

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Ieva Džermeikaitė

Sveikatos psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės,
skausmo įveikos strategijų ir sveikatos kontrolės lokuso ryšiai**

Darbo vadovė: Dr. Olga Zamalijeva

Vilnius 2021

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY.....	5
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS.....	6
SANTRUMPOS.....	7
PRATARMĖ.....	8
1. ĮVADAS.....	10
1.1. Skausmo samprata.....	10
1.1.1. Biologinis skausmo mechanizmas.....	11
1.1.2. Skausmo kognityvinis ir emocinis komponentai.....	12
1.2. Nugaros skausmo klasifikacijos problema, kilmė ir gydymo efektyvumas.....	13
1.3. Ilgalaikis nugaros skausmas ir gyvenimo kokybė.....	15
1.4. Ilgalaikis skausmas ir skausmo įveikos strategijos.....	18
1.4.1. Skausmo įveikos strategijų klasifikacija ir veiksmingumas.....	19
1.4.2. Skausmo katastrofizavimas ir kitos skausmo įveikos strategijos.....	21
1.5. Sveikatos kontrolės lokusas.....	23
1.5.1. Ilgalaikis skausmas, emocinė būseną ir sveikatos kontrolės lokusas.....	24
1.6. Įveikos strategijos, sveikatos kontrolės lokusas ir gyvenimo kokybė.....	26
1.7. Tyrimo tikslas ir uždaviniai.....	28
2. TYRIMO METODIKA.....	30
2.1. Tyrimo dalyviai.....	30
2.2. Tyrimo instrumentai.....	30
2.3. Tyrimo eiga.....	35
2.4. Duomenų analizė.....	35
3. REZULTATAI.....	37
3.1. Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų skausmo ypatumai.....	37
3.2. Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir jos sąsajos su skausmo ypatumais.....	39
3.3. Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų skausmo įveikos strategijos ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė.....	40
3.4. Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų sveikatos kontrolės lokusas ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė.....	42
3.5. Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų sveikatos kontrolės lokuso ir naudojamų skausmo įveikos strategijų ryšiai.....	43

3.6. Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų skausmo įveikos strategijų, sveikatos kontrolės lokuso ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ryšiai.....	44
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	48
IŠVADOS.....	56
LITERATŪRA.....	57
PRIEDAI.....	69
1 priedas. Papildomi demografiniai ir sudaryti klausimai apie skausmą.....	69
2 priedas. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal NS patyrimo ypatumus.....	70
3 priedas. NS stiprumo patyrimo vidurkių skirtumai tarp jaunesnių (nuo 20 m. iki 39 m.) ir vyresnių (nuo 40 m. iki 63 m.) tiriamųjų.	70
4 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės subskalių aprašomoji statistika.....	71
5 priedas Skausmo įveikos strategijų aprašomoji statistika.....	71
6 priedas. Sveikatos kontrolės lokuso subskalių vidurkių palyginimas.....	72
7 priedas. Sveikatos kontrolės lokuso ir su fizine bei su psichine sveikata susijusios gyvenimo kokybės skalių koreliacijos koeficientai.....	72
8 priedas. Skausmo įveikos strategijų (CSQ) klausimyno tiriamosios analizės su Varimax sukiniu subskalių faktorių svoriai.....	72
9 priedas. Skausmo įveikos strategijų (CSQ) klausimyno tiriamosios analizės su Varimax sukiniu subskalių faktorių svoriai, nurodžius išskirti keturis faktorius.....	73
10 priedas. NS kontrolės vidurkių palyginimas tarp K – vidurkių klasterizacijos metodu išskirtų grupių.....	73
11 priedas. NS poveikio prognostiniai veiksniai.....	74

SANTRAUKA

Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, skausmo įveikos strategijų ir sveikatos kontrolės lokuso ryšiai, Ieva Džermeikaitė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2021, 74 psl.

Ilgalaikis nugaros skausmas itin paplitusi ir sudėtinga būklė, kelianti emocinių ir fizinių sunkumų. Atlikto tyrimo tikslas buvo išanalizuoti nugaros skausmą patiriančių asmenų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, naudojamų skausmo įveikos strategijų, ir sveikatos kontrolės lokuso sąsajas. Tyrime dalyvavo 105 tiriamieji (88 moterys ir 17 vyrų) nuo 20 iki 63 metų ($M = 38,9$, $SD = 10,7$), kurie nurodė ilgiau nei 3 mėnesius patiriantys ilgalaikius nugaros skausmus. Sudaryta tyrimo anketa buvo pildoma internetu. Tyrime naudoti instrumentai: Trumpa sveikatos apklausos forma (SF-36), Skausmo poveikio klausimynas (PIQ-6), Įveikos strategijų klausimynas (CSQ) ir Sveikatos kontrolės lokuso klausimynas (MHLC, A forma). Atlikta vidurkių palyginimo, koreliacinė ir klasterinė analizė.

Tyrimo metu nustatyta, kad labiau išreikštas vidinis sveikatos kontrolės lokusas ir mažas neadaptivių skausmo įveikos strategijų naudojimas siejasi su mažesniu neigiamu ilgalaikio nugaros skausmo poveikiu ir aukštesniais su sveikata susijusios gyvenimo kokybės aspektais. Tyrimo metu, remiantis klasterine analize, išskirtos trys ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų grupės: *išorės kontroliuojami veiklieji, patenkinti skausmo nepaveiktieji ir savimi netikintys kenčiantys katastrofai*. Tyrimo rezultatai praktiškai gali būti pritaikomi gydant ilgalaikį nugaros skausmą patiriančius asmenis, stiprinant jų vidinį sveikatos kontrolės lokusą, neadaptivias įveikos strategijas keičiant į adaptivias ir gerinant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sritis.

Raktiniai žodžiai: ilgalaikis nugaros skausmas, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, skausmo įveikos strategijos, sveikatos kontrolės lokusas.

SUMMARY

Associations between health-related quality of life, pain coping strategies and health locus of control among people with long-term back pain, Ieva Džermeikaitė, Vilnius, Vilnius University, 2021, 74 p.

Long-term back pain is a very common and complex condition that causes emotional and physical difficulties. The aim of this study was to analyse associations between health-related quality of life, pain coping strategies and health locus of control among people with long-term back pain. The study included 105 participants (88 women and 17 men) age ranges from 20 to 63 ($M = 38,9$, $SD = 10,7$) who indicated experiencing long-term back pain for more than 3 months. The survey questionnaire was filled online. Several instruments were used in the study: 36 – Items Short Form Health Survey (SF-36), Pain Impact Questionnaire (PIQ-6), The Coping Strategies Questionnaire (CSQ) and Multidimension Health Locus of Control Scale (MHLC, Form A). Comparison of means, correlation and cluster analysis have been applied.

The study found that higher internal locus of health control and low use of nonadaptive pain coping strategies were associated with lower negative impact on long-term back pain and higher aspects of health-related quality of life. Based on the cluster analysis three groups were identified, those who are: *externally controlled and active, satisfied and unaffected by pain* and *self-unbelieving and suffering disasters*. The results of the study can be applied in practice when treating people with long-term back pain by strengthening their internal health locus of control, non-adaptive coping strategies changing into adaptive ones, and improving areas of health-related of quality of life.

Keywords: long-term back pain, health-related quality of life, pain coping strategies, health locus of control.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

- **Skausmas** – nemalonus sensorinis ir emocinis potyris, susijęs su esamu ar galimu audinio pažeidimu, ar nusakomas tokio pažeidimo terminais. Skausmas visuomet subjektyvus (Mersky & Bogduk, 1994, cit. iš Lumley et al., 2011).
- **Skausmo įveikos strategijos** – kognityvinės ir elgesio strategijos, kurios pasitelkiamos įveikti skausmą, siekiant jį valdyti, sumažinti ar toleruoti (Lumley et al., 2011; Rosenstiel ir Keefe, 1983; Keefe ir kt., 1987).
- **Ilgalaikis nugaros skausmas** – šiame tyrime naudojama sąvoka atspindi paties asmens subjektyvų vertinimą nurodant, kad patiriamas ilgalaikis NS. Naudojama sąvoka neatspindi tikslaus pamatuoto laikotarpio.
- **Sveikatos kontrolės lokusas (SKL)** – asmens atsakomybės už savo sveikatos reguliavimo ir kontroliavimo galimybių suvokimas. SKL gali būti vidinis, kuomet asmuo suvokia, jog jis pats yra atsakingas už savo sveikatą, ir išorinis, kuris skirstomas į dvi kategorijas: susijęs su reikšmingais kitais, kai asmuo tiki, kad už jo sveikatą atsakingi sveikatos priežiūros specialistai ir kiti reikšmingi žmonės; ir susijęs su atsitiktinumais, kuomet asmuo tiki, kad jų sveikata priklauso nuo jų nekontroliuojamų įvykių (likimas, atsitiktinumai ir kt.) (Dhee-Perot, Loas, Fremaux & Delahousse, 1996; Wallston, Wallston, Kaplan & Maides, 1976).
- **Lėtinis skausmas** – nuolatinis ar pasikartojantis skausmas, kuris trunka ilgiau nei traumos gijimas ar įprasta ūminė liga. Toks skausmas tęsiasi ilgiau nei 3 mėnesiai, net pašalinus skausmą sukėlusią priežastį (Treede ir kt., 2015).
- **Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė** – paties asmens savo fizinės ir psichinės gerovės vertinimas, (Lins, & Carvalho, 2016), remiantis aštuoniomis gyvenimo sritimis: fiziniu aktyvumu, veiklos apribojimu dėl fizinių negalavimų ir emocinių sutrikimų, socialiniais ryšiais, emocine būseną, energingumu, skausmu ir bendru sveikatos vertinimu (Staniūtė, 2007; Wilson & Cleary, 1995).
- **Skausmo katastrofizavimas** – kognityvinis procesas, kurio metu asmuo demonstruoja perdėtus neigiamus įsitikinimus apie skausmą (Keefe, Brown, Wallston, & Caldwell, 1989). Būdingas polinkis į skausmo išdidinimą, bejėgiškumo jausmas dėl skausmo ir negebėjimas slopinti su skausmu susijusių minčių (ruminavimo) laukiant skausmo, jo metu ar po jo (Quartana, Campbell & Edwards, 2009).

SANTRUMPOS

NS – nugaros skausmas

ANDS – apatinės nugaros dalies skausmas

SKL – sveikatos kontrolės lokusas

GK – gyvenimo kokybė

CNS – centrinė nervų sistema

PNS – periferinė nervų sistema

PRATARMĖ

Ilgalaikis užsitęsęs skausmas – plačiai paplitusi ir aktuali problema, neretai įvardinama kaip šių laikų epidemija. Toks skausmas gali pasireikšti dėl įvairių priežasčių ir dažnai kyla ne tik dėl fiziologinio pažeidimo, bet gali būti sąlygojamas ir psichologinių veiksnių. Taip pat, priklausomai nuo jo prigimties, jis gali skirtis savo lokalizacija, subjektyviai suvokiamu skausmo pojūčiu, trukme, epizodų dinamika ir kita. Ilgą laiką jaučiamas pasikartojantis ar nuolatinis skausmas kelia didelį diskomfortą ir neigiamai veikia kasdienio gyvenimo kokybę (toliau – GK), reikalauja nuolatinio dėmesio ir išteklių, tiek iš individo, tiek iš visuomenės: pajamų praradimas dėl nedarbingumo, hospitalizacija, kitos sveikatos priežiūros išlaidos, prastesnis bendras asmens funkcionavimas, didėjanti socialinė atskirtis, dėl antrinių skausmo pasekmių blogėjanti emocinė būklė ir kita (Ščiupokas, 2009). Problemos paplitimo mastas ir patiriami tiek individualūs, tiek visuomenės nuostoliai skatina tyrėjus skausmo problemai skirti vis daugiau dėmesio.

Pasikartojantis ar nuolatinis skausmas gali būti patiriamas skirtingose kūno vietose. Prie dažniausių ilgalaikių skausmų priskiriami kelių sąnarių skausmai, galvos skausmai, kaklo ir nugaros skausmai (toliau – NS) (Gliedt, Schneider, Evans, King & Eubanks, 2017; Katz, Rosenbloom, & Fashler 2015). Remiantis statistikos duomenimis (Duthey, 2013), su NS bent kartą gyvenime gali susidurti daugiau nei 80 procentų žmonių, o po pirmojo NS epizodo, didėja tikimybė, kad vėliau šis skausmas gali kartotis (Beynon, Hebert, Lebouef-Yde & Walker, 2019). NS yra viena dažniausių priežasčių, dėl ko kreipiamasi į gydytojus ir dėl ko asmenims nustatomas sumažėjęs darbingumas ar neįgalumas (Duthey, 2013) ir sukelia daugiau negalių nei dauguma kitų ligų (Hoy et al., 2014). Svarbu atkreipti dėmesį, jog NS patiria įvairaus amžiaus asmenys, pradedant vaikais ir baigiant pagyvenusiais žmonėmis (Beynon et al., 2019; Hoy et al., 2014). Jaunesnio amžiaus asmenys su šia problema susiduria ne taip dažnai, tačiau taip pat – rečiau linkę ją spręsti (Beynon et al., 2019; Duthey, 2013). Ūmus ar ilgiau užsitęsiantis NS tampa vis dažnesne problema tarp įvairaus amžiaus žmonių ir gali peraugti į nuolatinę problemą, vis dažniau keliančią diskomfortą ir ribojančią kasdienį žmogaus funkcionavimą, įprastas veiklas, iš ko vystosi ir kitos problemos. NS paplitimas reikalauja atkreipti daugiau dėmesio į šią problemą, kad geriau ją suprastume ir būtų galima efektyviau reaguoti ne tik į biomedicininis komponentus, tačiau ieškoti ir kitų susijusių svarbių veiksnių.

Skausmo tyrimai sulaukia vis daugiau dėmesio. Ne taip seniai ir Lietuvoje skausmas buvo pripažintas atskira liga (Valstybinė ligonių kasa, 2018), o tai prisideda prie gilesnio šios diagnozės įvertinimo. Priimtas įstatymas nurodo, jog nuo lėtinio skausmo kenčiančių asmenų gydymas turi būti biopsichosocialinis, įtraukiant įvairių specialistų komandą, kur psichologiniam komponentui skiriama pakankamai dėmesio (Valstybinė ligonių kasa, 2018). Tačiau vis tik dažnai gydantys specialistai ir tyrėjai susiduria su skausmo vertinimo problema, apsiriboja tik medicininio skausmo vertinimu, o tai veda prie neatsakytų svarbių klausimų: kokie psichologiniai veiksniai gali prisidėti

prie geresnės skausmo įveikos; kokie biopsichosocialiniai veiksniai lemia, kad skausmas apskritai pasireiškia, pasikartoja ar / ir neišnyksta. Svarbu į ilgalaikio skausmo problemą žvelgti plačiau, vertinant biologinį, psichologinį ir socialinį kontekstą.

Patiriant ilgalaikį skausmą kiekvienas asmuo imasi jam būdingo tam tikro elgesio ar mąstymo būdų ir gali turėti skirtingą polinkį prisiimti daugiau ar mažiau atsakomybės už savo sveikatos būklę. Kiekvienas reaguoja jam priimtinu būdu, kuris gali būti lengvinantis ir padedantis prisitaikyti prie jaučiamo skausmo, tačiau vis dažniau keliamas klausimas – ar tam tikras požiūris į ligą, tuo pačiu ir ilgalaikį skausmą, nėra susijęs su prastesne sveikatos būkle. Taip pat – ar atsakomybės neįjautimas už savo sveikatą nėra susijęs su prastesne sveikata? O galbūt kaip tik perdėtas saugojimasis ir polinkis skirti daug laiko savo sveikatos būklei, nuolatinis rūpestis ja ir siekis sveikatos priežiūros specialistų pagalbos veda prie didesnio skausmo suvokimo? Šiame tyrime siekiama kiek plačiau pažiūrėti į vieno dažniausio skausmo, NS, problemą. Norima atkreipti dėmesį į NS paplitimą tarp įvairaus amžiaus asmenų ir ilgalaikio NS poveikį asmens kasdieniam funkcionavimui. Taip pat, siekiama atkreipti dėmesį į veiksnius, galimai prisidedančius prie didesnės NS patiriančių žmonių GK.

1. ĮVADAS

Patiriamo skausmo poveikis dažnai gali būti neįvertinamas kaip problema, kurią galima ir netgi būtina spręsti. Užsitęsęs skausmas kelia grėsmę, nes gali vesti prie didesnių sveikatos problemų. Ilgalaikio skausmo kamuojami asmenys nežino, kur turėtų kreiptis pagalbos, ar apskritai neįvertina jaučiamo skausmo rimtumo, ypač jeigu jau bandė šią problemą spręsti ir nesulaukė efektyvios pagalbos. Kaip nurodo Kanados mokslininkai (Wong, Côté, Tricco, & Rosella, 2019), kurie tyrinėjo asmenis, patiriančius apatinės nugaros dalie skausmą (toliau – ANDS), toks skausmas gali sukelti psichologinių sunkumų, o paties skausmo išgyvenimas – neigiamai atsiliepia jų sveikimui, jie negali grįžti į darbą, reikalingas ilgesnis gydymas, o tai gali dar labiau pablogina jų fizinę ir emocinę sveikatą. Wong ir kolegos (2019) akcentuoja fizinių ir psichologinių simptomų pasekmes žmogui susidūrus su ilgalaikiu NS, bet taip svarbu paminėti, kad sėkmingesnė ilgalaikio skausmo įveika siejasi su aukštesne GK (Larsson, Dragioti, Gerdle & Björk, 2019). Patiriamas NS visapusiškai veikia žmogų, jo fizinę ir psichologinę savijautą, dėl ko, siekiant sėkmingo gydymo, svarbu visapusiškai įvertinti problemą ir taikyti kompleksinę gydymą, įvertinus skausmo sukeltus žmogaus išgyvenimus.

1.1. Skausmo samprata

Skausmas organizme atlieka svarbią informacinę funkciją, įspėdamas apie kūno sistemų funkcionavimo sutrikimus bei apie organizmui gresiantį pavojų. Jausdami skausmą mes sureaguojame ir prisitaikome, kad išvengtume sužalojimo ar sumažintume diskomforto pojūtį. Nors skausmas dažniausiai yra nemalonus pojūtis, tačiau jis atlieka būtiną apsauginę funkciją (Cervero, 2012; Katz et al., 2015), informuodamas apie grėsmę, perspėja apie galimus ar esančius organizmo pažeidimus. Skausmo funkcijos svarbą savo darbe aprašo Nagasako, Oaklander ir Dworkin (2003). Autoriai nurodo, kad nuo gimimo skausmo nejaučiantys asmenys dažniau miršta dar vaikystėje, nes nepastebi gyvybei pavojingų sužeidimų ir laiku nesikreipia pagalbos. Tad nepaisant to, jog skausmo pojūtis kelia diskomfortą, jis atlieka itin reikšmingą funkciją įspėdamas ir saugodamas organizmą.

Bendras skausmo apibrėžimas pirmiausiai akcentuoja skausmo sukeltus nemalonus pojūčius kūne. Tačiau gilinantis į skausmo klinikinį ir medicininį apibūdinimą, skausmą apibrėžti galima pagal skausmo kilmę, t. y. (ne-) identifikuojamą audinio pažeidimą. Pagal tai skausmas skirstomas į nocicepcinį, neuropatinį ir ideopatinį (Ščiupokas, 2012). Skausmą tyrinėjantys autoriai (Marchertienė, 2016; Ščiupokas ir kt., 2009) minėtoms skirtingoms skausmo rūšims išskiria pagrindines charakteristikas:

- Nocicepcinis skausmas kyla dėl kūno audiniuose esančių receptorių. Jis gali būti tiek silpnas, tiek ir labai stiprus, ūminis arba lėtinis. Taip pat nocicepcinis skausmas gali būti somatinis (pasireiškia raumenyse, odoje, sąnariuose) arba visceralinis (sunkiau lokalizuojamas, pasireiškia vidaus organuose), gali būti maudžiantis ar bukas. Nesunkiai numalšinamas medikamentais.

- Neuropatinis skausmo pasireiškimo priežastį nusakyti sunkiau, tačiau manoma, kad jis susijęs su pirminiu pažeidimu ar nervų sistemos disfunkcija, gali būti ūminis, bet dažniausiai – lėtinis. Šis skausmas yra stipresnis, sunkiau pakeliamas ir sunkiau numalšinamas medikamentais. Kaip nurodo Ščiupokas (2012), šis skausmas visuomet laikomas patologiniu.
- Ideopatinis skausmas (dar vadinamas psichogeniniu) neturi aiškios fiziologinės priežasties, gali neturėti pastovios pasireiškimo vietos ir būti išplitęs keliose kūno vietose. Taip pat šis skausmas dažniausiai būna lėtinis ir gali būti itin problematiškas dėl didelio skausmo intensyvumo ir neaiškios lokalizacijos bei kilmės.

Remiantis klinikiu požiūriu, išryškėja tam tikros specifikos skirtingoms skausmo rūšims. Skausmas gali būti labai įvairus, ne visuomet aiški jo kilmė, gali būti ūminis arba lėtinis, pagal skausmo stiprumą gali varijuoti nuo silpno iki nepakeliamo, o medikamentinis gydymas – ne visuomet veiksmingas. Tad patiriamas skausmo įvairovė plati, o kiekvienam asmeniui vertinant patiriamą skausmą, prie įvairovės prisideda ir individualus subjektyvus vertinimas. Ne visuomet iki galo aišku, kodėl ir kaip skausmas pasikartoja, užsitęsia, o kartais patampa lėtiniu. Tačiau svarbu atkreipti dėmesį, kad bet kokiam skausmui užsitęsęs – atsiranda pavojus jam dar įsigalėti, dėl ko vėliau gali atsirasti antrinės sveikatos problemos. Užsitęsęs skausmas praranda savo pirminę apsauginę funkciją ir gali patapti dideliu kliuviniu asmens kasdienybėje, taip sukeldamas antrinius sunkumus.

1.1.1. Biologinis skausmo mechanizmas

Siekiant geriau suprasti skausmą ir jo poveikį nuo skausmo kenčiančiam asmeniui, svarbu susipažinti su biologiniu skausmo mechanizmu. Nuolatinis ar lėtinis skausmas yra viena dažniausių priežasčių, dėl kurios kreipiamasi į sveikatos priežiūros specialistus (Ščiupokas, 2012), tačiau neretai įprastas gydymas yra netinkamas tam tikriems skausmo tipams, arba sukelia nepakenčiamą šalutinį poveikį (Stucky, Gold, & Zhang, 2001). Ne taip seniai skausmą tyrinėjantys mokslininkai nustatė daugybę ląstelių ir molekulių procesų, dėl kurių kyla ir yra palaikomas skausmas (Stucky et al., 2001). Konkretus ir tikslesnis skausmo mechanizmo supratimas, mokslinių tyrimų dėka, vystantis medicinai, diagnostinėms galimybėms bei technologijoms, tampa esminiu ir suteikia vis daugiau vilties skausmo gydyme.

Biologinis skausmo mechanizmas aiškinamas remiantis nocicepcija. Nocicepcija reiškia periferinės nervų sistemos (toliau – PNS) ir centrinės nervų sistemos (toliau – CNS) informacijos apie vidinę ar išorinę aplinką apdorojimą, kuris įvyksta suaktyvinus nociceptorius (sensoriniai receptoriai, kurie reaguoja į audinio sužalojimą). Paprastai yra nurodomi keturi pagrindiniai skausmo suvokimo etapai: transdukcija, transmisija, percepcija ir moduliacija (Ščiupokas, 2012; Wilkie, 2001).

- Transdukcijos metu yra suaktyvinami nociceptoriai ir audinių dirginimas paverčiamas elektriniu impulsu.
- Transmisijos metu elektrinis skausmo impulsas per sinapses, skaidulas ir nugaros smegenų laidus pasiekia galvos smegenis.
- Trečiojo etapo, percepcijos, metu – daugybė struktūrų apdoroja gautą informaciją ir įvyksta skausmo suvokimas (Criado, 2010). Percepcijos metu yra įvertinamas skausmo intensyvumas, jo vieta, trukmė bei pobūdis (Yam et al., 2018; Ščiupokas, 2012).
- Ketvirtasis etapas – moduliacija, kurios metu įvyksta skausmo signalo keitimas, galimas jo sustiprinimas ar slopinimas (Yam et al., 2018). Šis etapas labai svarbus suvokiant skausmą ir padeda organizmui adaptuotis bei valdyti skausmą (Yam et al., 2018; Ščiupokas, 2012).

Tad skausmo biologinis mechanizmas yra sudėtingas, o prieš pajuntant skausmą ir pradedant sąmoningai vertinti kilusią grėsmę, organizme įvyksta daugybė fiziologinių ir cheminių reakcijų. Be to, moduliacijos metu vykstančių procesų pagalba galimas skausmo intensyvumo reguliavimas. Tačiau iki galo sunku paaiškinti skausmo procesus, o ir patys tyrėjai ne visuomet sutinka dėl šio sudėtingo mechanizmo veikimo. Todėl nėra keista, jog užsitęsusio skausmo kilmė ir eiga neretai kelia daugybę klausimų tiek pačiam asmeniui, tiek jį gydančiam gydytojui. Kaip nurodo Mirchandani, Saleeb ir Sinatra (2011) galimai įvyksta pakitimai transmisijos procese, kuomet nervinis impulsas per nugaros smegenis keliauja į galvos smegenis. Užsitęsęs šios sistemos aktyvacijai ir įvykus pokyčiams PNS ir CNS, gali atsirasti ilgalaikis skausmas. Atsiradę pakitimai sudėtingoje skausmą perduodančioje sistemoje veikia tolimesnį organizmo funkcionavimą, skausmo suvokimo procesus bei emocijas.

1.1.2. Skausmo kognityvinis ir emocinis komponentai

Asmens psichologinis ir emocinis skausmo suvokimas gali vaidinti labai svarbų vaidmenį vertinant patiriamą skausmą. Neseniai atlikti skausmo tyrimai (Katz et al., 2015) rodo, kad tokie, ne fiziniai komponentai, gali išmokyti smegenis nuolat jausti skausmą, vis iš naujo aktyvinant kūno skausmo suvokimo centrus ir paleidžiant nervinę grandinę, taip tik dar labiau įtvirtinant skausmo pojūtį. Laikui bėgant, CNS išmoksta ir toliau kūną perkelti į skausmingą būseną, kuri pakartoja skausmo ciklą, nors skausmo šaltinio, t.y. pažeidimo, gali nebebūti (Katz et al., 2015). Todėl nuolatinis, pasikartojantis ar užsitęsęs skausmo veikimo mechanizmas gali patapti mažiau biologiškai nuspėjamas ir paaiškinamas, kuomet smegenyse pradeda veikti papildomi procesai, kurie perima dalį skausmo patyrimo ir reguliacijos.

Tai, ar skausmo pojūtis bus sustiprintas, ar nuslopintas taip pat gali priklausyti nuo dėmesio paskirstymo, patiriamų teigiamų ar neigiamų emocijų. Pavyzdžiui, baimės ir nerimo įtakoje, dėl patiriamo didesnio susijaudinimo ir padidėjusio budrumo galima dvejopa reakcija: išgyvenamas

didesnis arba mažesnis skausmas (Lumley et al., 2011; Siddall & Cousins, 2004). Tyrimų (Lumley et al., 2011) duomenys rodo, jog baimę sukelia esama ar galima grėsmė, ir aktyvuojasi gynybinės reakcijos, tokios kaip „bėgti“. Priešingai, nerimas kyla dėl grėsmės numatymo, ir jam būdingas padidėjęs budrumas ir pasyvus gynybinis atsakas. Įdomu tai, jog išorinio dirgiklio baimė gali slopinti skausmą tiek žmonėms, tiek gyvūnams, o nerimas – skausmą padidina (Rhudy & Meagher, 2000). Tačiau svarbu atkreipti dėmesį, jog pakartotiniai baimės išgyvenimai (pvz. dėl nekontroliuojamo skausmo) gali sukelti priešlaikinį nerimą ir taip prisidėti prie nuolatinio skausmo patyrimo (Suarez-Roca, Leal, Silva, Pinerua-Shuhaibar & Quintero, 2008). Tad evoliucijos proceso eigoje susiformavusios baimės ir nerimo reakcijos atlieka reikšmingą vaidmenį skausmo suvokime ir gali tiesiogiai veikti skausmo atsiradimą bei intensyvumą.

Priešingai nei nerimo poveikis stiprinant skausmą, teigiamos emocinės būsenos paprastai sumažina patiriamą skausmą (Lumley et al., 2011). Kai kurių dopamino neuronų aktyvavimas yra padidinamas (pvz., per maistą, vandenį, narkotikus, lytinius santykius ir kt.), dėl ko slopinama reakcija į skausmą (Kender, Harte, Munn, & Borszcz, 2008). Malonių stimulų svarbą ir išsiskiriančių endorfinų pozityvų poveikį sumažinant skausmo jutimus mini ir kiti autoriai (Baliki, Geha, Fields & Apkarian, 2010; Myers, 2000). Klausantis malonios muzikos, užsiimant malonia veikla, ar tiesiog žiūrint romantinio partnerio nuotraukas, aktyvuojasi smegenų atlygio dalys ir taip sumažinamas skausmo jutimas (Fields, 2007; Lumley et al., 2011). Patiriamos teigiamos emocijos (atlygio grandies aktyvacija) siejamos su skausmo analgetika: aktyvuojasi dopamino sistema ir slopinamas atsakas į įvairius kenksmingus dirgiklius, įskaitant skausmą (Baliki et al., 2010). Pozityvių emocijų išgyvenimas palengvina skausmo patyrimą.

Taigi, skausmo mechanizme svarbūs ne tik biologiniai, bet taip pat ir kognityviniai procesai bei patiriamos emocijos. Minėti procesai gali turėti nemažai įtakos asmeniui suvokiant ir vertinant savo skausmą. Kognityvinių ir emocinių procesų pagalba skausmo suvokimas gali būti sumažintas ar padidintas. Todėl vienu emocijų ir patyrimų skatinimas, o kitų mažinimas, pasitelkiant įvairias psichologines technikas, galėtų efektyviai prisidėti prie skausmo įveikos.

1.2. Nugaros skausmo klasifikacijos problema, kilmė ir gydymo efektyvumas

Skirtinguose tyrimuose ir literatūroje galima rasti gan įvairų NS klasifikacijų. Nemažai autorių yra linkę NS klasifikuoti pagal tai, su kuo skausmas yra susijęs: su rimta patologija; su nervų spaudimu; arba nespecifinis nugaros skausmas (Kent, Keating & Leboeuf-Yde, 2010). Remiantis šiuo skirstymu, 80 – 90 proc. NS priskiriami būtent nespecifiniams nugaros skausmams (Maher, Underwood & Buchbinder, 2017; Norton, McDonough, Cabral, Shwartz & Burgess, 2016). Tad toks klasifikavimas padeda atskirti tik mažą dalį skausmų, o didžioji dalis ilgalaikių NS lieka neapibrėžti.

Kitas paplitęs skausmo skirstymas yra pagal jo trukmę. Remiantis pasireiškimo trukme, NS skirstomas į ūminį, poūminį ir lėtinį (Zumeras, 2011):

- Ūmiam skausmui būdinga staigi simptomų pradžia, trukmė – iki 6 savaičių.
- Poūminis skausmas tęsiasi nuo 6 iki 12 savaičių.
- Lėtinis, nuolat pasikartojantis NS – daugiau nei 12 savaičių (virš trijų mėnesių ir daugiau) (Zumeras, 2011). Nacionalinio skausmo institutas (Deyo et al., 2015) lėtiniu nugaros skausmu apibrėžė tokį besitęsiantį nugaros skausmą, kuris per pastaruosius 6 mėnesius pasireiškė bent pusę laiko (dienų), apimant ir trumpus periodus, kuomet skausmas nebuvo jaučiamas.

NS klasifikacija padeda pritaikyti tinkamą gydymą. NS klasifikacijai svarbu nustatyti skausmo priežastį, nes tuomet galima greičiau pasiekti geresnės sveikatos būklės ir geriau valdyti NS (Petersen, Laslett, & Juhl, 2017). Tačiau vis tik dažnai yra sunku tiksliai nustatyti, su kuo yra susijęs NS ir tik atlikus daugybę išsamių tyrimų, galima priartėti prie aiškesnio atsakymo, tačiau net ir po medicininių įvertinimų – NS kilmė nebūtinai identifikuojama (Hancock, Maher, Laslett, Hay, & Koes, 2011; Petersen et al., 2017), o skausmas tęsiasi. Tyrimai neatsako į visus klausimus apie NS kilmę, dėl ko didelė dalis NS atvejų lieka apibrėžti kaip nespecifinis nugaros skausmai (Kent et al., 2010), o daugiau dėmesio skiriama tam, kiek laiko NS tęsiasi. Nors, siekiant veiksmingesnio gydymo, NS būtų tinkamiau klasifikuoti pagal jo atsiradimo priežastis, tačiau daugelis pacientų ir gydančių specialistų taip ir lieka iki galo nežinantys tikslios skausmo kilmės, o straipsniuose dažnai kalbama apie klasifikaciją pagal tai, kiek ilgai trunka NS.

Skausmo pojūtis, ypač kuomet kalbama apie ūminį skausmą, laikomas natūraliu ir, biologiniu požiūriu, būtinu organizmo signalu, įspėjanti, kad yra pavojus: esamas, prasidedantis ar jau įvykęs audinių, organų ar struktūrų pažeidimas (Katz et al., 2015; Zumeras, 2011). Tačiau neretai, skausmui užsitęsęs, jo priežastingumas gali būti ne iki galo aiškus, skausmas gali patapti ilgalaikiu nuolatinium ar pasikartojančiu. Kaip rodo tyrimai (Licciardone & Pandya, 2020), apie 20 proc. žmonių, kurie susidūrė su ūminiu NS, vėliau, vienerių metų bėgyje, jiems pasireiškė lėtinis NS su nuolatiniais simptomais. Nors skausmas išlieka, tačiau ne visuomet galima nustatyti jį paaiškinančią medicininę skausmo priežastį, dėl ko gali būti sudėtinga rasti veiksmingą gydymą (Hancock et al., 2011; Katz et al., 2015). Kai kuriais atvejais ūminį ar užsitęsusį NS pavyksta pašalinti, tačiau kitais atvejais skausmas tęsiasi nepaisant medicininio ar (arba) chirurginio gydymo (Licciardone & Pandya, 2020). Tad NS patampa sudėtinga problema, kuriai spręsti reikalingas platesnis, ne tik medicininis požiūris.

Šiame darbe planuojama tyrinėti įvairios trukmės NS, ir, nors dažniausiai daugiausiai dėmesio skiriama lėtiniam skausmui (Schopflocher, Taenzer & Jovey, 2011). Tačiau norisi atkreipti dėmesį į skausmo klasifikacijos pagal trukmę problematiką. Ilgalaikio skausmo klasifikacijos klausimą ir tyrėjų nesutarimą ties juo akcentuoja ir kiti autoriai (Katz et al., 2015; Taylor et al., 2014): skirstydami

skausmą, daugiausiai remiantis tik jo trukme, neįvertiname kitų svarbių skausmo patyrimo aspektų, arba skirstymas tyrimuose labai nehomogeniškas, kas kelia nemažai iššūkių lyginant tyrimų duomenis (Taylor et al., 2014). NS gali būti jaučiamas ne nuolatos, su pertrūkiais, būti pasikartojantis ir / ar atsinaujinantis, nebūtinai besitęsiantis taip ilgai, kad būtų priskirtas prie lėtinio skausmo (kuomet skausmas tęsiasi 3 mėnesius, kai kur nurodoma 6 mėnesius (Schopflocher et al., 2011) ar ilgiau). Dėl problemos paplitimo masto ir jaunėjančio amžiaus asmenų, kuriems NS tampa problema (Mallen, Peat, Thomas, & Croft, 2005; Robertson, Kumbhare, Nolet, Srbely & Newton, 2017) gali būti, kad kiek anksčiau minėtas skirstymas ne iki galo atskleidžia problemos aktualumą. Atkreipiamas dėmesys, kad net ir trumpesnį laikotarpį besitęsiantis skausmas – gali būti keliantis įvairių sunkumų kasdieniame žmogaus funkcionavime (McCallum, 2020). Todėl norima plačiau pažvelgti į skirtingos trukmės NS ir atkreipti dėmesį į bet kokios trukmės NS, kurį pats asmuo identifikuoja kaip ilgalaikį ir varginantį.

1.3. Ilgalaikis nugaros skausmas ir gyvenimo kokybė

Patiriant skausmą sužadinama daugybė organizmo reakcijų ir išgyvenamas tam tikro lygio stresas dėl menamos grėsmės. Nors pirminis trumpalaikio streso patyrimas yra gyvybiškai svarbi apsauginė funkcija (Cervero, 2012; Nagasako et al., 2003), tačiau ilgą laiką užsitęsęs skausmas sukelia ne tik fizinį diskomfortą, tačiau taip pat sutrinka kitos funkcijos, skausmą lydi depresija bei nerimas, kiti emociniai sutrikimai (Melzack, & Wall, 1965; Sargautytė, 2007; Ščiupokas, 2012). Van Korff ir kolegų (2003) atliktas tyrimas parodė, kad patiriantys NS – labai dažnai susiduria su nerimo ir nuotaikos sutrikimais. Tyrimo (Van Korff et al., 2003) minima ir tai, kad tiek NS, tiek kiti skausmai – itin susiję su vaidmens netekimu: nuolatinis ar pasikartojantis skausmas riboja žmogaus galimybes pilnavertiškai funkcionuoti ir užsiimti įprastomis veiklomis, dalyvauti socialiniame ir darbiname gyvenime. Panašią informaciją pateikia ir Ščiupokas (2013): lyginant su bendra populiacija, asmenys, patiriantys ilgalaikį skausmą, septynis kartus dažniau patampa bedarbiais, kur kas dažniau serga depresija, kraštutiniu atveju nusprendžia pasitraukti iš gyvenimo, nes dėl skausmo kasdienybė patampa nebepakeliama. Maža to, nuolatinis skausmas trikdo žmonių bendravimą ir skausmą kenčiantis asmuo pradeda vengti kitų, padidėja jo socialinė izoliacija (Ščiupokas, 2012). Tad patiriamas skausmas gali paveikti daugelį gyvenimo sričių, dėl ko atsiranda įvairūs sunkumai bei problemos, stipriai nukenčia gyvenimo kokybė.

Gyvenimo kokybė skirtingų autorių apibrėžiama įvairiai, įtraukiant siauresnį ar platesnį aspektų rinkinį. Siekiant kuo geriau suprasti asmens funkcionavimą, tiek kaip individo, tiek kaip visuomenės dalies, šiame darbe remiamasi su sveikata susijusios GK modeliu (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005), kur su sveikata susijusi GK apibrėžiama pagal penkis žmogaus būklę nusakančius komponentus:

- žmogaus biologinė būklė, apimant organų ir organų sistemos funkcionavimą;

- simptomatika, atsižvelgiant į fizinius, emocinius ir kognityvinius asmens jaučiamus simptomus;
- asmens funkcinis statusas, susidedantis iš fizinės, socialinės ir psichologinės funkcijų bei vaidmens atlikimo;
- bendras sveikatos suvokimas, kuris remiasi subjektyviu asmens vertinimu;
- bendra gyvenimo kokybė, suprantama kaip subjektyvi gerovė, nusakanti, kiek asmuo yra laimingas ar patenkintas savo gyvenimu.

Išskirti komponentai padeda geriau suprasti, kad asmens gerovė gali būti veikiami daugybės tarpusavyje glaudžiai susijusių aspektų, o skirtingi autoriai juos pateikia įvairiai, tad tyrimų lyginimas yra sudėtingas (Ferrans et al., 2005). Tačiau platesnis žvilgsnis į gerovės suvokimą yra svarbus ir reikalingas, padedantis identifikuoti ir spręsti problemas ne tik vienoje siauroje srityje (pvz., simptomų gydymas), bet kreipiamas dėmesys į visapusišką asmens funkcionavimo gerinimą.

Asmens gerovės tyrimai įgauna vis didesnę svarbą, kai kalbama apie sveiką ir lygiavertišką funkcionavimą visuomenėje (Bagdonas, Liniauskaitė, Kairys, Pakalniškienė, 2013). Gyvenimo kokybė nurodo, kad asmuo gyvena pilnavertišką gyvenimą, ir yra svarbus indikatorius ne tik individualiai, tačiau taip pat kalbant ir apie visuomenės gerbūvį. Nuolatinis ar ilgą laiką patiriamo skausmo sukeltas diskomfortas neigiamai veikia kasdienį funkcionavimą, patiriamas labiau neigiamas požiūris į save, didėja depresijos ar net savižudybės rizika (Bagdonas ir kt., 2013; Ščiupokas, 2009). Taigi, svarbu įvertinti psichologinę gerovę ir pastebėjus pablogėjimą, ieškoti priemonių jai pagerinti, taip siekiant išvengti galimų itin skaudžių pasekmių. Čia didelė pagalba galėtų būti psichologinės intervencijos, orientuotos į psichologinės gerovės didinimą (Müller et al., 2016). Ne tik vienas dažniausiai patiriamų NS, bet ir bet kuris kitas užsitęsęs skausmas, riboja asmens galimybę aktyviai užsiimti darbu, mėgstama veikla ar tiesiog gerai jaustis namų aplinkoje. Todėl skausmo problemos sprendimas patampa svarbiu, kuomet siekiama geresnio individo funkcionavimo ir bendros gerovės.

Patiriant ilgalaikį skausmo keliamą diskomfortą, susiduriama su fiziniais ir emociniais sunkumais. Pinheiro ir kolegų atlikta metaanalizė (2015) patvirtino ryšį tarp ANDS ir depresijos simptomų. Taip pat nurodė, kad aukštesniu depresiškumu pasižymintiems asmenims yra didesnė rizika ateityje patirti pakartotinių ANDS epizodų, o sunkesni depresijos simptomai apskritai siejami su didesne ANDS rizika. Panašius duomenis pateikia Robertson ir kolegos (2017). Savo tyrime pastarieji mokslininkai tyrė pirmo kurso universiteto studentus ir pastebėjo, kad NS yra ne tik dažnas tarp jauno amžiaus žmonių, tačiau taip pat studentai, kurie turėjo ryškesnių depresijos simptomų, nurodė dažniau patiriantys pasikartojančius NS epizodus (Robertson et al., 2017). Nors analizuojant tyrimų duomenis (Pinheiro et al., 2015) buvo rastas ryšys tarp ANDS ir depresijos simptomų, tačiau šios sudėtingos asociacijos pobūdis nėra iki galo aiškus: atlikti tyrimai neatskleidžia priežastinių

ryšių. Tyrimų rezultatai veda prie išvados, kad depresijos simptomai yra dažni tarp asmenų, patiriančių NS, bet nėra aišku, ar skausmas pats savaime veda prie depresijos simptomų, ar šių simptomų patyrimas gali turėti poveikį skausmo atsiradimui ar (arba) pasikartojimui, bei kokie papildomi kintamieji galėtų veikti kaip pastiprinantys NS ar depresijos simptomus.

Ilgalaikis ar pasikartojantis NS patiriamas kartu su kitais nemaloniais simptomais skirtingose gyvenimo srityse. Ramond ir kolegos (2011) savo darbe nurodo, kad patiriant NS, suprastėjus psichologinei būklei ir pasireiškiant depresijos simptomams, atsiranda kur kas didesnė rizika, kad NS patiriančiam asmeniui ateityje bus reikalinga daugiau nedarbingumo dienų, pats skausmas gali patapti lėtiniu, o galiausiai – asmuo gali įgyti tam tikro lygio nedarbingumą ar negalią. Taylor ir kolegos (2014), analizuodami ankstesnių tyrimų duomenis, pateikia metaanalizę, kur nurodo, kad NS siejasi su padidėjusiu depresiškumu, prastesniais socialiniais santykiais, nepasitenkinimu darbu ir gaunama mažesne socialine parama. Galima kelti hipotezę, kad NS lydi daugybę kitų sunkumų, o jo pasikartojimas – gali pradėti automatiškai sietis ne tik su pačiu skausmu, bet ir su kitomis problemomis, su kuriomis susidūrė anksčiau patiriant NS. Šio skausmo problema yra kompleksinė, paliečianti daugybę asmens gyvenimo sričių, todėl reikalingas visapusiškas požiūris, siekiant pagerinti skausmą patiriančio žmogaus gerovę.

Susidūrus su skausmu žmogui sunkiau tęsti įprastą gyvenimą. Atkreipiamas dėmesys, jog patiriamas stresas, nerimas bei depresiškumo simptomai ne tik dėl sužalojimo, suprastėjusios fizinės būklės ar užsitęsusio skausmo, tačiau taip pat ir dėl bendro pablogėjusio funkcionavimo (Gloria, Jan, Szarowski-Cox, Hidetoshi & Tzu, 2017). Smith, Carmody ir Smith (2000) darbe, kuriame tyrė ilgalaikį ANDS patiriančius asmenis, nustatė, jog ANDS trikdo jų kasdienį funkcionavimą, jį apsunkina, sukelia kitus antrinius negalavimus. Nuolatiniai patiriami skausmai neigiamai veikia asmens pasitenkinimą gyvenimu ir slopina jo funkcinį pajėgumą, eikvoja fizinius ir kognityvinius resursus.

Iš kitos pusės, gyvenimo kokybės didinimas, tikėtina, prisideda prie mažesnio suvokiamo skausmo. Müller ir kolegos (2016) savo tyrime atkreipia dėmesį, jog didinant skausmą patiriančio psichologinę gerovę, galimas teigiamas poveikis jo fizinei būklei. Taip pat Larsson ir kolegos (2019) savo tyrimo išvadose nurodo, kad didesnis pasitenkinimas gyvenimu skausmo patyrimo gali veikti kaip apsauginis veiksnys. Šie mokslininkai tokius duomenis sieja su hedonistiniais gerovės aspektais: gebėjimu patirti teigiamas emocijas, teigiamu gyvenimo vertinimu ir geru funkcionavimu kasdieniame gyvenime. Tokioms tyrimo išvadoms sutampa su Lumley ir kolegų (2011) pateiktais duomenimis, kur nurodoma, kad teigiamų emocijų patyrimas veikia kaip skausmo analgetikai. Tad gydant probleminį skausmą turėtų būti kreipiamas daugiau dėmesio į teigiamos gerovės ir pasitenkinimo gyvenimu skatinimą ir palaikymą (Larsson et al., 2019), taip siekiant efektyvesnio ilgalaikio skausmo gydymo.

Ilgalaikio skausmo poveikis neabejotinai veikia asmens suvoktą gerovę, tačiau ir ji pati – veikia skausmo patyrimo suvokimą. Gerovė pripažįstama būtinu pilnaverčio asmens funkcionavimo aspektu (Europos paktas dėl psichinės sveikatos ir gerovės, cit. iš Bagdonas ir kt., 2013), o prastesnė asmens fizinė sveikata gali prognozuoti ir prastesnę gerovę (Bagdonas ir kt., 2013; Larsson et al., 2019). Teigiamų emocijų patyrimas ir GK didinimas galėtų būti vienas iš skausmą lengvinančių veiksnių. Skausmą patiriančių asmenų suvokta gerovė yra svarbus kintamasis, siekiant geriau suprasti subjektyvų ligos patyrimą.

1.4. Ilgalaikis skausmas ir skausmo įveikos strategijos

Ilgalaikį ar pasikartojantį skausmą patiriantys asmenys kasdienybėje susiduria su daugybe iššūkių. Patiriamas skausmo sukeltas diskomfortas apriboja asmens funkcionavimą, sutrikdo tarpasmeninius santykius, darbinę veiklą ir kita. Vienas iš pagalbos šaltinių patampa įvairios skausmo įveikos strategijos, kurios gali padėti prisitaikyti prie skausmo patyrimo. Svarbu įvertinti, kokias skausmo įveikos strategijas pasirenka ir naudoja pacientas, nes tai tiesiogiai veikia asmens prisitaikymą prie ligos simptomų, gali sąlygoti geresnį ar prastesnį tolimesnį ligos valdymą ir bendrą funkcionavimą (Abbott, 2010; Woby, Watson, Roach, & Urmston, 2005). Tam tikras skausmą patiriančio asmens elgesys gali prisidėti prie geresnio prisitaikymo ir lengvesnio išbuvimo su skausmu.

Nors susidūrus su skausmu kiekvienas asmuo į jį reaguoja skirtingai, tačiau ilgalaikio skausmo poveikis daugumai pacientų suformuoja tam tikras, ne tik jiems vieniems būdingas, reakcijas bei elgesį, kuomet patiriamas skausmo epizodas. Tad kenčiantys skausmą asmenys pradeda ieškoti įvairių įveikos (angl. *coping*) būdų (Litt & Tennen, 2015). Remiantis Lazarus ir Folkman (1984, cit. iš Litt & Tennen, 2015), tokia įveika yra laikoma asmens kognityvinės ir elgesio pastangos, reaguojant į stresą sukeliančius veiksnius, stresorius, kurie veikia fizinę ir emocinę gerovę. Dažniausiai įveika reiškia sąmoningas pastangas, siekiant sušvelninti stresoriaus padarinius. Tokios pastangos pasitelkiamos siekiant sumažinti patiriamą diskomfortą ir ieškant būdų, kaip geriau prisitaikyti ar išbūti su skausmo sukeltu nemaloniu pojūčiu.

Kai kurie asmenys, patiriantys skausmą, su juo susidoroja gana neblogai, kitiems, deja, tai kelia didelių iššūkių, ir šią problemą suvokia kaip nekontroliuojamą, nuo jų pačių nepriklausomą. Veiksmingos nuolatinio, pasikartojančio ar besitęsiančio skausmo įveikos strategijos labai skiriasi nuo strategijų, kurios veikia ūmiam skausmui malšinti (Linton & Shaw, 2011). Be to, užsitęsęs skausmas reikalauja kitokių reakcijų ir naudojamų įveikų dar ir dėl antrinių atsirandančių problemų: skausmas, išliekantis ilgiau nei kelias savaites, gali sukelti emocines ir elgesio pasekmes, kurios gali būti kenksmingos ar trukdančios atsistatymui po skausmo epizodo (-ų) (Linton & Shaw, 2011). Nuolat patiriantys skausmą pacientai, net ir tie, kurie save laikė gerais problemų sprendėjais, galiausiai gali nusivilti pakartotinai bandydami atrasti ir pašalinti biologinį (anatominį) skausmo

šaltinį (Linton & Shaw, 2011). Atsiranda grėsmė, kad tokie asmenys gali nustoti ieškoti efektyvių būdų skausmui įveikti (Linton & Shaw, 2011; Ščiupokas, 2012) ir tampa pasyviais, mažiau įsitraukia ir į patį gydymo procesą, taip dar labiau apsunkindami savo sveikatos būklę (Ščiupokas, 2012). Iš to gali išsivystyti įsivaizduojamas skausmo kontrolės perdavimas kitiems, kuris laikomas pasyvia įveikos strategija ir neprisideda prie paciento gerovės (Brown, & Nicassio, 1987). Asmens aktyvus įsitraukimas, šiuo atveju naudojamos aktyvios įveikos strategijos, svarbios, siekiant pagerinti sveikatą ir bendrą gerovę.

Kiekvienas žmogus skirtingai reaguoja į išgyvenimus ir savaip priima patirtis. Ilgalaikio skausmo patyrimas ir reakcija į jį – kiekvienam individualūs. Tačiau bandoma ieškoti skausmo įveikos strategijų bendrumo pagal tai, kiek jos padeda asmeniui susidoroti su skausmu (Rosenstiel & Keefe, 1983). Nors kai kurie autoriai atmeta skausmo įveikos strategijų, kaip padedančių geriau funkcionuoti, svarbą ir akcentuoja, kad svarbiausia yra jaučiama skausmo kontrolė (Spinhoven, Ter Kuile, Linssen, & Gazendam 1989). Atliktas tyrimas parodė, jog suvokta didesnė skausmo kontrolė susijusi su žemesniu skausmo intensyvumu ir geresniu funkcionavimu, o asmenys, kurie save laiko labiau bejėgiais kontroliuojant skausmą – nurodė patiriantys didesnę skausmą, išgyvenantys daugiau funkcionavimo sutrikimų, patiria daugiau depresijos simptomų bei nerimo (Spinhoven et al., 1989). Tuo tarpu literatūroje gausu informacijos, kad skausmo įveikos strategijų naudojimas nebūtinai yra tiesiogiai susijęs su geresniu ar prastesniu prisitaikymu prie skausmo (Gloria et al., 2017; Woby et. Al., 2005). Skausmo tyrimų duomenys rodo prieštarigus rezultatus, taip išskeldami dar daugiau klausimų apie įveikos strategijų tiesioginį ir netiesioginį poveikį, kuris galėtų būti svarbus, siekiant efektyvesnio funkcionavimo gyvenant su ilgalaikiu skausmu.

Visuotinai laikomasi nuomonės, kad yra akivaizdžiai „gerų“ ir „blogų“ (ar neveiksmingų) būdų, kaip susidoroti su ilgalaikiu skausmu. Tačiau toks požiūris gali būti klaidingas, nes vis tik nėra vieno recepto visiems (Litt & Tennen, 2015). Kaip nurodo Litt ir Tennen (2015) neretai apskritai yra vengiama teigti, kad kažkurios įveikos strategijos gali būti netinkamos. Populiarioje literatūroje taip pat pateikiama, jog jeigu vis dar kyla problemų prisitaikant prie patiriamo lėtinio skausmo, „jūs elgiatės netinkamai“ (Litt & Tennen, 2015, p. 2). Taip skatinama kiekvienam individualiai atrasti veikiančią mechanizmą. Bet čia kyla grėsmė pasikartojančioms nesėkmėms ir motyvacijos praradimui. Todėl veiksmingų skausmo įveikų tyrimai ir toliau išlieka populiarūs, siekiant išgryninti efektyviausias, daugumai veikiančias elgesio ar kognityvines strategijas.

1.4.1. Skausmo įveikos strategijų klasifikacija ir veiksmingumas

Įveikos strategijos, naudojamos tiek bendrai įveikiant stresą, tiek susidūrus su patiriamu ilgalaikiu ar nuolatinio skausmu, bėgant metams sulaukė ne vieno tyrėjų dėmesio. Tačiau dažnai nėra sutariama dėl įveikų strategijų klasifikacijos ir veiksmingumo. Literatūroje nurodoma, kad dėmesio verti galėtų būti šie skausmo įveikų strategijų skirstymai: orientuoti į problemą ir orientuoti į emocijas

(Lazarus & Folkman, 1984, cit. iš Litt & Tennen, 2015), aktyvus ir pasyvus (Brown & Nicassio, 1987; Litt & Tennen, 2015), kognityvinis ir elgesio (Litt & Tennen, 2015; Rosenstiel & Keefe, 1983), priartėjimo ir vengimo (Moos, Brennan, Fondacaro & Moos, 1990), adaptyvios ir neadaptyvios (Büssing, Ostermann, Neugebauer & Heusser 2010; Higuchi, 2020). Įveikos strategijoms egzistuoja daugybė kategorijų ir skirstymų, o tarp tyrėjų nėra iki galo sutarta ir neprieinama bendros tiesos. Tokie nesutarimai sąlygoja nevienareikšmius ir sunkiai palyginamus tyrimų rezultatus.

Nepaisant tyrėjų išsiskiriančių nuomonių įveikos strategijų klasifikacijos klausimu, galima rasti ir sutampančių mokslininkų išvadų. Kai kurie autoriai sutinka, jog apskritai į problemą orientuota įveika yra geriausia, nes stengiamasi pašalinti stresorių ir nagrinėjama pagrindinė problemos priežastis bei ieškoma ilgalaikio jos sprendimo (Litt & Tennen, 2015; McLeod, 2009; Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002). Tuo tarpu pasyvi reakcija, ypač kalbant apie ilgalaikio skausmo įveikos strategijas, siejasi su prastesniu bendru prisitaikymu (Büssing et al., 2010; Jensen, Turner, Romano, & Karoly, 1991). Akivaizdu, kad susidūrus su stresoriumi, pvz., užsitęsusi skausmu, svarbu paties asmens įsitraukimas ir aktyvus dalyvavimas ieškant efektyvaus ilgalaikio būdo problemai spręsti.

Be kitų taikomų intervencijų, tam tikros įveikos strategijos galėtų veikti kaip paties, skausmą kenčiančio, asmens įrankis. Apskritai skausmo įveikos strategijos suprantamos kaip pastangos, kurios pasitelkiamos siekiant įveikti skausmą, jį valdyti, sumažinti, toleruoti ar tiesiog su juo išbūti (Keefe ir kt., 1987; Lumley et al., 2011; Rosenstiel & Keefe, 1983). Remiantis Rosenstiel ir Keefe (1983), šios strategijos gali būti elgesio arba kognityvinės. Kognityvinės įveikos strategijos skirstomos į dėmesio nukreipimą, savitaigą, skausmo pojūčių reinterpretavimą, pojūčių ignoravimą, katastrofizavimą bei meldimąsi ar viltį. Tuo tarpu elgesio strategijos – veiklumo suaktyvinimas (Rosenstiel & Keefe, 1983). Toks įveikų strategijų skirstymas leidžia jas taip pat vertinti pagal tai, ar jos adaptyvios ar neadaptyvios, kuris mokslinėje literatūroje ir yra itin paplitęs (Büssing et al., 2010; Higuchi, 2020; Litt & Tennen, 2015). Taip pat toks skirstymas atskleidžia, kad ne visos ilgalaikio skausmo įveikos strategijos yra veiksmingos, siekiant geresnės būklės.

Neadaptyvių ir adaptyvių skausmo įveikos strategijų atskyrimas leidžia tyrinėti ne tik tai, kokių veiksmų imasi asmuo, kad pagerintų savo būklę, bet taip pat ir kokios naudojamos strategijos galimai prisideda prie prastesnės savijautos. Tyrimų rezultatai rodo, kad psichologiniai faktoriai, tokie kaip skausmo katastrofizavimas, su skausmu susijęs nerimas, skausmo baimė ir bejėgiškumas – siejasi su prastesniu prisitaikymu prie ilgalaikio skausmo (Jensen et al, 1991; Woby et al., 2005). Tuo tarpu labiau adaptyvios skausmo įveikos strategijos, kuomet asmuo nesijaučia praradęs situacijos kontrolės, tiki, kad savo pastangomis gali pasiekti naudingų rezultatų, yra pasirengęs keistis ir priimti situaciją, padeda prisitaikyti ar sumažinti dėl skausmo patiriamą diskomfortą (Higuchi, 2020; Litt & Tennen, 2015; McLeod, 2009; Penley et al. 2002). Skirtinga laikysena skausmo atžvilgiu yra svarbus

veiksny, kurį keičiant gali keistis suvokiamas skausmo patyrimas ir lengviau išgyvenamas nemalonus pojūtis. Tačiau ne visos ilgalaikio skausmo įveikos strategijos atlieka padedančiąją funkciją. Kartais pasitelkti tam tikri reagavimo būdai gali veikti priešingai ir dar labiau apsunkinti kasdienį funkcionavimą.

1.4.2. Skausmo katastrofizavimas ir kitos skausmo įveikos strategijos

Skausmo įveikos strategijos kartais naudojamos automatiškai ir pačiam žmogui neįsisąmoninant, kodėl jis imasi vienokio ar kitokio elgesio bei mąstymo. Nors bendrai suprantama, kad įveikos strategijos padeda skausmą patiriančiam lengviau išbūti su jaučiamu diskomfortu, tačiau kai kurios jų gali prisidėti prie prastesnės asmens būklės. Viena iš aktualiausių ir labiausiai tyrinėtų skausmo įveikos strategijų – skausmo katastrofizavimas. Sullivan ir kolegos (2001) pateikia skausmo katastrofizavimą kaip vieną iš įveikos strategijų, pažymint, kad ją naudojantys asmenys tokiu būdu gauna emocinę arba fizinę paramą iš kitų, tačiau tuo pačiu – sau kenkia sustiprindami skausmą, bejėgiškumo jausmą ir apsunkindami prisitaikymą prie ligos. Skausmo katastrofizavimas glaudžiai susijęs su nuolatinio mąstymu apie skausmą, skausmo išdidinimu ir didesniu bejėgiškumo jausmu (Sullivan et al., 2004). Skausmo katastrofizavimas padeda gauti palaikymą iš kitų, tačiau vis tik specifiniai neigiami įsitikinimai ir nuolatinės mintys apie būsimą esamą ar buvusį skausmo epizodą prisideda prie skausmo palaikymo bei siejasi su sunkesne būkle.

Rosenstiel ir Keefe (1983) išskirtos įveikos strategijos atspindi svarbius asmens naudojamus būdus, kuomet susiduriama su ilgalaikiu tiek nugaros, tiek kitais skausmais. Tačiau ne visos naudojamos įveikos strategijos atlieka lengvinančią funkciją: skausmo stiprumo vertinimą ir patiriamus emocinius sunkumus, tokius kaip nerimas ar kiti depresijos simptomai, labiausiai siejasi su skausmo katastrofizavimu (Spinhoven et al., 2004; Tan, Jensen, Robinson-Whelen, Thornby, & Monga, 2001; Wooby et al., 2005). Tuo tarpu kognityvinė elgesio terapija, mąstymo pokyčiai, kai siekiama sumažinant katastrofizavimą, o tuo pačiu ir padidinti vidinę kontrolę, gali prisidėti prie mažesnio skausmo sukkelto diskomforto bei emocinės būklės gerinimo (Spinhoven et al., 2004). Tad galima kelti prielaidą, kad skausmo katastrofizavimas yra susijęs su didesniais emociniais ir fizineis negalavimais, o keičiant tokį mąstymą, tikėtina, asmens būklė galėtų pagerėti.

Skausmo katastrofizavimas – itin svarbus kintamasis, kuomet kalbama apie asmens skausmo patyrimą. Keefe ir kolegų (1983; 1989) atliktų tyrimų duomenys parodė, kad tiriamieji, gavę aukštus balus skausmo katastrofizavimą vertinančioje subskalėje, taip pat patyrė didesnius su skausmu susijusius fizinius ir emocinius išgyvenimus. Skirtingai nei daugumoje tyrimų, Keskindag, Karaaziz ir Cirhinlioglu (2020) savo darbe skausmo katastrofizavimą laikė patiriamu skausmo rezultatu (o ne sąlyga jam atsirasti ar pasikartoti). Šių autorių atliktame tyrime dalyvavo asmenys, kurie neturėjo lėtinio skausmo diagnozės ir skausmo patirtį vertino retrospektyviai (buvusių skausmų patyrimą). Atlikto tyrimo metu nustatyta, kad katastrofizavimas yra stipriai susijęs su patiriamais depresijos

simptomais ir didesniu suvokiamu stresu, tačiau nustatyta, kad toks mąstymas – kilo dėl neigiamos patirties, susidūrus su varginančiu skausmu (Keskindag et al., 2020). Toliau nagrinėjant katastrofizavimo įveikos strategiją bandoma ieškoti ryšių ir su aplinkos ir vidiniais veiksniais. Nustatyta, kad psichosocialiniai veiksniai gali prisidėti prie skausmo katastrofizavimo ir vieni žmonės yra apskritai labiau linkę į šia įveikos strategiją nei kiti (Keskindag et al., 2020; Leung, 2012). Tad katastrofizavimas, skausmą patiriančiųjų naudojamas kaip viena iš neadaptyvių kognityvinių įveikos strategijų, siejasi su prastesne asmens būkle, suvoktu didesnio skausmo patyrimu, o tuo pačiu galimai prisidėti prie depresiškumo simptomų, tačiau jo veikimas skausmo patyrimo kelia daugybę klausimų tyrėjams.

Tyrėjai taip pat kelia klausimą, ar gali būti, kad skausmo katastrofizavimas veikia kaip nepriklausomas rizikos veiksnys. Kaip nurodo Leung (2012), nuolatinis mąstymas apie skausmą, jo išdidinimas, gali leisti numatyti skausmo chroniškumą ir apskritai – toks mąstymas prognozuoja blogesnę ligos eigą. Atliktame tyrime (Bergbom, Boersma, Overmeer & Linton, 2011) ištyrus 297 pacientus, kuriems buvo diagnozuotas raumenų ir kaulų skausmai, nustatyta, kad didesnis skausmo katastrofizavimas prognozuoja būklės pagerėjimo nebuvimą ir galimą negalią. Literatūros analizėje Leung (2012) nurodo, kad būtų teisinga daryti išvadą, jog skausmo katastrofizavimas prognozuoja fizinę negalią, tiek esant ūmiems, tiek lėtiniais skausmams. Tad, patiriant tiek trumpalaikį, tiek ilgiau užsitęsusį skausmą, negatyvus nuolatinis mąstymas apie jį gali dar labiau pabloginti žmogaus fizinę ir psichologinę sveikatą.

Kitos skausmo įveikos strategijos taip pat išlieka svarbios. Woby ir kolegos (2005) savo tyrime nurodo, kad tokios įveikos strategijos kaip dėmesio atitraukimas (angl. *distraction*) bei viltis (ar meldimasis) stipriai siejasi su patiriamo NS intensyvumu: dažnesnis šių strategijų taikymas pastebėtas tarp stipresnį NS nurodančių žmonių. Atliktų tyrimų (Woby et al., 2005; Vlaeyen & Linton, 2000) duomenys rodo, kad NS ignoravimas, polinkis nekreipti dėmesio į skausmo pojūčius ir, jei įmanoma, įprasto kasdienio veikimo lygio palaikymas reikšmingai susiję su didesne negalia, o galiausiai ilgalaikėje perspektyvoje padidina jos lygį. Akcentuojama, kad reikėtų siekti tokias skausmo įveikos strategijas pakeisti kitomis (Woby et al., 2005; Vlaeyen, & Linton, 2000). Taip galbūt pavyktų sumažinti patiriamo skausmo intensyvumą, sumažinti ar atitolinti negalią. Pastebima, kad, tiek skausmo ignoravimas, atitraukiant dėmesį, tiek per didelis dėmesys patiriamam skausmui, jį katastrofizuojant, gali prisidėti prie būklės pablogėjimo. Tad kiekvieno asmens situaciją reikia vertinti idividuliai, pagal tai, kas gali padėti konkrečiam žmogui (Litt & Tennen, 2015). Todėl svarbu įvertinti, ne tik kokiomis adaptyviomis ar neadaptyviomis strategijomis remiasi skausmą patiriantys asmenys, o prireikus – siekti vienas strategijas pakeisti kitomis, tačiau atsižvelgti, o kas individuliai kiekvienam yra veiksminga prisitaikant prie ligos ar gerinant savo būklę.

Ilgalaikį skausmą patiriančio žmogaus mąstymas, kuomet susiduriama su skausmu, gali turėti reikšmingą poveikį jo sveikatai ir tolimesnei būklei. Nors naudojamų skausmo įveikų strategijų ryšys su skausmo patyrimu nėra iki galo aiškus (Millere et al., 2020; Woby et al., 2005), tačiau akivaizdu, kad įveikos strategijų, susijusių su didesniu bejėgiškumo jausmu ir neviltimi naudojimas, negatyvus ir nuolatinis mąstymas apie skausmą, kuomet mintyse skausmas dar labiau išdidinamas, siejasi ir su prastesne sveikata, tuo pačiu su žemesne bendra gerove (Cheng & Leung, 2000; Glombiewski Hartwich-Tersek & Rief, 2010). Neadaptyvių skausmo įveikų strategijų naudojimas, ypač katastrofizavimas, veikia ir kitas, ne visuomet sąmoningai pasirinktas, kognityvines bei elgesio strategijas ir bendrą žmogaus gerovę. Tad sulaukę pagalbos iš specialistų, mokantis pakeisti tam tikrus negatyvius įsitikinimus apie skausmą ir apie savo gebėjimą su juo susidoroti, ilgalaikį skausmą patiriantys žmonės galėtų lengviau jį įveikti, sąmoningiau rinktis atsaką ar mokytis lengviau gyventi su skausmu. Taip būtų galima nutolinti arba išvengdami ilgalaikio skausmo pasekmių. Kaip ir patiriant kitus ilgalaikius skausmus, taip ir susidūrus su NS, svarbu įvertinti skausmą patiriančių asmenų naudojamas įveikos strategijas ir prireikus – padėti jas pakeisti kitomis.

1.5. Sveikatos kontrolės lokusas

Kokių veiksmų žmogus imasi susidūręs su ilgalaikiu skausmu gali priklausyti nuo to, kaip jis suvokia galimybę veikti savo gyvenimą ir kiek jis pats jaučiasi atsakingas už tai, kas vyksta. Kiekvienas asmuo turi skirtingą įsivaizdavimą kiek jis pats gali kontroliuoti įvairius veiksnius. Panašiai ir SKL (toliau – SKL) nurodo žmogaus suvokimą, kas kontroliuoja jo sveikatą (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978). Tad šiuo atveju terminas „lokusas“ reiškia vietą, kurioje, kaip manoma, yra kontrolė – individo viduje ar išorėje (Kassianos, Symeou, & Ioannou, 2016). Žmonės turi skirtingus įsitikinimus apie savo sveikatą ir tai, kiek jų pačių elgesys gali veikti jų sveikatos būklę, ligos atsiradimą bei eigą. SKL padeda įvertinti, kiek pats asmuo jaučiasi atsakingas už savo sveikatą.

Asmens atsakomybės už savo sveikatą ir jos kontrolės suvokimas, remiantis skirtingomis teorijomis, gali būti skirstomas labai įvairiai. Wallson ir kolegos (1978) išskyrė tris kategorijas, pagal tai, kaip žmogus supranta savo vaidmenį sveikatos kontrolėje: vidinis (angl. *Internality*), atsitiktinis (angl. *Chance*) ir kitų poveikio (angl. *Powerful others*).

- Vidinis sveikatos kontrolės lokusas nurodo, kad individas tiki, jog jo sveikatos būklė priklauso nuo jo veiksmų ir nuostatų. Asmuo jaučiasi pats atsakingas už savo sveikatos būklę, gali imtis tinkamų priemonių stiprinant sveikatą ir išvengiant ligos.
- Atsitiktinis sveikatos kontrolės lokusas pasireiškia, kai žmogus ligas ir jos baigtį sieja su atsitiktinumu, išoriniais veiksniais ar likimu, nematydamas svarbos savo veiksmuose.
- Esant išreikštam kitų poveikio sveikatos kontrolės lokusui asmuo tiki, kad jo sveikata priklauso nuo kitų žmonių, o ypač – specialistų. Dažnai manoma, kad galima ligos išvengti reguliariai lankantis pas gydytojus ir laikantis jų duotų nurodymų.

Vidinis kontrolės lokusas atspindi vidinę suvokiamos kontrolės dalį, tuo tarpu atsitiktinis ir kitų poveikio SKL atspindi išorines suvokiamos kontrolės dalis. Toks sveikatos kontrolės modelis padeda geriau suprasti su sveikata susijusį elgesį ir įvertinti, kokį vaidmenį ir kiek atsakomybės prisiima pats žmogus rūpindamasis savo sveikata.

Neretai galima pastebėti, kad išorinis SKL siejamas su prastesne adaptacija, o vidinis – su didesniu ligos įsisąmoninimo lygiu (Wallston, 1991). Tokius duomenis patvirtina ir Japonijoje atliktas tyrimas (Kuwahara et al., 2004), kurio metu, nustatyta, kad asmenys, kurie turi daugiau žalingų įpročių, tokių kaip rūkymas bei alkoholio vartojimas, sveikatos kontrolę linkę lokalizuoti į išorę, yra mažiau linkę rūpintis sveiku gyvenimo būdu. Tuo tarpu kito tyrimo (Ebadi, Heidari, & Solhi, 2017) metu, taikant švietimo programą diabetu sergantiems pacientams, buvo siekiama perkelti sveikatos kontrolės lokusą iš kitų poveikio ir atsitiktinio į vidinį. Vertinant rezultatus buvo pastebėta, kad švietimo programa padėjo pacientams labiau rūpintis savo sveikata, o skalės įverčiai prie vidinio SKL – padidėjo (didesnis įvertis rodo labiau išreikštą sveikatos kontrolės lokusą atitinkamoje kategorijoje). Be to, asmenys, kurie sveikatos kontrolę lokalizuoja į vidų, jaučiasi labiau atsakingi už savo sveikatą (Ebadi et al., 2017; Wilski, Broła, & Tomczak, 2019), pasižymi geresniu prisitaikymu gyventi su liga (Wilski et al., 2019) ir apskritai – sveikatą laiko didesne vertybe (Wallston, 1991). Tad sveikatos kontrolės lokalizacija į išorę siejasi su mažesniu dėmesiu ir rūpinimusi savo sveikata, o vidinė lokalizacija – asocijuojasi su didesniu rūpinimusi savimi, o tuo pačiu ir geresne būkle.

1.5.1. Ilgalaikis skausmas, emocinė būsena ir sveikatos kontrolės lokusas

Ilgalaikis ar nuolatinis skausmo sukeltas diskomfortas išvargina, neigiamai veikia bendrą sveikatos būklę, galiausiai gali sukelti negalią, todėl svarbu, kaip kiekvienas žmogus supranta savo vaidmenį sveikatos kontrolėje. Campbell, Hope, ir Dunn (2017) atliko studiją, kurioje tiriant asmenis, kenčiančius nuo ilgalaikio ANDS, buvo norima patikrinti, ar individo suvokimas apie savo sveikatos kontrolę gali būti susijęs su prastesne fizine ir emocine sveikata. Šio tyrimo metu gauti duomenys atskleidė, kad žmonės su labiau išreikštu išoriniu SKL, t. y. turintys žemą savo sveikatos kontrolės jausmą, nurodo daugiau depresijos simptomų ir jų būklė dažniau sukelia didesnę negalią. Campbell ir kolegos (2017) savo tyrimu pademonstravo sąsajas tarp skausmo, depresijos simptomų ir negalios. Panašūs rezultatai pateikiami ir kituose moksliniuose darbuose, pabrėžiant sąsajas tarp ilgalaikio intensyvesnio skausmo, dažnesnių depresijos simptomų, negalios ir labiau išreikšto išorinio SKL (Cheng & Leung, 2000; Richard, Dionne & Nouwen, 2011; Wong & Anitescu, 2017). Nors nėra iki galo aišku, ar SKL gali lemti psichologinių ir fizinių simptomų intensyvumą (Cheng & Leung, 2000), tačiau rastos sąsajos leidžia kelti prielaidą, kad pacientai, pasižymintys labiau išreikštu išoriniu SKL ir jaučiantys mažesnę atsakomybę už savo sveikatos būklę, patiria daugiau intensyvaus skausmo bei emocinių sunkumų. Tuo tarpu pasižymintys aukštesniu vidiniu SKL – priešingai, patiria mažiau

intensyvų skausmą ir mažiau emocinių sunkumų. Suvokta skausmo kontrolė reikšmingai siejasi su skausmą patiriančių būkle.

Gydymo laikotarpiu, kuomet taikoma intensyvi gydymo programa, SKL gali būti svarbus prognostinis veiksnys. Šveicarijoje atlikto Zuercher-Huerlimann ir kolegų (2019) tyrimo metu lėtinį skausmą patiriantiems pacientams buvo taikoma trijų – keturių savaitių gydymo programa. Kiekvienam jų buvo paskirtas medicininis ir farmakologinis gydymas, individualios psichologo konsultacijos, kineziterapijos užsiėmimai ir grupinės progresyvios raumenų relaksacijos. Tiriamieji buvo įvertinti prieš gydymo programą ir po jos. Rezultatai parodė, kad pasižymėjusieji aukštu vidiniu SKL dar prieš gydymą pasiekė geresnių rezultatų skausmo mažinime, lyginant su pacientais, kurie turėjo žemą vidinį SKL. Tuo tarpu kitų poveikio ir atsitiktinis SKL nebuvo reikšmingai susiję su skausmo sumažėjimu (Zuercher-Huerlimann et al., 2019). Tad svarbu atkreipti dėmesį, jog didesnis ar mažesnis tikėjimas, kad sveikatos būklė priklauso nuo paties asmens, gali būti prognozuojantis skausmo sumažėjimo veiksnys, kuomet taikomas kelių savaitių tikslingas gydymas.

Žmonėms svarbu suprasti, kad jų įsitikinimai ir veiksmai tiesiogiai veikia jų pačių sveikatos būklę. Remiantis literatūroje pateiktais duomenimis, galima kelti prielaidą, kad išreikštas vidinis SKL stipriai susijęs su geresne sveikata, patiriama mažiau depresijos simptomų, didesnis bendras fiziniu ir emociniu atsparumu (Campbell et al., 2017; Richard et al., 2011; Zuercher-Huerlimann et al., 2019). Zuercher-Huerlimann ir kolegų (2019) taip pat pabrėžia, kad vidinio SKL stiprinimas gali būti itin svarbus lėtinį skausmą kenčiančių pacientų emocinės būklės gerinimui ir, kartu su efektyviu gydymu, gali teigiamai veikti pacientų gydymo eigą ir sveikatą. Vidinių SKL įsitikinimų puoselėjimas ir skatinimas gali būti ypač perspektyvus, siekiant efektyvesnio skausmo malšinimo bei bendros asmenų fizinės ir emocinės būklės.

Tikėjimas, nuo ko priklauso sveikatos būklė, patampa itin svarbus, kuomet susiduriama su ilgalaikiu ar nuolatinu skausmu. Atliktuose tyrimuose (Campbell et al., 2017; Zuercher-Huerlimann et al., 2019; Richard et al., 2011) dažniausiai akcentuojamas vidinio SKL vaidmuo. Tuo tarpu vis dar trūksta duomenų apie atsitiktinį ir kitų poveikio SKL. Straipsnių autoriai (Campbell et al., 2017; Richard et al., 2011; Zuercher-Huerlimann et al., 2019) neretai nurodo, kad reikšmingų sąsajų su minėtais SKL nebuvo nustatyta. Tuo tarpu Richard ir kolegų (2011) tyrimo metu, vertinant NS patiriančius fizinį darbą dirbančius asmenis, rasta, jog stipresnę NS patiriantys darbuotojai nurodo turintys labiau išreikštą kitų poveikio SKL, t. y. tikintys, kad jų sveikata priklauso nuo kitų žmonių. Be to, nustatyta, kad išreikštas atsitiktinis SKL gali būti prognostinis veiksnys ilgesniam nedarbingumui (Hagen, Svensen & Eriksen, 2005) ir gretutiniams psichiniams sutrikimams, tokiems kaip depresija, išsivystyti (Wong & Anitescu, 2017). Tad vidinis SKL siejasi ir gali veikti kaip prognostinis veiksnys efektyviai gydant ilgalaikį skausmą, o išorinis SKL (tiek kitų poveikio, tiek

atsitiktinumų) – siejasi su sudėtingesne fizine ir emocine būkle ilgalaikį skausmą patiriančiųjų populiacijoje.

Svarbu paminėti, jog skausmo įvairovė ir skirtinga sveikatos būklė gali turėti poveikį SKL efektyvumui. Stewart ir kolegos (2018) tyrė pacientus, kuriems buvo atlikta plaštakos operacija, ir nustatė, kad mažesnis skausmo intensyvumas siejasi su labiau išreikštu kitų poveikio SKL, kuomet daugiau pasitikima gydančiais gydytojais bei taikomais gydymo metodais. Skirtumus gali lemti pooperacinio skausmo ir gydymo specifika, lyginant su ilgalaikio skausmo problemomis (Zuercher-Huerlimann et al., 2019). Tačiau dėl taikomų skirtingų vertinimo metodikų, skirtingų tiriamųjų imčių ir pačių atliktų tyrimų skirtingumo, gan sunku prieiti prie vienareikšmės išvados, kaip SKL veikia ilgalaikį skausmą patiriančių būklę.

1.6. Įveikos strategijos, sveikatos kontrolės lokusas ir gyvenimo kokybė

Susidūrus su sveikatos problemomis svarbu, ar pats asmuo aktyviai ieško būdų, kaip galėtų sau padėti ir keltų savo kasdienę gerovę, prisitaikant ar išmokstant gyventi su sveikatos pokyčiais. Wilski ir kolegos (2020) atliko tyrimą su pacientais, sergančiais išsėtine skleroze. Tyrimo metu nustatyta, kad pacientai, turintys labiau išreikštą vidinį SKL, pasižymi geresne psichologine būkle dėl naudojamų aktyvių, į problemą orientuotų, įveikos strategijų. Tuo tarpu pacientų, pas kuriuos dominuoja išorinis SKL, emocinė būklė buvo prastesnė, nes, kaip nurodo tyrimo autoriai, šie pacientai naudoja daugiausiai į emocijas orientuotas strategijas. Išvadose pateikiama, jog į problemą orientuotos ir į emocijas orientuotos įveikos strategijos gali būti laikomos tarpininku tarp SKL ir psichologinės sveikatos pacientams, sergantiems išsėtine skleroze. Ryšys tarp SKL ir naudojamų įveikos strategijų gali turėti svarbų poveikį sergančiųjų gyvenimo kokybei.

Tuo tarpu tiriant asmenis, sergančius lėtinėmis ligomis, akcentuojama tik vidinio SKL svarba, pažymint žmogaus aktyvumą sprendžiant su sveikatos būkle susijusius sunkumu. Mokslininkų (Kristofferzon, Engström, & Nilsson, 2018) atliktame tyrime nurodoma, kad vertinant lėtinėmis ligomis sergančiųjų gyvenimo kokybę svarbiausią vaidmenį atlieka įveikos efektyvumas (angl. *coping efficiency*), nepriklausomai, ar tai į emocijas, ar į problemų sprendimą orientuota įveika. Įveikos efektyvumas čia apibrėžiamas kaip suvoktas efektyvumas valdant fizinius, psichologinius, socialinius ir egzistencinius kasdienio gyvenimo klausimus (Kristofferzon et al., 2018), glaudžiai siejasi vidiniu SKL (Nuccitelli et al., 2018; Wallston, 2001), pabrėžiant, kad individai turintys aukštą vidinį SKL, tvirtai tiki, jog imdamiesi tinkamų veiksmų gali susidoroti su savo gyvenimo įvykiais ir paveikti savo sveikatos būklę (Coughlin, Badura, Fleischer, & Guck, 2000; Nuccitelli et al., 2018). Tad ryšys tarp naudojamų įveikos strategijų ir SKL lieka iki galo neaiškus, nors akcentuojama, kad įsitikinimas, jog pats individas gali valdyti ir kontroliuoti savo su sveikata susijusius veiksnius siejasi su geresne pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, būkle.

Vienas dažniausių simptomų, kuris vargina sergančiuosius, yra skausmas. Skausmo įveikos strategijų skirstymas į aktyvias ir pasyvias leidžia geriau pamatyti skausmą patiriančio asmens pasitelktus mąstymo ar elgesio būdus (Brown & Nicassio, 1987; Litt & Tennen, 2015). Pasyvus reagavimas į skausmą dažnai rodo, kad atsakomybė už skausmo valdymą suteikiama išoriniam šaltiniui, t.y., kad pats asmuo nesijaučia, kad galėtų prisidėti prie savo būklės pagerėjimo (Brown & Nicassio, 1987; Şengül, Algun, Arda, Özer & Angin, 2011). Tuo tarpu aktyvios įveikos strategijos nurodo, kad žmogus jaučia atsakomybę už skausmo gydymą ir aktyviai bando jį suvaldyti, arba ieško būdų, kaip gyventi su skausmu prie jo prisitaikant, kad bendra gerovė nukentėtų kuo mažiau (Brown & Nicassio, 1987, Şengül et al., 2011). Nustatyta, kad pasyvios įveikos strategijos siejasi su prastesne bendra sveikatos būkle ir aukštesnio neįgalumo lygiu (Brown & Nicassio, 1987). Taip pat kalbama apie tai, kad negalia ir skausmo intensyvumas yra susiję su pacientų įsitikinimu savo sugebėjimais kontroliuoti savo sveikatą (Şengül, Kara, & Arda 2010). Aktyvios ir pasyvios įveikos strategijos glaudžiai siejasi su SKL, kuomet kalbama apie ištraukimą į gydymą (Nuccitelli et al., 2018; Wallston, 2001). Asmens elgesys, kiek jis imasi ar nesiima vienokių ar kitokių veiksmų, ir jo didesnis ar mažesnis ištraukiant į gydymo procesą gali padėti geriau suprasti ryšį tarp SKL ir asmens būklės. Polinkis prisiimti atsakomybę už savo sveikatą ir didesnis ištraukimas į gydymą gali būti svarbūs kintamieji, siekiant geresnių ilgalaikio skausmo pokyčių ir tolimesnės ligos eigos.

Skausmo įveikos strategijų ryšys su SKL buvo pastebėtas jau XX a. pabaigoje. Crisson ir Keefe (1988) savo darbe vertino lėtinį skausmą patiriančius pacientus ir rado, kad esant išreikštam atsitiktiniam SKL (tikint likimu ar sėkme), pacientai naudojo mažiau veiksmingas, neadaptivias, skausmo įveikos strategijas ir savo sugebėjimus kontroliuoti bei sumažinti skausmą vertino kaip itin prastus. Maža to, tokie asmenys nurodė patiriantys daugiau psichologinių sunkumų, jautėsi bejėgiai spręsti savo sveikatos problemas ir kaip dažniausias įveikos strategijas nurodė viltį (ar meldimąsi) bei dėmesio nukreipimą. Svarbu atkreipti dėmesį, kad pacientai, į išorę lokalizuojantys sveikatos kontrolę ir savo sveikatos būklę vertinantys kaip išorinių veiksnių rezultata, gali pasikliauti neefektyviomis įveikos strategijomis ir nurodyti patiriantys sunkesnius psichologinius išgyvenimus, lyginant su asmenimis, kurie pasižymi išreikštu vidiniu SKL (Crisson & Keefe, 1988). Pacientai, patiriantys mažiau nerimo ir depresijos simptomų, pasižymi išreikštu vidiniu SKL (Campbell et al., 2017; Kulpa, Kosowicz, Stypuła-Ciuba, & Kazalska, 2014). Tokie asmenys jaučia mažesnius tiek fizinius, tiek emocinius simptomus, o mažiau jaučiamo skausmo ir psichologinių simptomų – glaudžiai siejasi su aukštesne GK (Larsson et al., 2019; Müller et al., 2016). Tad dėmesys naudojamoms įveikos strategijoms, emocinei būklei ir SKL gali būti esminis, kuomet siekiama geresnės pacientų būklės ir aukštesnės GK.

Nuolatinis skausmo keliamas diskomfortas tiesiogiai veikia segančiojo fizinę ir psichinę sveikatą, kurios gerai atspindi su sveikata susijusią GK. Tyrinėjant NS patiriančio asmens gyvenimo

sritis, kurios yra dažniausiai paveikiamos ligos ir gydymo (Ware, 2000) pastebima, kad NS intensyvumas neigiamai veikia su sveikata susijusią GK ne tik esamuju laiku (Aminde et al., 2020), bet turi reikšmingą poveikį ir būsimai su sveikata susijusiai GK (Nolet, Kristman, Côté, Carroll, & Cassidy, 2015). Atkreipiamas dėmesys, kad su sveikata susijusią GK galimai veikia ir tai, kaip asmuo reaguoja į patiriamą skausmą. Reagavimas katastrofizuojujant jį ar išgyvenamas bejėgiškumas dėl skausmo nekontroliavimo siejasi su prastesne fizine ir psichine sveikata (Koleck, Mazaux, Rascle, & Bruchon-Schweitzer, 2006), tad apskritai mažina su sveikata susijusią GK. Vis dažniau pabrėžia, kad turėtų būti skiriama pakankamai dėmesio NS neigiamo poveikio mažinimo strategijoms tiek iš gydančių specialistų, tiek iš tyrėjų, padedant pacientams reaguoti į NS, o kartais mokantis su juo gyventi, juos labiau įgalinant reaguoti su adaptyviomis įveikos strategijoms ir stiprinant atsakingumą už savo sveikatos būklę (Koleck et al., 2006; Nolet et al., 2015). Pagalba sergantiems mokytis taikyti labiau adaptyvias skausmo įveikos strategijas ir vidinio SKL stiprinimas galėtų prisidėti prie su sveikata susijusios GK gerinimo.

Apibendrinant galima teigti, kad žmonės skiriasi tarpusavyje pagal tai, kokių veiksmų imasi susidūrę su sveikatos problemomis, kur lokalizuoja kontrolę už su sveikata susijusius įvykius, ligas bei jų eigą ir kaip visa tai veikia jų gyvenimo kokybę. Galima kelti prielaidą, kad vidinis SKL ir labiau adaptyvios skausmo įveikos strategijos galėtų lemti geresnę fizinę ir emocinę sveikatą. Tuo tarpu pasyvios, mažiau adaptyvios įveikos strategijos, ypač skausmo katastrofizavimas, išreikštas kitų poveikio ir atsitiktinis SKL bei žemas vidinis SKL susiję su prastesne skausmą patiriančių būkle. Tačiau šis ryšys nėra iki galo aiškus, o mokslininkai savo darbuose taip pat pateikia skirtingus rezultatus, ne visuomet vienodai apsibrėždami konstruktus ir jiems vertinti pasirenka skirtingus metodus. Trūksta tyrimų, kurie galėtų padėti geriau suprasti ryšius tarp vieno dažniausio ir itin žmones varginančio simptomo – nugaros skausmo – jį patiriančių naudojamų elgesio ir mąstymo įveikos strategijų, išreikšto SKL ir su sveikata susijusios GK.

1.7. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Šio darbo **tikslas** – išanalizuoti ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, naudojamų skausmo įveikos strategijų, ir sveikatos kontrolės lokuso sąsajas.

Tikslui pasiekti iškelti tokie **uždaviniai**:

1. Įvertinti tyrimo dalyvių ilgalaikio nugaros skausmo ypatumus, atsižvelgiant į jų lytį ir amžių.
2. Įvertinti ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės aspektų sąsajas su patiriamu skausmo ypatumais.

3. Įvertinti ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų naudojamų skausmo įveikos strategijų ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės aspektų sąsajas.
4. Įvertinti ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų sveikatos kontrolės lokuso ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės aspektų sąsajas.
5. Įvertinti ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų sveikatos kontrolės lokuso ryšius su naudojamomis skausmo įveikos strategijomis.
6. Nustatyti ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų grupes, remiantis jų naudojamų įveikos strategijų, sveikatos kontrolės lokuso ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliais.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo 116 asmenų, tiriamųjų atranka buvo patogioji. Visi tyrimo dalyvę asmenys nurodė, jog per paskutinius 6 mėnesius patyrė ilgalaikį nugaros skausmą. Iš jų 95 moterys (81,9 proc.) ir 21 vyrai (18,1 proc.). 11 tyrimo dalyvių (9,5 proc.) pažymėjo, kad jų bendra NS trukmė yra mažesnė nei 3 mėnesiai. Tolimesnė duomenų analizė buvo atlikta pašalinus šių respondentų duomenis ir galutinę imtį sudarė 105 ilgalaikį NS patiriantys asmenys, iš kurių 83,8 proc. ($n = 88$) moterys ir 16,2 proc. ($n = 17$) vyrai.

Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių ir lytį atsispindi pateiktoje lentelėje (žr. 1 lentelę). Tiriamųjų amžius svyravo nuo 20 iki 63 metų, ($M = 38,9$, $SD = 10,7$, $Md = 7$). Remiantis tyrėjų (Vlaeyen et al., 2018) rekomendacijomis apie NS paplitimą pagal amžių, tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes: nuo 20 iki 39 ir nuo 40 iki 63. Vlaeyen ir kolegos (2018) nurodo NS paplitimas nuo 40 metų yra didesnis, todėl reikšmingų skirtumų tarp išskirtų grupių, tikėtina, gali būti daugiau.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal amžių ir lytį

Charakteristika	Tiriamųjų pasiskirstymas n (%)	$M (\pm SD)$
Amžius		
20 – 39	59 (56,2)	31,5 ± 5,29
40 – 63	46 (43,8)	49,5 ± 6,42
Lytis		
Vyrai	17 (16,2)	
Moterys	88 (83,8)	

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai.

2.2. Tyrimo instrumentai

Tyrimo metu buvo vertinama su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, skausmo įveikos strategijos, sveikatos kontrolės lokusas ir skausmo poveikis. Šiems konstruktsams įvertinti pasitelkti instrumentai, atsižvelgiant į jų vertinamų konstrukto apibrėžimus, psichometrines charakteristikas, tinkamumą naudoti panašiuose tyrimuose bei prieinamumą. Taip pat buvo pateikiami papildomi demografiniai ir su NS ypatumais susiję klausimai.

Siekiant išsamiai įvertinti skausmo poveikį naudotas PIQ-6 – Skausmo poveikio klausimynas (angl. *Pain Impact Questionnaire*) (Becker et al., 2007). Šis instrumentas pasirinktas, nes vertina skausmo stiprumą ir poveikį asmens kasdieniam gyvenimui ir funkcionavimui 4 savaitių laikotarpyje (Becker et al., 2007). Klausimyną sudaro 6 klausimai, tokie kaip: „Kokio stiprumo fizinį skausmą jautėte per paskutines 4 savaites?“ (pasirinktinai „Jokio / Labai silpną / Silpną / Vidutinį / Stiprą / Labai stiprą), „Kaip dažnai per paskutines 4 savaites skausmas trukdė Jums džiaugtis gyvenimu?“

(pasirinktinai „Niekada / Retai / Kartais / Labai dažnai / Visada“) ir pan. Galimas skausmo poveikio balų skaičius nuo 40 iki 78, kur aukštesnis balas reiškia didesnę neigiamą skausmo poveikį kasdieniam funkcionavimui. Klausimynas ir reikalinga informacija apie jį yra laisvai prieinama internete, papildomo leidimo naudoti ir versti į kitą kalbą nereikia. PIQ-6 buvo išverstas iš anglų kalbos į lietuvių kalbą dviejų vertėjų, tuomet dar kartą peržvelgti vertimo skirtumai juos suderinant. Skausmo poveikio klausimyno vidinis suderinamumas yra geras: Becker ir kolegų (2007) pateiktas Cronbach alpha koeficientas lygus 0,94. Šiame tyrime išversto į lietuvių kalbą PIQ-6 instrumento Cronbach alpha koeficientas taip pat lygus 0,94.

Taip pat, siekiant surinkti kitą tyrimui svarbią informaciją apie NS ypatybes, pateikti papildomi klausimai, kuriuose prašoma įvertinti tyrimo metu („šiuo momentu“) patiriamo NS stiprumą, dažniausiai patiriamo NS stiprumą per pastaruosius 6 mėnesius ir stipriausią patirtą NS per pastaruosius 6 mėnesius Likerto skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia skausmo nėra, o 10 – nepakeliamas skausmas. Pateikiami tokie klausimai kaip: „Įvertinkite stipriausią patirtą nugaros skausmą per pastaruosius 6 mėnesius, skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia skausmo nėra, o 10 – nepakeliamas skausmas“ ir kt. Be to, kartu su papildomais klausimais buvo surinkta informacija apie respondentų amžių ir lytį (žr. 1 priedas).

Tyrimo dalyvių su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimui naudojamas SF-36 klausimynas – Trumpa sveikatos apklausos forma (angl. *36 – Items Short Form Health Survey*) (Ware & Sherbourne, 1992). Šis klausimynas pasirinktas, nes vertinama asmens subjektyvus savo fizinės ir psichinės sveikatos vertinimas, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir atsispindi 8 sveikatos sritis. Autoriai minėtas 8 sveikatos sritis skirsto į dvi stambesnes kategorijas: psichikos sveikatą ir fizinę sveikatą (Ware & Sherbourne, 1992; Lins, & Carvalho, 2016). Instrumentas yra nemokamai prieinamas, jo autorinės teisės priklauso RAND korporacijai (RAND Health Care, 2021). Lietuvių kalba instrumentas taip pat laisvai prieinamas internete (Staniūtė, 2007) ir papildomas leidimas naudotis instrumentu nėra reikalingas.

Instrumentą sudaro 36 klausimai, apimantys šias sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų, veiklos apribojimą dėl emocinių sutrikimų, socialinius ryšius, emocinę būseną, energingumą / gyvybingumą, skausmą, bendrąjį sveikatos vertinimą bei pateikiamas atskiras klausimas apie sveikatos pokytį vienerių metų bėgyje. Šiame tyrime skausmo subskalė buvo išimta, nes ją sudarantys klausimai yra identiški PIQ-6 esantiems, todėl nebuvo kartojami. Taip pat, remiantis Ware ir Sherbourne (1992) siūlymu bei vėliau atlikta Lins ir Carvalho (2016) ankstesnių tyrimų analize, iš minėtų subskalių buvo sudarytos bendresnės psichinės ir fizinės sveikatos skalės. Psichinės sveikatos skalės suminis balas gautas sudedant energingumas / gyvybingumas, socialinė funkcija, veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų ir emocinė būklė subskales. Fizinės sveikatos skalės balas skaičiuotas sudėjus fizinis aktyvumas, veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų ir

bendra sveikata. Šiame darbe SF – 36 skausmo subskalė nebuvo naudota, tad fizinės sveikatos skalė buvo skaičiuota be jos.

Klausimyno atsakymo variantai pateikti subskalėse, o atsakymo variantai, pagal klausimus, varijuoja nuo Likerto skalių iki „taip“ arba „ne“ pasirinkimų. Kiekvienai iš vertinamų sričių didžiausias galimas balų skaičius – 100. Didesnė balų suma reiškia geresnę tos sveikatos srities būklę. Tiriamiesiems pateikiami tokie klausimai kaip „Apskritai, ar galite sakyti, kad Jūsų sveikata yra“ (pasirinktinai „Puiki / Labai gera / Gera / Nebloga / Bloga“), „<...> teisingas ar klaidingas Jums yra kiekvienas iš šių tvirtinimų: Aš manau, kad mano sveikata blogės“ (pasirinktinai „Tiksliai teisingas / Dažniausiai teisingas / Nesu įsitikinęs / Dažniausiai klaidingas / Tiksliai klaidingas“) ir kt. SF–36 skalės subskalių vidinis suderinamumas yra geras: Cronbach alpha koeficientai šiame tyrime svyruoja nuo 0,71 iki 0,95 (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. *Trumpos sveikatos apklausos formos subskalių ir Skausmo poveikio klausimyno vidinis suderintumas.*

Faktorius / Klausimynas	Cronbach α	
	Lietuviškoji klausimyno versija (Staniūtė, 2007)	Šiame tyrime
Fizinis aktyvumas	0,89	0,95
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	0,81	0,89
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	0,80	0,78
Socialinė funkcija	0,56	0,76
Emocinė būklė	0,79	0,77
Energingumas/gyvybingumas	0,75	0,71
Bendras sveikatos vertinimas	0,71	0,75
Su fizine sveikata susijusi gyvenimo kokybė	-	0,78
Su psichikos sveikata susijusi gyvenimo kokybė	-	0,83

Skausmo įveikos strategijoms įvertinti naudojama Įveikos strategijų klausimynas (CSQ; angl. *The Coping Strategies Questionnaire*) naujausia skausmo įveikos strategijų klausimyno versija (Rosenstiel & Keefe, 1983). Šis klausimynas pasirinktas, dėl tiriamojo paties konstrukto (skausmo įveikų strategijų), išskirtų instrumento subskalių, apimant tiek adaptyvias, tiek neadaptyvias skausmo įveikos strategijas, ir gerų psichometrinių charakteristikų (žr. 3 lentelė). Leidimas naudoti klausimyno Lietuviškąją versiją šiam tyrimui buvo gautas tiesiogiai iš autoriaus Francis J. Keefe, o Lietuviškas

vertimas gautas iš P. Alesiūtės, kurį ji atliko savo baigiamajam magistro darbui (2018). Teiginiai dar kartą peržiūrėti, korekcijų nebuvo atlikta.

Klausimynas turi 48 klausimus, kurie sudaro 7 subskales, o šių kiekviena turi po 6 skalės klausimus. Kiekvieną iš teiginių prašoma įvertinti Likerto skalėje pasirinktinai nuo 0 („Niekada to nedarau“) iki 6 („Visada tai darau“). Atsakymai padeda nustatyti, kuri ilgalaikio skausmo įveikos strategija yra dažniau naudojama. Klausimynas leidžia įvertinti septynias skausmo įveikos strategijas:

1) dėmesio nukreipimas (angl. *Diverting Attention*) – matuoja, kiek skausmą patiriantis asmuo linkęs galvoti apie kitus dalykus, atitraukiančius nuo skausmo. Tam naudojami tokie teiginiai kaip „Bandau galvoti apie kažką malonaus“, „Aš žaidžiu protinius žaidimus su savimi, tam kad atitraukčiau mintis nuo skausmo“ ir pan.

2) Skausmo pojūčių reinterpretavimas (angl. *Reinterpreting Pain Sensations*) – matuoja kiek skausmą patiriantysis linkęs galvoti apie skausmą kaip apie kitokį pojūtį kuris nėra jo kūne. Tam pasitelkiami tokie teiginiai kaip „Aš įsivaizduoju, kad skausmas yra už mano kūno ribų“, „Negalvoju apie tai kaip apie skausmą, bet labiau kaip apie prislopintą / buką ar šiltą pojūtį“ ir pan.

3) Savitaiga (angl. *Coping Self Statements*) – matuoja, kiek žmogus linkęs save įtikinėti, kad gali įveikti skausmą ir gyventi jo netrikdomas. Pateikiami tokie teiginiai kaip „Aš sakau sau būti drąsiu (-ia) ir tęsti nepaisant skausmo“ ir pan.

4) Pojūčių ignoravimas (angl. *Ignoring Sensations*) – matuoja, kiek asmuo linkęs ignoruoti skausmo pojūtį. Subskalę sudaro tokie teiginiai kaip „Aš nekreipiu dėmesio į skausmą“ ir pan.

5) Katastrofizavimas (angl. *Catastrophizing*) – vertina, kiek linkstama išdidinti skausmo pojūtį ir galvoti, kad jis yra nepakeliamas. Pateikiami teiginiai tokie kaip „Jaučiu, kad aš nebegaliu jo pakelti“, „Aš visą laiką nerimauju ar jis [skausmas] praeis“ ir pan.

6) Meldimasis / viltis (angl. *Praying / hoping*) – matuoja, kiek skausmą patiriantis žmogus yra linkęs pasitelkti tikėjimą, kad skausmas praeis, ir tikėjimą Dievu. Šiai subskalei sudaryti naudojami tokie teiginiai kaip „Aš meldžiuosi Dievui, kad tai ilgai netruktų“, „Aš stengiuosi galvoti apie ateinančius metus, kaip viskas bus, kai būsiu atsikratęs skausmo“ ir pan.

7) Veiklumo suaktyvinimas. (angl. *Increase Behavioral Activities*) – vertina, kiek asmuo linkęs užsiimti kitomis veiklomis, kad atitrauktų dėmesį nuo skausmo. Tam naudojami tokie teiginiai kaip „Aš skaitau“, „Aš daug vaikštau“ ir pan.

Kiekvienoje subskalėje galimas suminis balų skaičius yra nuo 0 iki 36, didesnis balas rodo dažnesnį tam tikros įveikos strategijos naudojimą. Du tikslinamieji klausimai vertinami atskirai, o jų kiekvieno galimas balų skaičius nuo 0 iki 6, kur didesnis skaičius reiškia didesnę jaučiamą skausmo kontrolę. Toliau pateikiama subskalių vidinis suderinamumas (žr. 3 lentelę). Cronbach alpha koeficientai lietuviškame variante svyruoja nuo 0,66 iki 0,85. O šiame tyrime – svyruoja nuo 0,77 iki 0,87 ir yra geras.

Taip pat klausimyną papildė 2 tikslinamieji klausimai apie jaučiamo skausmo kontrolę ir jaučiamą galimybę sumažinti skausmą. Šie klausimai nesudaro subskalės ir atsakymai į juos analizuojami atskirai.

3 lentelė. *Skausmo įveikos strategijų subskalių vidinis suderintumas.*

Faktorius	Cronbach α		
	A. K. Rosenstiel ir F. J. Kieefe (1983) tyrime	Lietuviškoji klausimyno versija (Alesiūtė, 2018)	Šiame tyrime
Dėmesio nukreipimas	0,85	0,74	0,86
Skausmo pojūčių reinterpretavimas	0,85	0,82	0,83
Savitaiga	0,72	0,79	0,79
Pojūčių ignoravimas	0,81	0,80	0,81
Meldimasis/Viltis	0,83	0,74	0,82
Katastrofizavimas	0,78	0,85	0,87
Veiklumo suaktyvinimas	0,71	0,66	0,77

Sveikatos kontrolės lokusą įvertinti naudotas – Sveikatos kontrolės lokuso klausimynas (A forma) (MHLIC; angl. *Multidimension Health Locus of Control Scale, Form A*) (Wallston et al., 1978). Metodikos vertimas į lietuvių kalbą buvo atliktas pagal Tarptautinės testų komisijos testų adaptacijos reglamento reikalavimus (cit. iš Petrulytė, Pileckaitė-Markovienė & Lazdauskas, 2007). Instrumentas laisvai prieinamas internete ir juo leidžiama naudotis mokymosi tikslais be papildomo leidimo.

Ši metodika skirta nustatyti skirtingą žmonių požiūrį į su sveikata susijusius klausimus. Klausimyną sudaro 18 klausimų, kurie pasiskirsto atitinkamai po 6 klausimus vienai skalei ir sudaro tris SKL rodiklius:

- 1) Vidinis (angl. *Internality*) – matuoja, kiek tikima, kad sveikatos būklė priklauso nuo vidinių veiksnių bei pastangų. Pateikiami tokie teiginiai kaip: „Jei tinkamai elgsiuosi – būsiu sveikas (-a)“ ir pan.
- 2) Atsitiktinumumas (angl. *Chance*) – matuoja, kiek sveikatos būklė siejama su atsitiktinumais, išoriniais, paties nekontroliuojamais veiksmais. Pateikiami teiginiai tokie kaip: „Jei bus lemta – būsiu sveikas (-a)“ ir pan.
- 3) Kitų poveikis (angl. *Powerful others*) – matuoja, kiek tikima, kad sveikatos būklė priklauso nuo kitų reikšmingų asmenų, ypač specialistų ir šeimos narių. Pateikiami tokie teiginiai kaip: „Šeima turi daug įtakos mano sveikatai“ ir pan.

Kiekvienas klausimas vertinamas Likerto skalėje pasirinktinai nuo 1 (“Visiškai nesutinku“) iki 6 (“Visiškai sutinku“). Kiekvienos subskalės suminis įvertis gali būti nuo 6 iki 36. Didesnis įvertis rodo didesnę atitinkamą SKL. Trijų subskalių taškai nėra sumuojami į vieną bendrą rezultatą. Kiekviena iš subskalių parodo, kiek tvirtai asmuo yra įsitikinęs tam tikru kontrolės aspektu: didesni balai subskalėje atspindi didesnę tikėjimą. Lietuviško skalės varianto Cronbach alpha koeficientas svyruoja nuo 0,69 iki 0,78 (Žutautienė, 2004), tuo tarpu šiame tyrime – nuo 0,72 iki 0,83 (žr. 4 lentelė) ir yra pakankamai aukštas.

4 lentelė. Sveikatos kontrolės lokuso klausimyno (A forma) subskalių vidinis suderintumas.

Faktorius	Cronbach α
	Šiame tyrime
Vidinė	0,83
Atsitiktinumas	0,72
Kitų poveikis	0,73

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimas buvo atliktas nuo 2020 metų lapkričio mėnesio iki 2021 metų kovo mėnesio. Sudaryta anketa buvo patalpinta internetinėje erdvėje veikiančiose grupėse, kuriose nugaros skausmo problema, tikėtina, buvo paplitusi. Anketa užpildyti buvo kviečiami įvairaus amžiaus pilnamečiai asmenys, kurie per paskutinius 6 mėnesius nurodė patyrę ilgalaikį varginantį nugaros skausmą (apklausoje dalyvavusieji nebūtinai turėjo gydytojo diagnozuotą lėtinį nugaros skausmą). Ilgalaikis nugaros skausmas nebuvo tiksliai apibrėžtas laikotarpiu, taip siekiant, kad patys tiriamieji įvertintų, ar savo patiriamą NS laiko ilgalaikiu ir varginančiu. Tyrimo metu naudota sudaryta anoniminė anketa lietuvių kalba, kurią tyrimo dalyviai užpildė internetu. Anketai pildyti reikalingas laikas nuo 20 iki 30 minučių.

2.4. Duomenų analizė

Tyrimo metu gauti rezultatai buvo analizuojami su „IBM SPSS 20“ statistine programa. Atlikus pradinę statistinę duomenų apžvalgą, aprašomąją statistiką, įvertinti kintamųjų duomenų linijiniai ryšiai ir pasitelkus asimetriškumo koeficientą (angl. *Skewness*), Šapiro ir Vilko (angl. *Shapiro-Wilk*) ir Kolmogorovo-Smirnovo (angl. *Kolmogorov-Smirnov*) testus, histogramą bei Q – Q grafiką (angl. *Q – Q Plot*), nustatyta, kad beveik visi duomenys pasiskirstę normaliai. Normalumo kriterijaus neatitiko tik skalė matavusi stipriausią patirtas NS per pastaruosius 6 mėnesius. Tam, kad duomenų analizei būtų galima naudoti norimus kriterijus, skirtus normaliai pasiskirsčiusiems duomenims, ši skalė buvo transformuota.

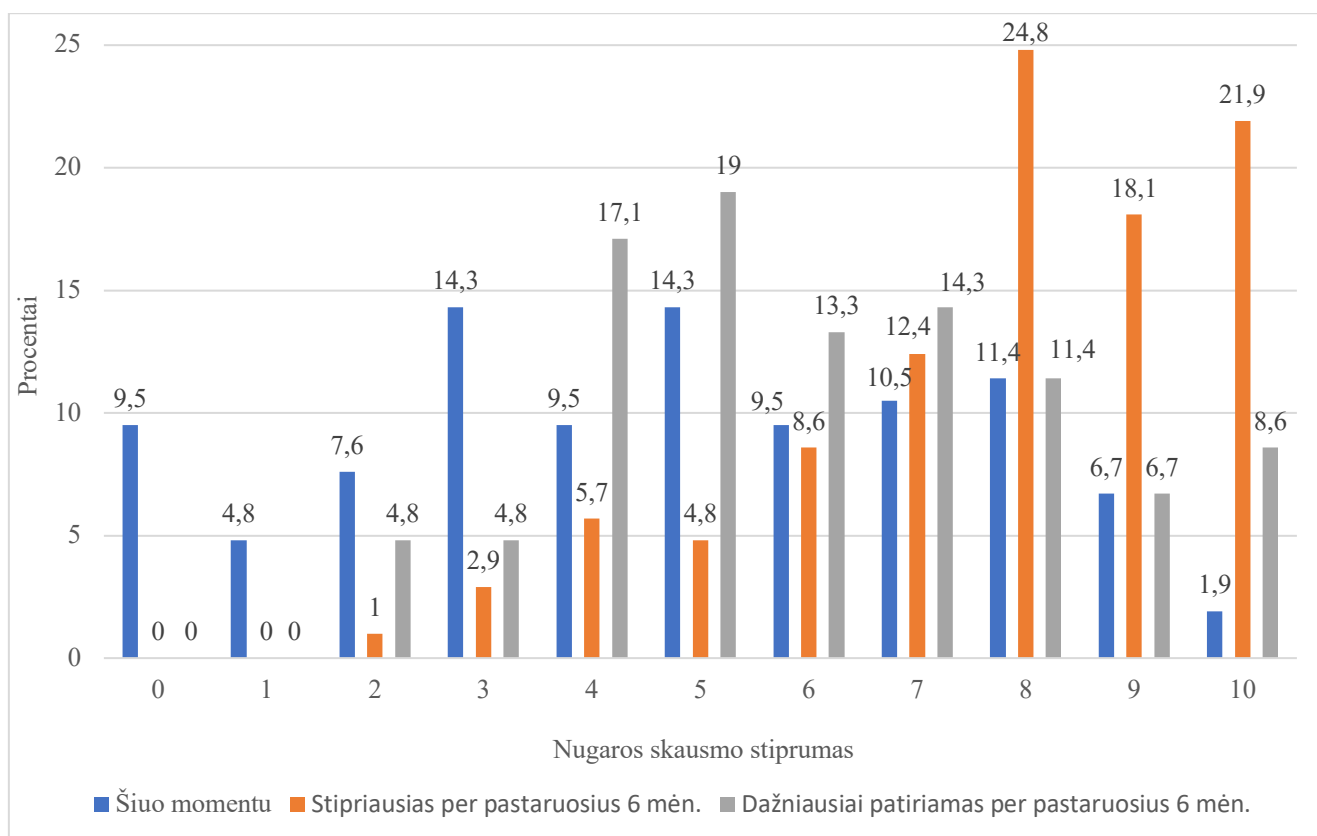
Tyrimo duomenims analizuoti buvo naudota: vidurkių palyginimui – Stjudento t – testas nepriklausomoms imtims, blokuotų duomenų ANOVA ir vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA); ryšiams nustatyti – Pearsono koreliacija ir tiesinė regresinė analizė; skirstant į grupes pagal matuotus kintamuosius naudota Hierarchinė ir K – vidurkių klasterizacija. Taip pat Faktorinė analizė pasitelkta norint subskales suskirstyti į skales.

3. REZULTATAI

3.1. Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų skausmo ypatumai

Pirmajame uždavinyje siekta įvertinti ilgalaikio NS ypatumus, t.y. skausmo trukmę, dažnumą, stiprumą ir NS poveikį asmens kasdieniam funkcionavimui, atsižvelgiant į respondentų lytį ir amžių. NS trukmei, dažnumui ir stiprumui įvertinti naudoti atskiri klausimai, o skausmo poveikiui – PIQ-6 klausimyno įvertis.

Iš pateiktų duomenų (žr. 2 priedą) matoma, kad 4,8 proc. ($n = 5$) respondentų bendrai nuo NS kenčia nuo 3 iki 6 mėnesių, 9,5 proc. ($n = 10$) – nuo 6 mėnesių iki 1 metų ir 85,7 proc. ($n = 90$) tyrimo dalyvių su ilgalaikiais NS gyvena ilgiau nei vienerius metus. Kalbant apie dažnumą, 74,3 proc. ($n = 78$) – ilgalaikį NS per paskutinius 6 mėnesius patyrė dažnai, beveik nuolatos arba nuolatos. Tuo tarpu 24,7 proc. ($n = 26$) – mažiau nei pusę laiko arba kartais. Be to, surinkti duomenys rodo, kad labiausiai varginantį nugaros skausmą per pastaruosius 6 mėnesius iki 7 dienų patyrė 39,1 proc. ($n = 41$) tyrimo dalyvių, nuo 1 iki 4 savaitių – 5,7 proc. ($n = 6$), o 55,3 proc. ($n = 58$) tiriamųjų – daugiau nei 1 mėnesį.



1 pav. Nugaros skausmo stiprumas: tyrimo metu („šiuo momentu“), stipriausias patirtas ir dažniausiai patiriamas per pastaruosius 6 mėnesius

Vertinant tiriamųjų NS stiprumą skalėje nuo 0 (skausmo nėra) iki 10 (nepakeliamas skausmas), tyrimo atlikimo metu NS stiprumo vidurkis 4,73 balo ($SD = 2,75$, $Md = 5$), stipriausio patirto per paskutinius 6 mėnesius vidurkis 7,75 balo ($SD = 1,98$, $Md = 8$), o dažniausiai patirto per paskutinius

6 mėnesius vidurkis 6,05 balo ($SD = 2,16$, $Md = 6$). Taip pat iš 1 paveikslo galima matyti, kad stipriausio ir dažniausio per paskutinius 6 mėnesius NS intervalas svyruoja nuo 2 iki 10, o tyrimo metu patirto NS – nuo 0 iki 10. Be to, įvertinus skausmo poveikį asmens kasdieniam funkcionavimui, įverčiai svyruoja nuo 40 iki 78 balų, vidurkis 60,65 ($SD = 9,30$, $Md = 60$).

Pritaikius blokuotų duomenų ANOVA nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp visų minėtų trijų skausmo vertinimų ($F = 113,18$, $df = 2$, $p < 0,001$,). Tyrimo metu respondentai nurodo, kad jų skausmas statistiškai reikšmingai mažesnis nei dažniausiai patirtas ir stipriausias per pastaruosius 6 mėnesius, o dažniausiai patirtas NS per paskutinius 6 mėnesius statistiškai reikšmingai didesnis už tyrimo metu nurodytą, bet kiek mažesnis už stipriausią patirtą NS per pastaruosius 6 mėnesius.

Pritaikius Stjudento t – testą nepriklausomoms imtims buvo įvertinti skausmo ypatumų skirtumai tarp vyrų ir moterų. Iš 5 – tos lentelės galima matyti, kad moterys statistiškai reikšmingai nurodo didesnę stipriausią patirtą NS ir didesnę dažniausiai patiriamą NS per paskutinius 6 mėnesius lyginant su vyrais. Taip pat, pasitelkus Stjudento t – testą nepriklausomoms imtims buvo lyginamas skausmo poveikis. Nustatyta, kad vyrai ir moterys pagal NS poveikį statistiškai reikšmingai skiriasi. Moterys vidutiniškai surinko daugiau balų vertindamos neigiamą NS poveikį nei vyrai. Tačiau svarbu paminėti, kad nors buvo nustatyta statiškai reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų, tačiau šiame tyrime vyrų grupę sudarė mažuma tiriamųjų (16,2 proc.), todėl šiuos skirtumus tarp vyrų ir moterų reikėtų interpretuoti atsargiai.

5 lentelė. NS stiprumo patyrimo skirtumai tarp vyrų ir moterų.

NS ypatumai	Vyrai (n = 17)	Moterys (n = 88)	t	df	p
	<i>M (±SD)</i>				
Šiuo momentu patiriamas nugaros skausmo stiprumas	3,71 (2,64)	4,93 (2,64)	-1,70	103	0,093
Stipriausias patirtas nugaros skausmą per pastaruosius 6 mėnesius	6,76 (1,92)	7,94 (1,94)	-2,30	103	0,024
Dažniausiai patiriama skausmo stiprumas per pastaruosius 6 mėnesius	4,88 (1,62)	6,27 (2,19)	-2,49	103	0,015
Skausmo poveikis	54,59 (10,11)	61,82 (8,72)	-3,05	103	0,003

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Pritaikius Stjudento t – testą įvertinti NS ypatumų skirtumus tarp jaunesnių ir vyresnių tyrimo dalyvių gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tik vertinant NS poveikį (žr. 3 priedas). Jaunesni tyrimo dalyviai, nuo 20 iki 39 metų, ir vyresni tiriamieji, nuo 40 iki 63 metų, patiriamą NS poveikį kasdieniam funkcionavimui nurodo skirtingą. Didesnę neigiamą NS poveikį jaučia vyresniųjų grupei priskirti tyrimo dalyviai. Lyginant grupes pagal kitus NS ypatumus (NS stiprumą tyrimo metu,

dažniausiai patiriamą ir stipriausią patirtą NS per pastaruosius 6 mėnesius) – statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta. O tai rodo, kad pagal kitus vertintus NS stiprumo patyrimus jaunesni ir vyresni respondentai nesiskiria ir vidutiniškai NS stiprumą vertina panašiai.

Siekiant išsamiau suprasti amžiaus ir NS poveikį skirtingo amžiaus tiriamiesiems, buvo pritaikyta Pearsono koreliacija. Nustatyta, kad tyrimo dalyvių amžius statistiškai reikšmingai koreliuoja su skausmo poveikiu ($r = 0,22, p = 0,024$). Nors gautas ryšys nėra stiprus, tačiau jis rodo, kad vyresnio amžiaus tiriamieji nurodo didesnę neigiamą NS poveikį kasdieniam funkcionavimui.

3.2. Ilgalaičių nugaros skausmą patiriančių asmenų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir jos sąsajos su skausmo ypatumais

Antrame uždavinyje siekta įvertinti ilgalaičių NS patiriančių asmenų su sveikata susijusios GK aspektų ryšius su skausmo ypatumais. Iš duomenų pastebima (žr. 4 priedas), kad vidutiniškai geriausiai įvertinta gyvenimo sritis – fizinis aktyvumas ($M = 56,90, SD = 30,79$), o prasčiausiai – veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų ($M = 42,86, SD = 42,56$). Taip pat gautas žemas sveikatos pokyčio įvertintas ($M = 39,76, SD = 27,89$), kuris buvo matuojamas atskiru klausimu.

Siekiant išsiaiškinti, ar skiriasi su fizine ir psichine sveikata susijusios GK vertinimas tarp amžiaus grupių, buvo pritaikytas Stjudento t – testas nepriklausomoms imtims. Duomenys parodė, kad jaunesni ir vyresni respondentai pagal su psichine sveikata susijusios GK vertinimą nesiskiria ($t = 1,10, df = 96, p = 0,272$), tačiau vyresni nurodo statistiškai reikšmingai prastesnę su fizine sveikata susijusią GK ($M = 39,78, SD = 26,39$) lyginant su jaunesniais ($M = 55,57, SD = 25,74, t = 3,07, df = 96, p = 0,003$). Tai rodo, kad nors su psichine sveikata susijusi GK tyrime dalyvavusių asmenų vertinama panašiai nepaisant amžiaus, tačiau vyresniųjų grupei priskirti asmenys savo su fizine sveikata susijusią GK suvokia kaip blogesnę.

Pritaikius Pearsono koreliaciją nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai su visomis su sveikata susijusiomis GK sritimis ir NS ypatumais. Iš pateiktos 6 lentelės galime matyti, kad vertintas skausmo poveikis, kuris yra priskiriamas vienam iš su sveikata susijusios GK aspektų, stipriai siejasi su visomis kitomis su sveikata susijusiomis GK sritimis. Statistiškai reikšmingi ryšiai rodo, kad patiriant didesnę neigiamą skausmo poveikį, kitos su sveikata susijusios GK sritys taip pat nustatomos žemesnės, t.y. rodo prastesnę asmens funkcionavimą ir pasitenkinimą.

Taip pat nustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos ir su kitais vertintais NS ypatumais. Gautos neigiamos koreliacijos pažymi, kad didesnis NS siejasi su žemesne atitinkamos srities respondento su sveikata susijusia GK. Įvertinus duomenis pateiktoje 6 – joje lentelėje galime matyti, kad stipriausios koreliacijos, po jau minėtų ryšių su skausmo poveikiu, nustatytos su tyrimo metu jaučiamu NS („Šiuo momentu patiriamas nugaros skausmo stiprumas“) ir su išskirtomis su sveikata susijusiomis GK sritimis.

6 lentelė. *Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės subskalių ir NS ypatumų koreliacijos koeficientai*

Su sveikata susijusi GK subskalės	NS ypatumai			
	Skausmo poveikis	Šiuo momentu patiriamas nugaros skausmo stiprumas	Stipriausias patirtas nugaros skausmą per pastaruosius 6 mėnesius	Dažniausiai patiriamo skausmo stiprumas per pastaruosius 6 mėnesius
Fizinis aktyvumas	-0,77***	-0,66***	-0,52***	-0,62***
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	-0,71***	-0,52***	-0,46***	-0,51***
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	-0,66**	-0,47***	-0,34***	-0,41***
Socialinė funkcija	-0,79***	-0,48***	-0,43***	-0,45**
Emocinė būklė	-0,63***	-0,32***	-0,21*	-0,22*
Energingumas/ gyvybingumas	-0,68***	-0,32**	-0,27**	-0,31**
Bendras sveikatos vertinimas	-0,68***	-0,43***	-0,35***	-0,35**
Skausmo poveikis	-	0,61***	0,51***	0,56***

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

3.3. Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų skausmo įveikos strategijos ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

Trečiojo uždavinio tikslas buvo įvertinti tyrimo dalyvių naudojamų NS įveikos strategijų ir su sveikata susijusios GK aspektų sąsajas. Šiems ryšiams geriau suprasti atsižvelgiama ir į Skausmo įveikos strategijų klausimyno du papildomus klausimus apie suvoktą skausmo kontrolę: jaučiamą skausmo kontrolę ir jaučiamą galimybę sumažinti skausmą.

Apžvelgus respondentų naudojamas NS įveikos strategijas matoma, kad vidutiniškai dažniausiai naudojama strategija yra savitaiga ($M = 19,29$, $SD = 7,24$), o rečiausiai naudojama – skausmo pojūčių reinterpretavimas ($M = 11,65$, $SD = 7,88$) (žr. 5 priedas).

Pritaikius Pearsono koreliaciją, nustatant skausmo įveikos strategijų ryšius su suvokta NS kontrole, nustatyta statistiškai reikšmingos sąsajos su katastrofizavimo strategija. Duomenys rodo, kad dažniau naudojamas katastrofizavimas kaip NS įveikos strategija statistiškai reikšmingai susijęs su mažesne jaučiama skausmo kontrole ($r = -0,23$, $p = 0,022$) ir mažesne jaučiama galimybe sumažinti skausmą ($r = -0,32$, $p = 0,001$). Kitų statistiškai reikšmingų ryšių su kitomis vertintomis skausmo įveikos strategijomis ir jaučiama skausmo kontrole bei galimybe sumažinti skausmą nebuvo nustatyta.

Taip pat buvo taikyta Pearsono koreliacija nustatyti ryšiams tarp su sveikata susijusios GK ir NS įveikos strategijų bei suvoktos skausmo kontrolės (žr. 7 lentelę). Stipriausios statistiškai reikšmingos sąsajos nustatytos tarp visų vertintų su sveikata susijusių GK sričių ir su skausmo įveikos strategija

katastrofizavimu: silpniausias katastrofizavimo ryšys su energingumas / gyvybingumas subskale, o stipriausias – su fizinis aktyvumas. Gautos neigiamos koreliacijos rodo, kad atitinkamai su sveikata susijusiai GK sričiai esant prastesnei, daugiau pastebima ir NS katastrofizavimo. Tuo tarpu ryšių tarp su sveikata susijusios GK aspektų ir skausmo įveikos strategijų savitaiga bei pojūčių reinterpretavimas – nebuvo nustatyta.

Taikyta Pearsono koreliacija parodė, kad statistiškai reikšmingi ryšiai egzistuoja tarp beveik visų su sveikata susijusios GK sričių ir jaučiamos NS kontrolės bei jaučiamos galimybės sumažinti NS (žr. 7 lentelę). Taip pat, šie du kintamieji statistiškai reikšmingai susiję su skausmo poveikiu: esant didesnei jaučiamai NS kontrolei ir galimybei sumažinti NS, skausmo neigiamas poveikis asmens kasdienybei – mažesnis.

7 lentelė. *Skausmo įveikos strategijų ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės subskalių koreliacijos koeficientai*

	Skausmo poveikis	Fizinis aktyvumas	Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	Socialinė funkcija	Emocinė būklė	Energingumas/gyvybingumas	Bendras sveikatos vertinimas
Dėmesio nukreipimas	0,42***	-0,36***	-0,33***	-0,38***	-0,34***	-0,24*	-0,19	-0,30**
Skausmo pojūčių reinterpretavimas	0,27**	-0,34***	-0,29**	-0,28**	-0,37***	-0,23*	-0,22*	-0,29**
Savitaiga	0,08	-0,06	-0,13	-0,06	-0,03	0,03	-0,02	-0,04
Pojūčių ignoravimas	0,08	-0,11	-0,12	-0,13	-0,05	0,00	-0,05	-0,01
Meldimasis/Viltis	0,51***	-0,47***	-0,49***	-0,46***	-0,46***	-0,32***	-0,39***	-0,41***
Katastrofizavimas	0,60***	-0,63***	-0,57***	-0,52***	-0,62***	-0,52***	-0,51***	-0,59***
Veiklumo suaktyvinimas	0,22*	-0,21*	-0,19	-0,22*	-0,14	-0,14	-0,09	-0,26**
Jaučiama skausmo kontrolė	-0,36***	0,32**	0,38***	0,26**	0,34***	0,19	0,32**	0,24*
Jaučiama galimybė sumažinti skausmą	-0,39***	0,41***	0,45***	0,29**	0,33***	0,26**	0,30**	0,23*

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

3.4. Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų sveikatos kontrolės lokusas ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

Ketvirtojo uždavinio tikslas buvo įvertinti ilgalaikį NS patiriančių asmenų SKL ir su sveikata susijusios GK aspektų ryšius. Pritaikius blokuotų duomenų ANOVA ir Bonferoni testą gauta, kad ne visi SKL kad vienodai populiarūs tarp tyrimo dalyvių. Nustatyta, kad statistiškai reikšmingai skiriasi visų trijų SKL vidurkiai ($p < 0,001$): dominuoja vidinė SKL ($M = 23,54$ $SD = 6,34$), o mažiausiai pasikliaujama atsitiktinumų SKL ($M = 17,10$ $SD = 5,41$) (žr. 6 priedas).

Pritaikius Pearsono koreliaciją ryšiams tarp SKL ir su sveikata susijusios GK subskalių, nustatyta daugiausiai statistiškai reikšmingų ryšių tarp su sveikata susijusios GK subskalių ir vidinio SKL (žr. 8 lentelė). Rasta, kad esant aukštesniam vidiniam SKL žemesnis fizinis aktyvumas, labiau ribojama veikla dėl fizinių negalavimų, tačiau skausmo poveikis yra mažesnis, bendras sveikatos vertinimas geresnis, geresnė socialinė funkcija ir kt. Tuo tarpu didesnis pasikliovimas atsitiktinumų SKL statistiškai reikšmingai siejasi su prastesniu bendru sveikatos vertinimu, prastesne socialine funkcija, fiziniu aktyvumu ir kt. Didesni balai gauti kitų poveikio subskalėje labiausiai siejasi su prastesne emocine būkle, veiklos apribojimu dėl emocinių ir fizinių sunkumų ir kt. Iš pateiktos 8 lentelės galime matyti, kad vidinis SKL nesisieja tik su veiklos apribojimu dėl emocinių negalavimų, kitų poveikio SKL nėra statistiškai reikšmingai susijęs su skausmo poveikio skale ir energingumas / gyvybingumas subskale, o atsitiktinumų SKL – su keletu su sveikata susijusios GK aspektų.

8 lentelė. Sveikatos kontrolės lokuso ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės subskalių koreliacijos koeficientai

	Skausmo poveikis	Fizinis aktyvumas	Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	Socialinė funkcija	Emocinė būklė	Energingumas / gyvybingumas	Bendras sveikatos vertinimas
Vidinis	-0,32***	-0,33***	-0,27**	0,18	0,30**	0,29**	0,26**	0,31**
Atsitiktinumai	0,15	-0,21*	-0,14	-0,21*	-0,22*	-0,14	-0,07	-0,26**
Kitų poveikio	0,18	-0,21*	-0,25*	-0,25**	-0,22*	-0,26**	-0,18	-0,24*

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

Galiausiai pasitelkus Pearsono koreliaciją nustatyta, kad egzistuoja ryšys tarp vidinio SKL ir su fizine ($r = 0,34$ $p < 0,001$) bei psichine ($r = 0,29$ $p = 0,003$) sveikata susijusiomis GK skalėmis (žr. 7 priedas). Teigiamas ryšys rodo, kad labiau išreikštu vidiniu SKL pasižymintys asmenys taip pat nurodo aukštesnę tiek su fizine, tiek su psichine sveikata susijusią GK. Tuo tarpu turintys labiau

išreikštą kitų poveikio ir atsitiktinumų SKL pasižymi statistiškai reikšmingu neigiamu ryšiu su psichine ir fizine sveikata susijusios GK skalėmis.

3.5. Ilgalaičių nugaros skausmą patiriančių asmenų sveikatos kontrolės lokuso ir naudojamų skausmo įveikos strategijų ryšiai

Penktuoju tyrimo uždaviniu buvo siekta nustatyti sąsajas tarp ilgalaičių nugaros skausmą patiriančių asmenų SKL ir naudojamų skausmo įveikos strategijų. Pritaikius Pearsono koreliaciją nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai tarp SKL ir skausmo įveikos strategijų subskalių. Iš 9 lentelės matome, kad vidinis SKL statistiškai reikšmingai siejasi tik su katastrofizavimu: surinkę didesnę vidinio SKL įvertį tyrimo dalyviai yra mažiau linkę į NS katastrofizavimą. Su katastrofizavimu statistiškai reikšmingai siejasi ir atsitiktinumų bei kitų poveikio SKL subskalės, tačiau čia didesnis minėtų SKL subskalių įvertis siejasi su didesniu polinkiu į katastrofizavimą, t.y. daugiau katastrofizuojantys asmenys nurodo labiau pasikliaujantys atsitiktinumų ir / arba kitų poveikio SKL. Tad galima teigti, kad katastrofizavimo balui didėjant, didėja pasiklovimas atsitiktinumų ir kitų poveikio SKL, o didėjant vidiniam SKL – katastrofizavimo įveikos strategijos naudojimas mažėja.

Taip pat atsitiktinumų ir kitų poveikio SKL subskalių statistiškai reikšmingas ryšys randamas ir su dėmesio nukreipimo, skausmo pojūčio reinterpretavimo bei meldimosi / viltis skausmo įveikos strategijų subskalėmis, kuomet dažnesnis minėtų įveikų naudojimas siejasi su polinkiu daugiau pasikliauti atsitiktinumų ir / arba kitų poveikio SKL.

9 lentelė. Sveikatos kontrolės lokuso ir skausmo įveikos strategijų subskalių koreliacijos koeficientai

Skausmo įveikos strategijų subskalės ir papildomi klausimai	SKL subskalės		
	Vidinis	Atsitiktinumas	Kitų poveikio
Dėmesio nukreipimas	-0,02	0,27**	0,20*
Skausmo pojūčių reinterpretavimas	-0,05	0,34***	0,20*
Savitaiga	0,18	0,20*	0,04
Pojūčių ignoravimas	0,08	0,17	-0,05
Meldimasis/Viltis	-0,14	0,32**	0,33***
Katastrofizavimas	-0,20*	0,34***	0,43***
Veiklumo suaktyvinimas	0,07	0,26**	0,12
Jaučiama skausmo kontrolė	0,13	-0,15	-0,11
Jaučiama galimybė sumažinti skausmą	0,18	-0,07	-0,15

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

3.6. Ilgalaikį nugaros skausmą patiriančių asmenų skausmo įveikos strategijų, sveikatos kontrolės lokuso ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ryšiai

Šeštuoju tyrimo uždaviniu siekta nustatyti ilgalaikį NS patiriančių asmenų grupes, pagal jų naudojamas skausmo įveikos strategijas, SKL ir su sveikata susijusios GK rodiklius. Šiam tikslui pasiekti pirmiausiai buvo pasitelkta tiriančioji faktorinė analizė, kuri padėjo sugrupuoti skausmo įveikos strategijų subskales į dvi skales: adaptyvias ir neadaptyvias skausmo įveikos strategijas. Vėliau, pritaikius K – vidurkių klasterizaciją, tyrimo dalyviai pagal naudojamas skausmo įveikos strategijas, su sveikata susijusių GK ir SKL suskirstyti į grupes (klasterius).

Pasitelkus tiriamąją faktorių analizę skausmo įveikos strategijų subskalėms sugrupuoti, išskirtos dvi skalės: adaptyvios ir neadaptyvios skausmo įveikos strategijos (KMO = 0,76, duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 71,93). Atkreipiamas dėmesys, jog skausmo įveikos strategijų subskalės skausmo reinterpretavimas ir dėmesio nukreipimas pagal faktorių svorius persidengia su abiem išskirtais faktoriais (žr. 8 priedas). Įvertinus 4 faktorių variantą (KMO = 0,76, duomenų sklaidos paaiškinamumo procentas 88,31) gauta, jog dėmesio nukreipimas ir veiklos suaktyvinimas sudaro vieną faktorių, o skausmo pojūčių reinterpretavimo – atsiskiria į atskirą faktorių (žr. 9 priedas). Įvertinus skausmo reinterpretavimo subskalės turinio reikšmingumą, sudarant faktorius nuspręsta jos atsisakyti. Tuo tarpu remiantis Keefe ir kolegų (1997) darbu bei Higuchi (2020) atlikta skausmo įveikos strategijų analize, dėmesio nukreipimo įveika buvo priskirtas prie adaptyvių strategijų. Galiausiai sudarytos dvi naujos skausmo įveikos strategijų skalės:

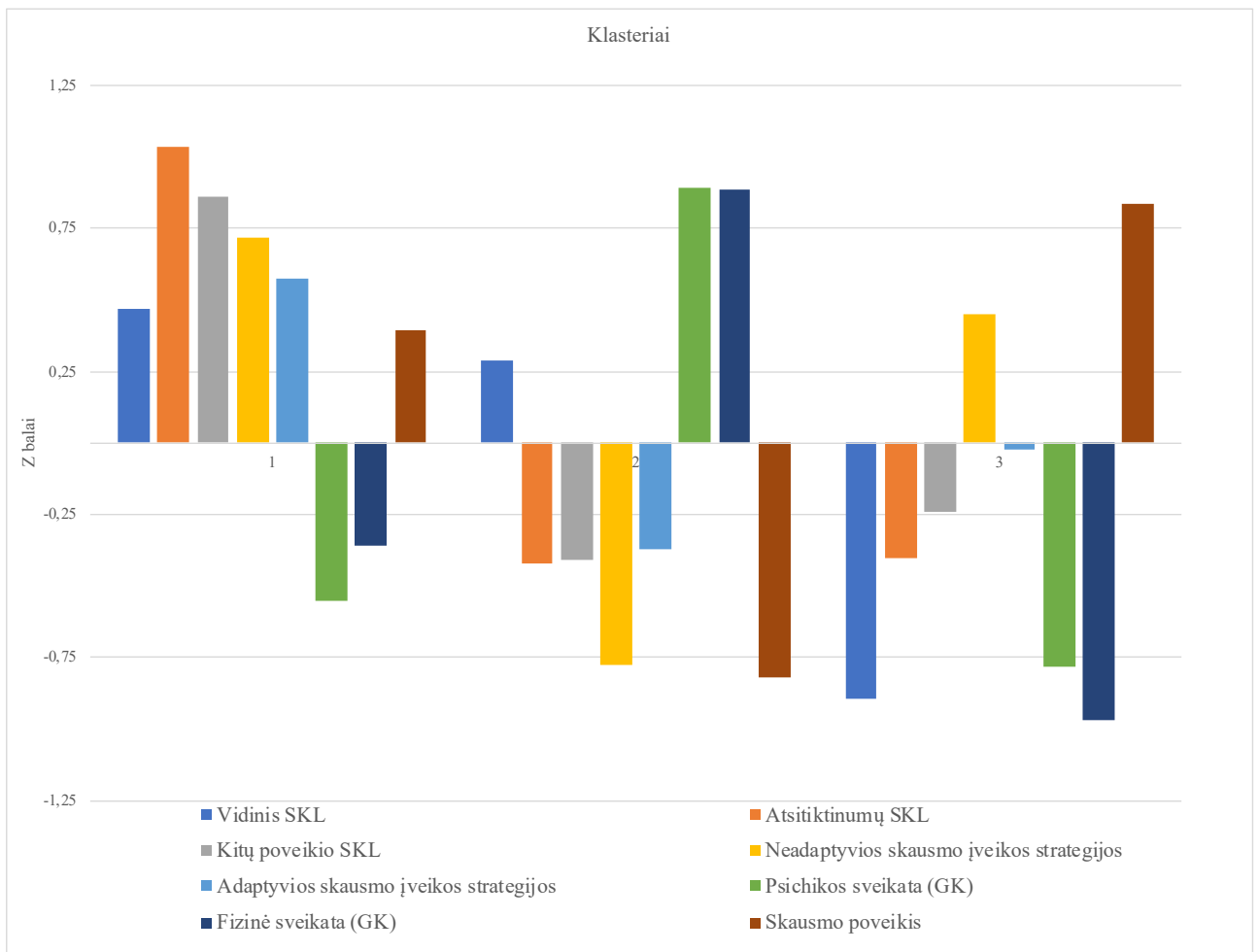
- adaptyvios skausmo įveikos strategijos, sudarytos iš savitaigos, pojūčių ignoravimo, veiklumo suaktyvinimo ir dėmesio nukreipimo.
- Neadaptyvios skausmo įveikos strategijos, sudarytos iš meldimosi / vilties ir katastrofizavimo.

Siekiant detaliau išnagrinėti paririamos skausmo, jo įveikos strategijų, SKL ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas, pasitelkta į asmenį orientuota prieiga (angl. *person-oriented approach*), t.y. atlikta klasterinė analizė. Šioje analizėje, skausmo įveikos strategijoms atspindėti naudojamos išskirtos adaptyvių ir neadaptyvių skausmo įveikos strategijų skalių balai, su sveikata susijusiai GK – išskirtos su fizine sveikata susijusios GK ir su psichikos sveikata susijusios GK skalės, o SKL – jau minėtos vidinio, atsitiktinumų ir kitų poveikio SKL subskalės. Naudojant Hierarchinę klasterizaciją ir remiantis gauta dendograma nuspręsta visus respondentus suskirstyti į tris klasterius. Pasitelkus K – vidurkių klasterizaciją respondentai suskirstyti į tris klasterius, kurių duomenys pateikti 2 – jame paveiksle. Išanalizavus gautus duomenis šios trys grupės, pagal gautus standartinius balus, suskirstytos ir pavadintos taip:

- 1 grupė – *išorės kontroliuojami veiklieji* ($n = 30$) – šie respondentai labiausiai tiki, kad jų sveikatos būklė priklauso nuo atsitiktinumų ir pačių nekontroliuojamų veiksnių bei kitų

reikšmingų žmonių, ypač gydančių specialistų ir šeimos narių. Tačiau taip pat stipriai tiki, kad jų sveikatos būklė priklauso ir nuo pačių veikslių bei pastangų. Šiai grupei priskirti asmenys naudoja daug įvairių skausmo įveikos strategijų, bet daugiau tų, kurios priskiriamos neadaptivoms. Svarbu paminėti, kad jų su sveikata susijusios GK balai žemi, o su psichikos sveikata susijusi GK prastesnė už su fizine sveikata susijusią. Neigiamas skausmo poveikis kasdieniam funkcionavimui – aukštesnis, lyginant su visų respondentų vidurkiu.

- 2 grupė – *patenkinti skausmo nepaveiktieji* ($n = 45$) – gan stipriai tiki, kad nuo jų pačių veikslių priklauso sveikatos būklė ir nėra linkę manyti, kad jų sveikata priklauso nuo atsitiktinumų ar kitų poveikio. Tuo pačiu, lyginant su vidurkiu, naudoja mažai įveikos strategijų, ypač priskiriamų neadaptivoms. Šių tiriamųjų su sveikata susijusi GK, tiek su psichikos sveikata susijusi, tiek su fizine, – aukšta. Ši grupė pasižymi itin žemu skausmo poveikiu jų kasdieniam funkcionavimui.
- 3 grupė – *savimi netikintys kenčiantys katastrofai* ($n = 30$) – visiškai nėra linkę pasikliauti vidiniu SKL ir kiek mažiau nei vidurkis tiki kad jų būklė gali priklausyti nuo atsitiktinumų ar reikšmingų kitų. Naudoja nemažai neadaptivių skausmo įveikos strategijų ir pasižymi žema su fizine ir su psichine sveikata susijusiomis GK sritimis bei patiria itin didelį neigiamą skausmo poveikį savo kasdieniam funkcionavimui.



2 pav. Tyrimo dalyvių suskirstymas į klasterius pagal SKL, skausmo įveikos strategijas, su sveikata susijusių GK (fizinė ir psichikos sveikata) bei skausmo poveikį.

Siekiant geriau suprasti K – vidurkių klasterizacijos metodu išskirtų grupių ypatumus, pasitelkta vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA) ir vertinta, ar yra skirtumas tarp grupių pagal patirtą NS tyrimo metu, stipriausią patirtą NS ir dažniausiai patiriamą NS (žr. 10 lentelė). Iš duomenų matoma, kad 2 grupė, *patenkinti skausmo nepaveiktieji*, statistiškai reikšmingai nurodo patiriantys mažiausiai skausmo tiek klausimyno pildymo metu, tiek statistiškai reikšmingai nurodo žemesnius balus stipriausio ir dažniausiai patiriamo NS per pastaruosius 6 mėnesius. Tuo tarpu 3 grupė, *savimi netikintys kenčiantys katastrofai*, nurodo statistiškai reikšmingai didžiausius balus, lyginant jų skausmo patyrimą su kitomis dviem grupėmis.

10 lentelė. NS ypatumų vidurkių palyginimas tarp K – vidurkių klasterizacijos metodu išskirtų grupių

NS ypatumai	1 grupė	2 grupė	3 grupė	F	df	p
	M (\pm SD)	M (\pm SD)	M (\pm SD)			
Šiuo momentu patiriamas nugaros skausmo stiprumas	5,63 (2,71)	3,09 (2,16)	6,30 (2,28)	19,69	2	< 0,001
Stipriausias patirtas nugaros skausmą per pastaruosius 6 mėnesius	7,70 (1,93)	6,93 (2,07)	9,03 (1,00)	12,43	2	< 0,001
Dažniausiai patiriamo skausmo stiprumas per pastaruosius 6 mėnesius	6,77 (1,89)	4,91 (1,87)	7,03 (2,09)	13,65	2	< 0,001

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Taip pat šios trys grupės, naudojant vienfaktorinę dispersinę analizę (ANOVA), buvo palygintos pagal tai, kiek jaučia, kad gali kontroliuoti ir sumažinti NS (žr. 10 priedas). Nustatyta, kad grupės statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0,01$): daugiausiai kontrolės ir galimybės sumažinti NS jaučia patenkinti skausmo nepaveiktieji, o mažiausiai – savimi netikintys kenčiantys katastrofai.

Galiausiai pritaikius tiesinę regresiją nustatant, ar NS poveikis gali priklausyti nuo skausmo įveikos strategijų ir išreikšto SKL, rastas statistiškai reikšmingas ryšys, bet ne visi kintamieji sudarytame modelyje buvo svarbūs (žr. 11 priedas). Iš modelio pašalinus statistiškai nereikšmingus kintamuosius (atsitiktinumų ir kitų poveikio SKL), nustatyta, kad NS poveikis statistiškai reikšmingai susijęs su vidiniu SKL ir neadaptyvios skausmo įveikos strategijomis (žr. 11 lentelė). Remiantis patobulintu modeliu matoma, kad didėjant neadaptyvių skausmo įveikos strategijų naudojimui ir mažėjant pasiklovimu vidiniu SKL, neigiamas NS poveikis kasdieniam funkcionavimui – didėja.

11 lentelė. NS poveikio kasdieniam funkcionavimui veiksniai

Nepriklausomi kintamieji	β	Priklausomas kintamasis		
		F	p	R ²
Vidinis SKL	-0,21	40,07	< 0,001	0,43
Neadaptyvios skausmo įveikos strategijos	0,59			

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

REZULTATŲ APTARIMAS

Ilgalaikis NS yra aktuali ir plačiai paplitusi sveikatos problema, paliečianti tiek jaunesnio, tiek vyresnio amžiaus asmenis. Ilgalaikio NS poveikis asmens gyvenimui atkreipė mokslininkų dėmesį ir patraukė aktyvesniam jo tyrinėjimui. Patiriant ilgalaikį NS skiriasi patiriamo skausmo intensyvumas, asmens reakcijos į jį, individualus skausmo suvokimas, kaip daugiau ar mažiau trukdančio asmens kasdieniam funkcionavimui, veikiantis fizinę ir psichinę sveikatą ir su ja susijusią GK. Šiuo tyrimu siekta prisidėti prie aktualios ilgalaikio NS problematikos tyrinėjimo. Dėl šių priežasčių tyrimo iškelto tikslu buvo siekiama nustatyti ilgalaikio NS ypatumus (NS stiprumą tyrimo metu, dažniausiai patiriamą per pastaruosius 6 mėnesius ir stipriausią patirtą per pastaruosius 6 mėnesius patirtą bei skausmo poveikį kasdieniam funkcionavimui), su sveikata susijusią GK, naudojamas skausmo įveikos strategijas, SKL. Atlikto tyrimo metu siekta iširti jų tarpusavio ryšius bei pagal šias charakteristikas suskirstyti tyrime dalyvavusius ilgalaikį NS patiriančius asmenis į grupes.

Atlikus tyrimą gauti duomenys parodė, kad didžioji dalis tyrimo dalyvavusių NS skausmą patiria daugiau nei 6 mėnesius, o tiek laiko trunkantis skausmas jau gali būti laikomas lėtiniu (Deyo et al., 2015; Zumeras, 2011). Be to, didžioji dalis asmenų nurodė, kad NS jaučia dažnai, nuolatos arba beveik nuolatos, o labiausiai varginantis NS didžiajai daliai respondentų trunka daugiau nei 3 mėnesius. Gauti tyrimo rezultatai pažymi, kad dauguma tyrimo klausimyną pildžiusių asmenų susiduria su ilgą laiką ir dažnai pasireiškiančiu ir diskomfortą keliančiu NS.

Šio tyrimo metu gauta, kad tiriamieji dalyvavimo tyrime momentu nurodė patiriantys mažesnę skausmą, lyginant su tuo, kurį dažniausiai patyrė per pastaruosius 6 mėnesius. Tokie duomenys nesutampa su kitų tyrėjų išvadamis (Gavaruzzi et al, 2010). Galime kelti prielaidą, kad anketos pildymo momentu tyrimo dalyviai galėjo jaustis geriau, kas, galbūt, ir palengvino dalyvavimą tyrime. Nors nustatyta, kad asmenys, nuolat kenčiantys nuo skausmo, turi polinkį išdidinti būsimą skausmą (Sullivan et al., 2004), kuris šiuo atveju gali būti suvokiamas kaip tas, su kuriuo bus dažniausiai susiduriama ir ateityje, bet vis tik dažnai yra laikomasi nuomonės, kad retrospektyvus skausmo vertinimas yra patikimas (Gavaruzzi et al, 2010; Erskine, Morley, & Pearce, 1990). Tad tyrimo metu jaustas NS nebuvo toks stiprus, kaip suvoktas NS, kurį respondentai nurodė kaip jaučiamą dažniausiai.

Kalbant apie NS poveikį asmens kasdieniam funkcionavimui, nustatyti rezultatai parodė, kad šio tyrimo dalyviai jaučia didesnę neigiamą NS poveikį savo kasdinei gerovei lyginant su Becker ir kolegų (2007) nustatytu tiriant lėtinį NS. Šio tyrimo metu gautas neigiamas NS poveikis tiriamiesiems arčiausias to, kurį minėti autoriai rado tiriant osteoartritu sergančius žmones. Tad nustatytas aukštas neigiamas poveikis respondentų kasdieniam funkcionavimui gali būti siejamas su respondentų būklės ypatumais, pavyzdžiui diagnozuotomis nugaros skausmo priežastimis ar tiriamųjų ligos sunkumu, kurie šiame tyrime nebuvo vertinti.

Gan natūralu tikėtis, kad vyresni žmonės dažniau skųsis patiriantys skausmą įvairiose kūno vietose dėl organizmo susidėvėjimo, gyvenimo būdo pasekmių ar genetinio polinkio į tam tikrus sutrikimus (Beynon et al., 2019; McCallum, 2020). Tačiau kyla klausimas, ar subjektyvus jaučiamas skausmo intensyvus su amžiumi keičiasi. Šio tyrimo metu skirtumų tarp jaunesnių ir vyresnių respondentų, kuomet vertinamas NS stiprumas, nustatyta nebuvo. Šie duomenys sutampa su Molton ir Terrill (2014) pateiktomis apžvalginio straipsnio išvadomis, kur apibendrinus nagrinėtą literatūrą pristatoma, jog subjektyvus skausmo stiprumas nepriklauso nuo amžiaus. Tačiau jie taip pat nurodo, kad vyresniame amžiuje skausmas gali būti lengviau toleruojamas, nes su amžiumi atrandami efektyvesni subjektyviai veikiantys būdai, kurie padeda geriau sugyventi su skausmu ir šis suvokiamas kaip mažesnis. Vis tik, tai nesutampa su šiame tyrime gautais rezultatais, kurie rodo, kad didesnę neigiamą NS poveikį kasdieniam funkcionavimui patiria vyresnio amžiaus asmenys. Gauti tyrimo duomenys prisideda prie Becker ir kolegų (2007) rezultatų, kur akcentuojama, kad jaunesniame amžiuje yra lengviau toleruoti patiriamą neigiamą skausmo poveikį, o su amžiumi – neigiamas ilgalaikio skausmo poveikis laipsniškai didėja. Tad šiame tyrime patiriamo NS intensyvumas tarp skirtingo amžiaus asmenų nesiskiria, tačiau vyresniame amžiuje neigiamas NS poveikis tampa didesnis ir labiau apsunkina kasdienį funkcionavimą.

Daugelis mokslininkų pripažįsta, kad NS apsunkina asmens kasdienybę ir veikia asmens su sveikata susijusią GK (Aminde et al., 2020; Nolet et al., 2015; Pinheiro et al., 2015). Vis dažniau kalbama ne tik apie ligos nebuvimą, tačiau ir apie asmens gerovę kaip matą, kuris nurodo asmens visavertį funkcionavimą visuomenėje. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad tarp tyrime dalyvavusių asmenų su sveikata susijusios GK sritys įvertintos žemiau nei panašiuose tyrimuose, kuriuose tirti asmenys, patiriantys įvairius ilgalaikius NS (Adorno, & Brasil-Neto, 2013; Baradaran, Ebrahimzadeh, Birjandinejad & Kachooei, 2016; Hee et al., 2001; Iguti, Guimarães & Barros, 2021). Tačiau su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra ir kultūriškai jautrus konstruktas (Baradaran et al., 2016), todėl skirtingose šalyse gautus rezultatus reikėtų lyginti atsargiai. Be to, svarbu atkreipti dėmesį, kad šio tyrimo imtis, nors ir yra ilgalaikį NS patiriantys asmenys, tačiau į gydytojų nustatytas diagnozes ar jų nebuvimą nebuvo atsižvelgta, todėl lyginant su panašių tyrimų rezultatais reikėtų būti atsargiems.

Ilgalaikis skausmas kelia diskomfortą, o patiriamas didesnis skausmas tikėtina siejasi ir su sveikata susijusia GK. Šiame tyrime pastebėtas ryšys tarp skausmo stiprumo ir su sveikata susijusios GK aspektų tik dar kartą patvirtina sąsajas tarp patiriamo nuolatinio NS ir kasdienio funkcionavimo. Remiantis duomenimis pastebėta, kad patiriamas stipresnis NS susijęs su mažesniu žmogaus kasdieniu fiziniu aktyvumu, prastesne emocine sveikata, dažniau ribojama kasdiene veikla, mažesniu socialiniu aktyvumu, jaučiamasi mažiau energingu ir kt. Šios sąsajos neatskleidžia, ar prastesnė su sveikata susijusi GK lemia NS suvokimą kaip stipresnio ir labiau trukdančio ir rastas ryšys gali būti

abipusis, kaip tai nurodo ir kiti mokslininkai (Larsson et al., 2019; Müller et al., 2016; Ramond et al., 2011; Tylor et al., 2014). Tyrėjai aiškina, kad prastesnė su sveikata susijusi GK gali sąlygoti ir antrinius emocinius negalavimus (Ramond et al., 2011; Tylor et al., 2014), o tai gali taip pat veikti skausmo suvokimą: skausmas subjektyviai vertinamas kaip stipresnis ir labiau trukdantis kasdienybėje (Larsson et al., 2019; Müller et al., 2016). Be to, prastesnė emocinė būklė gali prisidėti, kad skausmo epizodai tampa dažnesni ir sunkiau pakeliami (Pinheiro et al., 2015). Toks užsisukimas skausmo patyrimo rate gali dar labiau neigiamai paveikti asmens fizinę ir psichinę sveikatą.

Nuolatinis ar ilgalaikis NS gali išugdyti tam tikras pasikartojančias reakcijas į tikėtiną ar esamą skausmo sukeltą diskomfortą (Litt & Tennen, 2015; Rosenstiel & Keefe, 1983). Atlikto tyrimo metu nustatyta, kad respondentai jaučiant NS dažniausiai pasitelkia savitaigos ir veiklumo suaktyvinimo skausmo įveikos strategijas. Tokie rezultatai gali reikšti, kad nors ir patiriamas stiprus NS, asmuo stengiasi jam pasipriešinti ir nebūti apribojamas skausmo pojūčio (Rosenstiel & Keefe, 1983). Tuo tarpu mažiausiai naudojamos skausmo įveikos strategijos šiame tyrime buvo skausmo pojūčių reinterpretavimas, meldimasis / viltis ir katastrofizavimas. Gauti duomenys iš dalies prieštarauja Rosenstiel ir Keefe (1983), kur tiriant asmenis patiriančius ilgalaikį NS nustatyta, kad dažniausiai pasitelkiamos skausmo įveikos strategijos – meldimasis / viltis, pojūčių ignoravimas, skausmo pojūčių reinterpretavimas ir savitaiga. Valade ir kolegos (2012) skausmo pojūčių reinterpretavimą nurodė kaip dažniausią strategiją, kurią pasitelkia lėtinį galvos skausmą kenčiantys asmenys. Skirtingų skausmo įveikos strategijų naudojimas gali būti veikiamas tiek kultūrinių aspektų, tiek laikotarpio (Baradaran et al., 2016) ar stipriai susiję su žmogaus jaučiamo skausmo ypatumais (Valade et al., 2012). Tad įvairiuose tyrimuose dažniausiai ir rečiausiai pasitelkiamos skausmo įveikos strategijos skiriasi, tačiau šiame tyrime dažniausiai naudotos yra orientuotos į geresnį kasdienį funkcionavimą, o rečiausiai – dažniau siejamos su beviltiškumo jausmu ir prastesne būkle.

Atlikus tyrimą pastebėta, kad labiausiai su visomis su sveikata susijusiomis GK sritimis siejasi skausmo įveikos strategijos katastrofizavimas ir meldimasis / viltis. Dažnesnis šių strategijų pasitelkimas stipriai susijęs su prastesne asmens būkle įvairiose srityse, o tai rodo prastesnį prisitaikymą prie ilgalaikio skausmo (Woby et al., 2005), gali prognozuoti prastesnę tolimesnę ligos eigą (Leung, 2012), išgyvenama daugiau nerimo ir jaučiamasi labiau bejėgiu prieš skausmą (Millere et al., 2020). Šiame tyrime nustatytas stiprus ryšys tarp prastesnės su sveikata susijusios GK ir minėtų skausmo įveikos strategijų kartu su kitų tyrėjų daromomis išvadomis, leidžia teigti, kad katastrofizavimas bei meldimasis / viltis yra ne tik neveiksmingos, bet galimai ir asmeniui pavojingos įveikos strategijos. Šį teiginį patiprina ir tai, kad įvertinus sąsajas tarp skausmo įveikos strategijų ir suvoktos NS kontrolės, pastebėta, kad dažnesnis šių įveikos strategijų naudojimas susijęs su jausmu, kad asmuo negali kontroliuoti ir negali sumažinti patiriamo nugaros skausmo. O tai gali reikšti, kad dažniau išgyvenamas beviltiškumas, patiriamas nerimas dėl NS, neapleidžia mintys, kad nieko negali

pakeisti, ir bendrai blogėja asmens prisitaikymas prie situacijos (Koleck et al., Litt & Tennen, 2015; 2006; Nolet et al., 2015). Dėl šių priežasčių katastrofizavimas ir meldimasis / viltis siejamos su neadaptiviu reagavimu į NS ir kyla abejonių ar tokias asmens reakcijas apskritai tikslinga vadinti „įveikos strategijomis“.

Tuo tarpu jaučiama didesnė skausmo kontrolė siejasi su geresne su sveikata susijusia GK. Tyrimo rezultatai leidžia kelti prielaidą, kad jaučiama NS kontrolė skatina savo su sveikata susijusios GK sritis vertinti geriau ir jaustis mažiau beviltiškai dėl savo būklės (Millere et al., 2020), o tuo pačiu tai gali padėti neįsisukti į jau minėtą skausmo ratą, kuomet fizinė būklė neigiamai veikia emocinę, o pastaroji dar labiau blogina fizinę (Woby et al., 2005), ir dėl to atsiranda daugiau šansų išvengti sveikatos pablogėjimo ateityje (Leung, 2012). Todėl šio tyrimo duomenys patvirtina jaučiamo ilgalaikio NS suvoktos kontrolės svarbą, siekiant aukštesnės su sveikata susijusios GK. Tačiau svarbu atkreipti dėmesį, kad šis ryšys nėra prognostinis ir aukštesnė su sveikata susijusi GK taip pat gali veikti jaučiamą didesnę skausmo kontrolę.

Tyrimo metu siekiant geriau suprasti jaučiamo NS suvoktą kontrolę buvo tiriamas SKL ir duomenys rodo, kad dauguma respondentų pasikliauja vidiniu SKL ir tiki, kad jų sveikatos būklė labiausiai priklauso nuo jų pačių vidinių pastangų ir paties asmens veiksmų. Labiau išreikštas vidinis SKL paprastai siejamas ir su geresniu fiziniu ir emociniu atsparumu (Campbell et al., 2017; Zuercher-Huerlimann et al., 2019). Tokie ankstesnių tyrimų rezultatai sutampa ir su šiame tyrime gautais: nustatyta, kad labiau išreikštas vidinis SKL susijęs su geresne socialine funkcija, geresne emocine būkle, didesniu energingumu / gyvybingumu, geresniu bendru sveikatos vertinimu ir mažesniu NS poveikiu kasdieniam funkcionavimui. Tačiau taip pat šiame tyrime labiau išreikštas vidinis SKL siejasi su mažesniu fiziniu aktyvumu ir dažnesniu veiklos apribojimu dėl fizinių negalavimų. Tokius rezultatus galima interpretuoti remiantis Wallston (1991) pateikta išvada, kad išreikštas vidinis SKL rodo, jog žmogus supranta savo būklę, ją geriau įsisąmonina ir priima. Be to, geriau savo būklę įsisąmoninę asmenys gali būti linkę labiau saugoti skausmo veikiamą vietą (Katz et al., 2015; Wallston, 1991). Galime kelti prielaidą, kad šio tyrimo dalyviai, pasižymintys įsitikinimu, kad jų sveikatos būklė priklauso nuo jų pačių, geriau priima savo sudėtingą fizinę būklę ir dėl to yra linkę riboti kasdienes veiklas bei fizinį aktyvumą, taip siekdami išvengti savo būklės pablogėjimo.

Toliau nagrinėjant su SKL analize gautus rezultatus, galima teigti, kad apskritai asmenys, kurie savo sveikatos būklę linkę suvokti kaip mažiau kontroliuojamą jų pačių ir priklausomą nuo atsitiktinumų ar reikšmingų kitų žmonių, pasižymi prastesne su fizine ir su psichine sveikata susijusia GK. Tai, kad išorinis SKL (tiek atsitiktinumų, tiek reikšmingų kitų) siejasi su prastesne emocine sveikata ir didesne fizine negalia randama ir kituose tyrimuose (Campbell et al., 2017; Richard et al., 2011; Sengul, Kara & Arda, 2010; Wong & Anitescu, 2017). Taigi, blogesnė su sveikata susijusi GK siejasi su polinkiu neprisiimti atsakomybės už savo sveikatos būklę, perkeliant atsakomybę

išoriniams veiksniams, gydantiems specialistams, šeimos nariams ir kt. Taip pat tyrimo metu įvertinus SKL ryšius su polinkiu į tam tikrą elgesį ar mąstymą, t.y. naudojamas skausmo įveikos strategijas, stipriausias ryšys nustatytas tarp SKL ir katastrofizavimo įveikos strategijos. Pastebėta, kad asmenys, kurie linkę pasikliauti atsitiktinumų ar / ir kitų poveikio SKL, o jų vidinis SKL – žemas – yra linkę į didesnę katastrofizavimą, savo skausmo išdidinimą, o tai gali stipriai prisidėti prie savo būklės suvokimo kaip blogesnės (Millere et al., 2020; Woby et al., 2005). Tuo tarpu stiprinant vidinį SKL ir mažinant tikėjimą, kad už asmens sveikatos būklę yra atsakingi kiti ar apskritai – ją lemia atsitiktinumai ar lemtis – katastrofizavimo įveikos strategijos naudojimas mažėja, o su tuo, tikėtina, gerėja psichinė ir fizinė sveikata (Glombiewski et al., 2010; Woby et al., 2005). SKL ir kitos skausmo įveikos strategijos nėra stipriai susijusios, tačiau išorinis SKL gali skatinti naudoti daugiau katastrofizavimo kaip NS įveikos strategijos, kuri laikoma neadaptvyvia ir šiame tyrime itin siejasi su prastesne su sveikata susijusia GK.

Įdomu tai, kad šiame tyrime nebuvo nustatyta ryšio tarp NS poveikio ir atsitiktinumų ar kitų poveikio SKL. Tai kiek prieštarauja kitų tyrimų duomenims, kur buvo rastas ryšys, tarp išreikšto išorinio SKL ir didesnio neigiamo ilgalaikio skausmo poveikio (Cheng & Leung, 2000; Richard et al., 2011), bet papildoma kitų tyrimų, kuriuose vertinant ryšius tarp ilgalaikio skausmo ir SKL, reikšmingų sąsajų su išoriniais SKL nebuvo rasta (Campbell et al., 2017; Richard et al., 2011; Zuercher-Huerlimann et al., 2019), taip pabrėžiant, jog vis tik dažnai svarbiau yra atsižvelgti į vidinio SKL išreikštumą, o ne reikšmingų kitų ar atsitiktinumų SKL, nors ir šie gali būti svarbūs, ypač kalbant apie tam tikro elgesio ar mąstymo pasitelkimą, susidūrus su skausmu.

Anksčiau aptarti šiame tyrime nustatyti įveikos strategijų, SKL ir jaučiamo skausmo poveikio kasdieniam funkcionavimui bei su sveikata susijusios GK ryšiai skatina į ilgalaikio NS problemą pažvelgti kompleksiskai. Paprastai tyrimuose pasitelkiamas vienas arba pora konstrukty, kurių analize bandoma suprasti, kas padeda geriau prisitaikyti asmeniui, patiriančiam ilgalaikį NS. Į asmenį orientuota prieiga, nagrinėjant tiriamųjų profilius ar klasterius, dalies tyrėjų laikoma pranašesnė negu į kintamuosius orientuota analizė ir buvo sėkmingai pritaikyta skirtingose psichologijos srityse (Bergman & El-Khousi, 2003). Dėl šių priežasčių, vienas pagrindinių šio tyrimo uždavinių, buvo pritaikyti šią prieigą naudojant skausmo įveikos strategijų, SKL ir su sveikata susijusios GK aspektų vertinimus. Atlikta surinktų duomenų analizė leido išskirti tris klasterius, kurie buvo pavadinti: *išorės kontroliuojami veiklieji*, *patenkinti skausmo nepaveiktieji* ir *savimi netikintys kenčiantys katastrofai*. Išskirtos trys respondentų grupės pasižymi skirtingu savo situacijos matymu, remiantis naudojamomis adaptyviomis ir neadaptyviomis skausmo įveikos strategijomis, su sveikata susijusia GK (psichine ir fizine sritimis), SKL, NS poveikiu.

- Pirmoji grupė, *išorės kontroliuojami veiklieji*, linkę stipriai tikėti, kad jų sveikatos būklė priklauso nuo atsitiktinumų ir kitų svarbių asmenų. Lyginant su kitomis išskirtomis dviem grupėmis, jie

linke naudoti daugiausiai įvairių skausmo įveikos strategijų, tačiau daugiau neadaptivių nei adaptivių. Su sveikata susijusios GK sritys žemos, bet pastebima, kad su psichine sveikata susijusią GK nurodo prastesnę nei su fizine susijusią. Jaučia gan aukštą skausmo poveikį. Bendrai šiai grupei priskirti tyrimo dalyviai atrodo kaip aktyvūs tiek įvairių skausmo įveikos strategijų naudotojai, tiek pasižymi ryškiai išreikštais skirtingais SKL, prasta su sveikata susijusia GK ir gan aukštu neigiamu NS poveikiu.

- Antroji išskirta grupė, *patenkinti skausmo nepaveiktieji*, lyginant su kitais tyrimo dalyviais, pasižymi aukšta su fizine ir su psichine sveikata susijusia GK, yra pasyvūs skausmo įveikos strategijų naudotojai, ypač mažai neadaptivių strategijų. Be to, yra linke prisiimti atsakomybę už savo sveikatos būklę, patiriamo NS poveikis žemas ir, lyginant su kitomis dviem grupėmis, labiausiai jaučia, kad gali kontroliuoti patiriamą NS.
- Trečioji išskirta grupė, *savimi netikintys kenčiantys katastrofai*, lyginant su pirmąją ir antrąją tiriamųjų grupėmis, nurodo patiriantys didžiausią neigiamą NS poveikį, jų su fizine ir su psichine sveikata susijusi GK žemiausia, itin žemas vidinis SKL, tad mažiausiai jaučia, jog yra atsakingi už savo sveikatos būklę. Šiai grupei priskirti ilgalaikį NS patiriantys asmenys retai naudoja adaptivias skausmo įveikos ir dažnai – neadaptivias. Taip pat, mažiausiai jaučia, kad gali kontroliuoti NS.

Polinkis į neadaptivias NS įveikos strategijas gali sąlygoti prastesnę emocinę savijautą, žemą tikėjimą, kad būklė gali pagerėti ir apskritai sunkumus susitaikant su liga (Spinhoven et al., 2004; Sullivan et al., 2004; Wooby et al., 2005). Nuolatinis galvojimas apie skausmą, mintyse jį dar labiau išdidinant (Bergbom et al., 2011; Leung, 2012), ir netikėjimas, kad pats asmuo yra atsakingas už savo sveikatą, apsunkina fizinę ir emocinę būklę (Campbell et al., 2017; Zuercher-Huerlimann et al., 2019). O tai atsispindi ir šiame tyrime išskirtose *išorės kontroliuojamų veikliųjų ir savimi netikinčių kenčiančių katastrofų* grupėse, kurios pasižymi žema su fizine ir psichine sveikata susijusia GK. Tačiau svarbu nepamiršti, kad aukštas neigiamas NS poveikis kasdienybei gali būti pagrindinis veiksnys, kuris neigiamai veikia su sveikata susijusią GK, skatina neadaptivių skausmo įveikos strategijų naudojimą, o būklei prastėjant – vis mažiau tikima, kad pats asmuo gali ką nors padaryti, kad ši pagerėtų.

Apžvelgus išskirtas tris grupes, viena grupių, *patenkinti skausmo nepaveiktieji*, yra ypač sėkmingai prisitaikę prie savo būklės, nors ir patiria ilgalaikį NS. Labiau kompleksinis vertinimas, apimant naudojamas skausmo įveikos strategijas, SKL, skausmo poveikį kasdieniam funkcionavimui ir su sveikata susijusią GK, leidžia kelti prielaidą, kad susidūrus su ilgalaikiu NS svarbu ne tik vidinis SKL, tikint, pats asmuo atsakingas už savo sveikatą, tačiau taip pat mažesnis polinkis į skausmo įveikos strategijas, ypač neadaptivias. Keskindag ir kolegos (2020) teigia, jog apskritai bet kokių skausmo įveikos strategijų naudojimas susijęs su skiriamu didesniu dėmesiu skausmui, todėl ir pats

skausmas labiau išryškintas, suvokiamas kaip labiau trukdantis kasdieniam funkcionavimui. Tačiau svarbu nepamiršti, kad NS ignoravimas ir polinkis, nepaisant skausmo, tęsti įprastą veiklą lygi, gali vesti prie didesnės negalios ateityje (Vlaeyen, & Linton, 2000; Woby et al., 2005). Tad labiau tikėtina, kad mažesnis bendras skausmo įveikos strategijų naudojimas gali būti susijęs su lengvesniais simptomais, geresne bendra asmens būkle ir geresniu prisitaikymu prie skausmo. Papildant, geresnę būklę palaikantys veiksniai galimai apima su fizine ir su psichine sveikata susijusios GK didinimą (Larsson et al., 2019; Müller et al., 2016; Pinheiro et al., 2015) ir vidinio SKL didinimą (Campbell et al., 2017; Zuercher-Huerlimann et al., 2019). Svarbu individualiai įvertinti kiekvieno ilgalaikį NS patiriančio asmens situaciją, jo prisitaikymo lygį ir ieškoti būdų, kurie galėtų padėti lengviau gyventi su patiriamais simptomais.

Analizuojant skirtumus tarp grupių pastebėta, kad bendrai didesnis neigiamas NS poveikis siejasi su prastesne su sveikata susijusia GK. Tokius duomenis pateikia ir kiti tyrėjai (Aminde et al., 2020; Taylor et al., 2014). Be to, šiame tyrime pastebėta, kad kartu su prastesne su sveikata susijusia GK, didėja neadaptivių skausmo įveikos strategijų naudojimas bei neigiamas NS poveikis. Įvertinus galimai susijusius veiksnius matoma, kad didesnę neigiamą NS poveikį gali veikti neadaptivių strategijų, tokių kaip skausmo katastrofizavimo ir meldimosi / vilties, naudojimas ir mažesnis tikėjimas, kad pats asmuo yra atsakingas už savo sveikatos būklę. Didėjant beviltiškumo jausmui – prastėja asmens emocinė ir fizinė būklė, jaučiama daugiau neužtikrintumo ir nerimo, o tai gali veikti blogesnę emocinę ir fizinę sveikatą (Millere et al., 2020; Spinhoven et al., 2004; Woby et al., 2005), atsiranda rizika išsivystyti didesnei negaliai ateityje (Aminde et al., 2020; Şengül et al., 2010). Dėmesys sutelkiamas į skausmą ir jis suvokiamas kaip visą apimantis. Siekiant geresnės NS patiriančio būklės, itin svarbu keisti mąstymą ir elgesį (Glombiewski et al., 2010; Woby et al., 2005), nes tai, tikėtina, galėtų pagerinti asmens, patiriančio ilgalaikį NS būklę.

Nagrinėjant skausmo ir gyvenimo kokybės klausimą, natūralu skausmą laikyti prastesnės gyvenimo kokybės determinantu. Vis tik remiantis Müller ir kolegų (2016) duomenimis, taip pat galima kelti prielaidą, kad asmenys, kurie savo su sveikata susijusią GK suvokia kaip geresnę – jaučia mažesnę neigiamą NS poveikį savo kasdienybei. Be to, su sveikata susijusios GK didinimas galėtų veikti kaip apsauginis veiksnys (Larsson et al., 2019). Svarbu didinti paties asmens tikėjimą, kad jis yra atsakingas už savo sveikatą (Campbell et al., 2017; Richard et al., 2011; Zuercher-Huerlimann et al., 2019), o neadaptivias skausmo įveikos strategijas – siekti pakeisti adaptyviomis (Koleck et al., 2006; Nolet et al., 2015). Tačiau taip pat nepamiršti, kad ilgalaikis NS yra sudėtingas visapusiškai žmogaus gyvenimą veikiantis, apribojantis fiziškai ir keliantis psichologinių iššūkių. Tad svarbiausia – kiekvieno atvejį vertinti individualiai ir suprasti, kad sudėtinga fizinė būklė gali stipriai sąlygoti psichologinę sveikatą, o pastaroji – veikti fizinę būklę ir atvirkščiai. Tačiau net ir tokiu atveju, svarbu

kiek įmanoma gerinti asmens prisitaikymą ir galimybes gyventi su sudėtinga būkle, ieškoti būdų, kurie padėtų asmeniui gyventi labiau pilnavertišką gyvenimą.

Šiame tyrime gauti rezultatai ne tik antrina kitų tyrėjų daromoms išvadoms, bet taip pat suteikia papildomų žinių NS patiriančių su sveikata susijusios gyvenimo kokybės srityje, tačiau šiame tyrime neišvengta ir tam tikrų trūkumų. Vienas pagrindinių – netolygus tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal lytį, o maža tyrimo dalyvių imtis apribojo palyginimus pagal kitus NS ypatumus. Be to, ateityje vykdant panašius tyrimus verta įtraukti tikslesnes ilgalaikį NS patiriančių asmenų diagnozes, o papildomai dar kartą atsižvelgus naudojamas skausmo įveikos strategijas, ypač katastrofizavimą, įtraukti jaučiamo socialinio palaikymo vertinimą. Remiantis Sullivan ir kolegomis (2001), katastrofizavimo įveika padeda gauti daugiau dėmesio iš aplinkinių žmonių, o šio tyrimo metu gauti duomenys rodo, kad dažnesnis katastrofizavimo strategijos naudojimas itin stipriai neigiamai su prastesne NS patiriančio asmens būkle. Socialinio palaikymo vertinimo įtraukimas, galėtų suteikti papildomų įžvalgų nagrinėjant katastrofizavimo ryšius su NS patiriančių būkle ir gyvenimo kokybe, o tikslesnė būklės diagnozė galėtų papildyti turimus rezultatus, tiksliau atsakyti į iškeltus klausimus, o rezultatai galėtų būti efektyviau pritaikomi ir praktikoje.

Nepaisant šio tyrimo trūkumų, atskleisti duomenys gali būti pritaikomi ir praktikoje. Asmenims, patiriantiems ilgalaikį NS svarbu stiprinti adaptyvias skausmo įveikos strategijas ir mažinti neadaptyvių naudojimą. Taip pat, stiprinti tikėjimą, kad asmuo yra pats atsakingas už savo sveikatą ir siekti geresnės su sveikata susijusios GK. Kartu su įprastu gydymu, atsižvelgus į asmens individualią situaciją ir įvertinus bei pastiprinus minėtas sritis, būtų galima tikėtis geresnės žmogaus būklės, prognozuoti mažesnę neigiamą NS poveikį asmens kasdienybei, o kartu su tuo, tikėtina, gerėtų su sveikata susijusi GK.

IŠVADOS

1. Vyresni ir jaunesni asmenys, patiriantys ilgalaikį NS, nesiskiria pagal jaučiamą subjektyvų NS stiprumą. Tačiau vyresniems žmonėms neigiamas NS poveikis kasdieniam funkcionavimui didesnis.
2. Stipresnis suvoktas NS ir didesnis neigiamas NS poveikis asmens kasdienybei siejasi su prastesnėmis visomis su sveikata susijusios GK sritimis.
3. Dažnesnis skausmo įveikos strategijų meldimasis / viltis ir katastrofizavimas naudojimas siejasi su prastesniu funkcionavimu visose su sveikata susijusios GK srityse.
4. Labiau išreikštas vidinis SKL susijęs su geresniais su sveikata susijusios GK rodikliais, o labiau išreikštas atsitiktinumų ar reikšmingų kitų SKL siejasi su prastesniais su sveikata susijusios GK rodikliais.
5. Dažnesnis skausmo įveikos strategijų meldimasis / viltis ir katastrofizavimas naudojimas siejasi su labiau išreikštu kitų poveikio ir atsitiktinumų SKL. Žemas vidinis SKL siejasi su dažnesniu katastrofizavimo skausmo įveikos strategijos naudojimu.
6. Tiriamuosius pagal vertintus konstruktus galima suskirstyti į tris klasterius:
 - *išorės kontroliuojami veiklieji*: aktyviausi skausmo įveikos strategijų naudotojai, kurie daugiausiai tiki, kad jų sveikata priklauso nuo kitų žmonių ir atsitiktinumų, o taip pat ir jų pačių. NS poveikis kasdieniam funkcionavimui aukštas ir yra nelaimingi;
 - *patenkinti skausmo nepaveiktieji*: laimingi, mažai naudojantys skausmo įveikos strategijų, tiki, kad yra patys atsakingi už savo sveikatos būklę ir nelabai jaučia neigiamą NS poveikį;
 - *savimi netikintys kenčiantys katastrofai*: labai nelaimingi, nekontroliuojantys savo sveikatos ir aktyvūs neadaptivių skausmo įveikos strategijų naudotojai, kurie stipriausiai jaučia neigiamą nugaros skausmo poveikį savo kasdienei.

LITERATŪRA

1. Abbott, A. (2010). The Coping Strategy Questionnaire. *Journal of physiotherapy*, 56, 63. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(10\)70061-8](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(10)70061-8).
2. Adorno, M. L., & Brasil-Neto, J. P. (2013). Assessment of the quality of life through the SF-36 questionnaire in patients with chronic nonspecific low back pain. *Acta ortopedica brasileira*, 21(4), 202–207. <https://doi.org/10.1590/S1413-78522013000400004>
3. 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/>
4. Aminde, J. A., Aminde, L. N., Bija, M. D., Lekpa, F. K., Kwedi, F. M., Yenshu, E. V., & Chichom, A. M. (2020). Health-related quality of life and its determinants in patients with chronic low back pain at a tertiary hospital in Cameroon: a cross-sectional study. *BMJ open*, 10(10), e035445. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035445>
5. Bagdonas, A., Liniauskaitė, A., Kairys, A., Pakalniškienė, V. (2013). Lietuviškosios psichologinės gerovės skalės struktūra: suaugusių imties analizė. *Visuomenės sveikata*, 23, 58–65. 10.5200/sm-hs.2013.046.
6. Baliki, M. N., Geha, P. Y., Fields, H. L., & Apkarian, A. V. (2010). Predicting value of pain and analgesia: nucleus accumbens response to noxious stimuli changes in the presence of chronic pain. *Neuron*, 66(1), 149–160. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.03.002>
7. Baradaran, A., Ebrahimzadeh, M. H., Birjandinejad, A., & Kachooei, A. R. (2016). Cross-Cultural Adaptation, Validation, and Reliability Testing of the Modified Oswestry Disability Questionnaire in Persian Population with Low Back Pain. *Asian spine journal*, 10(2), 215–219. <https://doi.org/10.4184/asj.2016.10.2.215>
8. Becker, J., Schwartz, C., Saris-Baglama, R., Kosinski, M., & Bjorner, J. (2007). Using Item Response Theory (IRT) for Developing and Evaluating the Pain Impact Questionnaire (PIQ-6™). *Pain Medicine*, 8.
9. Bergbom, S., Boersma, K., Overmeer, T., & Linton, S. J. (2011). Relationship among pain catastrophizing, depressed mood, and outcomes across physical therapy treatments. *Physical therapy*, 91(5), 754–764. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100136>
10. Bergman, L. R., & El-Khoury, B. M. (2003). A person-oriented approach: methods for today and methods for tomorrow. *New directions for child and adolescent development*, (101), 25–38. <https://doi.org/10.1002/cd.80>
11. Beynon, A. M., Hebert, J. J., Lebouef-Yde, C., & Walker, B. F. (2019). Potential risk factors and triggers for back pain in children and young adults. A scoping review, part II: unclear or mixed

- types of back pain. *Chiropractic & manual therapies*, 27, 61. <https://doi.org/10.1186/s12998-019-0281-8>
12. 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(1), 53–64. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(87\)90006-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(87)90006-6)
 13. Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A., & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC public health*, 10, 507. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-507>
 14. Campbell, P., Hope, K., & Dunn, K. M. (2017). The pain, depression, disability pathway in those with low back pain: a moderation analysis of health locus of control. *Journal of pain research*, 10, 2331–2339. <https://doi.org/10.2147/JPR.S139445>
 15. Cervero, F. (2012). Understanding pain: exploring the perception of pain. *The MIT Press*. Paimta is <https://mitpress.mit.edu/books/understanding-pain>
 16. Cheng, S. K. & Leung, F. (2000) Catastrophizing, locus of control, pain, and disability in chinese chronic low back pain patients. *Psychology & Health*, 15(5), 721-730. <https://doi.org/10.1080/08870440008405482>
 17. Coughlin, A. M., Badura, A. S., Fleischer, T. D., & Guck, T. P. (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: its efficacy in changing patient locus of control. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81(6), 739–740. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(00\)90103-5](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(00)90103-5)
 18. Criado, A. (2010). Recognition and Alleviation of Pain in Laboratory Animals. *Laboratory Animals*, 44(4), 380–380. <https://doi.org/10.1258/la.2010.201003>
 19. Crisson, J. E., & Keefe, F. J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 35(2), 147–154. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(88\)90222-9](https://doi.org/10.1016/0304-3959(88)90222-9)
 20. Deyo, R. A., Dworkin, S. F., Amtmann, D., Andersson, G., Borenstein, D., Carragee, E., Carrino, J., Chou, R., Cook, K., Delitto, A., Goertz, C., Khalsa, P., Loeser, J., Mackey, S., Panagis, J., Rainville, J., Tosteson, T., Turk, D., Von Korff, M., & Weiner, D. K. (2015). Report of the NIH Task Force on research standards for chronic low back pain. *Physical therapy*, 95(2), e1–e18. <https://doi.org/10.2522/ptj.2015.95.2.e1>
 21. Dhee-Perot, P., Loas, G., Fremaux, D., & Delahousse, J. (1996). Le lieu de contrôle chez les alcooliques: étude comparative de 64 alcooliques versus 50 témoins hospitalisés et 57 sujets sains [Locus of control in alcoholics: comparative study of 64 alcoholics vs 50 hospitalized patients and 50 normal controls]. *L'Encephale*, 22(6), 443–449.

22. Duthey, B. (2013). Low Back Pain. *Priority Diseases and Reasons for Inclusion*. Paimta is https://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/Ch6_24LBP.pdf
23. Ebadi F., F., Heidari, H., & Solhi, M. (2017). Effect of educational intervention based on locus of control structure of attribution theory on self-care behavior of patients with type II diabetes. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, *31*, 116. <https://doi.org/10.14196/mjiri.31.116>
24. Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, *37*(4), 336–342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
25. Fields, H., L. (2007). Should we be reluctant to prescribe opioids for chronic non-malignant pain? *Pain*, *129*(3), p. 233-234 <http://doi.org/10.1016/j.pain.2007.02.016>
26. Gavaruzzi, T., Carnaghi, A., Lotto, L., Rumiati, R., Meggiato, T., Polato, F., & De Lazzari, F. (2010). Recalling pain experienced during a colonoscopy: pain expectation and variability. *British journal of health psychology*, *15*(Pt 2), 253–264. <https://doi.org/10.1348/135910709X458305>
27. Gliedt, J. A., Schneider, M. J., Evans, M. W., King, J., & Eubanks, J. E. (2017). The biopsychosocial model and chiropractic: a commentary with recommendations for the chiropractic profession. *Chiropractic & manual therapies*, *25*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12998-017-0147-x>
28. Glombiewski, J., Hartwich-Tersek, J., & Rief, W. (2010). Two Psychological Interventions Are Effective in Severely Disabled, Chronic Back Pain Patients: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, *17*(2), 97–107. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9070-4>
29. Gloria, K. L., Jan, K. H., J., Szarowski-Cox, J., Hidetoshi, H., & Tzu A.H. (2017). Coping Styles Effect on Stress and Psychological Well-being among Individuals with Chronic Pain. *Journal of depression & anxiety*, *7*(1). <https://doi.org/10.4172/2167-1044.1000295>
30. Hagen, E. M., Svensen, E., & Eriksen, H. R. (2005). Predictors and modifiers of treatment effect influencing sick leave in subacute low back pain patients. *Spine*, *30*(24), 2717–2723. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000190394.05359.c7>
31. Hancock, M. J., Maher, C. G., Laslett, M., Hay, E., & Koes, B. (2011). Discussion paper: what happened to the 'bio' in the bio-psycho-social model of low back pain?. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, *20*(12), 2105–2110. <https://doi.org/10.1007/s00586-011-1886-3>

32. Hee, H. T., Whitecloud, T. S., 3rd, Myers, L., Gaynor, J., Roesch, W., & Ricciardi, J. E. (2001). SF-36 health status of workers compensation cases with spinal disorders. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 1(3), 176–182. [https://doi.org/10.1016/s1529-9430\(01\)00080-8](https://doi.org/10.1016/s1529-9430(01)00080-8)
33. Higuchi D. (2020). Adaptive and maladaptive coping strategies in older adults with chronic pain after lumbar surgery. *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation*, 43(2), 116–122. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000389>
34. Hoy, D., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Woolf, A., Bain, C., Williams, G., Smith, E., Vos, T., Barendregt, J., Murray, C., Burstein, R., & Buchbinder, R. (2014). The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(6), 968–974. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204428>
35. Iguti, A. M., Guimarães, M., & Barros, M. (2021). Health-related quality of life (SF-36) in back pain: a population-based study, Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cadernos de saude publica*, 37(2), e00206019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206019>
36. Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249–283. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90216-k](https://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90216-k)
37. Kassianos, A. P., Symeou, M., & Ioannou, M. (2016). The health locus of control concept: Factorial structure, psychometric properties and form equivalence of the Multidimensional Health Locus of Control scales. *Health Psychology Open*. <https://doi.org/10.1177/2055102916676211>
38. Katz, J., Rosenbloom, B. N., & Fashler, S. (2015). Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(4), 160–167. <https://doi.org/10.1177/070674371506000402>
39. Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., & Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37(1), 51–56. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90152-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90152-8)
40. Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Queen, K. T., Gil, K. M., Martinez, S., Crisson, J. E. & Nunley, J. (1987). Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 208.
41. Keefe, F. J., Kashikar-Zuck, S., Robinson, E., Salley, A., Beaupre, P., Caldwell, D., Baucom, D., & Haythornthwaite, J. (1997). Pain coping strategies that predict patients' and spouses' ratings of patients' self-efficacy. *Pain*, 73(2), 191–199. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00109-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00109-7)

42. Kender, R. G., Harte, S. E., Munn, E. M., & Borszcz, G. S. (2008). Affective analgesia following muscarinic activation of the ventral tegmental area in rats. *The journal of pain*, 9(7), 597–605. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.01.334>
43. Kent, P., Keating, J. L., & Leboeuf-Yde, C. (2010). Research methods for subgrouping low back pain. *BMC medical research methodology*, 10, 62. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-62>
44. Keskindag, B., Karaaziz, M. & Cirhinlioglu, F. G. (2020). Dispositional pain catastrophising in non-clinical sample: The role of depression, perceived stress and social support. *Curr Psychol*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00956-1>
45. Koleck, M., Mazaux, J. M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. *European journal of pain (London, England)*, 10(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.01.003>
46. Kristofferzon, M. L., Engström, M., & Nilsson, A. (2018). Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(7), 1855–1863. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1845-0>
47. Kulpa, M., Kosowicz, M., Stypuła-Ciuba, B. J., & Kazalska, D. (2014). Anxiety and depression, cognitive coping strategies, and health locus of control in patients with digestive system cancer. *Przegląd gastroenterologiczny*, 9(6), 329–335. <https://doi.org/10.5114/pg.2014.47895>
48. Kuwahara, A., Nishino, Y., Ohkubo, T., Tsuji, I., Hisamichi, S., & Hosokawa, T. (2004). Reliability and validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in Japan: relationship with demographic factors and health-related behavior. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 203(1), 37–45. <https://doi.org/10.16>
49. Larsson, B., Dragioti, E., Gerdle, B., & Björk, J. (2019). Positive psychological well-being predicts lower severe pain in the general population: a 2-year follow-up study of the SwePain cohort. *Annals of general psychiatry*, 18, 8. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0231-9>
50. Leung L. (2012). Pain catastrophizing: an updated review. *Indian journal of psychological medicine*, 34(3), 204–217. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.106012>
51. Licciardone, J. C., & Pandya, V. (2020). Prevalence and Impact of Comorbid Widespread Pain in Adults with Chronic Low Back Pain: A Registry-Based Study. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 33(4), 541–548. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.04.190456>
52. Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE open medicine*, 4, 2050312116671725. <https://doi.org/10.1177/2050312116671725>

53. Linton, S. & Shaw, W. (2011). Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Physical therapy*, 91, 700-11. [10.2522/ptj.20100330](https://doi.org/10.2522/ptj.20100330).
54. Litt, M. D., & Tennen, H. (2015). What are the most effective coping strategies for managing chronic pain?. *Pain management*, 5(6), 403–406. <https://doi.org/10.2217/pmt.15.45>
55. Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Schubiner, H., & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology*, 67(9), 942–968. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>
56. Maher, C., Underwood, M. & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 389(10070), 736-747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9)
57. Mallen, C., Peat, G., Thomas, E., & Croft, P. (2005). Severely disabling chronic pain in young adults: prevalence from a population-based postal survey in North Staffordshire. *BMC musculoskeletal disorders*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-6-42>
58. Marchertienė, I. A. (2016). Skausmo samprata. In A. Macas, I. A. Marchertienė, A. Gelmanas, Z. Dulevičius, J. Gudaitytė, ir kt. (eds) *Anesteziologijos įvadas: ūminis skausmas ir jo malšinimas*, 13-22. Kaunas (Lietuva): LSMU Leidybos namai.
59. McCallum, K. (2020). How Long Is TooLong to Suffer From Back Pain. *Houston Methodist*. Paimta iš <https://www.houstonmethodist.org/blog/articles/2020/may/how-long-is-too-long-to-suffer-from-back-pain/>
60. McLeod, S. A. (2009). *Emotion focused coping*. Simply Psychology. Paimta iš <https://www.simplypsychology.org/stress-management.html#em>
61. Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science (New York, N.Y.)*, 150(3699), 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
62. Millere, A., Kalnberza-Ribule, Z., Mezals, M., Nulle, A., Millere, I., & Deklava, L. (2020). Disability, pain catastrophizing and stress coping of patients with low back pain in rehabilitation practice in Latvia. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 33(2), 323–328. <https://doi.org/10.3233/BMR-170945>
63. Mirchandani, A., Saleeb, M. & Sinatra, R. (2011) Acute and Chronic Mechanisms of Pain. In N. Vadivelu, R. Urman & R. Hines (eds) *Essentials of Pain Management*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-87579-8_4
64. Molton, I. R., & Terrill, A. L. (2014). Overview of persistent pain in older adults. *The American psychologist*, 69(2), 197–207. <https://doi.org/10.1037/a0035794>
65. Moos, R. H., Brennan, P. L., Fondacaro, M. R., & Moos, B. S. (1990). Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers. *Psychology and Aging*, 5(1), 31–40. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.5.1.31>

66. Müller, R., Gertz, K. J., Molton, I. R., Terrill, A. L., Bombardier, C. H., Ehde, D. M., & Jensen, M. P. (2016). Effects of a Tailored Positive Psychology Intervention on Well-Being and Pain in Individuals With Chronic Pain and a Physical Disability: A Feasibility Trial. *The Clinical journal of pain*, 32(1), 32–44. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000225>
67. Myers, D. G. (2000). Psichikos sutrikimai. Leidinyje Myers D.G. *Psichologija*, p. 508-545. Kaunas (Lietuva): Poligrafija ir informatika.
68. Nagasako, E. M., Oaklander, A. L., & Dworkin, R. H. (2003). Congenital insensitivity to pain: an update. *Pain*, 101(3), 213–219. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(02\)00482-7](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00482-7)
69. Nolet, P. S., Kristman, V. L., Côté, P., Carroll, L. J., & Cassidy, J. D. (2015). Is low back pain associated with worse health-related quality of life 6 months later?. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 24(3), 458–466. <https://doi.org/10.1007/s00586-014-3649-4>
70. Norton, G., McDonough, C. M., Cabral, H. J., Shwartz, M., & Burgess, J. F. (2016). Classification of patients with incident non-specific low back pain: implications for research. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 16(5), 567–576.
71. Nuccitelli, C., Valentini, A., Caletti, M. T., Caselli, C., Mazzella, N., Forlani, G., & Marchesini, G. (2018). Sense of coherence, self-esteem, and health locus of control in subjects with type 1 diabetes mellitus with/without satisfactory metabolic control. *Journal of endocrinological investigation*, 41(3), 307–314. <https://doi.org/10.1007/s40618-017-0741-8>
72. Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of behavioral medicine*, 25(6), 551-603.
73. Erskine, A., Morley, S., & Pearce, S. (1990). Memory for pain: A review. *Pain*, 41(3), 255–265. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)90002-U](https://doi.org/10.1016/0304-3959(90)90002-U)
74. Petersen, T., Laslett, M., & Juhl, C. (2017). Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC musculoskeletal disorders*, 18(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1549-6>
75. Petruilytė, A., Pileckaitė-Markovienė, M., & Lazdauskas, T. (2007). Lėtinėmis ligomis sergančių ir sveikų suaugusiųjų sveikatos kontrolės lokuso ir vidinės darnos ypatumai. *Psichologija*, 35, 32-41. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2007.0.2854>
76. Pinheiro, M. B., Ferreira, M. L., Refshauge, K., Ordoñana, J. R., Machado, G. C., Prado, L. R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2015). Symptoms of Depression and Risk of New Episodes of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis care & research*, 67(11), 1591–1603. <https://doi.org/10.1002/acr.22619>

77. Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(5), 745–758. <https://doi.org/10.1586/ern.09.34>
78. Ramond, A., Bouton, C., Richard, I., Roquelaure, Y., Baufreton, C., Legrand, E., & Huez, J. F. (2011). Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Family practice*, 28(1), 12–21. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz072>
79. RAND Health Care (2021). Terms and Conditions for Using the 36-Item Short Form Survey (SF-36). Paimta iš: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/terms.html
80. Rhudy, J. L., & Meagher, M. W. (2000). Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *Pain*, 84(1), 65–75. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00183-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00183-9)
81. Richard, S., Dionne, C. E., & Nouwen, A. (2011). Self-efficacy and health locus of control: relationship to occupational disability among workers with back pain. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(3), 421–430. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9285-5>
82. Robertson, D., Kumbhare, D., Nolet, P., Srbely, J., & Newton, G. (2017). Associations between low back pain and depression and somatization in a Canadian emerging adult population. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 61(2), 96–105.
83. Rosenstiel, 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(1), 33-44.
84. Sargautytė, R. (2007). Ar galima išmatuoti skausmą? *Spectrum*, 2(7), 14–17. Paimta iš http://naujienos.vu.lt/wp-content/uploads/2007/10/Spectrum_7.pdf
85. Schopflocher, D., Taenzer P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Res Manag.* 16(6), 445–450.
86. Ščiupokas, A. (2009). Nacionalinė lėtinio skausmo pacientų apklausa. Iš *Skausmo gydymo naujienos: pranešimų tezės. 9 – asis Lietuvos draugijos suvažiavimas*. Paimta iš <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/europa-pries-skausma-renginiai-lietuvoje>
87. Ščiupokas, A. (2012). *Skausmo diagnostika ir sindromologija: universiteto vadovėlis*. Kaunas: Medicinos spaudos namai.
88. Ščiupokas, A. (2013). *Šiuolaikinė skausmo samprata*. Nebeskauda.lt. Paimta iš: <https://nebeskauda.lt/patarimai/siuolaikine-skausmo-samprata/>
89. Ščiupokas, A., Petrikonis, K., & Pauza, V. (2009). Skausmas. In V. Budrys, A. Ambrozaitis, E. Broslavskis, V. Budrys, G. Daubaras, M. Endzinienė ir kt. (eds.). *Vaistų žinios*, 189-233. Vilnius, Lietuva
90. Şengül, Y. S., Algun, C., Arda, M. N., Özer, E., & Angin, S. (2011). Health Locus of Control Beliefs and Postural Control in Chronic Low Back Pain Patients. *Journal of Neurological Sciences*, 28(2), 222–235.

91. Şengül, Y., Kara, B., & Arda, M. N. (2010). The relationship between health locus of control and quality of life in patients with chronic low back pain. *Turkish neurosurgery*, 20(2), 180–185. <https://doi.org/10.5137/1019-5149.JTN.2616-09.1>
92. Siddall, P. J., & Cousins, M. J. (2004). Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management. *Anesthesia and analgesia*, 99(2). <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000133383.17666.3A>
93. Smith, M. T., Carmody, T. P., & Smith, M. S. (2000). Quality of Well-Being Scale and Chronic Low Back Pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7(3), 175–184. <https://doi.org/10.1023/A:1009512813102>
94. Spinhoven, P., Ter Kuile, M. M., Linssen, A. C., & Gazendam, B. (1989). Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients. *Pain*, 37(1), 77–83. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90155-3](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90155-3)
95. Spinhoven, P., Ter Kuile, M., Kole-Snijders, A. M., Hutten Mansfeld, M., Den Ouden, D. J., & Vlaeyen, J. W. (2004). Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *European journal of pain (London, England)*, 8(3), 211–219. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2003.08.003>
96. Staniūtė, M. (2007). *Sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir jos pokyčiai ilgalaikio stebėjimo metu* (Magistro darbas). Kaunas: Lietuvos Sveikatos Mokslų universitetas.
97. Staniūtė, M. (2007). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 9(1), 22 – 25. Paimta iš: http://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2014/06/2007_9_Staniūtė.pdf
98. Stewart, J. A., Aebischer, V., Egloff, N., Wegmann, B., von Känel, R., Vögelin, E., & Grosse Holtforth, M. (2018). The Role of Health Locus of Control in Pain Intensity Outcome of Conservatively and Operatively Treated Hand Surgery Patients. *International journal of behavioral medicine*, 25(3), 374–379. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9713-4>
99. Stucky, C. L., Gold, M. S., & Zhang, X. (2001). Mechanisms of pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(21), 11845–11846. <https://doi.org/10.1073/pnas.211373398>
100. Suarez-Roca, H., Leal, L., Silva, J. A., Pinerua-Shuhaibar, L., & Quintero, L. (2008). Reduced GABA neurotransmission underlies hyperalgesia induced by repeated forced swimming stress. *Behavioural brain research*, 189(1), 159–169. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2007.12.022>
101. Sullivan, M. (2017). *Pain Catastrophizing Scale*. Physiopedia. Paimta iš https://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSMannual_English.pdf

102. Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain, 17*(1), 52–64. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>
103. Sullivan, M., Adams, H., & Sullivan, M. E. (2004). Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. *Pain, 107*(3), 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.11.003>
104. Tan, G., Jensen, M., Robinson-Whelen, S., Thornby, J., & Monga, T. (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain, 90*, 127-133.
105. Taylor, J. B., Goode, A. P., George, S. Z., & Cook, C. E. (2014). Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society, 14*(10), 2299–2319. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.01.026>
106. Valade, D., Fontenelle, F., Roos, C., Rousseau-Salvador, C., Ducros, A. & Rusinek, S. (2012). Emotional status, perceived control of pain, and pain coping strategies in episodic and chronic cluster headache. *Europe's Journal of Psychology, 8*(3), 461.
107. Valstybinė ligonių kasa (2018). *Kokios sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje yra nemokamos?* (video). Paimta iš: [http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Kokios-sveikatos-prieziuros-paslaugos-Lietuvoje-yra-nemokamos-\(video\).aspx](http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Kokios-sveikatos-prieziuros-paslaugos-Lietuvoje-yra-nemokamos-(video).aspx)
108. Vlaeyen, J. W. S., Maher, C. G., Wiech, K., Zundert, J. V., Meloto, C. B., Diatchenko, L., Battié, M. C., Goossens, M., Koes, B. & Linton, L. J. (2018). Low back pain. *Nat Rev Dis Primers, 4* (52). <https://doi.org/10.1038/s41572-018-0052-1>
109. Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain, 85*(3), 317–332. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00242-0)
110. Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Saunders, K., Stang, P., Brandenburg, N., & Kessler, R. (2005). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain, 113*(3), 331–339. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.11.010>
111. Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of consulting and clinical psychology, 44*(4), 580–585. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.44.4.580>
112. Wallston, K. (2001). Control Beliefs: Health Perspectives. In. Smelser N. J & Baltes P. B., *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (p. 2724-2726) Pergamon <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03799-2>.

113. Wallston, K. A. (1991). The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health Educ. Res.* 6(2), 251–252.
114. Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health education monographs*, 6(2), 160–170. <https://doi.org/10.1177/109019817800600107>
115. Ware, J. E., Jr (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130–3139. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>
116. Ware, J. E., Jr, & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473–483.
117. Wilkie, D., J. (2001). Pain Mechanisms: The "Pain Process" and Blocking it with Analgesics and Nonpharmacological Strategies. *Comfort. Pain mechanism.* Paimta iš http://www.allcare.org/CancerPain-and-SymptomManagement/comfort/cfm2/cfm2_cont.htm
118. Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1), 59–65.
119. Wilski, M., Broła, W., & Tomczak, M. (2019). Health locus of control and mental health in patients with multiple sclerosis: Mediating effect of coping strategies. *Research in nursing & health*, 42(4), 296–305. <https://doi.org/10.1002/nur.21955>
120. 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. <https://doi.org/10.1080/16501970410021535>
121. Wong, H. J., & Anitescu, M. (2017). The Role of Health Locus of Control in Evaluating Depression and Other Comorbidities in Patients with Chronic Pain Conditions, A Cross-Sectional Study. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*, 17(1), 52–61. <https://doi.org/10.1111/papr.12410>
122. Wong, J. J., Côté, P., Tricco, A. C., & Rosella, L. C. (2019). Examining the effects of low back pain and mental health symptoms on healthcare utilisation and costs: a protocol for a population-based cohort study. *BMJ open*, 9(9), e031749. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031749>
123. Yam, M. F., Loh, Y. C., Tan, C. S., Khadijah A., S., Abdul M., N., & Basir, R. (2018). General Pathways of Pain Sensation and the Major Neurotransmitters Involved in Pain Regulation. *International journal of molecular sciences*, 19(8), 2164. <https://doi.org/10.3390/ijms19082164>
124. Zuercher-Huerlimann, E., Stewart, J. A., Egloff, N., von Känel, R., Studer, M., & Grosse Holtforth, M. (2019). Internal health locus of control as a predictor of pain reduction in

multidisciplinary inpatient treatment for chronic pain: a retrospective study. *Journal of pain research*, 12, 2095–2099. <https://doi.org/10.2147/JPR.S189442>

125. Zumeras, R. (2011). *Apie nugarą ir nugaros skausmus*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Paimta iš <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/apie-nugara-ir-nugaros-skausmus>
126. Žutautienė E. (2004). *Psichinės sveikatos kontrolės lokuso struktūriniai ir naminiai ypatumai Vilniaus kolegijos studentų tarpe* (Magistro darbas). Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas.

PRIEDAI

1 priedas. Papildomi demografiniai ir sudaryti klausimai apie skausmą.

1. Jūsų lytis:

- Vyras
- Moteris

2. Jūsų amžius (*įrašykite*):.....

3. Kaip ilgai Jus vargina nugaros skausmas?

- Mažiau nei 1 mėnesį
- 1-3 mėnesius
- 3-6 mėnesius
- 6 mėnesius- 1 metus
- 1-5 metus
- Daugiau nei 5 metus

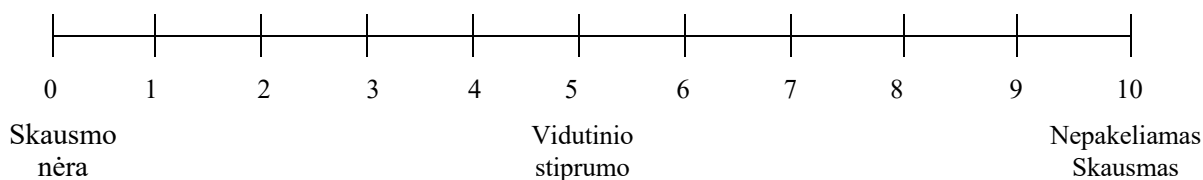
4. Kaip dažnai per pastaruosius 6 mėnesius Jums skaudėjo nugarą?

- Beveik niekada
- Kartais
- Maždaug pusę laiko
- Dažnai
- Beveik nuolatos

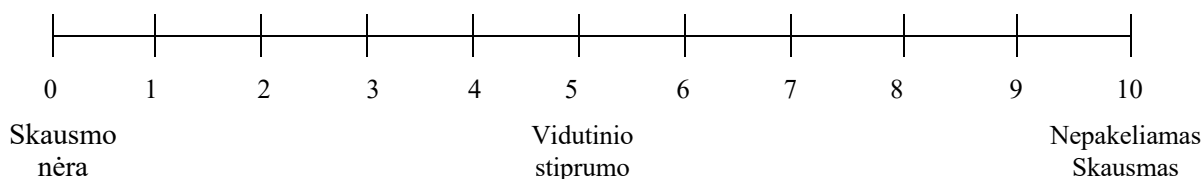
5. Labiausiai varginančio nugaros skausmo trukmė per pastaruosius 6 mėnesius:

- Mažiau nei parą
- 1-3 paras
- Daugiau nei 3 paras, bet mažiau nei 7 dienas
- 1- 4 savaites
- 1- 3 mėnesius
- daugiau nei 3 mėnesius

6. Įvertinkite šiuo momentu patiriamo nugaros skausmo stiprumą skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia skausmo nėra, o 10 – nepakeliamas skausmas:



7. Įvertinkite stipriausią patirtą nugaros skausmą per pastaruosius 6 mėnesius, skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia skausmo nėra, o 10 – nepakeliamas skausmas:



8. Įvertinkite dažniausiai patiriamo skausmo stiprumą per pastaruosius 6 mėnesius skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia skausmo nėra, o 10 – nepakeliamas skausmas:



2 priedas. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal NS patyrimo ypatumus.

Charakteristika	Tiriamųjų pasiskirstymas n (%)
Bendra nugaros skausmo trukmė:	
3-6 mėnesiai	5 (4,8)
Nuo 6 mėnesių iki 1 metų	10 (9,5)
Daugiau nei 1 iki 5 metų	38 (36,2)
Daugiau nei 5 metus	52 (49,5)
Nugaros skausmo dažnumas per paskutinius 6 mėnesius:	
Beveik niekada	1 (1,0)
Kartais	20 (19,0)
Maždaug pusę laiko	6 (5,7)
Dažnai	29 (27,6)
Nuolatos arba beveik nuolatos	49 (46,7)
Labiausiai varginančio nugaros skausmo trukmė per pastaruosius 6 mėnesius:	
Mažiau nei parą	9 (8,6)
1 – 3 paras	17 (16,2)
Daugiau nei 3 paras, bet mažiau nei 7 dienas	15 (14,3)
1 – 4 savaites	6 (5,7)
1 – 3 mėnesius	15 (14,3)
daugiau nei 3 mėnesius	43 (41,0)

3 priedas. NS stiprumo patyrimo vidurkių skirtumai tarp jaunesnių (nuo 20 m. iki 39 m.) ir vyresnių (nuo 40 m. iki 63 m.) tiriamųjų.

NS ypatumai	Jaunesni (n = 59)	Vyresni (n = 46)	t	df	p
	M (\pm SD)				
Šiuo momentu patiriamo nugaros skausmo stiprumas	4,36 (2,79)	5,22 (2,66)	-1,60	103	0,112
Stipriausias patirtas nugaros skausmą per pastaruosius 6 mėnesius	7,80 (1,89)	7,70 (2,10)	0,259	103	0,796
Dažniausiai patiriamo skausmo stiprumas per pastaruosius 6 mėnesius	5,86 (2,05)	6,28 (2,31)	-0,983	103	0,328
Skausmo poveikis	58,93 (9,13)	62,85 (9,13)	-2,18	103	0,032

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

4 priedas. *Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės subskalių aprašomoji statistika*

Charakteristika	<i>M</i> (\pm <i>SD</i>)	<i>Mediana</i>	<i>Intervalas</i>
Fizinis aktyvumas	56,90 (30,79)	65	0 – 100
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	42,86 (42,56)	25	0 – 100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	47,94 (40,54)	33	0 – 100
Socialinė funkcija	54,14 (31,03)	55	0 – 100
Emocinė būklė	54,06 (18)	52	16 – 100
Energingumas/gyvybingumas	45,14 (19,05)	45	0 – 85
Bendras sveikatos vertinimas	46,19 (19,22)	45	10 – 95
Sveikatos pokytis	39,76 (27,89)	50	0 – 100

5 priedas. *Skausmo įveikos strategijų aprašomoji statistika*

Skausmo įveikos strategijų subskalės / klausimai	<i>M</i> (\pm <i>SD</i>)	<i>Mediana</i>	<i>Intervalas</i>
Dėmesio nukreipimas	16,24 (8,40)	18,0	0 – 36
Skausmo pojūčių reinterpretavimas	11,65 (7,88)	11,0	0 – 36
Savitaiga	19,29 (7,24)	19,0	0 – 36
Pojūčių ignoravimas	16,80 (7,87)	18,0	0 – 36
Meldimasis/Viltis	14,97 (8,66)	13,5	0 – 36
Katastrofizavimas	13,63 (8,46)	13,5	0 – 36
Veiklumo suaktyvinimas	17,56 (7,26)	18,0	0 – 36
Jaučiama skausmo kontrolę	3,41 (1,38)	3,5	0 – 6
Jaučiama galimybė sumažinti skausmą	3,38 (1,36)	3,0	0 – 6

Pastaba: M – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai.

6 priedas. Sveikatos kontrolės lokuso subskalių vidurkių palyginimas

Sveikatos kontrolės lokusas	$M (\pm SD)$	Intervalas	F	df	p
Vidinis	23,54 (6,34)	10 – 36			
Atsitiktinumas	17,10 (5,41)	6 – 30	48,70	2	<0,001
Kitų poveikio	20,68 (5,70)	8 – 35			

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai.

7 priedas. Sveikatos kontrolės lokuso ir su fizine bei su psichine sveikata susijusios gyvenimo kokybės skalių koreliacijos koeficientai

	Fizinė sveikata	Psichinė sveikata
Vidinis	0,34***	0,29**
Atsitiktinumas	-0,22*	-0,21*
Kitų poveikio	-0,27**	-0,27**

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

8 priedas. Skausmo įveikos strategijų (CSQ) klausimyno tiriamosios analizės su Varimax sukiniu subskalių faktorių svoriai

Subskalė	Faktoriai	
	1 faktorius Adaptyvios	2 faktorius Neadaptyvios
Dėmesio nukreipimas	0,62	0,60
Skausmo pojūčių reinterpretavimas	0,54	0,59
Savitaiga	0,85	0,08
Pojūčių ignoravimas	0,87	0,05
Meldimasis/Viltis	0,33	0,77
Katastrofizavimas	-0,10	0,89
Veiklumo suaktyvinimas	0,74	0,35

Pastaba. Paryškintu šriftu pažymėti didžiausi kintamojo faktorių svoriai.

9 priedas. Skausmo įveikos strategijų (CSQ) klausimyno tiriamosios analizės su Varimax sukiniu subskalių faktorių svoriai, nurodžius išskirti keturis faktorius

Subskalė	Faktoriai			
	1 faktorius	2 faktorius	3 faktorius	4 faktorius
Dėmesio nukreipimas	0,81	0,19	0,32	0,31
Skausmo pojūčių reinterpretavimas	0,32	0,23	0,32	0,83
Savitaiga	0,33	0,88	0,13	0,004
Pojūčių ignoravimas	0,17	0,82	-0,004	0,45
Meldimasis/Viltis	0,37	0,26	0,74	0,13
Katastrofizavimas	0,05	-0,06	0,92	0,17
Veiklumo suaktyvinimas	0,88	0,32	0,09	0,14

Pastaba. Paryškintu šriftu pažymėti didžiausi kintamojo faktorių svoriai.

10 priedas. NS kontrolės vidurkių palyginimas tarp K – vidurkių klasterizacijos metodu išskirtų grupių

NS stiprumo ypatumai	1 grupė	2 grupė	3 grupė	F	df	p
	M (\pm SD)	M (\pm SD)	M (\pm SD)			
Jaučiama skausmo kontrolė	3,14 (1,38)	3,89 (1,37)	2,97 (1,21)	5,06	2	0,008
Jaučiama galimybė sumažinti skausmą	3,17 (1,42)	3,91 (1,31)	2,80 (1,10)	7,31	2	0,001

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

11 priedas. *NS poveikio prognostiniai veiksniai*

Nepriklausomi kintamieji	β	Priklausomas kintamasis		
		NS poveikis		
		F	p	R^2
Adaptyvios skausmo įveikos strategijos	0,01			
Neadaptyvios skausmo įveikos strategijos	0,61***			
Vidinis SKL	-0,20*	15,62	< 0,001	0,44
Atsitiktinumas SKL	-0,02			
Kitų poveikio SKL	-0,03			

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