

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra

Milda Mingėlaitė

Klinikinės psichologijos studijų programa

Magistro darbas

Skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo sąryšis rehabilitacijoje

Darbo vadovas: doc. R. Sargautytė

Vilnius
2009

TURINYS

Santrauka	3
Summary.....	4
<i>ĮVADAS</i>	5
1. Skausmo supratimas psichologijoje	6
2. Skausmo rehabilitacijoje problematika	8
2.1. Ūminis skausmas	10
2.2. Lėtinis skausmas.....	11
3. Su skausmu susijusi baime	12
3.1. Katastrofizavimas	13
3.2. Kinezifobija	14
3.3. Vengiantis elgesys	15
3.3.1. Baimės – vengimo modelis	17
4. Psichologinės skausmo baimės pasekmės	19
5. Psichologinės skausmo įveikos galimybės rehabilitacijoje.....	20
5.1. Skausmo psichologinis priėmimas	21
5.2. Psichologinė skausmo įveika.....	22
<i>TYRIMO METODIKA</i>	25
1. Tyrimo dalyviai	25
2. Tyrimo metodai	25
3. Tyrimo eiga	27
4. Duomenų tvarkymas.....	28
<i>REZULTATAI IR JŪ APTARIMAS</i>	29
1. Skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo ryšys rehabilitacijoje.....	29
2. Skausmo įveikos strategijos rehabilitacijoje.....	35
2.1. Skausmo įveikos strategijų ir skausmo intensyvumo ryšys	35
2.2. Skausmo įveikos strategijų ir fizinio aktyvumo ryšys.....	39
3. Kinezifobijos ypatumai rehabilitacijoje	41
3.1. Kinezifobija ir skausmo intensyvumo kitimas	43
3.2. Kinezifobija ir fizinio aktyvumo kitimas.....	44
<i>IŠVADOS</i>	46
<i>LITERATŪRA</i>	47
<i>PRIEDAI</i>	54

Santrauka

Skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo sąryšis reabilitacijoje

Pagrindinis šio darbo tikslas nustatyti fizinio aktyvumo ir skausmo intensyvumo sąryšio reabilitacijoje psichologinius veiksnius, t.y. išsiaiškinti reabilitacijos eigoje kintančio pacientų fizinio aktyvumo ir skausmo intensyvumo tarpusavio ryšį, įvertinti pacientų naudojamus skausmo įveikos strategijas ir kinezifobijos lygį bei visų šių veiksnių įtaką reabilitacijos eigai. Kadangi tyrėme pacientus, po klubo endoprotezavimo operacijos, kėlėme hipotezę, kad yra ryšys tarp pacientų skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo kitimo reabilitacijoje. Taip pat tikėjomės, kad pacientų naudojamos skausmo įveikos strategijos bei kinezifobijos stiprumas irgi bus susiję su jų skausmo intensyvumu ir fiziniu aktyvumu gydymo metu reabilitacijoje.

Tyrimui atlikti buvo naudojamas skausmo intensyvumo dienoraštis, fizinio aktyvumo dienoraštis, Įveikos strategijų klausimynas SCQ (Rosental, Keefe, 1983) ir Tampa kinezifobijos skalė TSK (Miller et al., 1991). Gavus reabilitacijos centrų administracijos sutikimą, tyrimas buvo atliekamas viso pacientų gydymo reabilitacijos įstaigoje metu. Tyrime taip pat dalyvavo pacientų kineziterapeutai, kurie stebėjo pacientų fizinį aktyvumą ir pildė jų fizinio aktyvumo dienoraščius. Iš viso tyrime dalyvavo 41 reabilitacijos pacientas po klubo endoprotezavimo operacijos iš Valakupių reabilitacijos centro, Gerontologijos ir reabilitacijos centro ir sanatorijos „Pušyno kelias“. Iš visų tiriamųjų buvo 10 vyrų (24,4%) ir 31 moteris (75,6%). Tiriamųjų amžius svyravo tarp 34–78, vidurkis 62,9 metų.

Nustatyta, kad pacientai skirtingai išgyvena skausmo intensyvumą reabilitacijoje, be to jų fizinis aktyvumas taip pat skiriasi. Gautų duomenų analizė parodė, kad egzistuoja ryšys tarp pacientų skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo reabilitacijoje po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos. Taip pat buvo gauta, kad pacientai reabilitacijoje naudoja skirtingas skausmo įveikos strategijas, kurias galima suskirstyti į racionaliąsias, savikontrolės ir elgesio strategijas. Tyrimu išsiaiškinta, kad pacientų tikėjimas galint kontroliuoti ir sumažinti savo skausmą, įtakoja jų suvokiamą skausmo intensyvumą ir fizinį aktyvumą reabilitacijoje. Taip pat nustatytas ryšys tarp pacientų kinezifobijos stiprumo ir jo naudojamų skausmo įveikos strategijų, skausmo intensyvumo bei fizinio aktyvumo kitimo gydymo metu.

Summary

The connection between pain intensity and physical performance in rehabilitation

The main goal of the study was to examine the psychological factors of the connection between pain intensity and physical performance in rehabilitation patients. With this study had we explored changes in patients' pain intensity and physical activity over time, evaluated their kinesiophobia level and pain coping strategies they were using in rehabilitation. Moreover we were trying to find out the relations among those variables. We had hypothesized there is a connection between pain intensity and physical performance in patients after hip replacement. Also we expected that pain coping strategies and kinesiophobia would interfere with pain intensity patients were experiencing and their physical activity in rehabilitation.

The survey began after given permission to execute the research. The permission was given by administration of Vilnius Valakupiai rehabilitation center, Vilnius center of gerontology and rehabilitation, and sanatorium Pusyno kelias. The study was based on 41 patients in rehabilitation after hip replacement, comprising a total of 10 (24,4%) men and 31 (75,6%) women, age between 34–78 years (average age 62,9 years). Patients were investigated during their whole treatment period. Pain intensity and physical activity diaries were used to accomplish the research. The Coping Strategies Questionnaire (Rosental, Keefe, 1983) and Tampa scale for kinesiophobia (Miller et al., 1991) were also applied in this investigation. As it was needed to evaluate the physical activity of participants, kinesiotherapists were involved in this research too. They were assessing physical activity of patients.

It was found that patients experience pain intensity differently in rehabilitation treatment. There are also some differences in experience of physical activity. Received data showed that there is connection between patients' pain intensity and physical activity in hip replacement rehabilitation. It was also found that patients use different pain coping strategies in rehabilitation. Coping strategies can be classified to rational, self-control and behavioral. The research disclosed that patients' belief that they can control and decrease pain influence their perceived pain intensity and physical activity in rehabilitation treatment. Identified relationship between patients' kinesiophobia level and following variables: used pain coping strategies, pain intensity, physical performance in rehabilitation.

IVADAS

Pastaruoju metu Lietuvoje itin padaugėjo žmonių, kuriems buvo atliktos klubo sąnario endoprotezavimo operacijos. 2004 metais Lietuvoje buvo atlikta per 4 tūkst. pirminių klubo ir kelio endoprotezavimo operacijų (Vasiliauskaitė, Juocevičius, 2007). Tuo tarpu 2007 metų gegužės pabaigoje, remiantis Valstybinės ligonių kasos (VLK) pateiktais duomenimis, eilėje nemokamo klubo sąnario endoprotezavimo iš viso laukė beveik 13 tūkst. pacientų. Pateikti duomenys rodo, sutrikimo paplitimo mastą ir svarbą.

Pacientų gydymo rezultatai priklauso ne tik nuo operacijos metu taikytos technikos ar naudojamų protezų modernumo, tačiau ir nuo tinkamos pooperacinės reabilitacijos. Bet kokią reabilitaciją galima apibūdinti kaip kompleksinį medicininių, socialinių, pedagoginių ir profesinių priemonių naudojimą, siekiant maksimalaus reabilituojamo asmens fizinio, psichologinio bei socialinio savarankiškumo (Hartley et al., 2008).

Klubo sąnario protezavimo atveju, paciento organizmas yra pažeidžiamas. Bet kokio sužeidimo atveju visi veiksmai, siekiant išvengti tolimesnės žalos, skatina organizmo gijimą. Reabilitacijos po klubo sąnario endoprotezavimo laikotarpiu taip pat yra imamas įvairių priemonių, pvz. kineziterapija, siekiant paspartinti sužeidimo gijimą. Daugumai individų tokiais atvejais skausmas gana greitai sumažėja ir per keletą savaičių prasideda gijimo procesas, tačiau kartais pažeidimui gyjant skausmas nemažėja. Kadangi užsitęsęs skausmas dažniausiai yra suprantamas kaip pavojaus organizmui signalas, neretai atsiranda klaidingas skausmo supratimas ir aiškinimas (Baublienė, 2006). Klaidingas skausmo supratimas gali kliudyti skausmo įveikos ir intensyvumo mažinimo procesams (Adams et al., 2005), sąlygoti vengiantį elgesį ir kinezifobiją (Vlaeyen, Linton, 2000) bei trikdyti visą reabilitacijos eigą, todėl svarbu išsiaiškinti ne tik medicininius, bet ir psichologinius veiksnius, įtakojančius pacientų reabilitacijos efektyvumą.

Nors skausmo sukeltos problemos yra svarbios daugeliui žmonių ir itin aktualios visuomeniniu požiūriu, mokslas šioje srityje yra gerokai toliau pažengęs nei praktinė pagalba. Pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje atliekama vis daugiau psichologinių tyrimų su pacientais po klubo ar kelio sąnario endoprotezavimo: kineziterapijos ir fizinio aktyvumo ypatumų tyrimai (Gocentas et al., 2000; Grinienė, Smailytė, 2002), nuotaikos pakitimų ir kognityvinių ypatumų svarbos reabilitacijai (Baublienė, 2006) ir kt. tyrimai. Tai ypač svarbu, kadangi nepaisant didelio skaičiaus pacientų, kuriems yra atliekamos tokios operacijos, medicininėse įstaigose dirbančių su reabilitacijos pacientais psichologų yra labai mažai. Taip gali būti dėl to, kad daugumoje reabilitacijos įstaigų, komandinio darbo su psichologais idėja yra įgyvendinama pakankamai lėtai.

Moksliniai psichologiniai tyrimai padėtų medicinos srities atstovams geriau suprasti psichologo darbo svarbą teikiant pagalbą reabilitacijos pacientams.

1. Skausmo supratimas psichologijoje

Anksčiau atliekant skausmo tyrimus, buvo keliama prielaida, kad jis yra tiesiogiai proporcingas audinio dirginimo intensyvumui. Ilgainiui biomedicininį skausmo supratimą pakeitė biopsichosocialinis, kuomet buvo pastebėta, kad skausmo intensyvumą lemia ne vien tik biologiniai veiksniai (pvz. sužeidimo tipas ar laipsnis), bet ir psichologiniai bei socialiniai faktoriai. Daugybė tyrimų atskleidžia, kad tokie psichologiniai veiksniai kaip pacientų turimi įsitikinimai apie skausmą, išmokta elgsena, emocinė būseną ar bejėgiškumas yra labai svarbūs analizuojant skausmą ir asmens prisitaikymą prie jo (McCracken et al., 2004; Adams et al., 2005; Keefe et al., 2005; Spearing et al., 2005; ir kt.).

Pastaraisiais dešimtmečiais psichologijos mokslas ir praktika supratimą apie skausmą keitė iš esmės. Dabar yra žinoma, kad skausmas yra daug sudėtingesnis reiškinys nei buvo manyta anksčiau ir norint jį numalšinti reikia atsižvelgti ne tik į jo fizines priežastis, bet ir suprasti žmogaus elgesį (Sargautytė, Veitienė, 2005). Norint kuo efektyviau valdyti ar net pašalinti skausmą reikia įsigilinti į jį lydinčius žmogaus jausmus ir mintis, įvertinti artimiausios šeimos ir darbo aplinkos poveikį, išsiaiškinti skausmo trukmę ir ankstesnio gydymo patirtį.

Tarptautinė skausmo tyrimų asociacija – ISAP (angl.- International Association for the Study of Pain) 1979 metais skausmą apibrėžė kaip nemalonų sensorinį ir emocinį potyrių, susijusių su tikru ar menamu (potencialiu) audinių pažeidimu arba nusakomu tais pačiais terminais, kaip ir tikrasis pažeidimas. Toks apibrėžimas rodo, kad skausmas yra ir emocinis, ir sensorinis patyrimas vienu metu. Taigi, emocinius skausmo veiksnius reikėtų vertinti lygiai taip pat, kaip ir sensorinius, nes jie gali nulemti visą skausmo ligos kliniką. Pateikiamu skausmo apibrėžimu taip pat yra akcentuojamas jo individualumas, todėl vienodo intensyvumo skausmą skirtingi žmonės suvokia skirtingai.

Šiuo metu vis dažniau skausmo išgyvenimo aiškinimui pasitelkiamas psichologijos mokslas, vis labiau yra vertinama psichologinių veiksnių įtaka skausmo suvokimui ir jo įveikai. Neretai skausmo veikimo principai yra bandomi aiškinti pasitelkiant R. Melzack ir P. Wall (1965) „*Vartų kontrolės*“ teoriją, kuri turi didžiulę įtaką skausmo psichologijai. Psichologinių veiksnių svarbą aiškindama remiantis biologiniu pagrindu, ši teorija į daugelį biologinių sutrikimų leidžia pažvelgti per psichologijos mokslo prizmę. „*Vartų kontrolės*“ teorija taip pat skatina laboratorinius

skausmo tyrimus siekiant išsiaiškinti kognityvinių (pvz. įsitikinimų ar atsiminimų) ir emocinių (pvz. nerimas ir depresija) veiksnių įtaką skausmo suvokimui (Keefe et al., 2005).

Buvo pastebėta, kad gana dažnai skausmas gali tapti netgi jį patiriančio žmogaus gyvenimo būdu (Kalėdytė-Lokominienė, 2005). Tokias atvejais vietoj natūralių asmens emocijų ir veiksmų, tarsi savotišku aplink žmogų vykstančių įvykių vertinimu, tampa skausmas ir jo intensyvumas. Vakarų šalyse paplitusį algofobijos, arba kitaip skausmo baimės, požiūrį šiuo metu keičia naujas kiek platesnis, kur vis dažniau pripažįstama, kad skausmas ir skausmo elgsena visada turi prasmę, be to, yra ne paprasta, o sudėtinė žmogaus gyvenimo dalis (Keefe, Williams, 1992).

Ypatingai svarbus posūkis skausmo sampratoje įvyko, kai buvo suprasta, kad reikia vertinti ne patį skausmą, o skausmą patiriantį asmenį. Šiuolaikinėje skausmo sampratoje pripažįstama, kad tiriant, vertinant ir bandant valdyti skausmą, didelį vaidmenį turėtų atlikti ir psichologijos mokslas. Aišku, svarbu vertinti ne tik skausmą patiriantį asmenį, bet ir situaciją, kurioje skausmas kyla ar sustiprėja, žmogaus mintis apie skausmą, bei su skausmu susijusias jo emocijas (Spearing et al., 2005, Sargautytė, 2008). Taigi, psichologinis žmogaus įvertinimas gali padėti prognozuojant skausmo mažinimo ir visos ligos eigos rezultatus.

F.J. Keefe ir S. Smith (2002) atlikę tyrimą pastebėjo, kad žmonės, kenčiantys skausmą, tarpusavyje dažniausiai skiriasi savo elgesiu: kai kurie demonstruoja žymiai daugiau skausmo elgsenos nei kiti. Stebint pacientų skausmo elgesį, galima išsiaiškinti kokie socialiniai (pvz. socialinis palaikymas, sutuoktinių nuostatos ir kt.) ir psichologiniai veiksniai (pvz. depresija, saviveiksmingumas, žmogaus įsitikinimais apie skausmą ir kt.) įtakoja skausmo išgyvenimą. Žmogaus elgesio ir fizinio aktyvumo vertinimas yra naudingas norint išsiaiškinti pacientų ligos ar sveikimo progresą, nuostatas skausmo atžvilgiu, psichologinius skausmo įveikos būdus (Menefee, Katz, 2001; Keefe, Smith, 2002)

Kaip jau minėta anksčiau, skausmas – labai subjektyvus žmogaus pojūtis, jo fiziologinį šaltinį nevisuomet galima išsiaiškinti arba jis nevisada atitinka asmens skausmo išraišką ir emocinį išgyvenimą. Matome, kad ir skausmo vertinimas didžiąja dalimi turėtų būti psichologinis (DeGood, Shutty, 1992; Turk, Melzack, 1992). Savaimė suprantama, kad psichologiškai galime vertinti ne tiek patį skausmą, kiek jį patiriantį žmogų, jo elgesį, aplinką, išsiaiškinti skausmo įvairiapusišką įtaką asmens gyvenimui.

Kaip ir pats skausmas, skausmo vertinimas taip pat yra subjektyvus. Skausmas visada yra žmogaus vidinės būsenos projekcija (Sargautytė, 2008). Kartais gydytojai ir kineziterapeutai naudojami „skausmo piešiniu“, kai paciento prašoma pažymėti jam skaudamas vietas ant pateikto žmogaus figūros kontūro. Mokslininkai pastebėjo, kad toks „skausmo piešinys“ suteikia informacijos ne tik apie paciento jaučiamo skausmo lokalizaciją bei jo intensyvumą, bet ir apie kai kuriuos žmogaus asmenybės ypatumas ir jo emocinę būseną (Ransford, 1976). Buvo pastebėta, kad

netgi vien tik skausmo intensyvumo ir modalumo vertinimas pacientams gali turėti tam tikrą terapinį poveikį (Spearing et al., 2005). Taip yra todėl, kad rodomas pasitikėjimas pacientu, jis yra įtraukiamas į gydymo procesą, didinamas jo saviveiksmingumas.

Trumpai apžvelgus literatūrą matome, kad gausiais tyrimais pagrįsta šiuolaikinė daugiadisciplininė skausmo samprata griežta, kad skausmas yra arba fizinė, arba psichologinė problema. Galima teigti, kad kiekvienas skausmas apima ir psichologinį komponentą, o psichologiniai veiksniai yra ypatingai svarbūs narinėjant visus skausmo gydymo etapus.

2. Skausmo rehabilitacijoje problematika

Pagrindiniai sunkumai išsakomi pacientų rehabilitacijos metu yra išgyvenamas skausmas, pablogėjusi nuotaika ir baimė nesusižaloti (Hartley et al., 2008). Nors pastaruosius kelis dešimtmečius skausmą aiškinančios teorijos labai stipriai pažengė į priekį, dauguma paprastų žmonių bei medicinos darbuotojų skausmą vis dar vertina remdamiesi tradiciniu, biomedicininio požiūriu (Keefe et al., 2005). Remiantis šiuo požiūriu, skausmas yra aiškinamas kaip simptomas tokios ligos, kurią galima gydyti tik identifikuojant ir pašalinant pagrindinę audinių patologiją, t.y. rehabilitacijos metu taip pat yra pasyviai laukiama skausmo sumažėjimo gyjant pažeistiems audiniams.

Medicininė rehabilitacija gali skirtis savo metodais, tačiau tikslas išlieka tas pats – padėti pacientui atgauti fizines, psichologines ir socialines funkcijas (Grinienė, Smailytė, 2002). Esant klubo sąnario susidėvėjimui ambulatorinio gydymo dažniausiai nebeužtenka – reikalinga endoprotezavimo operacija (Vasiliauskaitė, Juocevičius, 2007). Klubo sąnario endoprotezavimo operacija yra sąnario susidėvėjimo ir dėl to kylančio nepakeliamo skausmo problemos kraštutinis sprendimo būdas (Keefe et al., 2005; Vasiliauskaitė, Juocevičius, 2007). Asmenims gali reikėti tokios operacijos dėl įvairių priežasčių, tačiau dažniausiomis problemos pasireiškimo priežastimis yra laikomi degeneracinės ligos, osteoartritas, lūžiai, sąnarių dislokacijos, kurios gali būti ir įgimtos, sausgyslių, supančių sąnarį uždegimas, reumatoidinis artritas, osteonekrozė, įvairūs sužeidimai ir traumos ir pan. Dėl tokių išvardintų ligų siaurėja sąnario tarpas, sumažėja judesių amplitudė, atsiranda sąnarį supančių raumenų veiklos sutrikimai, sutrinka ir paties sąnario funkcija (Grinienė, Smailytė, 2002). Kadangi yra pažeidžiama sąnario funkcija, ligoniai kenčia skausmą, dėl to neretais atvejais keičiasi ir jų darbinė veikla, gyvenimo būdas. Atlikti tyrimai rodo, kad pacientai po klubo sąnario keitimo operacijos nurodė stipriai sumažėjusį skausmą, o daugiau kaip 80% iš jų neberekėjo jokios pagalbos vaikstant (Grinienė, Smailytė, 2002). Taigi, pacientai po operacijos tapo savarankiškesni ir nepriklausomi.

VLK duomenimis daugelio laukiančių klubo sąnario endoprotezavimo operacijos pacientų amžius svyruoja tarp 60 – 79 metų, o net trys ketvirtadaliai visų laukiančių yra moterys. Jaunesni kaip 41 metų pacientai, laukiantys eilėje klubo sąnario pakeitimo, sudaro vos kelis procentus. Taigi, matome, kad liga pasireiškia vyresniame amžiuje, todėl gydymas po operacijos yra apsunkintas įvairių veiksnių, dėl pacientų amžiaus. Vienas iš tokių veiksnių gali būti pacientų bendras fizinis pajėgumas (Vasiliauskaitė, Juocevičius, 2007; Jurgelėnas et al., 2008)

Po endoprotezavimo operacijos reabilitacijos laikotarpiu visiems pacientams yra skiriama kineziterapija (Grinienė, Smailytė, 2002), arba dar vadinama gydomoji mankšta, kuria yra palaikoma arba pagerinama atskirų raumenų grupių jėga, ištvėrmė, skatinamas pakeisto sąnario judrumas ir pažeidimo gijimas. Taip pat normalizuojamas paciento fizinis darbingumas tam, kad pacientas kuo greičiau vėl galėtų savarankiškai funkcionuoti (Gocentas et al., 2000). Reabilitacijos metu naudojamos aktyviosios ir pasyviosios kineziterapijos priemonės (Grinienė, Smailytė, 2002). Užsiėmimų metu didžiausias dėmesys yra skiriamas tempimo ir stiprinimo pratimams bei mokymuisi judėti su dirbtiniu sąnariu, atsižvelgiant į specifinę diagnozę, funkcinis apribojimus ir įvertinus kiekvieno sąnario būklę. Pacientui, kuriam atlikus pirmo reabilitacijos etapo programą išlieka biosocialinių funkcijų sutrikimų, reabilitacija tęsiama antrame etape (Vasiliauskaitė, Juocevičius, 2007).

Psichologinis paciento tyrimas padėtų pagilinti paciento pažinimą ir padėtų gydytojui veiksmingiau taikyti medicininį gydymą, o taip pat ir organizuoti psichologinę bei socialinę pagalbą (Sargautytė, 2008). Svarbu išsiaiškinti, kokie psichologiniai veiksniai, kokią įtaką turi paciento skausmui, jo fizinėms funkcijoms ir negaliai. Psichologinė pagalba po operacijos ypatingai svarbią vietą turėtų užimti ir streso dėl pakeisto sąnario valdyme ir mažinime, taip pat pagalboje pacientui prisitaikant prie neišvengiamai pasikeitusio gyvenimo būdo, daugybės atsiradusių apribojimų fiziniam aktyvumui (Grinienė, Smailytė, 2002). Nemažai pacientų tikisi staigaus efekto, tačiau reabilitacijai ir prisitaikymui prie naujo sąnario reikia laiko: skausmas gali išnykti gana greitai, tačiau gali užsitęsti ir keletui metų, todėl čia svarbu stebėti paciento emocinę būklę ir pasirengimą keistis (Hartley et al., 2008).

Reabilitacijos įstaigoje labai svarbu surinkti informaciją ne tik apie paciento būklę, jo skausmą, vartojamus medikamentus, bet ir jo kasdienį fizinį aktyvumą, kadangi tai taip pat gali padidinti išgyvenamą kančią (Bradley et al., 1992). Pavyzdžiui, buvo pastebėta, kad dalinis arba net visiškas fizinio aktyvumo atsisakymas dėl padidėjusio skausmo reabilitacijos metu, pacientams, turintiems judėjimo sutrikimų, gali pasireikšti pernelyg padidėjusia negalia ar skausmo elgsena (Bradley et al., 1992).

Svarstant, kaip pacientai atsikrato savo negalios, socialinės kognityvinės teorijos pateikia įvairių paaiškinimų apie sąveikas tarp paciento elgesio, mąstymo ir kitų asmeninių veiksnių,

įtakojančių jo prisitaikymą, svarbą (Resnick et al., 2002). Pastaruoju metu buvo pastebėta, kad daugybė psichologinių veiksnių turi įtakos sąnarių ligomis sergančių pacientų skausmo suvokimui (Keefe et al., 2002). Šie veiksniai gali būti sugrupuoti į dvi pagrindines klases, tai: 1) skausmo įveikos kintamieji ir 2) skausmo kontrolės bei įvertinimo kintamieji (Keefe et al., 2005).

Norint efektyviai valdyti jaučiamą skausmą būtina žinoti jo tipus ir fiziologiją, nes tik taip galima užtikrinti pasirinktų skausmo mažinimo ir gydymo metodų efektyvumą. Neretai skausmas yra skirstomas į: nociceptinį, kuris kyla dėl audinių pažeidimo, neuropatinį, atsirandantį dėl patofiziologinių pokyčių periferinėje ir/ar centrinėje nervų sistemoje, ir psichogeninį, atsirandantį dėl psichinių ar psichologinių sutrikimų (Baublienė, 2006). Reabilitacijos laikotarpiu dažniausiai pasireiškia nociceptinio tipo skausmai, tačiau priklausomai nuo individualaus atvejo jie gali labai skirtis tarpusavyje.

Skausmas taip pat gana dažnai yra skirstomas pagal jo trukmę į dvi pagrindines kategorijas: ūminį ir lėtinį (Baublienė, 2006). Neretai iki klubo sąnario endoprotezavimo operacijos pacientai patiria ilgalaikius, lėtinius skausmus, todėl reabilitacijos laikotarpiu jų gijimą apsunkina asmens naudojamos skausmo įveikos strategijos ar išmoktas vengimo elgesys.

2.1. Ūminis skausmas

Ūminio skausmo epizodas yra apibūdinamas, kaip skausmas, kuris trunka ne ilgiau nei tris mėnesius (Merskey, 1979, cit. pg. Spearing et al., 2005), net jei tokie epizodai gali pasikartoti. Skausmas gali nurodyti tam tikrą individo audinių pažeidimą, tačiau gali atsirasti net jei aiškių priežasčių jam nesimato (Vasuedan, 1992; Spearing et al., 2005). Dažniausiai ūminis skausmas yra normali kūno reakcija, kuri atsiranda dėl ligos, uždegimo, traumos. Tokią reakciją visuomet lydi emocinis stresas. Ūminis skausmas trunka sąlyginai trumpai ir dažniausiai yra didesnio intensyvumo, nei lėtinis skausmas (Baublienė, 2006). Toks skausmas yra tarsi kūno signalas apie jo pažeidimą. Šio tipo skausmai praeina užgijus sužeidimui (Baublienė, 2006).

Tyrėjai teigia, kad sprendžiant klausimą, kaip valdyti ūminį skausmą yra svarbu prisiminti (Spearing et al., 2005), kad:

- Skausmas visada turi neigiamą fiziologinį ir psichologinį poveikį;
- Pacientai turėtų būti įtraukti į jų skausmo vertinimo ir valdymo procesą;
- Skausmo gydymas turi būti lankstus ir pritaikytas individualiems paciento poreikiams;
- Turėtų būti galima skausmo intensyvumą sumažinti iki patenkinamo ir toleruojamo lygio;

- Skausmas turi būti pradedamas gydyti kuo anksčiau, nes įsisenėjusį skausmą yra daug sunkiau išgydyti.

Neretai jaučiantys skausmą žmonės nori kuo daugiau žinoti apie savo problemą, kas jiems sukelia tiek skausmo ir ką reikėtų daryti, norint skausmą sumažinti. Svarbu suteikti jiems kuo daugiau informacijos ir taip sumažinti jų baimę bei keisti požiūrį apie savo negalią. Nustatyta, kad kuo daugiau informacijos yra suteikiama sutrikimo pasireiškimo pradžioje, tuo mažiau pacientai jaučia baimės dėl savo būsenos ir ją vertina palankiau (AAMP GG, 2003; Spearing et al., 2005). Efektyvus ūminio skausmo valdymas gali sumažinti riziką išsivystyti lėtiniam skausmui (Spearing et al., 2005)

2.2. Lėtinis skausmas

Prasidėjus ligai skausmas yra naudingas: jis įspėja apie žmogaus audinių pažeidimą, verčia kreiptis pagalbos į gydytojus. Ilgai trunkantis lėtinis skausmas yra kitoks – jis veikia visas gyvenimo sritis: fizinį pajėgumą ir gerovę, nuotaiką, mitybą, jausmus, asmens savivertės suvokimą (Baublienė, 2006). Šio skausmo intensyvumas gali svyruoti nuo švelnaus iki nepakeliamo. Nepaisant skausmo gydymo, lėtinį skausmą kenčiantys žmonės gali turėti skausmo proveržius, kurių metu skausmas trumpam labai sustiprėja, o jam numalšinti reikia papildomų medikamentų.

Neretai lėtinį skausmą kenčiantis žmogus praranda viltį jį įveikti. Tokiu atveju skausmas pradeda kontroliuoti jo gyvenimą: jis, tarsi, nurodo, kada žmogus gali keltis, kada eiti gulti, kada gali eiti pasivaikščioti ar dirbti ir t.t. Lėtinis skausmas veikia ne tik ligonį, bet ir jo šeimą, artimiausius aplinkinius žmones (Adams et al., 2005; Martire et al., 2008). Neretam asmeniui, kenčiančiam nuo lėtinio skausmo, gali pasireikšti depresijos simptomai (Pileckyte, 2005).

„Nekentėk skausmo tyloje“ – skelbia Europos skausmo draugijų federacija. 2004 m. spalio 11-ąją d. Ženevoje ši federacija priėmė deklaraciją, kuria remiantis įtvirtinama kiekvieno asmens teisė į skausmo malšinimą, o Spalio 11-oji diena paskelbta visuotine kovos su skausmu diena (Sargautytė, Veitienė, 2005). Šiuo metu prie tokio judėjimo prisideda ir Lietuvos skausmo draugija, sutelkusi įvairių specialybių atstovus.

Lėtinis skausmas gali būti skirtingas skirtingiems žmonėms. Net to paties asmens skausmas gali būti kitoks, kadangi jį sąlygoja įvairios priežastys. Žmonės taip pat labai skirtingai reaguoja į skausmą, taigi jis priklauso ne vien tik nuo ligos sunkumo. Kai skausmo signalai keliauja nervais į nugaros ir galvos smegenis, žmogaus organizmas stengiasi juos nuslopinti, susilpninti. Organizmas išskiria endorfinus, chemines medžiagas, kurios padeda užblokuoti skausmo signalų plitimą. Įvairūs veiksniai, pvz. emocijos ar mintys, gali skatinti ar slopinti endorfinų gamybą organizme. Skausmo jautrumas labai priklauso nuo nervų sistemos jautrumo, baimės, nerimo jausmų,

turėtos patirties, susijusios su skausmu, požiūrio į skausmą, dėmesio, nuo emocinių ir socialinių ypatumų ir daugelio kitų veiksnių.

Reikia pabrėžti pagrindinį skirtumą tarp ūminio ir lėtinio skausmų. Ūminis skausmas dažniausiai praeina gyjant pažeistiems audiniams, jis atitinka audinių pažeidimo lygį, o lėtinis skausmas yra veikiamas visai kitų veiksnių, o ne paties pažeidimo (Baublienė, 2006). Neretai užsitęsęs trumpalaikiam skausmui padidėja tikimybė jam peraugti į ilgalaikį skausmą (Vasudevan, 1992; Spearing et al., 2005) Nevisada yra iki galo aišku, kodėl skausmas tampa lėtiniu. Tai gali priklausyti ir nuo skausmo signalo įvesties į žmogaus nervų sistemą netgi nepažeidus audinių, dėl fizinio aktyvumo stokos, dėl asmens minčių apie skausmą, ir dėl tokių emocinių būsenų kaip nerimas ar depresija (Vlaeyen, Linton, 2000; Spearing et al., 2005). Neretai netgi pašalinus priežastį, lėtinis skausmas nebeišnyksta. Taip pat Goldstein su bendraautoriais (2003) pastebėjo, kad ilgiau trunkanti sunki ir nepagydoma liga keičia paciento sveikatos kontrolės lokusą iš vidinio į išorinį, t.y. verčia sergantį žmogų mažiau pasitikėti savo jėgomis, bet labiau tikėtis gydytojų pagalbos (cit. pg. Petruolytė, Pileckaitė-Markovienė, 2007).

Taigi, lėtinis skausmas – daugialypė medicininė problema: ligoniai lankosi pas gydytojus, dažnai juos keičia, vartoja daug vaistų, anamnezėje daug nesėkmingų gydymo bandymų. Būklę taip pat sunkina ryški psichopatologija, gyvenimo būdo pasikeitimai (šeimoje, profesinėje veikloje), dažna fizinė negalia. Nepagydomas, pastovus, sekinantis, kankinantis, vyraujantis kiekvienu sąmoningos akimirkos momentu skausmas gali sukelti protinę ir fizinę negalią, netgi norą nutraukti jį savižudybės kaina.

3. Su skausmu susijusi baimė

Vienas iš daugiausiai tyrinėtojų dėmesio bei empirinių tyrinėjimų sulaukusių kintamųjų yra su skausmu susijusi baimė (Vlaeyen, Linton, 2000). Mintis apie skausmo ir baimės ryšį nėra nauja. Nemažai ryškių istorinių autoritetų susiejo skausmą ir baimę. Vienas pirmųjų pastebėjęs egzistuojant tokį ryšį buvo Aristotelis. Jis rašė, kad „tebūnie baimė tam tikra skausmo rūšis, kuri kyla iš įsivaizduojamos kylančios grėsmės“ (cit. pg. Vlaeyen, Linton, 2000). Vėliau Walter B. Cannon (1915) atskyrė skausmą, kaip paprastą jutimą, ir skausmą, kaip jutimą lydimą emocijų.

Manoma, kad su skausmu susijusi baimė gali būti net labiau kenkianti nei pats skausmas. Tokia nuomonė paneigia anksčiau vyravusį mąstymą, kad sumažėjęs gebėjimas atlikti kasdienes veiklas pacientams su nuolatiniu, lėtiniu skausmu, tiesiogiai priklauso nuo jų jaučiamo skausmo stiprumo (Crombez et al., 1999). Dabar manoma, kad sumažėjęs asmens funkcionalumas gali priklausyti nuo su skausmu susijusios baimės. Yra nustatyta, kad ligonio negatyvus mąstymas,

negatyvios emocijos ir tikėjimas, kad fizinis aktyvumas gali dar labiau sustiprinti negalią ar skausmą gali paaiškinti skausmo ir netgi visos ligos tolimesnę eigą (Boersma, Linton, 2006).

Kitas individualus psichologinis kintamasis labai svarbus vertinant skausmą yra paciento skausmo laukimas (Boersma, Linton, 2006). Nevalingos reakcijos tokios, kaip skausmo laukimas gali turėti labai svarbią reikšmę jo išgyvenimui, vertinimui, fiziniam bei psichologiniam paciento funkcionavimui.

3.1. Katastrofizavimas

Pacientų paklausus, ko jie bijo, dažniausias atsakymas yra „skausmo“. Paprastai suprantamas skausmas ir jo baimė skiriasi tarp pacientų. Vieni pacientai gali teigti, kad savo problemos jie visiškai nesieja su skausmo baime, kad jiems tiesiog yra sunku judėti. Kiti pacientai gali nesijaudinti dėl esančio skausmo, tačiau skausmas, kurį jie gali patirti po kurio laiko, pvz. atlikę tam tikrus fizinius pratimus, jiems gali kelti tikrai daug nerimo. Treti pacientai gali paties skausmo iš viso nebijoti, tačiau baimintis dėl galimo traumos. Manoma, kad su skausmu susijusi baimė žmogų labiau apriboja nei pats skausmas (Laekeman et al., 2008), t.y. tai, kaip žmogus galvoja apie skausmą, keičia jo skausmo patyrimą ir visą su skausmu susijusią elgseną.

Katastrofizavimas neišvengiamai pasireiškia dėl baimės, susijusios su skausmu: paties skausmo baimės, sužeidimo baimės ir fizinio aktyvumo baimės. Katastrofizavimas apima ypatingą ir perdėtą negatyvią nuostatą prieš skausmą ir jo galimas pasekmes (Severeijns et al., 2006). Judėjimo ar sužeidimo baimė yra ypatinga savybė tų žmonių, kurie turi raumenų ar skeleto sutrikimus. Sukaupti duomenys rodo, kad toks neteisingas skausmo aiškinimas bei su jaučiamu skausmu susijusios baimės dažnai lemia asmens psichologines ir fizines charakteristikas, pvz. padidėjęs budrumas kūno pokyčiams, raumenų reaktyvumas ar vengimo bei apsauginis elgsens, (Houben et al., 2005; Severeijns et al., 2005; Boersma, Linton, 2006). Išvardintos savybės apsunkina su skausmu susijusių problemų sprendimą. Yra ginčijamasi, ar katastrofizavimas yra viena iš skausmo įveikos strategijų, ar neteisingas skausmo vertinimas (Jensen et al., 1994). Manoma, kad katastrofizavimas, kuris pasireiškia kartu su žmogaus baime judėti, gali būti pripažįstamas kaip vienas iš asmens išgyvenamo psichologinio distreso, o ne skausmo įveikos, faktorių (Vlaeyen et al., 1995).

Taip pat tyrimų duomenys aiškiai rodo, kad tarp skausmo katastrofizavimo ir asmens depresiškumo egzistuoja tiesioginis ryšys (Vlaeyen et al., 1995). Tokių ryšių paprasčiausiai būtų galima aiškinti žmogaus išgyvenamu bejėgiškumo jausmu, kuris kyla kai jaučiamas skausmas atrodo toks intensyvus ir pavojingas, kad nebeįmanoma nieko padaryti. Tada išsivysto itin negatyvi nuostata prieš skausmą, o taip pat neretai ir prieš save patį. Požiūris į ateitį taip gali tapti itin

negatyviu. Be to, tokį ryšį galima aiškinti ir tuo, kad žmonės, kuriems intensyviau pasireiškia katastrofizavimas, bet koki fizinį aktyvumą yra labiau linkę vertinti kaip pirminį skausmo signalą, nes mano, kad galima lengvai susižeisti (Vlaeyen et al., 1995). Dėl šios priežasties keletas klininių sutrikimų tokių, kaip hipochondrija, gali būti aiškinami kaip atspindintys asmens katastrofinį mąstymą kartu su jo dėmesio sukonzentravimu į savo vidinius pojūčius.

Taip pat katastrofizuojantis mąstymas gali būti susijęs su kylandčiu nerimu ir baime susižaloti. Iš čia taip pat gali kilti žmogaus, jaučiančio skausmą, polinkis demonstruoti vengiantį elgesį, taip siekiant pašalinti galimą pavojų pabloginti savo būseną ar suintensyvinti jaučiamą skausmą.

3.2. Kinezifobija

Judėjimo arba fizinio aktyvumo baimė yra labai specifiška. Dažniausiai baiminamasi, kad esant fiziškai aktyviam galima susižeisti ir taip sustiprinti savo skausmą. Siekiant paaiškinti tokią baimę Kori et al. (1990) įvedė naują terminą „*kinezifobija*“ (cit. pg. Vlaeyen et al., 1995). Terminas kinezifobija aprašo būseną, kuomet pacientai išgyvena perdėtą, iracionalią ir sekinančią baimę judėti. Ši baimė atsiranda dėl žmogaus jausmo, kad esi itin pažeidžiamas ir gali labai lengvai ir skausmingai susižaloti. Panašiai, kaip ir kitų fobijų atveju, baimė judėti dėl galimo susižeidimo veda prie vengimo elgsenos (Picavet et al., 2002; Lohnberg, 2007), todėl išgyvenantys kinezifobiją pacientai dažniausiai pasižymi vengimo elgesiu. Šiuo atveju vengimo elgesys pasireiškia kaip įsitraukimo į tam tikras veiklas, kurios subjektyviai manoma gali sukelti skausmą ir negalią, sumažėjimu ar visišku nutraukimu. Dėl šios priežasties itin padidėja ilgalaikio skausmo išsivystimo rizika (Picavet et al., 2002), padidėjęs depresijos ir nerimo lygis (Douglas et al., 2007). Tai gali būti aiškinama padidėjusiu asmens budrumu ir ypatingu dėmesio sutelkimu ties kūno pojūčiais, signalizuojančiais apie galimą skausmą. Nustačius ryšį tarp baimės, vengimo ir išgyvenamo skausmo galima mėginti užkirsti kelią skausmo įsisenėjimui dėl neteisingų asmens vertinimų.

Atlikti tyrimai rodo, kad pacientai, kuriems labiau išreikšta baimė judėti dėl subjektyviai numatomo susižeidimo, dažniau vengia būti fiziškai aktyvūs, nei tie pacientai, kurie tokios baimės išsako mažiau (Vlaeyen et al., 1995; Crombez et al., 1999). Taip pat atlikti tyrimai rodo, esant labai įdomų ryšį tarp numatomo fizinio aktyvumo ir suvokiamo skausmo intensyvumo: buvo pastebėta, kad pacientai, kuriems buvo pranešta, jog jie turės judėti daugiau, nurodė subjektyviai intensyvesnį skausmo jutimą (Pfungsten et al., 2001). Kitavertus buvo pastebėta, kad baimės konfrontacija veda prie subjektyvaus skausmo sumažėjimo ar net visiško išnykimo, o vengimo reakcija gali baimę išlaikyti ar net sustiprinti iki fobijos lygio (Lohnberg, 2007).

Vengimo elgsena taip pat gali būti skirstoma į kognityvųjį vengimą (paties skausmo vengimas) ir veiksminį vengimą (vengiama galinčio sukelti ar sustiprinti skausmą elgesio) (Lohnberg, 2007). Pastarasis gali būti pastiprintas, kai asmuo gali sėkmingai išvengti skausmą sukeliančių įvykių, pvz. kineziterapija reabilitacijos metu.

3.3. Vengiantis elgesys

Neretai su ilgalaikiu skausmu susijusių sutrikimų negalima paaiškinti remiantis vien tik biologiniu-medicininu požiūriu. Yra atlikta daugybė tyrimų, kurių rezultatai rodo, kad tiesioginis ryšys tarp išgyvenamo skausmo ir sutrikimo yra ganėtinai mažas (Vlaeyen et al., 1995; Pflingsten et al., 2001). Manoma, kad taikant elgesio arba biopsichosocialinį požiūrį galima geriau suprasti kaip ir kodėl skausmas gali tapti ilgalaikė žmonių problema.

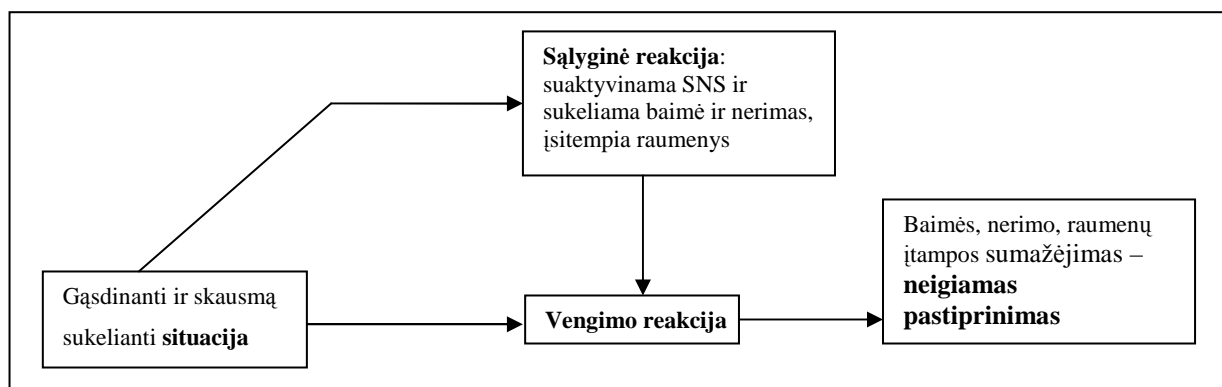
Laikantis biopsichosocialinio požiūrio, pagrindinė prielaida būtų tai, jog skausmas ir skausmo sukelta negalia yra įtakojama ne tik organinės patologijos, bet ir biologinių, psichologinių ir socialinių faktorių (Vlaeyen et al., 1995). Skausmas gali būti palaikomas dėl atsirandančio klasikinio ir operantinio sąlygojimo. Operantinio sąlygojimo pavyzdžiais galėtų būti neretai pasitaikantis žmogaus vengiantis elgesys, klaidingas signalų, ateinančių iš receptorių, aiškinimas ir supratimas, arba žemas asmens saviveiksmingumo vertinimas. Dėl klasikinio sąlygojimo, gali atsirasti stipri, skausmą sukelianti, raumenų įtampa dėl tam tikrų asmeniškai svarbių stresorių. Taip pat svarbų vaidmenį šioje situacijoje užima ir modeliavimo reiškinys, kai jaučiantys skausmą žmonės išmoksta skausmo elgesio stebėdami aplinkinius (Keefe, Smith, 2002).

Vengimo elgesys, galimai atsiradęs dėl skausmo, daugiau buvo pradėtas tyrinėti maždaug nuo 1960-tųjų metų. Vengimo elgesys yra priskiriamas prie išmoktos elgsenos, kuriuo yra atidedamas arba išvengiamas susidūrimas su nemaloniu veiksmu (Vlaeyen, Linton, 2000). Toks išmokimas įvyksta dėl susiformuojančio neigiamo pastiprinimo mechanizmo. Vengimo elgesys pasirodo tuomet, kai kelis kartus pavyksta sėkmingai išvengti susidūrimo su nemaloniu veiksmu.

Fordyce et al. (1982) aprašė, kaip asmenys stengiasi išvengti situacijų, kuriose skausmas gali paaštrėti ar tiesiog atsirasti (cit. pg. Vlaeyen, Linton, 2000). Taip jie išmoksta, kad šitaip vengiant tam tikrų situacijų galima sumažinti ar bent jau išlaikyti tokį patį jaučiamą skausmą. Deja, yra manoma, kad vengimo elgsena yra vienas iš svarbių veiksnių, įtakančių lėtinio skausmo išsivystymą ir tuo labiau jo išlaikymą (Pflingsten et al., 2001).

Veiklos vengimo modelis yra pats paprasčiausias asmens skausmo baimės ir jo vengimo elgsenos ryšio paaiškinimas. Šiame modelyje yra išskiriami du sąlygojimo komponentai: klasikinis ir operantinis (žr. 1 pav.). Klasikinis komponentas nurodo procesą, kurio metu neutralus stimulus įgauna neigiamą reikšmę. Asmuo išmoksta numatyti įvykius savo aplinkoje. Sužeidimas sukelia

automatinę reakciją tokią, kaip raumenų susitraukimas, ir simpatinės nervų sistemos aktyvaciją, pvz. pasireiškia baimė ar nerimas. Remiantis klasikiniu sąlygojimu, išorinis stimulus taip pat gali sukelti panašias asmens reakcijas. Sąlygojimas gali pasireikšti tiesiogiai per esamą patirtį, stebint aplinką, t.y. modeliavimo būdu, arba kai informacija yra gaunama kitokiais būdais, pavyzdžiui kaip žmogus patyręs automobilio avariją, dėl išgyventos trauminės patirties gali pradėti bijoti vairuoti, taip žmogus jaučiantis nugaros skausmą gali pradėti bijoti kelti sunkesnius daiktus. Taip gali atsitikti dėl to, kad jis pajautė stiprų nugaros skausmą ką nors keldamas arba dėl to, kad jo gydytojas nurodė, jog daiktų kilnojimas tokioje būklėje gali pažeisti nugaros nervus. Taip pat tokia baimė gali atsirasti ir tuomet, jei žmogus matė, kaip kitam kažką bekeliant stipriai suskaudo nugarą.



1 pav. Veiklos vengimo modelis apjungiantis klasikinį ir operantinį sąlygojimą (Vlaeyen, Linton, 2000)

Kuomet stimulus nurodantis galimą nemalonų potyrį pradeda žmogui padėti numatyti skausmą, atsiranda vengimo elgesys. Ilgainiui vengimo elgsena gali pasidaryti ypač stipri ir atspari išblėsimui. Tai dažniausiai nutinka dėl to, kad sėkmingas vengimas apsaugo žmogų nuo nemalonių, tačiau nebūtinai žalingų, jam pasekmių konkrečioje situacijoje.

Įdomu tai, kad tyrimai rodo, jog asmens vengiantis elgesys visai nepriklauso nuo žmogaus išgyvenamo skausmo intensyvumo (Vlaeyen et al., 1995; Pflugsten et al., 2001). Fizinio aktyvumo vengimo išmokymas gali atsirasti savarankiškai, kadangi skausmo intensyvumo supratimas yra labai individualus reiškinys. Taigi, vien tik remiantis pacientų išsakomu skausmo intensyvumu negalima nustatyti jų vengimo elgesio pasireiškimo laipsnio.

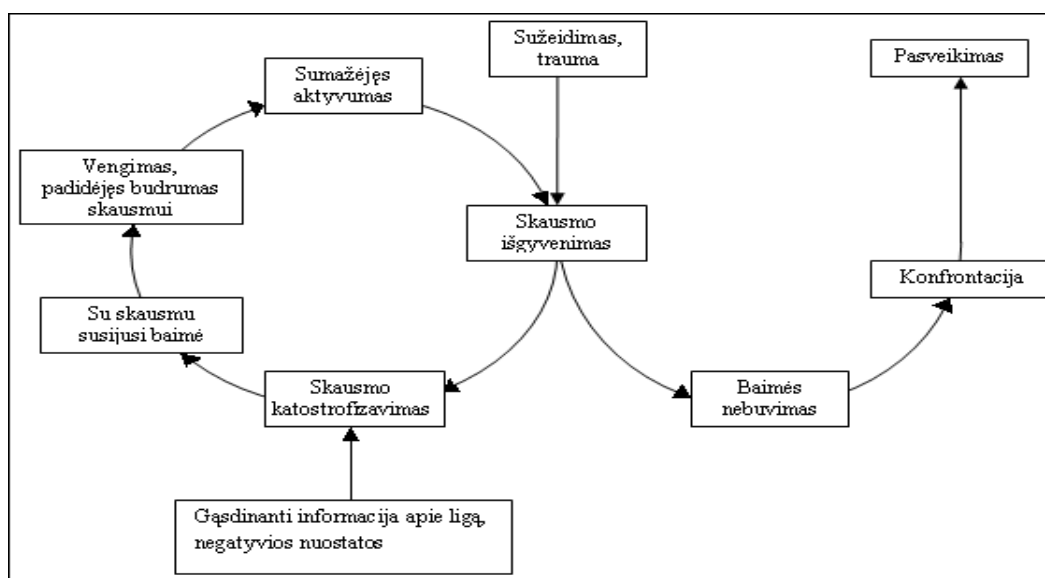
Vengiantis elgesys yra laikomas vienu iš pagrindinių mechanizmų, palaikančių dėl skausmo atsirandančią žmogaus negalią. Esant stipriam ūminiam skausmui, vengti kasdinių veiklų, kurios gali tik dar labiau paaštrinti skausmą yra spontaniška ir adaptyvi individo reakcija. Tokia asmens reakcija dažniausiai leidžia prasidėti gijimui. Esant ilgalaikiam skausmui, deja, vengiantis elgesys dažniausiai laikosi ir po tikėtinos gijimo proceso pradžios, todėl išlieka žymiai ilgesnį laiką

tarpa. Taigi, taikant gydymo planą pacientams labai svarbu atsižvelgti į artimą ryšį tarp paciento įsitikimų ir baimės judėti bei jo fizinį aktyvumą (Pfungsten et al., 2001).

3.3.1. Baimės – vengimo modelis

Terminas „baimės vengimas“ buvo įvestas norint pabrėžti su baime susijusio vengiančio elgesio sukeltas žalingas pasekmes (Wall, 1979, cit. pg. Vlaeyen, Crombez, 2007). Šiauresnis terminas „kinezifobija“ nurodo asmens išgyvenamą perdėtą, iracionalią ir sekinančią fizinių judesių ar, apskritai, aktyvumo baimę.

Baimės–vengimo modelis nurodo dvi priešingas asmens reakcijas į stimulą, galintį sukelti skausmą, tai – konfrontacija ir vengimas (žr. 2 pav.). Šis modelis buvo sukurtas remiantis Waddell et al. (1993) darbu (cit. pg. Vangronsveld et al., 2007). Juo remiantis yra bandoma paaiškinti, kaip su skausmu susijusi baimė gali paskatinti sutrikimą.



2pav. *Baimės–vengimo modelis (Vlaeyen, Linton, 2000)*

Bandant paaiškinti baimės–vengimo modelį yra išskiriami tokie keturi punktai (Vlaeyen, Linton, 2000):

1. Neigiamas skausmo ir jo padarinių vertinimas, pvz. skausmo katastrofizavimas, manoma, yra su skausmu susijusios baimės pirminis šaltinis.
2. Baimė yra apibūdinama vengimo elgesiu, dėl kurio kasdienis asmens aktyvumas mažėja, baiminantis, kad skausmas padidės. Kasdienės veiklos vengimas gali baigtis funkcinė negalia.

3. Kadangi vengimo elgsena pasirodo numatant galimą skausmą, o ne kaip jaučiamo skausmo padarinys, ją sunku keisti dėl asmens įsitikino, kad skausmas yra ženklas apie pavojų jo fizinei sveikatai. Kadangi toks vengimo elgesys tęsiasi, asmuo neturi galimybės pastebėti savo įsitikinimų klaidingumo.
4. Ilgalaikis vengiantis elgesys ir fizinis neaktyvumas daro įtaką asmens raumenų, griaučių ir kraujotakos sistemoms.

Remiantis baimės–vengimo modeliu bandoma paaiškinti galimą asmens vis didėjantį vengimo elgesį, bejėgiškumo jausmą bei jaučiamą skausmą (Vangronsveld et al., 2007). Ligoniai, kurie nuolat galvoja apie galimas skausmo sukeltas baisias pasekmes (t.y. katastrofizuoja skausmą) ilgainiui yra linkę pradėti bijoti skausmo bei tų įvykių ar situacijų, kurios jiems asocijuojasi su skausmu. Ši baimė inicijuoja vengimo elgesį bei pernelyg didelį susikoncentravimą ties kūno pojūčiais, todėl kartais asmuo netgi gali pajusti trumpalaikį palengvėjimo efektą. Paradoksalu, tačiau toks vengiantis elgesys po kiek laiko sukelia fizinės būklės pablogėjimą bei padidina negalią (Vangronsveld et al., 2007). Padidėjusi negalia, savo ruožtu, gali sustiprinti skausmo patirtį, negatyvų mąstymą bei vengimo elgseną.

Viena iš priežasčių, kodėl vengimo elgesys išsilaiko yra ne tik jaučiamas trumpalaikis pagerėjimas, bet taip pat ir dėl tam tikri žmogaus įsitikinimai ir lūkesčiai (Philips 1987, cit. pg. Vlaeyen et al., 1995; Pflingsten et al., 2001; Picavet et al., 2002). Jei asmuo yra įsitikinęs, kad ilgesnis tam tikro stimulo veikimas gali padidinti jo skausmą ir subjektyvią kančią, tikėtina, kad labai greitai atsiras ir vengimo elgesys arba net mėginimas pabėgti nuo galimai žalingo veiksnio. Dar 1980-aisiais tyrėjas D. C. Turk su bendraautoriais pasiūlė kognityvinį – elgesio modelį, kuriuo remiantis buvo bandoma aiškinti pacientų, kenčiančių su tam tikra liga susijusį skausmą, elgesį (cit. pg. Keefe et al., 2005). Jau tuomet remiantis šiuo modeliu buvo manoma, kad paciento mintys, įsitikinimai ir laukimai vaidina labai svarbų vaidmenį jo skausmo suvokime ir kaip pacientas prisitaiko prie savo skausmo. Deja, iki šiol nėra atlikta pakankamai tyrimų, kuriais būtų bandoma išsiaiškinti, kokie būtent asmens įsitikinimai ir lūkesčiai yra susiję su jo vengimu. Manoma, kad vienas iš tokių įsitikinimų galėtų būti tai, jog dėl judėjimo galima susižaloti arba atnaujinti savo traumą ir tokiu būdu padidinti kančią (Vlaeyen et al., 1995). Įdomu tai, kad atlikti tyrimai parodė, jog tie pacientai, kurie gauna kompensaciją savo negaliai ir dėl to gali funkcionuoti efektyviau, demonstruoja daugiau judėjimo ir dėl to galimo susižalojimo baimės nei tie pacientai, kurie tokios kompensacijos negauna (Vlaeyen et al., 1995). Remiantis gautu ryšiu tarp specifinio baimės lūkesčio ir žmogaus elgesio, galima kelti prielaidą, jog aukštesnis negalios laipsnis, paramos laukimas ir didesnis priklausymas nuo aplinkos gali būti dėl vidinės asmens judėjimo ir galimo susižalojimo baimės.

Taigi, atlikti tyrimai rodo, kad pacientų, išgyvenančių skausmą, konfrontuojantis elgesys yra atvirkščiai proporcingas jų jaučiamai skausmo baimei (Crombez et al., 1999) o taip pat skatina sveiką elgseną bei greitesnį pasveikimą (Vlaeyen et al., 1995).

4. Psichologinės skausmo baimės pasekmės

Skausmas veikia įvairias žmogaus organizmo sistemas. Dėl skausmo poveikio gali atsirasti fiziologinės pasekmės tokios, kaip raumenų nykimas, sutrikusi kvėpavimo sistema, raumenų spazmai, sumažėjęs ląstelių imunitetas ir kt. (Baublienė, 2006). Taip pat gali atsirasti ir įvairios psichologinės pasekmės, pvz. neigiamos emocijos: susijaudinimas, baimė, nerimas, depresija ar miego sutrikimai, išsivystyti priklausomybė nuo įvairių medžiagų ir daugelis kitų pasekmių (Evans et al., 2007). Neabejotina, kad skausmas, o ypač lėtinis, paveikia visas žmogaus gyvenimo sritis.

Subjektyvus skausmo vertinimas, skausmo baimė gali būti vienas kintamųjų, darančių įtaką, asmens gyvenimo kokybei. Dauguma gyvenimo kokybės klausimynų siekia aprėpti keturias pagrindines sritis: fizinę būklę, psichologinę gerovę, bendravimą ir kasdienę veiklą. Čia fizinė būklė gali varijuoti nuo labai specifinių simptomų sukkelto diskomforto iki visiško pasitenkinimo savo sveikata. Psichologinė gerovė gali būti suprantama kaip nerimo, depresijos, įvairių baimių, ribojančių žmogaus veiklą, nebuvimas, emociniai ir socialiniai ryšiai su kitais žmonėmis (Furmonavičius, 2004). Deja, esant skausmui, dažniausiai žmogus, besibaiminantis, kad tai gali pakenkti sveikatai, atsisako kai kurių veiklos formų, labiau koncentruoja dėmesį į kūno pojūčius, o atsiradusi miego stoka, nuovargis taip pat didina asmens jautrumą skausmui. Tokiais atvejais asmuo pradeda vengti bet kokios veiklos, kuri gali sukelti skausmą, jis vis labiau grimzta į save, didėja vienatvė, socialinė izoliacija (Sargautytė, 2008). Tyrimai rodo, kad šiuo atveju asmens skausmo pripažinimas gali sąlygoti netgi mažesnę jo intensyvumą, sumažėjusį nerimo ir vengimo lygį, sumažėjusius depresijos simptomus, didesnę fizinį ir psichologinį pajėgumą (McCracken, 1999).

Psichologinės skausmo baimės pasekmės gali būti:

- *Socialinės*. Dėl nuolatinio dėmesio sutelkimo į skausmą, asmenys jaučiantys ilgalaikį skausmą, ne tik vengia judėjimo ar šiaip paprasčiausio fizinio aktyvumo, neretai jie tiesiog atsiriboją nuo juos supančios socialinės aplinkos, idant nepadidinti jaučiamo skausmo. Taip atsiranda vienos iš svarbiausių psichologinių skausmą kenčiančių žmonių problemų – atsiribojimas ir socialinė izoliacija. Žmogaus atsiribojimas ir išgyvenama izoliacija gali paspartinti ir kitų psichologinių problemų atsiradimą.

- *Emocinės*. Bet kokie žmogaus gyvenimo sukrėtimai, pvz. sunki liga ar užsitęsęs skausmas, gali sukelti nerimą, depresiją, pyktį ar bejėgiškumą (Sargautytė, Veitienė, 2005). Pajutus stiprų skausmą, daugumos žmonių nuotaika prastėja, gali dingti apetitas, norisi verkti. Dažniausiai tada ir visa kita aplinkui atrodo blogiau nei yra iš tiesų. Manoma, kad tarp negatyvių emocijų, prastos nuotaikos ir skausmo, raumenų įtampos bei streso yra abipusė sąveika, todėl kartais būna labai sunku aptikti tikrąsias blogos savijautos priežastis.

Buvo pastebėta, kad skausmas daug dažniau yra susijęs su nerimo sutrikimais nei su kitomis diagnozėmis (Spear, 1967, cit. pg. Vlaeyen, Linton, 2000). Vėliau buvo išskirta, kad dažnas, tačiau trumpalaikis skausmas gali būti siejamas su nerimo sutrikimais, o ilgalaikis, chroniškas skausmas dažniausiai būna susijęs su nuotaikos sutrikimais, pvz. depresija (Adams et al., 2005). Taip pat, buvo pastebėta, kad dėl išgyvenamo nerimo ir depresijos gali atsirasti klaidingi kognityviniai skausmo vertinimai, o to pasekoje atsirasti vengimas ir fizinio aktyvumo sumažėjimas (Adams et al., 2005). Taip pat yra manoma, kad ilgą laiką jaučiant su skausmu susijusią baimę, gali atsirasti ir kitokios baimės formos (Vlaeyen, Linton, 2000).

- *Kognityvinės*. Kaip ir kitos baimės ir nerimo formos, su skausmu susijusi baimė kliudo normaliam kognityviniam asmens funkcionavimui (Vlaeyen, Linton, 2000). Baimingi žmonės yra labiau linkę dėmesį kreipti į su galima grėsme susijusius signalus. Jiems žymiai sunkiau dėmesio fokusą perkelti į su skausmu nesusijusius dalykus. Dėl to labai skausmo bijantis žmogus gali nebesugebėti aktyviai spręsti problemų, kurios iškyla jo kasdienėje veikloje. Dėl to neretai ilgalaikį skausmą kenčiantys žmonės pradeda žemiau save vertinti, jaučiasi menkaverčiai.

5. Psichologinės skausmo įveikos galimybės rehabilitacijoje

Vis daugiau žmonių atsisako vartoti vaistus. Dažnai jų ir nereikia, jei yra laikomasi gydytojų nurodytų rekomendacijų tokių, kaip daugiau judėti ar kaip taisyklingai atlikti tam tikrus veiksmus, kad ne taip stipriai būtų jaučiamas skausmas. Savaimė supranta, kad jei žmogus jaučiasi taip, kad visą laiką galvoja tik apie skausmą, jam reikėtų vartoti vaistus, kuriuos paskyrė gydytojas, tačiau reikia nepamiršti, kad yra ir kitų, alternatyvių skausmą mažinančių būdų bei priemonių, tai: kognityvinės, elgesio terapijos, įvairūs masažai, vaizduotės pratimai ir kt. Vaistų gali reikėti visai nedaug, jei asmuo naudos skausmą reguliuojančius metodus. Pastaruoju metu yra manoma, kad elgesio terapija yra vienas iš efektyviausių metodų mažinti su skausmu susijusį vengimo elgesį (Vlaeyen, Linton, 2000).

Deja, ne visi asmenys jaučiantys skausmą noriai priima nuostatą, kad psichologiniai veiksniai, pvz. nuotaika ar stresas, gali veikti jų skausmą. Taip gali būti dėl baimės, kad jų skausmas bus neteisingai suprastas, t.y. kaip psichologinės kilmės, ir negydomas kaip tikras fizinis skausmas (Keefe et al., 2005). Dėl šios priežasties pacientai gali netgi atsisakyti psichologinės pagalbos, kaip netinkamos ar net gėdingos.

Atlikti tyrimai rodo, kad taikant psichoterapinį gydymą, pacientai, jaučiantys ilgalaikį skausmą, pasiekė geresnių rezultatų, nei gaunantys tik medikamentinį gydymą (Cole, 1998). Tyrimo rezultatai parodė, jog tokie pacientai išsakė sumažėjusią depresinę nuotaiką, skausmo intensyvumą ir išgyvenamą kančią, bei sumažėjusį distresą, be to, gavusieji psichoterapinį gydymą pacientai jautėsi labiau galintys kontroliuoti savo gyvenimą bei demonstravo didesnę fizinę aktyvumą. Psichoterapijos metu pacientai buvo mokomi tokių įveikos įgūdžių, kaip pripažinimas, tinkamas jausmų išreiškimas, nuolatinis aktyvumas, aukštas savęs vertinimas, relaksacija, pozityvus požiūris ir kt. (Cole, 1998). Atlikti tyrimai rodo, kad pacientai, taikantys aktyvias skausmo įveikos strategijas, išgyvena mažiau nerimo ir emocinio distreso (Adams et al., 2005).

5.1. Skausmo psichologinis priėmimas

Klinikiniai tyrimai rodo, kad žmonės, kenčiantys ilgalaikį skausmą, mažiau patiria distresą ir geriau funkcionuoja, jei laikosi labiau priimančios skausmą nuostatos (McCracken, 1999). Skausmo, kaip neišvengiamos gyvenimo dalies, pripažinimas leidžia pamatyti kitokią gyvenimo kokybę ir įvairiais būdais ją gerinti.

Šiuolaikinės teorijos skausmo priėmimą apibūdina kaip būdą, kuriuo žmogus reaguoja ir prisitaiko prie ilgalaikio skausmo, kurį kenčia (McCracken et al., 2004). Nėra aišku, ar skausmo priėmimas suprantamas kaip vienas procesas, ar kaip keletas tarpusavyje ypatingai susijusių procesų (McCracken, 1999), kadangi atliekant skausmo priėmimo tyrimus yra vertinama pacientų įsitraukimas į aktyvią veiklą, nepaisant skausmo, ir skausmo priėmimas, nesiekiant jo kontroliuoti, (McCracken et al., 2004). Tyrimai rodo, kad remiantis skausmo priėmimo laipsniu, galima numatyti skausmo intensyvumą, depresijos ir išgyvenamo bejėgiškumo laipsnį, mažesnę psichologinę distresą, su skausmu susijusio nerimo lygį bei pacientų fizinio, psichologinio ir profesinio funkcionavimo sėkmę (McCracken, 1999; McCracken, Eccleston, 2003). Kitavertus, atlikti tyrimai rodo, kad pacientai, pradėję naudoti įvairias skausmo įveikos strategijas, taip pat savo emocinę būklę subjektyviai vertina kaip geresnę, nei pacientai, nenaudojantys skausmo įveikos strategijų (Cole, 1998).

Ilgalaikio skausmo priėmimas padeda individams, išgyvenantiems skausmą, sumažinti nesėkmingų skausmo vengimo ar kontrolės bandymų skaičių (McCracken et al., 2004), t.y.

priimdami savo skausmą kaip natūralią savo gyvenimo dalį, jie mažiau stengiasi jį kontroliuoti, ar jo išvengti, todėl gali daugiau įsitraukti į asmeniškai svarbias veiklas bei siekti savo tikslų. Pastaruoju metu atliekami tyrimai nurodo, kad skausmo ir jo baimės priėmimas leidžia žmogui, kenčiančiam ilgalaikį skausmą, laisviau funkcionuoti tiek fiziškai, tiek ir emociškai (Vlaeyen, Linton, 2000; McCracken et al., 2004).

5.2. Psichologinė skausmo įveika

Kitavertus skausmo priėmimas nėra vienintelis būdas, padedantis gyventi su ilgalaikiu skausmu ar jį subjektyviai sumažinti. Daugelis kintamųjų, įtakojančių skausmo intensyvumą, paciento fizinę ir psichologinę negalią, yra kognityvinės kilmės (Adams et al., 2005). Vienas iš tokių kintamųjų, sulaukiantis daugiausiai tyrėjų dėmesio, yra skausmo įveika ir jos strategijos. Skausmo įveika ir jos analizė literatūroje daugiausia remiasi tyrėjų Lazarus ir Folkman (1984) pasiūlytu transakciniu modeliu. Mokslininkai įveiką apibūdina kaip nuolatos besikeičiančias kognityvines ir elgesio pastangas susitvarkyti su išoriniais ir/ar vidiniais reikalavimais, kurie yra vertinami, kaip varginantys ir viršijantys asmens turimus išteklius (Lazarus, Folkman, 1984).

Iki šiol yra diskutuojama dėl įveikos strategijų apibrėžimo. Tyrėjai D. E. DeGood ir M. S. Shutty (1992) teigia, kad įveika yra kognityvinis asmens atsakas į jaučiamą grėsmę. Estlander (1989) įveikos strategijas apibrėžia kaip mechanizmą, naudojamą savireguliacijai, tuo metu kai asmuo susiduria su tam tikrais stresoriais, pvz. užsitęsusi skausmu. Kiekvienas žmogaus specifinis veiksmas, siekiant sumažinti ar prisitaikyti prie skausmo bei dėl skausmo kylančio distreso, paskatina jį naudoti jam žinomas įveikos strategijas (Adams et al., 2005). Naudojamos įveikos strategijos gali būti adaptyvios arba ne, priklausomai nuo įvairių kintamųjų tokių kaip stresoriaus reikalavimai ar asmens turimi ištekliai (Lazarus, Folkman, 1984). Dėl naudojamų skirtingų įveikos strategijų atsiranda ir fizinio bei psichologinio funkcionavimo skirtumai tarp tų patį sutrikimą turinčių pacientų (Lazarus, Folkman, 1984; Jensen et al., 1994). Per ilgą tyrinėjimų laikotarpį yra išskirta daugelis įveikos strategijų, kurias bandoma įvairiai suklasifikuoti, pvz.: nukreipti į problemą ir į emocijas įveikos būdai (Lazarus, Folkman, 1984), kognityvinės ir elgesio (Fernandez 1986), aktyvios ir pasyvios (Brown & Nicassio 1987, cit. pg. Adams et al., 2005).

Fernandez (1986) teigimu įveikos būdai gali būti skirstomi į fizinius, elgesio ir kognityvinius. Fizinis būdas gali būti operacija, vaistų vartojimas ir pan. Kognityviniai įveikos būdai tokie, kaip problemos sprendimas ar kognityvinis pertvarkymas, apima asmens bandymus pakeisti skausmo jutimą remiantis kognityviniais procesais. Tuo tarpu elgesio įveikos būdais stengiamasi pakeisti patį elgesį. Priešingai nei E. Fernandez, F. J. Keefe su bendraautorais teigia,

kad visos įveikos strategijos savo kilme yra kognityvinės (Keefe et al., 1992), todėl ir net elgesio įveikos strategijos turėtų būti aiškinamos kaip kognityvinių strategijų išdava.

Tyrimai rodo, kad pacientai, naudojantys aktyvias skausmo įveikos strategijas tokias, kaip valingas dėmesio nukreipimas, skausmo pervadinimas, skausmą įveikiančios saviinstrukcijos ar ignoravimas, skausmą vertina kaip mažiau pavojingą, labiau galimą kontroliuoti ar net savarankiškai jį sumažinti (Adams et al., 2005), bei lengviau prisitaiko prie jaučiamo skausmo (Keefe et al., 2005). Pasyvūs bandymai įveikti skausmą, pvz. išaugęs vaistų, narkotinių medžiagų, alkoholio vartojimas ar rūkymas, laikomi neadaptyviais skausmo įveikos būdais (Menefee, Katz, 2001) Deja, ne visi pacientai naudoja aktyvias skausmo įveikos strategijas, todėl taikomos psichosocialinės intervencijos gali jiems padėti išmokti tinkamų skausmo įveikos būdų. Apžvelgti tyrimų rezultatai rodo, jog taikoma psichosocialinė terapija turi teigiamą poveikį subjektyviam skausmo intensyvumo suvokimui, bei pacientų gyvenimo kokybei, kadangi tiesiogiai veikia tokius svarbius veiksnius, kaip skausmo įveika, išgyvenamas nerimas, depresija bei fizinio aktyvumo stoka (Dixon et al., 2007). Dar daugiau, atliktų tyrimų duomenų analizė parodė, tie pacientai, kurie išsakė didesnę suvokiamą skausmo kontrolę, gydymo metu ir šešis mėnesius po jo demonstravo didesnę fizinį aktyvumą bei mažesnę skausmo intensyvumą (Keefe et al., 2005). Taigi, atsižvelgus į gautus rezultatus, galima manyti, kad jau medicininės reabilitacijos metu pacientus mokant skausmo įveikos strategijų, galima tikėtis ilgalaikių teigiamų skausmo kontrolės ir mažesnio subjektyvaus skausmo vertinimo rezultatų.

Darbo problema, tikslas, uždaviniai ir hipotezės

Taigi, apibendrinant pateiktą medžiagą, galime teigti, jog skausmas, o ypač užsitęsęs, yra ypatinga problema bet kurios ligos eigoje. Skausmas daro poveikį jį patiriančio asmens fiziniam, psichologiniam ir socialiniam funkcionavimui. Medicininės reabilitacijos po klubo sąnario keitimo metu ypatingai svarbią vietą užima pacientų tikslingas fizinis aktyvumas. Manoma, kad negatyvus asmens mąstymas apie skausmą ir jo pasekmes, pvz. katastrofinis mąstymas, paskatina kinezifobijos išgyvenimą bei sustiprina subjektyvaus skausmo intensyvumą. Skausmo vengimo elgesys taip pat labai apriboja pacientų įsitraukimą į įvairias veiklas, kartu ir fizinį aktyvumą reabilitacijos metu. Dėl šių priežasčių žmogaus kasdienis aktyvumas mažėja, o bendra funkcinė kompetencija silpsta. Svarbu išsiaiškinti pacientų naudojamus psichologinės skausmo įveikos būdus bei kitus veiksnius, susijusius su jų fiziniu aktyvumu ir patiriamu skausmo intensyvumu. Išsiaiškinus šių veiksnių tarpusavio ryšius, būtų aiškesnės reabilitacijos pacientų fiziologinių, psichologinių bei socialinių problemų prevencijos galimybės.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti reabilitacijos po klubo sąnario endoprotezavimo pacientų fizinio aktyvumo ir skausmo intensyvumo ryšio psichologinius ypatumus.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti pacientų fizinį aktyvumą ir jo kaitą reabilitacijos metu.
2. Įvertinti pacientų skausmo subjektyvų intensyvumą ir jo kaitą reabilitacijos metu.
3. Įvertinti pacientų kinezifobijos stiprumą ir nustatyti ryšius tarp šio įverčio ir pacientų fizinio aktyvumo bei skausmo intensyvumo.
4. Nustatyti labiausiai paplitusias skausmo įveikos strategijas bei išsiaiškinti ryšius tarp pacientų naudojamų skausmo įveikos būdų ir jų skausmo subjektyvaus intensyvumo, fizinio aktyvumo ir kinezifobijos stiprumo.

Keliamos hipotezės:

1. Reabilitacijos laikotarpiu egzistuoja ryšys tarp pacientų skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo kitimo.
2. Yra ryšys tarp reabilitacijos pacientų skausmo intensyvumo kitimo ir naudojamų skausmo įveikos strategijų, tikėjimo, kad jie gali kontroliuoti ir sumažinti skausmą, bei kinezifobijos stiprumo.
3. Yra ryšys tarp reabilitacijos pacientų fizinio aktyvumo kitimo ir naudojamų skausmo įveikos strategijų, tikėjimo, kad jie gali kontroliuoti ir sumažinti skausmą, bei kinezifobijos stiprumo.
4. Yra ryšys tarp pacientų kinezifobijos stiprumo ir jo naudojamų įveikos strategijų bei tikėjimo, kad jie gali kontroliuoti ir sumažinti savo skausmą.

TYRIMO METODIKA

1. Tyrimo dalyviai

Visiems tyrime dalyvavusiems tiriamiesiems buvo atlikta klubo sąnario endoprotezavimo operacija. Tyrimas buvo atliekamas pacientų medicininės reabilitacijos metu jų gydymo įstaigoje. Tyrimui atsitiktine tvarka buvo atrinkti pacientai iš trijų Vilniaus reabilitacijos centrų: Valakupių reabilitacijos centro, VU EKMI Gerontologijos ir reabilitacijos centro ir sanatorijos „Pušyno kelias“. Gydymo įstaigos reabilitacijos skyriuje visiems pacientams buvo sudaryta ir taikyta individuali reabilitacijos programa: kineziterapijos užsiėmimai (bazinė ir funkcinė kineziterapija), ergoterapija, masažas, fizioterapinės priemonės, pagal poreikį teikiamos socialinio darbuotojo ir psichologo konsultacijos.

Iš viso buvo ištirti 41 pacientas, dalyvaujantys reabilitacijos programoje po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos. Iš visų tiriamųjų buvo 10 vyrų (24,4%) ir 31 moteris (75,6%). Tiriamųjų amžiaus svyravo tarp 34-78, vidurkis 62,9 metų.

2. Tyrimo metodai

Skausmo intensyvumo dienoraštis

Tyrimo metu kiekvieną medicininės reabilitacijos savaitę tiriamųjų buvo prašoma įvertinti patirto skausmo intensyvumo vidurkį tos savaitės metu. Skausmo intensyvumui vertinti buvo panaudota skaitinė analogų skalė (žr. 1 priedas), kur skausmo intensyvumas buvo vertinamas nuo „0“, kai tai reiškia, kad nėra jokio skausmo, iki „10“ – nepakeliamas skausmas. Taip pat pildant skausmo dienoraštį pacientų buvo prašoma atsižvelgti vartojamus medikamentus ar kitas skausmą mažinančias priemones

Fizinio aktyvumo dienoraštis

Taip pat tyrimo metu buvo vedamas pacientų fizinio aktyvumo dienoraštis (žr. 2 priedas). Kiekvieną reabilitacijos savaitę pacientų kineziterapeutai vertino, kiek vidutiniškai pacientai buvo aktyvūs per tą laikotarpį. Vertinimui buvo naudojama skaitinė analoginė fizinio aktyvumo skalė, kur fizinis aktyvumas buvo vertinamas dešimtbalėje skalėje. Čia „0“ reiškia visišką paciento pasyvumą, fizinio aktyvumo nebuvimą, o 10 – tinkamą, tikslingą, iniciatyvų fizinį aktyvumą. Pacientų fizinio aktyvumo skalė buvo sudaryta konsultuojantis su pačiais kineziterapeutais.

Įveikos strategijų klausimynas (angl. – The coping strategies questionnaire, SCQ)

Įveikos strategijų klausimyną sukūrė Rosental ir Keefe (1983). Klausimynas yra vis dažniau naudojamas užsitęsusio skausmo tyrimuose. Metodas yra skirtas įvertinti pacientų naudojamas šešias kognityvines ir vieną elgesio įveikos strategijas jaučiant skausmą (žr. 3 priedas).

Klausimyną sudaro 48 teiginiai, kurie suskirstyti į grupes sudaro 7 subskales:

1. Dėmesio nukreipimas (3, 10, 13, 30, 31, 43 teiginiai);
2. Skausmo jutimo pervadinimas (1, 4, 11, 18, 34, 46 teiginiai);
3. Įveikiančios saviinstrukcijos (6, 8, 23, 26, 36, 37 teiginiai);
4. Ignoravimas (20, 22, 24, 27, 35, 40 teiginiai);
5. Tikėjimas (15, 17, 21, 25, 32, 41 teiginiai);
6. Katastrofizavimas (5, 12, 14, 28, 38, 42 teiginiai);
7. Padidėjęs veiklos atlikimas (2, 7, 39, 44, 45, 47 teiginiai);

Neįskaičiuojami teiginiai – 9, 16, 19, 29, 33, 48.

Pirmos šešios klausimų grupės vertina kognityvines įveikos strategijas, o paskutinė septintoji – elgesio strategiją (Keefe et al., 1987). Visi klausimyną sudarantys teiginiai yra vertinami šešiabalėje skalėje, kur atsakymas „Niekada taip nedarau“ vertinamas 0 balų, „Kartais taip darau“ – 3 balai, „Visada taip darau“ – 6 balai. Klausimyno subskalių įvertinimas yra apskaičiuojamas susumuojant teiginių, sudarančių subskales, vertinimus.

Klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą gavus autorių sutikimą. Jis buvo panaudotas S. Birbilaitės magistro darbe „Progresavimo ir lėtinio skausmo priėmimas sergant onkologine liga“ (2007). Šiame tyrime naudotos metodikos bendras patikimumo koeficientas Cronbacho α yra 0,73, o atskirų jo skalių Cronbacho α svyruoja nuo 0,64 iki 0,83. Taigi, gautas metodikos patikimumas matuojant Cronbacho α koeficientu yra pakankamai aukštas ir artimas autoriaus nurodomiems patikimumo koeficientams (Keefe, 1992).

Tampa kinezifobijos skalė (angl.- Tampa Scale for Kinesiophobia, TSK)

Metodą sukūrė Miller su bendraautoriais (1991) įvertinti judėjimo ir galimo susižeidimo baimę (cit. pg. Vlaeyen et al., 1995). Skalė yra naudojama daugelyje tyrimų, siekiant įvertinti perdėtą, iracionalią ir sekinančią tiriamųjų baimę judėti (Vlaeyen et al., 1995; Crombez et al., 1999; Picavet et al., 2002; Feleus et al., 2007; Laekeman et al., 2008 ir kt.). Instrumentą sudaro 17 teiginių, kurių kiekvienas yra vertinamas keturbalėje skalėje, kai 1 reiškia „Visiškai nesutinku“, o 4 – „Visiškai sutinku“ (žr. 4 priedas). Skalės bendras balas yra apskaičiuojamas susumavus teiginių balus po 4, 8, 12 ir 16 teiginių inversijos. Kuo didesnis galutinis balas gaunamas, tuo didesnę baimę judėti jis žymi.

Skalė buvo išverstas iš anglų kalbos. Autorių sutikimas naudoti metodiką šiame tyrime buvo prašytas, tačiau kadangi klausimynas yra oficialiai paskelbtas ir prieinamas internete, oficialaus autorių leidimo naudoti metodiką nereikėjo. Atlikus tyrimą buvo paskaičiuotas TSK skalės patikimumo koeficientas (Cronbacho α), parodantis, ar galima būtų tikėtis panašaus rezultato pakartotinai atlikus tyrimą. Buvo gauta, kad naudotos skalės Cronbacho α lygi 0,87, taigi galima teigti, kad patikimumo koeficientas yra pakankamai aukštas, be to jis atitinka kituose tyrimuose nurodomiems skalės patikimumo koeficientams (Vlaeyen et al., 1995).

3. Tyrimo eiga

Dėl leidimo tyrimui atlikti buvo kreiptasi į reabilitacijos centrų administracinius vadovus ir gautas jų sutikimas. Bendradarbiaujant su skyrių vedėjais, kineziterapeutais bei psichologais buvo atrenkami reabilitacijos skyrių pacientai po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos.

Kadangi pacientams skirtos reabilitacijos stacionare trukmė buvo 21 diena, tyrimas buvo atliekamas visos stacionarinės reabilitacijos metu. Atlikto tyrimo schema pateikiama 1 lentelėje.

1 lentelė. Tyrimo eigos planas

		Reabilitacijos eiga		
		1 savaitė	2 savaitė	3 savaitė
Naudoti tyrimo metodai	Skausmo intensyvumo dienoraštis	X	X	X
	Fizinio aktyvumo dienoraštis	X	X	X
	Įveikos strategijų klausimynas	X		
	Tampa kinezifobijos skalė	X		

Pirmas susitikimas su pacientais dažniausiai vykdavo 2–4 reabilitacijos dieną, kadangi tuo metu pacientai jau būdavo spėję susipažinti su reabilitacijos centru, dalyvavo užsiėmimuose, tačiau dar nebuvo didelių jų sveikatos pokyčių. Pradinio pokalbio metu tiriamieji buvo supažindinami su tyrimu, jo tikslais ir kviečiami jame sudalyvauti. Prieš tyrimą su kiekvienu tiriamuoju buvo užmezgamas kontaktas, siekiant jį motyvuoti tyrimui. Po pirmojo pokalbio 4 pacientai atsisakė dalyvauti tyrime. Visi pacientai buvo tiriama individualiai taip siekiant sumažinti pašalinių veiksnių įtaką.

Pacientui sutikus dalyvauti tyrime pokalbis su juo ir apklausa trukdavo apie 50–70 minučių. Priklausomai nuo pacientų pageidavimo ir būklės Įveikos strategijų klausimyną ir Tampa

kinezifobijos skalę skaitė patys tiriamieji arba tyrėja. Taip pat paaiškinus pildymo instrukcijas tiriamųjų buvo prašoma stebėti savo skausmo intensyvumo pokyčius reabilitacijos metu, kas savaitę įvertinti vidutinį skausmo intensyvumą pagal pateiktą skalę ir užfiksuoti tai savo skausmo dienoraštyje. Po savaitės susitikus su pacientu buvo aptariamas jo skausmo intensyvumo vertinimas. Iš viso su kiekvienu tiriamuoju buvo susitinkama tris kartus.

Tyrimo metu buvo bendradarbiaujama su reabilitacijos centrų kineziterapeutais, kurie pildė pacientų fizinio aktyvumo dienoraščius visos jų reabilitacijos stacionare metu.

4. Duomenų tvarkymas

Apklausos metu gauti duomenys buvo apdorojami „SPSS 12.0 for Windows“ statistiniu programos paketu. Rezultatams analizuoti buvo panaudoti šie statistinės analizės metodai:

- Klasterinė analizė ir K – vidurkių metodas;
- Faktorinė analizė;
- X^2 homogeniškumo ir požymių nepriklausomumo tikrinimo kriterijai;
- Vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA);
- Blokuotų duomenų vienfaktorinė ir dvifaktorinės dispersinės analizės;
- Diskriminantinė analizė
- Pearsono ir Spearmano koreliacijos kriterijai;

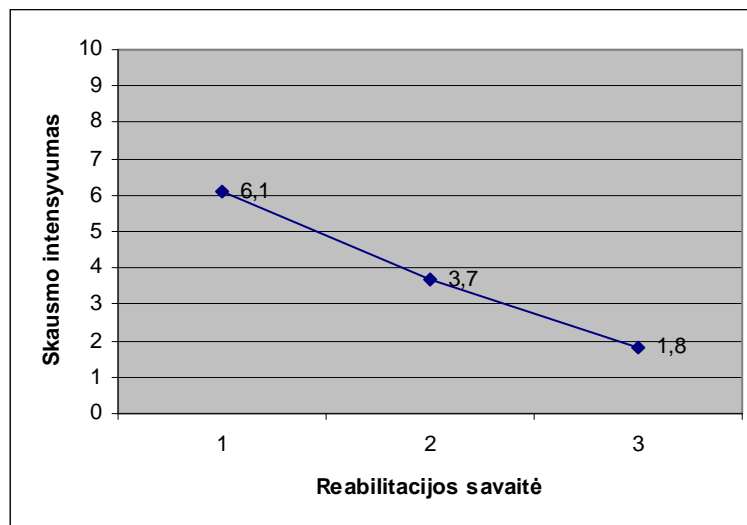
Statistinės duomenų analizės metu reikšmingumo lygmuo α buvo pasirinktas 0,05.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Atlikus tyrimą pirmiausia buvo apdorojami duomenys iš pacientų skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo dienoraščių. Tokiu būdu buvo siekiama išsiaiškinti skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo ryšio reabilitacijoje ypatumus. Taip pat, pasitelkiant Įveikos strategijų klausimyną ir Tampa Kinezifobijos skale gautais duomenimis buvo siekiama išsiaiškinti šio ryšio psichologinius ypatumus.

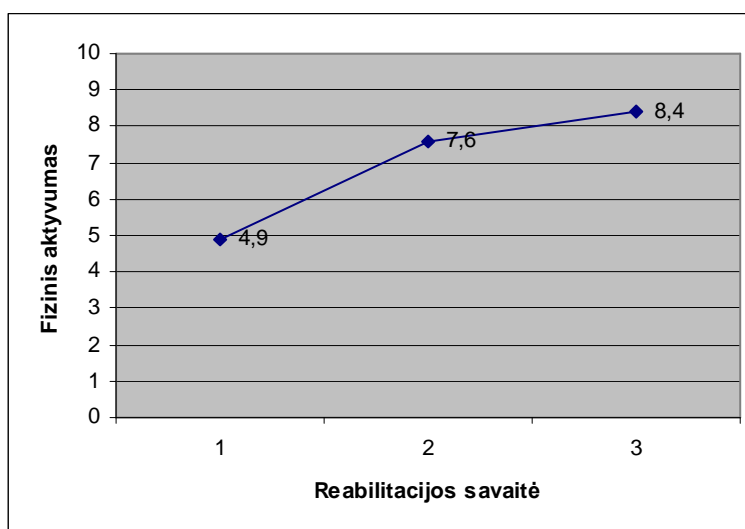
1. Skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo ryšys reabilitacijoje

Pacientų skausmo intensyvumo kitimo duomenų reabilitacijos metu statistinei analizei buvo panaudotas blokuotų duomenų vienfaktorinės dispersinės analizės metodas. Rezultatai parodė, kad pacientų skausmo intensyvumas pirmą, antrą ir trečią reabilitacijos savaitę tarpusavyje skyrėsi statistiškai reikšmingai (duomenų sferiškumo prielaida patenkinama, $p=0,00$). Be to, remiantis statistinės analizės duomenimis, tarp skausmo intensyvumo atskiromis savaitėmis yra stipri sąveika ($\eta^2=0,83$). Taigi, galima teigti, kad skausmo intensyvumas mažėja tęsiantis reabilitacijai (žr. 3 pav.). E. Grinienės ir D. Smailytės (2002) atliktame tyrime su pacientais po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos taip pat buvo gauta, kad skausmas reabilitacijos pradžioje buvo beveik du kartus didesnis, nei reabilitacijos pabaigoje. Skausmo sumažėjimą reabilitacijos metu patvirtina ir kiti tyrimai (Gocentas, et al., 2000; Hartley et al., 2008).



3 pav. Skausmo intensyvumo kitimas reabilitacijoje

Analizuojant pacientų fizinio aktyvumo kitimo duomenis reabilitacijos metu, buvo pastebėta, kad pirmos, antros ir trečios savaitės pacientų fizinis aktyvumas taip pat, kaip ir skausmo intensyvumas, tarpusavyje skiriasi statistiškai reikšmingai (duomenų sferiškumo prielaida patenkinama, $p=0,00$). Be to, tarp fizinio aktyvumo atskiromis savaitėmis taip pat yra ryški sąveika ($\eta^2=0,73$). Šiuo atveju galima teigti, kad pacientų fizinis aktyvumas didėja tęsiantis reabilitacijai (žr. 4 pav.). Kitų Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatai taip pat nurodo reabilitacijos pacientų fizinio pajėgumo ir aktyvumo augimą tęsiantis reabilitacijai (Gocentas et al., 2000; Vasiliauskaitė, Juocevičius, 2007).



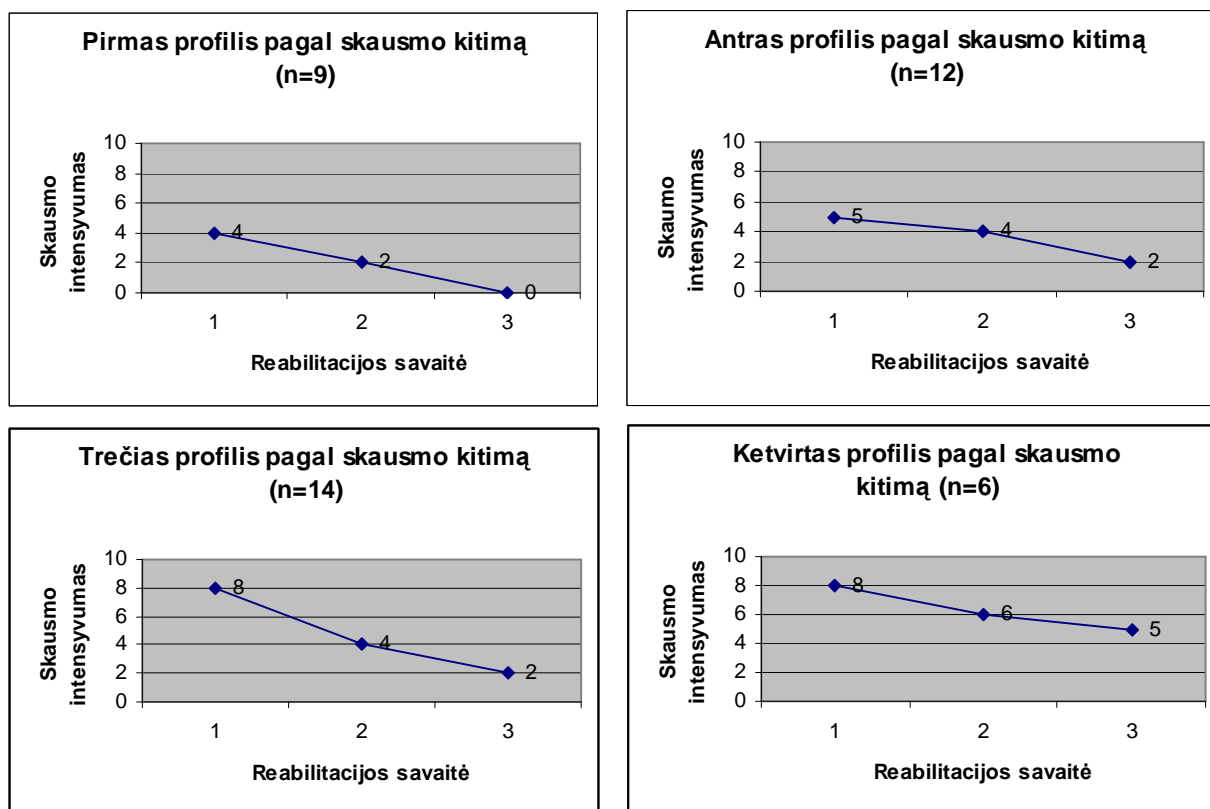
4 pav. *Fizinio aktyvumo kitimas reabilitacijoje*

Naudojant statistinės analizės K-vidurkių metodą, tyrimo metu gauti skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo duomenys buvo suskirstyti į atskirus klasterius. Taip buvo siekiama išskirti atskirus skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo kitimo pacientų profilius. Pasitelkus statistinį metodą iš viso buvo gauta 8 skirtingi profiliai: po 4 pacientų profilius atitinkamai kiekvienai duomenų grupei (žr. 5 ir 6 pav.). Svarbu paminėti, kad iš skirtingų duomenų grupių gauti pacientų profiliai nesutampa tarpusavyje, t.y. pacientas, turintis pirmą skausmo intensyvumo kitimo profilį, nebūtinai turės pirmą fizinio aktyvumo kitimo profilį. Taip pat svarbu tai, jog profilių numeriai nėra tam tikri rangai ir nenurodo profilio prastumo ar gerumo.

Pacientų skausmo intensyvumo kitimo profilius (žr. 5 pav.) galima atitinkamai apibūdinti pagal pacientų nurodytą skausmo intensyvumą:

1. Vidutinis – nėra skausmo;
2. Vidutinis – silpnas skausmas;
3. Stiprus – silpnas skausmas;
4. Stiprus – vidutinis skausmas.

Matome, kad dėl skausmo mažėjimo tendencijos iš pirmo žvilgsnio išskirti pacientų skausmo intensyvumo kitimo profiliai yra gana panašūs, tačiau iš tiesų jie tarpusavyje skiriasi nurodomais skausmo intensyvumo įverčiais reabilitacijos eigoje.



5 pav. Gauti skausmo intensyvumo kitimo reabilitacijoje profiliai

Iš pateikto paveikslo matyti, kad pacientai, turintys skirtingus skausmo intensyvumo kitimo profilius, skirtingai vertino patiriamą skausmą stacionarinės reabilitacijos laikotarpiu. Duomenys tik pagrindžia skausmo individualumo prielaidą, kadangi visi tyrime dalyvavę pacientai buvo patyrę klubo sąnario keitimo operaciją, todėl skausmo priežastis iš esmės nesiskyrė. Taigi, remiantis biopsichosocialiniu skausmą aiškinančiu požiūriu, išryškėję skirtingi pacientų profiliai galėjo atsirasti dėl psichologinių ir socialinių faktorių. Išryškėjusiems pacientų skausmo intensyvumo vertinimų skirtumams galėjo įtakos turėti tokie veiksniai kaip: naudojamos skausmo įveikos strategijos (Adams et al., 2005; Keefe et al., 2005), susikontravimas ties kūno pojūčiais (Houben et al., 2005), emocinė būseną, pvz. depresija ar aukštas distreso lygis (Spearing et al., 2005), patirtos traumos (Vasiliauskaitė, Juocevičius, 2007) ir daugelis kitų veiksnių.

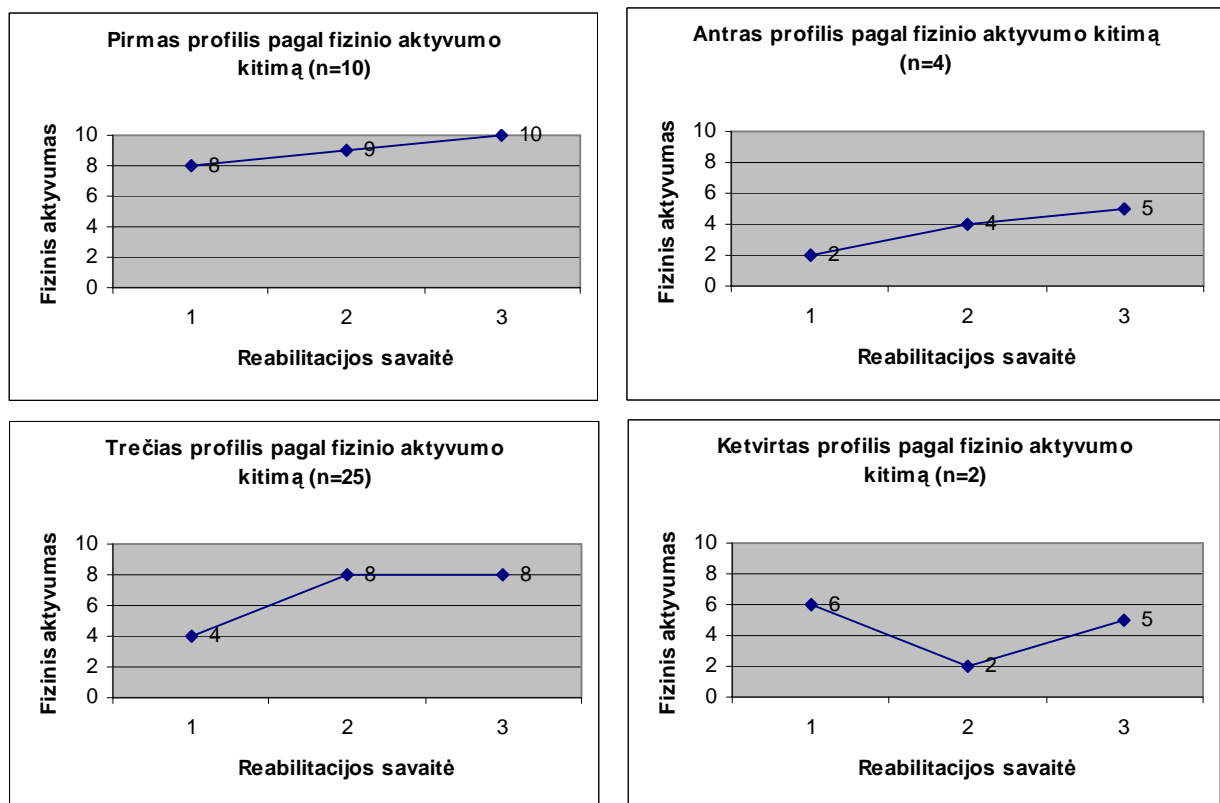
Kaip matyti iš toliau pateikto paveikslo (žr. 6 pav.) reabilitacijos metu skyrėsi ir pacientų fizinis aktyvumas. Šiuo atveju pacientų fizinio aktyvumo kitimo profilius galima atitinkamai apibūdinti pagal kineziterapeutų nurodytus pacientų fizinio aktyvumo įverčius:

1. Aktyvus – visiškai aktyvus;

2. Silpnai – vidutiniškai aktyvus;
3. Vidutiniškai aktyvus – aktyvus;
4. Aktyvus – silpnai aktyvus – vidutiniškai aktyvus.

Iš pateiktų duomenų matyti, kad vieni pacientai buvo aktyvesni už kitus, o tai vėlgi galėjo įtakoti įvairūs psichologiniai veiksniai, pavyzdžiui pacientų amžius, ankstesnė patirtis ir dėl to kylanti baimė susižeisti (Resnick et al., 2002), katastrofizavimas (Menefee, Katz, 2001; Vangronsveld et al., 2007), kinezifobija (Picavet et al., 2002; Lohnberg, 2007) ir kt. Tyrime dalyvavo ir tokie pacientai, kurie reabilitacijos metu patyrė traumas – kraujagyslių trūkiai ir pan. Dėl šios priežasties jie negalėjo dalyvauti kineziterapijos užsiėmimuose ir jų fizinis aktyvumas stipriai krito.

Matome, kad pacientų fizinis aktyvumas priklauso ne vien tik nuo biologinių, bet ir nuo psichologinių veiksnių. Literatūroje yra netgi nurodoma, kad pacientai gydymo metu gaunantys psichosocialinę pagalbą, po gydymo nurodo išgyvenantys mažesnę fizinę negalią (Dixon et al., 2007). Tai reiškia, kad aktyvi psichologinė pagalba reabilitacijos pacientams, gali jiems padėti greičiau atgauti funkcinę kompetenciją.



6 pav. Gauti fizinio aktyvumo kitimo reabilitacijoje profiliai

Analizuojant pacientų fizinio aktyvumo ir skausmo intensyvumo kitimo tarpusavio ryšį buvo naudojamas X^2 homogeniškumo ir požymių nepriklausomumo kriterijus. Kadangi požymių

pasiskirstymo analizės metu gauta $X^2=26,9$ reikšmė, laisvės laipsnių skaičius $df=9$ ir $p=0,001$, galime teigti, kad nagrinėjami požymiai yra statistiškai priklausomi. Taip pat gauta Phi reikšmė yra 0,81, todėl galima teigti, kad egzistuoja stipri priklausomybė tarp pacientų skausmo intensyvumo ir jų fizinio aktyvumo kitimo reabilitacijos metu.

Analizuojant gautą dažnių lentelę (žr. 2 lentelė) galima pastebėti, kad esant vidutiniam skausmo intensyvumui reabilitacijos pradžioje, o pabaigoje – skausmui išnykus arba sumažėjus iki minimumo, pacientų fizinis aktyvumas viso reabilitacijos laikotarpio metu išlieka pakankamai aukštas. Tačiau nepaisant to, kad dauguma pacientų nepasiekė visiško fizinio aktyvumo lygio reabilitacijos laikotarpiu, jų skausmo intensyvumas dauguma atvejų sumažėjo iki silpno skausmo. Pastebėta, kad jei skausmo intensyvumas reabilitacijos metu sumažėja, tačiau išlieka vidutinio intensyvumo, pacientų fizinis aktyvumas vis tiek didėja. Taigi, apibendrinus duomenis, galima teigti, kad nepriklausomai nuo pradinių įverčių, skausmo intensyvumo kitimas yra atvirkščiai proporcingas fizinio aktyvumo kitimui reabilitacijos metu, t.y. skausmui mažėjant, fizinis aktyvumas didėja ir atvirkščiai. *Tyrimo duomenys patvirtino pradžioje keltą hipotezę, kad egzistuoja ryšys tarp pacientų fizinio aktyvumo ir skausmo intensyvumo kitimo reabilitacijos laikotarpiu.*

2 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo pokyčių reabilitacijos metu profilius (n=41)

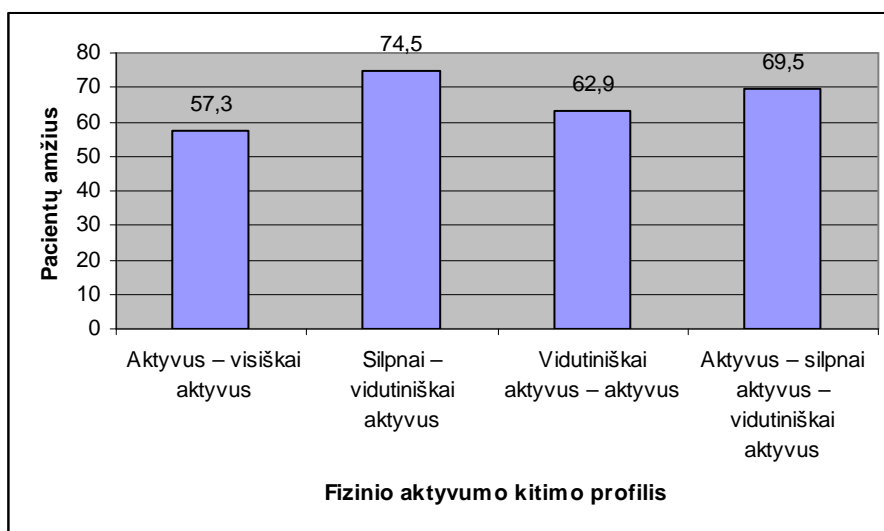
		Fizinio aktyvumo kitimo profiliai			
		Aktyvus – visiškai aktyvus	Silpnai – vidutiniškai aktyvus	Vidutiniškai aktyvus – aktyvus	Aktyvus – silpnai aktyvus – vidutiniškai aktyvus
Skausmo intensyvumo kitimo profiliai	Vidutinis – nėra skausmo	5 (12,2%)	0	4 (9,8%)	0
	Vidutinis – silpnas skausmas	1 (2,4%)	0	11 (26,8%)	0
	Stiprus – silpnas skausmas	4 (9,8%)	2 (4,9%)	8 (19,5%)	0
	Stiprus – vidutinis skausmas	0	2 (4,9%)	2 (4,9%)	2 (4,9%)

Gautas duomenų pasiskirstymas rodo, kad pacientų skausmo intensyvumą ir fizinį aktyvumą tikrai gali veikti su pažeidimu tiesiogiai nesusiję kintamieji, pvz. pacientų amžius, lytis ar su skausmu susijusi baimė (Crombez et al., 1999; Boersma, Linton, 2006).

Skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo kitimo duomenis analizuojant blokuotų duomenų dvifaktoriškos dispersinės analizės ir X^2 homogeniškumo statistiniais metodais buvo gauta, kad statistiškai reikšmingų skirtumų tarp lyčių nėra. Tai reiškia, kad tiek vyrai, tiek moterys vienodai išgyvena skausmo intensyvumo pokyčius reabilitacijoje bei būna vienodai fiziškai aktyvūs. Taip pat statistinė tyrimo duomenų analizė parodė, kad skausmo intensyvumo ir fizinio

aktyvumo profiliai nuo pacientų išsilavinimo nepriklauso ($p > 0,05$). Apžvelgtoje literatūroje taip pat nepastebėta, kad egzistuoja tokie skirtumai.

Naudojant vienfaktorinę dispersinę analizę buvo bandoma išsiaiškinti, ar skiriasi pacientų amžius skirtinguose skausmo intensyvumo ir fizinio aktyvumo kitimo rehabilitacijoje profiliuose. Buvo gauta, kad pacientų amžius skirtinguose skausmo intensyvumo kitimo profiliuose nesiskiria ($p = 0,15$). Tačiau pastebėti statistiškai reikšmingi pacientų amžiaus skirtumai ($p = 0,04$) fizinio aktyvumo kitimo profiliuose (žr. 7 pav.). Remiantis Post hoc testų duomenimis, gauta, kad egzistuoja statistiškai reikšmingas amžiaus skirtumas tarp pacientų, turinčių pirmąjį (aktyvus – visiškai aktyvus) ir antrąjį (silpnai – vidutiniškai aktyvus) fizinio aktyvumo kitimo profilus ($p = 0,04$). Taigi, galima teigti, kad vyriausi tyrime dalyvavę pacientai buvo mažiausiai fiziškai aktyvūs. Gauti duomenys patvirtina literatūroje nurodomą vieną iš mažesnio fizinio aktyvumo priežasčių – pacientų amžių (Jurgelėnas et al., 2008).



7 pav. *Pacientų amžiaus skirtumai skirtinguose fizinio aktyvumo kitimo profiliuose*

Tyrimo rezultatai rodo, kad psichologinė skausmo traktuotė gali padėti geriau suprasti su konkrečia liga susijusį skausmą. Tokiu būdu skausmo gydymo efektyvumas gali būti didinamas. Vienas svarbiausių iškylančių klausimų būtų, kaip padidinti psichologinio skausmo vertinimo integraciją į medicininį skausmo valdymo procesą, nepriklausomai nuo to, ar tai būtų ilgalaikis skausmas, ar skausmas po operacijos. Šiuo metu žmonės, kenčiantys stiprius skausmus, gana retai gauna reguliarią psichologinę skausmo valdymo pagalbą (Keefe et al., 2005). Paciento siuntimas konsultacijai pas psichologą taip pat yra gana retas įvykis, nebent pacientui pasireiškia nepaprastai daug stiprios depresijos simptomų ar aukštas psichologinio distreso lygis (Keefe et al., 2005).

2. Skausmo įveikos strategijos reabilitacijoje

Sisteminis skausmo įveikos strategijų vertinimas gali padėti identifikuoti tuos pacientus, kurie yra linkę į su skausmu susijusias elgesio problemas, pvz. vengiantis elgesys (Vlaeyen, Linton, 2000). Suteikta ankstyva elgesio ir psichologinė terapija tokiems pacientams gali padėti sumažinti išgyvenamą kančią bei išlaikyti funkciškai efektyvų gyvenimo būdą (Keefe et al., 1987).

2.1. Skausmo įveikos strategijų ir skausmo intensyvumo ryšys

Bandant išsiaiškinti, ar skausmo intensyvumo kitimo profilis priklauso nuo paciento naudojamų skausmo įveikos strategijų, buvo naudotas diskriminantinės analizės metodas. Rezultatai parodė, kad paciento naudojamos skausmo įveikos strategijos nenusako, koks bus jo skausmo intensyvumo kitimo profilis (Vilkso $\lambda=0,524$, $p=0,38$). Taigi, žinodami paciento naudojamas skausmo įveikos strategijas, negalime tiksliai nustatyti, kaip keisis paciento suvokiamas skausmo intensyvumas reabilitacijoje. Literatūroje taip pat galima rasti įrodymų, kad asmenys, naudojantys skirtingas skausmo įveikos strategijas, tarpusavyje skiriasi suvokiamu skausmo stiprumu (Adams et al., 2005), tačiau nenurodoma, kurios iš jų efektyviausiai įtakoja skausmo mažinimą (Vlaeyen et al., 2007)

Naudojant faktorinę analizę buvo bandoma išsiaiškinti faktorius, apibūdinančius pacientų naudojamas įveikos strategijas bei suvokiamą skausmo kontrolę ir sumažinimą. Buvo gauta statistiškai patikima faktorių struktūra ($KMO=0,79$, $p=0,00$) ir išskirti 3 faktoriai, kurių veikimo sritys yra: 1) bandymai naudoti ignoravimo, įveikiančių saviinstrukcijų, padidėjusio veiklos atlikimo ir tikėjimo įveikos strategijas; 2) skausmo suvokiamos kontrolės ir galimybės jį savarankiškai sumažinti įverčiai bei skausmo katastrofizavimas; 3) bandymai naudoti dėmesio nukreipimą ir skausmo pervadinimą.

Gauti faktoriai atitinka literatūroje nurodomus skausmo įveikos aspektus (Keefe et al., 1987; DeGood, Shutty, 1992). Tie pacientai, kurių taikomas skausmo įveikos strategijas labiau įtakoja pirmasis faktorius, su skausmu dažniausiai kovoja aktyviu elgesiu. Pacientų, kurie aukščiau vertino savo gebėjimą kontroliuoti ir sumažinti jaučiamą skausmą, įveiką daugiau veikė savikontrolė. Be to, šių pacientų katastrofizavimo įverčiai buvo atvirkščiai proporcingi skausmo kontrolės ir galimybės jį sumažinti įverčiams. Taigi, galima teigti, kad pacientai reabilitacijoje naudoja įvairias skausmo įveikos strategijas, tačiau visas jas galima suskirstyti į tris pagrindines grupes, pagal veikimo pobūdį: elgesio, savikontrolės ir racionaliąsias.

Analizuojant tyrimo metu gautus duomenis ir bandant išsiaiškinti, ar pacientai, naudojančys skirtingas įveikos strategijas, skirtingai išgyveno skausmo intensyvumo kitimą reabilitacijoje buvo naudojama blokuotų duomenų dvifaktorinė dispersinė analizė. Remiantis šio tyrimo metu gautais duomenimis, pacientų, naudojančių skirtingo pobūdžio įveikos strategijas skausmo intensyvumas statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,15$). Taigi, galima teigti, kad tyrime dalyvavę pacientai, naudojančys elgesio, savikontrolės ir racionalias skausmo įveikos strategijas, jaučia labai panašų skausmo intensyvumo kitimą reabilitacijoje.

Pasitelkiant statistinės duomenų analizės X^2 požymių nepriklausomumo kriterijų dar buvo analizuojama, ar pacientai, turintys skirtingus skausmo intensyvumo kitimo profilius, skyrėsi tarpusavyje naudojamomis elgesio, savikontrolės ir racionaliosiomis skausmo įveikos strategijomis. Rezultatų analizė parodė, kad skirtingų profilių pacientai tarpusavyje naudojamomis įveikos strategijomis nesiskyrė (žr. 3 lentelė). Kadangi statistinės analizės metu gautas $X^2=3,91$, $df=6$, $p=0,45$ galima teigti, kad nagrinėjami požymiai yra nepriklausomi. Tai reiškia, kad nepriklausomai nuo to, kaip kito skausmo intensyvumas reabilitacijos metu, pacientai naudojo visų rūšių skausmo įveikos strategijas. Taigi, gauti duomenys nepatvirtino, kad egzistuoja ryšys tarp paciento taikomų skausmo įveikos strategijų ir skausmo intensyvumo reabilitacijos metu.

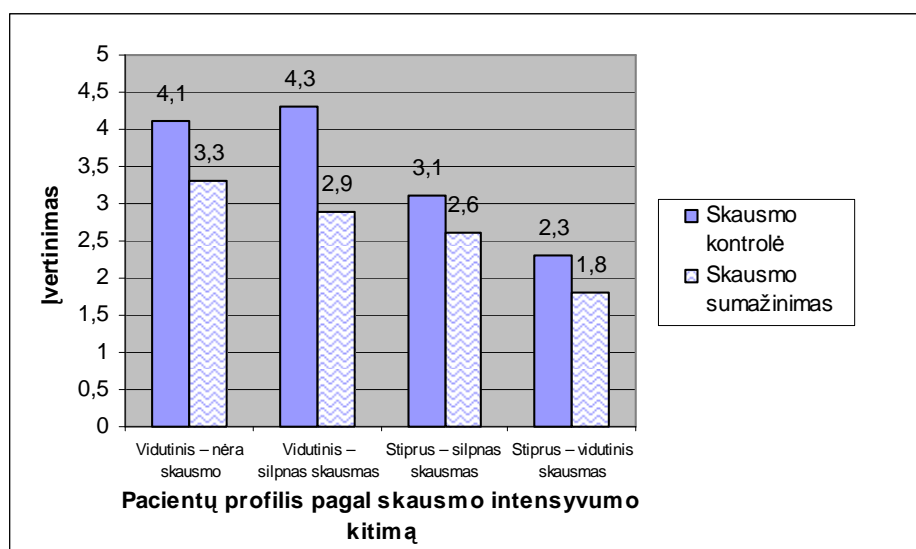
3 lentelė. Pacientų, naudojančių skirtingas įveikos strategijas, pasiskirstymas tarp skausmo intensyvumo kitimo profilių ($n=41$)

		Skausmo intensyvumo kitimo profiliai			
		Vidutinis – nėra skausmo	Vidutinis – silpnas skausmas	Stiprus – silpnas skausmas	Stiprus – vidutinis skausmas
Įveikos strategijos	Elgesio	3 (7,3%)	7 (17,1%)	8 (19,5%)	4 (9,8%)
	Savikontrolės	2 (4,9%)	3 (7,3%)	4 (9,8%)	1 (2,4%)
	Racionaliosios	4 (9,8%)	2 (4,9%)	2 (4,9%)	1 (2,4%)

Nors šio tyrimo metu gauti duomenys nerodo skausmo intensyvumo ir skausmo įveikos strategijų ryšio, kiti autoriai nurodo, jog asmenys, kaip skausmo įveikos būdus, taikantys skausmo kontrolę ir racionalų mąstymą, nurodo jaučiantys žemesnio intensyvumo skausmą, nei pacientai, pasitelkiantys kitokias įveikos strategijas (Keefe et al., 2005). Be to, šių pacientų sveikatos būklė yra vertinama kaip geresnė, jie mažiau patiria psichologinio distreso gydymo metu (Keefe et al., 1987). Kyla klausimas, kodėl pacientai, kurių naudojamas įveikos strategijas labiausiai veikia būtent šis faktorius, taip gerai tvarkosi su skausmu? Vienas iš galimų atsakymo variantų galėtų būti tai, kad tokių pacientų katastrofizavimo įverčiai yra sąlyginai žemi, lyginant juos su kitomis grupėmis. Kaip jau žinome, katastrofizudamas žmogus neteisingai vertina savo skausmą, o tai, savo ruožtu, gali paskatinti beviltiškumą ar depresiją (Keefe et al., 1987).

Literatūroje pateikiama pakankamai nedaug tyrimų, sistemiskai nagrinėjančių skausmo įveikos strategijų efektyvumą. Tuo labiau tokių tyrimų rezultatai nenurodo, kad viena konkreti strategija yra geresnė ir efektyvesnė nei likusios (Vlaeyen et al., 2007). Galima teigti, kad visos įveikos strategijos yra tinkamos, tačiau reikėtų nepamiršti, kad naudojant įvairias strategijas skirtingose situacijose galima pasiekti geriausių rezultatų.

Tyrimo rezultatų statistinei analizei panaudojus diskriminantinės analizės metodą, buvo bandoma išsiaiškinti, ar tyrime dalyvavusių pacientų skausmo intensyvumo kitimo profilis priklauso nuo to, kiek jie jaučiasi galintys kontroliuoti ir sumažinti jaučiamo skausmo stiprumą. Buvo gauta, kad tarp šių nagrinėjamų kintamųjų egzistuoja ryšys (Vilkso $\lambda=0,43$, $p=0,02$). Be to, gauta, kad suvokiama skausmo kontrolė turi didesnę įtaką paciento skausmo kitimo profiliui (kontrolės Vilkso $\lambda=0,38$, sumažinimo Vilkso $\lambda=0,76$). Taigi, galima teigti, kad pacientų skausmo intensyvumo kitimo profilis, priklauso nuo pacientų įsitikinimo galint kontroliuoti ir sumažinti skausmą patiems (žr. 8 pav.). *Duomenys patvirtina, kad egzistuoja ryšys tarp pacientų skausmo intensyvumo ir jų tikėjimo galint kontroliuoti bei sumažinti savo skausmą.*



8 pav. *Pacientų, turinčių skirtingus skausmo intensyvumo kitimo profilius, vidutiniai skausmo kontrolės ir sumažinimo įverčiai*

Apjungus skausmo intensyvumo kitimo duomenų atskiruose pacientų profiluose analizę ir dabar gautus rezultatus, galima teigti, kad kuo aukštesni pacientų skausmo kontrolės ir galimybės sumažinti skausmą įverčiai, tuo suvokiamas skausmo intensyvumas reabilitacijos pradžioje buvo mažesnis. Taip pat ir skausmo intensyvumo sumažėjimas reabilitacijai tęsiantis buvo efektyvesnis, jei suvokiama skausmo kontrolė ir galimybė jį sumažinti yra didesnė. Taigi, matome, kad kuo pacientai tiki labiau galintys patys kontroliuoti ir sumažinti jaučiamą skausmą, tuo skausmas reabilitacijos laikotarpiu yra mažesnis. Gauti rezultatai sutampa su Keefe ir bendraautorių (2005)

nurodytais tyrimų rezultatais. Taip pat matome, kad skausmo kontrolės ir sumažinimo vertinimas atspindi ne tik skausmo intensyvumo kitimą, bet ir pradinio skausmo intensyvumo vertinimo skirtumus tarp pacientų. Tai reiškia, kad pacientai nuo pat reabilitacijos pradžios tarpusavyje skiriasi numanoma skausmo kontrole ir galimybe ją sumažinti.

Apibendrinant gautus rezultatus, galima teigti, kad tyrime dalyvavusių pacientų skausmo išgyvenimas iš esmės priklausė nuo jų suvokiamos skausmo kontrolės ir sumažinimo lygio, bet ne nuo naudojamų skausmo įveikos strategijų. Rezultatus galėjo įtakoti tai, kad tyrime naudota skalė SCQ vertina tik kognityvines įveikos strategijas (Keefe et al., 1992), o tiriamieji galėjo naudoti ir kitus įveikos būdus. Be to, vakarų šalių mokslininkai pateikia įrodymų, kad skausmo intensyvumo kitimas reabilitacijoje gali priklausyti ne tik nuo naudojamų įveikos strategijų, bet ir nuo daugybės kitų psichologinių veiksnių, kurie šio tyrimo metu nebuvo vertinami. N. Adams su bendraautoriais (2005) tokių veiksnių pavyzdžiu nurodo pacientų saviveiksmingumą, o L. M. McCracken su kolegomis (2004) – skausmo priėmimą.

Nors atlikto tyrimo rezultatai neatskleidė ryšio tarp skausmo intensyvumo ir naudojamų įveikos strategijų, šie rodikliai yra ypač svarbūs nagrinėjant pacientų gydymo ir reabilitacijos eigą. Įveikos strategijos, naudojamos ilgą laiką, gali ženkliai paveikti paciento fizinį ir psichologinį funkcionavimą (Adams et al., 2005; Keefe et al., 2005). Neretai neadaptyvios strategijos (tokios kaip padidėjęs medikamentų, alkoholio vartojimas ar kt.) gali sustiprinti suvokiamą skausmo intensyvumą bei vengiantį paciento elgesį (Menefee, Katz, 2001).

Remiantis literatūroje pateiktais pavyzdžiais, galima teigti, kad kognityvinis pacientų įvertinimas bei pagalba jiems, didina pacientų skausmo kontrolės suvokimą ir saviveiksmingumą (Adams et al., 2005). Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad skausmo kontrolė yra vienas iš kintamųjų, įtakančių pacientų skausmo intensyvumo kitimą reabilitacijos metu. Saviveiksmingumas, tuo tarpu, reiškia, kad pacientai suvokia savo problemą, kaip galimą valdyti. O tai didina bet kokios medicininės pagalbos efektyvumą. Kognityvinė skausmo kontrolės pagalba apima disfunkcinių minčių apie skausmą ir iracionalių įsitikinimų identifikavimą (Vlaeyen, Linton, 2000). Tokios mintys bei įsitikinimai kelia pacientams emocinį distresą, dėl ko sustiprėja skausmo suvokiamas intensyvumas. Kognityviniai vienetai, kurie, manoma, turi didžiausią įtaką skausmo suvokimui yra katastrofizavimas, žemas frustracijos toleravimo lygis, išorinis kontrolės lokusas ir klaidingas somatinių signalų interpretavimas (Ciccone, Grzesiak, 1984). Taigi, kognityvinės terapijos taikymo skausmo gydyme tikslas yra pakeisti pacientų mąstymą apie savo skausmą (Adams et al., 2005). Manoma, kad tie pacientai, kurie reabilitacijos laikotarpiu gauna ne tik medicininę terapiją, bet ir psichologinę, socialinę pagalbą, savo skausmo kontrolę ir galimybę ją savarankiškai sumažinti vertina aukščiau nei tie, kurie tokios pagalbos negauna (Dixon et al., 2007).

Deja, Lietuvoje pacientams po klubo sąnario keitimo operacijos tokia pagalba yra teikiama labai retais atvejais.

2.2. Skausmo įveikos strategijų ir fizinio aktyvumo ryšys

Bandant išsiaiškinti, ar fizinio aktyvumo kitimo profilis (žr. 6 pav.) priklauso nuo paciento naudojamų skausmo įveikos strategijų buvo naudotas diskriminantinės analizės metodas. Gauta, kad paciento naudojamos skausmo įveikos strategijos nusako jo fizinio aktyvumo kitimo profilį (Vilkso $\lambda=0,46$, $p=0,02$). Iš visų naudojamų įveikos strategijų geriausiai paciento skausmo intensyvumo kitimo profilį nusako įveikiančių saviinstrukcijų, ignoravimo ir padidėjusio veiklos atlikimo strategijos (žr. 4 lentelė).

4 lentelė. Skirtingų įveikos strategijų poveikis pacientų fizinio aktyvumo kitimo profiliui

Skausmo įveikos strategija	Vilkso Lambda	p reikšmė
Dėmesio nukreipimas	0,957	0,65
Skausmo jutimo pervadinimas	0,913	0,33
Įveikiančios saviinstrukcijos	0,718	0,01*
Ignoravimas	0,780	0,03*
Tikėjimas	0,953	0,61
Katastrofizavimas	0,964	0,71
Padidėjęs veiklos atlikimas	0,739	0,01*

* statistiškai reikšmingas poveikis ($p<0,05$)

Iš 4 lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad pacientų fizinį aktyvumą reabilitacijos metu pakankamai stipriai nusako įveikiančios saviinstrukcijos, skausmo ignoravimas ir padidėjusios veiklos atlikimo strategijos. Gauti duomenys patvirtina literatūroje nurodomą nuomonę, kad nemažai kintamųjų, įtakančių paciento fizinę negalią, yra kognityvinės kilmės (Adams et al., 2005; Houben et al., 2005; Laekeman et al., 2008). Literatūroje dažnai išskiriamas pacientų fizinio aktyvumo ir katastrofizavimo ryšys. Manoma, kad kuo asmuo labiau linkęs katastrofizuoti, tuo mažiau jis bus fiziškai aktyvus (Vlaeyen et al., 1995).

Remiantis anksčiau išskirtomis elgesio, savikontrolės ir racionalių įveikos strategijų grupėmis, buvo aiškinama, ar skirtingas įveikos strategijas naudojantys pacientai skirtingai demonstravo fizinio aktyvumo kitimą reabilitacijoje (naudojama statistinė blokuotų duomenų dvifaktorinė dispersinė analizė). Gauti rezultatai parodė, kad duomenų sferiškumo prielaida yra patenkinama, o tarp nagrinėjamų grupių egzistuoja statistiškai reikšmingas fizinio aktyvumo kitimo skirtumas ($p=0,04$). Taigi, buvo gauta, kad pacientai, naudojantys skirtingas skausmo įveikos strategijas, tarpusavyje skiriasi fizinio aktyvumo kitimu reabilitacijoje, todėl galima teigti, kad egzistuoja ryšys tarp pacientų naudojamų skausmo įveikos strategijų ir jų fizinio aktyvumo. Deja,

remiantis statistinės analizės duomenimis, negalima pasakyti, kaip jie skiriasi ir ar egzistuoja kokia nors sąveika tarp nagrinėjamų grupių ir fizinio aktyvumo kitimo.

Analizuojant, ar skirtingų fizinio aktyvumo kitimo profilių pacientai naudoja skirtingas įveikos strategijas, buvo naudojamas X^2 požymių nepriklausomumo kriterijus. Kadangi atlikus statistinius apskaičiavimus gautas $X^2=12,8$, $df=6$, $p=0,04$ galima teigti, kad požymiai yra priklausomi (žr. 5 lentelė). Taigi, matome, kad dauguma pacientų, naudojančių elgesio, savikontrolės ir racionaliąsias strategijas, buvo aktyvūs viso reabilitacijos laikotarpio metu. Gauti rezultatai sutampa su literatūroje nurodomais atliktų tyrimų rezultatais, pavyzdžiui F.J. Keefe ir S. Smith (2002) teigia, kad pacientų fizinis aktyvumas yra stipriai susijęs su jų naudojamomis skausmo įveikos strategijomis.

5 lentelė. *Pacientų pasiskirstymas pagal skausmo intensyvumo kitimo profilius ir naudojamas įveikos strategijas reabilitacijos metu*

		Fizinio aktyvumo kitimo profiliai			
		Aktyvus – visiškai aktyvus	Silpnai – vidutiniškai aktyvus	Vidutiniškai aktyvus – aktyvus	Aktyvus – silpnai aktyvus – vidutiniškai aktyvus
Įveikos strategijos	Elgesio	4 (9,8%)	1 (2,4%)	15 (36,6%)	2 (4,9%)
	Savikontrolės	1 (2,4%)	3 (7,3%)	6 (14,6%)	0
	Racionaliosios	5 (12,2%)	0	4 (9,8%)	0

Taip pat mokslininkai teigia, kad fizinis aktyvumas yra be galo susijęs ir su pacientų turimais tam tikrais įsitikinimais skausmo atžvilgiu (Keefe, Smith, 2002). Bandant išsiaiškinti, ar fizinio aktyvumo kitimo profilis priklauso nuo to, kiek pacientas jaučiasi galintis kontroliuoti ir sumažinti jaučiamo skausmą, buvo naudotas diskriminantinės analizės metodas. Gauti rezultatai atskleidė, kad nagrinėjami kintamieji tarpusavyje yra susiję (Vilkso $\lambda=0,69$, $p=0,03$). Taigi, galima teigti, kad pacientų įsitikinimas, kad skausmą gali kontroliuoti ir sumažinti, veikia ne tik jų skausmo intensyvumo kitimą reabilitacijos metu, bet ir fizinį aktyvumą. Rezultatai parodė, kad yra ryšys tarp paciento fizinio aktyvumo ir tikėjimo, kad jis gali kontroliuoti ir sumažinti savo skausmą.

Gauti rezultatai atitinka vakarų šalių autorių atliktų tyrimų rezultatus. Manoma, kad tie pacientai, kurie daugiau naudoja savikontrolės įveikos strategijas, yra geriau pasiruošę atlikti užduotis, reikalingas fizinei terapijai (Keefe, Smith, 2002; Hartley et al., 2008). Taip yra todėl, kad tokie pacientai tiki, kad jų veiksmai duos teigiamus rezultatus mažinant skausmą. Taip pat tyrimo duomenys atskleidžia, kad pacientų po klubo sąnario endoprotezavimo savikontrolės ir saviveiksmingumo įvertinimas buvo proporcingas jų gebėjimo vaikščioti ir lipti laiptais atgavimui reabilitacijos laikotarpiu (Hartley et al., 2008)

3. Kinezifobijos ypatumai rehabilitacijoje

Tyrimo metu pacientų kinezifobijai įvertinti buvo naudojamas Tampa kinezifobijos skalė (Miller et. al., 1991, cit. pg. Vlaeyen et al., 1995). Išgyvenantys kinezifobiją pacientai dažniausiai pasižymi vengimo elgesiu ir žemesniu fiziniu aktyvumu (Vlaeyen et al., 1995; Crombez et al., 1999; Picavet et al., 2002; Lohnberg, 2007), o tai suteikia palankias sąlygas skausmui nemažėti ir net užsilaikyti (Pfungsten et al., 2001). Dėl šių priežasčių yra labai svarbu išsiaiškinti, su kokiais veiksniais kinezifobija yra susijusi rehabilitacijoje.

Analizuojant tyrimo metu gautus duomenis buvo pastebėta, kad statistiškai reikšmingo skirtumo tarp vyrų ir moterų kinezifobijos įverčių nėra, tačiau egzistuoja statistiškai reikšmingas ryšys tarp kinezifobijos stiprumo ir pacientų amžiaus (žr. 6 lentelė). Kadangi koreliacija nėra itin didelė, galima teigti, jog yra tik tendencija, kad kuo pacientas yra vyresnis, tuo didesnę kinezifobiją jis išgyvena.

6 lentelė. *Ryšys tarp pacientų amžiaus ir kinezifobijos įverčių*

	Kinezifobijos įverčiai	
Pacientų amžius	Koreliacijos koeficientas (<i>r</i>)	0,39*
	p reikšmė	0,02

*koreliacija statistiškai reikšminga ($p < 0,05$)

Atlikus tyrimą buvo gautas statistiškai patikimas ryšys tarp kinezifobijos ir pacientų tikėjimo, kad jie gali kontroliuoti ir sumažinti savo skausmą (žr. 8 lentelė). Kiti autoriai taip pat nurodo, kad kuo pacientai jaučia galintys labiau kontroliuoti savo skausmą, tuo mažiau jie išgyvena baimės judėti ir susižeisti (Cole, 1998).

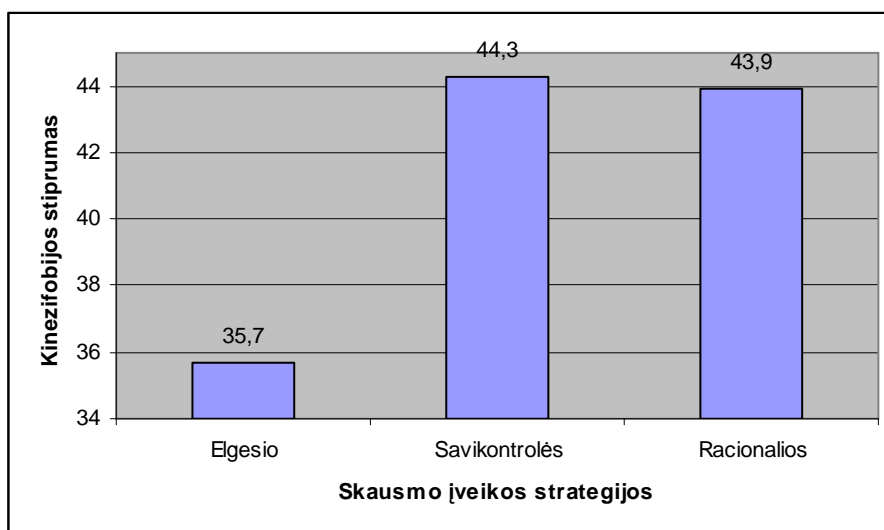
8 lentelė. *Ryšys tarp kinezifobijos įverčių ir pacientų suvokiamo skausmo kontrolės bei sumažinimo stiprumo*

	Kinezifobijos įverčiai	
Skausmo kontrolė	Koreliacijos koeficientas (<i>r</i>)	- 0,57*
	p reikšmė	0,000
Skausmo sumažinimas	Koreliacijos koeficientas (<i>r</i>)	- 0,49*
	p reikšmė	0,001

*koreliacija statistiškai reikšminga ($p < 0,05$)

Taip pat buvo bandoma išsiaiškinti, ar egzistuoja statistiškai reikšmingi kinezifobijos įverčių skirtumai tarp pacientų, naudojančių elgesio, savikontrolės ir racionalias skausmo įveikos strategijas. Statistinei duomenų analizei panaudojus vienfaktorinės dispersinės analizės modelį, buvo gauta, kad toks skirtumas iš tiesų egzistuoja (žr. 9 pav.). Buvo gauta, kad pacientai,

naudojantys savikontrolės ir racionalias skausmo įveikos strategijas, išgyvena didesnę kinezifobiją, nei naudojantys elgesio įveikos strategijas. Taigi, galima teigti, kad yra ryšys tarp pacientų naudojamų įveikos strategijų ir kinezifobijos įverčių.



9 pav. *Kinezifobijos įverčių pasiskirstymas tarp pacientų, naudojančių skirtingas skausmo įveikos strategijas*

Analizuojant kinezifobijos ryšį su atskiromis skausmo įveikos strategijomis svarbu paminėti katastrofizavimą. Remiantis literatūroje pateikiamų tyrimų duomenimis, tarp kinezifobijos ir katastrofizavimo egzistuojantis stiprus ryšys atsirandantis dėl paciento susikoncentravimo ties savo kūno pojūčiais, kylančios baimės bei atsiradusio ryškus vengimo elgesio (Severeijns et al., 2005; Boersma, Linton, 2006, Vlaeyen et al., 2007). Vengimo elgesys ir baimė būti fiziškai aktyviu atsiranda, kadangi katastrofizuojantys pacientai bet kokį fizinį aktyvumą yra labiau linkę vertinti kaip galimybę lengvai susižeisti (Vlaeyen et al., 1995). Mūsų atlikto tyrimo duomenis taip pat buvo gauta stipri tiesinė priklausomybė tarp kinezifobijos ir katastrofizavimo stiprumo (žr. 7 lentelė)

7 lentelė. *Ryšys tarp katastrofizavimo ir kinezifobijos įverčių*

	Kinezifobijos įverčiai	
Katastrofizavimo įverčiai	Koreliacijos koeficientas (r)	0,51*
	p reikšmė	0,001

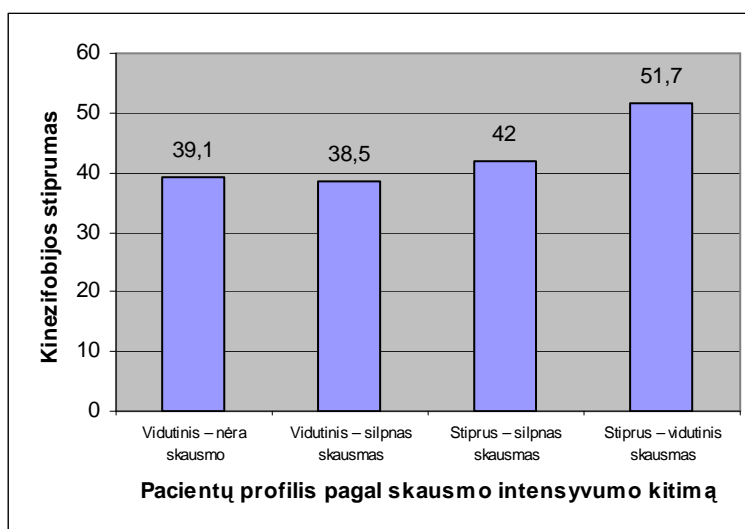
*koreliacija statistiškai reikšminga ($p < 0,05$)

Dėl katastrofizavimo ir fizinio aktyvumo baimės atsirandantis vengiantis elgesys gali turėti įtakos paciento negalios ir išmokto beviltiškumo stiprumui (Houben et al., 2005; Vlaeyen et al., 2007), o tai savo ruožtu gali ganėtinai stipriai apsunkinti paciento reabilitacijos eigą. Taip pat

yra manoma, kad skausmo katastrofizavimas ir fizinio aktyvumo baimė skatina ilgalaikio skausmo išsivystymą (Vlaeyen et al., 1995).

3.1. Kinezifobija ir skausmo intensyvumo kitimas

Siekiant išsiaiškinti, ar yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp kinezifobijos įverčių tarp pacientų, turinčių skirtingą skausmo intensyvumo kitimo profilį, buvo naudojamas vienfaktorinės dispersinės analizės (ANOVA) statistinis metodas. Remiantis statistinės analizės Post hoc testų rezultatais gauta, kad pagal kinezifobijos stiprumo vertinimą statistiškai reikšmingai išskiria tik ketvirtojo profilio (stiprus – vidutinis skausmas) pacientų grupė ($p < 0,05$). Gauta, kad kinezifobija yra taip pat stipriausia tarp pacientų, turinčių ketvirtąjį skausmo intensyvumo kitimo profilį (žr. 10 pav.). Gauti rezultatai gali būti susiję su tuo, kad ketvirtojo profilio pacientai reabilitacijoje išgyveno intensyviausią skausmą lyginant juos su kitomis trimis grupėmis. Taigi, *gauti duomenys patvirtino, kad yra ryšys tarp kinezifobijos stiprumo ir pacientų skausmo intensyvumo kitimo*. Kiti autoriai taip nurodo kinezifobijos ir skausmo intensyvumo tiesinę priklausomybę (Crombez et al., 1999; Severeijns et al., 2004). J.W.S. Vlaeyen su bendraautoriais (2007) praplečia šį teiginį ir nurodo, kad katastrofizavimas ir kinezifobija yra tiesiogiai susiję su pacientų išgyvenamu skausmo intensyvumu, nerimu dėl galimo jo padidėjimo, beviltiškumo jausmu, bei nesugebėjimu nukreipti dėmesio nuo skausmo.

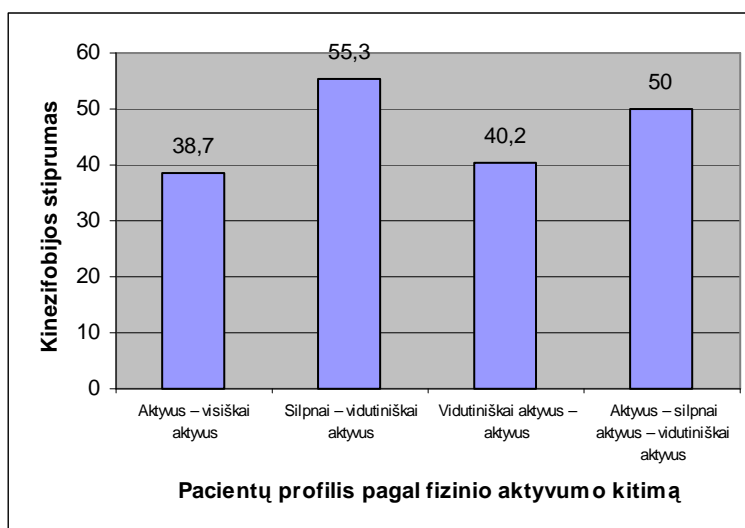


10 pav. *Kinezifobijos stiprumo skirtumai atskiruose pacientų skausmo intensyvumo kitimo profiliuose*

3.2. Kinezifobija ir fizinio aktyvumo kitimas

Siekiant išsiaiškinti, ar yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp kinezifobijos įverčių tarp pacientų, turinčių skirtingus fizinio aktyvumo kitimo profilius, buvo taip pat naudojamas vienfaktorinės dispersinės analizės (ANOVA) statistinis metodas. Rezultatų analizė parodė (žr. 11 pav.), kad statistiškai reikšmingas skirtumas tarp nagrinėjamų grupių tikrai egzistuoja ($p=0,00$). Remiantis statistinės analizės Post hoc testų rezultatais gauta, kad pagal kinezifobijos stiprumo vertinimą statistiškai reikšmingai skiriasi antrojo profilio (silpnai – vidutiniškai aktyvus) pacientai lyginant juos su pirmojo (aktyvus – visiškai aktyvus) ir trečiojo (vidutiniškai aktyvus – aktyvus) profilio pacientais ($p<0,05$).

Iš pateikto paveikslo matome, kad aukščiausi kinezifobijos įverčiai buvo gauti tų pacientų, kurių fizinis aktyvumas buvo žemas visu stacionarinės rehabilitacijos laikotarpiu. Taip pat matome, kad kinezifobija yra didesnė tų pacientų tarpe, kurie rehabilitacijos metu iš pradžių buvo aktyvūs, tačiau vėliau fizinis aktyvumas sumažėjo. Kaip jau minėta anksčiau, fizinio aktyvumo sumažėjimą galima būtų sieti su patirta trauma ar padidėjusiu skausmo intensyvumu, ypač jei pacientas išgyvena aukšta kinezifobijos lygį. Taigi, galima teigti, kad yra ryšys tarp pacientų fizinio aktyvumo ir kinezifobijos. Gauti duomenys neprieštarauja literatūroje pateiktiems tyrimų rezultatams, kad fizinio aktyvumo baimė tiesiogiai veikia paciento skausmo elgsenos demonstravimą ir negalios lygį (Vlaeyen et al., 2007) bei vengimo elgesį ir fizinio aktyvumo stoką (Houben et al., 2005).



11 pav. Kinezifobijos stiprumo skirtumai atskiruose pacientų fizinio aktyvumo kitimo profiliuose

Apibendrinus visus tyrimo metu gautus duomenis, galima teigti, kad šio tyrimo rezultatai aiškiai parodo, jog pacientų po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos rehabilitacijos efektyvumą veikia ne tik biologiniai–medicininiai, bet ir psichologiniai veiksniai. Kadangi buvo gauta, jog pacientų skausmo intensyvumas ir fizinis aktyvumas yra susijęs su pacientų naudojamomis

skausmo įveikos strategijomis bei fizinio aktyvumo baime, galima teigti, kad psichologinis reabilitacijos pacientų vertinimas ir pagalba jiems galėtų padėti gerinti gydymo efektyvumą reabilitacijoje. Psichologinio įvertinimo tikslas stacionarioje reabilitacijoje galėtų būti psichologinių veiksnių įtakos paciento skausmui ir fizinėms funkcijoms nustatymas. Tokiu būdu būtų ne tik gerinama psichologo darbo reabilitacijos įstaigose integracija, bet ir gerinama pagalbos kokybė reabilitacijos pacientams.

IŠVADOS

1. Skausmo intensyvumo kitimas yra atvirkščiai proporcingas fizinio aktyvumo kitimui reabilitacijos po klubo endoprotezavimo operacijos metu, t.y. tęsiantis reabilitacijai skausmo intensyvumas mažėja, o fizinis aktyvumas auga.
2. Reabilitacijos po klubo endoprotezavimo operacijos pacientų naudojamas skausmo įveikos strategijas galima suskirstyti į tris pagrindines grupes, pagal veikimo pobūdį: elgesio, savikontrolės ir racionaliąsias.
3. Tyrimas tik iš dalies patvirtino hipotezę – ryšys tarp skausmo intensyvumo ir pacientų naudojamų įveikos strategijų nenustatytas, tačiau pastebėtas ryšys tarp pacientų skausmo kitimo ir jų suvokiamu skausmo kontrolės ir sumažinimo lygiu, bei kinezifobijos stiprumo: kuo pacientai mano galintys labiau kontroliuoti ir sumažinti savo skausmą, tuo skausmo intensyvumas yra mažesnis; kuo didesnė pacientų kinezifobija, tuo suvokiamas skausmo intensyvumas yra didesnis.
4. Tyrimas patvirtino hipotezę – nustatytas ryšys tarp pacientų fizinio aktyvumo kitimo ir naudojamų skausmo įveikos strategijų, pacientų įsitikinimo galint kontroliuoti ir sumažinti skausmą, bei kinezifobijos stiprumo: pacientai, naudojantys skirtingas skausmo įveikos strategijas, tarpusavyje skiriasi fizinio aktyvumo kitimu reabilitacijoje; kuo pacientai mano galintys labiau kontroliuosi ir sumažinti savo skausmą, tuo jų fizinis aktyvumas reabilitacijoje yra didesnis; kuo didesnė pacientų kinezifobija, tuo fizinis aktyvumas mažesnis.
5. Tyrimas patvirtino hipotezę – nustatytas ryšys tarp pacientų kinezifobijos stiprumo ir naudojamų skausmo įveikos strategijų, pacientų suvokiama skausmo kontrole ir sumažinimu: naudojantys savikontrolės ir racionalias skausmo įveikos strategijas, išgyvena didesnę kinezifobiją, nei naudojantys elgesio įveikos strategijas; kuo pacientai jaučia galintys labiau kontroliuoti savo skausmą, tuo mažesnę kinezifobiją išgyvena.

LITERATŪRA

1. Adams N., Poole H., Richardson C. Psychological approaches to chronic pain management: part 1 // *Journal of Clinical Nursing*, 2006, vol. 15, p. 290-300;
2. Baublienė J. Skausmo samprata ir gydymas // *Vilnius: Vaistų žinios*, 2006, p. 11- 65;
3. Boersma K., Linton S.J. How does persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity // *Behaviour Research and Therapy*, 2005, vol. 43, no. 11, p. 1495-1507;
4. Boersma K., Linton S.J. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: A prospective analysis // *European Journal of Pain*, 2006, vol. 10, p. 551-557;
5. Bradley L.A., Haile J.M., Jaworski T.M. Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments // in Turk D.C., Melzack R. editor. *Handbook of pain assessment*. New York, The Guilford Press, 1992, p. 193-213;
6. Ciccone D., Grzesiak R.C. Cognitive dimensions of chronic pain // *Social Science and Medicine*, 1984, vol. 19, p. 1339-1345;
7. Cole J.D. Psychotherapy with the chronic pain patients using coping skills development: outcome study // *Journal of Occupational Health Psychology*, 1998, vol. 3, no. 3, p. 217-226;
8. Crombez G., Vlaeyen J.W.S., Heuts P.H.T.G., Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability // *Pain*, 1999, vol. 80, p. 329-339;
9. DeGood D.E., Shetty M.S. Assessment of pain beliefs, coping, and self-efficacy // in Turk D.C., Melzack R. editor. *Handbook of pain assessment*. New York, The Guilford Press, 1992, p. 214- 234;
10. Dixon K.E., Keefe F.J., Scipio C.D., Perri L.C. M., Abernethy A.P. Psychological interventions for arthritis pain management in adults: A meta-analysis // *Health Psychology*, 2007, vol. 26, no. 3, p. 241-250;
11. Douglas J. F, et al. Fear of Movement/(Re)injury in Chronic Pain: A Psychometric Assessment of the Original English Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) // *Pain*, 2007, vol. 127, no. 1-2, p. 42-51;
12. Estlander A.M. Coping strategies in low back pain: effects of severity of pain, situation, gender and duration of pain // *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 1989, vol. 18, p. 20–29;

13. Evans K.D., Douglas B., Bruce N., Drummond P.D. An Exploratory Study of Changes in Salivary Cortisol, Depression, and Pain Intensity after Treatment for Chronic Pain // *Pain Medicine*, 2007, vol. 7, p. 1-8;
14. Feleus A., Dalen T., Bierma-Zeinstra S.M.A., Bernsen R.M.D., Verhaar J.A.N., Koes B.W., Miedema H.S. Kinesiophobia in patients with non-traumatic arm, neck and shoulder complaints: a prospective cohort study in general practice // *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2007, Vol. 8, p. 117- 134;
15. Fernandez E. A classification system of cognitive coping strategies for pain // *Pain*, 1986, vol. 26, p. 141–151;
16. Furmonavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai // *Medicina*, 2004, vol. 40, nr. 6, p. 509-516;
17. George S.Z., Bialosky J.E., Fritz J.M. Physical Therapist Management of a Patient With Acute Low Back Pain and Elevated Fear-Avoidance Beliefs // *Physical Therapy*, 2004, vol. 84, no. 6, p.538-549;
18. Gocentas A., Tamulaitienė M., Juocevičius A. Pagyvenusio amžiaus asmenų reabilitacija po sąnarių endoprotezavimo operacijų // *Gerontologija*, 2000, nr. 2, p. 122-128;
19. Grakauskas Ž., Valickas G. Streso įveikos klausimynas: keturių faktorių modelio taikymas // *Psichologija*, 2006, nr. 33, p. 64-75;
20. Grakauskas Ž. Vengimo / siekimo motyvacijos ir psichologinio streso bei jo įveikos ryšys // *Psichologija*, 2006, nr. 34, p. 69-82;
21. Grinienė R., Smailytė D. Pooperacinės reabilitacijos efektyvumas sanatorinio gydymo sąlygomis ligoniams po klubo sąnario endoprotezavimo. Kineziterapijos reikšmė // *Medicina*, 2002, t. 38, nr. 10, p. 1026-1032;
22. Gustafsson J., Nilsson-Wikmar L. Influence of specific muscle training on pain, activity limitation and kinesiophobia in women with back pain post-partum – A ‘Single-subject research design’ // *Physiotherapy Research International*, 2008, vol. 13, no. 1, p. 18-30;
23. Hartley S.M., Vance D.E., Elliott T.R., Cuckler J.M., Berry J.W. Hope, self-efficacy, and functional recovery after knee and hip replacement surgery // *Rehabilitation Psychology*, 2008, vol. 53, no. 4, p. 521-529;
24. Houben R. M. A., Leeuw M., Vlaeyen J. W. S., Goubert L., Picavet H. S. J. Fear of Movement/Injury in the General Population: Factor Structure and Psychometric Properties of an Adapted Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia // *Journal of Behavioral Medicine*, 2005, vol. 28. no. 5, p. 415-424;

25. Jensen M.P., Turner J.A., Romano J.M. Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, vol. 62, p. 172–179;
26. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Butkienė B., Butikis M., Savičiūtė R. Gyvenimo kokybės ir amžiaus integralumo požymiai // *Gerontologija*, 2008, vol. 9, no. 4, p. 207-213;
27. Kaladytė-Lokominienė R. Dažniausios skausmo priežastys neurologijoje // *Skausmo medicina*, 2005, nr. 2 (11), p. 32-37;
28. Keefe F.J., Caldwell D.S., Queen K.T., Gil K.M., Martinez S., Crisson J.E., Ogden W., Nunley J. Pain coping strategies in osteoarthritis patients // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, vol. 55, no. 2, p. 208-212;
29. Keefe F.J. The coping strategies questionnaire // *Pain management program: Duke University Medical Center*, 1992;
30. Keefe F.J., Salley A.N., Lefebvre J.C. Coping with pain: conceptual concerns and future directions // *Pain*, 1992, vol. 51, p. 131–134;
31. Keefe F.J., Williams D.A. Assessment of pain behaviors // in Turk D.C., Melzack R. editor. *Handbook of pain assessment*. New York, The Guilford Press, 1992, p. 227-292;
32. Keefe F.J., Smith S. The assessment of pain behavior: implications for applied psychophysiology and future research directions // *Applied psychophysiology and Biofeedback*, 2002, vol. 27, no. 2, p. 117-127;
33. Keefe F.J., Smith S.J., Buffington A.L., Gibson J., Studts J.L. Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, vol. 70, no. 3, p. 640-655;
34. Keefe F.J., Abernethy A.P., Campbell L.C. Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain // *Annual Review of Psychology*, 2005, Vol. 56, no. 1, p. 601-630;
35. Keogh E., McCracken L.M., Eccleston C. Do man and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? // *Pain*, 2005, vol. 114, p. 37-46;
36. Kerns R.D., Bayer L.A., Findley J.C. Motivation and Adherence in pain management // in Block A., Kremer E.F., Fernández E. editor. *Handbook of pain syndromes: biopsychosocial perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates, 1999, p. 99-123;
37. Laekeman M.A., Sitter H., Basler H.D. The pain attitudes and beliefs scale for physiotherapists: psychometric properties of German version // *Clinical Rehabilitation*, 2008, vol. 22, p. 564-575;
38. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal & Coping* // New York: Springer, 1984;

39. Linton S.J. Do psychological factors increase the risk for back pain in the general population in both a cross-sectional and prospective analysis? // *European Journal of Pain*, 2005, vol. 9, p. 355-361;
40. Linton S.J., McCracken L.M., Vlaeyen J.W.S. Reassurance: Help or hinder in the treatment of pain // *Pain*, 2008, vol.138, p. 5-8;
41. Lohnberg J.A. A Review of Outcome Studies on Cognitive-Behavioral Therapy for Reducing Fear Avoidance Beliefs Among Individuals With Chronic Pain // *Journal of clinical psychology in medical settings*, 2007, vol. 14, p. 113-122;
42. Martire L.M., Schulz R., Keefe F.J., Rudy T.E., Starz T.W. Couple-Oriented Education and Support Intervention for Osteoarthritis: Effects on Spouses' Support and Responses to Patient Pain // *Families, Systems, & Health*, 2008, vol. 26, no. 2, p. 185-195;
43. McCracken L.M. Behavioral constituents of chronic pain acceptance: Results from factor analysis of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire // *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 1999, vol. 13, p. 93-100;
44. McCracken L. M., Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? // *Pain*, 2003, vol. 105, p. 197–204;
45. MaCracken L.M., Volwes K.E., Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method // *Pain*, 2004, vol. 104, p. 159-166;
46. McCracken L.M., Yang S. The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain // *Pain*, 2006, vol. 123, p. 137-145;
47. McCracken L.M., Gauntlett-Gilbert J., Vowles K.E. The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability // *Pain*, 2007, vol. 131, p. 63-69;
48. Melzack R., Wall P.D. Pain mechanisms: a new theory // *Science*, 1965, vol. 150, p. 971-979;
49. Menefee L.A., Katz N.P. *Pain Education* // Philadelphia: Lippincot, 2001;
50. Moffett J.A.K., Newbronner E., Waddell G., Croucher K., Spear S. Public perceptions about low back pain and its management: a gap between expectations and reality? // *Health expectations*, 2000, vol. 2, p. 161-168;
51. Myers D.G. *Psichologija* // Kaunas: Poligrafija ir informatika, 2000, p. 171-174;
52. Ostapenkienė R. *Gyvenimas be nugaros skausmo* // Kaunas: Margažiedis, 2006;
53. Petrulytė A., Pileckaitė-Markovienė M. Lėtinėmis ligomis sergančių ir sveikų suaugusiųjų sveikatos kontrolės lokuso ir vidinės darnos ypatumai // *Psichologija*, 2007, nr. 35, p. 32-41;
54. Pflingsten M., Leibing E., Harter W., Kroner-Herwig B., Hempel D., Kronshage U., Hildebrandt J. Fear-Avoidance Behavior and Anticipation of Pain in Patients with Chronic

- Low Back Pain: a Randomized Controlled Study // *Pain medicine*, 2001, vol. 2, no. 4, p. 259-266;
55. Picavet H.S., Wlaeyen J.W.S., Schouten J.S.A.G. Pain Catastrophizing and Kinesiophobia: Predictors of Chronic Low Back Pain // *American Journal of Epidemiology*, 2002, vol. 156, p. 1028-1034;
56. Pileckytė M. Pasikalbėkime apie skausmą // *Artritas*, 2005, vol. 2, nr. 3, p. 4-5;
57. Resnick, B., Magaziner, J., Orwig, D., Zimmerman, S. Evaluating the components of the exercise plus program: Rationale, theory and implementation // *Health Education Research*, 2002, vol. 17, p. 648–658;
58. Richardson I.H., Richardson P.H. Does cognitive change predict the outcome of cognitive-behavioural pain management? // *Psychology, Health & Medicine*, 1999, vol. 4, no. 1, p. 27-44;
59. Roelofs J., Boissevain M.D., Peters M.L., Jong J.R., Vlaeyen J.W.S. Psychological treatments for chronic low back pain: past, present and beyond // *Pain Reviews*, 2002, vol. 9, p. 29-40;
60. Roelofs J., McCracken L., Peters M.L., Crombez G., Breukelen G., Vlaeyen J.W.S. Psychometric Evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in Chronic Pain Patients // *Journal of Behavioral Medicine*, 2004, vol. 27, no. 2, p. 167-183;
61. Roelofs J., Sluiter J.K., Frings-Dresen M.H.W., Goossens M., Thibault P., Boersma K., Vlaeyen J.W.S. Fear of movement and (re)injury in chronic musculoskeletal pain: Evidence for an invariant two-factor model of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and Dutch, Swedish, and Canadian samples // *Pain*, 2007, vol. 131, no. 1-2, p. 181-190;
62. Sargautytė R. Lėtinis skausmas psichologiniu požiūriu // *Neurologijos seminarai*, 1999, vol. 2, nr. 6, p. 96-101;
63. Sargautytė R., Veitienė D. Kad skausmas nebūtų priešų // Vilnius: Lietuvos artrito asociacija, 2005;
64. Sargautytė R. Skausmo psichologija // Vilniaus universiteto leidykla, 2008;
65. Saville B.K. Performance under competitive and self-competitive fixed-interval schedules of reinforcement // *The psychological record*, 2009, vol. 59, p. 21-38;
66. Severeijns R., Hout M.A., Vlaeyen J.W.S. The causal status of pain catastrophizing: an experimental test with healthy participants // *European Journal of Pain*, 2006, vol. 9, p. 257-265;

67. Severeijns R., Vlaeyen J.W.S., Hout M.A., Picavet H.S.J. Pain Catastrophizing is associated with health indices in musculoskeletal pain: a cross-sectional study in the Dutch community // *Health psychology*, 2004, vol. 23, no.1, p. 49-57;
68. Sheffer C.E., Cassisi J.E., Ferraresi L.M., Lofland K.R. McCracken L.M. Sex Differences in the Representation of Chronic Low Back Pain // *Psychology of Women Quarterly*, 2002, vol. 26, p. 329-340;
69. Spearing N., March L., Bellamy N., Bogduk N., Brooks P.M. Management of acute musculoskeletal pain // *APLAR Journal of Rheumatology*, 2005, vol. 8, p. 5-15;
70. Švainytė A., Toliušienė J., Ščiupokas A. Informacija apie skausmo valdymą // Kaunas: KMU spaudos ir leidybos centras, 2006;
71. Turk D.C., Melzack R. The measurement of pain an assessment of people experiencing pain // in Turk D.C., Melzack R. editor. *Handbook of pain assessment*. New York, The Guilford Press, 1992, p. 3-12;
72. Vaisetaitė L., Sargautytė R. Skausmas sporte: skausmo suvokimo ir jo įveikos strategijų ryšys // *Ugdymas-Kūno kultūra-Sportas*, 2005, vol.5 (59), p. 82-87;
73. Vangronsveld K., Peters M., Goossens M. Linton S., Vlaeyen J. Applying the fear-avoidance model to the chronic whiplash syndrome // *Pain*, 2007, vol. 131, no. 3, p. 258-261;
74. Vasiliauskaitė I., Juocevičius A. Pacientų, kuriems buvo atlikta kelio ir klubo endoprotezavimo operacija, reabilitacijos efektyvumas ir giliųjų kojų venų trombozės įtaka jos rezultatams // *Sveikatos mokslai* 2007, vol. 6, p. 1289-1293;
75. Vasudevan S.V. Impairment, disability, and functional capacity assessment // in Turk D.C., Melzack R. editor. *Handbook of pain assessment*. New York, The Guilford Press, 1992, p. 100-108;
76. Vlaeyen J.W.S., Crombez G. Fear and Pain // *Pain: Clinical updates*, 2007, vol. 15, no. 6;
77. Vlaeyen J.W.S., Crombez G., Goubert L. The psychology of chronic pain and its management // *Physical Therapy Reviews*, 2007, vol. 12, p. 179-188;
78. Vlaeyen J.W.S., Kole-Snijders A.M.J., Boeren R.G.B., Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance // *Pain*, 1995, vol. 62, p. 363-372;
79. Vlaeyen J.W.S., Kole-Snijders A.M.J., Rotteveel A.M., Rusink R., Heuts P. H.T.G. The role of fear of movement/(re)injury in pain disability // *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1995, vol. 5, no. 4, p. 235-252;
80. Vlaeyen J.W.S., Linton S.J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art // *Pain*, 2000, vol. 85, p. 317-332;

81. Vowles K.E., McCracken L.M., Eccleston C. Processes in change of treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing // *European Journal of Pain*, 2007, vol. 11, p.779-787;
82. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group (AAMPGG) Evidence-based management of acute musculoskeletal pain // Australian Academic Press, Brisbane, 2003, p. 17-24, 155-188 [žiūrėta 2009m. vasario 7d.]. Prieiga per internetą:
http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/cp94.pdf
83. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VLK) Endoprotezavimas Lietuvoje, palyginus su kitomis ES šalimis, 2007 [žiūrėta 2009m. balandžio 25d.]. Prieiga per internetą:
http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=12&date=2007-06-07&item_id=1586

PRIEDAI

1 priedas

Jaučiamas skausmas laikui bėgant kinta. Žemiau yra pateiktas **skausmo dienoraštis**, kuriuo yra stengiamasi nustatyti Jūsų jaučiamo skausmo stiprumo pokyčius bėgant laikui. Vertinant jaučiamą skausmą, naudokitės žemiau pateikta skale, t.y. jei per dieną nejautėte jokie skausmo – rašykite 0, jei – nepakeliamą skausmą – 10.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nėra skausmo	Silpnas skausmas			Vidutinis skausmas		Stiprus skausmas			Nepakeliamas skausmas	

Reabilitacijos savaitė	Skausmo vertinimas
Pirma savaitė	
Antra savaitė	
Trečia savaitė	

2 priedas

Fizinio aktyvumo dienoraštis

Instrukcija: Prašytume Jūsų, naudojantis žemiau pateikta skale, ties kiekviena diena pažymėti, kiek asmuo įsitraukia į tikslinę fizinę veiklą reabilitacijos metu.

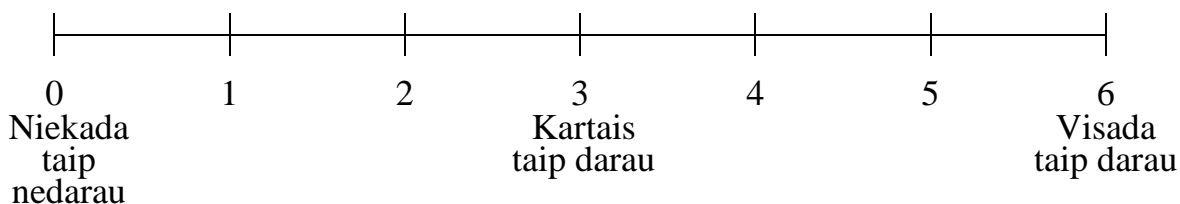
Pateiktoje skalėje 0 reiškia, kad asmuo yra visiškai neaktyvus (neateina į kineziterapijos užsiėmimus, guli, miega), o 10 – visiškai aktyvus (rodo iniciatyvą, atlieka nurodytas užduotis teisingai ir tiek, kiek reikia). Prašome įrašyti pasirinktą įvertinimą.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
visiškai neaktyvus: neateina į kineziterapijos užsiėmimus, guli, miega	Silpnai aktyvus: užsiima kita veikla, tačiau neatlieka kineziterapeuto jam skirtų užduočių			Vidutiniškai aktyvus: atlieka ne visus nurodytus pratimus		Aktyvus: atlieka nurodytus pratimus, tačiau nenoriai, trūksta iniciatyvos, savarankiškumo			Visiškai aktyvus: rodo iniciatyvą, atlieka nurodytas užduotis teisingai ir tiek, kiek reikia	

Reabilitacijos savaitė	Fizinis aktyvumas
Pirma savaitė	
Antra savaitė	
Trečia savaitė	

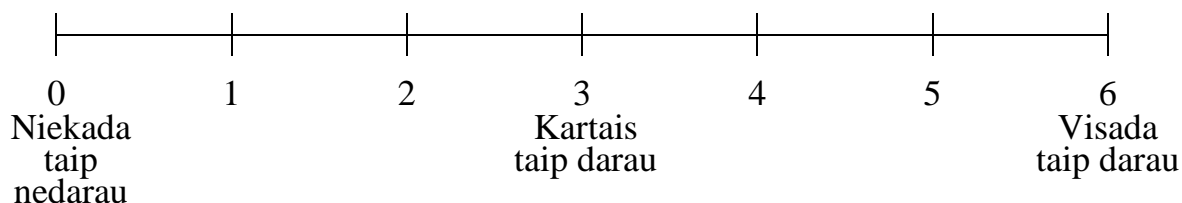
Jaučiantys skausmą žmonės atranda daug būdų jį įveikti ar su juo kovoti. Pavyzdžiui, tai gali būti tam tikrų frazių kartojimas sau skausmo metu arba užsiėmimas įvairia veikla. Žemiau pateikiamas sąrašas teiginių, kurie atspindi tai, ką žmonės sako darantys skausmo metu. Prašytume Jūsų, naudojantis žemiau pateikta skale, ties kiekvienu teiginiu pažymėti, kiek įsitraukiate į kiekvieną iš pateiktų veiklų skausmo metu.

0 reiškia, kad Jūs niekada taip nesielgiate, kai skauda, **3** - kartais taip elgiatės, o **6** reiškia, kad visada taip elgiatės skausmo metu. *Prašome įrašyti pasirinktą įvertinimą ties kiekvienu teiginiu.* Atminkite, kad Jūs galite naudotis bet kuriuo skalėje pateiktu įvertinimu.



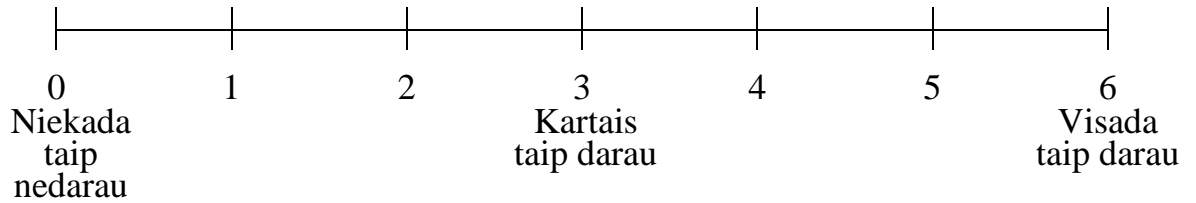
Kai man skauda...

- _____ 1. Bandau atsiriboti nuo skausmo, tartum jis būtų kokio nors kito žmogaus.
- _____ 2. Išeinu iš namų ir veikiu ką nors, pavyzdžiui, einu į kiną ar apsipirkinėju.
- _____ 3. Bandau galvoti apie kažką malonaus.
- _____ 4. Mintyse vadinu tai ne skausmu, o kažkokiu spaudimo ar kaitimo jutimu.
- _____ 5. Jaučiuosi pasibaisėtinais ir atrodo, kad niekuomet nepalengvės
- _____ 6. Drąsinu save laikytis, nepaisant skausmo.
- _____ 7. Skaitau.
- _____ 8. Tikiu save, kad galiu nugalėti skausmą.
- _____ 9. Vartoju savo vaistus.
- _____ 10. Skaičiuoju mintyse ar prisimenu kokią nors dainą.
- _____ 11. Galvoju apie skausmą kaip apie kokį nors kitą pojūtį, pavyzdžiui, tirpimą.
- _____ 12. Skausmas būna baisus ir man atrodo, kad jis užvaldo mane visą.
- _____ 13. Užsiimu mąstymo reikalaujančiais žaidimais, kad atitraukčiau mintis nuo skausmo.
- _____ 14. Man atrodo, kad neverta gyventi tokio gyvenimo.
- _____ 15. Tikiu, kad kas nors ateis man į pagalbą, ir skausmas kuriam laikui atlėgs
- _____ 16. Daug vaikštau
- _____ 17. Meldžiu Dievo, kad skausmas ilgai nesitęstų.



Kai man skauda...

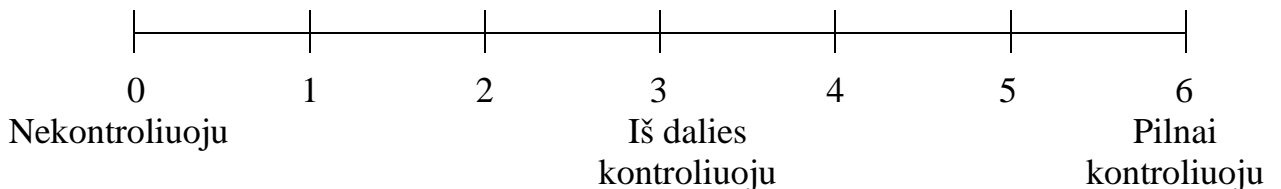
- _____ 18. Stengiuosi galvoti, jog skausmas yra ne mano kūne, o kažkur už jo ribų.
- _____ 19. Atsipalaiduojau.
- _____ 20. Negalvoju apie skausmą.
- _____ 21. Stengiuosi galvoti apie ateitį, įsivaizduoti kaip viskas bus, atsikračius skausmo.
- _____ 22. Aš sau sakau, kad neskauda.
- _____ 23. Tikiu save, kad negaliu leisti skausmui stoti man skersai kelio.
- _____ 24. Nekreipiu į skausmą jokio dėmesio.
- _____ 25. Tikiu gydytojais, kad jie kada nors suras tinkamų vaistų nuo mano skausmo.
- _____ 26. Kad ir kiek stiprėtų mano skausmas, žinau, kad galiu jį valdyti.
- _____ 27. Apsimetu, kad skausmo nėra.
- _____ 28. Labai nerimauju, ar skausmas liausis.
- _____ 29. Atsigulu.
- _____ 30. Mintyse atgaminu malonius praeities įvykius.
- _____ 31. Galvoju apie žmones, su kuriais man patinka leisti laiką.
- _____ 32. Meldžiuosi, kad skausmas liautųsi.
- _____ 33. Išsimaudau vonioje arba po dušu.
- _____ 34. Įsivaizduoju, jog skausmas yra ne mano kūne, o kažkur išorėje.
- _____ 35. Aš tiesiog elgiuosi taip, lyg nieko nebūtų atsitikę.
- _____ 36. Priimu skausmą kaip iššūkį ir neleidžiu, kad jis man trukdytų.
- _____ 37. Nors ir skauda, aš tiesiog toliau gyvenu.
- _____ 38. Man atrodo, kad nebegaliu daugiau kęsti skausmo.
- _____ 39. Stengiuosi būti kartu su kitais žmonėmis.
- _____ 40. Aš skausmą ignoruoju.
- _____ 41. Pasikliauju savo tikėjimu Dievu.



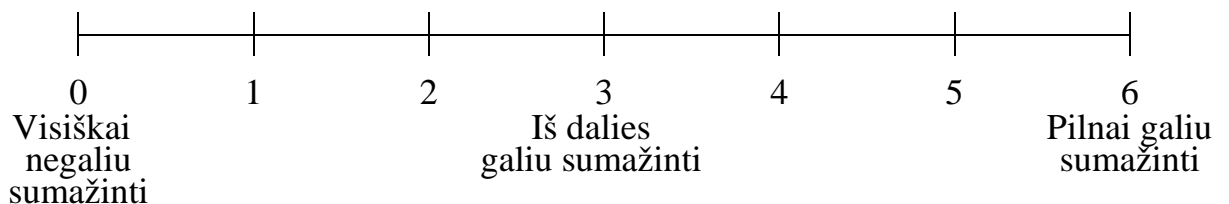
Kai man skauda...

- _____ 42. Man atrodo, kad nebegaliu toliau laikytis.
- _____ 43. Galvoju apie užsiėmimus, kurie mane džiugina.
- _____ 44. Darau viską, kad nukreipčiau mintis nuo skausmo.
- _____ 45. Darau tai, kas man patinka, pavyzdžiui žiūriu TV ar klausausi muzikos.
- _____ 46. Įsivaizduoju, kad skausmas su manimi nesusijęs.
- _____ 47. Kuo nors aktyviai užsiimu, pavyzdžiui, namų ruošą ar imuosi kokių sumanymų.
- _____ 48. Naudoju šildymo pagalvėlę.

Atsižvelgiant į visa tai, ką darote diena iš dienos bandydami įveikti skausmą, kiek jaučiatės galintys jį kontroliuoti? **Prašome apibraukti tinkamą įvertinimą.** Atminkite, kad galite apibraukti bet kurį skalės įvertinimą.



Atsižvelgiant į visa tai, ką darote diena iš dienos bandydami įveikti skausmą, kiek jaučiatės galintys jį sumažinti? **Prašome apibraukti tinkamą įvertinimą.** Atminkite, kad galite apibraukti bet kurį skalės įvertinimą.



Tampa kineziofobijos skalė

(Miller et al., 1991)

Mus domina kai kurie klausimai apie Jūsų sveikatą. Prašome atsakyti į visus klausimus, remdamiesi žemiau pateikta skale. Geriausiai Jums tinkantį atsakymą apveskite rutuliuku. Pabrėžiame, kad čia nėra „gerų“ ar „blogų“ atsakymų.

1 = visiškai nesutinku

2 = nesutinku

3 = sutinku

4 = visiškai sutinku

1. Bijau, kad galiu susižaloti, jei mankštinsiuosi	1	2	3	4
2. Jei bandyčiau nugalėti skausmą, jis gali padidėti	1	2	3	4
3. Mano kūnas man praneša, kad kažkas yra negerai	1	2	3	4
4. Mano skausmas tikriausiai sumažėtų, jei mankštiničiau	1	2	3	4
5. Kiti nelaiko mano būklės pakankamai rimta	1	2	3	4
6. Po to, kas man atsitiko, mano kūnas yra pavojuje visam likusiam gyvenimui	1	2	3	4
7. Skausmas visada reiškia, kad susižalojau	1	2	3	4
8. Jei kažkas sustiprina mano skausmą, dar nereiškia, kad jis pavojingas	1	2	3	4
9. Bijau, kad galiu netyčia susižaloti	1	2	3	4
10. Paprasčiausiai būdamas atsargus ir nedarydamas jokių nereikalingų judesių, apsaugosiu save nuo skausmo sustiprėjimo	1	2	3	4
11. Man tiek daug neskaudėtų, jei mano kūne nebūtų kažko galimai pavojingo	1	2	3	4
12. Nors man ir skauda, jausčiausi geriau, jei būčiau fiziškai aktyvus	1	2	3	4
13. Skausmas įspėja mane, kada liautis mankštintis, kad nesusižaločiau	1	2	3	4
14. Mano būklėje yra tikrai nesaugu būti fiziškai aktyviam	1	2	3	4
15. Negaliu daryti daugelio sveikam žmogui įprastų dalykų, nes galiu lengvai susižaloti	1	2	3	4
16. Net jei kažkas man sukelia daug skausmo, nemanau, kad tai tikrai pavojingas	1	2	3	4
17. Niekam nederėtų mankštintis, jei ką nors skauda	1	2	3	4