

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Gintarė Baškevičiūtė

Sveikatos psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Ūminio galvos skausmo malšinimą nereceptiniais vaistais nuo skausmo
prognozuojantys veiksniai**

Darbo vadovė (-as): Dr. Olga Zamalijeva

Vilnius 2023

TURINYS

SANTRAUKA	3
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS	8
1.1 Skausmas, jo klasifikacija ir vertinimas	8
1.2 Įsitikinimai apie skausmą.....	10
1.2.1 Katastrofizacija – priežastis ir pasekmė	13
1.3 Įveikos strategijos	18
1.4 Savigyda: nauda ir grėsmės	21
1.4.1 Vaistų nuo skausmo vartojimas.....	22
2. METODIKA.....	27
2.1 Tyrimo dalyviai ir jų patiriamo skausmo charakteristikos	27
2.2 Tyrimo instrumentai	28
2.3 Tyrimo eiga.....	35
2.4 Duomenų analizė	35
3. REZULTATAI	37
4. REZULTATŲ APTARIMAS	43
5. IŠVADOS.....	49
LITERATŪRA.....	50

SANTRAUKA

Ūminio galvos skausmo malšinimą nereceptiniais vaistais nuo skausmo prognozuojantys veiksniai. Gintarė Baškevičiūtė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2023, 61 psl.

Nereceptiniai vaistai nuo skausmo yra vartojami visame pasaulyje ir bene dažniausiai jais savarankiškai gydomas galvos skausmas. Tai yra labai plačiai paplitęs reiškinys, dėl to turėtų būti siekiama jį geriau suprasti. Šio tyrimo tikslas yra nustatyti, kokie veiksniai prognozuoja nereceptinių vaistų nuo skausmo vartojimą ir savigydos jais elgesį, siekiant numalšinti ūminį galvos skausmą. Šio tyrimo imtį sudarė 137 asmenys, 90% iš jų moterys, amžiaus vidurkis – 28 metai. Tyrime naudoti: klausimai apie patiriamą skausmą, skausmo poveikį, skausmo malšinimo būdus, Savigydos skalę, Įveikos strategijų klausimynas, Įsitikinimų apie vaistus klausimynas bei Įsitikinimų apie skausmą klausimynas. Atlikti grupių palyginimai, koreliaciniai tyrimai, dvinarė logistinė regresinė analizė ir daugianarė tiesinė regresinė analizė. Nustatyta, kad ūminio galvos skausmo malšinimą nereceptiniais analgetikais prognozuoja skausmo poveikis ir savitaiga. Nenoras vartoti analgetikus tol kol skausmas bus pakankamai stiprus siejosi tik su stipraus galvos skausmo patyrimo dažniu. Greitą sprendimą vartoti analgetikus prognozuoja stipraus galvos skausmo dažnis, savitaiga ir katastrofizacija. Savaiminio pokyčio laukimą prognozuoja skausmo poveikis, savitaiga ir skausmo pojūčių ignoravimas.

Raktiniai žodžiai: skausmas, ūminis skausmas, nereceptiniai analgetikai, skausmo įveika, savigyda

SUMMARY

Predictors of over-the-counter pain medication use for acute headache. Gintarė Baškevičiūtė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2023, 61 psl.

Over-the-counter analgesics are used all over the world and are probably the most common self-treatment for headaches. This is a very widespread phenomenon and should therefore be sought to be better understood. The purpose of this study is to determine which factors predict OTC pain medication use and self-medication behavior for acute headache. The sample consisted of 137 people, 90% of them were women, the average age was 28 years. The research used: questions about experienced pain, pain interference, methods of pain relief, Self-Medicating Scale, The Coping Strategies Questionnaire, The Beliefs About Medicines Questionnaire and Pain Beliefs Questionnaire. Group comparisons, correlational studies, binomial logistic regression analysis and multinomial linear regression analysis were performed. Relief of acute headache with OTC analgesics was found to be predicted by pain interference and coping self-statements. Reluctance to use analgesics until the pain is severe enough was only associated with the frequency of severe headache. A rapid decision to use analgesics is predicted by frequency of severe headache, coping self-statements and catastrophizing. Anticipation of spontaneous change is predicted by pain interference, coping self-statements, and ignoring pain sensations.

Key words: pain, acute pain, over-the-counter analgesics, pain coping, self-medication

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Skausmas – tai nemalonus pojūtis, apimantis įvairius pažinimo, emocijų ir elgesio veiksnius, kuris yra žalojančių aplinkos ir vidaus poveikių pasekmė. Jis sukeliamas audinių veikiančių įvairių (mechaninių, šiluminių ir kt.) veiksmių arba dėl įvairių pataloginių procesų audinyje susidarančios medžiagos, kuri dirgina skausmo receptorius. Skausmas taip pat gali būti juntamas kaip sunki kančia, kylanti dėl svarbių psichologinių priežasčių. Skausmo biologinė paskirtis: pranešimas apie grėsmę, organizmo apsauginių sistemų sutelkimas (Bagdonas ir Bliumas, 2019).

Ūminis skausmas – šio tipo skausmas yra dažniausiai fiziologinis, kylantis dėl įvairiausių priežasčių ir yra tiesiogiai proporcingas nociceptorių sudirginimui. Tai yra normali reakcija, kylanti dėl ligos, traumos ar uždegimo, dažnai lydima streso. Ūminis skausmas yra dažnai apibūdinamas kaip trunkantis iki 4 savaičių (Sargautytė, 2008; CDC, 2022a).

Įveika – pažinimo ir elgesio priemonių visuma padedanti kontroliuoti veiklą trikdančią situaciją, sutelkti jėgas nemaloniems išgyvenimams ir neigiamoms streso pasekmėms sumažinti. Asmeniui būdingos įveikos strategijos formuojasi dėl įvairių gyvenimo aplinkybių ir atlieka itin svarbią adaptacijos funkciją. Įveikos strategija gali būti orientacija į emocijas, orientacija į problemos sprendimą arba gynybos mechanizmų panaudojimas (Bagdonas ir Bliumas, 2019).

Skausmo katastrofizacija - neigiamas kognityvinis - afektinis atsakas į numatomą ar realų skausmą, susijęs su daugybe įvairių skausmo pasekmių. Skausmo katastrofizavimui būdingas polinkis išdidinti skausmo grėsmę, bejėgiškumo jausmas skausmo kontekste bei santykinis nesugebėjimas suvaldyti su skausmu susijusių minčių laukiant skausmo pasireiškimo, jam esant ar skausmui jau praėjus (Quartana, Campbell, & Edwards, 2009).

PRATARMĖ

Nereceptiniai vaistai nuo skausmo yra lengvai prieinama ir veiksminga skausmo malšinimo priemonė, kurią būtų galima rasti dažnoje namų vaistinėje. Tai nei kiek nestebina, kadangi nereceptiniai analgetikai yra itin plačiai vartojami visame pasaulyje. Šių vaistų vartojimo paplitimas skiriasi priklausomai nuo šalies, o tai pamatyti leidžia plataus masto apklausos. Suomijoje, nereceptinius analgetikus vartojo 53% tyrimo dalyvių, 13,6% teigė šiuos vaistus vartojantys kelis kartus per savaitę (Turunen, Mäntyselkä, Kampusalo, & Ahonen, 2004; Turunen, Mäntyselkä, Kampusalo, & Ahonen, 2005). Norvegijoje, nereceptinius vaistus nuo skausmo, bent kartą į savaitę vartojo 47% žmonių, 40% iš jų rinkosi vartoti paracetamolį (Dale et al., 2015). Ispanijoje, vartojančių šiuos vaistus skaičius, siekia 23,7%, JAV - 33%, o Australijoje nereceptinius analgetikus vartoja net 55% žmonių (Carrasco-Garrido et al., 2014; Stosic, Dunagan, Palmer, Fowler, & Adams, 2011; Wilcox, Cryer, & Triadafilopoulos, 2005). Šiu vaistų vartojimo paplitimas Lietuvoje nėra tiksliai nustatytas, bet žinoma, kad Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo duomenimis, 2019 m. nereceptinius vaistus, vitaminus ir vaistažolių preparatus vartojo 58% apklausos dalyvių (Oficialiosios statistikos portalas, 2020). Taigi, nereceptiniai analgetikai yra plačiai vartojami įvairiose pasaulio populiacijose.

Kadangi šie vaistams nereikalingas receptas ar net apsilankymas pas gydytoją jie puikiai tinka užklupus ūminiam skausmui. Nustatyta, kad savigyda nereceptiniais analgetikais bene labiausiai prognozuoja galvos skausmo patyrimas (Carrasco-Garrido et al., 2014; Dale et al., 2015). Tyrime, atlikusiame kelių Europos šalių ir Rusijos gyventojų apklausą, net 93% dalyvių vartojo analgetikus (įskaitant receptinius ir nereceptinius) stipriam galvos skausmui ar migrenai malšinti (Vowles et al., 2015). Savigyda nereceptiniais analgetikais ypatingai paplitusi tarp jaunesnių ir labiau išsilavinusių žmonių (Carrasco-Garrido et al., 2014). Norvegijos paauglių imtyje, galvos skausmas buvo stipriausiu kassavaitinio nereceptinių analgetikų vartojimo prediktoriumi (Jonassen et al., 2021). Šio ryšio svarbą pabrėžia ir paties galvos skausmo paplėtimas - tai praktiškai universalus negalavimas (Beraness & Baker, 2022). Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) (WHO, 2016) teigimu, galvos skausmo sutrikimai, kaip migrena, įtampos tipo ar klasterinis galvos skausmas ir galvos skausmas sukeltas per dažno vaistų vartojimo, yra vieni dažniausių nervų sistemos sutrikimų. Anot jų, nuo galvos skausmo sutrikimų (kai simptomai pasireiškia bent kartą per metus) kenčia apie 50% suaugusiųjų populiacijos. Steiner ir kiti (2004) teigia, kad per visą gyvenimą su galvos skausmo sutrikimais susiduria 90% tirtų populiacijų. Nors didžioji dalis galvos skausmo patyrimo atvejų nėra piktybiniai, bet kuriuo atveju tai yra mažų mažiausia nemalonus patyrimas, kuris gali apriboti žmogaus funkcionavimą (Beraness & Baker, 2022; WHO, 2016). 2013 m. duomenimis galvos skausmo sutrikimai buvo trečia pagal dažnumą dėl negalios prarastų sveiko gyvenimo metų priežastis pasaulyje (WHO, 2016). Vien migrena užėmė šestą vietą tame pačiame reitinge ir yra laikoma viena

pagrindinių negalios priežasčių (WHO, 2016; CDC, 2022b). Taigi, galvos skausmas yra tikrai santykinai dažnas negalavimas, galintis reikšmingai paveikti žmogaus funkcionavimą bei išskiriamas kaip svarbus vaistų nuo skausmo vartojimo prediktorius.

Žinoma, savigyda analgetikais yra greitas ir patogus būdas pagerinti savijautą, tačiau kaip ir bet koks kitas elgesys gali kelti riziką sveikatai. Savarankiškai gydantis egzistuoja tikimybė, kad vaistai bus vartojami netinkamu būdu, bus pasirenkama netinkama vaistų dozė ar vartojimo trukmė (Hughes, McElnay, & Fleming, 2001; WHO, 2000). Didėja polifarmacijos tikimybė dėl kurios gali pasireikšti netinkamos skirtingų vaistų sąveikos, vaistai gali netinkamai sąveikauti su vartojamu maistu, gėrimais ar retais atvejais, savaime sukelti nemalonų šalutinį poveikį (Fendrick, Pan, & Johnson, 2008; WHO, 2000). Ne paslaptis, kad palyginus su opioidiniais analgetikais, nereceptiniai vaistai nuo skausmo yra santykinai saugūs, tačiau egzistuoja ir kiti, nemedikamentiniai būdai numalšinti skausmą, kaip relaksacija, poilsis, žolelių preparatai ir kitos priemonės (Ruoff, 2022; Grazzi et al., 2021). Kyla klausimas, kas prognozuoja, kad laikinam, trumpalaikiui galvos skausmui malšinti dažnai renkamas vartoti būtent nereceptinius analgetikus, o ne pasitelkti kitus skausmo malšinimo būdus. Nereceptinių vaistų nuo skausmo vartojimas malšinant ūminį galvos skausmą yra labai plačiai paplitęs reiškinys, dėl to turėtų būti siekiama jį geriau suprasti.

1. ĮVADAS

1.1 Skausmas, jo klasifikacija ir vertinimas

Skausmas yra sudėtingas ir daugialypis reiškinys galintis reikšmingai paveikti žmogaus gyvenimo kokybę. Tai visuomet subjektyvus, nemalonus sensorinis ir emocinis potyris, apimantis įvairius pažinimo, emocijų ir elgesio veiksnius, kuris yra žalojančių aplinkos ir vidaus poveikių pasekmė (Bagdonas ir Bliumas, 2019; IASP, cit. Iš Sargautytė 2008). Skausmo biologinė paskirtis yra pranešti apie grėsmę ir sutelkti organizmo apsaugines sistemas (Bagdonas ir Bliumas, 2019). Skausmą gali sukelti tiek įvairūs audinius veikiantys (mechaniniai, šiluminiai ir kt.) veiksniai, realus ar nusakomas audinio pažeidimas, tiek svarbios psichologinės priežastys (kai nėra patofiziologinės priežasties). Dėl psichologinių priežasčių kylančio skausmo patyrimo negalima atskirti nuo patyrimo, kurį sukelia pažeisti audiniai (Sargautytė, 2008). Jeigu žmogus vertina ir apibūdina savo patyrimą kaip skausmą, sukeltą audinių pažeidimo, jo patyrimas turi būti laikomas skausmu. Šiuolaikiniai mokslininkai, tiriantys skausmą, remiasi biopsichosocialiniu skausmo modeliu, kuriuo teigiama, kad unikalų skausmo patyrimą sukuria sensoriniai, kognityviniai, emociniai, elgesio, gyvenimo būdo bei socialiniai ir kultūriniai veiksniai (Baublienė, cit. iš Svirušytė ir Zajančkauskaitė – Staskevičienė, 2013). Taigi, skausmas yra sensorinis ir emocinis potyris susijęs su įvairiais veiksniais, atliekantis svarbią funkciją organizme.

Kadangi skausmas yra daugialypis reiškinys, egzistuoja keletas būdų jį klasifikuoti. Dažniausios klasifikacijos yra: anatominė, etiologinė, pagrįsta patofiziologiniu mechanizmu ir pagal trukmę (Abd-Elseyed & Deer, 2019). Anatominė skausmo klasifikavimo sistema apibūdina konkretų kūno regioną ar sritį, kurioje jaučiamas skausmas (Orr, Shank, & Black, 2017; Abd-Elseyed & Deer, 2019). Etiologinė klasifikacija nusako skausmo priežastinį veiksnių bei skirsto skausmą į piktybinį ir nepiktybinį. Piktybinis skausmas siejamas su onkologiniais susirgimais ir gali būti sukeltas ligos arba gydymo, o nepiktybinis skausmas tiesiog nesusijęs su vėžinėmis skausmo priežastimis. Klasifikacija pagal patofiziologinį mechanizmą skirsto skausmą į nociceptinį (sukeltą audinių pažeidimo, kuris stimuliuoja skausmo receptorius – nociceptorius), neuropatinį (sukeltą periferinės ar centrinės nervų sistemos pažeidimo ar disfunkcijos) ir mišrų, kai individo patiriamas skausmas yra nociceptinis ir neuropatinis (Abd-Elseyed & Deer, 2019). Nociceptinis skausmas dar yra skirstomas į somatinį ir visceralinį priklausomai nuo to kuriuose audiniuose esantys nociceptoriai yra stimuliuojami. Skausmo skirstymas pagal trukmę yra bene dažniausias. Ūminis skausmas yra dažniausiai fiziologinis, atsiranda staiga, iškart po sužeidimo, ligos ar uždegimo bei veikia kaip įspėjanti sistema organizme (Abd-Elseyed & Deer, 2019; Orr et al., 2017). Jis gali trukti nuo kelių minučių iki 4 savaičių (CDC, 2022a). Ūminis skausmas yra tiesiogiai proporcingas nociceptorių dirginimui, dažniausiai intensyvus (Abd-Elseyed & Deer, 2019; Sargautytė, 2008). Natūralu, kad tokį skausmą

dažnai lydi stresas (Sargautytė, 2008). Lėtinis skausmas trunką ilgiau nei tris mėnesius po audinių sugijimo. Jis gali prasidėti kaip ūminis skausmas, tačiau nėra tiesiogiai susijęs su pažeidimu ar liga, jis yra patologinis nepriklausomai nuo nociceptorių dirginimo (Abd-Elsayed & Deer, 2019; Orr et al., 2017). Ūminis ir lėtinis skausmas yra dažniausiai naudojamos kategorijos skirstant skausmą pagal trukmę, tačiau tyrėjai dar išskiria dar kelias, rečiau minimas grupes (Abd-Elsayed & Deer, 2019). Epizodinis arba pasikartojantis skausmas trunką ilgą laiką, tačiau patiriamos pertraukos kai skausmas nejučiamas. Proveržinis skausmas (angl. *breakthrough pain*) tai skausmo paūmėjimas (pvz., ūmaus skausmo atsiradimas, esant lėtiniam skausmui, arba lėtinio skausmo sunkumo kitimas). Paskutinė kartais išskiriama grupė yra dozės baigimosi skausmas (angl. *end of dose pain*) pasireiškiantis, kai vaistų kiekis kraujyje sumažėja iki subterapinio lygio. Taigi, skausmą galima klasifikuoti pagal skirtingus faktorius, tokius kaip trukmė, lokacija ar atsiradimo priežastis.

Siekiant sužinoti daugiau apie individualų skausmo patyrimą, tyrėjai ir sveikatos priežiūros specialistai naudoja įvairius būdus skausmui matuoti ir įvertinti. Skausmo įvertinimas gali būti gana nesudėtinga užduotis kalbant apie ūmų skausmą (Breivik et al., 2008). Esant ūminiam skausmui, sukeltam traumos, ūminės ligos, chirurginių priežasčių ar gydymo, svarbu nustatyti skausmo lokaciją, trukmę ir intensyvumą. Ilgalaikio skausmo ir gydymo pasekmių įvertinimas yra sudėtingesnis. Šiuo atveju labai svarbu žinoti asmens ligos ir skausmo istoriją, kuri paaiškintų skausmo vietą, intensyvumą, trukmę, skausmo deskriptorius ir galimas patofiziologines bei etiologines problemas. Skausmo intensyvumui matuoti pasitelkiamos skalės, kurios apibūdina skausmo intensyvumą tokiomis kategorijomis kaip „nėra skausmo“, „silpnas skausmas“, „vidutinis skausmas“, „stiprus skausmas“ ar kitais skausmo apibūdinimais (Sargautytė, 2008). Egzistuoja ir skaitmeninio rangavimo skalės prašančios įvertinti skausmą nuo 1 iki 10, kurias lengva ir paprasta naudoti (Breivik et al., 2008). Skausmas gali būti apibūdinamas per sensorinius (pvz., spaudžiantis, deginantis), emocinius (pvz., keliantis nerimą, baisus, varginantis) ir vertinančius (pvz., silpnas, kankinantis) aspektus (Katz & Melzack, 1999). Taip pat, pasitelkiamos daugiamatės kokybinės priemonės ir su sveikata susiję gyvenimo kokybės klausimynai siekiant įvertinti kaip skausmas paveikia asmens fizinį, emocinį ir kognityvinį funkcionavimą, socialinį gyvenimą, gebėjimą dirbti ir kitas gyvenimo sritis (Breivik et al., 2008). Daug svarbios informacijos galima gauti ir tiesiog pasidomėjus kokie faktoriai sustiprina ar palengvina žmogaus patiriamą skausmą (Fink, 2000). Taigi, vertinant asmens patiriamą skausmą, pasitelkiamos įvairios priemonės. Tai dar kartą parodo, kad panašiai kaip ir daugelis psichologinių reiškinių, skausmas yra subjektyvus ir individualus patyrimas.

Skausmas yra daugialypis ir labai subjektyvus patyrimas, atliekantis svarbią funkciją mūsų organizme. Kadangi skausmo ištyrimas ir aprašymas naudingas moksle ir klinikiame kontekste, šiam reiškiniui aprašyti naudojamos skirtingos klasifikacijos sistemos. Jomis apibūdinama skausmo

lokacija, atsiradimo priežastis, pobūdis ir trukmė. Skausmo matavimui ir vertinimui naudojamos įvairios žodinės ir skaitmeninės skalės, klausimynai bei stebėjimas padedantys apibūdinti patiriamo skausmo intensyvumą, sensorinius ar emocinius aspektus, skausmo elgesio išraišką, kognityvinius skausmo aspektus, poveikį asmens funkcionavimui bei leidžiantys stebėti skausmo pokyčius bėgant laikui.

1.2 Įsitikinimai apie skausmą

Individualūs įsitikinimai apie skausmą yra vienas iš veiksnių atsakingų už unikalų skausmo patyrimą. Įsitikinimai apie skausmą (angl. *pain beliefs*) apibrėžiami kaip paciento įsitikinimų sistemos dalis, atspindinti asmeninį skausmo patirties supratimą (Williams & Thorn, 1989). Per tam tikrus įsitikinimus asmuo suvokia savo skausmo priežastis, vyksmą laike, pasekmes, ir šis suvokimas suteikia jam savitas nuorodas, kaip skausmą įveikti ir kaip suprasti savo ligą (Svirušytė ir Zajančauskaitė – Staskevičienė, 2013). Williams ir Thorn (1989), tyrę lėtinį skausmą patiriančius asmenis, išskyrė tris pagrindines dimensijas susijusias su įsitikinimų apie skausmą vystymusi. Jie įvardijo įsitikinimus apie skausmo trukmę, įsitikinimus, kad skausmas yra paslaptingas bei savęs kaltinimą dėl skausmo patyrimo. Vėlesniuose darbuose skausmo trukmės dimensija skelta į dvi: nekintamumo (angl. *permanence*), nusakančią tikėjimą, kad skausmas bus ilgalaikė gyvenimo dalis ir pastovumo (angl. *constancy*) nusakančią įsitikinimą, jog skausmas pastovus, o ne periodiškas (Williams, Robinson, & Geisser, 1994). Tyrėjai nustatė, jog įsitikinimas, kad skausmas truks ilgai teigiamai siejasi su didesniu subjektyviu skausmo intensyvumu, nors nesisiejo su realia skausmo trukme (Williams & Thorn, 1989). Tačiau vėlesniam tyrimui nustatyta, kad tikėjimas skausmo pastovumu, o ne tuo, kad jis tęsis ateityje siejosi su skausmo intensyvumu (Williams et al., 1994). Jia ir Jackson (2016), atliktoje metaanalizėje, pritaria, kad įsitikinimai apie skausmą turi reikšmingų sąsajų su sergančiųjų artritu patiriamo skausmo stiprumu, sutrikimo lygiu ir išgyvenama kančia. Tyrimų apie pečių skausmą patyrimą sisteminėje literatūros apžvalgoje taip pat patvirtinta, kad neigiami įsitikinimai apie skausmą siejasi su didesniu skausmo intensyvumu (Martinez-Calderon, Struyf, Meeus, & Luque-Suarez, 2018). Tam tikri įsitikinimai apie skausmą, pavyzdžiui savęs kaltinimas dėl skausmo patyrimo, yra siejami su depresijos simptomais (Tabriz, Mohammadi, Roshandel, & Talebi, 2019; Turner, Jensen, & Romano, 2000; Williams et al., 1994). Taip pat, tikėjimas skausmo nekintamumu, paslaptingumu bei savęs kaltinimas siejasi su polinkiu katastrofizuoti (Williams et al., 1994). Main, Foster, ir Buchbinder (2010) pabrėžia įsitikinimų apie skausmo kontrolę svarbą. Lėtinį skausmą patiriančiųjų imtyje, tai kiek žmogus mano kontroliuojantis skausmą galimai medijuoja ryšį tarp skausmo ir depresijos. Taigi, tai kokiais įsitikinimais apie skausmą pasižymi individas gali lemti patiriamo skausmo intensyvumą, psichologinių sunkumų patyrimą.

Įsitikinimai apie skausmą gali skatinti ir tam tikro elgesio pasireiškimą pasireiškimą. Jensen, Romano, Turner, Good ir Wald (1999) teigia, kad skausmo elgesys siejamas su tikėjimu, kad artimieji turi rūpintis patiriančiu skausmą, kad žmogus neįgalus dėl skausmo ir jog skausmas reiškia žalą ir dėl to turi būti ribojama fizinė veikla. Tyrėjams palyginus tiriamuosius prieš ir po 6 mėnesių trukmės gydymo, mažėjant šiems įsitikinimams, mažėjo ir verbalinio (pvz., skundai, aimanavimas) ir neverbalinio (pvz., veido išraiškos, skaudamos vietos trynimai) skausmo elgesio pasireiškimas, fizinio neįgalumo ir depresijos lygis. Su skausmo priežastimi ir atsigavimu nuo jo susiję įsitikinimai turi įtakos tam, kaip skausmas patiriamas ir po to iškomunikuojamas kitiems (Edwards, Pearce, Turner-Stokes, & Jones, 1992). Skausmui išliekant ilgesniam laikui, skausmo elgesys ir emocijos, susijusios su skausmo išgyvenimu, gali sustiprinti ligos ir „ligonio vaidmens“ sampratą. Šitaip slopinama įveika ir sumažinama sėkmingo gydymo tikimybė. Todėl tikėtina, kad lėtinį skausmą patiriančių asmenų įsitikinimų sistemos supratimas padėtų tiksliau įvertinti ir sukurti tinkamas skausmo valdymo strategijas. Taip pat, žmonės turintys įsitikinimą, kad skausmas truks ilgą laiką įprastai prasčiau laikosi sveikatos psichologijos ir fizinės terapijos intervencijų (Williams & Thorn, 1989). Su fizinės terapijos intervencijos nesilaikymų siejasi ir tikėjimas, kad skausmas paslaptina, sunkiai suprantama patirtis. Labai svarbus skausmo, bei tolimesnio susižeidimo baimės vaidmuo (DeGood & Tait, cit. iš Main, Foster, & Buchbinder, 2010). Ši baimė skatina vengti judėjimo ir fizinės veiklos, bijant, kad tai sukels dar daugiau skausmo ir žalos (Baird & Sheffield, 2016; Leeuw et al., 2007; Main et al., 2010; Martinez-Calderon et al., 2018; Vlaeyen, & Linton, 2000). Toks vengiantis elgesys daro įtaką kasdieniui veiklai, skatina ūmaus skausmo peraugimą į lėtinį ir siejasi su negalia. Prisitaikymą prie skausmo arba negalios išsivystymą lemia tai kiek žmogus jaučiasi kontroliuojant skausmą (Main et al., 2010). Taigi, įvairūs įsitikinimai apie skausmą siejasi su polinkiu į specifinį elgesį, kuris gali turėti įtakos asmens būklei bei skausmo įveikos ir gydymo sėkmei.

Tyrėjai taip pat nemažai dėmesio skiria bandymams suprasti ką žmonės mano apie skausmą. Edwards, Pearce, Turner-Stokes ir Jones (1992) tyrinėjo žmonių įsitikinimus apie skausmo priežastis ir gydymą. Autoriai išskiria dvi pagrindines įsitikinimų grupes: organinius ir psichologinius. Organiniai įsitikinimai yra tikėjimas, jog skausmas yra daugiausiai organinio pobūdžio (pvz., dėl audinių pažeidimo). Psichologiniai įsitikinimai apima psichologinių veiksnių įtaką skausmo išgyvenimui, pavyzdžiui, įsitikinimus, kad nerimas, prasta nuotaika ar galvojimas apie skausmą jį sustiprina. Edwards ir kolegos (1992) nustatė, kad lėtinį skausmą patiriantys asmenys, palyginus su kontroline grupe, buvo labiau linkę į organinius skausmo įsitikinimus. Taip pat pastebėta, kad šio tyrimo grupėje organiniai įsitikinimai apie lėtinį skausmą buvo reikšmingai susiję su įsitikinimu, kad kiti žmonės, turintys galią (dažniausiai gydytojai) ir likimas ar atsitiktinumas, kontroliuoja sveikatos būklę. Taigi, vyksta atsiribojimas tarp skausmo ir skausmo patirties. Priešingai, įsitikinimas, kad

psichologiniai veiksniai gali turėti tam tikros įtakos, buvo reikšmingai susijęs su tikėjimu, kad asmuo gali kontroliuoti savo sveikata ir gerovę.

Tokius įsitikinimus ėmė tyrinėti ir daugiau tyrėjų. Tyrime apie reumatoidiniu artritu sergančiųjų patiriamą skausmą nustatyta, kad kuo labiau asmuo tiki organine skausmo prigimtimi, tuo labiau tikėtinas prastesnis visapusiškas funkcionavimas (Pons, Shipton, & Mulder, 2012). Organiniai įsitikinimai apie skausmą prisideda prie suvokimo, kad skausmas yra žalingas ir nevaldomas. Toks įsitikinimas artimas katastrofizacijai, kuri daro neigiamą įtaką skausmo patirčiai, pasveikimo lūkesčiams bei siejasi su funkcinė negalia. Organiniai įsitikinimai savaime gali sietis su polinkiu į katastrofizaciją (Sloan, Gupta, Zhang, & Walsh, 2008). Asmenims turintiems organinius įsitikinimus apie skausmo kilmę sunkiau savarankiškai susidoroti su jaučiamu skausmu, jie jaučia daugiau bejėgiškumo, yra mažiau linkę sąmoningai mėginti įveikti skausmą (Babadağ, Alparslan, & Güleç, 2015). Walsh ir Radcliffe (2002) taip pat nustatė, kad lėtinį nugaros skausmą patiriantys asmenys, kuriems buvo būdingi organiniai įsitikinimai apie skausmą, pasižymėjo didesne fizine negalia, tačiau tokiems įsitikinimams nykstant, mažėjo ir suvoktos negalios lygis. Baird ir Sheffield (2016) teigia, kad tiek organiniai tiek psichologiniai įsitikinimai apie skausmą teigiamai siejasi su nerimu, depresija ir neįgalumu, tačiau organinių įsitikinimų ryšys su įvardintais veiksniais yra stipresnis. Autorių teigimu organinių įsitikinimų apie skausmą ryšys su nerimu, depresija ir neįgalumu yra medijuojamas saviveiksmingumo. Kalbant apie ūminį skausmą tyrimų yra kur kas mažiau ir jų rezultatai nėra vienareikšmiai. Ursavaš ir Yaradılmış (2021) teigia, kad nei organiniai nei psichologiniai įsitikinimai nesisiejo su ūminio pooperacinio skausmo intensyvumu, bei funkcionavimo po operacijos. Kitame tyrime buvo nustatytas statistiškai reikšmingas teigiamas ryšys tarp organinių įsitikinimų apie skausmą ir skausmo intensyvumo praėjus parai po operacijos, tačiau ši koreliacija buvo silpna (Disceken & Kose, 2021). Bağcı ir Doğan (2022) ištyrė pooperacinį skausmą po kepenų transplantacijos patiriančius asmenis. Nustatyta, kad dalyvių vidutinis skausmo stiprumas buvo mažas ir jiems buvo labiau būdingi psichologiniai, o ne organiniai įsitikinimai apie skausmą. Taip pat nustatyta, kad didėjant skausmo stiprumui, stiprėjo tiek organiniai, tiek psichologiniai įsitikinimai apie skausmą, tačiau psichologiniai įsitikinimai turėjo daugiau įtakos skausmo stiprumui. Taigi, žmogaus įsitikinimai susiję su skausmo priežastimi ir atsigavimu gali reikšmingai paveikti skausmo patyrimo patirtį, psichologinę gerovę ir fizinį funkcionavimą. Toks poveikis plačiai ištirtas lėtinio skausmo kontekste, tačiau imamas tyrinėti ir kalbant apie ūminį skausmą.

Apibendrinant, įsitikinimai apie skausmą yra reikšmingas veiksnys kalbant apie skausmo patyrimą, jo įveiką ar prisitaikymą prie jo. Individo įsitikinimai apie skausmą gali paaiškinti patiriamo skausmo intensyvumą, psichologinių sunkumų patyrimą, funkcionavimo lygį ar net neįgalumo

patyrimą. Taip pat, matyti, kad įsitikinimai apie skausmą gali paskatinti tam tikro elgesio pasireiškimą, o šis savaime nusako tam kaip žmogus mėgins įveikti skausmą ir ar taikomas gydymas bus sėkmingas. Literatūroje matyti, kad šie įsitikinimai dažnai siejasi su tokiais konstruktais kaip katastrofizacija ir saviveiksmingumas. Taip pat, galima pastebėti, kad dauguma šių tyrimų yra atlikti su lėtinį skausmą patiriančiais asmenimis. Su ūminiu skausmu susijusius įsitikinimus tiriančių tyrimų yra nedaug, bei didžioji dalis jų yra apie pooperacinį skausmą. Kadangi dauguma tokių tyrimų yra nauji, galima tikėtis, kad tai tyrimų sritis, kuri bus labiau plečiama ateityje.

1.2.1 Katastrofizacija – priežastis ir pasekmė

Katastrofizacija yra unikalus mąstymo būdas visapusiškai besisiejantis su skausmu – jo numatymu ir įveika. Ankstyvosios katastrofizacijos definicijos apibūdino šį procesą kaip neracionaliai neigiamą ateities įvykių prognozę (Quartana et al., 2009). Konkrečiai skausmo katastrofizacijos atveju, žmogus turi polinkį išdidinti skausmo ar jį keliančio dirgiklio grėsmę, jaučiasi bejėgiu skausmo kontekste. Taip pat, į katastrofizaciją linkę asmenys santykinai nesugeba slopinti su skausmu susijusių minčių, nuolat mintija apie numatomą ar jaučiamą skausmą. Išdidinimas, bejėgiškumas ir mintijimas - trys pagrindiniai katastrofizacijos konstrukto komponentai (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995). Individualūs skirtumai, kiek žmogus yra linkęs šitaip mąstyti, yra pastebimi jau ankstyvoje paauglystėje (Bedard, McGrath, & Chambers, 1997). Sullivan ir Neish (1999) teigia, kad tuo asmuo vyresnis tuo polinkis katastrofizuoti yra mažesnis. Skirtumai rasti ir tarp lyčių – moterys yra labiau linkusios katastrofizuoti skausmą, nei vyrai (Bedard et al., 1997; Sullivan et al., 1995; Sullivan & Neish, 1999; Papaioannou, et al., 2009; Pavlin, Sullivan, Freund, & Roesen, 2005). Reikia pripažinti, kad yra tyrėjų teigiančių jog yra stiprus abipusis ryšys tarp katastrofizacijos ir neurotiškumo asmenybės bruožo (Turner & Aaron, 2001). Galimai, neurotiški žmonės yra labiau linkę katastrofizuoti, o katastrofizacija yra ryšio tarp neurotiškumo ir patiriamo skausmo intensyvumo mediatorius (Affleck et al., cit. iš Turner & Aaron, 2001; Banozic et al., 2018). Kita vertus, Sullivan ir kolegos (2001) teigia, kad katastrofizacija skiriasi nuo neurotiškumo. Taigi, katastrofizacija yra specifinis mąstymo būdas, kurio pasireiškimas gali priklausyti nuo individualių skirtumų.

Visų pirma, katastrofizacijos vaidmuo yra svarbus dar prieš patiriant skausmą. Tyrimai teigia, kad skausmo katastrofizacija yra svarbus skausmo arba jo intensyvumo prediktorius. Michael J. L. Sullivan, kartu su kolegomis atliko eilę tyrimų, tarp jų ir eksperimentinių, kuriuose nagrinėjo katastrofizacijos reikšmę skausmo kontekste. Viena eksperimente, skausmo katastrofizacijos lygis buvo įvertintas savaitę prieš atliekant dantų higienos procedūrą (Sullivan & Neish, 1999). Nustatyta, kad katastrofizuoti linkę asmenys, teigė jautę statistiškai reikšmingai didesnę skausmą procedūros metu, nei nelinkę katastrofizuoti. Įdomu tai, kad tyrimo dalyviams suteikus galimybę aprašyti jiems įprastus jausmus ir mintis dantų gydymo metu, bei kurie gydymo aspektai kėlė daugiausia distreso,

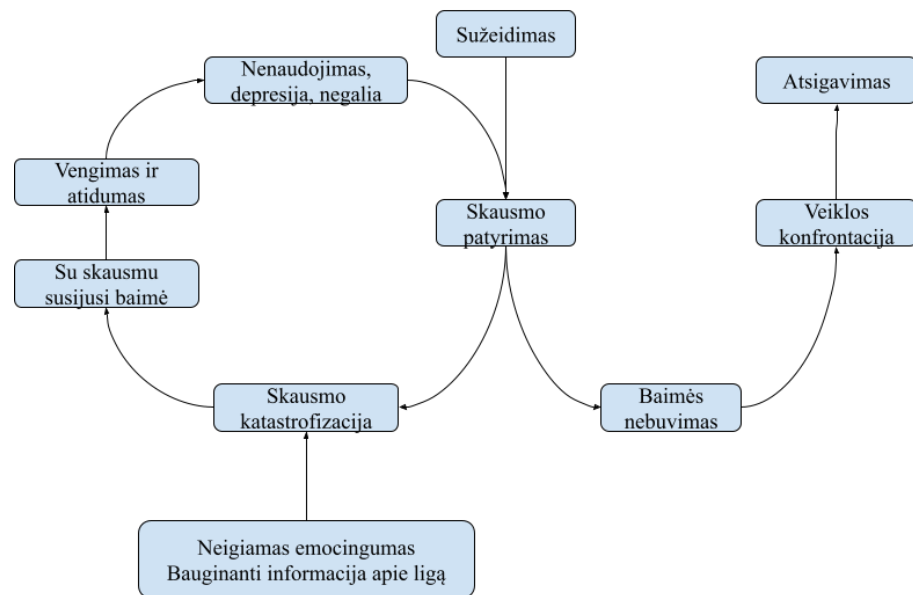
katastrofizuoti linkę asmenys nebesiskyrė nuo kitų ir teigė jautę reikšmingai mažesnę skausmą palyginus su negavusiais tokios galimybės. Kitame tyrime, laiko tarpas tarp katastrofizacijos vertinimo ir nemalonios procedūros buvo vidutiniškai 10 savaičių (Sullivan et al., 1995). Ryšys tarp skausmo katastrofizacijos ir įvardyto skausmo procedūros metu išliko reikšmingas kontroliuojant dalyvių patiriamą distresą. Tai galimai rodo katastrofizacijos, kaip asmens savybės, stabilumą. Teigiama, kad moterų patiriamo skausmo nuspėjimui unikaliai svarbus bejėgiškumo komponentas (Sullivan, Tripp, & Santor, 2000). Vyrų tarpe, nei vienas katastrofizacijos konstrukto komponentas neišsiskyrė. Katastrofizacijos, kaip prediktorius, vaidmuo yra svarbus eksperimentinėse imtyse.

Kiti tyrėjai, taip pat, gana daug dėmesio skyrė katastrofizacijos įtakai pooperaciniam skausmui. Daugiau katastrofizuoti linkę asmenys yra linkę patirti stipresnę skausmą po įvairių rūšių operacijų (Khan et al., 2011; Khan et al., 2012; Papaioannou et al., 2009; Sommer et al., 2009; Pavlin et al., 2005; Granot & Goldstein Ferber, 2005; Elander & Barry, 2003). Granot ir Goldstein Ferber (2005), teigia, kad šis priežastinis ryšys egzistuoja, net jei yra kontroliuojamas tiriamųjų patiriamo nerimo lygis. Khan ir kolegos (2012) nustatė, kad katastrofizacija prognozuoja skausmą, po širdies operacijos, nepriklausomai nuo asmens depresijos, nerimo ar priešoperacinio skausmo lygio. Teigiama, kad depresija nėra katastrofizacijos ir skausmo tarpusavio ryšį sąlygojantis veiksnys (Sullivan et al., 2001). Nepaisant to, katastrofizacija savaime gali lemti depresijos simptomų atsiradimą (Turner et al., 2000). Pavlin ir kolegos (2005) teigia, kad katastrofizacija nuspėja ne tik stipresnę skausmą, bet ir didesnę moterų patiriamo skausmo trukmę. Taip pat, daug katastrofizuojantiems, įvairių rūšių ūminis skausmas pasireiškia ne tik stipresnis, bet ir dažniau, nei mažai katastrofizuojantiems (Bedard et al., 1997). Apibendrinant, polinkis katastrofizuoti yra svarbus patiriamo ūminio skausmo, jo intensyvumo, o kartais ir pasireiškimo dažnio bei trukmės prediktorius.

Anot tyrėjų, katastrofizaciją galima suvokti ir kaip šiuo metu jaučiamo skausmo ar kitų nemalonių pojūčių bei situacijų įveikos strategiją. Rosentiel ir Keefe (1983) tyrinėdami skausmo įveikos būdus, žmogaus polinkį jaučiant skausmą pernelyg išdidintai vertinti, pasinerti į neigiamas į save nukreiptas mintis, t.y. katastrofizuoti, priskiria įveikos strategijoms. Egzistuoja požiūris teigiantis, kad katastrofizacija - tai situacija grįsta reakcija į skausmą (Turner & Aaron, 2001). Galimai dėl to ir įprastai nelinkę katastrofiškai mąstyti asmenys, pradeda tai daryti jausdami stiprų skausmą. Daug katastrofizuoti linkę žmonės mano esą turintys daug daugiau sunkumų susidorojant su skausmu (nors realiai tuo nesiskiria nuo mažai katastrofizuojančių) ir mano, kad mažiau kontroliuoja savo emocijas jausdami skausmą (Bedard et al., 1997; Jacobsen & Butler, 1996), tad ši įveika greičiausiai turėtų būti priskiriama prie neadaptivių. Dinan, Hargitai, Watson, Smith ir Schmidt (2021) tyrė orofacialinį (bet koki burnoje, žandikaulyje ir veide jaučiamą) skausmą patiriančius asmenis, nustatė, kad skausmas yra katastrofizacijos prediktorius. Edgley ir kiti (2019)

teigia, kad net ir praėjus 3 mėnesiams po patirtos operacijos, stiprus ūminis skausmas bei užsitęsęs pooperacinis skausmas siejosi su katastrofizacija, psichologiniu distresu bei neįgalumu. Onkologinėmis ligomis sergančius asmenis tyrė Utne ir kolegos (2009) nustatė, kad vidutinį ir stiprų skausmą patiriantys asmenys buvo statistiškai reikšmingai labiau linkę katastrofizuoti nei patiriantys silpną skausmą. Katastrofizavimas kaip įveikos strategija, taip pat, siejasi su kitais neigiamais padariniais. Buenaver, Edwards, Smith, Gramling ir Haythornthwaite (2008) tyrime nustatyta, kad katastrofizuojantys žmonės patiria stipresnį galvos skausmą, kuris kelia daugiau su skausmu susijusių trukdžių. Taip pat, išskirtinai galvos skausmus patiriantys katastrofizuotojai (palyginus su neįaučiančiais skausmo) išsiskyrė depresijos simptomų lygiu. Katastrofizacija siejasi su aukštesniu depresijos, psichologinio distreso bei patiriamo skausmo lygiu ir lėtinį skausmą patiriančiųjų tarpe (Keefe & Williams, 1990; Turner et al., 2000). Taigi, katastrofizacija gali pasireikšti kaip reakcija į patiriamą skausmą ir paskatinti neigiamus psichologinius padarinius.

Reakcija į ūminį skausmą gali paskatinti lėtinio skausmo formavimąsi. Vlaeyen ir Linton (2000) mėgino paaiškinti kodėl po „sugijusios“ ūminės raumenų ir kaulų traumos susiformuoja lėtinis skausmas. Jų sukurtas skausmo baimės – vengimo modelis (angl. *Fear – avoidance model*) (žr. 1 paveikslėlį) teigia, kad yra svarbu kaip asmuo reaguoja į patiriamą skausmą: jeigu skausmas yra vertinamas kaip grėsmingas (t.y. katastrofizuojamas) išsivysto su skausmu susijusi baimė. Dėl šios baimės asmuo ima vengti fizinio aktyvumo ar kokio kito elgesio bei judesių, kurie gali sukelti skausmą, ima daug atidžiau stebėti savo kūno pojūčius, bijo pakartotinio sužeidimo. Toks veiklos ir aktyvumo vengimas gali privesti prie tam tikrų kūno dalių nenaudojimo, depresijos ir net negalios. Aktyvumo vengimas ne tik gali privesti prie didesnio pažeidimo, bet ir trukdo žmogui palyginti skausmo lūkesčius su jaučiamu realiu skausmu – asmuo vėl pervertina ir katastrofizuoja būsimą skausmą bei jo pasekmes, didės skausmo baimė ir vengimas (Leeuw et al., 2007; Vlaeyen, & Linton, 2000). Šitaip užsisuka užburtas skausmo ratas. Kitu atveju, jeigu žmogus nevertina skausmo kaip pavojingo ir priima jį kaip laikiną nemalonų patyrimą, tikėtina, kad asmuo ir toliau užsiims kasdiene veikla, nevens jokių judesių, o tai veda prie greitesnio atsigavimo ir pagerėjimo (Vlaeyen, & Linton, 2000). Šis modelis yra esminis katastrofizacijos, kaip proceso, supratimui.



1 pav. Baimės – vengimo modelis (Vlaeyen, & Linton, 2000)

Katastrofizacija, kaip įveika, gali sietis su daugybe įvairių veiksnių. Modelio autoriai teigia, kad skausmo katastrofizacija gali būti paveikta neigiamo emociingumo ir bauginančios informacijos apie ligą (Vlaeyen, & Linton, 2000). Rosentiel ir Keefe (1983) irgi teigia, kad katastrofizacija siejasi su aktyvumo sumažėjimu. Sullivan ir kiti (2002) teigia, kad katastrofizacija (eksperimentiniame kontekste) sumažina fizinį aktyvumą, net ir tuomet kai kontroliuojamas tiriamųjų patiriamas skausmas ir neigiamas emociingumas. Yra tyrimų teigiančių, kad katastrofizacija yra susijusi su užsitęsusių ūminiu skausmu (Edgley et al., 2019; van der Windt, Kuijpers, Jellema, van der Keijden, & Bouter, 2007; Baird & Sheffield, 2016; Leeuw et al., 2007; Main et al., 2010; Martinez-Calderon et al., 2018; Vlaeyen, & Linton, 2000). Kaip minėta anksčiau, katastrofizacija yra susijusi su moterų patiriamo skausmo trukme (Pavlin et al., 2005). Khan ir kolegos (2011) atlikę literatūros apžvalgą patvirtina, kad aukštas katastrofizacijos lygis yra susijęs ne tik su didesniu skausmu, bet ir prisideda prie lėtinio pooperacinio skausmo išsivystymo, bei šitaip prastina gyvenimo kokybę. Patiriant lėtinį skausmą, katastrofizacija skatina fizinio aktyvumo vengimą, o tai veda prie didesnio skausmo intensyvumo, bei negalios atsiradimo (Martinez-Calderon et al., 2018; Main et al., 2010; Söderlund & Åsenlöf, 2010). Taip pat, katastrofizacija gali lemti depresijos simptomų pasireiškimą, lėtinį skausmą patiriančiųjų imtyje (Turner et al., 2000). Apibendrinant, katastrofizacija gali paskatinti skausmo baimę ir fizinio aktyvumo vengimą, kuris veda prie ūminio skausmo išsivystymą į lėtinį bei veikia lėtinį skausmą patiriančių asmenų psichologinę gerovę bei fizinį funkcionavimą.

Katastrofizacija galimai siejasi ir su kitomis strategijomis skirtomis įveikti skausmą. Anot Bedard ir kolegų (1997), daug katastrofizuojantys vidurinių mokyklų moksleiviai buvo linkę dažniau ieškoti informacijos, siekė socialinės paramos, bandė spręsti esamą problemą, naudojo teigiamus teiginius apie save ir daugiau eksternalizavo (kaltino kitus ar aplinkybes dėl jaučiamo skausmo),

palyginus su mažai katastrofizuojančiais. Nepaisant to, nei viena iš šių strategijų tiriamiesiems nepadėjo sumažinti skausmo. Tyrimai teigia, katastrofizuojantys asmenys yra labiau linkę į vadinamą ligos elgesį: dažniau lankosi pas gydytojus, ilgiau lieka ligoninėje, vartoja daugiau paskirtų ir nereceptinių vaistų (Quartana et al., 2009; Garg, Garg, Turin, & Chowdhury, 2016; Jacobsen & Butler, 1996; Bedard et al., 1997; Sullivan et al., 2001). Taip pat, jie yra linkę naudoti daugiau skausmo elgesio (Quartana et al., 2009; Sullivan et al., 2001). Skausmo elgesys gali būti verbalinis (pvz., nusiskundimai, dejavimas) arba neverbalinis (pvz., veiklų nutraukimas, analgetikų vartojimas, skausmą demonstruojančios veido išraiškos) (Keefe & Pryor, 2007). Sullivan, Adams ir Sullivan (2004) nustatė, kad socialinis kontekstas turi įtakos ryšiui tarp katastrofizacijos ir skausmo elgesio. Anot jų, daug katastrofizuojantys asmenys komunikatyvų skausmo elgesį (pvz., skundus, veido išraiškas, dejones) demonstravo reikšmingai ilgiau tada kai šalia buvo stebėtojų, nei kai asmuo kambaryje buvo vienas. Mažai katastrofizuojančių žmonių, skausmo elgesio demonstravimo trukmė nesiskyrė priklausomai nuo socialinio konteksto. Be to, katastrofizuotojai, esant stebėtojams naudojo mažiau kognityvinių įveikos strategijų, nei tie kuriems toks mąstymas mažiau būdingas. Susidaro įspūdis, jog esant žiūrovams, katastrofizuoti linkę asmenys siekia pademonstruoti ir iškomunikuoti patiriamą skausmą, o ne jį sumažinti. Matyti, jog katastrofizuojantys asmenys renkasi ir kitas, ne visada veiksmingas skausmo įveikos strategijas, bei dažnai naudoja ligos ir skausmo elgesį.

Tyrėjai taip pat teigia, kad katastrofizacija siejasi su didesniu vaistų nuo skausmo vartojimu (Jacobsen, & Butler, 1996; Papaioannou et al., 2009). Tam pritaria ir Bedard bei kolegos (1997), tyrę žmones patiriančius galvos, pilvo, ausų ir / arba gerklės, menstruacinius ir raumenų, sąnarių ir / arba nugaros skausmus. Jie nustatė, kad daug katastrofizuojantys, galvos bei ausų ir / ar gerklės skausmą patiriantys žmonės bendrai naudojo daugiau įvairių vaistų, o visos skausmo grupės vartojo daugiau nereceptinių vaistų, palyginus su mažai katastrofizuojančiais. Įdomu, kad galvos ir menstruacinius skausmus patiriantys asmenys buvo labiau linkę vartoti nereceptinius vaistus tik sulaukę kol skausmas taps itin intensyvus. Nemažai kitų tyrimų teigia, kad katastrofizacija gali sietis su didesniu receptinių ir nereceptinių analgetikų vartojimu ir suvoktu jų veiksmingumu (Finan et al., 2018; Jensen, Thomsen, & Højsted, 2006; Jacobsen & Butler, 1996; Walsh, LeBlanc, & McGrath, 2003; Khan et al., 2012; Kapadi & Elander, 2020). Kiti tyrėjai ryšio tarp katastrofizacijos ir vaistų nuo skausmo vartojimo nerado (Pavlin et al., 2005; Granot & Goldstein Ferber, 2005; Ramírez-Maestre et al., 2020). Taigi, katastrofizacija gali sietis ir su analgetikų vartojimo ypatumais.

Kaip teigia baimės – vengimo modelis, santykis tarp skausmo ir katastrofizacijos yra savotiškas užburtas ratas. Daugybė tyrimų teigia, kad polinkis katastrofizuoti yra svarbus numatomo skausmo ir jo intensyvumo prediktorius, kiti tyrimai kalba apie katastrofizacijos kaip reakcijos į jaučiamą skausmą svarbą. Katastrofizacija stipriai prisideda prie laikino, ūminio skausmo peraugimo

į varginančią, gyvenimo su lėtiniu skausmu, realybę. Katastrofizacijos reiškinys, gali pasireikšti kartu su kitomis skausmo įveikos strategijomis, ypač su demonstruojamu ligos ar skausmo elgesiu bei gali lemti receptinių ir nereceptinių analgetikų vartojimą. Katastrofizacija, tai unikalus, nuo skausmo tyrimo neatsiejamas, reiškinys.

1.3 Įveikos strategijos

Įveika yra plačiai ištyrinėta sritis, kurią aprėpti šiame tyrime būtų nepraktiška ir tikriausiai neįmanoma. Nepaisant to pamėginsiu paminėti aspektus aktualius skausmo įveikai. Nekreipiant dėmesio į tai ar skausmas ūminis ar lėtinis, kiekvienas jį patiriantis skausmą atranda būdus kaip jį numalšinti, sumažinti ar bent toleruoti (Rosentiel, & Keefe, 1983). Šie skirtingi būdai yra vadinami skausmo įveikos strategijomis. Įveika yra pažinimo ir elgesio priemonių visuma padedanti kontroliuoti veiklą trikdančią situaciją, sutelkti jėgas nemaloniems išgyvenimams, neigiamoms streso pasekmėms sumažinti ar šiuo atveju, valdyti skausmą arba emocines reakcijas į jį (Bagdonas ir Bliumas, 2019; Turner & Clancy, 1986). Įveikos strategijos gali būti įvairios, taigi tyrėjai siekė jas kategorizuoti.

Egzistuoja keletas įveikos modelių ir klasifikacijų. Lazarus ir Folkman (1984) įveika vadina procesą, t.y. visą nuolat besikeičiantį elgesį ir kognityvines pastangas valdyti konkrečius išorinius ir / arba vidinius poreikius, kurie reikalauja ar viršija asmens resursus, nepaisant rezultato. Šie autoriai išskiria dvi streso įveikos strategijų formas: orientuotas į problemą arba orientuotas į emocijas. Į problemą orientuotos streso įveikos formos apima individo pastangas valdyti, pakeisti ar pašalinti neigiamą įtaką turintį stresorių. Į emocijas orientuotos įveikos formos apima kognityvinius procesus skirtus sumažinti jaučiamą emocinį distressą (pvz., vengimas, selektyvus dėmesys, teigiamas palyginimas ir pan.), bei aplinkos ar įvykio suvokimo keitimą, galimai pervertinimą, realiai nekeičiant objektyvios situacijos. Taigi, svarbu į ką žmogus fokusuojasi, siekdamas susitvarkyti su neigiamu stresoriaus poveikiu.

Nors šie autoriai kalba apie stresą bendrąja prasme, šis modelis naudojamas ir kalbant konkrečiai apie patiriamą skausmą. Skausmas ir stresas yra du skirtingi, tačiau persidengiantys, prisitaikymui ir organizmo apsaugai svarbūs, procesai (Abdallah & Geha, 2017). Stresas gali paskatinti skausmo atsiradimą, o skausmas savaime gali būti streso šaltinis, kuris veikia fizinę ir psichologinę savijautą bei funkcionavimą (Ahmad & Zakaria, 2015; Abdallah & Geha, 2017; Sargautytė, 2008; APA, 2023). Tai ypač aktualu patiriantiems lėtinį skausmą, kadangi jie turi išgyventi ne tik kasdienį stresą sukeliama skausmo, bet dažnai susiduria su fizinio ir socialinio funkcionavimo sunkumais ar neįgalumu bei psichologinėmis problemomis kaip nuotaikos bei nerimo sutrikimais, žema savigarba (Dysvik, Natvig, Eikeland, & Lindstrøm, 2005; McWilliams, Cox, &

Enns, 2003; Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Šie ir kiti su skausmu susiję sunkumai asmens gali būti vertinami kaip grėsmingi, reikalaujantys išteklių ar juos viršijantys, bei prisideda prie dėl skausmo patiriamo streso (Dysvik et al, 2005). Taigi, skausmas tikrai atitinka Lazarus ir Folkman modelyje apibūdinamą stresorių. Dysvik ir kolegos (2005), tyrę lėtinį skausmą patiriančius asmenis, teigia, kad skausmo vertinimas kaip iššūkio reikšmingai numato į problemą orientuotų įveikos strategijų pasirinkimą. Kita vertus, skausmo, kaip grėsmės, vertinimas, depresija ir savigarba lemia į emocijas orientuotų įveikos strategijų naudojimą.

Kiti autoriai kategorizuoja įveikos strategijas pagal kitokius faktorius. Brown ir Nicassio (1987) tirdami dėl reumatoidinio artrito skausmą patiriančius asmenis, sukūrė klausimyną, skirstantį skausmo įveikos strategijas į aktyvias ir pasyvias. Aktyvios skausmo įveikos strategijos apima individo pastangas susidoroti su skausmu arba veikti nepaisant skausmo atitraukiant dėmesį nuo jo (pvz., fizinis aktyvumas, užsiėmimas mėgstamomis veiklomis, skausmo ignoravimas) (Brown & Nicassio, 1987; Bastrup et al., 2016). Aktyvios įveikos atveju individas pasikliauja savo ištekliais, kad susidorotų su stresoriais, ar šiuo atveju, skausmu (Carroll, 2013). Pasyvi įveika apibūdinama kaip bejėgiškumas arba strategijos, kuriomis asmuo padeda skausmo kontrolę kitiems išoriniams ištekliams (pvz., skambinimas sveikatos apsaugos specialistams, savo funkcionavimo apribojimas dėl skausmo, manymas, kad neįmanoma susidoroti su skausmu) (Brown & Nicassio, 1987; Bastrup et al., 2016; Carroll, 2013). Aktyvios įveikos strategijos siejamos su mažesniu skausmo intensyvumu ir neįgalumu, mažiau patiriamo psichologinio distreso, ir depresijos simptomų bei geresniu prisitaikymu, ir didesniu aktyvumo lygiu (Brown & Nicassio, 1987; Higgins, Bailey, LaChapelle, Harman, & Hadjistavropoulos, 2015). Pasyvios įveikos strategijos, priešingai, yra siejamos su intensyvesniu skausmu, neįgalumu, prastesniu prisitaikymu, psichologiniu distresu ir depresyvumu bei nerimu (Brown & Nicassio, 1987; Esteve, Ramírez-Maestre, & López-Martínez, 2007; Carroll, 2013). Brown ir Nicassio (1987) pripažįsta, kad savo tyrime nediferencijavo lėtinio ir ūminio skausmo, tačiau kelia hipotezę, kad galimai pasyvios įveikos strategijos būtų adaptyvesnės skausmo paūmėjimams, nei lėtiniam skausmui. Kuzu, Kim ir Kratz (2022) atliko tyrimą, kuriame asmenys patiriantys lėtinį skausmą po stuburo pažeidimo, dalyvavo ir buvo stebimi (bendrai paėmus) apie dvi savaites. Jie teigia, kad didesnis kasdienis pasitelkimas pasyviomis ir aktyviomis įveikos strategijomis lėmė didesnę skausmo katastrofizaciją. Didesnis kasdienis pasitelkimas pasyviomis įveikos strategijomis siejosi su depresyvumu, sumažėjusiu teigiamų emocijų patyrimu ir gerove. Taigi, individo aktyvumas arba pasyvumas įveikos procese, paveikia jo skausmo patyrimą, su juo susijusių neigiamų veiksmų patyrimą ir įveikos sėkmę.

Dalis tyrėjų skirsto įveikos strategijas į kognityvines ir elgesio. Rosentiel ir Keefe (1983) besiremdami ankstesne literatūra ir savu tyrimu apie lėtinį apatinės nugaros dalies skausmą

patiriančius žmones, išskyrė šešias kognityvines skausmo įveikos strategijas ir dvi elgesio įveikos strategijas. Kognityvinėms įveikos strategijoms priskiriamas dėmesio nukreipimas, skausmo pojūčių reinterpretacija, savitaiga, skausmo pojūčių ignoravimas, meldimasis ir viltis bei jau anksčiau minėta katastrofizacija. Elgesio įveikos strategijoms tyrėjai priskyrė veiklumo suaktyvinimą (t.y. užsiėmimas tam tikra veikla siekiant nukreipti dėmesį nuo skausmo) ir skausmo elgesio pasireikšimą siekiant sumažinti skausmo pojūčius (pvz., aimanavimas, skundai, vaistų vartojimas). Rosentiel ir Keefe (1983) tyrime, asmenys itin linkę į skausmo pojūčių reinterpretaciją, savitaigą ir skausmo pojūčių ignoravimu pasižymėjo labiau sutrikusiu funkcionavimu. Tą patį galima pasakyti ir apie linkusius nukreipti dėmesį bei melstis ir viltis, tačiau be sutrikusio funkcionavimo jie pasižymėjo ir stipresniu patiriamu skausmu. Katastrofizacija ir veiklumo suaktyvinimu pasižymintys asmenys buvo linkę į prastesnę prisitaikymą, depresiją ir nerimą. Tai parodo, kad įveikos strategijos nebūtinai siejasi su sėkmingu prisitaikymu ir įveika. Keefe ir Williams (1990) tyrimas parodė, kad individai dažnai naudojantys dėmesio nukreipimą, katastrofizaciją ir veiklumo suaktyvinimą vertino patiriamą skausmą kaip intensyvesnį, palyginus su tais, kurie šias strategijas naudojo retai. Woby, Watson, Roach ir Urmston (2005) tyrimas teigia, kad lėtinio skausmo imtyje, dėmesio nukreipimas, veiklumo suaktyvinimas, skausmo pojūčių reinterpretacija bei meldimasis ir viltis (šiam tyrime buvę viename faktoriuje) turi unikalų ryšį su skausmo intensyvumu – didėjantis skausmo intensyvumas siejosi su dažnesniu šių strategijų pasitelkimu. Skausmo pojūčių ignoravimas ir savitaiga (buvę viename faktoriuje) šiame tyrime siejosi su žemesniu negalios lygiu. Taip pat, savitaiga ir veiklumo suaktyvinimas siejami su mažesniu depresijos lygiu (Keefe & Williams, 1990). Priešingai, polinkis į katastrofizaciją buvo siejamas su didesniu depresijos, psichologinio distreso lygiu. Skirtingų įveikos strategijų pasirinkimas gali skirtis nuo skausmo tipo. Pavyzdžiui, anot Rosentiel ir Keefe (1983) asmenys patiriantys lėtinį nugaros skausmą dažniausiai renkasi meldimasi ir viltį bei savitaigą. Raak ir Wahren (2005) teigia, kad įtampos tipo galvos skausmą patiriančios moterys dažniausiai naudojo savitaigą, veiklumo suaktyvinimą ir demonstravo daugiau skausmo elgesio siekdamos susidoroti su skausmu. Katastrofizacija, šiuo atveju, buvo rečiausiai naudojama įveikos strategija. Įvairios kognityvinės ir elgesio strategijos gali savotiškai paveikti žmogaus funkcionavimą bei gebėjimą įveikti skausmą, o šių strategijų pasirinkimas gali priklausyti nuo patiriamo skausmo pobūdžio.

Apibendrinant, įveikos strategijos yra labai plati tema netgi kalbant konkrečiai apie skausmo įveiką. Egzistuoja daug požiūrių ir būdų kategorizuoti skausmo įveikos strategijas. Vieni tyrėjai teigia, kad nuo to kaip įvertinamas stresorius (skausmas) priklausys ar įveika bus orientuota į problemą ar į emocijas. Kiti autoriai, skirsto įveikas pagal paties individo aktyvumą ar pasyvumą įveikos procese arba tai kokios yra pačios įveikos strategijos - kognityvinės, ar susijusios su elgesiu. Nepaisant teorinio grupavimo, matyti, kad tam tikrų skausmo įveikos strategijų taikymas gali lemti kiek pavyks susidoroti su jaučiamu skausmu, asmens funkcionavimo lygiu, psichologiniais

sutrikimais, gerove ir kitais veiksniais. Taip pat, galima manyti, jog specifinių įveikos strategijų pasirinkimas gali priklausyti nuo patiriamo skausmo pobūdžio.

1.4 Savigyda: nauda ir grėsmės

Savigyda arba savarankiškas gydymas yra plačiai paplitęs fenomenas. Tai sveikatos priežiūros sritis, kurioje asmuo prisiima didesnę atsakomybę už lengvų negalavimų valdymą, naudodamas nereceptinius farmacinius produktus (Hughes et al., 2001). Savigyda taip pat apima gydytojo paskirtų, pasikartojančioms ir lėtinėms ligoms ar jų simptomams valdyti skirtų, vaistų vartojimą (WHO, 2000). Praktiškai, artimiesiems priklausančių vaistų vartojimas (ypač kalbant apie vaikų ar senjorų gydymąsi) taip pat priskiriamas savigydei. Savarankiškam gydymuisi gali būti pasitelkiami sveikatos priežiūros specialisto ar vaistininko patarimai ir konsultacijos (Hughes et al., 2001). Žinoma, savigyda turi savų plusų ir minusų.

Savigyda gali būti naudinga tiek pacientui, tiek sveikatos apsaugos specialistams. Vaistininkai, įgaudami itin svarbią rolę, gali geriau pritaikyti ir panaudoti savo, kaip kvalifikuotų specialistų, įgūdžius (Ferner, 1994). Svarbu, kad jie suteiktų pacientui savalaikę, tinkamą ir kokybišką informaciją apie negalavimą ar pasirinktus medikamentus (WHO, 2000). Savarankiškas gydymas, patiriant nežymius sveikatos sutrikimus, gali padėti sumažinti gydytojų darbo krūvį ir sutaupyti medicininius išteklius (Ferner, 1994; WHO, 2000). Pertekliniams apsilankymų pas gydytoją išvengimas naudingas ir pacientams. Pacientas įgalinamas ir prisiima aktyvią rolę savo sveikatos priežiūroje. Toks asmens skatinimas rūpintis savimi, suteikia jiems galimybę prisiimti atsakomybę ir ugdyti pasitikėjimą savo gebėjimu valdyti savo sveikatą (Bradley & Bond cit. iš Hughes et al., 2001). Savigydos dėka individas turi greitą prieigą prie pagalbinių priemonių, gali rinktis iš plataus nereceptinių preparatų rato arba rinktis priemonę, kurios tinkamumu ir veiksmingumu jau yra įsitikinęs (WHO, 2000). Svarbu ir tai, kad tam tikrose šalyse konkretūs nereceptiniai preparatai yra pigesni ir lengviau prieinami, nei receptiniai (Blenkinsopp & Bradley, 1996). Taigi, savigyda gali turėti įvairių privalumų, kaip vaistininkų įtraukimas, pacientų įgalinimas, pagalbos priemonių prieinamumas bei darbo krūvio gydytojams sumažinimas.

Žinoma, savarankiškas gydymas turi ir tam tikrų rizikų. Bene pagrindine problema laikomas netinkamas nereceptinių preparatų vartojimas arba piktnaudžiavimas jais (Hughes et al., 2001). Netinkamas vartojimas (angl. *misuse*) reiškia preparato vartojimą mediciniais tikslais, tačiau netinkamai (Hughes, McElnay, Hughes, & McKenna, 1999). Pavyzdžiui, vartojama didesnė vaisto dozė nei reikėtų arba vaistai vartojami per ilgai. Kita vertus, piktnaudžiavimas (angl. *abuse*) apibūdina vaistų vartojimą ne mediciniais tikslais, o pavyzdžiui, norint numesti svorio ar patirti tam tikrus pojūčius. Realų netinkamų nereceptinių vaistų vartojimo problemos mastą įvertinti bendroje

populiacijoje yra itin sudėtinga (Hughes et al., 2001). Kadangi tai nėra fiksuojama ar stebima, gydytojai ir vaistininkai gali nežinoti apie pacientų preparatų vartojimą. Kitos su savigyda susijusios rizikos yra neteisinga savi diagnozė, netinkamo gydymo pasirinkimas, negebėjimas laiku kreiptis į tinkamą gydytoją arba galimai sunkios sveikatos būklės gydymo delsimas, simptomus maskuojant nereceptiniais preparatais (Hughes et al., 2001; WHO, 2000). Taip pat, didėja polifarmacijos tikimybė bei galimos netinkamos skirtingų vaistų ar vaistų ir maisto sąveikos rizika. Tiek šios sąveikos, tiek retesniais atvejais patys preparatai gali sukelti stiprų nepageidaujamą poveikį (WHO, 2000). Savigydos rizika yra didžiausia vaikams, vyresnio amžiaus ir mažai raštingiems asmenims, kuriems sunku laikytis preparatų etiketėse pateiktų rašytinių instrukcijų (Hughes et al., 2001; Ruiz, 2010). Iš bendrosios praktikos gydytojų perspektyvos, nereceptinių vaistų vartojimas gali pakenkti jų santykiams su pacientais (Hughes et al., 2001). Šeimos gydytojų teigimu, jų sprendimams kokius vaistus išrašyti, įtakos gali turėti pacientų anksčiau vartoti ir veiksmingais laikomi nereceptiniai preparatai (Bradley & Bond cit. iš Hughes et al., 2001). Toks pacientų patirtimi grįstas receptų išrašymas gali trukdyti gydytojo turimam gydymo planui, o tai veda prie netinkamų vaistų išrašymo bei galimai receptinių ir nereceptinių vaistų vartojimo vienu metu. Taigi, savarankiškas gydymasis gali kelti pakankamai daug rizikų susijusių su netinkama savi diagnoze, netinkamu gydymusi bei įvairiais netinkamo nereceptinių vaistų ir preparatų vartojimo aspektais.

Savigyda yra plačiai paplitęs reiškinys paliečiantis vaistininkus, įvairius medicinos specialistus bei asmenis, kuriems reikalinga jų pagalba. Kaip ir bet koks kitas elgesys savarankiškas gydymasis turi svarbių privalumų ir trūkumų. Privalumai apima darbo krūvio gydytojams sumažinimą, labiau įtraukiant vaistininkus, leidžiant jiems pasitelkti turimais įgūdžiais. Taip pat, savigyda įgalina pacientus ir savarankiškai rūpintis savo sveikata ir palengvina prieigą prie reikiamų preparatų. Kita vertus, neatsakinga savigyda gali paveikti gydytojo – paciento santykį bei kelti grėsmę asmens sveikatai dėl netinkamos savi diagnozės, gydymo ar netinkamo nereceptinių preparatų vartojimo. Nors savarankiško gydymosi nauda yra akivaizdi, toks elgesys reikalauja asmens atsargumo ir atsakomybės bei pasitikėjimo vaistininkų ar gydytojų patarimais, siekiant išvengti rizikos.

1.4.1 Vaistų nuo skausmo vartojimas

Vaistų vartojimas savaime yra viena iš skausmo įveikos strategijų. Pagal anksčiau minėtą Rosentiel ir Keefe (1983) klasifikaciją, analgetikų vartojimas priskiriamas elgesio strategijoms, o tiksliau, skausmo elgesiui. Skirstant įveikas pagal aktyvumą, vaistų nuo skausmo vartojimas būtų priskiriamas pasyvioms elgesio strategijoms, kadangi siekiant susidoroti su skausmu pasikliaunama išoriniais resursais (Carroll, 2013). Bet kokiu atveju, tai vienas skausmo įveikos būdų.

Asmens polinkis vartoti analgetikus gali sietis su tam tikrais demografiniais duomenimis. Carrasco-Garrido ir kolegų (2014) Ispanijoje atliktame tyrime nustatyta, kad moterys vartoja daugiau vaistų nuo skausmo, tačiau vyrai yra labiau linkę į savigydą. Literatūros apžvalgoje apie JAV senjorų nereceptinių vaistų (tarp jų analgetikų) vartojimą, taip pat nustatyta, kad šių vaistų reikšmingai daugiau vartoja moterys (Hanlon, Fillenbaum, Ruby, Gray, & Bohannon, 2001). Tas pats būdinga ir paauglių imtyje – buvimas mergina nuspėja dažnesnį nereceptinių analgetikų vartojimą (Jonassen et al., 2021). Ramírez-Maestre ir kiti (2020) teigia, kad lytis nesisieja su receptinių opioidinių analgetikų išrašymu. Kiti su nereceptinių vaistų nuo skausmo vartojimu susiję veiksniai gali būti aukštesnis išsilavinimas, didesnės mėnesinės pajamos, bei amžius (Carrasco-Garrido et al., 2014). Carrasco-Garrido (2014) ir kolegų tyrime, daugiausia vaistų nuo skausmo suvartoja vyresnio amžiaus asmenys (>65 m.), tačiau jaunesnis amžius (16 – 39 m.) prognozuoja galvos, nugaros ir sąnarių skausmo savigydą nereceptiniais vaistais. Vivian, Abrishami, Peng, Wong ir Chung (2009) atliktoje, pooperacinį skausmą tiriančioje, literatūros apžvalgoje teigiama, kad daugumoje tyrimų jaunesnis amžius siejasi su didesniu analgetiku poreikiu ir vartojimu. Taip pat, asmenys sergantys daugiau nei dvejomis lėtinėmis ligomis bei prastai vertinantys savo sveikatos būklę, bendrai buvo linkę vartoti daugiau analgetikų (Carrasco-Garrido et al., 2014; Harris, Wood, Eberhard-Gran, Lundqvist, & Nordeng, 2017). Kita vertus, Carrasco-Garrido ir kiti (2014) teigia, kad daugiau nereceptinių vaistų vartojo asmenys nesergantys lėtinėmis ligomis ir gerai vertinantys savo sveikatos būklę. Savigyda ir didesnis vaistų vartojimas labiau būdingas rūkantiems ir vartojantiems alkoholį nei neturintiems šių įpročių (Carrasco-Garrido et al., 2014; Harris et al., 2017). Taigi, lytis, amžius, išsilavinimas, ekonominė padėtis, sveikatos būklė ir žalingi įpročiai gali sietis su savigyda bei polinkiu vartoti analgetikus.

Vaistų nuo skausmo vartojimo prediktoriumi gali būti ir skausmo pobūdis bei jo ypatumai. Apklausoje, atliktoje su beveik 350 tūkst. Norvegijos paauglių, buvo palygintos skirtingos skausmo grupės bei nustatyta, kad stipriausias kassavaitinio nereceptinių vaistų nuo skausmo vartojimo prediktorius yra galvos skausmas (Jonassen et al., 2021). Antras pagal svarbą buvo pilvo skausmas, o abiejų šių tipų skausmo vaidmuo buvo svarbesnis tarp moterų nei tarp vyrų. Ispanijoje atliktas tyrimas su suaugusiais tiriamaisiais, nustatė, kad patiriantys galvos skausmą buvo labiausiai linkę į savigydą analgetikais, palyginus su patiriančiais sąnarių ar nugaros skausmus (Carrasco-Garrido et al., 2014). Bedard ir kitų (1997) tyrime, galvos ir menstruacinius skausmus patiriantys asmenys buvo labiau linkę vartoti nereceptinius vaistus tik sulaukę kol skausmas taps itin intensyvus. Taigi svarbus ir skausmo intensyvumo veiksnys. Sturgeon ir kolegų (2018) tyrę pasikartojantį lėtinį nugaros skausmą patiriančius asmenis nustatė, kad didesnis kasdienis skausmo intensyvumas siejosi ne tik su analgetikų vartojimu, bet ir didesniu nei įprastai suvartojamų vaistų kiekiu. Šiame tyrime, tai ypač buvo būdinga vartojantiems opioidinius vaistus, palyginus su nevartojančiais opioidų. Skausmo

intensyvumas numato didesnę analgetikų vartojimą ir pooperacinį skausmą patiriančių asmenų imtyje (Jacobsen & Butler, 1996). Intensyvūs menstruacijų skausmai siejami ne tik su didesniu nereceptinių analgetikų vartojimo kiekiu, bet ir ilgesne vaistų vartojimo trukme (Kapadi & Elander, 2020). Tyrime apie besilaukiančias, migreną patiriančias moteris, bendras analgetikų vartojimas mažėjo nėštumo eigoje, tačiau skausmo intensyvumas buvo stiprus vaistų nuo skausmo (ypač paracetamolio) vartojimo prediktorius (Harris et al., 2017). Turunen ir kolegės (2004) teigia, kad stiprus skausmas siejasi suapsilankymais pas gydytoją ir receptinių vaistų nuo skausmo vartojimu, o palyginus silpnas skausmas daugiau siejosi su nereceptinių analgetikų vartojimu. Taip pat, nereceptinių vaistų vartojimas buvo dažniausiai pasirenkamas skausmo malšinimo būdas, o stiprus skausmas siejosi su kelių gydymo metodų pasirinkimu. Tyrime su hemofilija sergančiais asmenimis, patiriančiais su kraujavimu susijusį skausmą, skausmo patyrimo dažnis buvo svarbiausias nereceptinių ir receptinių analgetikų vartojimo prediktorius (Elander & Barry, 2003). Taigi, vaistų nuo skausmo vartojimą gali lemti skausmo lokacija, intensyvumas ir patyrimo dažnis.

Įsitikinimai apie skausmą gali sietis su analgetikų vartojimu. Edwards ir kolegės (1992) skirstė įsitikinimus apie skausmą į organinius ir psichologinius ryšio su medikamentų vartojimu nerado, tačiau kiti tyrimai gavo kitokius rezultatus. Babadağ ir kolegų tyrime (2015) opioidų vartojimas skausmo malšinimui siejasi su didesniu polinkiu į organinius skausmo įsitikinimus, t.y. manymą, kad skausmas kyla dėl fizinio pažeidimo. Šiame tyrime nesteroidinių priešuždegiminių vaistų vartojimas nesisiejo nei su organiniais, nei su psichologiniais įsitikinimais apie skausmą. Kiti tyrimai taip pat teigia, kad pacientai, manantys, kad jų patiriamas skausmas organinės kilmės, prašo daugiau skausmą malšinančių vaistų (Gülner, Özveren, Tüzer, & Yilmazer, 2021). Svarbus įsitikinimas kiek žmogus jaučia galintis suvaldyti skausmą. Suvoktas negebėjimas valdyti skausmo, siejasi su didesniu skausmo intensyvumu, susitelkimu į neigiamas mintis, prastesniu funkcionavimu ir padidėjusiu vaistų nuo skausmo vartojimu (Main et al., 2010). Wideman ir Sullivan (2011) taip pat teigia, kad skausmo saviveiksmingumas neigiamai siejasi su vaistų vartojimu. Saviveiksmingumas išliko mažesnio vaistų nuo skausmo vartojimo prediktoriumi net ir apklausus tiriamuosius po metų. Taigi, individo įsitikinimai apie skausmo kilmę, bei gebėjimą jį suvaldyti gali sietis su analgetikų vartojimu.

Vaistų nuo skausmo vartojimas gali sietis su kitomis skausmo įveikos strategijomis. Su didesniu vaistų nuo skausmo vartojimu dažnai siejama katastrofizacija (Jacobsen, & Butler, 1996; Papaioannou et al, 2009; Bedard et al., 1997). Labiau skausmą katastrofizuoti linkę asmenys vartoja daugiau opioidinių analgetikų, net ir tais atvejais kai jaučiamas skausmas buvo silpnas (Finan et al., 2018). Jensen, ir kolegės (2006) tyrime su lėtinį skausmą patiriančiais asmenimis, opioidus vartojantys asmenys buvo linkę dažniau pasitelkti tokias įveikos strategijas kaip katastrofizacija bei

meldimasis ir viltis. Jacobsen ir Butler (1996) tyrime su pooperacinį skausmą patiriančiais asmenimis, nustatė, kad analgetikų vartojimas siejamas su katastrofizacija, tačiau ne su kitomis kognityvinėmis įveikos strategijomis. Menstruacijų skausmą patiriančiųjų imtyje, katastrofizacija turėjo teigiamą ryšį su receptinių vaistų vartojimu (Kapadi & Elander, 2020). Taip pat, skausmo pojūčių reinterpretacija teigiamai siejosi su receptinių vaistų nuo skausmo ir neigiamai su nereceptinių analgetikų vartojimu. Kita vertus, yra tyrėjų neradusių ryšio tarp katastrofizacijos ir opioidinių bei neopioidinių analgetikų vartojimo (Pavlin et al., 2005; Granot & Goldstein Ferber, 2005; Ramírez-Maestre et al., 2020). Walsh ir kiti (2003) taip pat nesustatė ryšio tarp šios įveikos ir nereceptinių analgetikų vartojimo kiekio, tačiau pastebėjo, kad katastrofizacija gali paveikti suvoktą vaistų veiksmingumą. Skausmą mažai katastrofizuojančios tiriamosios, pavartojusios nereceptinių analgetikų, jautė žymiai didesnę menstruacijų skausmo malšinimo poveikį nei stipriai jį katastrofizuojančios. Khan ir kiti (2012) taip pat teigia, kad didesnis skausmo katastrofizacijos lygis yra susijęs su silpnesniu atsaku į opioidinius vaistus nuo skausmo. Kitame dismnorėjos skausmus tyrusiame tyrime, moterys vartojusios daugiau receptinių analgetikų, taip pat vartojo daugiau nereceptinių vaistų nuo skausmo, juos vartojo ilgiau bei buvo linkusios į katastrofizaciją, skausmo pojūčių reinterpretaciją ir mažiau priėmė skausmą (Kapadi & Elander, 2020). Taigi, analgetikų vartojimas ir jų suvokiamas poveikis gali sietis su kitomis įveikomis, kurių dažniausiai tiriama yra katastrofizacija.

Galiausiai, polinkis vartoti analgetikus gali sietis su tuo ką asmuo galvoja apie juos. Tikėjimas vaistų žala prognozuoja gydymosi jais nesilaikymą, o tikėjimas jų nauda turi priešingą efektą (Mårdbby, Åkerlind, & Jørgensen, 2007). Polinkis nevirtoti vaistų arba vartoti nemedikamentinius, žolelių preparatus gali sietis su tikėjimu, kad bendrai gydytojais išrašo per daug vaistų. Įsitikinimai, kad analgetikai gali būti žalingi bei kad jų skiriama ar siūloma per daug siejasi su mažesniu polinkiu į savigyda jais, o tikėjimas vaistų nuo skausmo būtinumu siejasi su didesne savigydos tikimybe (Mittal, Chan, Kannappady, Verma, & Hasan, 2018). Ferrari, Stefani, Sternieri, Bertolotti ir Sternieri (1997) tyrime, dauguma tiriamųjų teigiamai vertino nereceptinius analgetikus, kurie, jų nuomone, buvo tinkamesni ūminio galvos skausmo gydymui nei receptiniai vaistai. Šie žmonės, buvo linkę atsargiai elgtis su vaistais nuo skausmo bei manė, kad juos vartoji tinkamiausia tik tada, kai skausmas tampa nepakeliamas. Tėvų neigiami įsitikinimai apie vaistus gali turėti įtaką vaikų gydymui. Tėvų vaistų baimė (pvz., tikėjimas, kad vaistai sukels nemalonių šalutinių poveikių) ir jų vengimas, lemia tai, kad pooperacinį skausmą patiriantys vaikai, vaistus nuo skausmo gauna rečiau ir mažesnėmis dozėmis nei rekomenduojama (Rony, Fortier, MacLaren Chorney, Perret, & Kain, 2010; Rosales, Fortier, Campos, & Kain, 2016). Taigi, įprastai neigiami įsitikinimai apie analgetikus siejasi su jų vartojimo vengimu net ir tada jei vaistai nuo skausmo reikalingi gydymui.

Vaistų nuo skausmo vartojimą gali nulemti įvairūs veiksniai. Tai gali būti demografiniai duomenys kaip lytis ar amžius, įsitikinimai apie patį skausmą ar analgetikus bei kitos skausmo įveikos strategijos, iš kurių dažniausiai tiriama katastrofizacija. Šie ir kiti veiksniai, bei jų kombinacijos gali sietis tiek su suvartojamų analgetikų kiekiu, tiek jų vartojimo trukme, jų poveikio suvokimu, receptinių ar nereceptinių vaistų nuo skausmo pasirinkimu. Tai gali lemti ne tik adekvatų gydymąsi vaistais, bet ir netinkamą vaistų vartojimą netinkamą trukmę, per dideliais ar per mažais kiekiais. Galima pastebėti, kad vėlgi didesnė dalis tyrimų daugiau fokusuojasi ties lėtinių ligų keliamu skausmu, bei receptinių (pvz., opioidinių) vaistų vartojimu. Tyrėjams vis nustatant, kad būtent galvos skausmas yra dažnai siejamas su savigyda analgetikais, svarbu daugiau tirti ūminio, ne tik migreninio, galvos skausmo patyrimą.

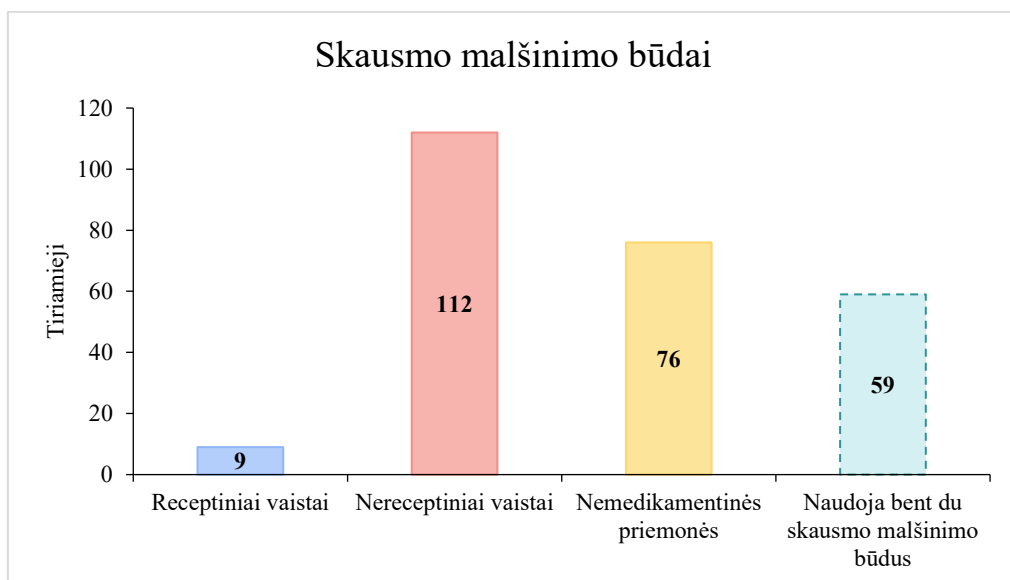
Taigi šio tyrimo tikslas yra nustatyti, kokie veiksniai prognozuoja nereceptinių vaistų nuo skausmo vartojimą ir savigydos jais elgesį, siekiant numalšinti ūminį galvos skausmą. Šio tyrimo uždaviniai yra:

- 1) Įvertinti nereceptinių vaistų nuo skausmo ir savigydos ypatumų sąsajas su sociodemografiniais kintamaisiais;
- 2) Įvertinti nereceptinių vaistų nuo galvos skausmo vartojimo ir savigydos ypatumų ryšius su patiriamo galvos skausmo dažnumu, intensyvumu ir jo poveikiu kasdieniam funkcionavimui;
- 3) Įvertinti nereceptinių vaistų nuo galvos skausmo vartojimo ir savigydos ypatumų ryšius su asmens įsitikinimais apie vaistus ir apie skausmą;
- 4) Įvertinti nereceptinių vaistų nuo galvos skausmo vartojimo ir savigydos ypatumų ryšius su įveikos strategijomis skirtomis patiriamam skausmui mažinti.

2. METODIKA

2.1 Tyrimo dalyviai ir jų patiriamo skausmo charakteristikos

Tyrimo dalyvavo 168 žmonės, kurie buvo kviečiami dalyvauti tyrime pasitelkiant patogiąją atranką. 31 asmuo teigė, kad jiems diagnozuota migrena (18,5%) – kadangi tiriamas ūminis skausmas, šių tiriamųjų duomenys skaičiavimuose buvo nenaudojami. Taigi galutinis tiriamųjų kiekis buvo 137 asmenys. Tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 28 metai (amžius varijavo nuo 18 iki 58). Apie 90% tiriamųjų buvo moterys, 9,5% - vyrai, bei 1,5% nurodė kitą lytį. Apie 55% tiriamųjų teigė įgiję aukštąjį universitetinį išsilavinimą, apie 30% įgiję vidurinį išsilavinimą. Pagal dabartinį užimtumą, didžioji dalis tiriamųjų dirba (~37%), antra pagal dydį grupė tik studijavo (~34%), apie trečdalį dalyvių dirbo ir studijavo (~26%). Taip pat, apie 20% tiriamųjų teigė sergantys lėtinėmis ligomis (26 žmonės). Didžioji dalis tiriamųjų skausmui malšinti vartojo nereceptinius vaistus nuo skausmo, kiek daugiau nei pusė tiriamųjų naudojo nemedikamentines priemones (žr. 2 paveikslėlį). Taip pat, beveik pusė tiriamųjų naudojo bent du nurodytus būdus skausmui malšinti.

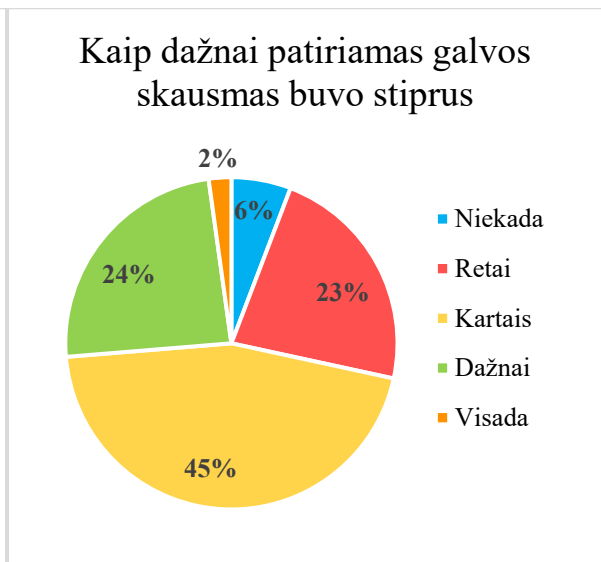


2 pav. Skausmo malšinimo priemonių pasiskirstymas

Beveik pusė tiriamųjų teigė, kad per pastarąjį mėnesį galvos skausmą patyrė rečiau nei kartą per savaitę, 36% procentai – 1-2 kartus per savaitę (žr. 3 paveikslėlį). 45% tiriamųjų teigė, kad galvos skausmas kartais buvo stiprus, 23% teigė retai ir beveik tiek pat žmonių atsakė „dažnai“ (žr. 4 paveikslėlį).

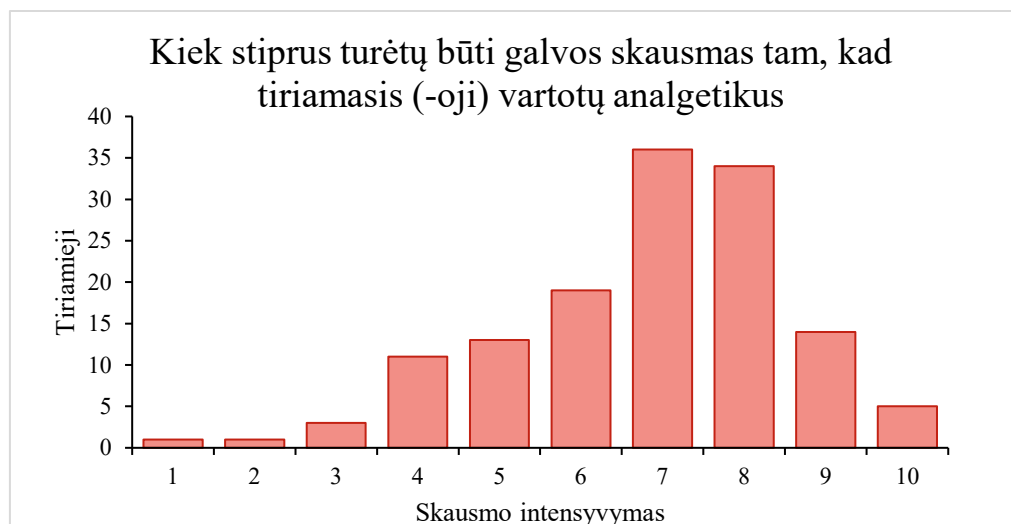


3 pav. Galvos skausmo patyrimo dažnis per pastarąjį mėnesį



4 pav. Galvos skausmo intensyvumas

Paklausus kiek intensyvus turi būti patiriamas skausmas tam, kad žmogus pasirinktų vartoti vaistus nuo skausmo, didžioji dalis tiriamųjų nurodė daugiau nei 5 (žr. 5 paveikslėlį). Dažniausiai nurodyti skausmo intensyvumo įverčiai buvo 7 (26%) ir 8 (25%).



5 pav. Skausmo intensyvumas reikalingas vaistų nuo skausmo vartojimui

2.2 Tyrimo instrumentai

1. Klausimai apie patiriamą skausmą ir skausmo poveikį. Siekiant sužinoti apie tiriamųjų patiriamo galvos skausmo charakteristikas ir skausmo poveikį buvo parinkti keli klausimai tam įvertinti. Visų pirma tiriamųjų prašyta įvertinti patirto galvos skausmo dažnį per pastarąjį mėnesį („Įvertinkite, kaip dažnai, per pastarąjį mėnesį, patyrėte galvos skausmą?“). Atsakymo variantai buvo: „niekada“, „rečiau nei kartą per savaitę“, „1-2 kartus į savaitę“, „3-4 kartus į savaitę“, „beveik kasdien“ ir „kasdien“. Taip pat, prašyta įvertinti kaip dažnai patiriamas galvos skausmas buvo stiprus (5 galimi atsakymo variantai varijavo nuo „niekada“ iki „visada“). Skausmo poveikis asmens gyvenimo kokybei vertintas penkiais klausimais, kurių kiekvienas fokusavosi į skirtingas sritis.

Skausmo poveikį žmogaus veiklumui ir nepriklausomumui tyrė klausimas „kaip dažnai, per pastarąjį mėnesį, galvos skausmas trukdė užsiimti kasdiene veikla (įskaitant darbą, mokslus, namų ruošos darbus ir pan.)?“, socialiniam funkcionavimui – „kaip dažnai, per pastarąjį mėnesį, galvos skausmas apribojo norą ir galimybę bendrauti, įsitraukti į socialines veiklas?“. Poveikį psichologiniam funkcionavimui mėginta įvertinti per tai kaip skausmas paveikia kognityvinį funkcionavimą („kaip dažnai, per pastarąjį mėnesį, galvos skausmas apsunkino jūsų mąstymą ir gebėjimą sutelkti dėmesį?“) ir emocinę būseną („kaip dažnai, per pastarąjį mėnesį, galvos skausmas vertė jausti suirzimą, nerimą ar kitas neigiamas emocijas?“). Skausmo poveikį fiziniam funkcionavimui tyrė klausimas „kaip dažnai, per pastarąjį mėnesį, galvos skausmas vertė jausti nuovargį, energijos trūkumą ir/ar trukdė užmigti?“. Į šiuos klausimus reikėjo atsakyti pasirenkant vieną iš penkių atsakymo variantų, nuo „niekada“ iki „visada“. Šie klausimai sudaro vieną, skausmo poveikio faktorių. Tiriamosios faktorinės analizės KMO = 0,877, duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 75,36%. Kintamųjų svoriai faktoriuje svyruoja nuo 0,826 iki 0,895. Faktoriaus vidinis suderintumas Cronbach $\alpha = 0,92$.

2. Klausimai apie skausmo malšinimo būdus. Pirmasis iš dviejų klausimų panaudotas su tikslu sužinoti kaip tiriamieji dažniausiai malšina skausmą („Kokias priemones dažniausiai renkatės siekdamas (-a) numalšinti galvos skausmą?“). Galimi atsakymo variantai buvo „receptinius nuskausminamuosius vaistus“, „nereceptinius nuskausminamuosius vaistus“ ir „nemedikamentines, natūralias priemones (pvz., poilsis, galvos masažas, žolelių preparatai)“. Tiriamųjų prašyta pasirinkti visus jiems tinkamus atsakymo variantus. Antras klausimas skirtas sužinoti kada tiriamieji vartotų analgetikus skausmui malšinti – „kiek stiprus turėtų būti galvos skausmas tam, kad vartotumėte nuskausminamuosius vaistus?“. Atsakymas pasirenkamas dešimties balų skalėje nuo 1 („silpnas“) iki 10 („nepakeliamas“).

3. Savigydos skalė (angl. *Self-medicating scale (SMS)*) (James & French, 2008). Tai patikimas ir validus instrumentas skirtas įvertinti žmonių įsitikinimus apie savigydą. Žmonių įsitikinimų apie savigydos elgesį įvertinimas yra naudingas siekiant paaiškinti individualius skirtumus gydant skausmą bei kodėl vieni žmonės yra labiau linkę pasitelkti savigydą nei kiti. Savigydos skalė yra tinkama šiam tyrimui ne tik dėl savo paskirties, bet ir dėl to, kad tiria konkrečiai nereceptinių vaistų vartojimą esant ūmiam skausmui. Ši skalė yra sudaryta iš 9 teiginių apie tai kaip dažnai asmuo vartoja vaistus nuo skausmo. Teiginiai yra vertinami Likerto skale nuo 1 („labai dažnai“) iki 5 („retai“). Skalės teiginiai sudaro tris faktorius:

1) Nenoras (angl. *reluctance*) (3 teiginiai) – apibūdina žmones, kurie pasitelkia savigydą tik tais atvejais kai patiriami simptomai yra pakankamai stiprūs. Į šį faktorių įeina teiginiai kaip „aš išgeriu vaistus tik tada, kai jaučiu stiprų skausmą“.

2) Greitas sprendimas (angl. *don't think twice*) (3 teiginiai) – apibūdina žmones, kurie yra nelinkę dvejojti ir geria vaistus vos pajautę simptomus. Tai tiria tokie teiginiai kaip „jeigu jaučiu skausmą, man reikalingi vaistai jam numalšinti“.

3) Savaiminis pokytis (angl. *run its course*) (3 teiginiai) – apibūdina žmones, kurie linkę leisti savo kūnui natūraliai susidoroti su liga, o ne vartoti vaistus siekiant pagerėjimo. Šį faktorių sudaro teiginiai kaip „nieko nedarau, tiesiog leidžiu skausmui praeiti savaime“. Šio faktoriaus teiginiai yra reversuoti, taigi didesnis įvertis reiškia didesnę polinkį į savigyda.

Skalės autorių tyrime ir šiame tyrime gauti faktorių vidinio suderintumo (Cronbach α) įverčiai yra pateikiami 1 lentelėje. Skalė buvo versta į lietuvių kalbą ir naudota gavus autorių leidimą. Atlikta patvirtinančioji faktorinė analizė ir įsitikinta, kad išversti teiginiai tinkamai patenka į reikiamus faktorius. Atsižvelgiant į tai ar teiginiai tikrai tematiškai siejasi, buvo atliktos dvi modifikacijos (koreliacijos). Gautas modelis tiko duomenims: $\chi^2 = 54,003$, $df = 22$, $p < 0,001$, RMSEA = 0,093, CFI = 0,971, TLI = 0,952. Nenoro faktoriaus teiginių svorai svyravo nuo 0,613 iki 0,946 ($p < 0,001$), greito sprendimo nuo 0,842 iki 0,891 ($p < 0,001$) ir savaiminio pokyčio faktoriaus – 0,730 – 0,964 ($p < 0,001$).

1 lentelė. Savigydos skalės autorių (James & French, 2008) ir šiame tyrime gauti vidinio suderintumo įverčiai

Faktoriai	Cronbach α	
	James ir French (2008)	Šis tyrimas
Nenoras	0,82	0,85
Greitas sprendimas	0,77	0,90
Savaiminis pokytis	0,75	0,91

4. Įveikos strategijų klausimynas (angl. *The Coping Strategies Questionnaire (CSQ)*) (Rosenstiel & Keefe, 1983). Šis klausimynas yra plačiai naudojamas įvertinti kiek žmonės yra linkę pasitelkti specifines įveikos strategijoms, tuomet kai jaučia skausmą. Klausimyną sudaro 48 teiginiai tiriantys šešių kognityvinių ir dviejų elgesio skausmo įveikos strategijų, naudojimo dažnumą. Originaliu klausimynu yra tiriamos 8 adaptyvios ir neadaptyvios įveikos strategijos:

1) Dėmesio nukreipimas (angl. *Diverting attention*) – vertina, kiek žmogus linkęs galvoti apie kitus dalykus, siekiant nukreipti dėmesį nuo jaučiamo skausmo. Šią skalę sudaro tokie teiginiai kaip „Bandau galvoti apie kažką malonaus“, „Aš žaidžiu protinius žaidimus su savimi, tam kad atitraukčiau mintis nuo skausmo“.

2) Skausmo pojūčių reinterpretavimas (angl. *Reinterpreting pain sensations*) – vertina polinkį pasitelkti vaizduotę, siekiant įsivaizduoti kažką (jausmus, patyrimus), neatitinkančius realios skausmo patirties. Tai tiriama tokiais teiginiais kaip „Negalvoju apie tai kaip apie skausmą, bet labiau kaip apie prislopintą/buką ar šiltą pojūtį“, „Aš stengiuosi atsiriboti nuo skausmo, lyg jis būtų kito žmogaus kūne“.

3) Savitaiga (angl. *Coping self-statements*) – matuoja, kiek žmogus yra linkęs tikinti sau, kad jis gali susidoroti su skausmu, nepaisant to kaip stipriai skauda. Šią skalę sudarančių teiginių pavyzdžiai: „Aš sakau sau būti drąsiu (-ia) ir tęsti nepaisant skausmo“ „Aš sakau sau, kad aš galiu įveikti skausmą“.

4) Skausmo pojūčių ignoravimas (angl. *Ignoring pain sensations*) – matuoja, kiek žmogui būdingas nemalonus skausmo pojūčio ar bet kokio jo keliamo poveikio neigimas. Į šią skalę įeina „Aš jį ignoruojau“, „Aš apsimetu, kad jo ten nėra“ ir kiti teiginiai.

5) Meldimasis ir viltis (angl. *Praying or hoping*) – vertina žmogaus polinkį melstis ir viltis, kad skausmas sumažės. Pavyzdiniai teiginiai: „Aš pasikliaunu savo tikėjimu Dievu“, „Aš meldžiu, kad skausmas sustotų“.

6) Katastrofizacija (angl. *Catastrophizing*) – vertina, kiek žmogus linkęs pasitelkti neigiamas, perdėtas, katastrofiškas mintis ir įsitikinimus apie skausmą ir jo padarinius. Šią skalę sudaro tokie teiginiai kaip „Tai siaubinga ir aš jaučiu, kad tai niekada nė kiek nepagerės“, „Tai baisu ir aš jaučiu, kad tai mane palaužia“.

7) Veiklumo suaktyvinimas (angl. *Increasing activity level*) - matuoja, kiek asmuo linkęs užsiimti kokia nors aktyvia veikla su tikslu nukreipti dėmesį nuo skausmo. Šią skalę sudarančių teiginių pavyzdžiais galėtų būti „Aš darau kažką aktyvaus, pavyzdžiui namų ruošos darbus arba imuosi projektų“, „Aš išeinu iš namų ir darau kažką kitą, pavyzdžiui einu į kiną ar apsipirkti“.

8) Skausmo elgesio suaktyvinimas (angl. *Increasing pain behaviors*) – vertina, kiek žmogui yra būdinga demonstruoti akivaizdų skausmo elgesį (pvz., aimanavimas, skundai, sėdėjimas specifinėje pozoje, vaistų vartojimas), siekiant sumažinti skausmo pojūčius (Keefe & Pryor, 2007). Šia skalę sudarančių teiginių pavyzdžiai yra „Aš išgeriu vaistų“ (Rosenstiel & Keefe, 1983).

Svarbu, tai, kad skausmo elgesio suaktyvinimo skalės vidinio suderintumo rodiklis buvo pernelyg žemas (žr. 2 lentelę), taigi ši skalė nėra naudojama. Visų kitų skalių Cronbach α įverčiai yra geri ir įvertinus vidinį suderintumą, demonstruoja gerą skalių patikimumą. Kiekvieną skalę sudaro 6 teiginiai, vertinami nuo 0 iki 6, kai 0 reiškia „niekada“, 3 reiškia „kartais“ ir 6 - „visada“. Kuo daugiau balų žmogus surenka tam tikroje skalėje, tuo dažniau naudoja tą specifinę įveikos strategiją.

Klausimyno gale pateikti du papildomi klausimai skirti bendram naudojamų įveikos strategijų efektyvumui įvertinti. Tiriamieji turi įvertinti: 1) kiek jie jautė, kad gali kontroliuoti skausmą; 2) kiek sugebėjo sumažinti skausmą. Šie klausimai, taip pat, vertinami nuo 0 iki 6, kai 0 reiškia „jokios kontrolės / visiškai negali sumažinti“, 3 reiškia „tam tikra kontrolė / gali kažkiek sumažinti, 6 – „visiška kontrolė / gali visiškai sumažinti“. Atsakymai į šiuos klausimus yra analizuojami atskirai, jie nesudaro skalės.

Įveikos strategijų klausimynas naudotas gavus autoriaus Francis J. Keefe sutikimą. Šiame tyrime buvo naudota lietuviška klausimyno versija. Vertimą atliko Lietuvos Sveikatos Mokslų universiteto studentė P. Alesiūtė, naudojusi klausimyną savo baigiamajame magistro darbe 2018 metais. Alesiūtės darbe gauti skalių vidinio suderintumo įverčiai yra taip pat pateikiami 2 lentelėje. Kadangi lietuviškas įveikos strategijų klausimyno variantas jau buvo naudotas Lietuvoje atliktame tyrime, šio klausimyno faktorių analizė nebuvo atlikta, faktoriai apskaičiuoti pagal autorių nurodymus. Šie įverčiai šiek tiek skiriasi nuo originalių, tačiau yra geri bei rodo, kad skalės yra patikimos. Šiame tyrime gauti vidinio suderintumo įverčiai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Įveikos strategijų klausimyno autorių (Rosenstiel & Keefe, 1983), P. Alesiūtės darbe ir šiame tyrime gauti skalių vidinio suderintumo įverčiai

Skalės	Cronbach α		
	Rosenstiel ir Keefe (1983)	P. Alesiūtė (2018)	Šis tyrimas
Kognityvinių įveikos strategijų skalės:			
Dėmesio nukreipimas	0,85	0,74	0,83
Skausmo pojūčių reinterpretavimas	0,85	0,82	0,84
Savitaiga	0,72	0,79	0,82
Skausmo pojūčių ignoravimas	0,81	0,80	0,82
Meldimasis ir viltis	0,83	0,74	0,78
Katastrofizacija	0,78	0,85	0,83
Elgesio įveikos strategijų skalės:			
Veiklumo suaktyvinimas	0,71	0,66	0,76
Skausmo elgesio suaktyvinimas	0,28	-	-

5. Įsitikinimų apie vaistus klausimynas (angl. *The beliefs about medicines questionnaire*) (Horne, Weinman, & Hankins, 1999). Tai patikimas ir validus instrumentas skirtas įsitikinimams apie vaistus tirti. Šis klausimynas yra sudarytas iš 18 teiginių, iš kurių 10 yra skirti įvertinti specifinius, o 8 bendruosius įsitikinimus apie vaistus. Visi teiginiai yra vertinami Likerto skale nuo 1 („visiškai nesutinku“) iki 5 („visiškai sutinku“).

Specifinių įsitikinimų skalė sudaryta iš dviejų faktorių:

1) Specifinis būtinumas (5 teiginiai) – vertina gydytojo išrašytų vaistų būtinumą (pvz., „Šiuo metu, mano sveikata priklauso nuo mano vaistų“);

2) Specifinis susirūpinimas (5 teiginiai) - vertina susirūpinimą dėl išrašytų vaistų, paremtą įsitikinimais apie galimą priklausomybę, ilgalaikį toksišką ir kitą neigiamą vaistų poveikį (pvz., „Kartais nerimauju, kad tapsiu per daug priklausomas (-a) nuo savo vaistų“).

Bendrųjų įsitikinimų skalę taip pat sudaro du faktoriai:

1) Bendra žala (5 teiginiai) – vertina įsitikinimus, kad vaistai yra kenksmingi, sukelia priklausomybę, tai nuodai, kurių nereikėtų vartoti nuolat (pvz., „Vaistai teikia daugiau žalos nei naudos“, „Visi vaistai yra nuodai“);

2) Bendras piktnaudžiavimas (3 teiginiai) – vertina įsitikinimus, kad gydytojai naudoja ar išrašo per daug vaistų (pvz., „Jeigu gydytojai skirtų daugiau laiko pacientams, jie išrašytų mažiau vaistų“).

Specifinių ir bendrųjų įsitikinimų skalės gali būti naudojamos tiek kartu, tiek atskirai. Šis klausimynas buvo validizuotas tiriant lėtinėmis ligomis sergančių žmonių imtį, tačiau yra tyrimų naudojančių šį klausimyną ir su kitomis imtimis, pavyzdžiui, patiriančiais ūminį dantų skausmą (Mittal et al., 2018), tiriant moterų įsitikinimus apie vaistus nėštumo metu (Twigg, Lupattelli, & Nordeng, 2016). Instrumentas naudotas gavus autorių leidimą. Kadangi šio tyrimo kontekste domina bendri žmonių įsitikinimai apie vaistus, o ne įsitikinimai apie specifinius, išrašytus, nuolat vartojamus preparatus, pasirinkta naudoti tik bendrųjų įsitikinimų skalę. Atlikus patvirtinančiąją faktorių analizę, įsitikinta, kad išversti teiginiai tinkamai patenka į reikiamus faktorius. Modelis gerai tiko duomenims, kadangi: $\chi^2 = 24,69$, $df = 19$, $p < 0,171$, RMSEA = 0,042, CFI = 0,986, TLI = 0,980. Bendro piktnaudžiavimo teiginių svoriai buvo nuo 0,601 iki 0,845 ($p < 0,001$), o bendros žalos faktoriuje esančių kintamųjų svoriai svyravo nuo 0,541 iki 0,798 ($p < 0,001$). Klausimyno autorių (Horne et al., 1999) ir šiame tyrime gauti bendrųjų įsitikinimų faktorių vidinio suderintumo įverčiai yra pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Įsitikinimų apie vaistus klausimyno autorių (Horne, Weinman, & Hankins, 1999) ir šiame tyrime gauti vidinio suderintumo įverčiai.

Bendrujų įsitikinimų skalė	Cronbach α	
	Horne, Weinman ir Hankins	
	(1999)	Šis tyrimas
	Bendra medicininė imtis	
Bendra žala	0,60	0,80
Bendras piktnaudžiavimas	0,51	0,74

6. Įsitikinimų apie skausmą klausimynas (angl. *Pain Beliefs Questionnaire*) (Edwards, Pearce, Turner – Stokes, & Jones, 1992). Tai patikimas ir validus klausimynas skirtas įvertinti individo įsitikinimus apie skausmą. Klausimynas buvo sudarytas pasitelkiant lėtinį skausmą patiriančių asmenų imtį ir dvi kontrolines grupes. Vienas iš šio klausimyno pranašumų yra tas, kad jis sukurtas taip, jog jį pildant nebūtina jausti skausmą ar kentėti nuo kitos specifinės būklės. Klausimynas yra sudarytas iš 12 teiginių, vertinamų Likerto skalėje nuo 1 („niekada“) iki 6 („visada“). Šie teiginiai išsiskiria į du faktorius:

1) Organiniai įsitikinimai (8 teiginiai) - tikėjimas, jog skausmas yra daugiausiai organinio pobūdžio. Šį faktorių sudarančių teiginių pavyzdžiai yra „Skausmas yra ženklas, kad organizme kažkas yra negerai“ arba „Skausmas yra kūno audinių pažeidimo pasekmė“.

2) Psichologiniai įsitikinimai (4 teiginiai) – tikėjimas, jog skausmo išgyvenimui įtaką turi psichologiniai išgyvenimai. Šį faktorių sudaro tokie teiginiai kaip „Jaučiant nerimą skausmas sustiprėja“ ir „Kai esi liūdnas (-a) ar prislėgtas (-a), skausmas atrodo stipresnis“.

Klausimynas naudotas gavus autorių leidimą. Klausimynas verstas pasitelkiant šio tyrimo autorės ir dviejų papildomų žmonių vertimų, renkantis tinkamiausią variantą su darbo vadovės pagalba. Atlikta patvirtinančioji faktorinė analizė. Atsižvelgiant į tai ar teiginiai tikrai tematiškai siejasi, buvo atliktos dvi modifikacijos, t.y. pridėtos paklaidų koreliacijos. Šis modelis tik iš dalies tiko duomenims: $\chi^2 = 128,11$, $df = 51$, $p < 0,001$, RMSEA = 0,095, CFI = 0,844, TLI = 0,799. Psichologinių įsitikinimų faktoriaus teiginių svoriai svyravo nuo 0,558 iki 0,791 ($p < 0,001$), organinių įsitikinimų faktoriuje buvo keli teiginiai, kurių svoris mažas ($< 0,3$). Šiame tyrime nuspręsta vadovautis klausimyno autorių siūloma faktorių struktūra, kadangi šio tyrimo imtis nėra labai didelė ir faktorių vidinis suderintumas yra pakankamas. Taip pat, autoriai ir kiti tyrėjai yra patvirtinę šio klausimyno struktūrą su didesnėmis, labiau reprezentatyviomis imtimis. Visgi, rezultatus apie organiniais įsitikinimais apie skausmą derėtų vertinti atsargiai. Klausimyno autorių ir šiame tyrime gauti, organinių ir psichologinių faktorių, vidinio suderintumo įverčiai yra pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. Įsitikinimų apie skausmą klausimyno autorių (Edwards, Pearce, Turner – Stokes, & Jones, 1992) ir šiame tyrime gauti vidinio suderintumo įverčiai.

Įsitikinimų apie skausmą faktoriai	Cronbach α	
	Edwards, Pearce, Turner – Stokes, & Jones, 1992	Šis tyrimas
Organiniai įsitikinimai	0,73	0,68
Psichologiniai įsitikinimai	0,70	0,77

7. Sociodemografinė anketa bei papildomi klausimai. Tiriamųjų buvo prašoma nurodyti savo amžių bei lytį („vyras“, „moteris“, „kita“). Prašyta pasirinkti kokį išsilavinimą tiriamasis yra įgijęs: pradinį ar pagrindinį, vidurinį, profesinį, aukštąjį neuniversitetinį, aukštąjį universitetinį ar kitą. Taip pat pasidomėta apie tiriamųjų dabartinį užimtumą, pateikiant atsakymo variantus: dirbu, studijuoju, dirbu ir studijuoju, nedirbu / nestudijuoju, esu pensijoje, kita. Tiriamųjų klausta ar jie serga lėtinėmis ligomis bei ar jiems diagnozuota migrena. Į abu klausimus prašyta atsakyti „taip“ arba „ne“.

2.3 Tyrimo eiga

Naudojantis „Google formos“ platforma buvo sukurta internetinė apklausa. Puslapio pradžioje buvo pateiktas tyrimo autorės prisistatymas, kuriame buvo pristatytas tyrimo tikslas, aprašymas ir kita respondentams reikalinga informacija. Respondentai buvo informuoti, kad anketos pildymas yra anonimiškas, bus užtikrintas jų duomenų konfidencialumas bei, kad visi surinkti duomenys bus naudojami tik apibendrintai ir mokymosi tikslais. Buvo priminta, kad tiriamojo dalyvavimas tyrime yra savanoriškas ir gali būti bet kada nutrauktas. Nurodyta, kad apklausos pildymas turėtų trukti apie 10 - 15 minučių. Prieš pradėdant pildymą, tiriamieji turi atsakyti į klausimą ar sutinka dalyvauti tyrime (jeigu pasirenka „ne“, tiriamieji yra nukreipiami į apklausos pabaigą). Prie kiekvieno instrumento pateiktos pildymo instrukcijos. Apklausa buvo platinta internete. Platinimo pradžia – 2023 m. kovo 21 d., duomenų rinkimo pabaiga – 2023 m. gegužės 10 d..

2.4 Duomenų analizė

Statistinei duomenų analizei buvo naudota „IBM SPSS Statistics 26“ ir programa. Visų pirma buvo patikrinta ar visi tiriamieji atitinka reikalavimus. Tada buvo patikrintas duomenų normalusis pasiskirstymas – patikrintas duomenų asimetrijos koeficientas (angl. skewness), Q-Q grafikai, diagrama medis, stačiakampė diagrama ir histogramos. Skirstinių analizės rezultatai leidžia teigti, kad tyrime naudojamų kintamųjų pasiskirstymas nėra nutolęs nuo normalaus skirstinio, todėl rezultatų analizėje buvo taikoma parametrinė statistika. Atliktos tiriamosios faktorinės analizės su varimax

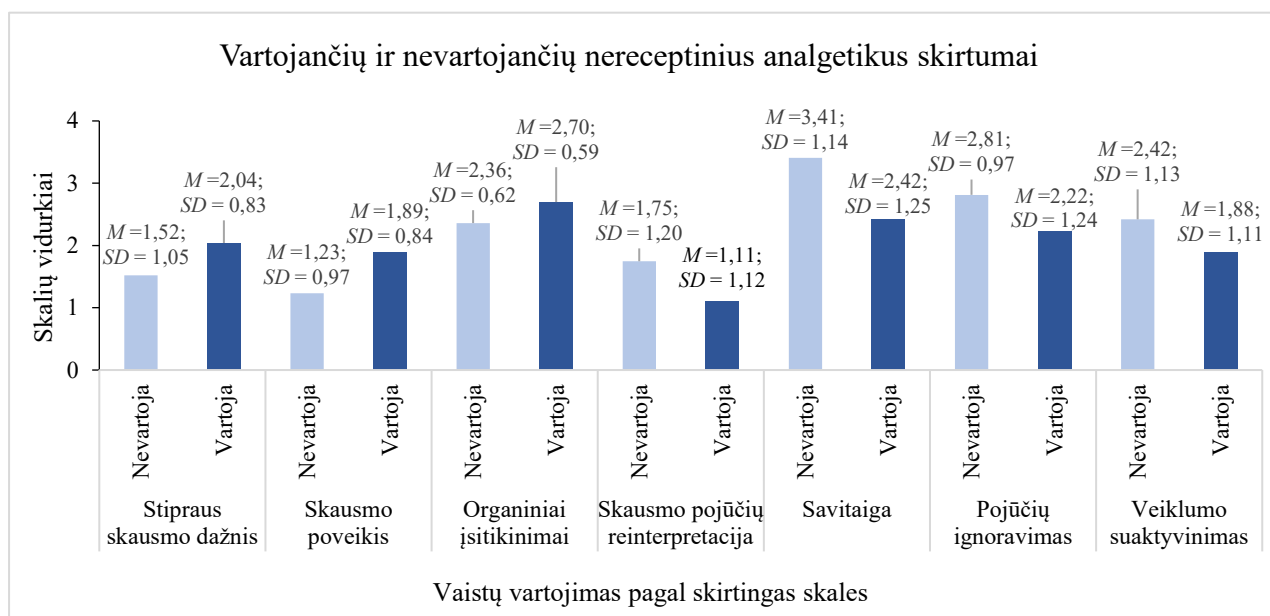
sukiniu, tinkamumas buvo vertinamas pagal KMO įvertį ($KMO > 0,8$, absoliutus dar priimtinas minimumas $> 0,5$) ir teiginių svorius faktoriuose ($> 0,5$). Atliktos patvirtinančiosios faktorių analizės buvo laikomos tinkamomis jeigu χ^2 įvertis ne daugiau nei tris kartus didesnis nei laisvės laipsniai (df), $RMSEA \leq 0,1$, $CFI \geq 0,9$, $TLI \geq 0,9$. Apskaičiuoti Cronbach α įverčiai laikomi pakankamais kai buvo $> 0,6$. Ryšiams tarp kintamųjų įvertinti – Pearson koreliacijos koeficientas. Dviejų grupių vidurkių palyginimui buvo naudotas Student t testas nepriklausomoms imtims, trijų grupių vidurkių palyginimui – ANOVA metodas. Prognostiniams ryšiams įvertinti taikyta daugianarė tiesinė regresinė analizė, ji buvo laikoma pavykusia kai ANOVA p reikšmė buvo mažesnė nei 0,001, $VIF < 4$, kolinearumo tolerancija < 1 , Kuko matas < 1 ir $R^2 > 0,2$. Taip pat, prognostiniams ryšiams įvertinti taikyta dvinarė logistinė regresinė analizė. Ji buvo laikoma pavykusia kai tikėtumo santykio kriterijaus p reikšmė $< 0,05$, Hosmer – Lemeshow kriterijaus p reikšmė $> 0,05$, kolinearumo tolerancija < 1 ir $R^2 > 0,2$.

3. REZULTATAI

Apskaičiuotos Pearson koreliacijos norint patikrinti ar tiriamųjų amžius siejasi su tiriamais veiksniais: galvos skausmo patyrimo dažniu, stipraus galvos skausmo patyrimo dažniu, skausmo poveikiu, savigydos elgesiu, įsitikinimais apie skausmą ir vaistus bei skausmo įveikos strategijomis. Nustatytas tik vienas statistiškai reikšmingas ryšys su psichologiniais įsitikinimais apie skausmą. Kuo tiriamieji buvo jaunesni, tuo labiau jie pasižymėjo įsitikinimu, kad skausmą gali sukelti ar sustiprinti psichologinės priežastys ($r = -0,225, p = 0,009$).

Naudojant Student t testą nepriklausomoms imtims mėginta patikrinti ar įgiję aukštąjį išsilavinimą ir jo neįgiję tiriamieji skiriasi pagal tiriamus, praeitoje pastraipoje išvardytus, veiksnius. Rastas vienas statistiškai reikšmingas skirtumas. Neįgiję aukštojo išsilavinimo ($M = 2,26, SD = 1,22$) buvo labiau linkę skausmo įveikai pasitelkti aktyvią veiklą (veiklumo suaktyvinimą), nei įgiję aukštąjį išsilavinimą ($M = 1,84, SD = 1,06$) ($t = 2,03, df = 135, p = 0,045$).

Atlikus Student t testą nepriklausomoms imtims siekta patikrinti ar vartojantys ir nevartojantys nereceptinių analgetikų skiriasi pagal amžių ir išsilavinimą, tačiau statistiškai reikšmingų rezultatų nerasta.



6 pav. Vartojančių ir nevartojančių nereceptinius analgetikus skirtumai pagal tiriamus veiksnius

Atlikus Student t testą nepriklausomoms imtims siekta patikrinti ar vartojantys ir nevartojantys nereceptinių analgetikų skiriasi pagal galvos skausmo patyrimo dažniu, stipraus galvos skausmo dažniu, skausmo poveikiu, savigydos elgesiu, įsitikinimais apie skausmą ir vaistus bei skausmo įveikos strategijomis (žr. 6 paveikslėlį). Vartojantys vaistus nuo skausmo dažniau patirdavo stiprų galvos skausmą ($t(31,03) = -2,31, p = 0,028$), kuris labiau paveikdavo jų funkcionavimą ($t(135) = -3,43, p = 0,001$) palyginus su nevartojančiais šių vaistų. Taip pat, vartojantys nereceptinius analgetikus labiau pasižymi organiniais įsitikinimais nei nevartojantys ($t(135) = -2,55, p = 0,012$).

Pagal skausmo įveikos strategijas, skausmo pojūčių reinterpretacija ($t(135) = 2,54, p = 0,012$), savitaiga ($t(135) = 3,65, p < 0,001$), skausmo pojūčių ignoravimas ($t(135) = 2,24, p = 0,027$), ir veiklumo suaktyvinimas ($t(135) = 2,19, p = 0,03$) buvo labiau būdingi nevartojantiems nereceptinių analgetikų.

Pritaikius vienfaktorinę dispersinę analizę (ANOVA), mėginta palyginti ar tiriamųjų savigydos elgesys skiriasi pagal tai ar jie vartoja nereceptinius analgetikus, nemedikamentines priemones ar abu skausmo malšinimo būdus. Duomenų dispersijos statistiškai reikšmingai skyrėsi, taigi naudotas Games – Howell post hoc kriterijus. Nustatyti statistiškai reikšmingi grupių skirtumai pagal polinkį greitai apsispręsti vartoti vaistus ($F(3, 133) = 18,67, p < 0,001$). Visos grupės statistiškai reikšmingai skyrėsi tarpusavyje (išskyrus nieko nevartojančius ($n=4$)). Tiriamieji vartojantys nereceptinius analgetikus ($M = 3,18, SD = 1,26$) galvos skausmui malšinti, buvo statistiškai reikšmingai labiau linkę į greitą vaistų vartojimą, nei naudojantys abu pagalbos būdus ($M = 2,25, SD = 0,78$) arba nemedikamentines priemones ($M = 1,40, SD = 0,68$). Naudojantys abu pagalbos būdus vartojo vaistus greičiau, nei pasitelkiantys nemedikamentines priemones. Grupės skyrėsi ir pagal polinkį laukti kol skausmas praeis savaime ($F = 3, 133) = 18,32, p < 0,001$). Vėlgi visos grupės statistiškai reikšmingai skyrėsi tarpusavyje. Vartojantys nemedikamentines priemones ($M = 1,79, SD = 0,0,74$) galvos skausmui malšinti, statistiškai reikšmingai dažniau laukia kol skausmas praeis savaime, nei naudojantys abu pagalbos būdus ($M = 3,03, SD = 0,78$) ar vartojantys nereceptinius analgetikus ($M = 3,61, SD = 1,14$). Vartojantys nereceptinius analgetikus dažniausiai užsiimė savigyda ir nelaukė savaiminio pokyčio palyginus su kitomis grupėmis.

Atlikta Pearson koreliacija siekiant iširti ryšius tarp savigydos elgesio bei skausmo patyrimo ypatumų (žr. 5 lentelę). Skausmo poveikis žmogaus funkcionavimui siejasi su greitu apsisprendimu vartoti analgetikus ir savaiminio pokyčio laukimu. Egzistuoja teigiamas, vidutinio stiprumo ryšys tarp stipraus galvos skausmo dažnio ir skausmo poveikio. Taigi, kuo dažniau galvos skausmas stiprus, tuo labiau paveikiamas žmogaus funkcionavimas. Dažnesnis stiprus galvos skausmas siejasi su didesniu polinkiu į bet kokią savigydos elgesį, tačiau visi šie ryšiai yra gana silpni. Galvos skausmo patyrimo dažnis nesisiejo su savigyda, tačiau egzistuoja vidutinio stiprumo ryšys su skausmo poveikiu. Kuo dažniau patiriamas galvos skausmas, tuo labiau paveikiamas asmens funkcionavimas. Taip pat, kuo dažniau skausmas patiriamas tuo dažniau jis bus vertinamas kaip intensyvesnis. Matyti, kad skirtingas savigydos elgesys siejasi ir tarpusavyje. Nenoras vartoti vaistus iki tol kol skausmas stiprus, silpnai neigiamai siejasi su savaiminio pokyčio laukimu. Primenama, kad čia didesni įverčiai savaiminio pokyčio skalėje reiškia didesnę polinkį į savigydą, mažesni – laukimą kol skausmas praeis savaime. Savaiminio pokyčio laukimas, taip pat, vidutiniškai teigiamai siejasi su greitu sprendimu vartoti vaistus nuo skausmo.

5 lentelė. Savigydos elgesio skalių ir skausmo patyrimo ypatumų koreliacijos koeficientai.

Skalės	Nenoras	Greitas sprendimas	Savaiminis pokytis	Skausmo poveikis	Kaip dažnai patiriamas galvos skausmas stiprus	Galvos skausmo dažnis
Nenoras	-					
Greitas sprendimas	-0,13	-				
Savaiminis pokytis	-0,32**	0,62**	-			
Skausmo poveikis	0,08	0,33**	0,31**	-		
Kaip dažnai patiriamas galvos skausmas stiprus	0,20*	0,38**	0,24**	0,64**	-	
Galvos skausmo dažnis	0,12	0,16	0,05	0,49**	0,44**	-

Pastaba. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Atliktos Pearson koreliacijos tarp savigydos analgetikais elgesio ir įsitikinimų apie skausmą (žr. 6 lentelę). Egzistuoja silpnas teigiamas ryšys tarp organinių įsitikinimų apie skausmą ir polinkio į greitą sprendimą vartoti vaistus ir savaiminio pokyčio laukimą. Taip pat, matyti, kad organiniai įsitikinimai yra vidutiniškai stipriai siejami su psichologiniais įsitikinimais apie skausmą. Kuo labiau tiriamieji buvo linkę į organinius įsitikinimus, tuo labiau jie pasižymėjo ir psichologinius įsitikinimus apie skausmą ($r = 0,51$, $p < 0,001$). Šiuos rezultatus derėtų vertinti atsargiai.

6 lentelė. Savigydos elgesio skalių ir įsitikinimų apie skausmą koreliacijos koeficientai.

Skalės	Nenoras	Greitas sprendimas	Savaiminis pokytis
Organiniai įsitikinimai	0,09	0,31**	0,30**
Psichologiniai įsitikinimai	0,10	-0,02	-0,02

Pastaba. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Pearson koreliacijos tarp savigydos elgesio ir įsitikinimų apie vaistus rodo, kad visi statistiškai reikšmingi ryšiai yra silpni (žr. 7 lentelę). Laukimas kol skausmas praeis savaime (ši skalė reversuota) siejasi su tikėjimu, kad vaistai žalingi. Polinkis greitai vartoti analgetikus neigiamai siejasi su tikėjimu, kad vaistų skiriama per daug.

7 lentelė. Savigydos elgesio skalių ir įsitikinimų apie vaistus koreliacijos koeficientai.

Skalės	Nenoras	Greitas sprendimas	Savaiminis pokytis
Bendras piktnaudžiavimas	0,067	-0,173*	-0,151
Bendra žala	-0,162	-0,099	-0,205*

Pastaba. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Buvo apskaičiuotos Pearson koreliacijos tarp savigydos elgesio ir skausmo įveikos strategijų (žr. 8 lentelę). Nenoro skalė nebuvo susijusi su nei viena skausmo įveikos strategija. Greito apsisprendimo skalė neigiamai, reikšmingai siejasi su skausmo pojūčių reinterpretacija, savitaiga, pojūčių ignoravimu ir veiklumo suaktyvinimu. Taip pat, polinkis greitai vartoti analgetikus, teigiamai siejasi su skausmo katastrofizacija. Visi šie ryšiai yra gana silpni. Savaiminio pokyčio skalė silpnai neigiamai siejasi su dėmesio nukreipimu, veiklumo suaktyvinimu, bei vidutiniškai neigiamai siejasi su skausmo pojūčių reinterpretacija, savitaiga ir pojūčių ignoravimu. Taip pat, savaiminio pokyčio laukimas silpnai, teigiamai siejasi su katastrofizacija.

8 lentelė. Savigydos elgesio skalių ir skausmo įveikos strategijų koreliacijos koeficientai.

Skalės	Nenoras	Greitas sprendimas	Savaiminis pokytis
Dėmesio nukreipimas	-0,05	-0,14	-0,20*
Skausmo pojūčių reinterpretacija	-0,08	-0,20*	-0,41**
Savitaiga	0,09	-0,36**	-0,52**
Pojūčių ignoravimas	0,03	-0,35**	-0,52**
Malda / viltis	-0,10	-0,08	-0,10
Katastrofizacija	-0,07	0,27**	0,22*
Veiklumo suaktyvinimas	-0,03	-0,22*	-0,35**

Pastaba. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Atlikta dvinarė logistinė regresija, pažingsniniu reikšmingų prediktorių įtraukimo (angl. stepwise) Wald metodu, siekiant nustatyti kokie veiksniai prognozuoja nereceptinių vaistų nuo skausmo vartojimą (žr. 9 lentelę). Į šias analizes įtraukti nepriklausomi kintamieji buvo amžius, išsilavinimas, galvos skausmo patyrimo dažnis, stipraus skausmo patyrimo dažnis, skausmo poveikis, įsitikinimų apie skausmą ir vaistus skalės bei skausmo įveikos strategijų skalės.

Sudarytas modelis tinka duomenims, kadangi tikėtinumų santykio kriterijaus $\chi^2 = 21,012$, $df = 2$, $p < 0,001$. Hosmer – Lemeshow kriterijaus $\chi^2 = 10,070$, $df = 8$, $p = 0,260$. Cox ir Snell $R^2 = 14,4\%$, Nagelkerke $R^2 = 23,4\%$. Vartojančių nereceptinius analgetikus tikslų spėjimų procentas – 97,3%. Nevartojančius nereceptinių analgetikų modelis teisingai nuspėja santykinai mažai (12%). Labai svarbu pastebėti, kad šių vaistų nevartojančių dalyvių buvo nedaug ($n = 25$), taigi rezultatus reikėtų vertinti atsargiai. Nereceptinių analgetikų vartojimą prognozuoja skausmo poveikis. Didėjant neigiamas skausmo poveikiui asmens funkcionavimui, tikimybė, kad tiriamasis (-oji) vartos nereceptinius analgetikus, didėja 2,38 karto. Kitas reikšmingas veiksnys yra savitaiga. Pasitelkiant savitaigą, tikimybė, kad žmogus vartos nereceptinius analgetikus mažėja. Įsitikinimai apie skausmą, įsitikinimai apie vaistus ir kitos skausmo įveikos strategijos reikšmingos prognostinės vertės neturi.

9 lentelė. Nereceptinių vaistų nuo skausmo vartojimo prediktoriai.

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis		
	Nereceptinių vaistų nuo skausmo vartojimas		
	OR	χ^2	p
Skausmo poveikis	2,38	7,75	0,005
Savitaiga	0,55	8,91	0,003

Atliktos trys daugianarės tiesinės regresinės analizės, pažingsniu reikšmingų prediktorių įtraukimo (angl. stepwise) metodu, siekiant nustatyti kokie veiksniai prognozuoja tam tikrą savigydos vaistais nuo skausmo elgesį. Į šias analizes įtraukti nepriklausomi kintamieji buvo amžius, išsilavinimas, galvos skausmo patyrimo dažnis, stipraus skausmo patyrimo dažnis, skausmo poveikis, įsitikinimų apie skausmą ir vaistus skalės bei skausmo įveikos strategijų skalės.

Regresinė analizė siekiant nustatyti nenoro (t.y. savigydos pasitelkimo tik tais atvejais kai skausmas yra pakankamai stiprus) prediktorius. Modelis tiko duomenims $F(1, 133) = 5,537, p = 0,02$, ir rastas vienas statistiškai reikšmingas prediktorius. Tai, kaip dažnai patiriamas galvos skausmas buvo stiprus, prognozuoja nenorą vartoti analgetikų tol kol skausmas taps pakankamai intensyvus ($\beta = 0,2, p = 0,02$). Deja, šis modelis nepakankamai paaiškino duomenų sklaidą ($R^2 = 0,04$), taigi analinė nėra laikoma pavykusia.

Regresinė analizė, siekiant nustatyti greitą sprendimą (t.y. polinkį nedvejoti ir vartoti analgetikus vos pajautus skausmą) prognozuojančius veiksnius, buvo sėkminga ($F(3, 131) = 15,891, p < 0,001$) (žr. 10 lentelę). Modelis paaiškino 26,7% greito apsisprendimo duomenų sklaidos. Nustatyta, dažnas stiprus galvos skausmas nuspėja, kad žmogus bus linkęs greitai vartoti analgetikus. Taip pat, dvi skausmo įveikos strategijos buvo statistiškai reikšmingais prediktoriais. Didesnis polinkis į savitaigą, mažina tikimybę greitai vartoti analgetikus pajautus skausmą. Katastrofizacija, priešingai, paaiškina polinkį į greitą vaistų vartojimą.

10 lentelė. Greito sprendimo vartoti analgetikus prediktoriai

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis				
	Greitas sprendimas		F	p	R ²
	Beta (β)	p			
Kaip dažnai patiriamas galvos skausmas stiprus	0,30	<0,001	15,891	<0,001	0,27
Savitaiga	-0,29	<0,001			
Katastrofizacija	0,18	0,019			

Regresinė analizė siekiant nustatyti kokie veiksniai prognozuoja savaiminio pokyčio laukimą (t. y. polinkį leisti savo kūnui natūraliai susidoroti su skausmu, o ne vartoti vaistus siekiant

pagerėjimo) taip pat buvo sėkminga ($F(3,131) = 24,47, p < 0,001$) (žr. 11 lentelę). Modelis paaiškino 35,9% sklaidos. Primenama, kad savaiminio pokyčio skalė yra reversuota, taigi didesnis įvertis reiškia polinkį į savigyda analgetikais, mažesnis – laukimą kol skausmas praeis savaime. Nustatyta, kad didesnis polinkis į savitaigą ir pojūčių ignoravimą prognozuoja, kad žmogus lauks savaiminio pokyčio. Didesnis skausmo poveikis prognozuoja didesnę polinkį į savigyda.

11 lentelė. *Savaiminio pokyčio laukimo prediktoriai*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis				
	Savaiminis pokytis		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	Beta (β)	<i>p</i>			
Savitaiga	-0,30	0,004	24,47	<0,001	0,36
Skausmo poveikis	0,21	0,004			
Pojūčių ignoravimas	-0,26	0,015			

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Peržvelgiant tyrimo rezultatus, matyti, kad rasta reikšmingų sąsajų, kurios papildo supratimą apie nereceptinių analgetikų vartojimą patiriant ūminį galvos skausmą. Rasti ryšiai iš dalies patvirtina bei dalinai skiriasi nuo ankstesnių tyrimuose gautų rezultatų. Pavyko iširti ryšius tarp savigydos elgesio bei skausmo patyrimo ypatumų, įsitikinimų apie skausmą bei vaistus ir įveikos strategijų. Taip pat, pavyko išsiaiškinti kokie veiksniai buvo nereceptinių vaistų nuo skausmo vartojimo ir savigydos elgesio prediktoriais malšinant ūminį galvos skausmą šioje imtyje.

Visų pirma, pamėginta patikrinti ar egzistuoja sąsajos su tiriamųjų sociodemografiniais rodikliais. Svarbu iš karto paminėti, kad kai kurie rodikliai (pvz., lytis) nebuvo įtraukiami į skaičiavimus dėl netolygaus pasiskirstymo ir nepakankamo tiriamųjų kiekio grupėse (90% tiriamųjų buvo moterys). Nepaisant to, pavyko nustatyti vieną svarbų ryšį su tiriamųjų amžiumi. Pasirodo, jaunesni tiriamieji labiau linkę tikėti, kad psichologiniai veiksniai, kaip nerimas ar galvojimas apie skausmą, gali jį sustiprinti. Kiti tyrėjai ryšių tarp įsitikinimų apie skausmą ir amžiaus nerado (Disceken & Kose, 2021; Gagliese & Melzack, 1997; Babadağ et al., 2015). Galimai šiam skirtumui reikšminga sąveika tarp tyrimo imties ir galvos skausmo ypatumų. Stresas, įtampa, nerimas, t.y. psichologiniai veiksniai, yra vieni pagrindinių galvos skausmo atsiradimo priežasčių (Spierings, Ranke, & Honkoops, 2001; White & Farrel, 2005). Kadangi dauguma šio tyrimo dalyvių studijuoja, galimai jie susiduria su daugiau, su studijomis susijusių, stresorių ir tai sieja su patiriamu galvos skausmu. Žinoma, tai tik hipotezė, kurią dar reikėtų patikrinti ateities tyrimuose.

Kalbant apie savigydos elgesį, matyti, kad jis skiriasi priklausomai nuo to kokiomis priemonėmis žmonės linkę malšinti galvos skausmą. Tie kurie renkasi nereceptinius analgetikus, vaistus vartoja greitai ir nelaukia kol skausmas praeis savaime, o besirenkantys nemedikamentines priemones elgiasi priešingai. Įdomu, kad pasitelkiantys abi pagalbos priemones linkę laukti ilgiau nei vartojantys nereceptinius analgetikus, bet trumpiau nei naudojantys nemedikamentines priemones. Galbūt šie žmonės iš pradžių naudoja nemedikamentines priemones, pavyzdžiui, žolelių preparatus ar poilsį, o vaistus vartoja tuo atveju jeigu skausmas nepraeina pakankamai greitai, suintensyvėja ar pradeda per daug trukdyti funkcionavimui. Kita vertus, abu skausmo malšinimo būdai gali būti naudojami vienu metu. Deja, neturima pakankamai informacijos, kad atsakyti į šį klausimą. Svarbu, kad šis rezultatas iš esmės atitiko savigydos skalės autorių gautus rezultatus (James & French, 2008). Jų tyrime, asmenys, kurie prieš vartojant nereceptinius analgetikus naudojo kitas, nemedikamentines skausmo malšinimo, priemones, taip pat buvo labiau linkę į savaiminio pokyčio laukimą, o kitų priemonių nenaudoję – į greitą vaitų vartojimą. Kaip ir šiame tyrime abi grupės nesiskyrė pagal nenoro faktorių. Taigi, šie rezultatai dar kartą patvirtino, kad skirtingus skausmo malšinimo būdus

pasitelkiantys asmenys skiriasi savo savigydos elgesiu. Taip pat, nereceptinius vaistus nuo skausmo žmonės dažniau vartoja nedvejodami, nepaisant to, kad patiriamas galvos skausmas yra laikinas.

Buvo ištirti ryšiai tarp savigydos elgesio ir įvairių veiksnių. Pradedant nuo patiriamo skausmo ypatumų, matyti, kad kuo dažniau patiriamas galvos skausmas buvo stiprus, tuo labiau žmonės linkę į bet kokią savigydos elgesį. Tai yra, dažniau patiriant stiprų galvos skausmą, žmonės turi didesnę polinkį vartoti analgetikus, nepaisant to ar juos vartoja vos pajautę skausmą ar palaukę kol jis pakankamai suintensyvės bei rečiau laukia kol skausmas praeis savaime. Kadangi šis ryšys abipusis – į savigydą linkę asmenys dažniau patiria stiprų skausmą arba bent vertina jį kaip stiprų. de Boer, Struys ir Versteegen (2012) taip pat rado abipusį ryšį tarp patiriamo skausmo intensyvumo ir analgetikų vartojimo. Įdomu, kad galvos skausmo patyrimo dažnis reikšmingai nesisiejo su savigydos elgesiu. Tai kiek prieštarauja Elander ir Barry, (2003) rezultatams, tačiau galimai šis skirtumas kyla dėl tiriamo skausmo ypatumų (pvz., lokacijos) ir imties skirtumų. Taip pat matyti, kad greitas sprendimas ir savaiminis pokytis siejasi su skausmo poveikiu. Literatūroje sunku rasti darbų, tiriančių šį ryšį ūminį skausmą patiriančių asmenų imtyse, kadangi dauguma mokslininkų tiria lėtinio skausmo poveikį funkcionavimui. Artrito sukeltą skausmą patiriančiųjų imtyje, kuo sunkiau žmonėms funkcionuoti ir atlikti kasdienes veiklas, tuo labiau jie linkę vartoti analgetikus (Gupta, Tee, & Sakthiswary, 2014). Bei atvirksčiai, geriau funkcionuojantys vaistus vartojo rečiau. Lėtinį skausmą patiriančių vyrų imtyje, skausmo trukdymas (bendro aktyvumo, nuotaikos, miego, pasitenkinimo gyvenimu ir santykių sritims) koreliavo su receptinių vaistų vartojimu (Daheim, Kim, Neduvelil, & Nguyen, 2019). Dėl dismenorėjos kenčiančių moterų imtyje, prastesnė fizinė gyvenimo kokybė (įtraukianti fizinį funkcionavimą) ir psichologinė gyvenimo kokybė (įtraukianti socialinį funkcionavimą, emocinius, psichologinius sunkumus) siejosi su didesniu receptinių, bet ne nereceptinių analgetikų vartojimu (Kapadi & Elander, 2020). Be to, svarbu atkreipti dėmesį, kad šiame tyrime bene stipriausią ryšį skausmo poveikis turėjo su stipraus galvos skausmo dažniu ir bendru skausmo dažniu. Kuo dažniau patiriamas galvos skausmas ir kuo dažniau jis yra stiprus, tuo labiau jis paveikia asmens funkcionavimą. Daheim ir kitų (2019) tyrime, skausmo trukdymas medijavo ryšį tarp skausmo intensyvumo ir receptinių vaistų vartojimo. Galimai tokia ar panaši sąveika egzistuoja ir šiuo atveju. Galima manyti, kad dažnesnė prasta savijauta dėl stipraus skausmo ir funkcionavimo sutrikdymas siejasi su polinkiu greičiau vartoti vaistus.

Patikrinti ryšiai tarp savigydos elgesio ir įsitikinimų apie skausmą. Įdomu, kad nepaisant jaunesnių tiriamųjų polinkio į psichologinius įsitikinimus, jie reikšmingai nesisiejo su savigydos elgesiu. Reikšmingais buvo tik savigydos elgesio ryšiai su organiniais įsitikinimais apie skausmą. Kuo labiau tiriamieji tikėjo, kad skausmas kyla dėl organinių priežasčių tuo labiau jie buvo linkę vartoti vaistus vos pajautę skausmą ir nelaukti kol jis praeis savaime. Ankstesnės literatūros tiriančios

šiuos ryšius nėra daug, o egzistuojančių darbų rezultatai nėra vienareikšmiai. Babadağ ir kolegų tyrime (2015) organiniai įsitikinimai apie skausmą siejosi su opioidinių analgetikų vartojimu, tačiau ne su nesteroidiniais priešuždegiminiais vaistais, kurie dažnai yra nereceptiniai (pvz., ibuprofenas). Vėlgi, įtakos turėti galėjo tiriamo ūminio galvos skausmo ypatumai, tačiau apskritai, ši sritis turėtų būti plačiau tiriama.

Tai ką žmonės mano apie vartojamus vaistus taip pat siejasi su savigydos jais elgesiu. Gana natūralu, kad nedelsiantys vartoti vaistų yra mažiau linkę galvoti, kad jų skiriama ir vartojama per daug. Priešingai, galima vaistų žalą išvelgti linkę tie, kurie nori, kad organizmas skausmą įveiktų savaime. Šiems rezultatams pritartų Mittal ir kolegos (2018) taip pat, nustatę, kad žmonės neužsiimantys savigyda buvo labiau linkę tikėti vaistų žala ir jog jų skiriama per daug palyginus su tais, kuriems būdinga savigyda. Pastarieji, analgetikus vertino kaip reikalingesnius skausmo įveikai bei vartojo jų daugiau. Taigi, kuo daugiau asmuo turi neigiamųjų įsitikinimų apie vaistus, tuo jis mažiau bus linkęs į savigydą jais.

Patikrinus ryšius tarp savigydos elgesio ir skausmo įveikos strategijų matyti, kad tikrai egzistuoja daug tarpusavio ryšių. Bene daugiausiai mokslininkų tyrinėjama įveikos strategija, katastrofizacija, su savigyda analgetikais siejosi ir šiame tyrime. Labiau katastrofizuojantys greičiau vartojo vaistus nuo skausmo ir nelaukdavo kol jis praeis savaime. Šis ryšys randamas ir ankstesnėje literatūroje tiriančioje įvairių rūšių skausmą (Kapadi & Elander, 2020; Jacobsen & Butler, 1996; Papaioannou et al, 2009; Bedard et al., 1997). Kiti ryšiai su įveikos strategijomis buvo priešingi. Kuo greičiau tiriamieji apsisprendžia vartoti analgetikus, tuo mažiau jie linkę reinterpretuoti skausmo pojūčius, tuo mažiau juos ignoruoja, vengia aktyvios veiklos, ir mąstymo, kad skausmą gali įveikti. Taip pat, kuo labiau tiriamieji buvo linkę tikėti, kad organizmas su skausmu susidoros savaime, tuo labiau jie buvo linkę nukreipti dėmesį nuo skausmo, ignoruoti ir perinterpretuoti jo pojūčius, toliau tęsti aktyvią veiklą ir tikėti, kad skausmas įveikiamas. Toks rezultatas atitinka dalį ankstesnių tyrimų, galimai dėl tiriamo skausmo skirtumų. Pavyzdžiui, po mastektomijos skausmą patiriančių moterų imtyje, su analgetikų vartojimu siejosi tik katastrofizacija, o kitos kognityvinės skausmo įveikos strategijos nesisiejo (Jacobsen & Butler, 1996). Tarp patiriančių dismenorėjos skausmą, skausmo pojūčių reinterpretacija neigiamai siejosi su nereceptinių analgetikų vartojimu, o katastrofizacija turėjo teigiamą ryšį su receptinių analgetikų vartojimu (Kapadi & Elander, 2020). Reumatoidinio artrito skausmus patiriančiųjų tarpe, analgetikų vartojimas reikšmingai neigiamai siejosi su visomis įveikos strategijomis (Gustafsson, Gaston-Johansson, Aschenbrenner, & Merboth, 1999). Matyti, kad šie ryšiai gali skirtis priklausomai skausmo pobūdžio. Galima teigti, kad anot šio tyrimo rezultatų, kuo labiau žmogus nukreipia mintis nuo skausmo, jo patyrimo bei jo nesureikšmina, palaiko save mintimis ir užsiima veikla nepaisant skausmo, tuo mažiau tikėtina, kad jo įveikai vartos vaistus. Bei

atvirksčiai, kuo labiau asmuo linkęs į savigyda, tuo labiau tikėtina, kad sutelks dėmesį į skausmą, išdidins jo pojūčius, apribos savo veiklą, skausmas jiems atrodys sunkiau įveikiamas.

Kalbant apie rezultatų prognostinę vertę pavyko nustatyti kelis svarbius nereceptinių vaistų vartojimo ir savigydos elgesio prediktorius. Vienas nereceptinių vaistų nuo skausmo prediktorių buvo skausmo poveikis. Kiti tyrėjai dažniausiai pabrėžia tai kaip šis veiksnys numato opioidinių ar kitų receptinių analgetikų vartojimą (Daheim et al., 2019; Ørstavik, 2018). Tyrimų, nagrinėjančių skausmo poveikio reikšmę nereceptinių vaistų vartojimui, ūminio skausmo kontekste, rasti nepavyko, tačiau gautas rezultatas yra logiškas ir labai tikėtinas. Anksčiau minėtame artrito tyrime, kur skausmo poveikis prognozavo dažnesnį analgetikų vartojimą, tiriamieji daugiausia vartojo nesteroidinius vaistus nuo uždegimo ir paracetamolį (Gupta et al., 2014). Kitas svarbus nereceptinių vaistų vartojimo prediktorius buvo savitaiga. Dažnesnis šios skausmo įveikos strategijos pasitelkimas mažina tikimybę, kad žmogus vartos nereceptinius vaistus nuo skausmo. Galimą teorinį savitaigos ir analgetikų vartojimo ryšys bus aptartas vėliau.

Patikrinus kokie veiksniai galėtų prognozuoti specifinį savigydos elgesį, rezultatai atitiko ankstesnę literatūrą. Visų pirma, kuo dažniau patiriamas stiprus skausmas tuo labiau tikėtina, kad asmuo greitai vartos analgetikus. Skausmo intensyvumą kaip analgetikų vartojimo prediktorių išskyrė ir kiti tyrėjai (Sturgeon et al., 2018; Jacobsen & Butler, 1996; Harris et al., 2017). Didesnis skausmo poveikis taip pat didina savigydos tikimybę, mažiau tikėtina, kad žmonės lauks kol skausmas praeis savaime. Nežinia ar kiti tyrėjai sutiktų su tuo kaip greitai žmonės pasitelkia savigyda, bet kaip minėta anksčiau, yra tyrimų patvirtinančių, jog skausmo poveikis gali prognozuoti analgetikų vartojimą (Daheim et al., 2019; Ørstavik, 2018; Gupta et al., 2014).

Kalbant apie įveikos strategijas, kaip ir tikėtasi – analgetikus greičiau vartoja katastrofizuotojai. Nors rastuose tyrimuose nekalbama apie tai kiek katastrofizuoti linkę žmonės laukia po skausmo pasireiškimo, daugybė tyrėjų įvardija šią įveikos strategiją kaip svarbų analgetikų vartojimo prediktorių, nepaisant tiriamo skirtingo skausmo ypatumų (Jacobsen, & Butler, 1996; Papaioannou et al., 2009; Bedard et al., 1997; de Boer, et al., 2012; Finan et al., 2018; Jensen et al., 2006; Kapadi & Elander, 2020). Tai, gana logiška atsižvelgiant į tai koks teorinis konstruktas yra katastrofizacija. Skausmo patyrimas bei jo keliamo grėsmė išdidinama, žmogus nuolat galvoja apie skausmą, jaučiasi bejėgis (Quartana et al., 2009). Taigi galima numanyti, kad skausmą katastrofizuojantys individai bus linkę ieškoti greito, lengvai prieinamo būdo numalšinti skausmą, nepaisant to, kad ūminis galvos skausmas yra laikinas. Vaistai nuo skausmo yra kaip tik tokia priemonė. Savitaiga, šiame tyrime, prognozuoja tikimybę, kad žmonės bus linkę laukti kol skausmas praeis savaime bei neskubės vartoti analgetikų. Savaiminio pokyčio laukimą prognozavo ir skausmo pojūčių ignoravimas. Stevens ir Heide (1977) atliktame eksperimente, nustatyta, kad grupės naudojusios dėmesio nukreipimo ir relaksacijos strategijas geriausiai toleravo skausmą. Šie dalyviai

ilgiausiai skausmą ištvėrė todėl, kad jie mažiausiai jį suvokė (angl. *perceived*). Šios išvados rodo, kad psichologinės strategijos turėjo tikrą analgezinį poveikį. Jeigu skausmo pojūčių ignoravimas turi panašų poveikį tai galėtų paaiškinti gautą rezultatą. Panašaus principo eksperimentas atliktas ir su savitaiga (Roditi, Robinson, & Litwins, 2009). Nustatyta, kad tiriamieji pasitelkiantys savitaigą pasižymėjo didesne ištvėrme patiriant skausmą, palyginus su skausmą katastrofizuojančiais. Galimai, ši ištvėrė padeda išlaukti ūminį galvos skausmą nevartojant analgetikų arba bent padeda jų vartojimą atidėti. Kita vertus, Jacobsen ir Butler (1996) teigė, kad nei savitaiga nei skausmo pojūčių ignoravimas neprognozuoja analgetikų vartojimo, pooperaciniam skausmui malšinti, tačiau dažnai tyrėjai ryšio tarp šių konkrečių įveikos strategijų ir savigydos analgetikais net netiria arba nemini. Šiame kontekste, svarbu atsižvelgti į tai, kad pasitelkdamas savitaigą, priešingai nei katastrofizuojuojant, individas įgalina save bei įtikina save, kad skausmas įveikiamas nepaisant intensyvumo (Rosenstiel & Keefe, 1983). Skausmo pojūčių ignoravimas parodo žmogaus gebėjimą atsiriboti nuo skausmo jį neigiant ir funkcionuoti nepaisant jo. Šis teorinis konstrukto supratimas svarbus, kadangi tiriamas būtent ūminis skausmas. Nepaisant to koks intensyvus jis gali būti, šis skausmas yra laikinas ir jeigu žmogus sugeba palaikyti save ir funkcionuoti nepaisant skausmo, galimai poreikis vartoti analgetikus mažėja.

Taigi, apibendrinant šiame tyrime gautus rezultatus galima teigti, kad ūminį galvos skausmą patiriančiųjų asmenų imtyje nereceptinių analgetikų vartojimas mažai siejasi su sociodemografiniais kintamaisiais, tačiau rasta daug ryšių su kitais tirtais veiksniais. Savigydos elgesys gali sietis su tuo kaip dažnai patiriamas galvos skausmas buvo stiprus bei kaip stipriai jis paveikia asmens funkcionavimą. Savigydą analgetikais pasitelkti linkę tie, kuriems būdingi organiniai įsitikinimai apie skausmą, o savigydos vengti linkę turintys daugiau neigiamų įsitikinimų apie vaistus. Taip pat, polinkis į savigydą siejasi su tuo kaip žmogus reaguoja į skausmą - ar yra linkęs jį išdidinti (katastrofizuoti), ar nukreipti dėmesį nuo skausmo, jo pojūčių, palaikyti save ir veikti nepaisant skausmo. Apart abipusių ryšių, nustatyta, kad nereceptinių vaistų vartojimą prognozuoja tai kiek skausmas paveikia asmens funkcionavimą ir savitaiga. Savigydos elgesio prediktoriais buvo stipraus galvos skausmo dažnis, skausmo poveikis, savitaiga, pojūčių ignoravimas ir katastrofizacija.

Žinoma, šis tyrimas turėjo savų ribotumų. Visų pirma, šio tyrimo imtis yra santykinai maža ir negali reprezentuoti Lietuvos ar ūminį galvos skausmą patiriančių asmenų populiacijos. Taip pat, net 90% tiriamųjų buvo moterys, taigi rezultatai negali reprezentuoti vyrų ar kitai lyčiai save priskiriančių asmenų. Taip pat, toks netolygus lyties pasiskirstymas apribojo galimybę detaliau palyginti ir sužinoti daugiau informacijos apie savigydos elgesio bei naudojamų skausmo malšinimo priemonių grupes. Nepaisant to, akivaizdu, kad tyrimų, apie ūminį galvos skausmą, o ypač apie jo malšinimą nereceptiniais vaistais, bei šių vaistų vartojimo ryšius su kitais tirtais veiksniais, gerokai trūksta. Ši sritis turėtų būti ir toliau tiriama siekiant suprast nereceptinių vaistų vartojimą ir savigydos elgesį

patiriant laikiną, ūminį skausmą. Tolimesniuose tyrimuose, rekomenduojama pasistengti užtikrinti didesnę imtį su tolygesniu lyčių pasiskirstymu, daugiau vyresnio amžiaus tiriamųjų. Galimai, naudinga būtų pamėginti ištirti vaistų nuo skausmo vartojimo sąsają su įvairesniais įsitikinimais apie skausmą ir vaistus. Būtų įdomu palyginti kaip pagal naudojamas skausmo malšinimo priemones ir savigydos elgesį skiriasi ūminį ir lėtinį galvos skausmą patiriantys asmenys. Galiausiai, rekomenduojama šviesti dažniau dėl ūminio galvos skausmo kenčiančius asmenis, apie savitaigos ir dėmesio nukreipimo strategijas ir skatinti jų pasitelkimą prieš griebiantis analgetikų.

5. IŠVADOS

1. Ūminio galvos skausmo malšinimą nereceptiniais analgetikais prognozuoja skausmo poveikis ir savitaiga. Stipriau jaučiamas skausmo poveikis kasdieniame asmens gyvenime, siejamas su padidejusia tikimybe vartoti nereceptinius vaistus nuo skausmo, bet dažnesnis savitaigos naudojimas siejamas su mažesne tikimybe vartoti vaistus.

2. Nenoras vartoti analgetikus tol kol skausmas bus pakankamai stiprus siejosi tik su stipraus galvos skausmo patyrimo dažniu. Šis elgesys negali būti patikimai prognozuojamas skausmo poveikio, įsitikinimų apie skaumą bei vaistus arba naudojamų skausmo įveikos strategijų.

3. Greitą sprendimą vartoti analgetikus prognozuoja stipraus galvos skausmo dažnis, savitaiga ir katastrofizacija. Asmenys, kurie dažniau patiria stiprų galvos skausmą ir yra linkę neracionaliai išdidinti jo grėsmę, yra labiau linkę gerti vaistus nuo skausmo vos pajutus pirmus jo požymius. Priešingai, asmenys, kurie dažniau taiko savitaigos strategiją yra mažiau linkę imtis medikamentinių priemonių ūmiam skausmui malšinti.

4. Savaiminio pokyčio laukimą prognozuoja skausmo poveikis, savitaiga ir skausmo pojūčių ignoravimas. Asmenys yra labiau linkę laukti kol kūnas su skausmu susidoros savaime kai jie dažniau naudoja savitaigą ir yra labiau linkę ignoruoti jaučiamą galvos skaumą, bet kai patiriamas skausmas stipriau veikia jų kasdienį funkcionavimą jie yra labiau linkę vartoti vaistus nelaukdami kol skausmas savaime praeis.

LITERATŪRA

Abdallah, C. G. & Geha, P. (2017). Chronic Pain and Chronic Stress: Two Sides of the Same Coin? *Chronic Stress, 1*. DOI: 10.1177/2470547017704763

Abd-Elsayed, A., Deer, T.R. (2019). Different Types of Pain. In: Abd-Elsayed, A. (Eds.) *Pain*, 15-16. Springer, Cham. DOI: 10.1007/978-3-319-99124-5_3

Ahmad, A. H. & Zakaria, R. (2015). Pain in times of stress. *Malaysian Journal of Medical Sciences, 22*, 52–61.

Alesiūtė, P. (2018). *Skausmo ypatumų ir skausmo įveikos sąsajos su depresiškumu tarp žmonių, patiriančių lėtinį skausmą* (Magistro darbas). Kaunas: Lietuvos Sveikatos Mokslų universitetas. Paimta iš: <https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:29346474/>

American psychological association (APA) (2023). *Stress effects on the body*. Paimta iš: <https://www.apa.org/topics/stress/body>

Baastруп, S., Schultz, R., Brødsgaard, I., Moore, R., Jensen, T. S., Toft, L.V., ..., Gormsen, L. (2016). A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scandinavian Journal of Psychology, 57*(6), 516-522. DOI: 10.1111/sjop.12325

Babadağ, B., Alparslan, G. B., & Güleç, S. (2015). The Relationship Between Pain Beliefs and Coping with Pain of Algology Patients. *Pain Management Nursing, 16*(6), 910-919. DOI: 10.1016/j.pmn.2015.07.004

Bağci, N. & Doğan, R. (2022). The relationship between pain beliefs and pain severity in liver transplant patients, *Transplant Immunology, 72*. DOI: 10.1016/j.trim.2022.101564

Bagdonas, A. ir Bliumas, R. (2019). *Aiškinamasis psichologijos terminų žodynas*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.

Baird, A. & Sheffield, D. (2016). The Relationship between Pain Beliefs and Physical and Mental Health Outcome Measures in Chronic Low Back Pain: Direct and Indirect Effects. *Healthcare (Basel, Switzerland), 4*(3), 58. DOI: 10.3390/healthcare4030058

Banozic, A., Miljkovic, A., Bras, M., Puljak, L., Kolcic, I., Hayward, C., & Polasek, O. (2018). Neuroticism and pain catastrophizing aggravate response to pain in healthy adults: an experimental study. *The Korean Journal of Pain, 31*(1), 16-26. DOI: 10.3344/kjp.2018.31.1.16

Bedard, G., McGrath, P., Chambers, C. (1997). Coping and self-medication in a community sample of junior high school students. *Pain Research and Management*, 2, 145–50. DOI: 10.1155/1997/254142

Beranness, L. & Baker, A. M. (2022). Acute Headache. StatPearls Publishing. Paimta iš: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554510/>

Blenkinsopp, A. & Bradley, C. (1996). Patients, society, and the increase in selfmedication. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7031), 629–632. DOI: 10.1136/bmj.312.7031.629

Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Breivik Hals, E. K., ..., Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1), 17–24. DOI:10.1093/bja/aen103

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. DOI:10.1016/j.ejpain.2005.06.009

Brown, G. K. & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-64.

Buenaver, L. F., Edwards, R. R., Smith, M. T., Gramling, S. E., & Haythornthwaite, J. A. (2008). Catastrophizing and Pain-Coping in Young Adults: Associations With Depressive Symptoms and Headache Pain. *The Journal of Pain*, 9(4), 311-319. DOI: 10.1016/j.jpain.2007.11.005

Carrasco-Garrido, P., de Andrés, A. L., Barrera, V. H., Jiménez-Trujillo, I., Fernandez-de-las-Peñas, C., Palacios-Ceña, D., ..., Jiménez-García, R. (2014). Predictive factors of self-medicated analgesic use in Spanish adults: a cross-sectional national study. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 15(1), 36. DOI: 10.1186/2050-6511-15-36

Carroll, L. (2013). Passive Coping Strategies. In: Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. DOI: 10.1007/978-1-4419-1005-9_1164

Centers for Disease control and Prevention (CDC) (2022a). *Acute pain*. Paimta iš: <https://www.cdc.gov/acute-pain/index.html>

Centers for Disease control and Prevention (CDC) (2022b). *Acute migraine*. Paimta iš: <https://www.cdc.gov/acute-pain/migraine/index.html>

Daheim, J., Kim, S. Y., Neduvelil, A., & Nguyen, N. P. (2019). Men, Chronic Pain, and Prescription Pain Medication Use: The Role of Gender Role Beliefs in a Longitudinal Moderated Mediation Model. *Pain medicine*, 0(0), 1-12. DOI: 10.1093/pm/pnz200

Dale, O., Borchgrevink, P. C., Fredheim, O. M. S., Mahic, M., Romundstad, P., & Skurtveit, S. (2015). Prevalence of use of non-prescription analgesics in the Norwegian HUNT3 population: Impact of gender, age, exercise and prescription of opioids. *BMC Public Health* 15, 461. DOI: 10.1186/s12889-015-1774-6

de Boer, M. J., Struys, M. M. R. F., & Versteegen, G. J. (2012). Pain-related catastrophizing in pain patients and people with pain in the general population. *European Journal of Pain* Volume 16(7), 1044-1052. DOI: 10.1002/j.1532-2149.2012.00136.x

Dinan, J. E., Hargitai, I. A., Watson, N., Smith, A., & Schmidt, J. E. (2021). Pain catastrophising in the oro-facial pain population. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(6), 643-653. DOI: 10.1111/joor.13166

Disceken, F. M. & Kose, G. (2021). Association of preoperative pain beliefs with postoperative pain levels in abdominal surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21-22), 3249-3258. DOI: 10.1111/jocn.15831

Dysvik, E., Natvig, G. K., Eikeland, O. J. & Lindstrøm, T. C. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 297–305

Edgley, C., Hogg, M., De Silva, A., Braat, S., Bucknill, A., & Leslie, K. (2019). Severe acute pain and persistent post-surgical pain in orthopaedic trauma patients: a cohort study. *British Journal of Anaesthesia*, 123(3), 350-359. DOI: 10.1016/j.bja.2019.05.030

Elander, J. & Barry, T. (2003). Analgesic use and pain coping among patients with haemophilia. *Haemophilia*, 9(2), 202-213. DOI: 10.1046/j.1365-2516.2003.00723.x

Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 179-188. DOI:10.1007/BF02879899

Fendrick, A. M., Pan, D. E., & Johnson, G. E. (2008). OTC analgesics and drug interactions: clinical implications. *Osteopathic Medicine and Primary Care*, 2(2). DOI: 10.1186/1750-4732-2-2

Ferner, R. E. (1994). Dispensing with prescriptions. *BMJ (Clinical research ed.)*, 308(6940), 1316. DOI: 10.1136/bmj.308.6940.1316

Finan, P. H., Carroll, C. P., Moscou-Jackson, G. Martel, M. O., Campbell, C. M., Pressman, A., ..., Haythornthwaite, J. A. (2018). Daily Opioid Use Fluctuates as a Function of Pain, Catastrophizing, and Affect in Patients With Sickle Cell Disease: An Electronic Daily Diary Analysis. *The Journal of Pain*, 19(1), 46-56. DOI: 10.1016/j.jpain.2017.08.010

Fink, R. (2000). Pain assessment: the cornerstone to optimal pain management. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 13(3), 236-239. DOI: 10.1080/08998280.2000.11927681

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

Garg, S., Garg, D., Turin, T. C., & Chowdhury, M. F. U. (2016). Web-Based Interventions for Chronic Back Pain: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(7). DOI: 10.2196/jmir.4932

Granot. M., Goldstein Ferber, S. (2005). The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: a prospective study. *The Clinical Journal of Pain*, 21, 439 – 445.

Grazzi, L., Toppo, C., D'Amico, D., Leonardi, M., Martelletti, P., Raggi, A., & Guastafierro, E. (2021). Non-Pharmacological Approaches to Headaches: Non-Invasive Neuromodulation, Nutraceuticals, and Behavioral Approaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1503. DOI: 10.3390/ijerph18041503

Gülнар, E., Özveren, H., Tüzer, H., & Yilmazer, T. (2021). An Investigation of Pain Beliefs, Pain Coping, and Spiritual Well-Being in Surgical Patients. *Journal of Religion and Health*, 61(2), 1-11. DOI: 10.1007/s10943-021-01340-4

Gupta, E.D., Tee, H.S., & Sakthiswary R. (2014). Predictors of frequent oral analgesic use in rheumatoid arthritis. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(5), 976-981. DOI: 10.12669/pjms.305.5112

Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., Aschenbrenner, D., & Merboth, M. (1999). Pain, coping and analgesic medication usage in rheumatoid arthritis patients. *Patient Education and Counseling*, 37, 33–41. DOI: 10.1016/S0738-3991(98)00100-1

Hanlon, J. T., Fillenbaum, G. G., Ruby, C. M., Gray, S., & Bohannon, A. (2001). Epidemiology of Over-the-Counter Drug Use in Community Dwelling Elderly. *Drugs & Aging*, 18(2), 123 – 131. DOI: 10.2165/00002512-200118020-00005

Harris, G. M., Wood, M., Eberhard-Gran, M., Lundqvist, C., & Nordeng, H. (2017). Patterns and predictors of analgesic use in pregnancy: a longitudinal drug utilization study with special focus on women with migraine. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*, 224. DOI: 10.1186/s12884-017-1399-0

Higgins, N. C., Bailey, S. J., LaChapelle, D. L., Harman, K., & Hadjistavropoulos, T. (2015). Coping Styles, Pain Expressiveness, and Implicit Theories of Chronic Pain. *The Journal of Psychology*, *149*(7), 737-750. DOI: 10.1080/00223980.2014.977759

Horne R, Weinman J, & Hankins M (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health*, *14*(1), 1–24. DOI: 10.1080/08870449908407311

Hughes, C. M., McElnay, J. C., & Fleming, G. F. (2001). Benefits and Risks of Self Medication. *Drug safety*, *24*(14), 1027-1037. DOI: 10.2165/00002018-200124140-00002.

Jacobsen, P. B., & Butler, R. W. (1996). Relation of Cognitive Coping and Catastrophizing to Acute Pain and Analgesic Use Following Breast Cancer Surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, *19*(1), 17–29. DOI: 10.1007/BF01858172

James, D. H., & French, D. (2008). The development of the Self-Medicating Scale (SMS): A scale to measure people's beliefs about self-medication. *International Journal of Clinical Pharmacy* *30*(6), 794-800. DOI: 10.1007/s11096-008-9227-2

Jensen, M. K., Thomsen, A. B., Højsted, J. (2006). 10-year follow-up of chronic non-malignant pain patients: Opioid use, health related quality of life and health care utilization. *European Journal of Pain*, *10*, 423-433. DOI: 10.1016/j.ejpain.2005.06.001

Jensen, M. P., Romano, J. M., Turner, J. A. Good, A. B., Wald, L. H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*, *81*(1–2), 95-104. DOI: 10.1016/S0304-3959(99)00005-6

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Lawler, B. K. (1994). (Relationship of pain – specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, *57*(3), 301-309. DOI: 10.1016/0304-3959(94)90005-1

Jonassen, R., Hilland, E., Harmer, C. J., Abebe, D. S., Bergem, A. K., & Skarstein, S. (2021). Over-the-counter analgesics use is associated with pain and psychological distress among adolescents: a mixed effects approach in cross-sectional survey data from Norway. *BMC Public Health* *21*, 2030. DOI: 10.1186/s12889-021-12054-3

Kapadi, R., & Elander, J. (2020). Pain coping, pain acceptance and analgesic use as predictors of health-related quality of life among women with primary dysmenorrhea. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 246, 40-44. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2019.12.032

Katz, J. & Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *The Surgical clinics of North America*, 79(2), 231–252. DOI: 10.1016/s0039-6109(05)70381-9

Keefe, F. J. & Williams, D. A. (1990). A Comparison of Coping Strategies in Chronic Pain Patients in Different Age Groups. *Journal of Gerontology*, 45(4), 161-165. DOI: 10.1093/geronj/45.4.p161

Keefe, F., Pryor, R. (2007). *Assessment of Pain Behaviors*. In: Schmidt, R., Willis, W. (eds) *Encyclopedia of Pain*. Springer, Berlin, Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-540-29805-2_302

Khan, R. S., Ahmed, K., Blakeway, E., Skapinakis, P., Nihoyannopoulos, L., Macleod, K., ... Athanasiou, T. (2011). Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *The American Journal of Surgery*, 201(1), 122-131. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2010.02.007

Khan, R. S., Skapinakis, P., Ahmed, K., Stefanou, D. C., Ashrafian, H., Darzi, A., & Athanasiou, T. (2012). The Association Between Preoperative Pain Catastrophizing and Postoperative Pain Intensity in Cardiac Surgery Patients. *Pain Medicine*, 13, 820–827.

Kuzu, D., Kim, S., & Kratz, A. L. (2022). Active or Passive Pain Coping: Which Predicts Daily Physical and Psychosocial Functioning in People With Chronic Pain and Spinal Cord Injury? *Rehabilitation psychology*, 67(3), 304-314. DOI: 10.1037/rep0000457

Lazarus, R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company

Leeuw, M., Goossens, M. E. J .B., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. S. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of behavioral medicine*, 30(1), 77-94. DOI: 10.1007/s10865-006-9085-0

Main, C. J., Foster, N., Buchbinder, R. (2010). How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24 (2), 205-217. DOI: 10.1016/j.berh.2009.12.012.

Mårdby, A. C., Åkerlind, I., & Jörgensen, T. (2007). Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Education and Counseling*, 69(1-3), 158-164. DOI: 10.1016/j.pec.2007.08.011

Martinez-Calderon, J., Struyf, F., Meeus, M., & Luque-Suarez, A. (2018). The association between pain beliefs and pain intensity and/or disability in people with shoulder pain: A systematic review. *Musculoskeletal Science and Practice*, 37, 29-57.

McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1), 127-133. DOI: 10.1016/S0304-3959(03)00301-4

Mittal, P., Chan, O. Y., Kanneppady, S. K., Verma, R. K., & Hasan, S. S., (2018). Association between beliefs about medicines and self-medication with analgesics among patients with dental pain. *Plos one*. DOI: 10.1371/journal.pone.0201776

Oficialiosios statistikos portalas (2020). *Lietuvos gyventojų sveikata (2020 m. leidimas). Medikamentų vartojimas*. Paimta iš: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-2020/medikamentu-vartojimas>

Orr, P. M., Shank, B. C., & Black, A. C. (2017). The Role of Pain Classification Systems in Pain Management. *Critical care nursing clinics of North America*, 29(4), 407–418. DOI: 10.1016/j.cnc.2017.08.002

Ørstavik (2018). Predicting analgesic consumption after minor day surgery. Master of Clinical Psychology, University of Oslo, Norway. Paimta iš: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/66253/1/AnneNikolineOrstavik.pdf>

Papaioannou, M., Skapinakis, P. S., Damigos, D., Mavreas, V., Broumas, G., & Palgimesi, A. (2009). The Role of Catastrophizing in the Prediction of Postoperative Pain. *Pain Medicine*, 10(8), 1452–1459. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2009.00730.x

Pavlin, D. J., Sullivan, M. J. L., Freund, P. R., & Roesen, K. (2005). Catastrophizing: a risk factor for postsurgical pain. *The Clinical Journal of Pain*, 21(1), 83-90. DOI: 10.1097/00002508-200501000-00010

Pons, T., Shipton, E., & Mulder, R. (2012). The Relationship between Beliefs about Pain and Functioning with Rheumatologic Conditions. *Rehabilitation Research and Practice*, 2012. DOI: 10.1155/2012/206263

Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophising: a critical review. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(5), 745–758. DOI: 10.1586/ern.09.34

Raak, R. & Wahren, L. K. (2005). Headache and coping in a female working population. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Volume 19(4), 325-329. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2005.00347.x

Ramírez-Maestre, C., Reyes-Pérez, Á., Esteve, R., López-Martínez, A. E., Bernardes, S., & Jensen, M. P. (2020). Opioid Pain Medication Prescription for Chronic Pain in Primary Care Centers: The Roles of Pain Acceptance, Pain Intensity, Depressive Symptoms, Pain Catastrophizing, Sex, and Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17). DOI: 10.3390/ijerph17176428

Roditi, D., Robinson, M. E., & Litwins, N. (2009). Effects of coping statements on experimental pain in chronic pain patients. *Journal of pain research*, 19(2), 109-116. DOI: 10.2147/jpr.s6357

Rony, R. Y. Z., Fortier, M. A., MacLaren Chorney, J., Perret, D., & Kain, Z. N. (2010). Parental Postoperative Pain Management: Attitudes, Assessment, and Management. *Pediatrics*, 125(6), 1372–1378. DOI: 10.1542/peds.2009-2632

Rosales, A., Fortier, M. A., Campos, B., & Kain, Z. N. (2016). Postoperative pain management in Latino families: parent beliefs about analgesics predict analgesic doses provided to children. *Pediatric Anesthesia*, 26(3), 307-314. DOI: 10.1111/pan.12846

Rosentiel, A. K., & Keefe, F., J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.

Ruiz, M. E. (2010). Risks of self-medication practices. *Current drug safety*, 5(4), 315 – 323. DOI: 10.2174/157488610792245966

Ruoff, G. M. (2022). OTC Analgesics vs Opioids for Pain Management. *Supplement to The Journal of Family Practice*, 71(6), 29-33. DOI: 10.12788/jfp.0418

Sargautytė, R. (2008). *Skausmo psichologija*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.

Sloan, T. J., Gupta, R., Zhang, W., & Walsh, D. A. (2008). Beliefs About the Causes and Consequences of Pain in Patients With Chronic Inflammatory or Noninflammatory Low Back Pain and in Pain-Free Individuals. *Spine* 33(9), 966-972. DOI: 10.1097/BRS.0b013e31816c8ab4

Söderlund, A. & Åsenlöf, P. (2010). The mediating role of self-efficacy expectations and fear of movement and (re)injury beliefs in two samples of acute pain. *Disability and Rehabilitation*, 32(25), 2118–2126. DOI: 10.3109/09638288.2010.483036

Sommer, M., Geurts, J. W. J. M., Stessel, B., Kessel, A. G. H., Peters, M. L., Patijn, J., ... Marcus, M. A. E. (2009). Prevalence and Predictors of Postoperative Pain After Ear, Nose, and Throat Surgery. *Archives of Otorhinolaryngology-Head & Neck Surgery*, 135(2), 124-130.

Spierings, E. L. H., Ranke, A. H., & Honkoop, P. C. (2001). Precipitating and Aggravating Factors of Migraine Versus Tension-type Headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 41, 554-555. DOI: 10.1046/j.1526-4610.2001.041006554.x

Steiner, T. J., Saraceno, B., Prilipko, L., McGillicuddy, L., Shannon, K., Tfelt-Hanmsen, P., South, V., Lainez, M., (2004) Lifting the burden: The global campaign against headache. *Neurology* 3, 204–205. DOI: 10.1016/S1474-4422(04)00703-3

Stevens, R. J. & Heide, F. (1977). Analgesic characteristics of prepared childbirth techniques : attention focusing and systematic relaxation. *Journal of Psychosomatic Research*, 21(6), 429-438. DOI: 10.1016/0022-3999(77)90065-4

Stosic, R., Dunagan, F., Palmer, H., Fowler, T., & Adams, I. (2011). Responsible self-medication: perceived risks and benefits of over-the-counter analgesic use. *International Journal of Pharmacy Practice*, 19(4), 236–245. DOI: 10.1111/j.2042-7174.2011.00097.x

Sturgeon, J. A., Hah, J. M., Sharifzadeh, Y., Middleton, S. K., Rico, T., Johnson, K. A., & Mackey, S. C. (2018). Predictors of daily pain medication use in individuals with recurrent back pain. *The International Journal of Behavioral Medicine*, 25(2), 252-258. DOI: 10.1007/s12529-017-9686-8

Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 52–64.

Sullivan, M. J. L., & Neish, N. (1999). The effects of disclosure on pain during dental hygiene treatment: the moderating role of catastrophizing. *Pain*, 79, 155–163.

Sullivan, M. J. L., Adams, H., Sullivan, M. E. (2004). Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. *Pain*, 107, 220-226.

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532. DOI: 10.1037/1040-3590.7.4.524

Sullivan, M. J. L., Rodgers, W. M., Wilson, P. M., Bell, G. J., Murray, T. C., & Fraser, S. N. (2002). An experimental investigation of the relation between catastrophizing and activity intolerance. *Pain, 100*(1-2), 47-53. DOI: 10.1016/s0304-3959(02)00206-3.

Sullivan, M. J. L., Tripp, D. A., & Santor, D. (2000). Gender Differences in Pain and Pain Behavior: The Role of Catastrophizing. *Cognitive Therapy and Research, 24*(1), 121-134

Svirušytė, D. ir Zajančauskaitė – Staskevičienė, L. (2013). Lėtinį skausmą patiriančių asmenų įsitikinimų apie skausmą sąsajos su emocijų reguliacija ir socialiniu palaikymu. *Jaunųjų mokslininkų psichologų darbai, 2*, 18-21.

Tabriz, E. R., Mohammadi, R., Roshandel, G. R., & Talebi, R. (2019) Pain Beliefs and Perceptions and Their Relationship with Coping Strategies, Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Cancer. *Indian Journal of Palliative Care, 25*(1), 61-65. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_137_18.

Turner, J. A., & Aaron, L. A. (2001). Pain-Related Catastrophizing: What Is It? *The Clinical Journal of Pain, 17*(1), 65–71.

Turner, J. A., & Clancy, S. (1986). Strategies for Coping with Chronic Low Back Pain: Relationship to Pain and Disability. *Pain, 24*, 355-364.

Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain, 85*, 115-125.

Turunen, J. H. O., Mäntyselkä, P. T., Kumpusalo, E. A., & Ahonen, R. S. (2004). How Do People Ease Their Pain? A Population-Based Study. *The Journal of Pain, 5*(9), 498-504. DOI: doi:10.1016/j.jpain.2004.08.003

Turunen, J. H. O., Mäntyselkä, P. T., Kumpusalo, E. A., & Ahonen, R. S. (2005). Frequent analgesic use at population level: Prevalence and patterns of use. *Pain, 115*, 374 – 381.

Twigg, M. J., Lupattelli, A., & Nordeng, H. (2016). Women's beliefs about medication use during their pregnancy: a UK perspective. *International Journal of Clinical Pharmacy, 38*, 968–976. DOI: 10.1007/s11096-016-0322-5

Ursavaş, F. E. & Yaradılmış, Y. U. (2021). Relationship Between Pain Beliefs and Postoperative Pain Outcomes After Total Knee and Hip Replacement Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 36*(2), 187-193. DOI: 10.1016/j.jopan.2020.09.014

Utne, I., Miaskowski, C., Bjordal, K., Paul, S. M., Jakobsen, G., Rustøen, T. (2009). Differences in the Use of Pain Coping Strategies Between Oncology Inpatients with Mild vs.

Moderate to Severe Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 717-726. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2009.03.005

Van der Windt, D. A. W. M., Kuijpers, T., Jellema, P., van der Heijden, G. J. M. G., Bouter, L. M. (2007). Do psychological factors predict outcome in both low-back pain and shoulder pain? *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66(3), 313-319. DOI: 10.1136/ard.2006.053553

Vivian, H. Y., Abrishami, A., Peng, P. W. H., Wong J., ir Chung, F. (2009). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption: A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology*, 111, 657–677. DOI: 10.1097/ALN.0b013e3181aae87a

Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317 – 332.

Vowles, K. E., Rosser, B., Januszewicz, P., Morlion, B., Evers, S., & Eccleston, C. (2015). Everyday pain, analgesic beliefs and analgesic behaviours in Europe and Russia: an epidemiological survey and analysis. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 21(1), 15-36. DOI: 10.1136/ejhpharm-2013-000357

Walsh, D. A. & Radcliffe, J. C. (2002). Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*, 97, 23-31.

Walsh, T. M., LeBlanc, L., & McGrath, P. J. (2003). Menstrual Pain Intensity, Coping, and Disability: The Role of Pain Catastrophizing. *Pain medicine*, 4(4), 352-261. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2003.03039.x

White, K. S. & Farrell, A. D. (2005). Anxiety and Psychosocial Stress as Predictors of Headache and Abdominal Pain in Urban Early Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(6), 582–596. DOI: 10.1093/jpepsy/jsj050

Wideman, T. H. & Sullivan, M. J. L. (2011). Differential predictors of the long-term levels of pain intensity, work disability, healthcare use, and medication use in a sample of workers' compensation claimants. *Pain*, 152(2), 376-383. DOI: 10.1016/j.pain.2010.10.044

Wilcox, C. M., Cryer, B., & Triadafilopoulos, G. (2005). Patterns of Use and Public Perception of Over-the Counter Pain Relievers: Focus on Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. *The Journal of Rheumatology*, 32(11), 2218 – 2224. Paimta iš: <https://www.jrheum.org/content/32/11/2218.long>

Williams, D. A. & Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36(3), 351-358. DOI: 10.1016/0304-3959(89)90095-X

Williams, D. A., Robinson, M. E., & Geisser, M. E. (1994). Pain beliefs: assesment and utility. *Pain*, 59, 71-78.

Woby, S. R., Watson, P. J., Roach, N. K., & Urmston, M. (2005). Coping strategy use: does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(2), 100-107. DOI: 10.1080/16501970410021535

World Health Organisation (WHO) (2016). *Headache disorders*. Paimta iš: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>

World Health Organization. (WHO) (2000). *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication*. World Health Organization. Paimta iš: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66154>