicines terapijas didina jų efektyvumą (2005).

Lee ir kt. tiria įsitikinimų ryšį su netradicinių metodų pasirinkimu. Jie gavo, jog žmonės, kurie buvo labai patenkinti gydymu, nebuvo linkę ieškoti netradicinių metodų. Be to, pasitenkinimas gydytojo- paciento ryšiu taip pat nebuvo susijęs su netradicinių metodų naudojimu (2004).

Calnan. ir kt. sako, kad priežasties suvokimas yra lemtingas, kai bandoma geriau suprasti ligos modelio veiksmus ir pagalbos siekiantį elgesį. Psichosocialinės ar darbo priežastys buvo nurodomos dažniausiai tais atvejais, kai jau biomechaninės priežasties aiškinimas nebebuvo tinkamas. Alternatyvūs metodai buvo populiarūs, bet žmonės juos naudojo kaip papildymą prie ortodoksinės tradicinės medicinos priežiūros. Gydytojus praktikus dažniausiai įvertina, pagal jų galimybes sumažinti skausmą (2005b).

Buck ir kt. tyrimas reikšmingas mūsų darbui. Jame tyrėjai kėlė hipotezę, jog pacientų pasaulėžiūra ir sveikatos priežiūros tipo pasirinkimas yra susiję (2005). Tyrime buvo naudoti Pepperian 4 pasaulėžiūros tipai: formistinis (biomedicininis modelis); mechanicistinis (priežasties-pasėkmės modelis); kontekstinis (aplinkos svarba sveikatai); organistinis (sisteminis modelis, pabrėžiama dalių nuolatinė sąveika su visuma). Gauta, jog amžius ir pasaulėžiūros tipas gali prognozuoti tai, kokį gydymo būdą pasirinks pacientai. Rezultatai atskleidė, jog vyresnio amžiaus žmonės su formistine pasaulėžiūra mažiausiai linkę naudotis netradicinės medicinos būdais skausmui malšinti. Kai tuo tarpu organistinio ir kontekstinio tipo pasaulėžiūrą turintys asmenys buvo labiau linkę naudotis netradicine medicina.

Netradicinės medicinos specialistai nevengia pateikti savo praktikuojamų gydymo metodų kaip ypač patikimų, nereikalaujančių didesnių paties sergančiojo pastangų, garantuojančių greitą poveikį, visišką pasveikimą ir neturinčių jokio nepageidaujamo poveikio. Toks gydymo pateikimas nėra blogas, jeigu juo nuoširdžiai siekiama stabilaus kenčiančio žmogaus būklės pagerėjimo. Tačiau nesant netradicinės medicinos priemonių pateikimo priežiūros, iškyta puiki terpė piktnaudžiauti

žmonių nepasitikėjimu tradicine medicina. Tuo tarpu pagal dabartinius gydytojo darbą reglamentuojančius teisės aktus gydytojas privalo išaiškinti pacientui galimą nepageidaujama gydymo metodo poveikį, kuris, pripažinkime, išreikštas žodžiais, gali tikrai gąsdinti.

Lėtinių ligų išvarginti žmonės sužino, kad, simptomams pranykus, metų metus reikės palaikomojo gydymo ir dar nuolat stebėti vidaus organų veiklą – ar nepasireiškia nepageidaujamas vaisto poveikis. Kam gerti „chemiją“ visą gyvenimą, jeigu yra gydymo metodų, kurie žada visiškai išgydyti po mėnesio kurso ir be jokio nepageidaujamo poveikio (Šablevičius M., data).

Skaitant tyrimus matyti, jog tyrimai išties nėra vieningi, kalbėdami apie tai, kokie žmonės naudoja netradicinę mediciną. Aišku po demografinių kintamųjų sąsajos su sveikatos priežiūros tipo pasirinkimu, slypi kur kas daugiau nei vien lyties, amžiaus, išsilavinimo, skausmo intensyvumo, tipo skirtumai. Galima daryti prielaidą, jog iš tiesų skausmo samprata yra svarbi, nusprendžiant, kokia sveikatos sistema yra priimtinausia. Taigi šiame darbe bus daugiausia skiriama dėmesio patikrinti skausmo sampratos ryšiams su žmonių polinkiu rinktis vienus ar kitus skausmo gydymo metodus..

Tyrimo prielaidos

Norint geriau pažinti skausmo fenomeną, reikalingi įvairiapusiški skausmo tyrimai.

Skausmas yra subjektyvus patyrimas, sąveikaujantis su daugeliu veiksnių: biologinių, socialinių, psichologinių. Teigiama, kad psichologinių veiksnių vaidmuo yra sudėtingesnis nei buvo anksčiau manyta. Louks ir kt. (1978) kalba, jog nėra vienalytės skausmo asmenybės. Lewandowski (2004) sako, jog lėtinis skausmas yra vienas iš aiškiausių pavyzdžių, jog yra sudėtingas ryšys tarp proto, kūno, dvasios ir aplinkos.

Bandant įvertinti ir mažinti skausmą, būtina atsižvelgti į psichologinius veiksnius, ypač pabrėžiami kognityviniai veiksniai, todėl, kad skausmas iš esmės yra suvokimo reiškinys. Iš tiesų kognityviniai faktoriai yra atsakingi už galutinę suvokimo proceso dalį. Nors niekas nesiekia numenkinti sensorinius, emocinius skausmo veiksnius, paskutinis, integruojantis veiksnys visgi yra kognityvinės prigimties (Turk ir kt. 1983; Turk & Rudy, 1986; Keefe & Williams, 1989; Keefe ir kt. 1992; Turk & Rudy, 1992; pgl, Moreno ir kt., 1999; Jensen ir kt. 1991).

Taigi svarbu iš anksto įvertinti pacientų žinias, įsitikinimus apie skausmą, tam, kad prieš pradėdant gydymą būtų galima kiek įmanoma padidinti gydymo programos efektyvumą.

Kognityvinius skausmo faktorius apjungia skausmo sampratos sąvoka. Lee ir kt. (2004) tiria įsitikinimų ryšį su netradicinių metodų pasirinkimu. Jie gavo, jog žmonės, kurie buvo labai patenkinti gydymu, nebuvo linkę ieškoti netradicinių metodų. Be to, pasitenkinimas gydytojo-paciento ryšiu nebuvo susijęs su netradicinių metodų naudojimu. Calnan ir kt. (2005b) sako, kad skausmo priežasties suvokimas yra reikšmingas, kai bandoma geriau suprasti ligos modelio veiksmus ir pagalbos siekiantį elgesį. Buck ir kt. (2005) tyrimas atskleidė, jog pacientų pasaulėžiūra ir sveikatos priežiūros tipo pasirinkimas yra susiję.

Taigi galima daryti prielaidą, kad pacientų skausmo samprata yra reikšminga renkantis sveikatos priežiūros tipą.

Tyrimo tikslas

1. Išsiaiškinti pacientų lėtinio skausmo sampratą.
2. Patikrinti lėtinio skausmo pacientų skausmo sampratos ryšį su pasirenkamais skausmo gydymo metodais.

Tyrimo hipotezė

Egzistuoja ryšys tarp lėtinio skausmo pacientų skausmo sampratos ir pasirenkamų skausmo gydymo metodų:

- egzistuoja ryšys tarp lėtinio skausmo pacientų skausmo spontaniško apibūdinimo ir pasirenkamų skausmo gydymo metodų.
- egzistuoja ryšys tarp lėtinio skausmo pacientų įsitikinimų apie skausmo priežastį ir pasirenkamų skausmo gydymo metodų.
- egzistuoja ryšys tarp lėtinio skausmo pacientų skausmo įveikos ir pasirenkamų skausmo gydymo metodų.
- egzistuoja ryšys tarp lėtinio skausmo pacientų skausmo gydymo lūkesčių ir pasirenkamų skausmo gydymo metodų.
- egzistuoja ryšys tarp lėtinio skausmo pacientų skausmo suvokiamos kontrolės ir pasirenkamų skausmo gydymo metodų.

METODIKA

Tyrimo dalyviai: tyrime dalyvavo 45 tyrimo dalyviai, iš jų 15 vyrų ir 30 moterų. Tyrimas buvo atliktas Abromiškių reabilitacijos ligoninėje, ir Vilniaus universitetinės slaugos ir ilgalaikio gydymo ligoninėje (tai tuo metu gulėję dėl įvairių priežasčių ligoniniai).

Tyrimo dalyvių amžius išsidėstęs skalėje nuo 25 iki 65. Amžiaus vidurkis 54,8m.

Tyrimo stimulinė medžiaga:

I. Įsitikinimų apie skausmo kontrolę klausimynas (Beliefs about Pain Control Questionnaire, BPCQ) - tai specifinis suvoktos kontrolės nustatymo klausimynas, skirtas įsitikinimams apie skausmo kontrolę matuoti. Įvertinimui naudojama 6 balų Likert'o skalė, kurioje tiriamieji turi pasirinkti vieną variantą nuo (1) visiškai nesutinku, (2) nesutinku, (3) iš dalies nesutinku, (4) iš dalies sutinku, (5) sutinku (6) visiškai sutinku. Atlikus faktorinę analizę metodikos autorė Skevington (1990) nustatė, kad visus 13 klausimų galima suskirstyti remiantis trimis faktoriais. Autorė išskiria *internalumo skalę* (I), kuri matuoja įsitikinimus apie tai, kad skausmas yra kontroliuojamas vidinių faktorių (1, 3, 8, 10 ir 11 klausimai); „*Galingųjų daktarų*“ skalę (P), kuri matuoja įsitikinimus apie tai, kiek sveikata yra „galingųjų kitų“ rankose (2, 6, 7 ir 12 klausimai), ir *atsitiktinumo skalę* (C), kuri matuoja įsitikinimus susijusius su tuo, jog skausmą kontroliuoja atsitiktinės priežastys arba nelaimės (4, 5, 9 ir 13 klausimai). Cronbach α yra 0.84.

II. Skausmo gydymo metodų sąrašas. Jį sudaro 18 skausmo gydymo metodų. Sąrašas buvo rengiamas, iš pradžių atliekant apžvalginį tyrimą.

- Pirma, pagal užsienyje paplitusius skausmo mažinimo būdus (tiek tradicinius, tiek netradicinius) buvo surašytas išsamus sąrašas, susidedantis iš 24 skausmo mažinimo metodų (žr. PRIEDAI nr. 3)
- Po to tą sąrašą buvo bandoma pritaikyti Lietuvos imčiai (buvo konsultuotasi su gydytojais, dirbančiais skausmo mažinimo srityje, klausiami, kokie metodai iš sąrašo yra naudojami Lietuvoje).
- Vėliau skausmo gydymo metodų sąrašas su tais metodais, kurie yra šiuo metu pasiekiami, įmanomi Lietuvoje, buvo dar kartą pateiktas keturiems skausmo specialistams. Skausmo ekspertai priklauso skausmo draugijai ir domisi naujausiais atradimais skausmo srityje. Jie turėjo kiekvieną metodą iš sąrašo, įvertinti pagal du kriterijus: alternatyvumo/ tradiciškumo ir efektyvumo/ neefektyvumo.

- Galutiniame sąrašo variante liko 18 skausmo gydymo metodų, kurie gavo didžiausius/mažiausius įvertinimus pagal alternatyvumo ir efektyvumo kriterijus 9 (žr. Priedai nr. 1). 18 metodų galima išskirti į dvi grupes: tai 9 alternatyvūs skausmo gydymo metodai ir 9 tradiciniai skausmo gydymo metodai.

III.: Pusiau struktūruotas interviu skausmo sampratai išsiaiškinti

Interviu klausimai užduodami ne visi iš karto, o kai žmogus baigia atsakinėti į vieną klausimą, tada užduodamas kitas. Jeigu žmogus pats pradėdavo kalbėti apie tą skausmo aspektą, kurio klausimas dar nebuvo užduotas, tada perklausoma, pridėdant, ar žmogus nori dar ką nors į tą klausimą atsakyti, papildyti.

Interviu buvo pradėdama taip: „Laba diena, norėčiau jūsų paklausti keleto klausimų apie skausmą.“

Interviu metu buvo užduodami tokie klausimai:

Apibūdinkite, koks tai skausmas?

Ką galvojate, kai pradeda skaudėti?

Ką darote, kai pradeda skaudėti?

Kaip jaučiatės, kai pradeda skaudėti?

Kaip pasikeičia emocinė būseną, kai pradeda skaudėti?

Kaip, manote, kodėl jums skauda? Kaip aiškinate patiriamą skausmą. Papasakokite apie tai plačiau.

Kaip bandote mažinti skausmą?

Ko tikėtės taikydami skausmo gydymo būdus?

Koks rezultatas, kai naudojate vienokį ar kitokį skausmo mažinimo būdą, patenkintų jus?

Dėkoju, kad sutikote pasidalinti savo patirtimi.

Tyrimo eiga:

- Pirmiausia prisistačiau tyrimo dalyviui, paaiškinau tyrimo tikslą. Pasakiau, kad tiriū žmonių pasakojimus apie skausmą ir jų naudojamus skausmo mažinimo būdus.
- Išsiaiškinau skausmo lokalizaciją, trukmę, lytį, amžių, išsilavinimą.
- Prašiau skausmo metodų sąrašė pažymėti, kokius skausmo mažinimo metodus yra naudoję arba planuoja naudoti.
- Prašiau užpildyti Įsitikinimų apie skausmo kontrolę klausimyną.
- Tada uždaviau iš anksto paruoštus interviu klausimus.
- Padėkojau už tai, kad dalyvavo tyrime.

Tyrimo trukmė: trukmė įvairi, priklauso nuo to, kiek žmogus šneka. Vidutiniškai visas tyrimas trukdavo 30-35min.

Tyrimo medžiagos apdorojimas

Interviu buvo įrašinėjami į diktofoną, kol tyrimo dalyviai kalbėjo. Po to įrašytas interviu perrašomas į lapus. Tekstas analizuojamas, remiantis turinio analize.

Skausmo samprata apima įsitikinimus apie skausmą. Matuojami įsitikinimai apie skausmo priežastis (priežastinė skausmo atribucija), apie lūkesčius, skausmo kontrolę, skausmo apibūdinimą. Į skausmo įsitikinimus įtraukti ir įsitikinimai apie išsakomą skausmo įveiką.

Turinio analizės seka pagal Carley (1992): pasirenkama, kokie duomenys bus analizuojami; kaip juos galima apibrėžti; nustatomas analizės laipsnis, nusprendžiama, kokias sąvokas koduoti; nuspręsti koduoti sąvokos egzistavimą ar sąvokos dažnumą; nustatomos taisyklės tekstų kodavimui; nustatoma, ką daryti su nesusijusia /"irrelevantiška" informacija; užkoduojami tekstai pagal sukurtas arba jau egzistuojančias kategorijas. (Stemler, 2001). Kategorija- yra žodžių su panašiomis reikšmėmis, konotacijomis grupė (Weber, 1990, p.37, pgl., Stemler, 2001). Kategorijos turi būti vieną kitą paneigiančios ir išsamios.

Kategorijų validumas . Galima patvirtinti, jog kategorijos yra validžios, nes jos kurtos ne vien tik iš šio tyrimo pasisakymų, bet remiantis literatūra ir skausmo psichologijos teoriniais teiginiais. Kategorijų patikimumas- kappa koeficientas- 0,62. Kappa koeficientas paskaičiuotas pagal dviejų vertintojų įvertinimus. Pagal literatūrą, 0,62 koeficientas rodo pakankamą kategorijų patikimumą (Landis & Koch, 1977; Cohen, 1960, pgl., Stemler, 2001).

Kategorijos ne iš esmės naujai kurtos, o remiasi patvirtintais subjektyvaus skausmo patyrimo teoriniais teiginiais (Morley, 2002); biopsichosocialiniu skausmo apibrėžimu ir paplitusiomis įveikos strategijomis. Kategorijų realumas ir artimumas realiems žmonių pasisakymams patikrintas, koduojant penkis pirminius interviu.

Skausmo pirminis spontaniškas apibūdinimas koduojamas pagal šias 4 kategorijas: sensorinis skausmo apibūdinimas, emocinis skausmo apibūdinimas, skausmo elgesio apibūdinimas, skausmo apibūdinimas per skausmo intensyvumą. Sensorinis skausmo apibūdinimas- tai toks apibūdinimas, kuriame vartojami tokie žodžiai, kaip antai: spaudžiantis, maudžiantis, geliantis, dilgčiojantis ir panašiai. Emocinis skausmo apibūdinimas- tai toks apibūdinimas, kuriame vartojami emociją išreiškiantys žodžiai, kaip antai: keliantis grėsmę, baimę, nerimastingas ir panašiai. Skausmo elgesio apibūdinimas- tai toks apibūdinimas, kada apie skausmą kalbama atliekamos (arba neatliekamos) elgsenos sąvokomis (pvz., "nugaros skausmas man trukdo nueiti į parduotuvę" arba "trukdo judėti..., atrodo, kad negalėsi paeiti..."). Skausmo apibūdinimas per skausmo intensyvumą- tai toks skausmo

apibūdinimas, kada jis išreiškiamas per skausmo stiprumą rodančius žodžius, kaip antai: stiprus, labai stiprus, švelnus, pakenčiamas, nepakeliamas ir panašiai.

Skausmo priežastis koduojama pagal šias 3 kategorijas: vidinė ir išorinė, vidinė dar skirstoma į psichologinės prigimties ir organinės prigimties suvokiamą skausmo priežastingumą. Vidinė psichologinė skausmo priežastis- tai tokia skausmo priežastis, kuri suvokiama kaip psichologinės prigimties (pavyzdžiui, “manau, kad skausmas kyla dėl to, kad esu silpnų nervų ir nesugebu susitvarkyt su įtampa darbe”). Vidinė organinė skausmo priežastis- tai tokia skausmo priežastis, suvokiama esanti organinės prigimties (pvz., “esu įsitikinęs, kad man skauda, nes yra pakitimai kraujagyslių sistemoje”). Išorinė skausmo priežastis- tai tokia skausmo priežastis, suvokiama kaip sukelta išorinio poveikio (pvz., “tikiu, kad visas tas skausmas yra dėl sunkaus fizinio darbo”).

Skausmo įveika koduojama pagal šias 4 kategorijas: kognityvinė, skirianti dėmesį skausmui įveika; kognityvinė, nukreipianti dėmesį nuo skausmo įveika; elgesio, skirianti dėmesį skausmui įveika; elgesio, nukreipianti dėmesį nuo skausmo įveika.

Lūkesčiai apie skausmo gydymą koduojami pagal šias 3 kategorijas: lūkestis nepatirti jokio skausmo, lūkestis patirti mažiau arba pakeliamą skausmą, lūkestis, jog metodas bus neefektyvus pacientų skausmo atveju.

Interviu teksto žodžiai koduojami, priskiriant juos kategorijoms. Analizės vienetas –reikšminis žodis. Šiame tyrime koduojama vien pagal žodžio egzistavimo taisyklę, o ne pagal žodžio dažnumo tekste taisyklę. Nesusijusi informacija tiesiog paliekama, įsigilinus į jos prasmingumą, bet į tolesnę rezultatų analizę neįtraukiama. Priskyrus žodžius kategorijoms, suskaičiuojamas jų skaičius (dažnis tekste).

Pagal turinio analizę įskaičiuojami kiekvienoje kategorijoje pavartotų žodžių dažniai ir skaičiuojamos koreliacijos su pasirinkamų netradicinių metodų skaičiumi ir tradicinių metodų skaičiumi.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Lėtinio skausmo samprata

Lėtinio skausmo samprata pateikiama dviem etapais: iš pradžių kokybinis pristatymas, o vėliau paskaičiuotos koreliacijos.

Spontaniškas skausmo apibūdinimas

Bendrai galima pasakyti, kad spontaniškai žmonės apie skausmą nebuvo linkę daug kalbėti. Bene kiekvienas paminėdavo skausmo vietą/ lokalizaciją. Galima peržiūrėjus visus interviu teigti, jog pradinis skausmo apibūdinimas yra gana individualus. Be to, apibūdinimas yra gana kryptingas, tai yra, jei žmogus nelinkęs aprašydamas skausmą įvardinti afektinių skausmo žodžių, tai net ir vėliau paklašus apie jo emocinę būseną, kai užėina skausmas, retai ką nors dar papildys. Apskritai, galima teigti, kad pagal žodžių apibūdinant skausmą dažnumą, žmonės dažniausiai naudoja sensorinius žodžius, toliau pagal dažnumą seka skausmo intensyvumą išreiškiantys žodžiai, po to skausmo apibūdinimas per skausmo elgseną, o rečiausiai įvardindavo afektinius skausmo žodžius. Tai gana logiška, nes skausmas pirmiausia iš tiesų kyla kaip fizinis sensorinis patyrimas, turintis savo intensyvumą, nes pagal patiriamo skausmo intensyvumą yra naudojamos ir įveikos, pavyzdžiui, jei skausmas dar yra pakeliamas, dalis (66%) respondentų nieko nedaro, tiesiog mano, kad skausmas praeis savaime (“iš pradžių nieko nedarau, manau, paskaudės, paskaudės ir praeis..” (3 tiriamasis). O elgsenos žodžių naudojimą aiškinčiau tuo, kad skausmas iš tiesų, jei tai ilgalaikis patyrimas, persipina su daugeliu kasdienio gyvenimo faktorių, pavyzdžiui, žmogus dėl skausmo negali atlikti vienos ar kitos veiklos arba atvirkščiai privalo atlikti tam tikrą veiklą, kurios galbūt nedarytų, jei nebūtų lėtinio skausmo pacientas. Sunkumas apie skausmą kalbėti afektiniais žodžiais siejasi su Moreno ir kt. išvadomis, kad lėtinio skausmo pacientai rečiau yra linkę gilintis į psichologinius skausmo aspektus (1999).

Įsitikinimai apie skausmo priežastį

Rezultatai atskleidė, jog žmonės dažnai turi labai savitą įsivaizdavimą apie skausmo priežastį. Keliais atvejais (1%) tyrimo dalyviai tik interviu pabaigoje dar pridėdavo, kad iš tiesų jie kenčia tokį skausmą dėl to, kad kažkas juos yra prakeikę ar kad turbūt Dievas juos baudžia. Keli, kalbėdami apie skausmo priežastį, įvardino ne vieną ir ne dvi, o kelias skausmo priežastis. Tai rodo, jog žmogus vis dėl to nėra visiškai tikras, kas sukelia skausmą, nors daugeliui yra nustatyta medicininė diagnozė.

2% atsakė, jog niekada negalvoja apie skausmo priežastį arba jos nežino ir nesistengia jos suvokti, nes skausmas juos lydi jau senai.

7% tyrimo dalyvių atsakė, jog skausmo priežasties žinojimas jiems padeda geriau skausmą įveikti, vengti to, kas sukelia skausmą. 5% teigė, jog nors jie ir turi išivaizdavimą apie galimą skausmo priežastį, bet skausmą sukeliančių veiksnių vengimas ne visada padeda išvengti skausmo. Žmonės, kurie taip teigė, dar pridėdavo, kad skausmas iš dalies tikrai yra sunkiai perprantamas reiškinys.

75% tyrimo dalyvių buvo įsitikinę, kad jų skausmas yra sukeltas išorinio poveikio (darbo 56%), žinių apie skausmo mechanizmus trūkumo (5%), ankstesnių medicininių invazijų (14%). Įdomu, kad net 14% tyrimo dalyvių yra įsitikinę, kad dabar patiria skausmą, dėl to, kad praeity turėjo sveikatos problemų ir turėjo gerti dideliais kiekiais vaistus. Įdomu dar ir tai, kad tokie žmonės tikrai ne visada turi neigiamą nuostatą į stiprius vaistus.

Bene visi, kurie turėjo tikslią nustatytą medicininę diagnozę, tvirtino, jog jų patiriamas skausmas yra organinės prigimties. Moreno ir kt. teigia, jog apskritai lėtinio skausmo pacientai linkę skausmą dažniau priskirti organinėms priežastims. Iš tų, kuriems dar nebuvo nustatyta tiksli medicininė skausmo diagnozė, (15% iš 25%) buvo linkę manyti, kad skausmas yra sukeltas išorinių poveikių arba tai yra natūrali žmogaus senėjimo pasekmė.

Tik 10% buvo įsitikinę, kad jie kenčia lėtinį skausmą dėl psichologinių priežasčių. Kalbėdami apie psichologines priežastis, įvardino traumuojančią patirtį, asmenybinį jautrumą ir nesugebėjimą susitvarkyti su iškilusiomis problemomis.

Įsitikinimai apie naudojamą skausmo įveikimą

Į šį klausimą tyrimo dalyviai pateikė daugiausiai atsakymų, daugiausiai kalbėjo, pateikė informacijos.

Iš tyrimo dalyvių pasisakymų galima netgi sudaryti supaprastintą skausmo elgesio modelį. Beveik visi tyrime dalyvavę lėtinio skausmo pacientai teigė, jog, pradėjus intensyviau skaudėti, jie ima ieškoti medikamentų. Įdomus tas faktas, kad net 39% mano, kad iš tiesų vaistai jiems nesumažins skausmo, bet, kai jų išgeria jaučiasi ramiau. 56% tyrimo dalyvių teigia, jog nuskausminantys vaistai yra būtini, jie žino, kad be vaistų jiems skausmas niekaip nepraeis. Beveik 72% visų tyrimo dalyvių kalbėjo, jog šalia nuskausminamųjų vaistų naudoja raminančius vaistus. Be to, bene kiekvienas teigė, kad jų veiksmai skausmui mažinti yra susiję su skausmo intensyvumu. Jei skausmas dar yra pakeliamas, dalis (66%) respondentų nieko nedaro, tiesiog mano, kad skausmas praeis savaime (“iš pradžių nieko nedarau, manau, paskaudės, paskaudės ir praeis..” (3 tiriamasis). Jei skausmas nemažėja, o auga, pradeda trukdyti atlikti kasdienę veiklą, tada imamasi konkrečių būdų skausmą mažinti (geriami, naudojami vaistai, jei yra galimybė einama pagulėti ir pan. “kai skausmas nemažėja, ieškau vaistų, arba, jei galiu, einu pagulėti...”; “kai skauda ilgai, einu ramiai pabūti” (2, 14 tiriamieji)). 34% visų tyrimo dalyvių teigė, jog pajutę pirmuosius skausmo požymius, žino, kad, jei

nieko nedarys, skausmas tik dar labiau augs (“žinau, kad, jei neišgersiu vaistų, tai skausmas tikrai nepraeis, visada taip būna” 6 tiriamasis). Jie teigė, kad, nors ir būdami darbe, stengiasi kelias minutes atsitraukti nuo atliekamos veiklos ir priklausomai nuo skausmo lokalizacijos stengtis atpalaiduoti įtemptą vietą. Jeigu tai nugaros skausmas, tada automatiškai žmogus ieško kitos, patogios pozicijos, kurioje skausmas silptų. Jeigu tai galvos skausmas ir žmogus yra darbe, tada bene 59% iš 34% stengiasi trumpam, nors kelioms minutėms atsitraukti nuo darbo, apie nieką negalvoti, eiti išgerti vaistų (“stengiuos daryti pertraukas, stengiuosi atsipalaiduoti, atsijungti nuo visokių minčių” (9 tiriamasis))

Bene kiekvienas pacientas įvardino tiek kognityvinių, tiek ir elgesio įveikos technikų. Iš kognityvinių labiausiai paplitę yra pastangos ignoruoti skausmo pojūčius (25%, pvz., “tokios mintys, kaip užslopinti skausmą” (1 tiriamasis)), nukreipti dėmesį (44%, “...stengiuos negalvoti apie skausmą, galvoti apie kažką malonaus” (13 tiriamasis)) disocijuoti (5%), išsakyti teiginius sau (10%,), katastrofizuoti (14%, “pradedu galvoti apie žmones su ramentais, žmonių po sunkių, sudėtingų operacijų”; “nieko nenoriu, nenoriu dirbt, nieko daryt nenoriu, tu negali nieko padaryt...kodėl mane Dievas sukūrė tokią nelaimingą?”(5, 7 tiriamieji)), išsakyti kaltinimus sau (3%, “užėina toks pyktis ant savęs, kodėl aš tokia, visi laimingi, o aš negaliu...”; “aš netgi jaučiu kaltės jausmą, aš net tiek nemoku savim pasirūpinti, kad man skauda (7 ir 4 tiriamieji)). Matyti, jog dominuoja kognityvinės, dėmesį nukreipiančios technikos.

Iš elgesio įveikos technikų labiausiai paplitę yra šios: informacijos siekimas, ieškojimas (26%, “bandau daugiau sužinoti, išsiaiškinti, kaip galima slopinti skausmą” 1 tiriamasis)), poilsio, relaksacijos siekimas (40%), vaistų vartojimas (70%, “po darbo geriu vaistus nuo skausmo ir raminamuosius” 9 tiriamasis), stengimasis būti užsiėmusiu (34%, “..kažką veikiu, kad nuimčiau tą dirglumą..” (1 tiriamasis)), izoliacija (26%, “jei man blogai, kaip ir šiandakt, tyliai sau pabūnu. Aš nemėgstu užuojautos” (1 tiriamasis)). Įdomu, kad dominuoja taip pat daugiau dėmesį nukreipiančios negu dėmesį kreipiančios elgesio skausmo įveikos technikos.

Skaitant pacientų pasisakymus, dar galima išskirti, kad naudojamos įveikos technikos priklauso nuo to, ar žmogus priima savo skausmą (“ar tu dejuosi, ar nedejuosi, optimizmas,ėjimas padeda”, “vis tiek reikia gyventi, o kaip kitaip...” (1, 3 tiriamieji)), ar mato, jį kaip savo dalį ar atvirksčiai traktuoja jį kaip svetimkūnį, kaip kentėjimo šaltinį (“apie joki susitaikymą negali būti nė kalbos, “susigyventi”- taip gali pasakyti tik žmogus, kuris nepatyrė skausmo” (22 tiriamasis). Tokie pacientai turi daugiau vilties, optimistiškiau žiūri į ateitį, mažiau linkę išsakyti kaltinimų sau ir katastrofizuoti (“noriu galvoti, kad praeis, jei nepasiseks, gyvensiu su skausmu, darysiu mankštą” (3 tiriamasis)).

Lūkesčiai apie skausmo gydymą

Nemažas procentas lėtinio skausmo pacientų, naudodami vieną ar kitą skausmo mažinimo metodą nesitiki ryškaus pagerėjimo arba mano, kad tas pagerėjimas bus trumpalaikis (“nemanau, kad yra būdas, kuris man tikrai vienareikšmiškai padėtų..”; “būtų šaunu, jei visai dingtų, bet tai, manau, nerealu” (19,15 tiriamieji), ir tuo pačiu (net 80%) teigė, jog nesitiki, jog ateity bus vienas jiems efektyvus skausmą mažinantis metodas (“tikrai netikiu, kad tiks kažkoks vienas būdas”; “atrodo nelabai įtikima, kad atrasiu tokį būdą, kuris būtų absoliučiai efektyvus” (23, 17 tiriamieji)).

Kalbėdami apie lūkesčius, tyrimo dalyviai tikino, kad svarbu jų pačių indėlis mažinant skausmą (75%, “manau, kad pati turiu stengtis daryti tai, ką pataria gydytojai...”; “jei pats nieko nedarysi, niekas nepadės...” (5, 13 tiriamieji).

Be to, iš interviu rezultatų atsiskleidė, jog tie pacientai, kurie kenčia nuo lėtinio skausmo, palyginti ilgą laiko tarpą (kelis metus) susitaikytų ir būtų patenkinti, jei skausmas ne visai dingtų, o tik būtų pakeliamas arba retesnis (“susitaikyčiau su retesniais skausmo epizodais...”, “norėčiau, kad skausmas tiesiog būtų pakeliamas” (14 tiriamasis, 8 tiriamasis)) negu tie, kurie nuo skausmo kenčia mažiau nei metus (“nenoriu net galvoti, kad visą gyvenimą turėsiu taip kankintis...”(2 tiriamasis)).

Įsitikinimai apie skausmo kontrolę

Pagal įsitikinimų apie skausmo kontrolę klausimyną (BPCQ) gauti tokie rezultatai apie skausmo kontrolės įsitikinimus:

2 lentelė. Skausmo kontrolės klausimyno skalių vidurkiai ir st. nuokrypiai

<i>Klausimyno skalės</i>	<i>Vidurkis</i>	<i>Standartinis nuokrypis</i>
Internalumo skalė	3, 17	0,64
„Galingųjų daktarų“ skalė	1,96	0,69
Atsitiktinumo skalė	0,75	0,64

Skausmo sampratos atskirų rodiklių ryšys tarpusavyje

Pateiktos tik reikšmingos tarpusavyje koreliacijos (skliausteliuose pateiktos koreliacijos). Koreliacijos paskaičiuotos pagal interviu metu pavartotų kategorinių žodžių dažnį (skaičių).

Sensorinis skausmo apibūdinimas koreliuoja su:

- psichologine skausmo priežasties atribucija (0,37)
- išorine skausmo priežasties atribucija (-0,29)
- kognityvine dėmesį kreipiančia įveika (0,45)
- elgesio dėmesį kreipiančia įveika (0,433)
- lūkesčiu neįveikti jokio skausmo (-0,48)

- skausmo kontrolės internalumo skale (0,51)
- atsitiktinumo skausmo kontrolės skale (-0,33)

Skausmo intensyvumo nurodymas koreliuoja su:

- organinė skausmo priežasties atribucija (-0,55)

Afektinis skausmo apibūdinimas koreliuoja su:

- organinė skausmo priežasties atribucija (-0,315)
- elgesio dėmesį nukreipiančia įveika (-0,35)

Skausmo apibūdinimas per elgseną koreliuoja su:

- psichologinė skausmo priežasties atribucija (-0,34)
- organinė skausmo priežasties atribucija (0,45)
- kognityvine dėmesį kreipiančia įveika (-0,31)
- elgesio dėmesį kreipiančia įveika (0,34)

Galbūt vienas iš įdomiausių šio darbo momentų yra spontaniško skausmo apibūdinimo analizė ir jo ryšys su kitais kognityviniais skausmo veiksniais. Bet čia iškyla ir analizės problemų, nes neteko aptikti darbų, kur būtų nagrinėjami pirminiai skausmo pasisakymai. Taigi gautus rezultatus sunku analizuojant palyginti su kitų autorių darbais. Iš rezultatuose pateiktų koreliacijų matyti, jog sensorinis skausmo apibūdinimas susijęs su skausmo priežasties atribucija, su skausmo įveika, su lūkesčiais ir įsivaizduojama skausmo kontrole. Taigi kuo daugiau žmogus, apibūdinamas skausmą kalba apie sensorinius skausmo pojūčius, tuo jis labiau bus linkęs pabrėžti psichologinę skausmo priežastį ir mažiau išorinę skausmo priežastį. Jo skausmo įveika bus tiek apimanti elgesio, tiek kognityvinius veiksnius, bet abiem atvejais, jis bus linkęs kreipti dėmesį į skausmą, o ne jį ignoruoti. Be to, toks lėtinio skausmo pacientas nesitiki, kad jo naudojami skausmo mažinimo metodai turėtų visai panaikinti skausmą, jis yra labiau įsitikinęs, jog pats yra aktyvus kontroliuojant skausmą ir, kad skausmas yra mažai nulemtas atsitiktinių, sunkiai paaiškinamų veiksnių. Pacientas, kuris kalbėdamas apie skausmą, daugiausiai įvardina skausmo intensyvumo žodžių, bus mažiau linkęs manyti, jog jo skausmas yra organinės kilmės. O pacientas, kuris apibūdinamas skausmą, vartoja daugiau afektinių žodžių, bus rečiau įsitikinęs skausmo organine priežastimi ir įveikdamas skausmą, mažiau remsis elgesio, nei kognityvinėmis strategijomis ir stengsis nenukreipti dėmesį nuo patiriamo skausmo į kitus šaltinius. Bet pacientas, kuris kalba apie skausmą ir jį aprašo elgsenos žodžiais, noriau galvos, kad jo patiriamas skausmas yra organinės kilmės, o stengdamasis įveikti skausmą, remsis daugiau kognityviniais ir elgesio metodais, reikalaujančiais nukreipti dėmesį į skausmo šaltinį, o ne vengti jo. Galima spėti, jog toks žmogus orientuotas kryptingą veiklą, aktyvus. Galbūt dėl to, jis kalbėdamas apie skausmą ir mini daugiausiai elgsenos sąvokų.

Psichologinės skausmo priežasties atribucija koreliuoja su:

- sensoriniu skausmo apibūdinimu (0,37)

- skausmo apibūdinimu per elgseną (-0,34)
- išorine priežasties atribucija (-0,78)
- kognityvine dėmesį kreipiančia įveika (0,8)
- kognityvine dėmesį nukreipiančia įveika (-0,52)
- elgesio dėmesį nukreipiančia įveika (-0,32)
- lūkesčiu nejusti jokio skausmo (-0,39)
- skausmo kontrolės internalumo skale (0,53)
- skausmo kontrolės “galingųjų daktarų” skale (-0,31)

Organinės skausmo priežasties atribucija koreliuoja su:

- skausmo intensyvumo nurodymu, kai apibūdinamas skausmas (0,55)
- skausmo apibūdinimu per elgseną (0,45)

Išorinės skausmo priežasties atribucija koreliuoja su:

- sensoriniu skausmo apibūdinimu (-0,29)
- psichologine skausmo priežasties atribucija (-0,78)
- kognityvine dėmesį kreipiančia įveika (-0,74)
- kognityvine dėmesį nukreipiančia įveika (0,48)
- elgesio dėmesį nukreipiančia įveika (0,33)
- lūkesčiu nejusti jokio skausmo (-0,705)
- internalia skausmo kontrolės skale (-0,68)

Iš korelacijų matyti, kad ir priežasties atribucija yra susijusi su tuo, kaip žmogus apibūdina skausmą su tuo, kaip bandys įveikti, kovoti su skausmu, su lūkesčiais ir skausmo kontrolės pozicija. Pacientai, kurie įvardina, kaip galimą, psichologinę skausmo priežastį, bus mažiau linkę išsakyti išorinių skausmo kilmę. Be to, jie mažindami skausmą dažniau remsis kognityvinėmis strategijomis, bet būtinai, kreipiančiomis dėmesį į skausmo šaltinį ir beveik visai nenaudos arba rečiau naudos tokias strategijas, kurios yra nukreipiančios dėmesį nuo skausmo šaltinio. Įdomu tai, kad tokie lėtinio skausmo pacientai, pabrėžiantys psichologinę skausmo prigimtį, nesitiki, kad jų naudojamas metodas turi visiškai panaikinti skausmo patyrimą ir jie tikina, jog patys didele dalimi yra atsakingi už skausmo kontroliavimą. Galima daryti prielaidą, jog, jei žmogus linkęs pabrėžti psichologinius veiksnius skausmo patyrimo, tai jis iš dalies realiau vertina situaciją, mato save, kaip turintį jėgų keisti skausmo patyrimą, kaip esantį aktyvų, tai rodo ir tai, kad jie renkasi dėmesio reikalaujančias įveikos strategijas. Galima spėti, jog tokie asmenys bus labiau adaptyvūs ir sėkmingi gyvendami ir kovodami su skausmu. Kai tuo tarpu lėtinio skausmo tyrimo dalyviai, dažniau minintys organinę skausmo priežastį, apibūdindami skausmą, pabrėš skausmo intensyvumą ir skausmo elgseną. Tiems pacientams, kuriems priimtinausia teigti, jog skausmas yra sukeltas išorinių veiksnių, kalbėdami apie skausmą mažiau gilinaisi į sensorinius pojūčius ir mažindami skausmą, taip

pat naudos strategijas, kurios nukreipia dėmesį nuo skausmo šaltinio ir mažiau linkę prisiimti atsakomybę už skausmo kontroliavimą. Gali būti, jog tokie žmonės labiau linkę pasikliauti išorinėmis jėgomis įveikdami skausmą ir apskritai manyti, jog skausmas yra kažkas svetimo, šalutinio. Tai dera su jau anksčiau atliktu Moreno ir kt. (1999) bei Williams ir Thorn (1989, pgl. Moreno ir kt., 1999) atliktu tyrimu, kuriame teigiama, jog yra reikšmingai susiję organinės priežasties atribucijos su įsitikinimais, kad skausmas yra kontroliuojamas išorės jėgų (sėkmės, aplinkinių jėgos).

Kognityvinė dėmesį kreipianti įveika koreliuoja su:

- sensoriniu skausmo apibūdinimu (0,45)
- skausmo apibūdinimu per elgseną (-0,31)
- psichologine skausmo priežasties atribucija (0,82)
- išorine priežasties atribucija (-0,74)
- elgesio dėmesį nukreipiančia įveika (-0,32)
- skausmo kontrolės internalumo skale (0,42)

Kognityvinė dėmesį nukreipianti įveika koreliuoja su:

- psichologine skausmo priežasties atribucija (-0,52)
- išorine priežasties atribucija (0,48)
- elgesio dėmesį nukreipiančia įveika (0,60)
- skausmo kontrolės internalumo skale (-0,43)
- “galingųjų daktarų” skausmo kontrolės skale (0,41)

Elgesio dėmesį kreipianti įveika koreliuoja su:

- sensoriniu skausmo apibūdinimu (0,43)
- skausmo kontrolės atsitiktinumo skale (-0,33)

Elgesio dėmesį nukreipianti įveika koreliuoja su:

- afektiniu skausmo apibūdinimu (0,35)
- psichologine skausmo priežasties atribucija (-0,32)
- išorine priežasties atribucija (0,33)
- kognityvine dėmesį kreipiančia įveika (0,32)
- kognityvine dėmesį nukreipiančia įveika (0,66)
- “galingųjų daktarų” skausmo kontrolės skale (0,29)

Lūkestis neįvesti jokio skausmo koreliuoja su:

- internalia skausmo kontrolės skale (-0,75)
- “galingųjų daktarų” skausmo kontrolės skale (0,68)

Skausmo kontrolės internalumo skalė koreliuoja su:

- “galingųjų daktarų” skausmo kontrolės skale (-0,58)
- lūkesčiu nejusti jokio skausmo (-0,7)

Skausmo kontrolės “galingųjų daktarų” skalė koreliuoja su:

- lūkesčiu nejusti jokio skausmo (0,68)

Kaip populiariu tirti skausmo įveikas, taip gana daug įvairių tyrimų galima aptikti su įsitikinimais apie skausmo kontrolę. Anot Skevington, skausmo kontrolė apskritai stipriai persipynusi su skausmo įveika ir bendrai įsitikinimais apie skausmą. Iš pateiktų duomenų apie koreliacijas, tai gana gerai matosi.

Kad nekartotume su anksčiau pateiktų aiškinimų apie ryšius, dabar dar tik papildysime, jog skausmo kontrolės internalumo skalė ir “galingųjų daktarų skalės” yra viena kitą paneigiančios. Be to, kuo stipriau žmogus įsitikinęs, jog gali kontroliuoti skausmą, ir kad yra atsakingas už gydymo rezultatus, tuo labiau jis bus nelinkęs tvirtinti, jog vien naudojimas vieno ar kito metodo gali visiškai panaikinti skausmo jutimą. Galbūt tokie žmonės mano, jog vien metodas pats savaime negali būti panacėja, kad jo indėlis iš tiesų reikalingas, siekiant geriausių skausmo gydymo rezultatų. Kuo labiau pacientas įsitikinęs, kad skausmą jam gali sumažinti tik sveikatos priežiūros specialistai, tuo stipriau jis tikės nejusti jokio skausmo. Jensen ir kt. irgi rašo, jog gydymo rezultatų lūkesčiai gali įtakoti elgesį (1991). Darbas su tokiais pacientais nėra lengvas, kurie pilnai atsiduoda gydytojų valiai, bet patys nejaučia, jog gali būti aktyvesni skausmo gydyme. Galima spėti, kad tokie pacientai bus mažiau prisitaikę ir jiems gali būti būdingi aukštesni emocinių sunkumų rodikliai. Nes Marsall yra rašęs, kad žmonės, turintys vidinį kontrolės lokusą, sako, kad skausmas yra mažiau intensyvus ir jiems būdingas žemesnis depresiškumas dėl skausmo patyrimo (1991), taigi galioja ir atvirkštiniai teiginiai.

Be to, gauti ryšiai tarp skausmo kontrolės ir įveikos strategijų, patvirtina anksčiau atliktus tyrimus Brown ir Nicassio, kad vidinį kontrolės lokusą turintys žmonės taiko aktyvias skausmo įveikos strategijas, kas mūsų tyrime yra apibrėžta kaip dėmesį į skausmo šaltinį kreipiančios strategijos (1987).

Skausmo mažinimo metodų pasirinkimas

Buvo tikėtasi, kad bus galima išskirti tris skausmo mažinimo būdų naudotojų grupes: linkusius į tradicinę mediciną, linkusius į netradicinę mediciną ir linkusius naudoti abu metodus. Iš tyrimo rezultatų galima teigti, jog iš tiesų lėtinio skausmo pacientų pasirinkimus galima suskirstyti į dvi grupes: tuos, kurie linkę naudoti tradicinius skausmo mažinimo būdus ir tuos, kurie linkę rinktis tiek tradicinius, tiek netradicinius skausmo mažinimo metodus.

Taigi būtų logiška teigti, kad Lietuvoje netradicinė medicina yra ne alternatyvaus pobūdžio, o daugiau naudojama kaip papildoma (komplementari) tradiciniams metodams.

buvo naudojami šie:

3 lentelė. Dažniausiai paminėti netradicinių skausmo mažinimo metodai.

Netradiciniai skausmo mažinimo metodai	Žmonių, pažymėjusių šį metodą kaip naudotą, skaičius (procentais)
Akupunktūra	30%
Malda	27%
Homeopatija	25%
liaudies medicinos priemonės	23%
Relaksacija	10%

4 lentelė. Dažniausiai paminėti tradicinių skausmo mažinimo metodai.

Tradiciniai skausmo mažinimo metodai	Žmonių, pažymėjusių šį metodą kaip naudotą, skaičius (procentais)
medikamentiniai metodai (vaistai)	80%
Kineziterapija	65%
gydomasis masažas	77%
šilumos terapija	23%

Skausmo mažinimo metodų pasirinkimo ryšys su lėtinio skausmo samprata

Skausmo mažinimo metodų pasirinkimo ryšys su lėtinio skausmo samprata skaičiuotas pritaikius SPSS statistikos paketą. Buvo skaičiuojamos koreliacijos tarp atskirų skausmo sampratos komponentų ir netradicinių, tradicinių skausmo metodų pasirinkimo skaičiaus. Kadangi duomenų skirstiniai pasiskirstę ne pagal normalųjį skirstinį, tai koreliacijos buvo skaičiuojamos pagal Spearman koreliacijos kriterijų.

5 lentelė. Skausmo mažinimo metodų pasirinkimo ryšys su spontanišku skausmo apibūdinimu.

	Sensorinis skausmo	Skausmo intensyvumas	Skausmo afektinis	Skausmo elgesio apibūdinimas

	apibūdinimas		apibūdinimas	
Netradiciniai metodai	0,421 p=0,004	-0,19 p=0,198	0,46 p=0,001	0,21 p=0,164
Tradiciniai metodai	0,03 p=0,79	-0,26 p=0,08	0,34 p=0,02	0,304 p=0,04

Statistiškai reikšmingos koreliacijos paryškintos. Apačioje pateiktos p reikšmės (reikšmingumo lygmuo, kai $p < 0,05$).

Iš 5 lentelės matosi, kad lėtinio skausmo pacientai, linkę rinktis daugiau netradicinių skausmo mažinimo metodų, vartos daugiau sensorinių ir afektinių žodžių skausmo apibūdinimui. Taigi tokie pacientai kreipia daug dėmesio į savo fizinius kūno pojūčius. Be to, ir lėtinio skausmo pacientai, linkę rinktis daugiau tradicinių skausmo mažinimo metodų, skausmą apibūdindami naudoja emocijas atspindinčius žodžius. Čia galima matyti, jog apskritai kuo daugiau žmogus naudoja skausmo gydymo metodus, tuo labiau jo skausmo apibūdinime galima aptikti emocijų. Reiškia galima daryti prielaidą, kad juo daugiau žmogus ieško skausmo gydymo metodų, net nepriklausomai tradicinių ar netradicinių, tuo labiau jo patiriamas skausmas yra persipynęs su emociniu patyrimu.

Negauta, jog yra ryšys tarp skausmo gydymo metodų ir polinkio skausmo apibūdinime naudoti skausmo intensyvumą išreiškiančius žodžius. Negauta, jog yra abipusis ryšys tarp abiejų skausmo gydymo metodų ir skausmo apibūdinimo per skausmo elgseną.

Tradicinę mediciną linkę rinktis pacientai nelinkę gilintis į skausmo sensoriką, jie daugiau vartoja elgesio ribojančias sąvokas. Galima spėti, jog jiems svarbu veiklos aspektas, gebėjimas atlikti veiklą. Žmonės būdingas funkcionalumas. Todėl, jie ir apie skausmą kalba tomis sąvokomis, kurios yra jiems aktualios.

6 lentelė. Skausmo mažinimo metodų pasirinkimo ryšys su įsitikinimu apie skausmo priežastis.

	Vidinė psichologinė priežastis	Vidinė organinė skausmo priežastis	Išorinė skausmo priežastis
Netradiciniai metodai	0,409 p=0,005	0,485 p=0,001	-0,64 p=0,00
Tradiciniai metodai	- 0,482 p=0,001	0,417 p=0,004	0,221 p=0,144

Statistiškai reikšmingos koreliacijos paryškintos. Apačioje pateiktos p reikšmės (reikšmingumo lygmuo, kai $p < 0,05$).

Gauta, jog yra abipusis ryšys tarp vidinės psichologinės priežasties suvokimo ir skausmo gydymo metodų pasirinkimo. Kuo daugiau pacientas linkęs rinktis netradicinių skausmo gydymo metodų, tuo labiau nusiteikęs pabrėžti, jog jo skausmas kyla dėl vienokių ar kitokių psichologinės prigimties veiksnių. Ir tuo pačiu gautas atvirkščias ryšys- tai yra, kai lėtinio skausmo pacientas renkasi daugiau tradicinių skausmo mažinimo metodų, tai maža tikimybė, jog jis psichologinę priežastį suvoks kaip sukeliančią jo patiriamą skausmą. Matosi, jog netradicinės medicinos atstovai prisiima už patiriamą skausmą atsakomybę sau. Tai automatiškai susiję ir su skausmo kontrole. Tai yra pagal skausmo kontrolės įsitikinimų klausimą, šie pacientai pateikė didžiausius skausmo internalumo įverčius palyginti su kitomis skalėmis. Reiškia galima manyti, jog vidinės psichologinės priežasties priskyrimas yra susijęs su skausmo kontrolės internalumu. Kuo daugiau pacientas naudoja netradicinių skausmo gydymo metodų, tuo mažiau linkęs nurodyti išorines priežastis skausmo kilime. O pacientai, kurie naudoja daugiau tradicinių skausmo metodų, kaip tik nurodo išorines skausmo priežastis. Jaučiasi, kad tokie pacientai pabrėžia skausmą, kaip mažai priklausanti nuo jų. Tai rodo, kad jie linkę mažai prisiimti atsakomybės už patiriamą skausmą. Įdomu tai, kad tiek didesnis tradicinių, tiek netradicinių metodų naudojimas yra susijęs su vidinės organinės priežasties nurodymu. Aišku polinkis nurodyti organinę priežastį galbūt yra ne tradicinių/netradicinių metodų pasirinkimo klausimas, o daugiau atspindi patį lėtinio skausmo pacientų polinkį dažniau įvardinti organines skausmo priežastis, o kitas priežastis nurodyti tik tada, kai jau organinės akivaizdžiai netinka. Apie tai yra užsiminęs ir Calnan tirdamas lėtinį galūnių skausmą (2005b).

7 lentelė. Skausmo mažinimo metodų pasirinkimo ryšys su skausmo įveika

	Kognityvinė dėmesį į skausmą kreipianti įveika	Kognityvinė dėmesį į skausmą nukreipianti įveika	Elgesio dėmesį į skausmą kreipianti įveika	Elgesio dėmesį į skausmą nukreipianti įveika
Netradiciniai metodai	0,609 (p=0,00)	0,333 (p=0,026)	0,286 p=0,057	-0,515 p=0,00
Tradiciniai metodai	-0,26 p=0,085	-0,33 p=0,027	0,187 p=0,218	0,33 p=0,023

Statistiškai reikšmingos koreliacijos paryškintos. Apačioje pateiktos p reikšmės (reikšmingumo lygmuo, kai $p < 0,05$).

Taigi iš 7 lentelės matyti, jog skausmo įveika yra tam tikrais atvejais susijusi su skausmo malšinimo metodų pasirinkimu. Pacientas, kuris linkęs rinktis daugiau netradicinius metodus,

priimtinau taikys kognityvines (tiek dėmesį į skausmą kreipiančias, tiek dėmesį nuo skausmo nukreipiančias) įveikos strategijas labiau nei elgesio įveikas. Čia galbūt galima vėlgi teigti, kad ilgai naudojančios netradicinės medicinos skausmo malšinimo būdais, kinta ir yra performuojami net tik pacientų įsitikinimai, bet ir pamažu kinta jų įveikos strategijos. Nes anot tyrimų, vienas iš netradicinės medicinos tikslų yra siekti ne tik somatinių, bet ir subtilesnių pokyčių (Schwentker, 1995). Be to, čia būtina paminėti ir Beyerstein netradicinės medicinos kritiką, kur jis teigia, jog bene visas netradicinės medicinos gydymo efektyvumas pasiekiamas per kognityvinį perstruktūravimą (1999). Rezultatai iš dalies tai patvirtina, nes matyti, kad žmonės, kurie dažniau skausmą malšina netradiciniais būdais, rečiau naudoja elgesio skausmo įveikos strategijas, ypač tai matosi, su tomis įveikos strategijomis, kur yra dėmesys nukreipiamas nuo skausmo šaltinio. Reiškia iš tiesų netradicinis gydymas formuoja aktyvesnį, galbūt labiau pasitikintį savimi skausmo malšinime, asmenį. Ir atvirkščiai tradicinius metodus dažniau besirenkantis lėtinio skausmo pacientas, dažniau naudos elgesio skausmo įveikos strategijas, ypač tas, kurios nukreipia dėmesį nuo skausmo šaltinio, pavyzdžiui: poilsis, stengimasis būti užsiėmusiu, TV žiūrėjimas, atsiribojimas.

Žvelgiant į rezultatus įdomu, kad nei polinkis dažniau rinktis tradicinius ar netradicinius skausmo malšinimo būdus, nėra reikšmingai tiesiogiai susijęs su elgesio skausmo įveikos strategija, kada dėmesys nukreipiamas į skausmo šaltinį. Ryšio nebuvimas gali būti paaiškinamas tuo, kad būtent šios įveikos strategijos nėra savaime suprantamos, kad apie jas reikia daugiau žinoti, tik tada gali taikyti, kaip antai: skausmo elgsenos modeliavimas, operantinis skausmo sąlygojimas, hipnozė ir panašiai. O drįstu teigti iš interviu, kad dauguma apklaustų tyrimo dalyvių nėra gavę tokios informacijos. Taigi, kaip gali naudoti tai, apie ką nesi girdėjęs.

8 lentelė. Skausmo mažinimo metodų pasirinkimo ryšys su skausmo gydymo lūkesčiais

	Pakenčiamas skausmas	Jokio skausmo	Netiki gydymo efektu
Netradiciniai metodai	0,11 p=0,473	-0,52 p=0,00	-0,06 p=0,67
Tradiciniai metodai	-0,049 p=0,748	0,18 p=0,229	-0,038 p=0,801

Statistiškai reikšmingos koreliacijos paryškintos. Apačioje pateiktos p reikšmės (reikšmingumo lygmuo, kai $p < 0,05$).

Bendrai galima matyti, jog skausmo gydymo lūkesčiai mažai tiesiogiai susiję su skausmo gydymo metodų pasirinkimu.

Iš 8 lentelės matosi, kad netradicinių metodų pasirinkimas neigiamai susijęs su lūkesčiu neįstoti jokie skausmo pritaikius vieną ar kitą skausmo gydymo būdą. Tai yra, kuo daugiau pacientas

naudojasi netradicinės medicinos specialistų paslaugomis, tuo mažiau įsitikinęs, kad pritaikęs kažkokį skausmo gydymo būdą, jis visiškai nebejus skausmo. Įdomu, kad tokio ryšio negauta, jei žmogus yra atvirkesčiai linkęs rinktis daugiau tradicinius metodus. Čia sutampa su Beyerstein teiginiais, kad iš tiesų netradiciniai metodai kartais gali, nors ir deklaruoja visai ką kita, kreipti daugiau dėmesio ne į patį skausmo jutimo sumažinimą, bet į kitus tarpinius veiksnius (1999). Tai yra gerinti lėtinio skausmo paciento emocinę būseną. Ne paslaptis, kad kai kurie jų metodai iš tiesų naudojami kognityviniu perstruktūravimu. Taigi, jei žmogus iš tiesų linkęs lankytis pas netradicinės medicinos specialistus, tai ilgainiui, jo įsitikinimai yra performuojami ir kinta, o skausmo pats jutimas gali ir reikšmingai nepakisti.

Gauta, jog nėra jokio ryšio tarp to, kad žmogus linkęs rinktis tradicinius skausmo gydymo metodus, ir ko tikisi. Gali būti, jog tokie asmenys iš tiesų yra neblogai informuoti, ką konkrečiu jų skausmo atveju, gali vienas ar kitas jų naudojamas gydymo metodus. Ir todėl, vien tai, kad žmogus linkęs rinktis daugiau tradicinius skausmo gydymo metodus, nieko dar nesako apie jo lūkesčius.

Negauta jokio ryšio tarp metodų pasirinkimo ir netikėjimu naudojamu metodu efektyvumu. Galima manyti, jog žmogus, rinkdamasis vieną ar kitą skausmo gydymo metodą, viliasi kad ir minimalaus efekto.

Aišku galima vėlesniuose tyrimuose bandyti daugiau aiškintis ne vien tik apie skausmo gydymo rezultatų lūkesčius, bet pasiteirauti labiau apie įsitikinimus apie šalutinius gydymo efektus. Spėju, jog čia remiantis ir ankstesniais tyrimais būtų ryšys su tuo, kokius metodus renkasi pacientas, pagal tai, kaip kalba apie gydymo šalutinius efektus.

9 lentelė. Skausmo mažinimo metodų pasirinkimo ryšys su įsitikinimais apie skausmo kontrolę.

	Internalumo skalė	“Galingųjų” daktarų skalė	Atsitiktinumo skalė
Netradiciniai metodai	0,587 p=0,0	-0,411 p=0,005	0,019 p=0,899
Tradiciniai metodai	-0,15 p=0,325	0,239 p=0,114	-0,24 p=0,164

Statistiškai reikšmingos koreliacijos paryškintos. Apačioje pateiktos p reikšmės (reikšmingumo lygmuo, kai $p < 0,05$).

Kuo daugiau lėtinio skausmo pacientas naudoja netradicinių skausmo mažinimo būdų, tuo labiau jis įsitikinęs savo atsakomybe mažinant skausmą ir tuo mažiau atsakomybės priskiria sveikatos specialistams. Iš dalies galima spėti, jog ilgainiui žmogaus naudojimas netradicinės

medicinos paslaugomis keičia jo įsitikinimus. Be to, iš tiesų šiuose metoduose pabrėžiamas paciento aktyvumas (Lengacher, 2006), pastangos didinti jo kontrolę (Semmes, 1990b).

Matyti, jog dažniau besirenkantys netradicinius skausmo mažinimo būdus, rečiau teigs, kad gydytojai yra centrinės figūros, siekiant sumažinti patiriamą skausmą. Čia galima aiškinti tuo, kad apskritai netradicinės medicinos specialistai dažniau laikosi kitokios pozicijos nei tradicinės medicinos atstovai. Jie labiau bando užmegzti draugiškus santykius su pacientu ir taip siekti gydymo efektyvumo, vildamiesi dalintis atsakomybe už galimus gydymo rezultatus. Panašiai teigia ir Semmes (1990a).

Apibendrinant reikėtų pasakyti, jog, jei žmogus dažniau linkęs rinktis tradicinius skausmo mažinimo būdus, tai tokios žinios, dar nieko esmingo nesako apie jo įsitikinimus apie skausmo kontrolę.

Apibendrinant bendrai gautus tyrimo rezultatus, galima pasakyti, kad skausmo samprata iš tiesų yra svarbi žmogui renkantis sveikatos priežiūros sistemą. Žmonių įsitikinimai vaidina svarbią rolę, netgi interpretuojant gydymo rezultatus ar tiesiog kiekvieną dieną gyvenant su skausmu.

Be to, iš tyrimo rezultatų galime teigti, kad žmonės nėra linkę visiškai atsisakyti tradicinės medicinos ir pasinerti į netradicinės medicinos platybes. Iš tiesų, daugelis lėtinio skausmo pacientų naudoja abi skausmo malšinimo sistemas, tik skirtingomis aplinkybėmis.

IŠVADOS

Subjektyvi paciento skausmo samprata yra susijusi su pasirenkamais skausmo gydymo metodais.

1. Skausmo metodų pasirinkimas susijęs su spontanišku skausmo apibūdinimu. Į netradicinę mediciną linkę lėtinio skausmo pacientai, kalbėdami apie skausmą, naudoja daugiau sensorinių skausmą apibūdinančių žodžių nei linkę į tradicinę mediciną. Į tradicinę mediciną linkę lėtinio skausmo pacientai, kalbėdami apie skausmą, naudoja daugiau skausmo elgseną apibūdinančių žodžių nei linkę į tradicinę mediciną.
2. Skausmo metodų pasirinkimas susijęs su pacientų įsitikinimais apie skausmo priežastį. Į netradicinę mediciną linkę lėtinio skausmo pacientai dažniau įsitikinę psichologine skausmo priežastimi, nei tie, kurie linkę į tradicinę mediciną.
3. Skausmo metodų pasirinkimas susijęs su pacientų skausmo įveika. Į netradicinę mediciną linkę lėtinio skausmo pacientai daugiau naudoja kognityvinių skausmo įveikų nei linkę į tradicinę mediciną. Į tradicinę mediciną linkę lėtinio skausmo pacientai daugiau naudoja elgesio skausmo įveikų nei linkę į netradicinę mediciną.
4. Skausmo metodų pasirinkimas nėra susijęs su pacientų lūkesčiais apie skausmo gydymą. Linkusių į netradicinę mediciną lėtinio skausmo pacientų ir linkusių į tradicinę mediciną skausmo gydymo lūkesčiai reikšmingai nesiskyrė.
5. Skausmo metodų pasirinkimas susijęs su pacientų suvokiama skausmo kontrole. Į netradicinę mediciną linkusių lėtinio skausmo pacientų skausmo kontrolė yra labiau priskiriama sau (vidinė), negu linkusių į tradicinę mediciną lėtinio skausmo pacientų.

LITERATŪRA

1. Adams N. ir kt. Psychological approaches to chronic pain management: part 1. *Journal of Clinical Nursing*, 2006, Nr.15, p. 290-300.
2. Anderson ir kt. Systematic review of the Quality of homeopathic clinical trials//*BMC Complementary alternative medicine*, 2001. [žiūrėta 2006 m. balandžio 9 d.].
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=64638>
3. Angell M. ir Kassirer JP. Alternative medicine – the risks of untested and unregulated remedies.,, N.England. *Journal of Medicine*, 1998, Nr.339 (12); p.839-841. [žiūrėta 2006 m. balandžio 9 d.]. http://kitsrus.com/pdf/nejm_998.pdf
4. Asghari ir Nicholas. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 2001, Vol 94, p. 85-100. [žiūrėta 2006 m. vasario 9 d.].
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11576748&dopt=Abstract
5. Astin ir kt. Mind- body medicine: State of science, Implications for Practice. 2003. [žiūrėta 2006 m. vasario 9 d.]. <http://www.medscape.com/viewarticle/452275>
6. Bandura, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 1993, Nr. 28, p.117-148.
7. Barbour C. Use of Complementary and Alternative Treatments by Individuals with Fybromyalgia Syndrome, 2000. [žiūrėta 2005 m. gruodžio 11 d.].
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11930451&dopt=Abstract
8. Barnes P.M. ir kt. Complementary and Alternative Medicine use Among Adults: United States, 2002. Nr. 343, National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health, 2004.
9. Beck, A. Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 1963, Nr. 9, p.324-333.
10. Beyerstein B. L, Psychology and alternative Medicine social and judgmental biases that make inert treatments seem to work, 1999, Vol 3, Nr. 2. [žiūrėta 2005 m. gruodžio 11 d.].
<http://www.sram.org/0302/bias.html>
11. Beltrutti D. The Psychological Assessment of Candidates for Spinal Cord Stimulation for Chronic Pain Management. *Pain practice*, 2004, vol. 4, issue 3, p. 204-221.
12. Brown ir Nicassio. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 1987, Nr.31, p.53-64.

13. Buck T. ir kt. Influence of Worldview on Health Care Choices Among Persons With Chronic Pain. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2005, Vol 11, Nr 3, p. 561–568.
14. Calnan M., ir kt. Evaluating health care: the perspectives of sufferers with upper limb pain. *Health expectations*, Blackwell Publishing Ltd, 2005a, Nr.8, p: 149-160.
15. Calnan M. ir kt. Making sense of aches and pains.. *Family practice*, 2005b.Oxford university press.
16. CIPHER D. ir kt. The Heterogenous personality: diverse coping styles among sufferers of chronic pain. *Alternative therapies*, 2002, Vol 8, Nr. 6.
17. Clark M. Pain: Current Understanding of Assessment, Management and Treatment. American Pain Society, 2004. [žiūrėta 2005 m. gruodžio 11 d.]. www.ampainsoc.org
18. Deardorff.D. The Psychological Management of Chronic Pain. Course content . 2004. [žiūrėta 2006 m. kovo 15 d.].
<http://www.continuingcourses.net/active/courses/course016.php>
19. Dobkin P. L ir kt. Does psychological vulnerability determine health-care utilization in fibromyalgia?. *Rheumatology*. British Society for Rheumatology, 2003; Nr. 42: p.1324-1331.
<http://rheumatology.oxfordjournals.org/cgi/content/full/42/11/1324>
20. Edwards L.C. ir kt. The Pain Beliefs Questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 1992, Nr. 51, p.267-272.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=1491853&dopt=Abstract
21. Ernst E. Complementary medicine for pain, 2001.
22. Eisenberg D. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. Results of a Follow-up National Survey. [žiūrėta 2006 m. kovo 15 d.].
http://www.chiro.org/alt_med_abstracts/FULL/Trends_in_Alternative_Medicine_Use_FULL.html
23. Fillingim R. G., Concise encyclopedia of pain psychology. The Haworth medical press, 2005. US. P. 17. <https://www.haworthpress.com/store/SampleText/5416.pdf>
24. Fouladbakhsh J.M. ir kt. Predictors of Use of Complementary and Alternative Therapies Among Patients with Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2005. Vol. 32. Nr. 6.
25. Håkan Nordina ir kt. Memories of parental rearing and perceived self-image in groups of chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 2005, p.277-284.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15862477&dopt

26. IASP (International Association for the Study of Pain). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 1979, Nr.6, p.249 – 252.
27. Jensen ir kt. Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 1991. Nr. 44, p. 263-269. [žiūrėta 2006 m. kovo 15 d.].
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=2052395&dopt
28. JCIM (Journal of Complementary and Integrative Medicine), 2005, Vol 2, Canada. New Directions.
29. Katz J. ir kt. Coping with chronic pain. *Handbook of coping theory, Research, Application*. Ed. Zeidner M. ir kt. 1996, John Wiley & Sons, Inc. USA, p.252-267.
30. Keefe F.J ir kt. Coping with pain: conceptual concerns and future directions. *Pain*, 1992. Nr. 51, p.131-134.
31. Lee G.B.W. ir kt. Complementary and alternative medicine use in patients with chronic diseases in primary care is associated with perceived quality of care and cultural beliefs. *Family Practice*, 2004, Vol.21, Nr.6., Oxford university press. [žiūrėta 2006 m. sausio 22 d.].
<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/21/6/654>
32. Lengacher C. A. ir kt. Relief of Symptoms, Side effects, and psychological distress through use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer. *Oncology nursing forum*, 2006, Vol. 33, Nr. 1.
33. Lester N. ir Keefe F.J. Coping with chronic pain. USA. *Health Psychology*. Ed. DiMatteo, Robin M. L. 2002.
34. Levy BR. ir kt. Longitudinal benefit of positive self perceptions of aging on functional health. *Gerontol. B. Psychol Sci Soc Sci*. 2002, vol57(5), p.409-417. [žiūrėta 2006 m. sausio 10 d.]. <http://psychsoc.gerontologyjournals.org/cgi/content/full/57/5/P409>
35. Lewandowski W. Psychological factors in chronic pain: A worthwhile undertaking for nursing? *Archives of Psychiatric Nursing*, 2004, Vol 18, Iss 3, p. 97-105. [žiūrėta 2006 m. sausio 10 d.]. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WB7-4CJHC0B-7&_user=10&_coverDate=06%2F30%2F2004&_alid=408661647&_rdoc=1&_fmt=full&_orig=search&_qd=1&_cdi=6703&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=ada8482c05cd3458f0b3a7dab5273a00
36. Louks J.L. ir kt. Personality Organization as an aspect of Back Pain in a Medical Setting. *Journal of Personality Assessment*, 1978, Nr.42 (2).

37. Macintyre P. ir kt. Acute pain management: scientific evidence, Australian and New Zealand college of anaesthetics and faculty of pain medicine, 2005. [žiūrėta 2006 m. sausio 10 d.]. <http://www.medeserv.com.au/anzca/publications/acutepain.htm>
38. Maes S. ir kt. Coping with chronic diseases. Handbook of coping theory, Research, Application. Ed. Zeidner M. r kt. 1996. John Wiley & Sons, Inc. USA. p. 221-235.
39. Main Ch J. ir kt. Curriculum on pain for students of psychology. International Association for the Study of Pain, 1997.
40. Martinez E. Pain and Race/Ethnicity. 2006. [žiūrėta 2006 m. kovo 24 d.]. http://www.painconnection.org/MyTreatment/MyTreatment_DisparitiesInPain_Race.asp
41. Marty J, The Journal of Pharmaceutical Compounding. The Psychology of Pain, 2000, p.1-2. [žiūrėta 2006 m. kovo 24 d.]. <http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/9781859354599.pdf>
42. Moreno M. ir kt. Cognitive factors in chronic pain. Psychology in Spain. Department of personality and psychological assessment and treatment. 1999, Vol. 3. Nr. 1, p: 75-87. [žiūrėta 2006 m. kovo 24 d.]. <http://www.psychologyinspain.com/content/full/1999/8.htm>
43. Morris. D., Belief and Narrative. Culture shapes human pain. The Scientist, 2005, Nr.19(1).
44. Morley S. Pain Management. Health Psychology. Ed. DiMatteo, Robin M. L. 2002. UK
45. Nicassio ir kt. Psychosocial factors associated with complementary use in fibromyalgia. J Rheumatology, 1997, Nr. 24, p. 2008. [žiūrėta 2006 m. kovo 24 d.]. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9330946&dopt=Abstract
46. Rao JK ir kt. Use of complementary therapies for arthritis among patients of rheumatologists. Annals of Internal Medicine, 1999, Nr.131(6): p.409-16. <http://www.annals.org/cgi/reprint/131/6/409.pdf>
47. Rossi P. ir kt. Use of Complementary and Alternative Medicine by Patients with Chronic Tension – Type Headache: Results of Headache Clinic Survey. Headache. American Headache Society. 2006, Blackwell Publishing. [žiūrėta 2006 m. balandžio 24 d.]. <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1526-4610.2006.00412.x>
48. Schwentker A. Complementary therapies primer. American medical student association. 1995. [žiūrėta 2006 m. kovo 14 d.]. <http://www.amsa.org/pdf/comptherapies.pdf>
49. Semmes C.E. When medicine fails : making the decision to seek natural health care. National Journal of Sociology, 1990a, vol 4(2), p.175-200.
50. Semmes C.E. Nonmedical Illness Behaviour: A Model of Patients Who Seek Alternatives to Allopathic Medicine. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 1990b, vol 13, Nr.8, p.427-436.

51. Shinto L ir kt. Demographic and health – related factors associated with complementary and alternative medicine (CAM) use in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 2006, Nr.12: p.94-100. [žiūrėta 2006 m. sausio 17 d.] .
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=16459725&dopt=Abstract
52. Skevington S.M. A Standardized Scale to Measure Beliefs about Controlling Pain (B.P.C.Q): A Preliminary Study // *Psychology and Health*, 1990, Nr.4, p. 221-232.
53. Stemler S. An Overview of content analysis. *Practical assessment, Research, Evaluation*. 2001.
54. Šablevičius M. Tradicinė ir netradicinė medicina: daugiau panašumų ar skirtumų? "Gydymo menas" 2005 m. Nr. 4.
55. Tsao ir Zeltzer. Complementary and alternative medicine approaches for pediatric pain: a review state of the science. 2005. [žiūrėta 2006 m. balandžio 24 d.].
<http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/2/2/149>
56. Tsao ir kt. Treatment Expectations for CAM Interventions in Pediatric Chronic Pain Patients and their Parents. The Author. 2005. Oxford university press.
57. Turk C. D. ir Okifuji A. Pain management. *Handbook of psychology. Health Psychology*. 2003. Vol. 9. vol.ed. Nezu M. ir kt. John Wiley & Sons. Inc.USA.
58. Wade B. J ir Hart R.P. Attention and the stages of pain processing. *Pain Medicine* Vol 3 no1., 2002, 30-38.
59. Watson K.D. ir kt. Low Back pain in schoolchildren: the role of mechanical and psychosocial factors. *Arch Dis Child*, 2003, Nr. 88 (1), p.12-7. [žiūrėta 2006 m. vasario 24 d.].
<http://adc.bmjournals.com/cgi/content/full/88/1/12>
60. Echternach J.L Management of Individual with pain: part 1 and 2., 1996, [žiūrėta 2006 m. sausio 17 d.].
http://www.apta.org/Content/ContentGroups/Education/ContinuingEducation/OnlineCourses/Text/CEU_30_Pain.pdf
61. Zollman ir Vickers. Clinical review. ABC of complementary medicine. What is complementary medicine? *BMJ*, 1999, Nr.319, p.693-696. [žiūrėta 2006 m. sausio 17 d.].
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/319/7211/693>

PRIEDAI

Lytis-

Amžius-

Išsilavinimas-

Čia yra išvardinti įvairūs skausmo malšinimo būdai. Pažymėkite, kuriuos skausmo malšinimo būdus esate naudoję ar naudotumėte.

- **Akupunktūra (gydymas akupunktūrinėmis adatomis)**
- **Liaudies medicina (gydymas žolelėmis, buitinėmis priemonėmis, užkalbėjimai ir panašiai)**
- **Meditacija**
- **Malda**
- **Jogos pratimai**
- **Bio - atgalinis ryšys**
- **Relaksacija**
- **Homeopatija**
- **Manualinė terapija**
- **Medikamentiniai metodai (vaistai)**
- **Kineziterapija**
- **Elektroterapija**
- **Šilumos terapija**
- **Šalčio terapija**
- **Lazerio terapija**
- **Psichologinės priemonės (kognityvinė - elgesio terapija, individuali terapija)**
- **Chirurginiai būdai (discektomija, transkutaniinė elektroneurostimuliacija, chirurginė dekompresija, invaziniai skausmo malšinimo būdai su rentgenu ir pan.)**
- **Gydomas masażas**

Ačiū už atsakymus ☺

ĮSITIKINIMŲ APIE SKAUSMO KONTROLĘ KLAUSIMYNAS

Štai keletas nuomonių apie skausmą. Aš norėčiau, kad jūs atidžiai jas perskaitytumėte ir pasirinktumėte atsakymą, kuris parodytų jūsų sutikimą ar nesutikimą su kiekvienu iš teiginių. Nėra teisingų ar neteisingų atsakymų, man įdomi jūsų nuomonė.

- 1. Jei aš gerai savimi rūpinuosi, aš paprastai išvengiu skausmo.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 2. Ar aš ateityje jausiu skausmą, ar ne, priklausys nuo gydytojų profesionalumo.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 3. Man skauda dažniausiai dėl to, kad ką tai padariau, ar ko tai nepadariau.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 4. Nejausti skausmo yra tiesiog sėkmė.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 5. Ką bedaryčiau, jei man turi skaudėti, tai ir skaudės.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 6. Ar man skauda, ar ne, priklauso nuo to, ką gydytojas man daro.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 7. Tik medicininė pagalba gali sumažinti mano skausmą.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 8. Kai man skauda, tai žinau, kad neteisingai mankštinausi ar valgau netinkamą maistą.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 9. Ar žmonėms skauda, ar ne, priklauso nuo atsitiktinumo.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 10. Žmonėms skauda dėl to, kad jie nesirūpina savimi.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 11. Tik aš pats atsakau už savo skausmą.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 12. Dažniausiai tik gydytojai gali sumažinti skausmą.**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku
- 13. Nejaučiantiems skausmo žmonėms tiesiog labai pasisekė**
1- labai nesutinku 2- nesutinku 3- iš dalies nesutinku 4- iš dalies sutinku 5- sutinku 6- labai sutinku

AČIŪ UŽ ATSAKYMUS!

**SKAUSMO MAŽINIMO METODŲ SĄRAŠAS,
PATEIKTAS SKAUSMO SPECIALISTAMS**

Prašau pažymėti prie kiekvieno metodo, kiek jis jums atrodo atstovaujantis netradicinę mediciną ir kaip jūs iš savo darbo patirties vertinate jo efektyvumą.

Akupunktūra

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Akupunktūros metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Liaudies medicina

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Liaudies medicinos efektyvumas malšinant skausmą

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Meditacija

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Meditacijos metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Malda

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Maldos metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Jogos pratimai

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Jogos pratimai metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Kvėpavimo pratimai

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Kvėpavimo pratimai metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Bio- atgalinis ryšys

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Bio- atgalinio ryšio metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Relaksacija

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Relaksacijos metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Homeopatija

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Homeopatijos metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Manualinė terapija

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas

3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Manualinės terapijos metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Medikamentiniai metodai (vaistai)

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Medikamentinių metodų efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Kinezoterapija

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Kinezoterapijos metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Elektroterapija

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Elektroterapijos metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Šilumos terapija

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Šilumos terapijos metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Šalčio terapija

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Šalčio terapijos metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Magneto terapija

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Magneto terapijos efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Lazerio terapija

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Lazerio terapijos efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Gydomosios vonios

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Gydomųjų vonių metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Psichologinės priemonės (kognityvinė - elgesio terapija, individuali terapija)

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Elgesio terapijos metodo efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus

Chirurginiai būdai (discektomija, transkutanišė elektroneurostimuliacija, chirurginė dekompresija, invazinio skausmo malšinimo būdai su rentgenu)

1. netradicinės medicinos metodas
2. daugiau netradicinės nei tradicinės medicinos metodas
3. sunku pasakyti
4. daugiau tradicinės nei netradicinės medicinos metodas
5. tradicinės medicinos metodas

Chirurginių metodų efektyvumas malšinant skausmą:

Labai efektyvus---efektyvus---sunku pasakyti---neefektyvus---visai neefektyvus