

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra

Inga Verbiejūtė

Klinikinės psichologijos studijų programa

Magistro darbas

Psichologinis prisitaikymas sergant osteoartritu

Darbo vadovė: doc. R.Sargautytė

Vilnius 2007

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
PRATARMĖ.....	5
ĮVADAS.....	6
1.Osteoartritas. Apibrėžimas, simptomai, paplitimas, rizikos veiksniai.....	6
2.Šiuolaikinė skausmo samprata.....	8
2.1. Lėtinio skausmo problema.....	9
2.2.Skausmas vyresniame amžiuje.....	12
2.3.Skausmo matavimas.....	13
3.Psichologinis prisitaikymas	15
3.1.Gyvenimo kokybės samprata.....	16
3.1.1. Gyvenimo kokybės tyrimai Lietuvoje.....	18
3.2.Skausmo įveika ir psichologinis prisitaikymas.....	20
3.2.1.Psichologinės įveikos samprata.....	20
3.2.2.Skausmo įveika.....	21
3.2.2.1.Skausmo įveikos ir lyties sąsajos.....	23
3.2.2.2.Skausmo įveika ir amžius.....	24
3.2.3.Suvokiamos kontrolės reikšmė.....	25
TYRIMO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	28
TYRIMO METODIKA.....	29
1.Tiriamieji.....	29
2.Tyrimo metodai.....	30
3.Tyrimo eiga.....	32
4.Duomenų tvarkymas.....	32
TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	33
1. Tyrimo rezultatai.....	33
2. Apibendrinimas.....	47
IŠVADOS.....	50
LITERATŪRA.....	51
PRIEDAI.....	54

SANTRAUKA

Psichologinis prisitaikymas sergant osteoartritu

Osteoartritas – labai paplitusi sąnarių liga, kurios vienas pagrindinių simptomų – lėtinis skausmas. Psichologinis prisitaikymas prie šios ligos gali būti apibrėžiamas per gyvenimo kokybės sampratą. Kadangi gyvenimo kokybės gerinimas yra svarbus gydymo uždavinys, svarbu išsiaiškinti, kokie veiksniai susiję su sergančiųjų osteoartritu gyvenimo kokybe.

Šio darbo tikslas buvo nustatyti osteoartritu sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir išanalizuoti jos ryšius su patiriamu skausmo charakteristikomis bei skausmo įveikos būdais. Buvo apklausti 43 asmenys, sergantys osteoartritu, besigydantys ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose ir reabilitacijos centruose. Gyvenimo kokybės įvertinimui naudotas gyvenimo kokybės klausimynas SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form -36). Skausmo intensyvumui matuoti naudota vizualinio atitikmens skalė (VAS), skausmo kokybei – Sąnarių skausmo klausimynas, ir skausmo įveikai – Įveikos strategijų klausimynas (Coping Strategies Questionnaire – CSQ).

Tyrimo metu nustatyta, kad sergantys osteoartritu asmenys patiria vidutinio stiprumo skausmą (VAS – 57,33), jį apibūdina kaip varginantį, neleidžiantį užmigti, maudžiantį, geliantį. Gyvenimo kokybė žemesnė, nei sveikų žmonių ir panaši, kaip sergančių kitomis reumatinėmis ligomis (reumatoidiniu artritu ir sisteminė raudonąja vilklige). Žemiausiai įvertintos gyvenimo kokybės sritys – veiklos apribojimas dėl fizinių problemų, skausmas ir bendras sveikatos vertinimas. Didesnis skausmo intensyvumas susijęs su prastesniais fizinės gyvenimo kokybės įverčiais. Adaptyvių įveikos strategijų naudojimas (veiklos atlikimo, ignoravimo) susijęs su geresne gyvenimo kokybe ir su mažesniu skausmo intensyvumu. Neadaptivos įveikos – katastrofizavimo – naudojimas teigiamai koreliuoja su žemesne bendra psichine gyvenimo kokybe ir emocinės būsenos sritimi.

SUMMARY

Psychological adjustment of patients with osteoarthritis

Osteoarthritis is a very common joint disease. Main symptom of osteoarthritis is chronic pain. Psychological adaptation to this disease can be defined in terms of life quality. Development of quality of life is an essential task in treatment process, that is why it is important to find out what factors are related to the life quality of patients with osteoarthritis.

The aim of this research was to estimate life quality of patients with osteoarthritis and analyze how it relates to characteristics of pain and methods patients engage in order to cope with it. 43 patients suffering from osteoarthritis took part in this research. Participants were from various health centres and sanatoriums [čia tipo taip reabilitacija vadinama.. bet gal galima rehabilitation centres, manau..]. To measure life quality, Medical Outcomes Study Short Form – 36 was used. In order to find out the intensity of pain Visual Analog Scales (VAS) were used. The quality of pain was measured with Joint Pain Questionnaire and in order to find out how patients cope with pain we used Coping Strategies Questionnaire CSQ.

Research shows that patients with osteoarthritis experience medium level of pain (VAS – 57,33) and they assess it as pesky, keeping out from sleep, nagging, stinging. Life quality is lower than of healthy people and similar to life quality of patients suffering from other rheumatoidic diseases (rheumatoid arthritis, systemic lupus). Fields of life quality which got lowest ratings were – decreased behavioral activities due to physical problems, pain and evaluation of health overall. Higher intensity of pain is related to lower ratings of physical life quality. Use of adaptive coping strategies (increased behavioral activities, ignoring sensations) is related to higher life quality and lower intensity of pain. Use of nonadaptive coping strategy (catastrophising) has positive correlation with lower psychical life quality and emotional status.

PRATARMĖ

Turbūt nerastume nė vienos ligos, kuri apspręstų tik fizinį žmogaus funkcionavimo lygmenį. Kiekviena liga turi tiek fizinį, tiek socialinį, tiek psichologinį savo įtakos ratą. Lėtinis skausmas ypatingai paveikia psichologinę žmogaus savijautą. Osteoartritas yra labai paplitusi degeneracinė sąnarių liga, kuriai būdingas įvairaus stiprumo skausmas. Taip pat tai liga, kuriai išgydyti vaistai dar nesurasti. Ilgą laiką osteoartritas buvo laikomas kone normaliu senėjimo proceso padariniu, ir nors šia liga labiausiai paplitusi tarp reumatinių ligų, jai dėmesio skiriama mažiausiai.

Šiame darbe pagrindinį dėmesį skirsime osteoartritu sergančių žmonių gyvenimo kokybei, ir analizuosime, kiek osteoartritu sergančių žmonių gyvenimo kokybė susijusi su patiriamo skausmo charakteristikomis ir naudojamais skausmo įveikos būdais. Šiuo metu medicinos srityje aktyviai ieškoma efektyvių vaistų šiai ligai gydyti, o mes gilinsimės į psichologinę sritį – tyrinėsime osteoartritu sergančių pacientų skausmo patyrimą, skausmo įveikos būdus ir gyvenimo kokybę. Nustačius šiuos rodiklius ir jų tarpusavio sąsajas, ateityje bus galima sėkmingiau organizuoti pacientų mokymus bei savivaldos programas, kurios sergant šia liga gali būti labai efektyvūs.

IVADAS

1. Osteoartritas. Apibrėžimas, simptomai, paplitimas, rizikos veiksniai

Suskaičiuojama daugiau nei 120 artrito tipų ir visi jie pažeidžia vieną arba daugiau sąnarių. *Art-* graikiškai reiškia „sąnarys“, o *-titas* reiškia „uždegimą arba infekciją“. Tokiu atveju žodis *artritas* reikštų „sąnario uždegimą“. Bet iš tiesų sergant daugeliu artrito rūšių, nebūna sąnarių uždegimo. Tikslesnis apibrėžimas būtų – „tai sąnarių arba raiščių, sausgyslių ir raumenų, esančių prie sąnario, susirgimas“ (Lorig, 2005). Šiame darbe pagrindinį dėmesį skirsime osteoartritui. Literatūroje sutinkami ir kiti lygiaverčiai šios ligos pavadinimai - artrozė (*lot. arthrosis*), osteoartrozė, degeneracinė sąnarių liga; patys pacientai šį susirgimą dažnai įvardina kaip sąnarių susidėvėjimą.

Osteoartritas – tai pati dažniausia sąnarių liga, pasireiškianti kremzlės ir kitų sąnario elementų irimu, kompensaciniais kaulų sąnarių galų pakitimais (sukalkėjimu, kaulinių išaugų atsiradimu), sąnario deformacija, didesnio ar mažesnio intensyvumo sąnario uždegimu. Tai distrofinio degeneracinio pobūdžio liga. Sąnariai netenka kremzlių, kurios yra tarsi pagalvėlės, apsaugančios kaulus ir atremiančius nedidelius mažus smūgius. Visais osteoartrito atvejais nyksta sąnario kremzlė ir mažėja tarpas tarp įvairių sąnarių paviršių. Osteoartritas yra pagrindinė kelio ir klubo sąnarių operacijų priežastis.

Pirmasis OA simptomas yra stiprėjantis sąnarių skausmas, sąstingis, patinimas ir judesių apribojimas. Pacientai dažnai skundžiasi sąnario sąstingiu, kai pajudina sąnarį po ramybės periodo. Ypač dažnai skundžiamasi rytiniu sąnarių sąstingiu (Pileckytė, 2005). Ligai progresuojant, skausmas gali trukti kelias dienas ar kelias savaites, yra susijęs su neadekvačiu fiziniu krūviu. Palaipsniui skausmo paūmėjimai ilgėja, dažnėja, tampa lėtiniai, nuolatiniai, susiję net su mažiausiu fiziniu krūviu. Apie 30 procentų pacientų būna ir naktiniai skausmai.

Paplitimas. Osteoartritas (artrozė) - labai paplitusi liga. Kaip nurodo Medicinos enciklopedija (1991), šia liga serga 12 procentų pasaulio gyventojų. Epidemiologų duomenimis, JAV kelio sąnario OA simptomus nurodo 6 proc., o klubo sąnario – arti 3 proc. visų 30 metų ir vyresnių žmonių. Kelio sąnario OA būdingus histologinius pokyčius galima nustatyti visiems, o radiologinius bent vieno sąnario OA požymius daugumai vyresnių negu 60 metų asmenų. Apie 40 proc. šių asmenų skundžiasi OA simptomais, o 10 proc. ligonių liga suvaržo fizinį pajėgumą. Kadangi OA paplitimas tiesiogiai susijęs su amžiumi, prognozuojama, kad ateityje, senstant žmonėms, sergamumas OA dar labiau padidės. Daugelyje šalių labai paplitęs OA tapo viena pagrindinių nedarbingumo ir invalidumo priežasčių.

Mūsų šalyje, Lietuvos artrito asociacijos teigimu, yra apie 25 tūkst. reumatinių negalavimų turinčių žmonių – didžiąją jų dalį sudaro osteoartritu sergantys žmonės (www.sam.lt).

Vilniaus universiteto profesorius Algirdas Venalis teigia, jog reumatinėmis ligomis serga kas 6-7 šalies gyventojas, tarp žmonių, kurie pagalbos kreipiasi į polikliniką, kas 4 ateina dėl reumatinės ligos.

Rizikos veiksniai. Osteoartrito paplitimas proporcingas amžiui – nuo 55 metų OA atvejai auga geometrine progresija. Tyrimais nustatyta, kad apytiksliai 40-60 proc. visų osteoartrito atvejų yra paveldėta. Taip pat nustatytas lyties ir sergamumo ryšys – iki 45 metų amžiaus OA dažniau pasitaiko vyrams ir paprastai būna susijęs su patirta trauma; virš 55 metų OA dažnesnis moterims, liga apima keletą sąnarių. Nutukimas taip pat turi įtakos ligos atsiradimo rizikai. Įtakos susirgimui gali turėti ir kiti veiksniai : randama cholesterolio kiekio kraujyje, hipertenzijos, vitamino D ir steroidinių hormonų kiekio sąsajos su OA. Didelis sąnarių apkrovimas dirbant tam tikrose profesijose taip pat didina susirgimo riziką.

Gydymas. Apskritai galima skirti medikamentinį ir nemedikamentinį osteoartrito gydymą.

Sergantiems ankstyva ar lengva osteoartrito forma, gydyti gali užtekti tinkamo režimo, sąnarių tausojimo bei fizinių priemonių, tačiau dažnai prireikia ir medikamentų. Pagrindinis medikamentinio gydymo tikslas – malšinti skausmą ir uždegimą. Veiksmingų rezultatų sulaukiama gydant osteoartritą gliukozamino preparatais ir antibiotiku doksiciklinu. Taip pat dažnas analgetikų ir kitų skausmą malšinančių vaistų vartojimas. Kartais būna efektyvios steroidų injekcijos į sąnarius ar susikaupusio skysčio ištraukimas iš sąnario. Operacinis gydymas labai efektyvus sergantiems sunkiu svorį laikančių sąnarių osteoartritu, ir rekomenduojamas ligai smarkiai progresavus. Po sąnario pakeitimo dirbtiniu sąnariu daugumai pacientų skausmas sumažėja, pamažu grįžtama prie įprasto gyvenimo (Matonytė, 2007; Lorig, 2005).

Nemedikamentinis gydymas apima fizioterapiją, gydymą reabilitacijos, fizinėmis priemonėmis, svorio kontrolę. Labai svarbi gydymo dalis turėtų būti pacientų mokymas – svarbu, kad patys pacientai galėtų suprasti, kaip mažinti osteoartrito sukeltą skausmą ir lėtinti ligos progresavimą. Tokios mokymo programos gali ženkliai pagerinti gyvenimo kokybę, suteikti pacientui pasitikėjimo savimi ir naujų jėgų kovoti su liga (Matonytė, 2007). Taip pat kuriamos tarpusavio palaikymo grupės, artritu sergančiųjų asociacijos (pvz., Lietuvos artrito asociacija) – jose pacientai turi galimybę pasidalinti slegiančiais rūpesčiais, įgyti reikalingų žinių. Toks bendravimas svarbus ne tik vidiniame lygyje – pacientų iniciatyvos gali įtakoti ir socialinę aplinką, padėti rasti tinkamą šių ligų vietą sveikatos gydymo sistemoje.

Apžvelgus osteoartrito kliniką, kaip vienas pagrindinių simptomų, sergant osteoartritu, išryškėja dažnas skausmo jutimas. Todėl plačiau apžvelgsime šiuolaikinę skausmo sampratą.

2. Šiuolaikinė skausmo samprata

„Skausmas – nemalonus sensorinis ir emocinis potyris, susijęs su tikru ar menamu audinių pažeidimu arba nusakomas tais pačiais terminais, kaip ir tikrasis pažeidimas“ (Tarptautinė skausmo studijų asociacija, cit.pg. Baublienė, 2006).

Skausmas – visiems aktualus, pažįstamas pojūtis. Tai periferinio dirgiklio informacijos perdavimas į centrinę nervų sistemą, susidedantis iš transdukcijos, moduliacijos, transmisijos ir percepcijos. Perduodantys skausmo informaciją nerviniai takai, neurotransmiteriai įtakoja skausmo pobūdį, intensyvumą bei kitas charakteristikas. Skausmo suvokimas ir jo interpretacija centrinėje nervų sistemoje – baigiamasis sudėtingo proceso etapas. Kiekviename iš šių etapų skausmas gali būti veikiamas vidinių skausmą slopinančių sistemų arba medikamentais (Baublienė, 2002).

Atsižvelgiant į trukmę, skausmas dažnai klasifikuojamas į ūminį ir lėtinį. Ūminis skausmas lengvai apibrėžiamas atsižvelgiant į trukmę, ir baigiasi kartu su audinio sugijimu. Jis turi apsauginę funkciją. Lėtinis skausmas pirmiausia apibūdinamas kaip skausmas, trunkantis ilgiau nei 3 mėnesius ar nesibaigiantis pažeisto audinio sugijimu.

1986m. JAV Nacionalinis sveikatos institutas parengė rekomendacijas („The Integrated approach to the Management of Pain“) ir išskyrė tris skausmo kategorijas: ūminį skausmą, lėtinį nepiktybinės ir lėtinį piktybinės eigos skausmą. Jie skiriasi fiziologija, patologija, neurologija, psichologija ir gydymu. Nepiktybinės eigos lėtinio skausmo kategorijai priskiriama: miofascinis sindromas, neuropatiniai, kompleksinio regioninio skausmo sindromas, radikulopatijos, galvos skausmai, fibromialgijos, reumatoidinis artritas, osteoartritas (Baublienė, 2002).

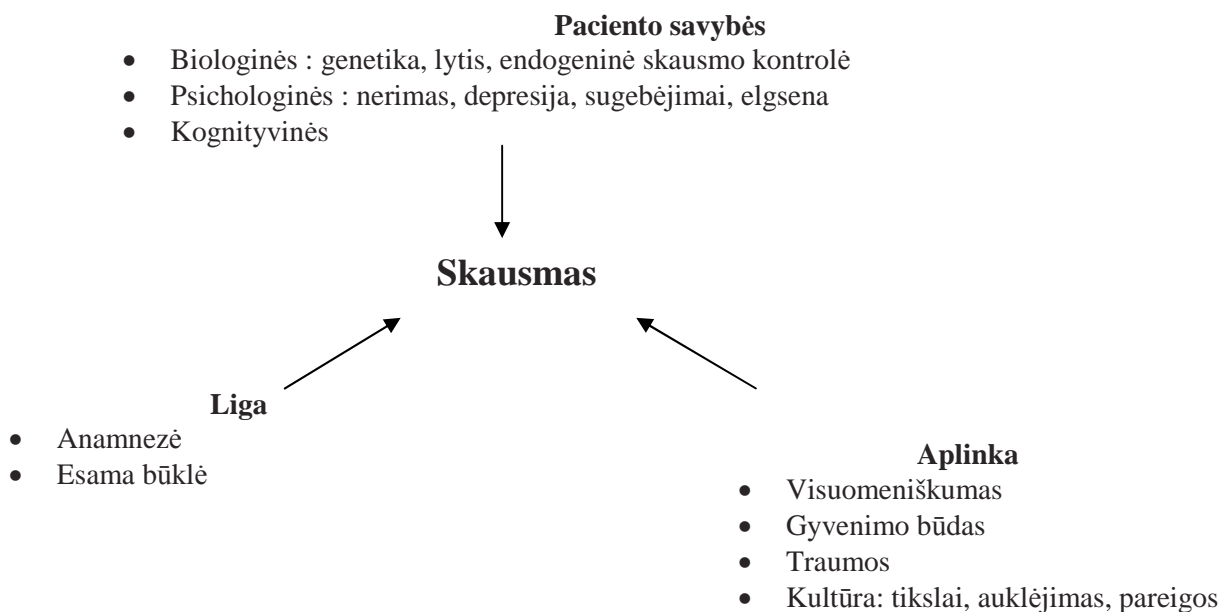
Skausmas taip pat skirstomas į nociceptinį ir neuropatinį. Nociceptinis skausmas – tai proporcingas dirginimui skausmas nepakitusioje nervų sistemoje, kylantis dėl audinių pažeidimo. Neuropatinis skausmas nėra tiesiogiai proporcingas nociceptorių dirginimui, nepriklauso nuo pirminės priežasties ir atsiranda dėl patofiziologinių pokyčių periferinėje ar/ir centrinėje nervų sistemoje. Ūminis skausmas dažniausiai yra nociceptinis, jei traumos metu nebuvo pažeisti nervai. Lėtinis skausmas gali būti nociceptinis ar neuropatinis. Blogai gydomas lėtinis nociceptinis skausmas dėl pokyčių periferinėje ir/ar centrinėje nervų sistemoje dažnai įgyja neuropatinio skausmo bruožų. (Baublienė, 2006).

Skausmas ilgai buvo suprantamas kaip ligos ar audinio pažeidimo simptomas, perspėjantis apie ligą arba organizmui gresiantį pavojų (Ščiupokas, 2006). Visgi, skausmo suvokimui ir raiškai

labai svarbūs ir psichologiniai veiksniai. Skausmo malšinimas vyksta įvairiuose nervų sistemos lygiuose ir tam didelės įtakos turi emociniai ir kognityviniai procesai (Baublienė, 2006).

Skausmas kyla ne tik dėl fizinių sutrikimų, jį sąlygoja fiziologinių, patologinių, emocinių, pažintinių, aplinkos bei socialinių veiksnių visuma (1 pav.). Sėkminga skausmo kontrolė pasiekama veikiant skausmą sukeliančius ir palaikančius mechanizmus.

Atsakas į skausmą gali būti jutiminė, motorinė, pažintinė, motyvacinė ar dėmesio reakcija (Baublienė, 2006).



1 pav. Biopsichosocialinis skausmo modelis

2.1. Lėtinio skausmo problema

Kaip rašoma Tarptautinėje skausmo studijų asociacijoje (TSSA, 2001, cit.pg. Baublienė, 2006), „Skausmas yra didžiausia sveikatos priežiūros problema Europoje. Nors ūminis skausmas pagrįstai laikomas ligos ar pažeidimo simptomu, lėtinis ir pasikartojantis skausmas yra specifinė sveikatos priežiūros problema ir savarankiška liga“. Sergant osteoartritu, skausmas dažnai būna lėtinis, todėl plačiau aptarsime lėtinio skausmo problemą.

Ūmus skausmas atlieka svarbią biologinę funkciją – įspėja apie ligą ar gresiantį iš aplinkos pavojų, skatina gydytis. Jis psichologiniu atžvilgiu lengvesnis žmogui. Diskomfortui peržengus biologinio naudingumo žmogaus išlikimui ribas, skausmas gerokai sumenkina žmogaus gyvenimo kokybę (Sargautytė, 1992).

Tyrimų duomenimis, lėtinio neonkologinio skausmo paplitimas Europoje yra 19,5 proc., tarp jų vyrauja sąnarių patologijos sukeltas (40 proc.) ir nugaros (20 proc.) skausmas, taip pat

galvos skausmas, neuropatinis skausmas. Du trečdaliai apklaustųjų, jaučiančių lėtinį neonkologinį skausmą, teigė, kad jie prarado normalų socialinį, asmeninį gyvenimą, 25 proc. atvejų sutriko šeimos santykiai, 20 proc. atvejų atsirado depresijos požymių, 15 proc. - ketinimai žudytis.

Lietuvoje nėra sisteminių skausmo epidemiologinių tyrimų. Dažnai orientuojamasi į kitų šalių tyrimus, bet yra pagrindo manyti, kad Lietuvoje kenčiančių skausmą yra kur kas daugiau – sergamumas kai kuriomis ligomis yra didesnis, o morfino (jis – netiesioginis skausmo gydymo indikatorius) suvartojimas mažesnis. M. Pileckytės duomenimis, sergamumas ir nedarbingumas dėl lėtinio skausmo Lietuvoje atitinka pasaulines tendencijas ir būtina gerinti pagalbą lėtinio skausmo varginamiems ligoniams. Pavyzdžiui, 2003 metų Europos skausmo savaitės pranešime pateikiami duomenys: 19 proc. Europos suaugusiųjų kenčia lėtinius skausmus; trečdalis ligonių teigia, jog jiems skauda nuolat, penktadaliui skausmas trunka 20 metų; taip pat penktadalis prarado darbą dėl nuolatinio skausmo, penktadalis susirgo depresija. Pranešime taip pat pažymima, kad dažniausios skausmo priežastys yra artritas ir osteoartritas (34 proc.). (Baublienė, 2002, 2006).

Lietuvoje ištyrus 855 25-74 metų gyventojus lėtinis juosmens skausmas nustatytas 12,35 proc., lėtinis išplitęs skausmas – 18,60 proc. tiriamųjų. Tyrimai rodo, kad ilgėjant žmonių gyvenimo trukmei, lėtinio skausmo atvejų daugėja. Toks lėtinis skausmas trunka ilgai ir turi didelį poveikį gyvenimo kokybei.

Apskritai lėtinis skausmas pasireiškia tiek biologiniu, tiek psichologiniu, tiek socialiniu lygmeniu. Literatūroje išskiriami socialinės grandies sunkumai:

- Tęsiasi laikinas nedarbingumas;
- Darbo netektis sukelia finansines problemas;
- Dirbantys pacientai dažnai dėl skausmo nesugeba pilnai atlikti užduočių;
- Darbo santykiai silpnėja, nes didėja nedarbo dienų skaičius;
- Nukenčia poilsio, socialinis ir šeimos aktyvumas;
- Apleidžia draugai;
- Šeimos nariai puola į neviltį ir teikia vis mažiau paramos;
- Medicininės teisės klausimai dažnai kelia painiavą ir demoralizuoja;
- Pacientai jaučiasi nesuprasti, įskaudinti ir atstumti;
- Apleidžia dvasinę stiprybę;
- Pacientai tampa pasyviais, laukia pagalbos, kuri taip ir neateina (Ščiupokas, 2006).

Taip pat skiriamos psichologinės lėtinio skausmo pasekmės. Galimi psichologinės grandies išraiškos būdai:

- Skausmo palengvėjimo ir vilties lūkesčius keičia vis besitęsiantis ir stiprėjantis skausmas;

- Esant neišspręstai skausmo problemai, didėja nusivylimas ir pyktis,;
- Buvusias psichologines problemas stiprina besitęsiantis skausmas;
- Gydytojų nesugebėjimas efektyviai gydyti skausmą kelia baime;
- Gydytojų, šeimos narių ir draugų nusivylimas padidina neviltį;
- Pacientas kovoja su negailestingu, grėsmingu skausmu visko neigimu ir užsidarymu savyje;
- Susilpnėja savigarba;
- Vystosi depresija ir nerimas;
- Smegenyse ryškėja neurocheminiai ir neurofiziologiniai pokyčiai;
- Depresiją sustiprina besitęsiantis skausmas (Ščiupokas, 2006).

Nustatytas lėtinio skausmo ir psichikos sutrikimų ryšys – dažniausi komorbidiniai psichikos sutrikimai: nerimo, panikos sutrikimas (daugiau nei 50 proc.), depresija (22 – 78 proc.), potrauminio streso sutrikimas. Fizinė ir seksualinė prievarta reikšminga lėtinio skausmo sindromo išsivystymui (Daubaras, 2002).

Depresija dažnai lydi lėtinį skausmą. Yra nustatytas ryšys tarp stresą provokuojančių veiksnių ir depresijos (Atkinson, cit.pg. Ščiupokas, 2002). 1991 m. Fields iškėlė hipotezę, kad depresija padidina skausmo sensorinę transmisiją dėl padidėjusio dėmesio skaudamai vietai – somatinės fokusacijos. Padidėjus skausmui, užvedamas ydingas ratas, gilėja depresija. Tuo būdu skausmo sureikšminimas ligonio sąmonėje įtakoja skausmo eigą ir siejasi su depresija (Ščiupokas, 2002).

Randamas ryšys tarp skausmo ir miego sutrikimų – apie 88 proc. pacientų, kuriuos vargina lėtinis neonkologinis skausmas, nurodo miego sutrikimus: dažnai būna sutrumpėjusi miego trukmė, pablogėjusi pačio miego kokybė, dažni naktiniai prabudimai, ankstyvas rytinis pabudimas, pailgėjęs užmigimo laikas. Kas trečias ligonis nurodo, jog galvoja apie skausmą prieš užmiegant, o kas ketvirtas – negatyvius mintis apie miegą. Nustatytas ryšys tarp prieš miegą esančių minčių apie skausmą, aplinkos veiksnių ir miego sutrikimo. Miego sutrikimai dažnai lydimi ir nuotaikos sutrikimų (Pauza, Žuromskis, 2002). Taigi, gydant skausmą, tikslinga atsižvelgti ir į miego kokybę.

Suprantama, visi šie dalykai nėra tiesioginė lėtinio skausmo išdava, bet žinant galimą riziką, galima užkirsti kelią šių lėtinio skausmo pasekmių pasireiškimui, pasitelkiant atitinkamas priemones.

Socialinėje grandyje svarbus profesinis tobulinimas, poilsio aktyvumo pritaikymas, socialinės izoliacijos mažinimas, negalios slopinimas ir medicininių – teisinių klausimų išaiškinimas. Psichologinėje grandyje svarbus nuodugnus skausmo įvertinimas, ryšio su gydymu

nustatymas, psichofarmakologija, psichoterapija (kognityviniai metodai, šeimos terapija, grupinė terapija), kiti paramos būdai, siekiant nepasiduoti besitęsiančiam skausmui.

Vienas iš efektyvių skausmo įveikos būdų – relaksacija. Kai skauda, raumenys įsitempia, o išmokus atsipalaiduoti, skausmas gali kiek atlėgti, tuo pačiu įgaunama ramybės ir pasitikėjimo savo jėgomis. Relaksacija sumažina skausmą trimis būdais: pirmiausia sumažinama įtampa skaudančioje vietoje ir taip sumažėja skausmo intensyvumas. Antra, palaipsniui atpalaiduoja kūno raumenis, atitraukia nuo minčių, kurios skausmą tik stiprina – neįmanoma tuo pat metu būti fiziškai atsipalaidavusiam, o emociškai įsitempusiam. Ir trečia, relaksacija gali būti naudinga nukreipiant dėmesį nuo skausmo – psichika tuo pat metu gali susitelkti tik ties vienu dalyku: jei dėmesys sutelkiamas į relaksacijos pratimą, skausmas pasitraukia į antrąjį planą. Relaksacijos pratimų yra daug ir įvairių – svarbu išmokti taisyklingo kvėpavimo pratimų, atsipalaiduojant pasitelkiami prisiminimai ir vaizduotė, skausmo simboliai (Sargautytė, Veitienė, 2005). Tyrimais patvirtinta relaksacinės muzikos klausymo įtaka mažinant chronišką osteoartritu sergančių pacientų skausmą (McCaffrey ir Freeman, 2003). Dažna ir efektyvi progresinė raumenų relaksacija, bio-grįžtamojo ryšio panaudojimas.

2.2.Skausmas vyresniame amžiuje

Osteoartritas – liga, kurios paplitimas didėja proporcingai amžiui. Kadangi pagrindinis šios ligos simptomas – skausmas, svarbi ryšio tarp amžiaus ir skausmo suvokimo problema. Šioje darbo dalyje trumpai aptarsime vyresnių žmonių skausmo suvokimo ypatumus.

Analizuojant vyresnio amžiaus žmonių skausmo suvokimo problemą, reikia atsižvelgti į du dalykus: 1) fiziologinio senėjimo poveikį skausmo signalo suvokimui, perdavimui ir detalizavimui; 2) potencialių skausmingų patologijų paplitimą ir dažnumą vyresniame amžiuje (Bennett, 2002).

Suaugusiųjų patiriamo skausmo paplitimas bendrai didėja su amžiumi. Nustatyta, kad nuo 25 iki 50 proc. senukų ir 80 proc. ilgalaiškės priežiūros namų gyventojų praneša jaučiantys skausmą. Klausimo, ar skausmo suvokimas susijęs su senėjimu, tyrimai yra prieštaringi. Keletas akivaizdžių su amžiumi susijusių skirtumų gali būti susiję ne su pakitusiu skausmo suvokimu, o su pranešimu apie skausmą. Vyresnio amžiaus žmonės dažnai nenori kalbėti apie savo skausmą, bijodami tapti našta, jie baiminasi ir nepalankios diagnozės, testų, medikamentų ir galimos skausmo gydymo kainos (Porth, Gaspard, 2003). Nors vyresni žmonės lėčiau suvokia ir reaguoja į skausmą, jaučia jį taip pat. Bet jie mažiau linkę apie tai kalbėti, nei jaunesni žmonės. Jie mano, kad kiti turėtų suprasti, jog jiems skauda, arba tiesiog tiki, kad skausmas yra normalus jų amžiuje.

Deja, yra keletas įrodymų, kad vyresnių žmonių skausmas yra neadekvačiai traktuojamas. Cleeland ir kiti apžvelgė žmonių su metastaziniu vėžiu skausmo gydymą ir nustatė, kad respondentai virš 70 metų rečiau gaudavo adekvatų kiekį analgetikų skausmui malšinti. Senesni žmonės, kenčiantys chronišką skausmą, turėjo mažiau galimybių patekti į reabilitacijos klinikas.

Tam, kad senesni žmonės gautų tinkamą dėmesį jų skausmui, trukdo stereotipai, kad senesni žmonės jaučia mažesnę skausmą. Šie stereotipai iš dalies yra palaikomi senesnių žmonių nenoro demonstruoti patiriamą skausmą. Vyresni žmonės kartais gali nepasakyti apie skausmą, nes jie tikisi skausmo su amžiumi, prieš tai buvusi patirtis taip pat skatina baimę (kad niekas nepadės, jei pasakysi apie skausmą). Su skausmu susijusi kančia subjektyviai gali atrodyti mažesnė dėl jų prieš tai buvusio skausminio patyrimo, skausmo kaip būtino senėjimo aspekto priėmimo ir nenoro skųstis

Vyresni žmonės gali skausmo neasocijuoti su liga, kaip kad jaunimas. Yra esminių fiziologinių pakitimų šiame gyvenimo etape, bet nėra patikimų požymių ir įrodymų apie tai, kaip tai paveikia skausmo suvokimą. Analizuodamas vyresnių žmonių skausmo suvokimą, Harkinsas padarė išvadą, kad nėra su amžiumi susijusių pakitimų žemutinėse skausmo suvokimo ribose ir skausmo tolerancijoje. Vienas iš sunkumų pasiekti adekvačią skausmo kontrolę – neadekvatus analgetikų naudojimas. Pahor ir kiti nustato, kad net esant sunkiam osteoartrito skausmui, 41 proc. vyresnių neįgalių moterų naudoja mažiau nei 20 proc. maksimalios analgetikų dozės. Neadekvatus analgetikų naudojimas gali būti susijęs su pripratimo baimė ir įsitikinimu, kad jei medikamentai bus suvartoti esant mažesniai skausmui, jie gali būti nebeefektyvūs, kai skausmas taps stipresnis.

Apibendrinus galima teigti, jog senatvė nėra išskirtinis metas skausmo atžvilgiu. Apskritai skausmo suvokimas nekinta, o didesnis skausmo patyrimas sietinas su įvairiomis ligomis, o ne senėjimu kaip pirminiu procesu. Įvertinant vyresnių žmonių skausmą ir siekiant jį palengvinti, rekomenduojama adaptuotis prie kliento, atsižvelgiant į jo galimybes ir specifinius pavojus. Siekiant užtikrinti efektyvų vyresnio amžiaus žmonių skausmo malšinimą ir sumažinti mitų apie toleranciją ir priklausomybę nuo narkotinių medikamentų paplitimą, labai svarbu skirti pakankami laiko tiek pacientų, tiek sveikatos priežiūros darbuotojų mokymui.

2.3.Skausmo matavimas

Skausmo vertinimas ir matavimas svarbus nustatant diagnozę, parenkant gydymą. Skausmas gali būti perteikiamas įvairiais būdais – žodžiais (ligonis pasakoja, kur, kada ir kaip skauda, pateikia vaizdingų palyginimų), elgesiu (veido išraiška, šlubčiojimas, įvairios pozos,

mimika, dažnas gydytojų lankymas), emocijomis (pyktis, depresija), somatiniais pakitimais (Sargautytė, 1992). Taigi, skausmas – itin subjektyvus potyris. Laboratoriniai skausmo tyrimai neatspindi klinikinio skausmo, o įvairių fiziologinių skausmo komponentų registravimas (raumenų įtampos, širdies ir kvėpavimo ritmo, prakaitavimo, odos laidumo ir kt.) taip pat nėra patikimas, nes ne visada galima atskirti reakciją į skausmą nuo kito distreso, be to, šie rodikliai menkai koreliuoja tarpusavyje ir labai priklauso nuo dėmesio ir lūkesčių (Sargautytė, 1992). Atsižvelgiant į tai, kad skausmas labai individualus ir priklauso nuo daugybės psichologinių veiksnių, jis vertinamas tik lyginant su to paties ligonio skausmu kitais atvejais.

Labai svarbus psichologinis skausmo vertinimas, kuris greičiau atitiktų psichologinį vertinimą asmens, kuriam skauda. Taigi, lėtinio skausmo pacientų supratimui turi reikšmę ne tik ligos charakteristikos, bet ir daug kitų komponentų. Psichologinis skausmo vertinimas apima šiuos esminius elementus: skausmo apibūdinimas (intensyvumas, sensoriniai ir emociniai komponentai); kognityviniai skausmo aspektai (paciento subjektyvi skausmo samprata, įsitikinimai ir lūkesčiai; emocijos (baimė, nerimas, stresas); elgsena (skausmo apraiškų stebėjimas); šeima (sutuoktinio elgesys, galimi skausmo modeliai šeimoje); skausmo įveikos strategijos; socialinis, ekonominis ir darbinis skausmo kontekstas, medicininė diagnozė ir ankstesnio gydymo patirtis (Sargautytė, 2002).

Vienas dažniausiai vertinamų skausmo kriterijų – **intensyvumas**. K.D.Keel 1948 m. pasiūlė labai paprastą žodinių deskriptorių skalę, kur skausmas apibūdinamas kaip „stiprus“, „vidutinis“, „silpnas“ ir „nėra skausmo“. Medicinos moksle šiuo metu populiariausia vizualinio atitikmens (VAS). Tai 100 mm ilgio tiesės atkarpa, kurios kraštinės reikšmės - „nėra skausmo“ ir „nepakeliamas skausmas“ (Sargautytė, 1992). Mūsų šalyje dažniau naudojama horizontali vizualinio atitikmens skalė. Praktika rodo, kad toks paprastas būdas (VAS) padeda objektyvizuoti subjektyvų jausmą, puikiai atspindi skausmo intensyvumą ir labai svarbus vertinant skausmo dinamiką.

Praktikoje sutinkama ir kitokių skalių – skaitmeninių, žodinių, grafinių. Grafinio rangavimo skalė panaši į VAS, tik išilgai atkarpos dar užrašyti tarpinio intensyvumo žodiniai apibūdinimai „silpnas“, „vidutinis“, „stiprus“. Vaikams ir menko intelekto ligoniams taikoma veidukų skalė – veiduko išraiška atitinka skausmo intensyvumą – tik šiuo atveju yra pavojus, jog tiriamieji gali įvertinti bendrą nuotaiką, o ne skausmo intensyvumą.

Skausmo intensyvumas – tik vienas skausmo aspektas. Panašu, kad to nepakanka, norint geriau suprasti skausmo patyrimą. Pasak R.Melzack (1975), skausmo vaizdavimas tik intensyvumo terminais, tai tas pat, kaip kad vaizduoti matomąjį pasaulį tik šviesa ir šešėliais, neatkreipiant dėmesio į formą, spalvą, faktūrą ir daugybę kitų parametrų (cit.pg. Sargautytė, 1992). Taigi, kitas svarbus ir vertintinas skausmo aspektas - **skausmo kokybė**.

Skausmo kokybės vertinimas priklauso nuo ligonio intelekto, atminties, individualaus skausmo žodyno. Skausmui nusakyti vartojama labai daug žodžių – kai kurie jų yra labai būdingi tam tikrai skausmo rūšiai (deginantis skausmas visada nurodo neuropatinį skausmą). Analizuojant skausmo pobūdį svarbu atskirti nociceptinį ir neuropatinį skausmą.

R.Melzack ir W.S.Torgerson sukūrė naują priemonę, leidžiančią įvertinti ne tik kiekybinius, bet ir kokybinius skausmo aspektus. Skausmas aprašomas sensoriniais, emociniais ir suvokimo aspektais. Vėliau šių darbų pagrindu sukurtas Makgilo skausmo klausimynas. Makgilo skausmo klausimyne sukaupti žodžiai padeda atskirti sensorinį ir emocinį skausmo komponentus. Esminė skausmo klausimynų problema – vertimo į kitas kalbas sunkumas. Lietuvoje, remiantis Makgilo klausimynu, ligos istorijomis ir spontaniškais pasisakymais, buvo sudarytas Sąnarių skausmo klausimynas – atrinktas reprezentacinis dažniausiai pasirenkamų žodžių skausmui apibūdinti rinkinys. Sudarytas klausimynas padeda statistiškai įvertinti kiekybinius ir kokybinius sąnarių skausmo aspektus, jis lengvai suprantamas ligoniui, jam užpildyti reikia nedaug laiko (Sargautytė, 1992).

3. Psichologinis prisitaikymas

Ankstesnę biomedicininį požiūrį į sveikatą, kuris pabrėžia ligą, ir nuvertina pacientą, pamažu išstumia biopsichosocialinis požiūris. Dabartinis požiūris sveikatą vertina ne tik kaip ligos nebuvimą. Pagal 1946m. PSO pateiktą sveikatos apibrėžimą, „Sveikata – tai ne tik ligos ar pažeidimo nebuvimas, o visiška fizinė, psichinė ir socialinė gerovė“ (cit.pg. Lemme, 2003). Taigi, pripažįstama, jog tarp fizinės, psichologinės ir socialinės patirties esama sudėtingos tarpusavio sąveikos, ir iškeliamas tikslas ir būtinybė stiprinti žmonių gerovę, o ne tik šalinti ligas.

Sergančio žmogaus savijauta ir gyvenimo kokybė nėra tiesioginė ligos išdava. Šiuos kintamuosius lemia visi – biologiniai, psichologiniai ir socialiniai - veiksniai, susiję su sveikata ir liga. Liga ir sveikata nebėra sritys, kuriomis domisi tik medikai, pamažu skatinamas pačių pacientų atsakomybės už savo psichologinę gerovę suvokimas.

Sveikata – tai kintamasis, kuris stipriausiai koreliuoja su gyvenimo džiaugsmu, subjektyviu gerovės jausmu ir nuotaika (Larson, cit.pg. Lemme, 2003). Šiuo metu einama pozityviosios psichologijos link. „Tai mokslas apie teigiamą subjektyvų patyrimą, teigiamus asmenybės bruožus ir institucijas, kurios siekia pagerinti gyvenimo kokybę ir apsaugoti nuo sveikatos sutrikimų, atsirandančių tuomet, kai gyvenimas tampa skurdus ir beprasmiškas“ (Seligman ir Csikszentmihalyi, cit.pg. Lemme, 2003).

Nors raidos psichologai visuomet domėjosi sėkmingu prisitaikymu prie gyvenimo pokyčių, psichikos sveikata, subjektyvia gerove ir pasitenkinimu gyvenimu, iki šiol daugiausiai buvo tirta psichikos sutrikimai ir emocijos (Myers ir Diener, 1995; Ryff, 1995; cit.pg. Lemme, 2003).

Skausmas (objektyvi liga ir suvokiamas skausmas) turi reikšmę psichologinei gerovei, bet gali būti, jog yra eilė tarpinių kintamųjų, kurie modifikuoja skausmo įtaką psichologinei gerovei. Šie tarpiniai kintamieji gali būti įvairūs ir skirtingo platumo: skausmo įveikos gebėjimai, sveikatos kontrolės lokusas, saviveiksmingumo jausmas, savigarba, dvasingumas.

Heidrich ir Ryff vyresnių nei 65 metų moterų tyrimai (1993) patvirtino hipotezę, kad psichologinė gerovė (stipresnis pasitenkinimo gyvenimu jausmas ir mažesnės psichologinės problemos) stipriai susijusi su tuo, kiek tiriamosios suvokia save kaip integruotas į sociumą, ar išsaugojo svarbius ir naudingus vaidmenis, ar suformavo teigiamą požiūrį į senatvę bei vyresnio amžiaus žmonių laikyseną visuomenėje. Taigi, nepaisant stiprėjančių fizinės sveikatos problemų, šios tiriamosios ir toliau gerai prisitaikė prie aplinkos (Lemme, 2003).

Šiame darbe psichologinį prisitaikymą prie ligos vertinsime pagal tiriamųjų gyvenimo kokybę. Psichologinio prisitaikymo prie ligos pokyčiai atsispindi gyvenimo kokybėje (Brennon, 2000). Taip pat bus vertinamas skausmo kontrolės ir sugebėjimo jį sumažinti suvokimas. Gyvenimo kokybės įvertinimas taip pat svarbus nustatant šios konkrečios ligos – osteoartrito reikšmę sveikatos sistemoje. Lietuvoje atlikti tyrimai leis palyginti osteoartritu ir kitomis ligomis sergančiųjų gyvenimo kokybę.

3.1. Gyvenimo kokybės samprata

Paskutiniaisiais metais matyti didėjantis medicinos visuomenės susidomėjimas gyvenimo kokybės (GK) tyrimais. „Gyvenimo kokybės“ terminas pirmą kartą pavartotas A.C. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerovę 1920 metais. Tačiau tuomet didelio susidomėjimo šia sritimi nebuvo. Aktyviau šia sąvoka imta domėtis po Antrojo pasaulinio karo, kuomet PSO išplėtė sveikatos apibrėžimą, įtraukdama į jį fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės sąvoką. Imta domėtis, kaip galima išmatuoti sveikatą. Aštuntojo dešimtmečio viduryje Mičigano universiteto sociologai pradėjo vykdyti įvairių gyventojų grupių gyvenimo kokybės tyrimus, nagrinėdami tokių veiksnių įtaką žmonių gerovei: išsimokslinimas, sveikata, šeima, asmeninis gyvenimas, darbas, aplinka ir materialinės sąlygos.

Gyvenimo kokybės apibrėžimas iki šiol tebėra diskusijų objektas. GK- tai daugeliu dimensijų vertinama, visus individo gyvenimo aspektus apimanti koncepcija, kuri grindžiama

plačia sveikatos perspektyva, kaip kad fiziniu, psichologiniu ir socialiniu funkcionavimu bei gerove (Kalėdienė, 1999).

1993 m. PSO pateikė tokį apibrėžimą: Gyvenimo kokybė – tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka (Furmonavičius, 2001).

Daugelis šios srities ekspertų pripažįsta, jog toks apibrėžimas per platus, apima per daug gyvenimo sferų, tiesiogiai neįtakojamas sveikatos ar jos priežiūros. Todėl medicinoje gyvenimo kokybe dažniausiai vadinama su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, ir ji nagrinėjama siauresniu aspektu, apimančiu fizinį, psichologinį ir socialinį sveikatos lygmenį, kaip atskiras sritis, įtakojamas asmens patirties, įsitikinimų lūkesčių ir pojūčių.

1997 m. B.Haas išanalizavo mokslo literatūroje spausdintus straipsnius apie gyvenimo kokybę ir atliko jos koncepcijos analizę. Autorė pateikė 5 šią sąvoką apibūdinančius kriterijus:

1. GK yra dabartinio individo gyvenimo aplinkybių įvertinimas.
2. GK savo pobūdžiu yra daugialypė.
3. GK yra pagrįsta individualiomis vertybėmis ir kintanti.
4. GK apima subjektyvius ir objektyvius vertinimus.
5. GK geriausiai gali įvertinti asmenys, gebantys atlikti subjektyvią savianalizę (Haas, cit.pg. Furmonavičius, 2001).

Teorinis su sveikata susijusios GK modelis pagrįstas skirtumu tarp lūkesčių ir patirties. Anot K.C.Calman, GK lemia tai, kiek patirtis atitinka viltis ir troškimus. Su sveikata susijusi GK yra neatitiktis tarp sveikatos, kokios mes tikimės, ir kokia ji yra. Taigi, gyvenimo kokybę kiekvienas žmogus gali suvokti kitaip – svarbūs jo lūkesčiai, kuriuos atitinkamai gali įtakoti sergant įgyta patirtis.

Tiriam GK, iš esmės siekiama dvejopos informacijos: apie paciento funkcinę būklę ir jo paties įvertinimo, kaip sveikata įtakoja jo GK. Objektyvūs kriterijai, funkcinė būklė, fiziologiniai parametrai yra svarbūs, bet dažnai pacientams neįdomūs, dažnai jie taip pat neatitinka funkcinio pajėgumo ir suvokiamo gerovės – du pagal klinikinius kriterijus panašūs pacientai dažnai visiškai skirtingai reaguoja į ligą (Guyatt, Feeny ir kt., cit pgl. Furmonavičius, 2001). Sergant lėtinėmis ligomis, būtent gyvenimo kokybė, o ne jo trukmė gali būti svarbesnis gydymo tikslas. Kuriamos įvertinimo metodikos įgalino gyvenimo kokybę naudoti kaip priemonę gydymo tikslingumui įvertinti. Naudojant gyvenimo kokybės klausimynus, galima įvertinti subjektyvią paciento savijautą: kiek lėtinė liga, negalia turi įtakos gyvenimo pilnatvei. Gyvenimo

kokybės tyrimai svarbūs ir planuojant bei įvertinant gydymo strategiją (Kalėdienė, cit.pg. Rugienė, 2005).

Su sveikata susijusią gyvenimo kokybę matuoti naudojami klausimynai skirstomi į bendruosius ir specifinius. Bendriesiems priskiriami vieno klausimo instrumentai, sveikatos anketos ir pasirinkimų anketos. Specifiniai skirti kokios nors vienos ligos (pvz., bronchinės astmos, širdies nepakankamumo), būklės (skausmo), funkcijos sutrikimo (miego, seksualinės) įtakai subjektyviam sveikatos pojūčiui vertinti. Specifiniai klausimynai jautriau fiksuoja nedidelius sveikatos būklės pakitimus.

Dauguma gyvenimo kokybės klausimynų siekia aprėpti keturias pagrindines sritis: fizinę būklę, psichologinę gerovę, bendravimą ir kasdienę veiklą. Šios keturios dimensijos gali būti išskaidytos ir smulkiau. Daugelis autorių ypač svarbiu laiko fizinio ir psichinio gerbūvio, pasitenkinimo esamais šių funkcijų lygiais ir pasitenkinimo gyvenimu apskritai subjektyvų matą. Fizinė gerovė (gerbūvis) apima intervalą nuo specifinių simptomų sukulto diskomforto iki žvalumo ir bendrojo pasitenkinimo savo sveikata. Psichinė gerovė paprastai suprantama kaip nerimo, depresijos, pykčio nebuvimas; taip pat jam gali būti priskiriami emociniai ryšiai ir socialinė parama (Muldon, Barger ir kt., cit. Pgl. Furmonavičius, 2002).

Taikant gyvenimo kokybės klausimynus, išryškėjo „negalios paradoksas“ – žmonės, kurių įvairios funkcijos objektyviai yra labai sutrikusios dėl ligos, nurodo ne ką blogesnę gyvenimo kokybę, nei sveiki asmenys. Šį fenomeną bandoma paaiškinti psichologiniu adaptavimusi. Pasikeitus sveikatos būklei, priklausomai nuo asmenybės bruožų, įvyksta suvokimo, elgsenos, vidinių standartų, vertybių pasikeitimas. Tai lemia „atsako poslinkį“ (response shift) - individualios gyvenimo kokybės prasmės pasikeitimą dėl pasikeitusių vidinių standartų, vertybių bei suvokimo. Aprašomas ir priešingas atsako poslinkis: paprašyti įvertinti savo gyvenimo kokybę prieš organų persodinimo operaciją, ligoniai po inkstų persodinimo retrospektyviai ją įvertino blogiau, negu tą darydami prieš operaciją. Prieš operaciją jie buvo susitaikę su savo būkle, todėl geriau vertino ir savo gyvenimo kokybę, negu vėliau, kai pažvelgė į ją iš kito ataskaitos taško, t.y. vėl pagerėjus sveikatai (Furmonavičius, 2001).

3.1.1. Gyvenimo kokybės tyrimai Lietuvoje

Tik pastaraisiais metais Lietuvoje pradėta nustatyti žmonių GK, pritaikant įvairius GK matavimo instrumentus. Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje gyvenimo kokybei vertinti yra naudojamos įvairiausios metodikos. Vienas labiausiai paplitusių gyvenimo kokybės klausimynų yra „SF-36“ trumpoji forma (angl. Medical Outcomes Study Short Form – 36; MOS – „SF-36“). Klausimyną sudaro 36 klausimai, atspindintys 8 gyvenimo sritis, sujungtas į dvi sveikatos

kategorijas : fizinę ir psichinę. Fizinės sveikatos vertinimui skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, sveikatos vertinimo sritys. Psichinės sveikatos vertinimui skirtos energingumo ir gyvybingumo, socialinių ryšių, veiklos apribojimo dėl emocinių problemų ir psichikos būsenos sritys. Kiekviena sritis, naudojant skaičiavimo algoritmus, vertinama nuo 0 iki 100 balų. Kuo didesnis balų skaičius, tuo geresnė gyvenimo kokybė (Rugienė, Dadonienė ir kt., 2005).

Kol kas Lietuvoje atlikti tik fragmentiški GK tyrimai, apimantys ne visas amžiaus, socialines grupes ir ligų kategorijas. Trūksta pakankamai reprezentacinių populiacinių nacionalinio lygio GK mokslinių tyrimų, galinčių plačiau ir išsamiau atspindėti problemą (Šumskienė, 2005).

Adaptavus „SF-36“ klausimyną, Lietuvoje buvo atlikti ligonių, turinčių miego sutrikimų, sergančių depresija; angiochirurginių ligonių; reumatinėmis ligomis (reumatoidiniu artritu ir sisteminė raudonąja vilklige) sergančiųjų gyvenimo kokybės tyrimai, taip pat vertinta gyvenimo kokybė po tiesiosios žarnos vėžio operacijų. Tyrimai, analizuojantys tiriamųjų, turinčių miego sutrikimų, sergančių depresija, gyvenimo kokybę, parodė, jog gyvenimo kokybę susijusi su apklaustųjų psichoemociene būkle, ir yra žymiai blogesnė toje tiriamųjų grupėje, kur nustatyta miego sutrikimų dėl nerimo ir depresijos.

P.Puzaras ir G. Voroneckas atskleidė dešimties Dievo įsakymų ir katalikiško tikėjimo teigiamą įtaką gyvenimo kokybei: nustatyta, kad religingumas gali efektyviai padėti kovojant su fizinėmis, psichinėmis ir socialinėmis problemomis, o kartu gerinti gyvenimo kokybę (Rugienė, 2005). Taip pat tyrinėta fiziologinių veiksnių įtaka gyvenimo kokybei (Furmonavičius, 2003). Rasta kūno masės indekso sąsajos su fiziniu pajėgumu ir bendru sveikatos būklės suvokimu, sistolinio / distolinio kraujospūdžio reikšmė kai kuriom gyvenimo kokybės sritims.

Aktualiausi mums reumatinėmis ligomis sergančių ligonių gyvenimo kokybės tyrimai, todėl apžvelgsime juos plačiau.

Reumatinėmis ligomis sergančių ligonių gyvenimo kokybės tyrimai Lietuvoje. Tyrime dalyvavo 88 tiriamosios, sergančios reumatoidiniu artritu, 40- sisteminė raudonąja vilklige ir 40 moterų, nesergančių uždegiminėmis sąnarių ligomis. Naudotas anksčiau minėtas „SF-36“ klausimynas gyvenimo kokybei vertinti.

Tyrimo metu nustatyta, kad reumatoidiniu artritu ir sisteminė raudonąja vilklige sergančios tiriamosios daugelį gyvenimo kokybės sričių įvertino panašiai. Šio tyrimo duomenimis, lėtinės autoimuninės ligos, t.y. reumatoidinis artritas ir sisteminė raudonoji vilklige, neigiamai veikia ligonių gyvenimo kokybę, ypač fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių problemų, skausmą, sveikatos vertinimą. Gerokai stipresnis skausmas nustatytas SRV grupės tiriamosioms, veiklos apribojimas dėl emocinių problemų ryškesnis RA grupės tiriamosioms.

Kontrolinės grupės tiriamųjų gyvenimo kokybė daug geresnė daugelyje sričių, išskyrus psichikos būsenos sritį (Rugienė, Dadonienė ir kt., 2005).

Kadangi reumatoidinis artritas ir sisteminė raudonoji vilkligė vertinamos kaip „sunkesnės“ reumatinės ligos nei osteoartritas, būtų įdomu palyginti osteoartritu ir minėtomis reumatinėmis ligomis sergančiųjų gyvenimo kokybę įvairių skalių atžvilgiu.

3.2. Skausmo įveika ir psichologinis prisitaikymas

3.2.1. Psichologinės įveikos samprata

Skausmo patyrimas gali būti vertinamas kaip stresą kelianti situacija, o suvokiamas skausmas – kaip stresas. Pradžioje aptarsime bendrą įveikos sampratą.

Streso sąvoka vartojama nevienareikšmiškai – kartais ji taikomas grėsmei arba iššūkiui, o kartais atsakui į grėsmę ar iššūkį. Kad būtų apimtos abi šios reikšmės, stresą galima apibrėžti kaip bendrą procesą, kuriuo įvertiname ir reaguojame į tam tikrus grėsmę ir iššūkį keliančius įvykius, vadinamus stresoriais. Stresoriaus poveikis gali būti teigiamas, kai jis didina aktyvumą ir motyvuoja įveikti sunkumus. Visgi, dažniau stresoriai būna neigiami ir kelia grėsmę tiek visuomeninei padėčiai, tiek sveikatai ir gerovei ir mūsų giliems įsitikinimams bei savivaizdžiui (Hobfoll, 1989, cit.pg. Myers, 2000). Organizmas šiek tiek skirtingai reaguoja į įvairius stresorius, bet dauguma medicinos specialistų sutinka, kad ilgai trunkantis stresas gali fiziškai sužlugdyti.

Nors streso įveikos problema nemažai tyrinėjama, kol kas streso įveikimo mechanizmas nėra visiškai aiškus (Somerfield ir McCrac, 2000, cit.pg.Lemme, 2003).

Vienas iš pirmųjų streso įveikos tyrinėtojų – R.Lazarus, streso įveiką apibrėžia kaip nuolatos kintančias žmogaus kognityvines ir elgesio pastangas siekiant įveikti/kontroliuoti specifinius išorinius ir/ar vidinius reikalavimus, kurie jo paties vertinami kaip keliantys grėsmę arba viršijantys turimus išteklius (Lazarus,1984). Apibrėžime atsispindi sąmoninga įveikos strategijų prigimtis ir dinamika – to paties žmogaus pasirenkamos įveikos strategijos gali kisti. R. Lazarus su S.Folkmanu skiria 8 streso įveikos strategijas, atspindinčias skirtingas asmenybės vertybines orientacijas. Dažnai išskiriama į problemą ir į emocijas nukreipta įveika, taip pat įveikos strategijos skirstomos pagal adaptyvumą (adaptyvumo kriterijus nurodo, kiek tam tikra įveikos strategija integruoja patyrimą, yra adaptyvi) (Lazarus, 1984). Dažnai šios strategijos

viena kitai prieštarauja, bet neretai ir viena kitą papildo. Tyrimais įrodyta, jog kas antras žmogus, susidūręs su sunkia situacija, naudoja keletą įveikos strategijų.

Kiekvienas individas skirtingai reaguoja į stresą ir tai priklauso nuo jo asmenybės savybių, nuo to, kaip jis suvokia situaciją. Streso įveikimo efektyvumas priklauso nuo individo turimų išteklių: fizinių (sveikatos, energijos), materialinių, socialinių (socialinės kompetencijos, socialinės paramos), psichologinių (teigiamų nuostatų, kognityvinių sugebėjimų) bei gebėjimų jais pasinaudoti.

Nustatyta, kad streso įveika susijusi su individo charakteriu. Pavyzdžiui, labai sąžiningi žmonės linkę laikytis gydytojų nurodymų, o mažiau neurotiški asmenys dažniau užmezga ir palaiko socialinės paramos ryšius, o tai gerokai sumažina streso poveikį. Nors šie bruožai yra gana pastovūs, streso įveika priklauso ir nuo elgsenos tipo bei nuostatų, kurie žymiai lengviau pasiduoda permainoms (Lemme, 2003).

Literatūroje randama optimizmo ir streso įveikos ryšį patvirtinančių duomenų. Sheieras ir Carreras (1991) teigia, kad optimistai, žmonės, kurie neapibrėžtomis aplinkybėmis visada tikisi geriausio, sėkmingai susidoroja su stresą keliančiais įvykiais ir yra sveikesni (Myers, 2000).

3.2.2.Skausmo įveika

Paties asmens skausmo reguliavimas ir jo poveikis priklauso nuo specifinių būdų, kuriais naudodamasis žmogus tvarkosi su skausmu, prie jo prisitaiko ir sumažina arba minimalizuoja skausmą ir neigiamus išgyvenimus, kuriuos sukelia skausmas. Kitaip tariant, tie specifiniai būdai vadinami skausmo įveika (Nezu, 2003).

Remiantis transakciniu streso įveikos modeliu (Lazarus ir Folkman, 1984), prisitaikymo įvairovė priklauso nuo to, kaip individas vertina skausmą ir nuo turimų įveikos gebėjimų (Lachapelle, 2005). Skausmo įveikos strategijų naudojimas, manoma, įtakoja potencialias skausmo pasekmes: yra tarpiniai kintamieji tarp patiriamo fizinio skausmo ir jį lydinčių pasekmių (Lachapelle, 2005).

Manoma, kad įveika susideda iš veiksmų, kurie nustatomi iš spontaniškai naudojamų tikslingų arba netyčinių veiksmų. Galimi tiek atviri, tiek „slapti“ veiksmai. Prie atvirų (pastebimų) įveikos strategijų priskiriamas poilsis, vaistų vartojimas, relaksacija. Mažiau pastebimi arba visai nepastebimi elgsenos būdai arba įveikos strategijos – dėmesio atitraukimas, savęs įtikinėjimas, kad skausmas sumažės, informacijos paieška ir problemų sprendimas. Visos minėtos skausmo įveikos strategijos prisideda prie skausmo intensyvumo suvokimo ir žmogaus

sugebėjimo valdyti ir toleruoti skausmą – atlikti kasdienes veiksmus ir tiesiog neatsitraukti nuo įprasto gyvenimo (Nezu, 2003).

Nustatyta, kad aktyvi skausmo įveika (pastangos gyventi nepriklausomai nuo kitų arba dėmesio atitraukimas nuo skausmo, imantis kitų darbų) susiję su adaptyviu funkcionavimu. Tuo tarpu pasyvi įveika (priklausomybė nuo kitų, prašymas pagalbos, kontroliuojant skausmą ir apribota veikla) susiję su stipresniu skausmu ir depresija. Bet kol kas nėra atlikta tyrimų, kurie įvertintų kažkurios vienos įveikos strategijos pranašumą prieš kitas. Tikėtina, kad tam tikra strategija bus efektyvi tam tikram žmogui tam tikru metu. Nepaisant to, tyrimais paremti įrodymai byloja, kad pacientą apmokius naudotis adaptyviomis skausmo įveikos strategijomis, pastebimas skausmo intensyvumo vertės sumažėjimas ir padidėjusi skausmo tolerancija.

Tyrimais nustatyta, kad žmonės, sergantys artritu ir kenčiantys stiprų skausmą, naudoja platų spektrą kognityvinių ir elgesio strategijų. Affek (1992,1999) tyrimų duomenimis, sergantys artritu žmonės naudojo bent vieną skirtingą įveikos strategiją per dieną. Keef (1987,1991) duomenimis, dažniausios įveikos strategijos, kenčiant chronišką kelio skausmą – įveikiančios saviinstrukcijos (pvz., „Sakau sau, kad galiu ištvėrt“), meldimasis ir tikėjimas, skausmo ignoravimas, relaksacija, dėmesio nukreipimas ir mankšta).

Kaip vienas iš veiksnių, įtakančių blogą, neadaptyvią skausmo įveiką, išskiriamas katastrofinis mąstymas, katastrofizavimas (Nezu, 2003).

Kitas svarbus veiksnys, susijęs tiek su skausmo įveika, tiek sveikata apskritai – religingumas. Myers ir Diener (1995), Kim, Nesselroade ir Featherman (1996) bei Myers (2000) minimi tyrimai leidžia teigti, jog tikėjimas susijęs su fizine sveikata ir ilgaamžiškumu (iš dalies dėl sveikesnės gyvenenos, mažesni rūkymo ir piktnaudžiavimo alkoholiu), streso įveika, psichikos sveikata (rečiau sergama depresija, mažiau savižudybių), pasitenkinimu gyvenimu ir psichologiniu komfortu, kitaip tariant, su laimingumu. Religingumas sustiprina viltį, gyvenimo prasmę, tikslą ir gerovės jausmą ir teikia socialinę paramą (Lemme, 2003).

Vis daugiau tyrimų paremia ryšį tarp sveikatos būklės ir religinių įveikos būdų. Religinė įveika – tai „rėmimasis religiniais įsitikinimais ar veikla, kurie padeda kontroliuoti emocinį stresą ir fizinį diskomfortą“ (Koenig, 1994, cit.pg. Dunn, 2004). Šių tyrimų metu autoriai vertino skausmo įveikos strategijas naudodami Įveikos strategijų klausimyną (Coping Strategies Questionnaire – CSQ), kuriame viena skalė – Meldimosi ir tikėjimo (Praying or hoping) atspindi religinę įveiką (Dunn, 2004). Lyginant religinės įveikos naudojimą pagal amžiaus ir rasinius kriterijus, nustatyta, kad moterys ir afroamerikiečiai dažniau meldžiasi ir ieško dvasinės gerovės (Afflek ir kt., 1998).

Brown tyrė ryšį tarp skausmo, pasyvių ir aktyvių skausmo įveikos strategijų panaudojimo ir depresijos. Gauti rezultatai rodo, jog aktyvių skausmo įveikos strategijų naudojimas labiau

susijęs su geresne psichologine ir fizine sveikata, nei pasyvių. Tokie duomenys gauti tyrinėjant suaugusius tiriamuosius. Norint atlikti išsamesnius tyrimus, reikia iširti platesnį amžiaus spektrą (Dunn, 2004).

Skausmo įveika taip pat susijusi su skausmo tipu. Lietuvoje buvo tirta sportininkų skausmo įveika. Gauti rezultatai byloja, jog skausmo nepriklausomai nuo jo tipo įveikai dažniausiai naudojamos adaptyvios įveikos strategijos, ypač relaksacija ir teigiamos saviinstrukcijos. Rečiausiai pasirenkama neadaptyvia laikoma pasidavimo strategija. Taip pat nustatyta, jog šiek tiek skiriasi strategijų naudojimo dažnis priklausomai nuo skausmo tipo: relaksacijos ir informacijos strategijos pasirenkamos dažniau patiriant gyjančios traumos ir įsisenėjusį skausmą nei raumenų skausmą, o pasidavimo strategija, atvirkščiai, - dažnesnė tuomet, kai sportininkai patiria raumenų skausmą, nei tuomet, kai patiria įsisenėjusį skausmą (tyrime naudotas PMS-1 klausimynas (Pain Management Status –Injury) (Vaisetaitė, Sargautytė, 2006).

3.2.2.1.Skausmo įveikos ir lyties sąsajos

Kadangi dauguma streso įveikos tyrinėtojų tyrė tik vyrus, iki galo nėra aišku, kaip skiriasi vyrų ir moterų reakcijos į stresą (Lemme, 2003). Visgi, tyrimai, siekiant įvertinti lyties reikšmę skausmo valdyje, dažnėja. Tiriant paauglius (nukreiptus į Jungtinės Karalystės reumatinių ligų ligoninės Skausmo gydymo skyrių), rasti skirtumai tarp nurodomos skausmo patirties: mergaitės nurodė stipresnį skausmą. Nustatyti ir lyčių skausmo valdymo elgsenos skirtumai: mergaitės daugiau naudojosi socialine parama, teigiamomis nuostatomis, internalizacija ir skausmo pervertinimu, o berniukams buvo būdinga atsitraukimo elgsena. Tyrimas parodė, kad iš šių strategijų internalizacija ir skausmo pervertinimas turi įtakos lyties ir skausmo ryšiui (Keogh, Eccleston, 2006).

Tyrimė, kuriame dalyvavo raumenų – skeleto skausmus patiriantys asmenys, nustatyta, kad moterys dažniau vartojo analgetikus, jautėsi labiau neįgalios, turinčios daugiau apribojimų darbe, nei vyrai. Taip pat nustatyta, jog moterys nurodė daugiau potrauminio streso reakcijų, turėjo žemesnę savigarbą. Lyginant pagal naudojamas įveikos strategijas (naudotas Coping Strategies Questionnaire – CSQ), moterys dažniau naudojosi dėmesio nukreipimo, meldimosi / tikėjimo, katastrofizavimo ir veiklos atlikimo strategijomis. Nustatyta, jog katastrofizavimas pozityviai susijęs su potrauminio streso reakcijomis, suvokiama negalia ir ankstesniu skausmo gydymu. Toks ryšys vyrų grupėje nenustatytas (Grossi, Soares, 2000).

Vertinant nerimo ir depresijos reikšmę lėtinio skausmo varginamų moterų ir vyrų neįgalumui, taip pat rasta lyties skirtumų. Pacientų lytis neįgalumui ženklios įtakos neturėjo, bet lėmė santykį tarp depresijos ir neįgalumo: sunkia depresija sergančios moterys nurodė didesnę neįgalumą nei vyrai. Taip pat nustatyta, kad lytis turi reikšmę depresijos ir vartojamų vaistų skaičiaus santykiui; šiuo atveju teigiamas ryšys buvo nustatytas vyrų, o ne moterų grupėje (Keogh, Eccleston, 2006). Analizuojant osteoartritu sergančių pacientų skausmą, skausmo elgesį ir negalią, pastebėta, jog moterų skausmo įverčiai ir nurodoma fizinė negalia didesnė nei vyrų, taip pat jos išreiškė daugiau skausmo elgesio. Taip pat rasta tarpinių kintamųjų šiame ryšyje – nustatyta, jog katastrofizavimas stipriai įtakoja lyties ir su skausmu susijusių rezultatų ryšį (Keefe ir kt., 2000).

3.2.2.2.Skausmo įveika ir amžius

Literatūroje randama duomenų, jog įveikos strategijos skiriasi priklausomai nuo pacientų amžiaus: senesni pacientai daugiau meldžiasi ar daugiau pasikliauja savo tikėjimu. Jauniems labiau būdingas skausmo ignoravimas (Corran ir kt., 1994, cit.pg. Sargautytė, 2007).

Skirtumų randama ir suvokiamos kontrolės atžvilgiu. Nors suaugę žmonės pripažįsta vidinių resursų ir strategijų svarbą skausmo potyriui (vidinis kontrolės fokusas), patys vyriausieji pastebimai labiau linkę priskirti skausmą atsitiktiniams veiksniams (Gibson ir Helme, 2000, cit.pg. Sargautytė, 2007).

Literatūroje skiriamos dvi teorijos, aiškinančios įveikos skirtumus bėgant amžiui: raidos ir susijusios su kontekstu teorijos. Raidos teorijos atstovai mano, jog naudojamų įveikos strategijų pasikeitimas yra natūralus kaip kad perėjimas iš vieno raidos etapo į kitą. Pfeiffer (1977) siūlo regresijos hipotezę – pagal ją, individas grįžta prie ankstesnių primityvių mažiau efektyvių įveikos strategijų. Kiti autoriai, kaip kad Vaillant (1977) kelia kontrastingą augimo hipotezę, teigdamas, jog vyresni žmonės randa vis efektyvesnių būdų tvarkytis su stresą keliančiomis situacijomis – tą nulemia auganti patirtis, žinios. Taigi, pagal Pfeiffer, didesnis amžius susijęs su dažnesniu į emocijas nukreiptos ir mažiau efektyvios įveikos naudojimu. Pagal Vaillant, vyresnio amžiaus žmonės daugiau linkę naudotis į problemą nukreiptą įveiką. Pfeiffer teigiamai paremti klinikinėmis išvargomis ir stebėjimais, o Vaillant remiasi 30 metų longitudinaliniu tyrimu (bet jame buvo tirta tik vyrų, koledžo studentų grupė).

Teorijų, susijusių su kontekstu, atstovai tvirtina, jog amžiaus skirtumams pasirenkant tam tikrą įveiką svarbi stresorių prigimtis (Keefe ir Williams, 1990, cit.pg. LaChapelle, 2005). Įveikos skirtumai atsiranda, kai tvarkomasi su skirtingais stresoriais: darbo sukelti stresoriai labai

skiriasi nuo sveikatos sukeltų. Žmonės jaunesniame amžiuje mini daug stresorių, susijusių su darbu, vyresniems labiau aktualūs su sveikata susiję stresoriai (Folkman, Lazarus, 1984).

3.2.3. Suvokiamos kontrolės reikšmė

Daugelis psichologinių emocinės gerovės teorijų atkreipia dėmesį į žmogaus nuomonę, kiek jis lemia savo gyvenimo eigą. Nuo šių įsitikinimų priklauso mūsų patiriamo streso stiprumas ir mūsų reakcijos į jį (Lemme, 2003).

Apskritai streso įveikos kontekste labai svarbus kontrolės galimybių suvokimas. Suvokimas, kad negali kontroliuoti padėties, gali labai pakenkti sveikatai. Yra atlikta tyrimų, kuriais nustatyta, jog pagyvenę slaugos namų gyventojai, kurie beveik negali kontroliuoti savo veiklos, greičiau suserga ir miršta nei tie, kurie gali daugiau kontroliuoti savo veiklą. Gyvūnų tyrimai rodo, o žmonių tyrimai patvirtina, kad negalėjimas kontroliuoti skatina išsiskirti streso hormonus - išsiskiria daugiau kortizolio ir susilpnėja imuninės sistemos reakcijos (Rodin, 1986, cit.pg. Myers, 2000).

Tyrimais įrodyta, kad tam tikros įveikos strategijos pasirinkimas priklauso nuo įvertinimo, ar situacijoje įmanoma kažką pakeisti- vertinant, jog nieko negalima pakeisti, dažniau pasirenkama į emocijas nukreipta įveika. Manant, jog kažką dar galima padaryti, linksmia link į problemas nukreiptos įveikos.

Viena iš žinomiausių ir nuodugniausiai tirtų asmeninės kontrolės teorijų – kontrolės pobūdžio (angl. Locus of control) teorija, sukurta socialinio išmokymo paradigmos atstovo J.Rotterio (1996). Skiriama vidinė ir išorinė kontrolė. Vidinė kontrolė reiškia įsitikinimą, kad žmogus pats gali veikti savo gyvenimą. Susidūręs su sunkumais, stiprios vidinės kontrolės žmogus tiki galįs juos nugalėti. Kontroliuojantieji iškylančias problemas dažniau pasitinka atvirai ir mėgina jas įveikti, nes jie tiki, kad daug kas priklauso nuo jų elgesio. Be to, jie jaučia, didesnę atsakomybę už tai, kas jiems nutinka. Išorinė kontrolė rodo įsitikinimą, jog gyvenimą tvarko ir už jį atsako kažkas kitas. Tokie žmonės tiki likimu, atsitiktinumais, sėkme, priklausančia nuo Dievo ar kitų žmonių. Užuoat mėginę spręsti problemas, šie žmonės dažniau reaguoja gynybiškai, pavyzdžiui, neigia, kad problema apskritai egzistuoja, ir apskritai, retai imasi aktyvių veiksmų, todėl problemos gali dar paaštrėti (Lemme, 2003).

Rotterio teigimu, kontrolė – tai universalus, vienmatis asmenybės bruožas, kuris nepriklauso nei nuo vietos, nei nuo laiko. Tvirtai laikydamasis socialinio išmokymo požiūrio, Rotteris mano, kad įsitikinimus apie galimybę valdyti savo likimą nulemia ankstyvoji gyvenimo patirtis (Lemme, 2003).

Suvokiamos kontrolės pobūdžio poveikį įrodo daugelio tyrimų rezultatai. Pavyzdžiui, Lange, Janis ir Wolfer (1975) įtikinėjo operacijai ruošiamus pacientus, jog sutelkę dėmesį į teigiamus operacijos aspektus, jie gali valdyti skausmą ir nemalonius pojūčius. Šiems pacientams reikėjo mažiau nuskausminamųjų, be to, buvo nustatyta, kad jie nerimavo ir jaudinosi mažiau nei kontrolinės grupės tiriamieji, kuriems nebuvo suformuoti pažintinės kontrolės įgūdžiai. Kontrolės suvokimas teigiamai veikia ir psichikos sveikatą, ir gyvenimo kokybę. Tyrimo rezultatai leidžia daryti išvadą, kad vidinė kontrolė koreliuoja su subjektyviu gerovės jausmu.

Suprantama, psichologinis prisitaikymas priklauso ir nuo to, kaip individo kontrolės poreikį ir siekį atitinka jo aplinka. Žmogus nevienodai geba kontroliuoti įvairias savo gyvenimo sritis. Taip pat tyrimų duomenys rodo, jog tikėjimas kontrole su laiku kinta ir priklauso nuo gyvenimo patirties (Lemme, 2003). Lechan ir Weaver (1998) tyrė didelės 25-75 metų amžiaus tiriamųjų grupės įsitikinimus apie jų asmeninę kontrolę septyniose gyvenimo (sveikatos, darbo, finansų ir kitose) srityse. Vertinant pagal bendrą įtakos savo gyvenime sritį, vyresnio amžiaus tiriamiesiems būdinga didesnė kontrolė, nei jauniems ar vidutinio amžiaus individams. Tačiau atskirose srityse šie įsitikinimai skyrėsi – skirtumai buvo susiję su tokiais veiksniais, kaip amžius, lytis, išsilavinimas, asmeninė patirtis ir jos pasekmės (Lemme, 2003).

Kontrolės pobūdžio teorijoje svarbus ir kompensavimo modelis, aprašytas Balteso ir Baltės (1986). Pagal jį, individas, patekęs į nekontroliuojamą situaciją, savo įtakos stoką kompensuoja sutelkdamas dėmesį į kitas sritis, kurias gali kontroliuoti. Tokiu atveju bendras kontrolės pojūtis gali likti nepakitęs, nors kai kuriose gyvenimo srityse jis sumažėja. Kai nėra galimybių išvengti stresinės situacijos ar ją pakeisti, kartais žmogus gali imtis įvairių priemonių, padedančių valdyti šios situacijos padarinius. Thompson, Sobolew-Shubin, Schwankovsky ir Cruzen (1993) tyrė 71 vėžiu sergančių 29-80 m. amžiaus pacientų suvokiamos kontrolės vaidmenį. Jie atskleidė, kad stipresnę kontrolę jaučiantys pacientai geriau prisitaikydavo ir rečiau būdavo nusiminę. Svarbu tai, kad šie pacientai jautė savo įtaką ne pačiam stresoriui, šiuo atveju vėžiui, bet savo emocinėms reakcijoms ir kasdieniams somatiniams simptomams, tarkim, skausmui (t.y., vėžio padariniams). Tyrimų autoriai kelia prielaidą, kad „psichologinis prisitaikymas prie reikšmingų gyvenimo stresorių vyksta esant įprastoms kasdieniams aplinkybėms: kol žmogus jaučiasi kontroliuojamas, jis tiki savo gebėjimu įveikti ir didesnius sunkumus“ (cit.pg. Lemme, 2003). Taigi, kompensavimas – vienas iš būdų, padedančių išlaikyti kontrolės jausmą menkai kontroliuojamose situacijose. Net kai sunku ką nors pakeisti, tokie žmonės stengiasi rasti kokį nors aspektą, kuris priklauso nuo jų pačių.

Kaip matyti iš apžvelgtos literatūros, skausmo įveika labai įvairi. Skirtingai reaguojama į skausmą priklausomai nuo jo tipo, savo galimybių paveikti situaciją supratimo, charakterio. Randama ir lyties, amžiaus skirtumų panaudojant atskiras skausmo įveikos strategijas.

Sergant osteoartritu, patiriant dažną lėtinį skausmą, skausmo įveikos gebėjimai neabejotinai svarbūs. Skausmo įveika – vienas iš aktyvių individo veiksmų, kuris gali prisidėti prie jo gyvenimo kokybės valdymo: gyvenimo kokybė išskiriama kaip įveikos veiksmingumą atspindintis rodiklis (Diržytė, 2001). Taigi, analizuosime sergančių osteoartritu žmonių gyvenimo kokybės sąsajas su skausmo patyrimu ir skausmo įveika.

TYRIMO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Apžvelgta literatūra leidžia konstatuoti psichologinio prisitaikymo prie ligos svarbą, sergant osteoartritu. Šio darbo tikslas – įvertinti sergančiųjų osteoartritu gyvenimo kokybės ryšį su skausmo patyrimu ir jo įveika.

Siekiant šio tikslo, išskiriame tokius uždavinius:

1. Įvertinti osteoartritu (OA) sergančių žmonių patiriamo skausmo intensyvumą ir skausmo pobūdį.
2. Įvertinti su sveikata susijusią sergančių OA gyvenimo kokybę.
3. Nustatyti sergančių OA naudojamus skausmo įveikos būdus.
4. Analizuoti patiriamo skausmo, gyvenimo kokybės ir naudojamų įveikos strategijų ryšį.

Hipotezės:

1. Skausmo intensyvumas ir skausmo kokybė yra susiję su gyvenimo kokybe: tiriamųjų, nurodančių didesnę skausmo intensyvumą, gyvenimo kokybė bus prastesnė.
2. Gyvenimo kokybė yra susijusi su įveikos strategijomis: tiriamųjų, naudojančių adaptyvius skausmo įveikos būdus, gyvenimo kokybė aukštesnė.
3. Tiriamųjų, naudojančių adaptyvias skausmo įveikos strategijas, skausmo intensyvumas yra žemesnis ir/ar skausmo kokybė mažiau emociškai intensyvi, nei tiriamųjų, naudojančių mažiau adaptyvias įveikos strategijas.

TYRIMO METODIKA

1. Tiriamieji

Buvo apklausti 43 žmonės, atsitiktinai atrinkti iš tų, kurie naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje, Riešės šeimos klinikoje, Rokiškio raj. Jūžintų ambulatorijoje ir gydėsi „Pušyno kelio“ ir „Baldžio šilo“ reabilitacijos centruose : 32 tiriamieji gydėsi ambulatoriškai, 11 – reabilitacijos centre. Tiriamųjų atrankos kriterijai: sergantys bet kokio pobūdžio osteoartritu; skaitantys lietuviškai. Atmetimo kriterijai: paciento abejojimas dėl osteoartrito diagnozės, negebėjimas skaityti lietuviškai ir nesutikimas dalyvauti tyrime.

Tyrime dalyvavo 43 tiriamieji. Žemiau pateikiamoje lentelėje pateikiamos tiriamųjų lyties, išsilavinimo ir ligų charakteristikų pasiskirstymas (1 lentelė).

Tiriamųjų amžius svyravo nuo 24 iki 91 metų. Vidutinis tiriamųjų amžius buvo 63,3m. Tyrime dalyvavo 34 moterys ir 9 vyrai – literatūroje minima, jog virš 55 metų osteoartritas dažnesnis moterims (Matonytė, 2007). Moterų amžiaus vidurkis – 61,5 m., vyrų – 61,3 m.

Ligos trukmė svyravo nuo vienerių iki 50 metų: vidutiniškai tiriamieji osteoartritu serga 13,1 m. (standartinis nuokrypis – 11,0). Visiems tiriamiesiems buvo diagnozuota artrozė: 1 kelio – 2, abiejų kelių – 23, 1 klubo – 6, abiejų klubų – 5, kelių ir klubų – 3, kitų sąnarių – 4. Matyti, jog tyrime dalyvavo daugiausiai svarbių judėjimo sistemoje sąnarių artrozę turintys žmonės (sergantys kelių, klubų osteoartritu). Tai santykinai dažniausios sąnarių ligos.

70 proc. tiriamųjų pažymėjo sergantys ir gretutinėmis ligomis: 19 tiriamųjų pažymėjo turintis vieną, 7 – 2 ir 4 – dar tris ligas, neįtraukiant osteoartrito.

1 lentelė. Tiriamųjų demografinės ir ligos charakteristikos

		N	Proc.
Lytis	Vyrai	9	20,9
	Moterys	34	79,1
Išsilavinimas	Pradinis	6	14
	Vidurinis	11	25,6
	Aukštesnysis/profesinis	6	14
	Aukštasis	20	46,5
Liga	1 kelio artrozė	2	4,7
	2 kelių artrozė	23	53,5
	1 klubo artrozė	6	14
	2 klubų artrozė	5	11,6
	Kelių ir klubų artrozė	3	7
	Kitų sąnarių artrozė	4	9,4
Gretutinės ligos	Nėra ligų	13	30,2
	1 liga	19	44,2
	2 ligos	7	16,3
	3 ligos	4	9,3

2. Tyrimo metodai

Skausmo įvertinimo lapas

- **Vizualinė atitikmens skalė (VAS).**

Skalė naudota skausmo intensyvumui vertinti. Skausmo intensyvumą tiriamieji vertino nuo „nėra skausmo“ (0 mm) iki „nepakeliamas skausmas“ (100mm). Naudota horizontali skalės versija.

- **Sąnarių skausmo klausimynas.**

Sąnarių skausmo klausimynas padeda statistiškai įvertinti kokybinius sąnarių skausmo aspektus, yra lengvai suprantamas ligoniui, ir jam užpildyti reikia nedaug laiko (Sargautytė, 1992). Tiriamieji savo skausmą turėjo vertinti pagal 8 kriterijus: aštrus, deginantis, duriantis, geliantis, įkyrus, keliantis nerimą, maudžiantis, neleidžiantis užmigti, nemalonus, sukaustantis, sukeliantis nutirpimą, varginantis, verčiantis judėti, keisti padėtį. Dalis žodžių atspindi sensorinius skausmo elementus (aštrus, deginantis, duriantis, geliantis, maudžiantis, sukaustantis, sukeliantis nutirpimą), kita dalis atspindi emocinę skausmo patyrimo išraišką (įkyrus, keliantis nerimą, neleidžiantis užmigti, nemalonus, varginantis, verčiantis judėti, keisti padėtį).

Visi deskriptoriai klausimyne ranguojami keturiais intensyvumo laipsniais: nuo „visai ne“ iki „labai“. Tiriamieji kiekvieną pateiktą būdvardį apibūdino kaip daugiau ar mažiau tinkantį jų patiriamam skausmui aprašyti: būdvardžio vertinimas „0“ reikštų, jog žodis visai netinka patiriamam skausmui apibūdinti; „1“ – žodis iš dalies tinka; „2“ – žodis tinka; „3“ - žodis labai tinka patiriamam skausmui apibūdinti (pvz., „labai aštrus“).

Klausimyne buvo palikta tuščia grafa, skirta atvejams, jei tiriamiesiems apibūdinant skausmą nepakaks pateiktų žodžių, ir jie norės įrašyti jų daugiau.

Gyvenimo kokybės klausimynas „SF-36“

Gyvenimo kokybės klausimyną (angl. Medical Outcomes Study Short Form-36; MOS-SF-36) sudaro 36 klausimai, kurie atspindi aštuonias gyvenimo sritis, sujungtas į dvi sveikatos kategorijas- fizinę ir psichinę. Fizinės sveikatos vertinimui skirtos 1) fizinio aktyvumo; 2) veiklos apribojimo dėl fizinių problemų; 3) skausmo; 4) sveikatos vertinimo sritys. Psichinės sveikatos vertinimui skirtos 5) energingumo ir gyvybingumo; 6) socialinių ryšių; 7) veiklos apribojimo dėl emocinių problemų, 8) psichikos sveikatos sritys.

Atsakymai į klausimus vertinami balais. Kiekviena sritis, naudojant skaičiavimo algoritmus, vertinama nuo 0 iki 100 balų. Kuo didesnis balų skaičius, tuo geresnė gyvenimo kokybė.

Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, klausimynas „SF-36“ yra vienas dažniausiai naudojamų gyvenimo kokybei tirti. Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institute atlikta daugiapakopė šio klausimyno adaptacija. Naudojant reumatoidiniu artritu sergančiųjų ir kontrolinės grupės tiriamųjų apklausos duomenis, nustatyta, jog lietuviškas gyvenimo kokybės klausimynas „SF-36“ tenkina jam keliamus psichometrinius reikalavimus: homogeniškumo, vidinio pastovumo, stabilumo laiko atžvilgiu ir pagrįstumo, ir tinka šių grupių gyvenimo kokybei tirti (Rugienė, 2005).

Įveikos strategijų klausimynas

Įveikos strategijų klausimynas (angl. Coping Strategies Questionnaire – CSQ) sukurtas Rosenstiel and Keefe (1983). Klausimynas skirtas įvertinti pacientų skausmo metu naudojamas šešias kognityvines ir vieną elgesio įveikos strategiją. Gavus autorių sutikimą, klausimynas išverstas į lietuvių kalbą. Šiuo metu vykstančiame S.Birbilaitės tyrime („Progresuojančios ligos ir lėtinio skausmo priėmimas sergant onkologinėmis ligomis“) nustatyta, jog metodikos patikimumas, matuojant Cronbacho alpha koeficientu, yra didelis. Visos metodikos Cronbacho alpha = 0,86. Atskiroms subskalėms svyruoja nuo 0.71 iki 0.84.

Klausimynas susideda iš 48 teiginių – pateikiami teiginiai, atspindintys tam tikrus kognityvinius ir elgesio procesus, ir tiriamieji turi pažymėti, kiek teiginiai jiems būdingi patiriant skausmą. Klausimyną sudarantys teiginiai vertinami 6 balų skale: nuo „Niekada taip nedarau“ (0 balų), „Kartais taip darau“ (3 balai) iki „Visada taip darau“ (6 balai).

Visi šie teiginiai sudaro 7 subskales: išskiriama šešios kognityvinės įveikos strategijos ir viena elgesio įveikos strategija. SCQ subskalių įvertinimas yra skales sudarančių teiginių vertinimų suma. Kognityvinės elgesio strategijos: dėmesio nukreipimas (įskaičiuojami 3,10, 13, 30, 31, 43 teiginiai), skausmo jausmo pervadinimas (1, 4, 11, 18, 34, 46), katastrofizavimas (5, 12, 14, 28, 38, 42), ignoravimas (20, 22, 24, 27, 35, 40), meldimasis / tikėjimas (5, 17, 21, 25, 32, 41), įveikiančios saviinstrukcijos (6, 8, 23, 26, 36, 37). Elgesio įveikos strategijos įvardijamos kaip veiklos atlikimas.

3. Tyrimo eiga

Tiriamųjų buvo prašoma dalyvauti tyrime ir užpildyti klausimyną (1 priedas), prieš tai su juo supažindinus. Tiriamieji pildė anketas individualiai, dalyvaujant tyrėjai- taip buvo sudaryta galimybė išsiaiškinti pildant kylančius klausimus ir neaiškumus. Pacientui užpildžius anketą, ji buvo tikrinama dėl galimų pildymo pažeidimų; esant reikalui, neatsakytų klausimų buvo dar kartą perklausama. Tyrimo trukmė buvo individuali, vidutiniškai tyrimas trukdavo 45min. Tyrimo pabaigoje su dauguma tiriamųjų buvo aptariami naudojami skausmo įveikos būdai, skatinant išbandyti naujus, nepaminėtus būdus.

4. Duomenų tvarkymas

Tyrimo duomenys išanalizuoti aprašomosios ir sudėtingesnės statistinės analizės metodais, naudojant statistinės duomenų analizės programą „SPSS 10.0“. Statistinė analizė atlikta naudojant Stjudento (t) testą ir Pearsono koreliaciją.

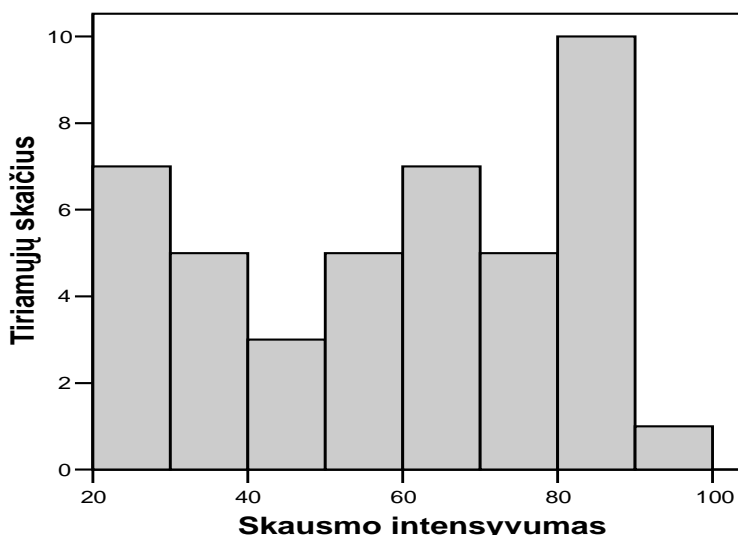
Skirtumai tarp vidurkių laikyti statistiškai reikšmingais, jei p-reikšmė buvo mažesnė arba lygi α (0,05).

TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

1. Tyrimo rezultatai

Skausmo intensyvumas ir kokybė

Vidutiniškas tiriamųjų nurodytas skausmo intensyvumas VAS skalėje – 57,33; mažiausia nurodyta skausmo intensyvumo reikšmė – 20, didžiausia – 98 (arti nepakeliamo skausmo ribos). Standartinis nuokrypis – 23,4. Nemažas duomenų išsibarstymas (2 pav.) rodo, jog sergantys osteoartritu patiria labai įvairaus stiprumo skausmus.

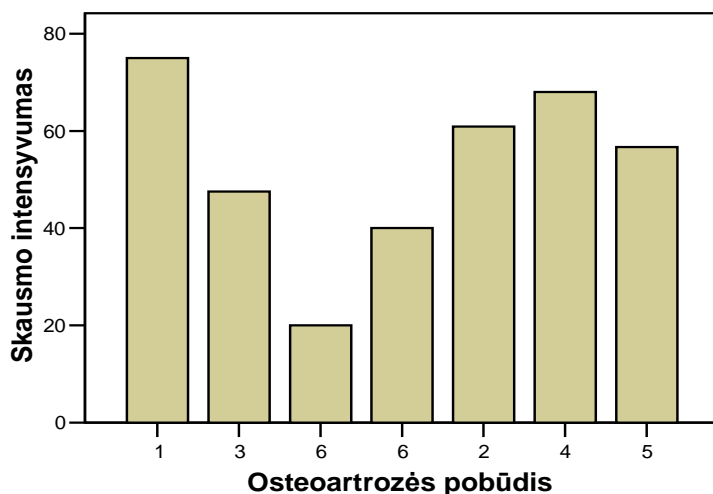


2 pav. Skausmo intensyvumo įverčių pasiskirstymas.

Lyginant pagal lytį, suvokiamo skausmo intensyvumo skirtumai statistiškai nereikšmingi ($p = 0,33$). Nors literatūroje minimi duomenys apie lyčių skirtumus skausmo suvokime, bet tikėtina, kad lyties ir skausmo intensyvumo ryšys nėra tiesioginis (Keefe ir kt., 2000).

Lyginant pagal amžių, skausmo intensyvumo skirtumų nerasta – tiek jaunesni, tiek vyresni tiriamieji nurodo panašaus intensyvumo skausmą.

Nors statistiškai reikšmingų skausmo intensyvumo skirtumų pagal ligos lokalizaciją nenustatėme, palyginus aukščiausią skausmo intensyvumą nurodė didesnių sąnarių - kelių ir klubų artroze sergantys pacientai (3 pav.).

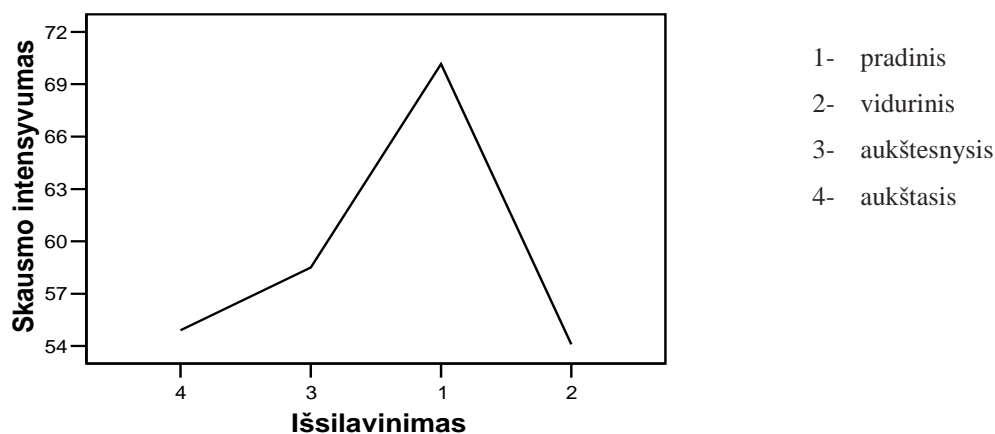


3 pav. Vidutinis skausmo intensyvumo palyginimas, sergant įvairiomis OA rūšimis.

1- vieno kelio, 2- dviejų kelių, 3 – vieno klubo, 4 – abiejų klubų, 5 – kelių ir klubų, 6 - kitų sąnarių artrozė.

Pagal gautus rezultatus, skausmo intensyvumas nėra susijęs su ligos trukme ($r = 0,015$), nors literatūroje minima, jog ligai progresuojant, skausmas tampa vis stipresnis ir ilgiau trunkantis. Taigi, toks rezultatas iš dalies pagrindžia tvirtinimą, jog suvokiamas skausmas nėra tiesioginis ligos, pažeidimo simptomas.

Lyginant pagal išsilavinimą, ryškių skausmo intensyvumo skirtumų nepastebėta, bet grafike (4 pav.) matyti, jog žemiausio išsilavinimo žmonės skausmą apibūdino kaip labiau intensyvų (apie 70).



4 pav. Skausmo intensyvumo vertinimas pagal išsilavinimą

Vertinant skausmo kokybę, skausmui įvertinti tiriamieji pažymėjo kone visus pateiktus būdvardžius. Emocinė skausmo išraiška tiriamųjų skausmo apibūdinimuose ne mažiau aktuali už sensorinę – skausmas įvardijamas kaip varginantis ($M=2,1$), nemalonus ($M=1,6$), keliantis nerimą ($M=1,6$), įkyrus ($M=1,6$) ir neleidžiantis užmigti ($M=2,1$). Tokie apibūdinimai kaip „deginantis“,

„geliantis“ gali byloti apie neuropatinį skausmo pobūdį – kaip minėta, blogai gydomas lėtinis nociceptinis skausmas dažnai įgyja neuropatinio skausmo bruožų (Baublienė, 2006).

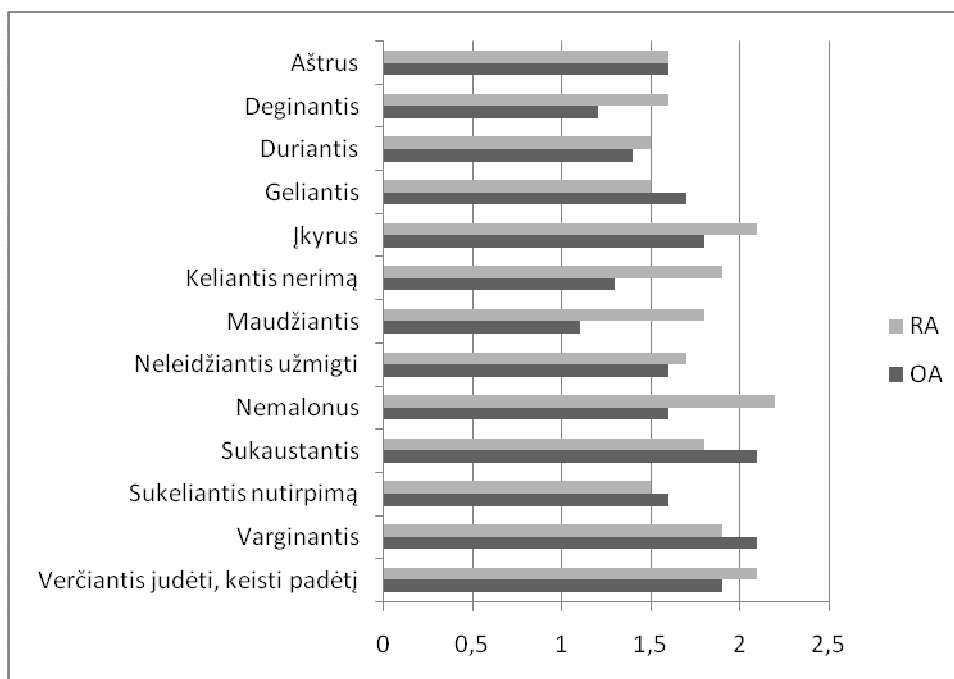
Skirtumai tarp lyčių išryškėjo tik vieno būdvardžio atžvilgiu – moterys patiriamą skausmą apibūdino kaip labiau nemalonų, nei vyrai ($p= 0,03$) (2 lentelė). Statistiškai reikšmingų skausmo apibūdinimo skirtumų, lyginant pagal ligos trukmę, taip pat nerasta.

2 lentelė. Skausmo kokybinių deskriptorių įvertinimo vidurkiai

	Vyrai	Moterys	Bendras	p
<i>Sensoriniai skausmo apibūdinimai</i>	9,7	11,1	9,7	0,83
Aštrus	1,4	1,9	1,6	1,00
Deginantis	1,1	1,3	1,2	0,66
Duriantis	2,0	1,5	1,4	0,82
Geliantis	2,1	1,8	1,7	0,53
Maudžiantis	2,1	1,8	1,8	0,08
Sukaustantis	1,4	1,4	1,3	0,20
Sukeliantis nutirpimą	1,0	1,2	1,1	0,20
<i>Emociniai skausmo apibūdinimai</i>	9,4	12,1	10,5	0,15
Įkyrus	1,4	1,7	1,6	0,71
Keliantis nerimą	1,1	2,1	1,6	0,18
Neleidžiantis užmigti	1,0	2,0	2,1	0,71
Nemalonus	2,3	2,4	1,6	0,03*
Varginantis	2,3	2,2	2,1	0,40
Verčiantis judėti, keisti padėtį	2,0	2,0	1,9	0,99

*- statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p = 0,05$

Taip pat palyginome osteoartritu ir reumatoidiniu artritu sergančių pacientų skausmo kokybę (RA skausmo kokybės duomenys naudoti iš Sargautytė, 1992) (5 pav.). Kaip minėjome, šių ligų skausmo patyrimo palyginimas svarbus įvertinant osteoartrito reikšmę reumatinių ligų grupėje.



5 pav. Vidutinis deskriptorių intensyvumas osteoartritu (OA) ir reumatoidiniu artritu (RA) sergančiųjų grupėse

Osteoartritu sergančiųjų grupėje aukštesni šie sensoriniai skausmo deskriptoriai: geliantis, sukaustantis ir sukeliantis nutirpimą. Vidutinis nurodomas skausmo aštrumas abiejose grupėse vienodas. Lyginant emocinius skausmo kokybės aspektus, osteoartritu sergančiųjų skausmas nurodomas kaip labiau varginantis.

Gyvenimo kokybė

Aukščiausiai įvertintos su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sritys – psichikos būsenos, socialinių ryšių ir veiklos apribojimo dėl emocinių problemų. Žemiausiai – veiklos apribojimas dėl fizinių problemų, skausmo ir sveikatos vertinimo. Skirtumų tarp lyčių nerasta (3 lentelė).

3 lentelė. Vyrų, moterų ir bendras gyvenimo kokybės įvertinimas

Gyvenimo kokybės sritys	Bendras	Vyrai	Moterys	p*
Fizinis aktyvumas	45,7±22,7	42,2	41,8	0,591
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	31,5±31,3	19,4	32,4	0,218
Skausmas	36,5±16,8	24,5	37,7	0,799
Sveikatos vertinimas	37,1±12,9	28,7	38,5	0,324
Energingumas ir gyvybingumas	53,7±18,5	48,3	53,1	0,783
Socialiniai ryšiai	61,5±18,3	63,8	64,7	0,096
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	60,3±40,7	59,2	64,2	0,170
Psichikos būseną	65,3±23,4	67,5	57,3	0,078
Bendra Fizinė GK	31,3±9,2	25,5	30,8	0,375
Bendra Emocinė GK	49,1±10,9	50,2	47,7	0,182

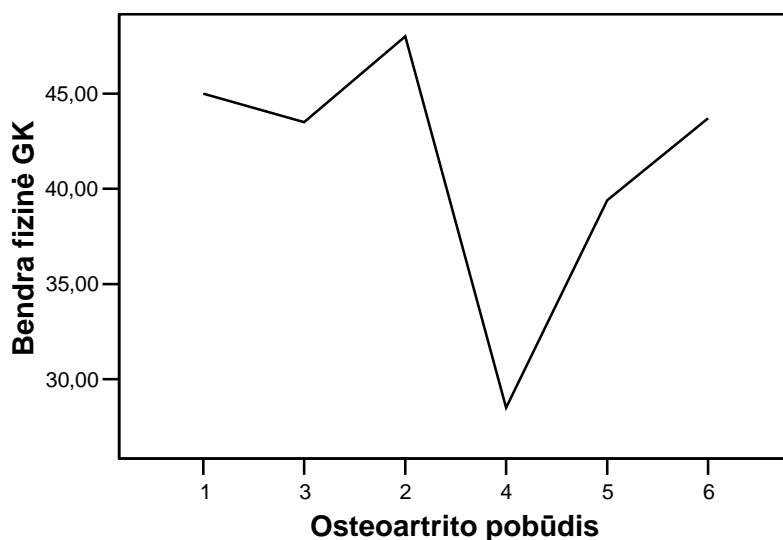
p* - statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių (kai p = 0,005).

Pagal amžių su sveikata susijusios gyvenimo kokybės skirtumų nerasta. Nustatytas ryšys tarp gretutinių ligų skaičiaus ir bendro savo sveikatos vertinimo skalės ($r = -0,432$; $p = 0,004$): tiriamieji, turintys daugiau gretutinių ligų, neskaitant osteoartrito, savo bendrą sveikatą įvertino prasčiau.

Lyginant pagal išsilavinimą, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės skirtumų taip pat nenustatyta. Turintys pradinį išsilavinimą tiriamieji kiek žemiau įvertino bendrą fizinę ir bendrą psichinę gyvenimo kokybę, nei turintys aukštąjį išsilavinimą (turinčių pradinį išsilavinimą bendra fizinė GK = 29,4; bendra psichinė GK = 48,5 ir turinčių aukštąjį išsilavinimą bendra fizinė GK = 32,6; bendra psichinė GK = 50,1).

Ligos trukmė teigiamai koreliavo su socialinių ryšių srities įverčiais ($r = 0,329$; $p = 0,031$). Galima kelti hipotezę, kad kuo ilgiau tiriamieji gyvena su osteoartritu, tuo stipresni tampa jiems svarbūs socialiniai ryšiai, ir dedama daugiau pastangų jų kūrimui ir išlaikymui.

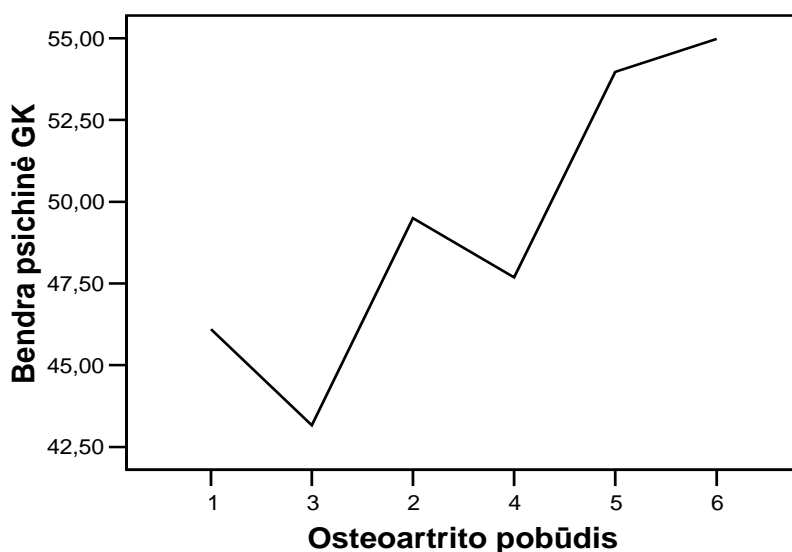
Ligos pobūdis – pažeistų sąnarių lokalizacija – gali lemti gyvenimo kokybės skirtumus. Palyginime bendros fizinės ir bendros psichinės gyvenimo kokybės įverčius pagal osteoartrito pobūdį. Nors statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta, matyti tendencija, kad daugiau judėjimui svarbių sąnarių apimantis osteoartritas (abiejų klubų, kelių ir klubų) susijęs su žemesne bendra fizine gyvenimo kokybe (6 pav.).



6 pav. Bendros fizinės gyvenimo kokybės (GK) įverčiai pagal osteoartrito pobūdį.

1- vieno kelio, 2- dviejų kelių, 3 – vieno klubo, 4 – abiejų klubų, 5 – kelių ir klubų, 6 - kitų sąnarių artrozė.

Bendros psichinės gyvenimo kokybės skirtumai pagal ligos pobūdį nenustatyti (7 pav.). Bendrą psichinę gyvenimo kokybę nežymiai prasčiau įvertino sergantys vieno klubo ir vieno kelio artroze.



7 pav. Bendros psichinės gyvenimo kokybės (GK) įverčiai pagal osteoartrito pobūdį.

1- vieno kelio, 2- dviejų kelių, 3 – vieno klubo, 4 – abiejų klubų, 5 – kelių ir klubų, 6 - kitų sąnarių artrozė.

Osteoartritu ir kitomis reumatinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės palyginimas

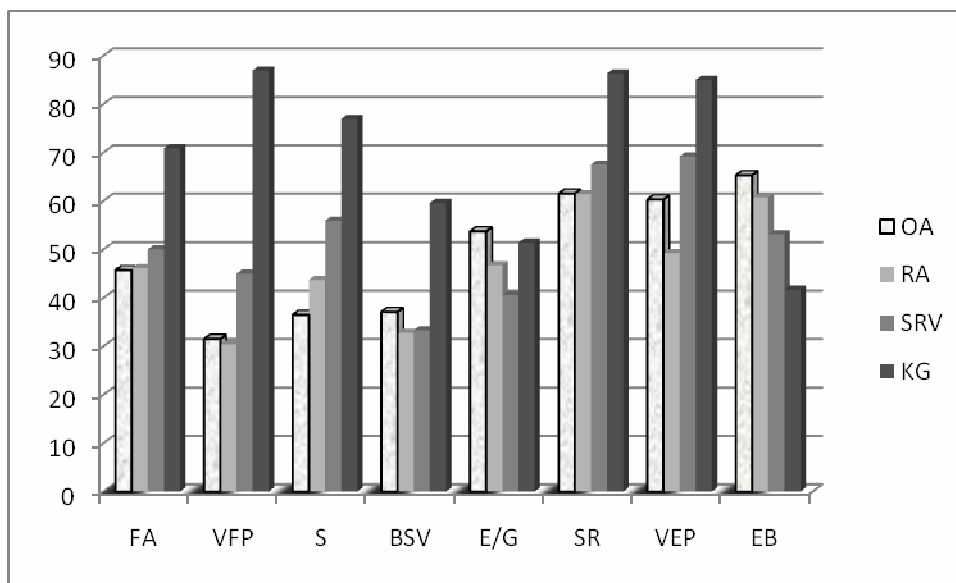
Lyginant su kitomis reumatinėmis ligomis – reumatoidiniu artritu ir sisteminė raudonąja vilklige sergančiais pacientais, osteoartritu sergančiųjų gyvenimo kokybės įvertinimai panašūs (4 lentelė) (RA, SRV ir KG rezultatai pateikiami pgl. Rugienė, 2005). Fizinio aktyvumo srities rezultatas osteoartritu sergančiųjų grupėje netgi žemesnis (45,7).

4 lentelė. Osteoartritu, reumatoidiniu artritu, sisteminė raudonąja vilklige sergančiųjų ir kontrolinės grupės gyvenimo kokybės palyginimas

Gyvenimo kokybės sritys	OA (n=43)	RA (n=88)	SRV (n=40)	KG (n=40)
Fizinis aktyvumas	45,7±22,7	46,1±26,2	50,0±23,8	70,9±16,0
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	31,5±31,3	30,4±40,4	45,0±46,1	86,9±24,7
Skausmas	36,5±16,8	43,7±21,9	55,9±27,5	76,9±18,9
Sveikatos vertinimas	37,1±12,9	32,8±52,4	33,3±15,8	59,6±14,3
Energingumas ir gyvybingumas	53,7±18,5	46,7±25,0	40,6±22,6	51,4±8,9
Socialiniai ryšiai	61,5±18,3	61,4±27,4	67,5±27,8	86,3±16,2
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	60,3±40,7	49,2±45,8	69,2±42,3	85,0±29,2
Psichikos būseną	65,3±23,4	60,7±22,6	53,1±23,0	41,7±8,7

Tikėtina, kad to priežastis gali būti ligos lokalizacija – dauguma mūsų tyrime dalyvavusių žmonių serga kelių ar klubų – pagrindinių judėjimo sistemoje sąnarių osteoartritu. Daug žemesnis ir OA grupės skausmo įvertinimas. Ši tendencija pastebima ir naudojant VAS duomenis: mūsų tyrime gautas vidutinis skausmo intensyvumas – 5,7. Reumatoidiniu artritu ir sisteminė raudonąja vilklige sergančių pacientų gyvenimo kokybės tyrime taip pat buvo naudota ši skausmo įvertinimo skalė, ir gauti rezultatai tokie: RA – 5,4; SRV – 3,9. Taigi, gauti rezultatai neleidžia nuvertinti osteoartrito kaip daug „menkesnės“ reumatinio registro ligos: pacientų patiriamo skausmo intensyvumas nėra mažesnis ir vertas lygiaverčio dėmesio sveikatos priežiūros sistemoje.

Savo sveikatą osteoartritu sergantys pacientai vertino kiek geriau nei minėtomis ligomis (RA, SRV) sergantys. Lyginant su kontroline grupe, daugumos sričių įverčiai mažesni, išskyrus energingumo/gyvybingumo ir psichikos būsenos sritis (8 pav.). Panašūs rezultatai gauti ir lyginant reumatoidiniu artritu ir sisteminė raudonąja vilklige sergančių rezultatus (Rugienė, 2005).



8 pav. Osteoartritu (OA), reumatoidiniu artritu (RA), sisteminė raudonąja vilklige (SRV) sergančiųjų ir kontrolinės grupės (KG) gyvenimo kokybės vidurkis

9 FA – fizinis aktyvumas, VFP – veiklos apribojimas dėl fizinių problemų, S- skausmas, BSV – bendras sveikatos vertinimas, E/G – energingumas ir gyvybingumas, SR – socialiniai ryšiai, VEP – veiklos apribojimas dėl emocinės būklės, EB – emocinė būklė

Skausmo įveikos strategijos

Analizuojant naudojamas įveikos strategijas, matyti, jog dažniausiai osteoartritu sergančių pacientų naudojamos elgesio įveikos strategijos (veiklos atlikimas) ir kognityvinė įveika – įveikiančios saviinstrukcijos, meldimasis ar tikėjimas (5 lentelė). Santykinai mažiausiai tiriamieji naudojami skausmo jutimo pervadinimo ir katastrofizavimo strategijomis.

5 lentelė. Skausmo įveikos strategijų naudojimas ir palyginimas tarp lyčių

Skausmo įveikos strategijos	Vidurkis	St. nuokrypis	Vyrai	Moterys	p
Dėmesio nukreipimas	11,8	9,8	9,6	11,8	0,048*
Skausmo jutimo pervadinimas	8,1	7,3	4,6	8,9	0,268
Katastrofizavimas	9,3	7,0	6,8	10,8	0,153
Ignoravimas	11,7	9,1	9,8	11,8	0,064
Meldimasis / tikėjimas	16,1	8,2	16,2	16,4	0,522
Įveikiančios saviinstrukcijos	17,1	8,5	17,3	16,6	0,061
Veiklos atlikimas	17,7	7,8	18,11	17,5	0,042*
Suvokiama kontrolė	2,67	1,3	1,8	2,8	0,000*
Skausmo sumažinimas	2,83	1,1	2,5	2,8	0,173

* - statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių (kai $p = 0,005$).

Analizuojant lyties ir naudojamų įveikos strategijų ryšius, matyti nežymūs, bet statistiškai reikšmingi skirtumai dviejų įveikos strategijų naudojimo atžvilgiu: moterys dažniau nei vyrai renkasi dėmesio nukreipimo strategijas ($p=0,048$), vyrai dažniau nei moterys renkasi elgesio įveiką ($p=0,042$). Nežymūs skirtumai matyti ir naudojant skausmo jutimo pervadinimo ir katastrofizavimo strategijas: vidutinis vyrų CSQ skausmo jutimo pervadinimo subskalės įvertis – 4,6, moterų – 8,9. Moterys nežymiai dažniau naudoja katastrofizavimo strategiją: vidutinis moterų CSQ katastrofizavimo subskalės įvertis – 10,8, kai vyrų – tik 6,8. Šis rezultatas iš dalies atspindi literatūroje minimus lyčių skirtumus polinkio į katastrofizavimą atžvilgiu.

Literatūroje randama duomenų, jog vyresni žmonės ir moterys dažniau renkasi religinę įveiką, pasikliauja tikėjimu, o jaunesni žmonės linkę ignoruoti skausmą (Corran, 1994). Šio darbo rezultatai tokio ryšio nepatvirtino.

Buvo susumuotas bendras įveikos strategijų įvertis ir palyginti skirtumai tarp lyčių – nustatyta, jog moterys statistiškai reikšmingai dažniau naudojasi įvairiomis įveikos strategijomis ($p=0,047$). Bet kadangi naudotas įveikos strategijų klausimynas apima ne tik adaptyvias įveikos strategijas, negalime teigti, jog moterų bendra skausmo įveika yra adaptyvesnė. Taigi, buvo paskaičiuotas bendras įveikų naudojimo įvertis, atėmus katastrofizavimo subskalės rezultatus

(daugelyje šaltinių ši įveika vertinama kaip mažiau adaptyvi ir trukdanti prisitaikymui prie skausmo). Šiuo atveju statistiškai reikšmingo skirtumo tarp lyčių nerasta (nors $p = 0,063$).

Lyčių skirtumai išryškėjo lyginant suvokiamas skausmo kontrolės galimybes: moterys teigia labiau galinčios kontroliuoti skausmą ($p=0,000$), nei vyrai.

Gyvenimo kokybės, skausmo patyrimo ir skausmo įveikos sąsajos

Gauti duomenys patvirtina lėtinio skausmo ryšius su gyvenimo kokybe. Radome tiek skausmo intensyvumo, tiek skausmo kokybės sąsajas su įvairiomis gyvenimo kokybės sritimis patvirtinančius rezultatus.

Gyvenimo kokybės ir skausmo įvertinimo ryšys

Analizuojant patiriamo skausmo intensyvumo ir gyvenimo kokybės ryšius, nustatyta, jog kuo intensyvesnį tiriamieji suvokia savo skausmą, tuo mažesni įverčiai gaunami šiose gyvenimo kokybės srityse:

- fizinio aktyvumo ($r = -0,58$; $p = 0,000$);
- veiklos apribojimo dėl fizinių problemų ($r = -0,4$; $p = 0,000$);
- bendro sveikatos vertinimo ($r = -0,32$; $p = 0,034$);
- energingumo / gyvybingumo ($r = -0,42$; $p = 0,005$).

Koreliacija tarp fizinės gyvenimo kokybės ir skausmo intensyvumo: $-0,558$ ($p=0,000$). Kuo stipresnį skausmo intensyvumą patiria pacientas, tuo žemesnės fizinės gyvenimo kokybės galima tikėtis. Koreliacija tarp psichinės gyvenimo kokybės ir skausmo intensyvumo nestipri ($r = -0,013$) ir statistiškai nereikšminga.

Vertinant sensorinius skausmo išraiškos būdus (6 lentelė), matyti, jog apibūdinimai „aštrus“, „deginantis“, „duriantis“ reikšmingai susiję su fizine gyvenimo kokybe ir keletu gyvenimo kokybės sričių atskirai. Skausmo suvokimas kaip aštraus ir duriančio neigiamai veikia fizinio aktyvumo sritį. Gyvenimo kokybės klausimyne skausmo skalėje taip pat kalbama apie skausmo intensyvumą, taigi, stebint koreliacijas tarp skausmo apibūdinimo kaip aštraus, deginančio ir duriančio, galima kelti prielaidas, jog būtent šie sensoriniai skausmo išraiškos būdai siejasi su suvokiamu skausmo intensyvumu. Įdomus rezultatas gautas vertinant „maudžiančio“ skausmo aspekto ir socialinių ryšių srities sąsajas: gauta teigiama koreliacija rodo, jog tiriamieji, kurie skausmą suvokia kaip labiau maudžiantį, socialinių ryšių srityje pasižymi geresniu įvertinimu.

6 lentelė. Sensorinės skausmo kokybės ir gyvenimo kokybės duomenų koreliacija pagal Pearsoną

<i>GK</i> <i>Skausmas</i>	Fizinis aktyvumas	Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	Skausmas	Sveikatos vertinimas	Energingumas ir gyvybingumas	Socialiniai ryšiai	Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	Psichikos būseną	Fizinė GK	Psichinė GK
Aštrus	-0,55**	-0,27	-0,39**	-0,23	-0,48**	-0,30*	0,11	-0,45**	-0,45**	-0,18
Deginantis	-0,27	-0,22	-0,39**	-0,02	-0,19	-0,01	0,05	-0,14	-0,32**	0,03
Duriantis	-0,39**	-0,29	-0,33**	-0,11	-0,39**	-0,21	-0,12	-0,09	-0,38**	-0,12
Geliantis	-0,11	-0,13	-0,18	-0,25	0,03	0,14	0,21	0,11	-0,24	0,25
Maudžiantis	-0,07	-0,17	0,06	-0,04	0,01	0,08	0,33**	0,13	-0,24	0,20
Sukaustantis	-0,06	-0,27	-0,25	-0,19	-0,03	0,00	-0,04	0,01	-0,21	-0,00
Sukeliantis nutirpimą	0,001	-0,19	-0,29	-0,14	-0,26	-0,05	0,03	-0,12	-0,10	-0,06

* - koreliacija, kai $p = 0,01$;

** - koreliacija, kai $p = 0,05$.

Taip pat buvo lyginama bendras sensorinių deskriptorių naudojimas ir gyvenimo kokybė. Nustatyta, jog sensoriniai deskriptoriai (didesnis nurodomas jų intensyvumas) statistiškai reikšmingai susiję su:

- Žemesne bendra fizine GK ($r = -0,457$; $p = 0,003$);
- Žemesniu fizinio aktyvumo srities įvertinimu ($r = -0,330$; $p = 0,035$);
- Žemesniu veiklos apribojimo dėl fizinių priežasčių įvertinimu ($r = -0,360$; $p = 0,021$).

Kaip matyti, sensorinė skausmo kokybė siejasi su fizinės gyvenimo kokybės sritimis – statistiškai patikimų sąsajų su psichinės ir emocinės gyvenimo kokybės sritimis nenustatėme.

Emocinė skausmo kokybė siejasi tiek su emocinių, tiek su fizinių gyvenimo kokybės sričių įverčiais. Rastas veiklos apribojimo dėl fizinių problemų ryšys su daugeliu emocinių skausmo apibūdinimų – kuo labiau įkyrus, keliantis nerimą, nemalonus ir varginantis suvokiamas skausmas, tuo mažesni įverčiai veiklos dėl fizinių apribojimų srityje (7 lentelė).

Bendram sveikatos vertinimui svarbiausi skausmo kaip nemalonus ir varginančio apibūdinimai.

Energingumo / gyvybingumo sričiai emociniai skausmo išraiškos komponentai svarbesni – daugiau emocinių skausmo apibūdinimų (keliantis nerimą, neleidžiantis užmigti, nemalonus, varginantis) neigiamai koreliuoja su energingumu / gyvybingumu.

7 lentelė. Emocinės skausmo kokybės ir gyvenimo kokybės duomenų koreliacija pagal Pearsoną

<i>Skausmo įveika</i> <i>Skausmas</i>	Fizinis aktyvumas	Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	Skausmas	Sveikatos vertinimas	ir energingumas gyvybingumas	Socialiniai ryšiai	Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	Psichikos būseną	Fizinė GK	Psichinė GK
Įkyrus	-0,13	-0,37*	-0,18	-0,11	0,06	0,05	0,11	-0,09	-0,16	0,17
Keliantis nerimą	-0,10	-0,39**	-0,13	-0,27	-0,34*	-0,03	-0,16	-0,27	-0,08	-0,15
Neleidžiantis užmigti	-0,27	-0,07	-0,08	-0,22	-0,38*	-0,38*	0,04	-0,45**	-0,03	-0,19
Nemalonus	-0,20	-0,34*	-0,39**	-0,33*	-0,38*	-0,02	-0,01	-0,34*	-0,21	-0,12
Varginantis	-0,33*	-0,40**	-0,53**	-0,33*	-0,35*	-0,18	0,21	-0,19	-0,44**	0,04
Verčiantis judėti, keisti padėtį	0,01	-0,18	-0,19	0,05	-0,11	0,13	-0,10	-0,08	-0,05	-0,10

* - koreliacija, kai $p = 0,01$;

** - koreliacija, kai $p = 0,05$.

Didesnis bendras emocinių deskriptorių intensyvumas statistiškai reikšmingai susijęs su:

- Žemesniu fizinio aktyvumo srities įvertinimu ($r = -0,308$; $p = 0,050$);
- Žemesniu energingumo / gyvybingumo srities įvertinimu ($r = -0,317$; $p = 0,044$);
- Žemesniu emocinės būklės srities įvertinimus ($r = -0,340$; $p = 0,030$).

Gyvenimo kokybės ir skausmo įveikos strategijų ryšys

Visos gautos statistiškai reikšmingos koreliacijos, išskyrus koreliaciją tarp katastrofizavimo strategijos ir GK, teigiamos (8 lentelė). Tai reiškia, jog adaptyvūs skausmo įveikos būdai susiję su geresne gyvenimo kokybe. Katastrofizavimas (neadaptyvi skausmo įveika) ypatingai neigiamai paveikia emocinės būsenos sritį ir apskritai, bendrą psichinę gyvenimo kokybę.

Tiriamieji, dažniau naudojantys skausmo jutimo pervadinimo strategiją, skausmo intensyvumą nurodo kaip mažesnę. Skausmo ignoravimas susijęs ir su fizine, ir su psichine gyvenimo kokybe. Pasikliovimas religija ar tikėjimu gali stiprinti bendrą sveikatos vertinimą:

tiriamieji, dažniau naudojantys meldimosi / tikėjimo įveikos strategiją, bendrą savo sveikatą įvertino geriau. Didesnis bendras įveikos naudojimas siejasi su fizine gyvenimo kokybe.

Tiriamieji, suvokiantys save kaip galinčius labiau kontroliuoti patiriamą skausmą, aukščiau įvertino veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo gyvenimo kokybės sritis. Tiriamieji, suvokiantys save kaip galinčius labiau sumažinti patiriamą skausmą, aukščiau įvertino fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo ir bendro sveikatos vertinimo sritis : suvokiamas gebėjimas sumažinti skausmą apskritai siejasi su geresne fizine gyvenimo kokybe.

8 lentelė. Gyvenimo kokybės ir skausmo įveikos duomenų koreliacija pagal Pearsoną

FA – fizinis aktyvumas, VFP – veiklos apribojimas dėl fizinių problemų, S- skausmas, BSV – bendras sveikatos vertinimas, E/G – energingumas ir gyvybingumas, SR – socialiniai ryšiai, VEP – veiklos apribojimas dėl emocinės būklės, EB – emocinė būklė

<i>Skausmo įveika</i> GK	Dėmesio nukreipimas	Skausmo jutimo pervadinimas	Katastrofizavimas	Ignoravimas	Meldimasis / tikėjimas	Įveikiančios saviinstrukcijos	Veiklos atlikimas	Suvokiama kontrolė	Skausmo sumažinimas	Bendras
FA	0,26	0,15	0,22	0,45**	0,10	0,16	0,22	0,29	0,40**	0,35*
VFP	0,14	0,07	-0,18	0,13	0,09	-0,00	0,03	0,33*	0,40**	0,08
S	0,12	0,45**	-0,00	0,33*	0,05	0,09	0,14	0,35*	0,47**	0,23
BSV	0,01	0,17	-0,09	0,17	0,31*	0,23	0,12	0,29	0,40**	0,19
E/G	0,11	0,18	-0,29	0,38*	0,05	0,19	0,20	0,22	0,28	0,15
SR	0,11	0,17	-0,16	0,24	0,04	0,01	0,15	-0,05	-0,07	0,11
VEP	-0,08	-0,06	-0,13	-0,20	-0,19	-0,09	-0,18	-0,05	-0,25	-0,20
EB	0,10	-0,02	-0,33*	0,45**	0,00	0,26	0,10	0,19	0,11	0,12
Fizinė GK	0,27	0,26	0,17	0,35*	0,09	0,14	0,29	0,29	0,54**	0,33*
Psichinė GK	-0,03	-0,14	-0,40**	0,10	-0,19	0,06	0,00	-0,02	-0,13	-0,12

* - koreliacija, kai $p = 0,01$;

** - koreliacija, kai $p = 0,05$.

Skausmo įvertinimo ir skausmo įveikos ryšys

Kitas svarbus šio darbo tikslas buvo analizuoti skausmo įveikos ryšį su skausmo suvokimu. Taigi, dabar apžvelgsime duomenis, analizuojančius patiriamo skausmo ir naudojamų skausmo įveikos strategijų ryšius.

Tarp skausmo intensyvumo įvertinimo ir bendro įveikos strategijų naudojimo (kiekio ir dažnumo) rasta koreliacija ($r=-0,458$; $p=0,002$). Taigi, šis kintamųjų ryšys reiškia, jog įvairesniu įveikų strategijų kiekiu dažniau besinaudojantys žmonės skausmą įvardina kaip mažiau intensyvų, ir

atvirksčiai. Atrinkus daugiau adaptyvias skausmo įveikos strategijas (išmetus katastrofizavimo subskalės įverčius), koreliacija su skausmo intensyvumu nežymiai sustiprėja ($r=-0,462$; $p=0,002$). Šie rezultatai leidžia kelti prielaidą, jog adaptyvesnių skausmo įveikos strategijų naudojimas susijęs su mažesniu skausmo intensyvumo suvokimu, bet nepretenduoja į priežastingumo ryšių įrodymus.

Žemiau pateikiamoje lentelėje pateikiami kiekvienos įveikos strategijos koreliacija su skausmo intensyvumu (9 lentelė).

9 lentelė. Skausmo intensyvumo ir skausmo įveikos strategijų koreliacija pagal Pearsoną

<i>Skausmo įveikos strategijos</i>	<i>Koreliacija su skausmo intensyvumu</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Dėmesio nukreipimas	-0,43**	0,005
Skausmo jutimo pervadinimas	-0,41**	0,006
Katastrofizavimas	-0,13	0,411
Ignoravimas	-0,52**	0,000
Meldimasis / tikėjimas	-0,22	0,161
Įveikiančios saviinstrukcijos	-0,30*	0,049
Veiklos atlikimas	-0,60**	0,000
Suvokiama kontrolė	-0,40**	0,008
Skausmo sumažinimas	-0,50**	0,001

* - koreliacija, kai $p = 0,01$;

** - koreliacija, kai $p = 0,05$

Rezultatai rodo, jog žmonės, dažniau naudojantys dėmesio nukreipimo technikas, ignoruojantys skausmą arba dažniau linkę stiprinti save, skausmą apibūdina kaip mažiau intensyvu. Skausmo intensyvumas taip pat analogiškai susijęs su suvokiamu gebėjimu kontroliuoti ir sumažinti skausmą ($r = -0,40$, $p=0,001$ ir $r = -0,50$, $p=0,001$).

Dauguma tiriamųjų teigė iš dalies galintys kontroliuoti ir sumažinti patiriamą skausmą. Rasta koreliacija tarp tikėjimo savo gebėjimu sumažinti skausmą ir skausmo intensyvumo - kuo didesnis įsitikinimas savo galimybėmis valdyti situaciją, tuo mažesnis skausmo intensyvumo įvertinimas ($r = -0,50$; $p = 0,001$). Tiriamieji, apskritai labiau tikintys savo gebėjimu kontroliuoti skausmą, taip pat pateikė žemesnius skausmo intensyvumo įvertinimus ($r = -0,40$; $p = 0,008$).

Atitinkamai buvo analizuojama **skausmo kokybė ir naudojamos įveikos strategijos**.

Bendras sensorinių skausmo deskriptorių intensyvumas su įveikos strategijų naudojimu statistiškai reikšmingai nesusijęs. Rasti silpni, bet statistiškai reikšmingi ryšiai tarp atskirų sensorinių skausmo deskriptorių ir įveikos strategijų (koreliacija pagal Pearsoną, kai $p = 0,05$):

- Bendrai daugiau skausmo įveikos strategijų naudojantys tiriamieji skausmą įvertino kaip mažiau aštrų ($r = -0,30$) ir geliantį ($r = -0,31$).
- Dažnesnis dėmesio nukreipimo strategijos naudojimas susijęs su mažesniu skausmo kaip duriančio ($r = -0,34$) ir geliančio ($r = -0,34$) apibūdinimu;
- Ignoravimo strategijos naudojimas susijęs su mažesniu skausmo kaip aštraus apibūdinimu ($r = -0,37$);
- Meldimosi / tikėjimo strategija susijusi su skausmo kaip geliančio apibūdinimu ($r = -0,34$);
- Įveikiančios saviinstrukcijos susijęs su skausmo kaip aštraus apibūdinimu ($r = -0,37$);
- Veiklos atlikimas siejasi su skausmo kaip geliančio apibūdinimu ($r = -0,37$);
- Tiriamieji, apibūdinę skausmą kaip mažiau aštrų ($r = -0,37$) ir geliantį ($r = -0,30$), nurodė didesnes skausmo sumažinimo galimybes.

Mūsų tyrimas atspindi, jog bendras emocinių skausmo deskriptorių naudojimas (10 lentelė) su skausmo įveika susijęs labiau, nei sensoriniai skausmo kokybės aspektai.

10 lentelė. Bendro emocinių skausmo deskriptorių intensyvumo ir skausmo įveikos strategijų koreliacija pagal Pearsoną

	Koreliacija su bendru emocinių skausmo deskriptorių intensyvumu	
	r	p
Dėmesio nukreipimas	-0,33*	0,031
Įveikiančios saviinstrukcijos	-0,42**	0,006
Suvokiama kontrolė	-0,52**	0,000
Skausmo sumažinimas	-0,39**	0,010
Bendras įveikos strategijų naudojimas	-0,339*	0,026
Bendras adaptyvių įveikos strategijų naudojimas	-0,986**	0,000

* - koreliacija, kai $p = 0,01$;

** - koreliacija, kai $p = 0,05$

Atskiri neigiami emociniai skausmo deskriptoriai buvo susiję su mažesniu įveikos strategijų naudojimu:

- kuo mažiau žmonės naudojo dėmesio nukreipimo ($r = -0,43$), skausmo jutimo pervadinimo ($r = -0,44$), ignoravimo ($r = -0,40$), meldimosi ar tikėjimo ($r = -0,23$), įveikiančių saviinstrukcijų ($r = -0,37$) ir veiklos atlikimo strategijas ($r = -0,37$), kuo mažiau jautėsi galintys apskritai kontroliuoti ($r = -0,41$) ir sumažinti ($r = -0,46$) skausmą, tuo labiau jų skausmo apibūdinimui tiko žodis “varginantis”.
- Žodis “nemalonus” buvo susijęs su mažesniu dėmesio nukreipimo ($r = -0,32$), ignoravimo ($r = -0,33$), įveikiančių saviinstrukcijų ($r = -0,32$) strategijų naudojimu,

mažesniu savo gebėjimo kontroliuoti ($r = -0,41$) ir sumažinti ($r = -0,44$) skausmą suvokimu.

Neigiama emocinė skausmo kokybė buvo susijusi su dažnesniu vienos įveikos strategijos naudojimu:

- Skausmą kaip labiau nemalonų apibūdino žmonės, dažniau besirenkantys katastrofizavimo strategiją ($r = 0,35$).

2. Apibendrinimas

Šiame tyrime dalyvavę sergantys osteoartritu žmonės patiria vidutinio stiprumo skausmus: VAS skalėje vidutinis skausmo intensyvumas – 57,33. Lyginant pagal lytį ir amžių, skausmo intensyvumo skirtumų nerasta. Nesusijusi su juo ir ligos trukmė. Šie duomenys atspindi skausmo patyrimo proceso daugiaplaniškumą – siekiant suprasti skausmo patyrimą, svarbūs ne tik fiziologiniai parametrai. Lyginant pagal išsilavinimą, matyti tendencijos, jog žemesnio išsilavinimo asmenys skausmą suvokia kaip labiau intensyvu.

Sergantieji osteoartritu skausmą apibūdino kaip varginantį, neleidžiantį užmigti, verčiantį judėti ir keisti padėtį, maudžiantį, geliantį. Tokie apibūdinimai kaip geliantis ir deginantis gali byloti apie neuropatinį skausmo pobūdį ir reikalauja atitinkamo dėmesio skausmo gydyme.

Tiriamųjų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė nesiskyrė, lyginant pagal lytį, amžių ir ligos trukmę. Aukščiausiai įvertintos su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sritys – emocinės būsenos, socialinių ryšių ir veiklos apribojimo dėl emocinių problemų. Žemiausiai – veiklos apribojimas dėl fizinių problemų, skausmo ir sveikatos vertinimo. Lyginant su kitomis reumatinio pobūdžio ligomis (reumatoidiniu artritu ir sisteminė raudonąja vilklige) sergančiųjų gyvenimo kokybe, matyti panašūs rezultatai. Skausmo ir veiklos apribojimo dėl fizinių problemų srityse matyti netgi žemesni įverčiai. Toks rezultatas byloja apie būtinybę daugiau dėmesio skirti osteoartritu sergantiems pacientams, nes sveikatos priežiūros sistemoje ši liga vertinama kaip žymiai „lengvesnio pobūdžio“ nei reumatoidinis artritas ar sisteminė raudonoji vilklige.

Rasti tiek skausmo charakteristikų, tiek naudojamų įveikos būdų ryšiai su gyvenimo kokybe. Skausmo patyrimas siejasi su gyvenimo kokybe: intensyvesnį skausmą patiriantys tiriamieji savo gyvenimo kokybę (ypač fizinę) vertina prasčiau. Sensorinė skausmo kokybė siejasi su dauguma fizinės gyvenimo kokybės sričių, emocinė skausmo kokybė koreliuoja su psichinės gyvenimo kokybės sritimis. Rastos skausmo intensyvumo ir skausmo sensorinių bei emocinių deskriptorių koreliacijos su įvairiomis gyvenimo kokybės sritimis patvirtina skausmo įvertinimo

svarbą. Skausmo charakteristikos atspindi psichologinius dalykus, taigi, tikėtina, jog skausmo vertinimas klinikiniam darbe gali būti patogus ir efektyvus metodas, padedantis nustatyti su sveikata susijusią osteoartritu sergančių žmonių gyvenimo kokybę.

Mūsų tyrimo rezultatai patvirtina ankstesnių tyrimų rezultatus – žmonės, sergantys osteoartritu ir kenčiantys stiprų skausmą, naudoja platų spektrą įveikos strategijų (Affek, 1992,1999). Užsienio literatūroje minimuose osteoartritu sergančių pacientų įveikos tyrimuose nustatyta, jog šie pacientai dažniausiai naudojami įveikiančių saviinstrukcijų, meldimosi ar tikėjimo, ignoravimo, dėmesio nukreipimo strategijomis (Keef, 1989). Mūsų atliktame tyrime išskirtos dažniausiai naudojamos strategijos iš dalies patvirtina šiuos rezultatus. Dažniausiai naudojamos įveikos strategijos: veiklos atlikimas, meldimasis /tikėjimas, įveikiančios saviinstrukcijos.

Adaptyvi įveika susijusi su geresne fizine ir psichologine sveikata (Dunn, 2004). Mūsų tyrimo rezultatai taip pat rodo ryšį tarp gyvenimo kokybės ir adaptyvių skausmo įveikos būdų. Adaptyvių skausmo įveikos strategijų naudojimas (kaip kad veiklos atlikimas, ignoravimas) susijęs su geresne gyvenimo kokybe ir mažesniu skausmo intensyvumu.

Religiniai įveikos būdai dažnai vertinami kaip adaptyvūs; tikėjimas apskritai siejamas su streso įveika, fizine bei psichine sveikata (Lemme, 2003). Mūsų tyrime rastas ryšys tarp religinės įveikos ir bendro savo sveikatos vertinimo: tiriamieji, dažniau naudojantys meldimosi / tikėjimo įveikos strategiją, bendrą savo sveikatą įvertino geriau. Nors literatūroje randama duomenų apie lyties skirtumus, naudojant religinę įveiką, mūsų tyrime šis įveikos būdas vienodai naudojamas tiek vyrų, tiek moterų. Ko gero, norint patikrinti lyties skirtumus, reikia išsamesnių ir platesnių tyrimų. Tuo labiau, kad mes netyrinėjome tiriamųjų religingumo apskritai.

Neadaptyvus skausmo įveikos būdas – katastrofizavimas – ypač neigiamai paveikia emocinės būsenos sritį ir bendrą psichinę gyvenimo kokybę. Literatūroje teigiama, jog katastrofizavimas pablogina psichologinį prisitaikymą ir įtakoja blogą, neadaptyvią skausmo įveiką (Nezu, 2003). Katastrofizavimas mūsų tyrime siejasi ir su didesniu skausmo intensyvumu suvokimu. Žinoma, neteigiamas priežastinis ryšys. Bet atsižvelgiant į šia sąsajas, būtų naudingas sergančiųjų osteoartritu mokymo organizavimas, kreipiant dėmesį į katastrofizavimą, polinkį į katastrofinį mąstymą.

Suvokiama kontrolė mūsų tyrime taip pat teigiamai siejasi su gyvenimo kokybe – tiriamieji, suvokiantys didesnes savo galimybes kontroliuojant skausmą, savo bendrą fizinę gyvenimo kokybę įvertino geriau. Kadangi literatūroje pabrėžiama didelė suvokiamos kontrolės ir

saviveiksmingumo svarba prisitaikant prie lėtinių ligų, ateityje būtų naudingi tyrimai, plačiau analizuojantys suvokiamos skausmo kontrolės reikšmę, sergant osteoartritu.

Apibendrinus galima teigti, jog psichologinis prisitaikymas ir jį atspindinti gyvenimo kokybė sergant osteoartritu yra susiję su suvokiamu skausmu- tiek jo intensyvumu, tiek kokybe. Nemažiau svarbios naudojamos skausmo įveikos strategijos. Sergant lėtinėmis ligomis būtent gyvenimo kokybė, o ne jo trukmė yra svarbiausias gydymo tikslas. Kadangi gyvenimo kokybė siejasi su skausmo įveikos būdais, tikėtina, kad tam tikrų būdų naudojimas gali pagerinti su sveikata susijusių osteoartritu sergančių pacientų gyvenimo kokybę. Atsižvelgiant į šia sąsajas, būtų naudingas sergančiųjų osteoartritu mokymo organizavimas, atkreipiant dėmesį į katastrofizavimą, polinkį į katastrofinį mąstymą – kaip neadaptyvius procesus, ir mokant efektyvių skausmo įveikos būdų – dėmesio nukreipimo, veiklos atlikimo, ignoravimo. Kadangi mūsų tyrimas neatskleidžia priežastinių ryšių ir skausmo įveikos strategijų įtakos gyvenimo kokybei, ateityje būtų įdomu ir svarbu atlikti tam tikrų įveikos strategijų efektyvumą vertinančius tyrimus.

IŠVADOS

1. Skausmo intensyvumas susijęs su gyvenimo kokybe : didesnis skausmo intensyvumas susijęs su mažesniais šių gyvenimo kokybės sričių įverčiais:

- fizinio aktyvumo;
- veiklos apribojimo dėl fizinių problemų;
- bendro sveikatos vertinimo;
- energingumo / gyvybingumo.

2. Bendra sensorinė skausmo kokybė siejasi su žemesniais fizinės gyvenimo kokybės sričių įverčiais, bendra emocinė – su žemesniais psichinės gyvenimo kokybės sričių įverčiais.

3. Sergančiųjų osteoartritu gyvenimo kokybė susijusi su naudojamomis įveikos strategijomis:

- adaptyvių skausmo įveikos strategijų naudojimas susijęs su aukštesne bendra fizine gyvenimo kokybe ir aukštesniu fizinio aktyvumo įvertinimu.
- neadaptyvi įveikos strategija – katastrofizavimas – susijusi su žemesne bendra psichine gyvenimo kokybe ir žemesniu emocinės būsenos įvertinimu.

4. Dažnesnis adaptyvių skausmo įveikos strategijų naudojimas susijęs su žemesniu skausmo intensyvumu ir mažiau išreikšta emocine skausmo kokybe.

LITERATŪRA

1. Baublienė J. Skausmo gydymo samprata // Sveikatos mokslai, 2002, Nr.5.
2. Baublienė J. Opioidai skausmo medicinoje // Lėtinis skausmas ir jo psichiatriniai aspektai. Kaunas, 2002.
3. Baublienė J. Skausmo samprata ir gydymas // Vaistų žinios. Vilnius, 2006.
4. Čėkanavičius V., Murauskas G. Statistika ir jos taikymas: II knyga. Vilnius: TEV, 2000.
5. Daubaras G. Lėtinis skausmas ir psichikos sutrikimai // Lėtinis skausmas ir jo psichiatriniai aspektai. Kaunas, 2002.
6. Diržytė A. Onkologinių pacientų kognityvinės schemos, ligos įveika ir ląstelinis imunitetas. Daktaro disertacijos santrauka. VU, Vilnius, 2001.
7. Dunn K.S., Horgas A.L. Religious and Nonreligious Coping in Older Adults Experiencing Chronic Pain // Pain Manag Nurs. 2004, vol.5(1), p.19-28.
8. Essentials of Pathophysiology : Concepts of Altered Health States. Ed. by C. Porth, K. J. Gaspard. 2003.
9. Furmonavičius T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje // Biomedicina. 2001, Nr. 1(2), p.128–132.
10. Furmonavičius T. Fiziologinių veiksnių įtaka vyresnio amžiaus vyrų kai kuriems gyvenimo kokybės aspektams // Medicina. 2003, Nr.39 (9).
11. Furmonavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai // Medicina. 2004, Nr.40(6), p.509-516.
12. Grossi G., Joaquim, Soares J.F. Gender Differences in Coping With Musculoskeletal Pain // International Journal of Behavioral Medicine. 2000, vol. 7, (4), p.305-321.
13. Nezu A. Health psychology // Handbook of Psychology. Ed. Weiner I.B. 2003, Vol. 9.
14. Keogh E, Ecclesston C. Sex Differences in Adolescent Chronic Pain and Pain - Related Coping // European Journal of Pain. 2006, p.275-284.
15. Keogh, E., McCracken, LM., Eccleston, C. Gender Moderates the Association Between Depression and Disability in Chronic Pain Patients // European Journal of Pain. 2006, vol.10, p. 413-422.
16. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas, Šviesa, 1999.

17. Keefe F.J., Lefebvre J.C., Egert J.R., Affleck G. The Relationship of Gender to Pain, Pain Behavior, and Disability in Osteoarthritis Patients: The Role of Catastrophizing // *European Journal of Pain*. 2000, vol. 87, p. 325-334.
18. LaChapelle M., Diane L, Hadjistavropoulos T. Age-Related Differences Among Adults Coping With Pain: Evaluation of a Developmental Life-Context Model // *Canadian Journal of Behavioural Science*. 2005 [žiūrėta 2007 m. kovo 13 d.]. Prieiga per internetą: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3717/is_200504/ai_n14683291
19. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York, 1984.
20. Lazarus R.S. Nuo psichologinio streso iki emocijų: besikeičiančių požiūrių istorija // *Psichologija*. 1998, Nr.18, p.126–141.
21. Lemme B.H. *Suaugusiojo raida. Poligrafija ir informatika*. Vilnius, 2003.
22. Lorig K., Fries J.F. Į pagalbą sergantiems artritū ir fibromialgija : patikrinta savivaldos programa. Vilnius, Lietuvos artritū asociacija, 2005.
23. Matonytė I. Osteoartritas – kompleksinė liga // *Farmacija ir laikas*. 2007, Nr.2, p.76-78.
24. McCaffrey R., Freeman E. Effect of Music on Chronic Osteoarthritis Pain in Older People // *Journal of Advanced Nursing*. 2003, 44 (5), p. 517-524.
25. *Medicinos enciklopedija*. 1 dalis. Valstybinė Vilniaus enciklopedijų leidykla. Vilnius, 1991.
26. Myers D.G. *Psichologija. Poligrafija ir informatika*. Vilnius, 2000.
27. Pasaulinės artritū asociacijos prezidentas – apie reumatines ligas Lietuvoje ir Europoje. 2006 [žiūrėta 2007 m. balandžio 30 d.]. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/lt/main/news/pranesimai_spaudai?id=3502
28. Pauza V., Žuromskis T. Skausmas ir miego sutrikimai // *Lėtinis skausmas ir jo psichiatriniai aspektai*. Kaunas, 2002, p.10-11.
29. Pileckytė M. Osteoartritū gydymo principai // *Medicinos žurnalas*. 2005, Nr.5, p.15-18.
30. Rugienė R., Dadonienė J., Venalis A. Gyvenimo kokybės klausimyno adaptavimas, jo tinkamumo kontrolinei grupei ir reumatoidiniu artritū sergantiems ligoniams įvertinimas // *Medicina (Kaunas)*. 2005, Nr. 41 (3).
31. Rugienė R., Dadonienė J., Venalis A., Stropuvienė S. Reumatinėmis ligomis sergančių ligonių ir kontrolinės grupės tiriamųjų gyvenimo kokybės palyginimas // *Medicina (Kaunas)*. 2005, Nr.41 (7), p.561-565.
32. Sargautytė R. Psichologiniai skausmo įvertinimo aspektai // *Psichologija*. 1992, Nr. 12, p.80-95.

33. Sargautytė R. Psichologo vaidmuo skausmo medicinoje // Lėtinis skausmas ir jo psichiatriniai aspektai. Kaunas, 2002, p.16.
34. Sargautytė R., Veitienė D. Kad skausmas nebūtų priešu. Vilnius, 2005.
35. Sargautytė. Vyresniųjų skausmo pacientų psichologinė priežiūra // Skausmas vyresniame amžiuje. Red. A.Ščiupokas. Lietuvos skausmo draugija, 2007.
36. Sasnauskaitė A., Kubilius D., Petrikonis K., Ščiupokas A. Skausmo vertinimas teikiant būtinąją pagalbą // Skausmo medicina. 2006, Nr. 1 (14).
37. Shontz F.C. Adaptation to Chronic Illness and Disability // Handbook of Clinical Health Psychology. Ed. Hillon Sk., Guen Ch., Heagher R.. NY, Plenum Press, 1982.
38. Sinclair V.G., Wallston K.A. The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale // Assessment. 2004, vol. 11, (1), p. 94-101.
39. Skausmo gydymas: dabartinis požiūris // Skausmo medicina. 2006, Nr.3 (16).
40. Swartzman L.C., Gwadry F.G., Shapiro A.P., Teasell R.W. The factor structure of the Coping Strategies Questionnaire // European Journal of Pain. 1994, Nr.57(3), p.311-316.
41. Ščiupokas A. Lėtinis neonkologinis skausmas ir jo gydymas opioidiniais analgetikais. KMU spaudos ir leidybos centras, 2006.
42. Vaisetaitė L., Sargautytė R. Skausmo suvokimo ypatumai ir įveikos strategijos sporte // Skausmo medicina. 2006, Nr.2 (15), p.19-22.

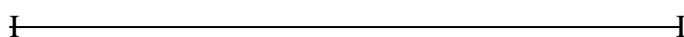
Sveiki,

Šiuo metu Vilniaus Universitete atliekami tyrimai, siekiant įvertinti osteoartritu sergančių žmonių savijautą bei psichologinį prisitaikymą. Būsime dėkingi, jei Jūs padėsite mums, atidžiai užpildydami šią anketą.

I dalis . Skausmo įvertinimas

Prašome įvertinti Jūsų **per paskutinę savaitę** patiriamą fizinį skausmą.

Pirmiausia žemiau pateikiamoje skalėje pažymėkite kryželiu vietą, kuri atitiktų Jūsų patiriamą skausmą:



Nėra skausmo

Nepakeliamas skausmas

Žemiau pateikiami būdvardžiai, plačiau nusakantys patiriamus skausmus. Galvodami apie praėjusią savaitę buvusį skausmą, skalėse **apveskite atitinkamą skaičių**, - 0 – jei būdvardis visai neapibūdina Jūsų skausmo, 1 - jei jis labiau netinka, nei tinka, 2- jei būdvardis labiau tinka, nei netinka ir 3 – jei būdvardis labai tinka Jūsų skausmui apibūdinti.

Aštrus	0-----1-----2-----3	Nemalonus	0-----1-----2-----3
Deginantis	0-----1-----2-----3	Sukaustantis	0-----1-----2-----3
Duriantis	0-----1-----2-----3	Sukeliantis nutirpimą	0-----1-----2-----3
Geliantis	0-----1-----2-----3	Varginantis	0-----1-----2-----3
Įkyrus	0-----1-----2-----3	Verčiantis judėti,	
Keliantis nerimą	0-----1-----2-----3	keisti padėtį	0-----1-----2-----3
Maudžiantis	0-----1-----2-----3		
Neleidžiantis		Kita	
užmigti	0-----1-----2-----3	(.....)	0-----1-----2-----3

II dalis

Klausiamo Jūsų nuomonės apie Jūsų sveikatą, Ši informacija padės įvertinti, kaip jūs dabar jaučiatės ir kaip Jūs galite atlikti įprastus veiksmus.

Atsakykite į kiekvieną klausimą, **pažymėdami tinkamą atsakymą**. Jei Jūs nesate garantuotas, kaip atsakyti, pasirinkite, Jūsų manymu, tinkamiausią atsakymą.

1. Ar Jūs galite pasakyti, kad apskritai Jūsų sveikata yra:

(apibrėžkite vieną atsakymą)

- Puiki 1
- Labai gera..... 2
- Gera 3
- Patenkinama 4
- Bloga 5

2. Palyginkite dabartinę savo sveikatą su buvusią prieš metus sveikata:

(apibrėžkite vieną atsakymą)

- Dabar geresnė negu prieš metus 1
- Dabar šiek tiek geresnė negu prieš metus 2
- Dabar tokia pati, kaip ir prieš metus..... 3
- Dabar šiek tiek blogesnė negu prieš metus 4
- Dabar daug blogesnė negu prieš metus 5

3. Kiti klausimai yra apie veiksmus, kuriuos Jums tikriausiai tenka atlikti kiekvieną dieną.

Ar Jūsų sveikatos būklė dabar trukdo juos atlikti? Jei taip, kaip stipriai?

(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

Veiksmai	Taip, trukdo stipriai	Taip, šiek tiek trukdo	Ne, visai netrukdo
a) stiprus judėjimas, toks kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, dalyvavimas energingame sporte	1	2	3
b) vidutinis judėjimas, toks kaip stalo judinimas, dulkių siurblio traukymas	1	2	3
c) parsinešti savo pirkinius namo	1	2	3
d) užlipti laiptais keletą aukštų	1	2	3
e) užlipti laiptais iki pirmos aikštelės (10 laiptelių)	1	2	3
f) pasilenkti, atsiklausti, atsitūpti	1	2	3
g) nueiti daugiau kaip 1 km (1000 m)	1	2	3
h) nueiti 0,5 km (500 m)	1	2	3
i) nueiti 100 m	1	2	3
j) nusiprausti ar apsirengti	1	2	3

4. Ar per paskutines 4 savaites Jūs turėjote **dėl savo sveikatos** sekančių problemų darbe ar kasdieniuose reikaluose?

(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

	TAIP	NE
a) ar sutrumpėjo laikas, kurį praleidote darbe ar kitoje veikloje	1	2
b) atlikote mažiau darbų nei norėjote	1	2
c) kai kurie darbai ir kasdieniniai veiksmai buvo apriboti	1	2
d) turėjote sunkumų atlikti darbą ar kitokią veiksmą (pavyzdžiui, darbui reikėjo ypatingų pastangų)	1	2

5. Ar per paskutines 4 savaites **dėl savo emocinių problemų (tokių, kaip depresija ar baimė) turėjote sunkumų darbe ar atliekant kasdieninius įprastus veiksmus?**

(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

	TAIP	NE
a) ar sutrumpėjo laikas, kurį praleidote darbe ar kitoje veikloje	1	2
b) atlikote mažiau darbų nei Jūs norėjote	1	2
c) neatlikote darbo ar kitokių veiksmų taip kruopščiai, kaip paprastai	1	2

6. Kaip per paskutines 4 savaites Jūsų **fizinė sveikata ar emocinė būklė paveikė Jūsų bendravimą su šeima, draugais, kaimynais ar grupe?**

(apibrėžkite vieną atsakymą)

- Visai nepaveikė 1
 Šiek tiek paveikė2
 Vidutiniškai paveikė..... 3
 Stipriai paveikė4
 Labai stipriai paveikė5

7. Ar Jūs **jautėte** per paskutines 4 savaites **kūno skausmą?**

(apibrėžkite vieną atsakymą)

- Jokių skausmų nejaučiu.....1
 Jaučiau labai silpnus skausmus.....2
 Jaučiau silpnus skausmus..... 3
 Jaučiau vidutinio stiprumo skausmus..... 4
 Jaučiau stiprius skausmus..... 5
 Jaučiau labai stiprius skausmus6

8. Kaip **stipriai** per paskutines 4 savaites **skausmas įtakojo Jūsų normalų darbą** (įskaitant darbą namuose ir ne tik)?

(apibrėžkite vieną atsakymą)

- Visai neįtakojo1
 Šiek tiek2
 Vidutiniškai3
 Stipriai..... 4
 Labai stipriai įtakojo5

9. **Šie klausimai yra apie tai, kaip Jūs jaučiatės ir kas nutiko Jums per paskutines 4 savaites.** Kiekvienam klausimui prašau pateikti vieną atsakymą, kuris labiausiai, Jūsų nuomone, atitiktų realią situaciją. **Kiek laiko** per paskutines 4 savaites Jūs:

(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

	Visą laiką	Beveik visą laiką	Didžiąją laiko dalį	Nedaug laiko	Mažokai laiko	Visai nesijaučiau
a) jautėte pilnai normalų gyvenimą	1	2	3	4	5	6
b) buvote labai nervinga asmenybė	1	2	3	4	5	6
c) jautėtės toks nusiminęs, kad niekas negalėjo jūsų išblaškyti	1	2	3	4	5	6
d) jautėtės ramiai nusiteikęs	1	2	3	4	5	6
e) turėjote pakankamai energijos	1	2	3	4	5	6
f) jautėtės nusiminęs ir prislėgtas	1	2	3	4	5	6
g) jautėtės išsekęs	1	2	3	4	5	6
h) buvote laimingas žmogus	1	2	3	4	5	6
i) jautėtės pavargęs	1	2	3	4	5	6

10. Kiek per paskutines 4 savaites **laiko Jūsų fizinė sveikata ir emocinės problemos trukdė Jūsų socialiniam aktyvumui (tokiam, kaip susitikimai su draugais, pažįstamais, giminėmis ir t.t.)?**

(apibrėžkite vieną atsakymą)

- Visą laiką1
 Didžiąją laiko dalį..... 2
 Šiek tiek laiko..... 3
 Labai nedaug laiko 4
 Tokio trukdymo visai nebuvo..... 5

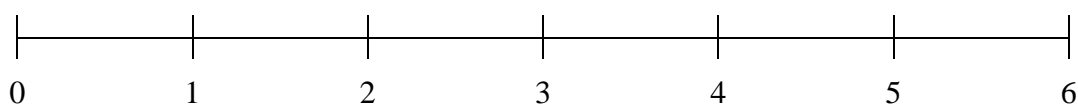
11. Kiek teisingas ir klaidingas Jums yra kiekvienas iš sekančių teiginių?

(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

	Labai teisingas	Daugumoje atvejų teisingas	Nežinau	Daugumoje atvejų klaidingas	Labai klaidingas
a) Aš manau, kad sergu lengviau nei kiti žmonės	1	2	3	4	5
b) Aš manau, kad esu toks pat sveikas, kaip ir kiti, kurios pažįstu	1	2	3	4	5
c) Aš galvoju, kad mano sveikata blogės	1	2	3	4	5
d) Mano sveikata puiki	1	2	3	4	5

III dalis 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.



Niekada taip nedarau

Kartais taip darau

Visada taip darau

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 kažkoku spaudimo ar kaitimo jutimu.
- _____ 5. Jaučiuosi pasibaisėtinais ir atrodo, kad niekuomet nepalengvės.
- _____ 6. Drąsinu save laikytis, nepaisant skausmo.

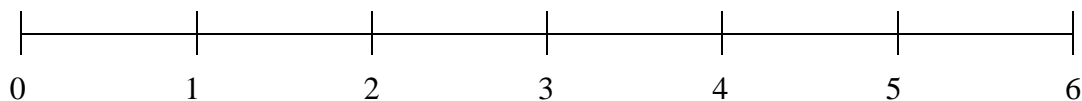
Kai man skauda ...

- _____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.
- _____18. Stengiuosi galvoti, jog skausmas yra ne mano kūne, o kažkur už jo ribų.
- _____19. Atsipalaiduoju.
- _____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 kada nors 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.

Kai man skauda ...

- _____37. Nors ir skauda, aš tiesiog toliau gyvenu.
- _____38. Man atrodo, kad nebegaliu daugiau kęsti skausmo.
- _____39. Stengiuosi bendrauti su kitais žmonėmis.
- _____40. Aš skausmą ignoruoju.
- _____41. Pasikliauju savo tikėjimu Dievu.
- _____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 kurią skalės įvertinimą.

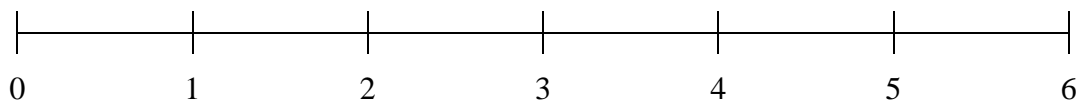


Nekontroliuoju

Iš dalies
kontroliuoju

Pilnai
kontroliuoju

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 kurią skalės įvertinimą.



Visiškai negaliu
sumažinti

Iš dalies
Galiu sumažinti

Pilnai galiu
sumažinti

III dalis

Keletas klausimų apie Jus:

1. Jūsų amžius:_____ (įrašykite)
2. Jūsų lytis: moteris / vyras (pabraukite tinkamą)
3. Išsilavinimas:
pradinis/ vidurinis/ aukštesnysis arba profesinis/ aukštasis (pabraukite tinkamą)

4. Jūsų ligos istorija:

- Kada susirgote osteoartroze (artritu)?

- Tiksliai diagnozė (jei žinote):

- Ar jūsų sąnariai buvo keisti? (jei taip, įrašykite kada)

- Kokiomis ligomis sergate be osteoartrozės?

- Kaip manote, kodėl susirgote šia sąnarių liga?

Dėkojame, kad sutikote mums padėti!