

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO  
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO  
SLAUGOS KATEDRA**

**PACIENTŲ PATIRIAMAS LĖTINIS SKAUSMAS IR  
MIEGO KOKYBĖ**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL20, stud. Solveiga Putnienė

Vadovas

Prof. habil. dr. Nora Šiupšinskienė

Klaipėda, 2022

## SANTRAUKA

Putnienė S. Pacientų patiriamas lėtinis skausmas ir miego kokybė. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. habil. dr. N. Šiupšinskienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2022. – 72 p.

Bloga miego kokybė dažnai lemia nuolatinį nuovargį, kuris neigiamai veikia žmogaus atliekamas veiklas, emocijas bei jo fizinius poreikius. Žmogus tampa neatidus, dažnai piktas, kas neigiamai veikia jo gyvenimo kokybę. Dauguma pacientų patiriančių lėtinį skausmą dažnai susiduria su bloga gyvenimo kokybe ir miego problemomis.

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti pacientų patiriamą lėtinį skausmą ir miego kokybę.

**Tyrimo metodika.** Atliktas kiekybinis tyrimas. Naudotas instrumentas – klausimynas, apklausa raštu. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistinės duomenų analizės „SPSS 24“ (angl. Statistical Package for Social Sciences) ir „Microsoft Office Excel 2016“ programas. Imtį sudarė 266 pacientai, patiriantys lėtinį skausmą. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

**Tyrimo rezultatai.** Įvertinus pacientų, patiriančių lėtinį skausmą, nustatyta, kad stipriausią poveikį lėtinis skausmas turėjo daugumos pacientų galimybėms atlikti kasdieninius namų ruošos darbus, galimybei dirbti, jausti pasitenkinimą, gaunamą dirbant. Įvertinus pacientų, patiriančių skausmą miego kokybę, nustatyta, kad daugumos pacientų miego kokybę trigdo lėtinis skausmas. 3 kartus per savaitę ir dažniau – dauguma respondentų negalėdavo užmigti dėl skausmo. Daugiau kaip trys ketvirtadaliai skausmą jaučiančių pacientų miego sutrikimus jautė 1-2 kartus per savaitę. Analizuojant lėtinio skausmo intensyvumo ir miego kokybės parametrų sąsajas, pastebėta, kad dauguma pacientų, patiriančių intensyvesnį skausmą, o dėl skausmo jaučiantys stipresnį poveikį kasdienei veiklai turi prastesnę miego kokybę, trumpiau naktimis miega bei dažniau turi miego sutrikimų, kas lėmė prasčiau atliekamas jų kasdienes veiklas.

**Išvada.** Analizuojant pacientų patiriamą lėtinį skausmą ir miego kokybę nustatyta, kad lėtinis skausmas neigiamai paveikia daugumos pacientų kasdienes veiklas ir sutrikdo miego kokybę. Skausmui intensyvėjant, miego ir gyvenimo kokybė blogėja.

*Reikšminiai žodžiai:* lėtinis skausmas, miego kokybė, pacientų miegas, gyvenimo kokybė.

## SUMMARY

Putnienė S. Chronic Pain and Sleep Quality among Patients. The final thesis for the Master's degree in Nursing. Academic advisor Assoc. Prof. N. Šiupšinskienė, Klaipėda University: Klaipėda, 2022. – 72 p.

Poor quality of sleep often leads to constant fatigue, which negatively affects a person's activities, emotions and physical needs. A person becomes inattentive, often angry, which negatively affects his quality of life. Most sufferers experience poor quality of life and sleep problems.

**The aim of this research** - to analyse the chronic pain and sleep quality among patients.

**Research methodology.** A quantitative study was performed. Instrument used - questionnaire, written survey. Statistical data analysis was performed using statistical data analysis SPSS 24 (Statistical Package for Social Sciences) and Microsoft Office Excel 2016 programs. The sample consisted of 266 patients suffering from pain. The research was conducted in accordance with ethical principles.

**Research results.** Assessing those experiencing pain, it was found that the pain with the strongest impact had many opportunities to do daily housework, to be able to work, to feel the satisfaction of working. Assessing the quality of sleep in those experiencing pain, it was found that the quality of motor pain was much better. 3 times a week and most often - the majority of respondents could not fall asleep due to pain. More than three-quarters of those who experience sleep disorders feel it — 2 times a week. Analyzing the intensity of quality pain and the intensity of sleep parameters, it was observed that the most frequent pain, the stronger the quality of daily activities due to pain, the lower the quality of night sleep and the shortest sleep experience, which led to their daily activities.

**Conclusion.** The analysis finds that pain and sleep quality have been found to cause an adverse effect on most daily activities and disrupt sleep quality. As the pain intensifies, sleep and quality of life deteriorate.

*Key words:* chronic pain, quality of sleep, sleep, quality of life.

## **SANTRUMPOS**

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

PSQI/PKI – Pittsburgh Sleep Quality Index (Pitsburgo miego kokybės indeksas)

WHYMPI - West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (Plataus profilio skausmo klausimynas)

TLK - Tarptautinė ligų klasifikacija

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1.	Lėtinio skausmo klasifikacija	11
2.	Gyvenimo kokybės sampratos raida	14
3.	Gyvenimo kokybės sudėtinės dalys	15
4.	Klinikinė nemigos svarba žmonėms, turintiems lėtinių skausmų	23
5.	Tyrimo schema	26
6.	Tyrimo dalyvių Plataus profilio skausmo klausimyno subskalių įverčiai ( $m \pm SN$ )	34
7.	Tyrimo dalyvių užmigimo laiko pasiskirstymas ( $N=266$ )	36
8.	Tyrimo dalyvių nakties miego trukmės pasiskirstymas ( $N=266$ )	37
9.	Tyrimo dalyvių miego sutrikimų dažnio pasiskirstymas ( $N=266$ )	39
10.	Tyrimo dalyvių migdomųjų medikamentų vartojimo bei veiklos sunkumų dažnio pasiskirstymas ( $N=266$ )	40
11.	Tyrimo dalyvių dienos disfunkcijos pasiskirstymas ( $N=266$ )	41
12.	Tyrimo dalyvių miego efektyvumo pasiskirstymas ( $N=266$ )	41
13.	Tyrimo dalyvių subjektyvaus miego kokybės vertinimo pasiskirstymas ( $N=266$ )	42
14.	Tyrimo dalyvių miego kokybės pasiskirstymas ( $N=266$ )	43
15.	Tyrimo dalyvių skausmo profilio subskalių įverčių palyginimas pagal miego kokybę ( $m \pm SN$ )	46

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Tyrimo dalyvių socialinės ir demografinės charakteristikos (N=266)	28
2.	Tyrimo dalyvių patiriamo skausmo intensyvumo subskalės teiginių vertinimas	32
3.	Tyrimo dalyvių artimųjų požiūrio į patiriamą skausmą subskalės teiginių vertinimas	33
4.	Tyrimo dalyvių patiriamo skausmo poveikio kasdinei veiklai subskalės teiginių vertinimas	34
5.	Tyrimo dalyvių Plataus profilio skausmo klausimyno subkalių įverčių palyginimas pagal socialines ir demografines charakteristikas	35
6.	Tyrimo dalyvių užmigimo laiko pasiskirstymas priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (N=266)	36
7.	Tyrimo dalyvių nakties miego trukmės pasiskirstymas priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (N=266)	38
8.	Tyrimo dalyvių miego sutrikimų dėl skirtingų priežasčių pasiskirstymas (N=266)	38
9.	Tyrimo dalyvių miego sutrikimų dažnio pasiskirstymas priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (N=266)	39
10.	Tyrimo dalyvių miego efektyvumo pasiskirstymas priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (N=266)	42
11.	Tyrimo dalyvių miego kokybės priklausomybė nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (daugiaveiksnė logistinė regresija)	44
12.	Tyrimo dalyvių miego kokybės komponentų ir patiriamo skausmo sąsajos (Spearman koreliacija)	45

## PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1.	Klausimynas.	64
2.	Leidimai naudoti Pitsburgo miego kokybės indeksą, Plataus profilio skausmo klausimyną.	72

# TURINYS

<b>IVADAS</b> .....	6
<b>I. PACIENTŲ PATIRIAMAS LĒTINIS SKAUSMAS IR MIEGO KOKYBĖ</b> .....	8
1.1. Lėtinio skausmo samprata.....	8
1.2. Gyvenimo kokybės samprata bei jos veiksniai.....	13
1.3. Lėtinį skausmą patiriančių žmonių gyvenimo kokybės vertinimas.....	17
1.4. Miego kokybės įtaka lėtinį skausmą patiriančių žmonių gyvenimo kokybei.....	21
<b>II. EMPIRINĖ DALIS</b> .....	26
2.1. Tyrimo metodika.....	26
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos .....	27
2.1.2. Tyrimo metodai .....	28
2.1.3. Tyrimo instrumentas.....	29
2.1.4. Tyrimo procesas, eiga.....	30
2.1.5. Tyrimo etika .....	31
2.2. Tyrimo rezultatai.....	32
2.2.1. Pacientų patiriamo skausmo vertinimas .....	32
2.2.2. Pacientų, patiriančių skausmą, miego kokybės vertinimas .....	36
2.2.3. Lėtinio skausmo intensyvumo ir miego kokybės parametrų sąsajų vertinimas .....	44
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas .....	46
<b>IŠVADOS</b> .....	49
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	50
<b>LITERATŪRA</b> .....	51
<b>PRIEDAI</b> .....	63



## IVADAS

**Tyrimo aktualumas.** Lėtinis skausmas – tai ilgai besitęsiantis ar pasikartojantis skausmas, kuris trunka ilgiau nei 3 mėnesius ir nesibaigia sugijus pažeistiems audiniams (Hylands-White et al., 2017). Lėtinį skausmą patiria apie 20 procentų suaugusiųjų (Geneen et al., 2017). Lėtinį skausmą kiekvienas patiria labai skirtingai ir tai priklauso nuo paciento amžiaus grupės, lyties, kultūrinio konteksto bei ankstesnės patirties (Ciaramella et al., 2004). Be to, lėtinį skausmą patiriantys pacientai, kuriems reikia nuolatinio gydymo, patiria daug gyvenimo kokybės pokyčių. Tai didelė problema, nes sutrikdoma kasdienė veikla, aktyvumas, darbingumas, emocinė būklė, patiriamos didesnės sveikatos priežiūros išlaidos, taip pat tai neigiamai veikia gyvenimo kokybę (Geneen et al., 2017; Duenas et al., 2016; Ojeda et al., 2016).

Lėtinis skausmas yra neatsiejamas nuo miego, kurio trukmė ar kokybė yra nepakankama, nes lėtinį skausmą jaučiantys žmonės dažnai turi miego sutrikimų. Skausmo ir miego santykis yra dvikryptis: skausmas gali sutrikdyti miegą, o trumpas ar sutrikęs miegas savo ruožtu sumažina skausmo slenkstį ir padidina jautrumą skausmui. Epidemiologiniai tyrimai parodė, kad bloga miego kokybė ir nepakankama miego trukmė yra rizikos veiksniai išsivystyti lėtiniam skausmui (Afolalu et al., 2018). Taip pat yra svarių įrodymų, kad trumpas ar sutrikęs miegas gali sukelti hiperalgeziją (padidėjusį jautrumą skausmingai stimuliacijai) ir savaiminio skausmo simptomų išsivystymą ar sustiprėjimą (Finan et al., 2013). Ši sąsaja buvo įrodyta atlikus eksperimentinius miego tyrimus, kai miegas yra ribojamas ar sutrikdomas vienai ar daugiau dienų, o poveikis vertinamas naudojant subjektyvius skausmo klausimynus ir/ar kiekybinius jutimo testus. Šis dvikryptis ryšys tarp miego trūkumo ir skausmo padidina skausmo intensyvumą bei miego sutrikimų dažnumą lėtinį skausmą patiriančių asmenų populiacijoje, t.y. blogas miegas sustiprina skausmą, o tai savo ruožtu dar labiau sutrikdo miegą.

Prasta miego kokybė dažnai lemia nuolatinį nuovargį, kuris neigiamai veikia žmogaus atliekamas veiklas, emocijas bei jo fizinius poreikius. Žmogus tampa neatidus, dažnai piktas, kas neigiamai veikia jo gyvenimo kokybę. Todėl yra aktualu ištirti lėtinį skausmą ir miego kokybę.

**Darbo naujumas.** Lėtinį skausmą patiriančių žmonių gyvenimo kokybė bei jos sąsajos su žmonių nuotaikomis ar ligomis yra analizuojamos įvairiuose moksliniuose darbuose. Tačiau mokslinių darbų, pagrindžiančių ir analizuojančių ryšius tarp miego sutrikimų ir patiriamo lėtinio skausmo, vis dar stinga. Nėra daug atliktų mokslinių tyrimų, analizuojančių pacientų patiriamą lėtinį skausmą ir miego kokybę, bet tokie tyrimai yra labai reikalingi, nes paskatintų kurti naujas gydymo metodikas, kurios padėtų geriau malšinti skausmą siekiant pagerinti miego ir gyvenimo kokybę.

**Tyrimo problema.** Kadangi dauguma pacientų patiriančių lėtinį skausmą dažnai susiduria su bloga gyvenimo kokybę ir miego problemomis, atliekant šį tyrimą yra svarbu įvertinti pacientų patiriamą lėtinį skausmą ir jų miego kokybę. Tai leistų atskleisti lėtinio skausmo ir miego kokybės problematiką lėtinį skausmą patiriančių asmenų populiacijoje.

**Tyrimo objektas** - pacientų patiriamas lėtinis skausmas ir miego kokybė.

**Tyrimo subjektas** - lėtinį skausmą patiriantys pacientai.

**Hipotezė** – tikėtina, kad lėtinio skausmo patiriančių pacientų miego kokybė priklauso nuo patiriamo skausmo intensyvumo.

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti pacientų patiriamą lėtinį skausmą ir miego kokybę.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Įvertinti pacientų patiriamą skausmą.
2. Įvertinti pacientų, patiriančių skausmą, miego kokybę.
3. Nustatyti lėtinio skausmo intensyvumo ir miego kokybės parametrų sąsajas.

**Tyrimo metodai:**

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas, anoniminė apklausa raštu.

# I. PACIENTŲ PATIRIAMAS LĒTINIS SKAUSMAS IR MIEGO KOKYBĖ

## 1.1. LĒtinio skausmo samprata

Skausmas yra viena iš dažniausių priežasčių, dėl kurių pacientai kreipiasi medicininės priežiūros. Nors didžiausias mirtingumas išskiriamas dėl širdies infarkto ir insulto, infekcinių ligų, vėžio ir diabeto, lėtinis skausmas yra pagrindinis žmonių kančių ir negalios šaltinis. Pats skausmas ir daugelis ligų, susijusių su lėtiniu skausmu iš karto nekelia pavojaus gyvybei, žmonės gyvena toliau su savo skausmu (Dureja at al., 2014). The Global Burden of Disease Study 2013 metais ligos tyrimas įvertino „negalios gyvenimo metus“ (lėtinio skausmo paplitimas padaugintas iš negalios svertinio koeficiento) iš plataus ligų ir traumų spektro 188 šalyse. (Rice at al., 2016). Vienintelė didžiausia lėtinio skausmo priežastis visame pasaulyje buvo lėtinis apatinės nugaros dalies skausmas, po kurio sekė didžioji depresinė liga. Kitos dažnos lėtinio skausmo priežastys yra lėtinis kaklo skausmas, migrena, artritas, kiti raumenų ir kaulų sistemos sutrikimai bei per didelis vaistų vartojimas, galvos skausmas (Dureja at al., 2014).

Pažeidimai ar ligos, susijusios su somatosensorine nervų sistema, paradoksaliai gali sukelti ne tik funkcijos praradimą, bet ir padidėjusį jautrumą skausmui bei spontanišką skausmą. Šis neuropatinis skausmas dažniausiai yra lėtinis, t.y. jis tęsiasi nuolat arba pasireiškia pasikartojančiais skausmo epizodais. Skausmas gali atsirasti dėl įvairių etiologinių sutrikimų, turinčių įtakos periferinei arba centrinei nervų sistemai. Priežastis gali būti medžiagų apykaitos liga, pvz., diabetinė neuropatija, neurodegeneracinė, kraujagyslių ar autoimuninė būklė, navikas, trauma, infekcija, toksinų poveikis arba paveldima liga. Lėtinis skausmas taip pat pasireiškia esant nežinomos etiologijos neurologinėms ligoms, pvz., idiopatinės neuropatijos (Colloca at al., 2017). Mechaninis padidėjusio jautrumo skausmui ir spontaniško skausmo pagrindas šiomis sąlygomis yra sudėtingas, o jų ryšys su pagrindine patologiniu ligos procesu dažnai lieka neaiškus. Kita vertus, skausmo fenotipų skirtumai suteikia galimybę kliniškai atskirti skausmo sindromus (Baron at al., 2017; Edwards at al., 2016).

Tačiau Tarptautinėje ligų klasifikacijoje lėtinės skausmo diagnozės nėra sistemiškai atstovaujamos (Fillingim at al., 2014; Finnerup at al., 2013). Daug šiuolaikinių sveikatos priežiūros sistemų, siuntimas specifiniam gydymui pvz., multimodalinis skausmo valdymas, priklauso nuo tinkamo TLK kodų kaip indikacijos. Tinkamų kodų trūkumas prisideda prie aiškiai apibrėžtų gydymo būdų trūkumo pacientams, sergantiems lėtiniu skausmu. Kai kurie skausmo specialistai ginčijosi dėl lėtinio skausmo pripažinimo savarankiška liga, o kiti tam prieštaravo. Migrena buvo pripažinta pirminiu galvos skausmo sutrikimu, įtraukiant tarptautinį galvos skausmą (Headache Classification Committee, 2018). Panašiai, tokios sąlygos kaip fibromialgija arba sudėtingas regioninis skausmo sindromas gali būti klasifikuojamas kaip pirminis skausmas. Kita vertus, lėtinis

skausmas gali būti lemtas antrinio osteoartritas arba diabetinės polineuropatijos, kur ji gali būti bent jau iš pradžių laikoma simptomu. Bet kuriuo atveju lėtinis skausmas ilgalaikė būklė, kuriai reikalingas specialus gydymas ir priežiūra (Dureja, at al., 2014)

Lėtinis skausmas – viena dažniausių ir labiausiai gyvenimo kokybę paveikiančių sveikatos būklių. Nors skausmas neretai priskiriamas fiziologiniam pojūčiui, skausmo samprata aprėpia kur kas platesnį suvokimą – tai nemaloni sensorinė ir emocinė patirtis, siejama su audinių pažeidimu arba apibūdinama kaip toks pažeidimas (Merskey, 1994). Lėtinio skausmo etiologija ir išėitys siejamos su įvairių biologinių, psichologinių, pažintinių ir socialinių veiksnių tarpusavio sąveika. Dėl tokio kompleksiško šis fenomenas domina skirtingų sričių mokslininkus. Šiandien galima rasti gausios informacijos apie jo sąryšį su depresija ir nerimo sutrikimais, pažintinių funkcijų bei socialinės sąveikos sutrikdymais (Wong at al., 2018; Mun at al., 2019).

Lėtinis neuropatinis skausmas yra pagrindinis veiksnys, prisidedantis prie pasaulinės ligų naštos (Rice at al., 2016). Jo paplitimas svyruoja nuo 6,9% iki 10% visos populiacijos (Van Hecke at al., 2014). Skiriasi, kiek skausmas yra susijęs su konkrečia neurologine liga. Skausmas gali būti ryškiausias arba vienintelis ligos pasireiškimas, pvz., esant poherpetinei neuralgijai, arba jis gali pasireikšti tik pacientų, sergančių ta pačia liga, pogrupyje, kaip, pavyzdžiui, chemoterapijos sukeltos periferinės neuropatijos. Net tarp pacientų, kurių pagrindinė neuropatinio skausmo priežastis yra ta pati, skausmingi simptomai ir požymiai paprastai skiriasi. Tačiau esant neuropatiniam skausmui, jis dažnai sukelia dideles kančias ir negalią. Terapinis valdymas yra sudėtingas. Vaistiniai preparatai, rekomenduojami kaip pirmosios eilės gydymas, daugeliui pacientų palengvėja mažiau nei patenkinamai (Finnerup at al., 2015).

Kaip nurodo A.V. Apkarian (2019), lėtinio skausmo apibrėžimas šiais laikais tampa nuoseklesnis. Standartinis lėtinio skausmo apibrėžimas išlieka tautologinis, iš esmės nurodantis skausmo išsilaikymą išgydžius arba dėl kitų nežinomų priežasčių jaučiamą ilgą laiką (paprastai > 3–6 mėn.). Minėtas autorius skausmą elgesio požiūriu, apibrėžia kaip skausmą, kuris atsiriboja nuo prisitaikymo galimybių, tai yra, kai kūno patikslinimas, pabėgimas iš aplinkos (dėl somatinių skausmų) ar nejudrumas (paprastai visceralinių skausmų metu). Šis apibrėžimas daro prielaidą, kad lėtinis skausmas yra netinkamai prisitaikanti būseną. Naujausiose „Damasio“ knygos eilutėse pateikiamas toks skausmo apibrėžimas: „kai pacientai yra sužeisti ir kenčia skausmą, nesvarbu, kokia būtų žaizdos priežastis ar skausmo pobūdis, galima kažką padaryti“ (Damasio, 2018). Lėtinio skausmo samprata yra skausmo, kaip nesugebėjimo apsaugoti kūną, samprata, o jo pasekmė yra pašamoninė nocicepcija, išraižanti elgesio ribas, kad nuolat apsaugotų kūną nuo traumų. Vadinasi, kai skausmas pasireiškia nesant galimybės „ką nors padaryti dėl to“, jis yra patologinis ir greičiausiai lėtinis.

Lėtinis skausmas anksčiau buvo apibrėžiamas kaip skausmas, kuris išlieka kai žmogus gyja nuo tam tikrų ligų ar traumų, todėl jam trūksta ūmaus įspėjimo funkcijos fiziologinės nocicepcijos. Atkaklumo sąvoka anapus normalaus gijimui gali būti taikoma skausmui po operacijos ir apima tokius pasikartojančius skausmus kaip migrenos galvos skausmą, tačiau šias sąvokas sunku patikrinti kitomis sąlygomis, pvz., lėtinėmis raumenų ir kaulų sistemos ar neuropatiniais skausmais. Vadinamas lėtinis skausmas – tai skausmas, kuris trunka arba pasikartoja ilgiau nei 3 mėnesius (Dureja at al., 2014).

T. Detlef–Rolf ir kt. (2015) lėtinį skausmą apibūdinama, kaip nuolatinį arba pasikartojantį skausmą, trunkantį ilgiau nei 3 mėnesius. Šis apibrėžimas pagal skausmo trukmę turi pranašumą, kad jis yra aiškus ir operatyvus. (Detlef–Rolf et al., 2015)

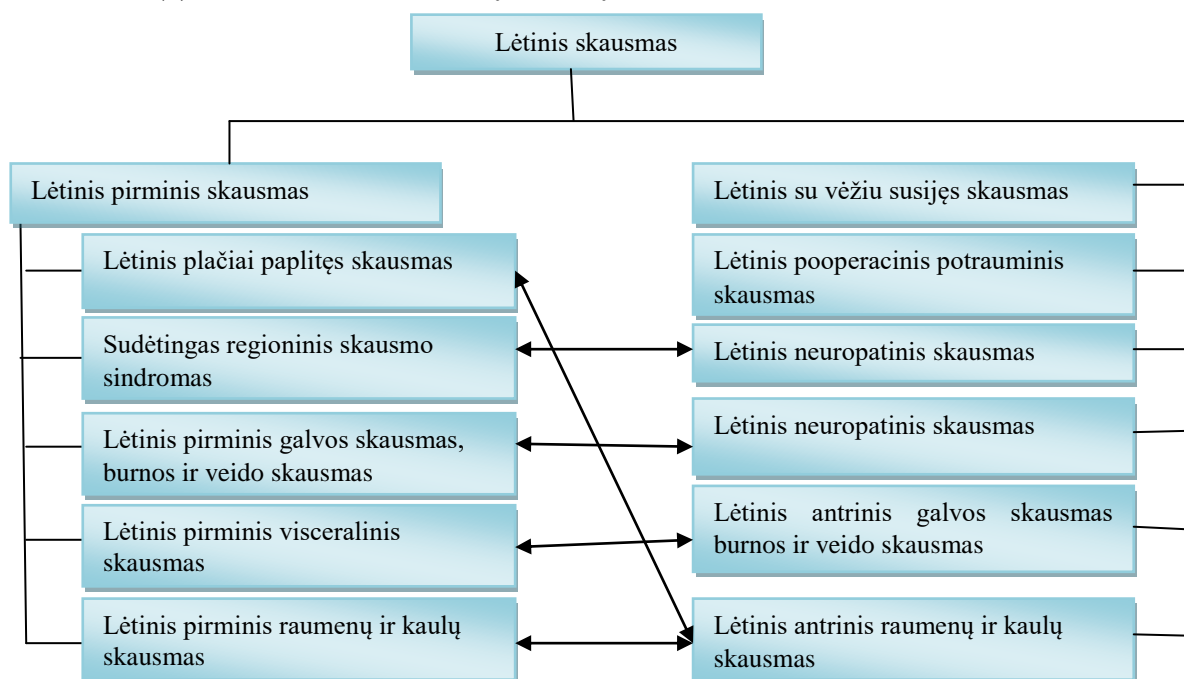
P.D. Charles (2021) teigia, kad lėtinis skausmas (nemalonus diskomforto jausmas), kuris išlieka arba progresuoja ilgą laiką. Skirtingai nuo ūmaus skausmo, kuris staiga atsiranda reaguojant į konkretų sužalojimą ir paprastai yra gydomas, lėtinis skausmas laikui bėgant išlieka ir dažnai atsparus gydymui. Autorius nurodo, kad lėtinis skausmas gali būti susijęs su daugybe skirtingų sveikatos sutrikimų, įskaitant (bet tuo neapsiribojant) diabetą, artritą, migreną, fibromialgiją, vėžį, juostinę pūslelinę, išialgiją ir ankstesnę traumą ar sužeidimą. Lėtinis skausmas gali sustiprėti reaguodamas į aplinkos ir (arba) psichologinius veiksnius (Charles Patrick Davis, 2021).

T. Detlef–Rolf ir kt. (2015) akcentuoja, kad lėtinio skausmo sunkumą galima skirstyti pagal skausmo intensyvumą, su skausmu susijusį distresą ir funkcinius sutrikimus (Detlef–Rolf al., 2015).

Lėtinis pirminis skausmas yra skausmas, kuris išlieka arba pasikartoja ilgiau nei 3 mėnesius ir yra susijęs su dideliu emociniu išgyvenimu ar reikšminga funkcinė negalia (kišimasis į kasdienio gyvenimo veiklą ir dalyvavimą socialiniuose vaidmenyse) ir kurio negalima geriau paaiškinti, dėl kitos lėtinės skausmo būklės. Tai yra naujas fenomenologinis apibrėžimas, sukurtas todėl, kad daugelio lėtinio skausmo formų etiologija nežinoma (Detlef–Rolf et al., 2015).

Yra 2 pagrindinės diagnostinės klasifikacijos sistemos, kurios tarptautiniu mastu naudojamos lėtiniam skausmui, be galvos skausmų, gydyti: diagnostinė ir Statistikos vadovas (DSM), išleistas Amerikos psichiatrijos asociacijos (APA) ir Tarptautinės ligų klasifikacijos (TLK), kurį paskelbė Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). Tačiau abu buvo stokojantys savo pasakojimuose apie lėtinio skausmą sąlygas. Visų pirma, nė viena sistema neatspindi pokyčių skausmo tyrimuose per pastaruosius 2 dešimtmečius, ir jie neturi aiškių gydymo ar valdymo pasekmių (Finnerup at al., 2015; Headache Classification Committee, 2018). Darbe iliustruojama, Tarptautinės ligų klasifikacijos skausmo skirstymas, kurį sukelia tik pagrindinė liga patofiziologinis mechanizmas. Nesant aiškios etiologijos biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai prisideda prie lėtinio skausmo atsiradimo (Nugraha et al., 2018).

Lėtinio skausmo apibrėžimas buvo įtrauktas į formatą „turinio modeliai“, kaip reikalauja PSO dėl TLK-11 ir pateko į vadinamąjį TLK-11 pagrindo sluoksnį. Pamatinis sluoksnis yra visų objektų, pateiktų TLK-11, rinkinys, kuri yra nuolat atnaujinama ir plečiama, ir kur kiekvienas yra priskirtas unikalus identifikatorius (lėtinis skausmas: [http://id.who.int/icd/ subjektas/1581976053](http://id.who.int/icd/subjektas/1581976053)). Lėtinis skausmas yra pagrindinė šaka 7 kitiems kodams, apimantiems dažniausiai kliniškai reikšmingas lėtinio skausmo būkles (1 pav.): (1) lėtinis pirminis skausmas; (2) lėtinis su vėžiu susijęs skausmas; (3) lėtinis pooperacinis ir potrauminis skausmas; (4) lėtinis neuropatinis skausmas; (5) lėtinis antrinis galvos ir veido ir burnos skausmas; (6) lėtinė antrinė visceralinis skausmas; ir (7) lėtinis antrinis raumenų ir kaulų skausmas (Treede et al., 2019).



1 pav. Lėtinio skausmo klasifikacija

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Treede et al., 2019

Lėtinis pirminis skausmas apibrėžiamas kaip skausmas vienoje ar daugiau anatomicinėse srityse ir yra susijęs su dideliu emociniu išgyvenimu arba funkcinis sutrikimu (trukdymu kasdieninei veiklai ir dalyvavimu socialiniuose vaidmenyse) ir to negalima geriau įvertinti dėl kitos lėtinio skausmo būklės (Nicholas et al., 2019) Tai naujas apibrėžimas, kuris taikomas lėtiniams skausmo sindromams, kurie yra geriausi suvokiami kaip atskiros sveikatos būklės (Raffaelli, 2017). Kaip parodyta 1 paveiksle šios kategorijos diagnostikos objektai yra skirstomi į lėtinį plačiai paplitusį skausmą (pvz., fibromialgiją), kompleksinius regioninius skausmo sindromus, lėtinį pirminį galvos skausmą ir burnos ertmės skausmą (pvz., lėtinė migrena ar smilkinkaulio sutrikimas), lėtinį pirminis visceralinis skausmą (pvz., dirgliosios žarnos sindromas) ir lėtinį pirminį

raumenų ir kaulų skausmą (pvz. nespecifinis apatinės nugaros dalies skausmas). Lėtinis antrinis skausmo sindromas yra svarbi diferencinė diagnozė (Scholz et al., 2019).

Lėtinio skausmo simptomai pasireiškia per nuovargį, nemigą, kasdieninio aktyvumo sumažėjimą ir padidėjimą poilsiui. Taip pat prie simptomų galima priskirti ir nusilpusi imunitetą, negalią, depresiją, stresą ir dirglumą. Lėtinis skausmas pasireiškia silpnu arba stipriu skausmu, kuris neišnyksta. Galimas ir deginimo skausmas, toks kaip perštintis ar geliantis. Taip pat jaučiamas diskomfortas, įsitempimas, vietos jautrumas ar kietumas (Lėtinis skausmas, 2020).

Lėtinis skausmas sukelia antrinę, tik jam būdingą patologiją, kuri susideda iš būdingų somatinių, neurologinių simptomų ir psichosocialinės patologijos. Lėtinio skausmo atsiradimui įtakos turi daug veiksnių: blogai gydytas ūminis skausmas, psichologiniai, genetiniai bei socialiniai veiksniai. Lėtinio skausmo pobūdis vis dar yra menkai apibrėžtas, tai gali būti vykstanti uždegiminė reakcija ar neuropatinės kilmės. Manoma, kad jatrogeninis neuropatinis skausmas, dažniausiai sukeltas didelių pjūvių ir audinių plėšimo, atitraukimo, yra dažniausia lėtinio skausmo vystymosi priežastis (Fortier, Hanna, 2012; Niraj, Rowbotham, 2011).

Tačiau ne visi somatosensorinės sistemos pažeidimai sukelia neuropatinį skausmą. Ilgalaikės jutiminės disfunkcijos gali atsirasti pacientams, kurie patyrė neskausmingą ūminį pooperacinį periodą (Jensen, Kehlet, 2011). Be to, tokie kofaktoriai kaip silpnas nervų pajėgumas, regeneracija (įtariama genetinė kilmė), sumažėjusi skausmo tolerancija (pakitęs endogeninio skausmo apdorojimas). Ypač svarbų vaidmenį lėtinio skausmo išsivystyme vaidina psichologinis profilis, 33 proc. pacientų po nervo atstatymo operacijų išsivystė lėtinis skausmas. (Taylor, Anastakis, 2010). Kiekvienas sužeidimas, įskaitant nervo pažeidimą, gali sukelti specifinę uždegiminę-imuninę reakciją, iš dalies nulemtą genetinių komponentų. Neseniai buvo atliktas tyrimas, nustatęs perioperacines imunines ir uždegimines reakcijas, kurios lėmė pooperacines periferines neuropatijas ir buvo nesusijusios su mechaniniais pažeidimais (Staff, Engelstad, 2010).

Veiksniai, dėl kurių pacientams kyla tokio tipo problema yra menkai suprantami (Mazzeffi, Khelemsky, 2011). Skirtingi tyrimai parodė nepastovius rezultatus, susijusius su veiksniais, turinčiais įtakos pooperacinio lėtinio skausmo išsivystymui: amžiumi, lytimi, kūno masės indeksu, priešoperacine krūtinės angina, chirurgine technika, pjūvio vieta, pooperacinėmis komplikacijomis ar opioidų vartojimo kiekiu po operacijos (Van Gulik, Janssen 2011; Jensen, Kehlet, 2011). 2005-2009 metais atliktame tyrime buvo nustatyti veiksniai, kurie turėjo įtakos pooperacinio lėtinio skausmo išsivystymo intensyvumui. Tai buvo: jaunas amžius, jaučiamas lėtinis neangininės kilmės skausmas prieš operaciją, nerimas prieš operaciją, vidutinio sunkumo ar sunkus ūminis skausmas trečią pooperacinę dieną (Choinière, Watt-Watson, 2014).

Skausmas turėtų būti valdomas tam tikromis priemonėmis, kai pacientai pastoviai skundžiasi lėtinio skausmo būkle. Esant ūminiam skausmui buvo nustatytas „ne daugiau kaip silpno

skausmo“ lygis kaip gydymo tikslas (Moore, Straube, 2013). Lėtinis skausmas literatūroje siejamas su užimtumo statusu, kasdieninės veiklos trikdžiais bei blogėjančia sveikata. Dėl šių priežasčių būsimą lėtinio skausmo klasifikaciją taip pat turėtų būti įtraukta galimybė koduoti skausmo stiprumą, o tai reiškia ne tik skausmo intensyvumą, bet ir į kančią bei negalią (Treede et al., 2019).

Apibendrinant lėtinio skausmo sampratą, galima teigti, kad tai yra pastovus skausmas, kurį pacientas patiria ilgiau nei 3 mėnesius ir yra susijęs su dideliu emociniu išgyvenimu ar reikšminga funkcinė negalia. Lėtinio skausmo atsiradimui įtakos turi daug veiksnių: blogai gydytas ūminis skausmas, psichologiniai, genetiniai bei socialiniai veiksniai. Dažniausiai lėtinis skausmas siejasi su nuovargiu, nemiga, aktyvumo sumažėjimu.

## **1.2. Gyvenimo kokybės samprata bei jos veiksniai**

Gyvenimo kokybės gerinimas yra kiekvieno žmogaus asmeninis ir visuomeninis tikslas. Ši sąvoka labai plati ir susijusi su visos visuomenės bendru gėriu. Tai sąvoka, kuri siejasi su žmogaus asmeninio gyvenimo pasitenkinimu, gerove, savijauta.

Gyvenimo kokybė – tai visapusiška žmogaus gerovė, kuri apima ne tik gerą sveikatos bei fizinę būklę, bet ir socialinę bei psichologinę gerovę (Staškutė, 2014).

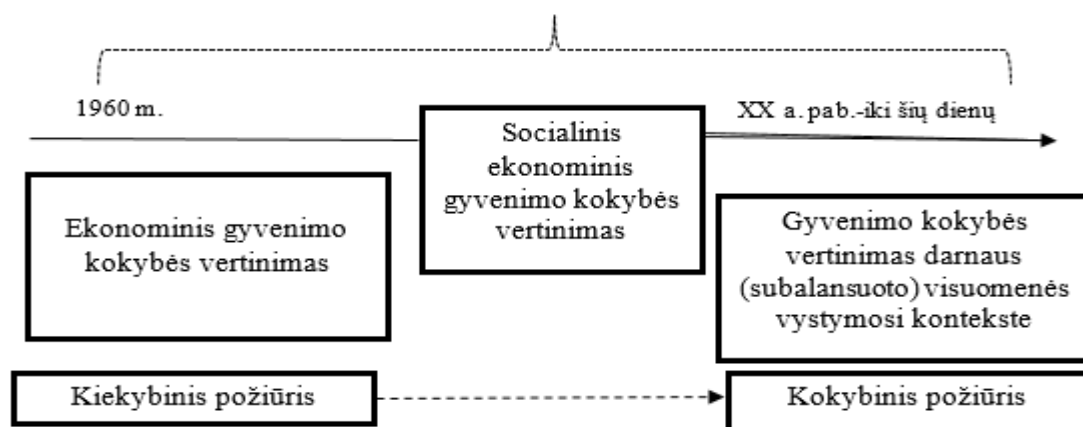
Gyvenimo kokybės koncepcijos kilmė - antikinė, siekianti IVa. pr. Kr. ir tam tikru būdu kontraversiška nuo pat sąvokos atsiradimo pradžios (Martinez-Martin, 2017). Šiomis dienomis Pasaulio Sveikatos Organizacija gyvenimo kokybę apibrėžia kaip individų suvokimą apie jų pačių padėtį visuomenėje ir gyvenime, atsižvelgiant į kultūrinės ir vertybines sistemas, kuriose jie gyvena, ir atsižvelgiant į jų tikslus, lūkesčius, standartus ir rūpesčius. Tai koncepcija, atspindinti tiek subjektyvius tiek objektyvius gyvenimo, savijautos aspektus (Krutulienė, 2012).

J. Ruževičiaus (2013) nurodo, kad gyvenimo kokybės sąvoka pirmą kartą paminėta A.C. Pigou knygoje 1920, joje buvo kalbama apie ekonomiką ir gyvenimo gerovę. Žinoma, gyvenimo kokybe domėjosi dar ir graikų filosofai, tarp jų ir Aristotelis. Taip pat ši sąvoka domino visų laikų rašytojus ir filosofus. Manoma, kad gyvenimo kokybės sampratą, kuri įsitvirtino šiuolaikinėje kultūroje, pirmas pavartojo Lindonas Džonsonas (1972), buvęs JAV prezidentas, savo politinėje kalboje. Jis pabrėžė, kad reikia matuoti ne kiek prekių gali įsigyti visuomenės nariai, o naudingiau būtų įvertinti, kokią tai daro įtaką jų gyvenimo kokybei. Dabar ši sąvoka aktuali įvairių sričių specialistams: ekonomistams, sociologams, politikams, gydytojams ir kt. Vazonienė (2010) nurodo, kad gyvenimo kokybės sampratos tyrimai ir raida susiformavo 1960 metais, o dar ir šiandien ši sąvoka suvokiama įvairiai.

Geram gyvenimui būtina daugelis prielaidų – finansinė gerovė, sveikata, išsilavinimas, socialinė integracija ir kt. Neneigiant objektyvių ekonominių ir socialinių veiksnių svarbos ir jų

įtakos gyvenimo kokybei, svarbiausi veiksniai yra individo gebėjimas formuoti savo gyvenimą, atsižvelgiant į savo poreikius, ir gebėjimas realizuoti savo tikslus (Juozulynas ir kt., 2010). Gyvenimo kokybė yra plati sąvoka, apimanti visus žmogaus gyvenimo aspektus, o su sveikata susijusi gyvenimo kokybė nukreipia dėmesį į asmens gyvenimo kokybę, kurią veikia liga ir ypač gydymas. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra atspindys / refleksija to, kaip žmonės suvokia ir reaguoja į savo sveikatos būklę ir su sveikata susijusius veiksnius, tokius kaip fizinė, funkcinė, emocinė ir psichinė gerovė, bei su sveikata tiesiogiai nesusijusius veiksnius, tokius kaip darbas, šeima, draugai ir kt. (Staškutė, 2014).

### Gyvenimo kokybės sampratos kaita



2 pav. Gyvenimo kokybės sampratos raida

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Vazonienė, 2010

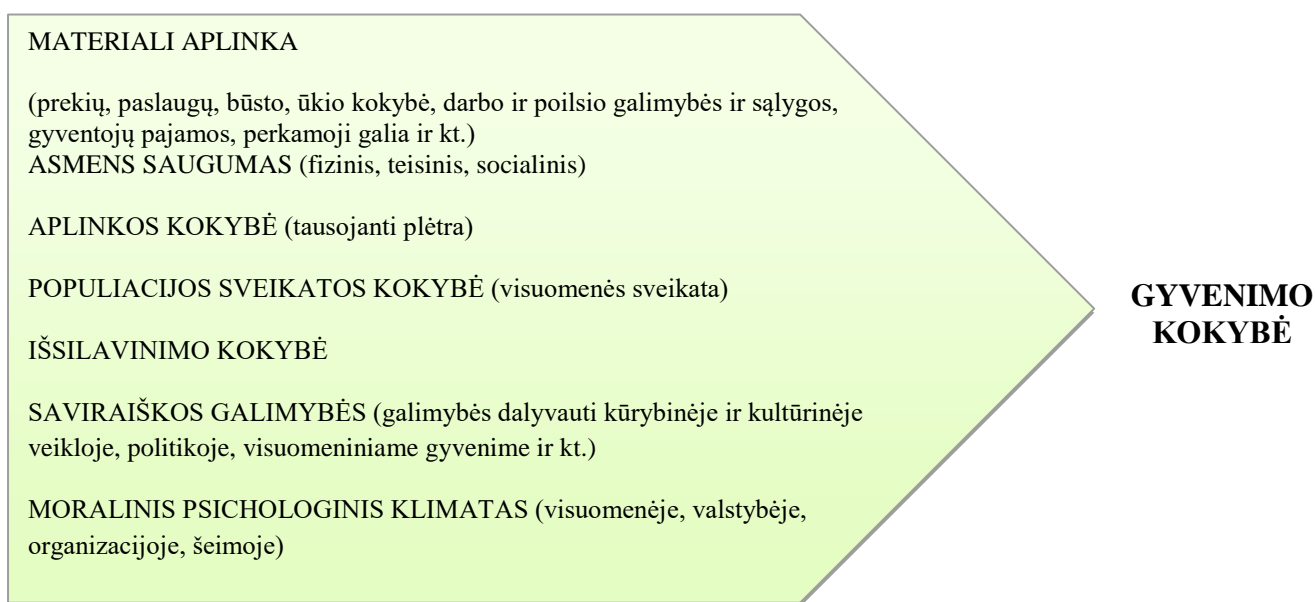
M. Kazlauskaitė ir R. Rėklaitienė, (2005), teigia, kad gyvenimo kokybė, tai individo savo pozicijos suvokimas visuomenėje, kurioje jis gyvena. Gyvenimo kokybė apima pagrindines žmogaus veiklos sritis:

- psichologinę;
- fizinę;
- dvasinę;
- socialinę;
- ekonominę.

Gyvenimo kokybę sudaro daug įvairių sričių, iš kurių pagrindinės yra ekonominė, psichologinė, fizinė būklė ir funkcinės galimybės bei socialiniai ryšiai. Kaip nurodo D. Sakalauskaitė (2013), dažniausiai literatūroje minimas gyvenimo kokybės objektyvūs (naudojami patikimai stebimi ir visuotiniai rodikliai, pvz., esminės žinios, socialiniai ryšiai, gyvenimo galimybės ir kt.) ir subjektyvūs (nustatyti konkretūs dalykai vertinami iš individualios perspektyvos, atitinkant individo asmeninio pasitenkinimo suvokimą) vertinimai.

Gyvenimo kokybė – individo požiūris susijęs su aplinkos poveikiu, 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, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių ir ryšių su aplinka (Mackevičius, 2010).

I. Baršauskaitė (2016) gyvenimo kokybę aprėpia materialių reikmių tenkinimą: švarią aplinką ir saugų maistą, tinkamas medicininės paslaugas ir socialinę saugą, galimybė gauti pageidaujama darbą, kultūrą.



3 pav. Gyvenimo kokybės sudėtinės dalys

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Ruževičius, 2013

Kuo daugiau įvairių pasirinkimo galimybių teikia visuomenė, tuo aukštesnė gyvenimo kokybė. Viskas kas teikia žmogui pasitenkinimą yra gyvenimo kokybės rodiklis. Gyvenimo kokybė yra įvairiapusis kiekvieno žmogaus esamų gyvenimo aplinkybių įvertinimas kultūros, kuriai jis priklauso. Gyvenimo kokybė – tai pirmiausia subjektyvus gerovės suvokimas, apimantis fizinį, psichologinį, socialinį ir dvasinį lygmenis. Kai kada objektyvūs duomenys gali papildyti gyvenimo kokybės įvertinimą. Žmogaus gyvenimo kokybės suvokimas, laikui bėgant, kinta. Merkys, Brazienė ir Kondrotaitė (2008) nurodo gyvenimo kokybę apibūdinančius penkis kriterijus:

1. Gyvenimo kokybė yra dabartinių individo gyvenimo aplinkybių vertinimas;
2. Gyvenimo kokybė savo pobūdžiu yra daugialypė;
3. Gyvenimo kokybė yra pagrįsta individualiomis vertybėmis ir kintama;
4. Gyvenimo kokybė apima objektyvius rodiklius ir subjektyvius vertinimus;
5. Gyvenimo kokybė geriausiai gali įvertinti asmenys, gebantys atlikti subjektyvią savianalizę.

Gyvenimo kokybę skirtingai vertina ir suvokia ne tik individualūs asmenys, bet ir mokslininkai, ypač skirtingų sričių mokslininkai. Vaitkaitienė, Makari ir Zaborskis (2007), parodo, kad skirtingos sritys skirtingai tai įvardija:

- Psichologijos mokslai – objektyvi psichinė žmonių gerovė.
- Socialiniai mokslai – gerovė susidedanti iš žmogaus realaus, materialaus turėjimo ir nematerialių jausmų – laimingų, liūdnu, gerų ir t.t.
- Medicinos mokslai – sutinka, kad gyvenimo kokybė yra labai plati, tačiau aiškiai parodo, kad sveikatos indėlis čia neišvengiamas, paprastai tariant, žmogui, kurio sveikata prasta daugelis gyvenimiškų dalykų džiaugsmo ir gyvenimo kokybės nebekelia.

Mokslinėje literatūroje gyvenimo kokybės apibrėžimų galima rasti labai daug. Tačiau stebima, kad dažnai gyvenimo kokybė ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąvokos vartojamos kaip sinonimai, apibūdinant tą patį konceptą, todėl būtų tikslinga apibendrinti šių sąvokų skirtumus: gyvenimo kokybė yra plati sąvoka, apimanti visus žmogaus gyvenimo aspektus, o su sveikata susijusi gyvenimo kokybė nukreipia dėmesį į asmens gyvenimo kokybę, kurią veikia liga ir ypač gydymas arba apibūdinama kaip pačio paciento pateikiamas apibendrinimas, kuris papildo klinikinį įvertinimą ir pateikia informaciją apie ligos aktyvumą ir gydymo poveikį (Krutulienė, 2012; Staškutė, 2014)

Gyvenimo kokybė yra plati sąvoka, apimanti visus žmogaus gyvenimo aspektus, o su sveikata susijusi gyvenimo kokybė nukreipia dėmesį į asmens gyvenimo kokybę, kurią veikia liga ir ypač gydymas. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra atspindys/refleksija to, kaip žmonės suvokia ir reaguoja į savo sveikatos būklę ir su sveikata susijusius veiksnius, tokius kaip fizinė, funkcinė, emocinė ir psichinė gerovė, bei su sveikata tiesiogiai nesusijusius veiksnius, tokius kaip darbas, šeima, draugai ir kt. (Staškutė, 2014).

Remiantis PSO apibrėžimu, gyvenimo kokybė – tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis bei interesais. Straipsnyje analizuojama subjektyvi gyvenimo kokybė – subjektyvi asmens savivoka apie jo gyvenimo kokybę skirtingose srityse. Subjektyvi gerovė stipriausiai koreliuoja su sveikata, materialine gerove ir dvasine savijauta (Navickienė, Vaitiekus, 2019).

I. Staškutė (2014) pažymi, kad su sveikata susijusios gyvenimo kokybės stebėseną, kaip konkrečios srities tyrimai, tik pradėdama vykdyti, straipsnio autorių požiūriu, ypač kalbant apie vaikų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Deja, „kartais ne visi klinikiniai duomenys apie žmogų prilyginami gyvenimo kokybei“ (Staškutė, 2014, p. 31). Gyvenimo kokybės tyrimai, apimantys subjektyvų asmens sveikatos vertinimą, gali suteikti daug vertingos informacijos apie „sveikatos būklės riziką, ypač tais atvejais, kai fizinių prasidėjusios ligos požymių dar neįmanoma apčiuopti“ (Staškutė, 2014, p. 12).

Dažnai mokslinėje literatūroje nagrinėjamos šizofrenija ir šizoafektiniu sutrikimu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Žmonėms, sergantiems šizofrenija, dažnai stebima prastesnė gyvenimo kokybė, nei bendroje populiacijoje (Furrer, Jakob, 2017). Remiantis anksčiau atliktų tyrimų duomenimis, stebima, kad šiems pacientams gyvenimo kokybė neigiamai koreliuoja su depresijos ir nerimo simptomais; nustatyta, kad teigiamų ir neigiamų simptomų remisijos glaudžiai susijusios su geresne gyvenimo kokybe taip pat kaip ir psichoterapija, tačiau depresijos simptomų išlikimas ją blogina, nepriklausomai, ar pacientas remisijoje ar ne (Lecardeur, 2015).

Vis dažniau pripažįstama su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, kaip psichiatrijos rezultatų kintamojo, svarba. Nauji duomenys rodo, kad prasta gyvenimo kokybė ar jos pablogėjimas yra susiję su emociniu stresu, antipsichozinių vaistų šalutiniais poveikiais, depresija ir neigiamais simptomais. Nustatyta, kad tokie psichosocialiniai veiksniai kaip savigarba, savarankiškumas ir susidūrimas su stresinėmis situacijomis, emocijų išreiškimas ir socialinė parama turi svarbų vaidmenį siekiant pasitenkinimo gyvenimo kokybe (Ritsner, Lisker, 2014).

Apibendrinant, kad gyvenimo kokybė neišvengiamai priklauso nuo sveikatos, amžiaus, asmeninių savybių, netgi žmogaus charakterio ir požiūrio į gyvenimą. Gyvenimo kokybės rodikliai apima gyvenimą įvairiose srityse: sveikatos, fizinė, psichologinė būklės. Tai žmogaus gerovės suvokimas ir taip pat savo vertės jausmas, priklausantis ne tik nuo paties žmogaus, bet ir nuo jį supančios aplinkos ir žinoma jo sveikatos.

### **1.3. Lėtinį skausmą patiriančių žmonių gyvenimo kokybės vertinimas**

Lėtinis skausmas, kaip ir bet kuris kitas sveikatos sutrikimas sukelia sunkumus ir veikia asmens gyvenimą. Mokslinių tyrimų duomenimis, lėtinis skausmas paveikia asmens gerovę, galimybę palaikyti nepriklausomą gyvenimo būdą, funkcionavimą, produktyvumą ir socialinius santykius (Miller-Matero et., 2016).

Su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei įtakos turi lėtinis skausmas įvairiose gyvenimo srityse, tokiose kaip fizinė ir psichinė gerovė, socialiniai santykiai ir funkciniai gebėjimai (Snelgrove, Liossi, 2013). Įvertinus gyvenimo kokybę galima įvertinti, kaip liga daro įtaką žmonių gyvenimui ir kaip jie sugeba gyventi su lėtiniais skausmais, ir tapo svarbiu rezultatu sveikatos priežiūros srityje ir kaip gydymo efektyvumo matas (Husky, Farin, Compagnone, 2018).

S. Newbern (2018) analizuodamas lėtinio skausmo poveikį gyvenimo kokybei, nurodo, kad nerimas, depresija, nemiga, beviltiškumas, nesugebėjimas atlikti rezultatų kasdienio gyvenimo veikla ir finansiniai sunkumai gali būti nevaldomo skausmo rezultatas. Nevaldomas lėtinis skausmas gali sukelti psichosocialinių klausimų, tokių kaip gydymo baimė, gėda dėl fizinių

apribojimų. Besikartojantis negydomas skausmas yra susijęs su padidėjusiu lėtiniu stresu. Žema gyvenimo kokybė yra susijusi su blogais sveikatos rezultatais ilgalaikė prognoze, padidėjusiai gretutinių ligų rizikai ir sutrumpėjusiai gyvenimo trukmei (Newbern, 2018).

Lėtinis skausmas yra dažna būklė, turinti didelių klinikinių ir socialinių padarinių bendruomenėse (Henschke et al., 2015). Lėtinis skausmas gali pasireikšti įvairiose vietose ir tipuose, įskaitant juosmens, pilvo, sąnarių, daugelio vietų skausmus ir gali būti neuropatinio pobūdžio. Skirtingi lėtinio skausmo tipai ir vietos gali skirtingai paveikti fizinę ir psichologinę savijautą bei darbo produktyvumą (Marcus, 2009). Keletas tyrimų ištyrė darbo našumo sumažėjimą pagal lėtinio skausmo rūšį ir vietą (Kawai et al., 2017).

Lėtinis skausmas, yra sudėtingas, nes jis ne tik fiziškai trikdo, bet ir turi ilgalaikį psichologinį, socialinį ir ekonominį poveikį. Dauguma lėtiniu skausmu sergančių pacientų patiria įvairius fizinius sunkumus, pradedant vaikščiojimo, namų ūkio veiklos sunkumais, o kai kuriems netgi sunku atlikti paprastą veiklą, pavyzdžiui, sėdėti ar stovėti (Amris et al., 2011, McBeth et al., 2010). Be to, lėtinis skausmas veikia ir socialinę sąveiką, nes riboja pacientų aktyvumą ir socialinį kontaktą. Lėtinio skausmo sukeltas sudėtingumas lemia blogesnę pacientų gyvenimo kokybę (Bentsen et al., 2008).

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) nurodo kad, gyvenimo kokybė yra „individo suvokimas apie savo padėtį gyvenime atsižvelgiant į kultūros ir vertybių sistemas, kuriose jie gyvena, ir atsižvelgiant į jų tikslus, lūkesčius, standartus ir rūpesčius“ (Mason, Mathias, Skevington, 2008). Tačiau pacientams, sergantiems lėtiniu skausmu, gyvenimo kokybė gali būti suprantama konkrečiai su tam tikromis ir svarbiomis detalėmis. Tai susiję su skausmo pobūdžiu, kuris yra lėtinis ir nevaldomas. Gyvenimo kokybės aspektai esant lėtiniam skausmui yra skausmo malšinimas; pyktis ir nusivylimas; pažeidžiamumas, baimė ir nerimas, taip pat neapibrėžtumai (Mason, Mathias, Skevington, 2008).

Lėtinis skausmas veikia ne tik fizinį, bet ir psichologinį funkcionavimą. Daugybė tyrimų rodo, kad psichologiniai aspektai, kurie vaidina svarbų vaidmenį sergant lėtiniu skausmu, yra priėmimas ir katastrofizavimas (Doran, 2014; Quartana et al., 2009). Priėmimas nukreipia dėmesį nuo kažko, ko negalima kontroliuoti (skausmo ir neigiamos emocijos), į labiau kontroliuojamą (pakeičiant kūno judėjimą atliekant kasdienę veiklą). L.M. McCrackeno ir C. Ecclestone (2005) tyrimas rodo, kad patiriantys skausmą, žmonės, kurie jausdami mažesnę skausmo intensyvumą ir mažiau fizinių negalių, mažiau depresuoja ir jaučia mažesni su skausmu susijusį nerimą, taip pat geresnę darbinę būseną. Priėmimas susideda iš dviejų veiksmų, kurie yra: 1) užsiėmimas veikla, gyvenimiškos veiklos vykdymas, neatsižvelgiant į skausmą, ir 2) noras skausmui, noras patirti skausmą, nebandant jo išvengti ar sumažinti (McCracken, Eccleston, 2005)

Kita vertus, asmenys, kurie pakartotinai bando suvaldyti nevaldomą skausmą, rodo žemesnę gyvenimo kokybę ir didesnę katastrofiškumą (Poppe, Crombez, Devulder, 2011). Katastrofizavimas reiškia perdėtą neigiamą laukiamo ar faktinio skausmo patyrimo aiškinimą ir jam būdingą galimų neigiamų skausmo aspektų padidinimą, bejėgiškumo jausmą įveikiant skausmą ir nesugebėjimą atsiriboti nuo minčių apie skausmą skausmo metu ar po jo (Sturgeon, Zautra, 2013). Katastrofizavimas yra svarbus veiksnys nustatant, kaip pažinimas, įsitikinimas, įveikos strategija ir veikimas yra susiję su skausmo patirtimi (Quartana et al., 2009) ir su skausmo intensyvumu, negalia, sumažėjusia skausmo riba, blogesne prognoze ir prastesnėmis reakcijomis į skausmo intervenciją (Cecchi et al., 2011). Katastrofizacija susideda iš 3 veiksnių, kurie yra nerimas ir negalėjimas slopinti su skausmu susijusių minčių; nesugebėjimas nuslopinti ar nukreipti dėmesį nuo su skausmu susijusių minčių; padidinimas reiškia polinkį perdėti skausmo nemalonumą ir lūkesčius dėl neigiamų rezultatų; ir bejėgiškumas, atspindintis nesugebėjimą susitvarkyti su skaudžiomis situacijomis (Sullivan, Bishop, Pivik, 1995).

Savo tyrime M.P. Martínezas ir kt. (2015) nustatė, kad sunkumai nustatant jų afektines būsenas, sąveikaujant su neigiamu skausmo vertinimu (t. y. skausmo katastrofiškumas ir skausmo baimė), gali paskatinti pacientus išsivystyti emocinį distresą (ypač nerimą). Be to, aleksitimija gali paveikti sveikatos suvokimą, dėl ko aleksitiminiai subjektai neteisingai interpretuoja kūno emocijų išraišką kaip fizinės ligos požymius, taigi pablogina pacientų gyvenimo kokybę ir padidina sveikatos priežiūros paslaugų naudojimą (Tuzer et al., 2011).

J.C. Rosenberg, D.M. Schultz ir kt. (2019) nurodo, kad norint pagerinti gyvenimo kokybę, neužtenka sutelkti dėmesį tik į priimtinumo didinimą, bet ir sumažinant katastrofiškumą (Elander, Robinson, 2009). Tiek priėmimui, tiek katastrofiškumui įtakos turi ir paciento asmenybė ((Elander et al., 2013). Remiantis tyrimais, atliktais naudojant faktorių analizę, įvairius pagrindinius asmenybės bruožus galima suskirstyti į penkis pagrindinius veiksnius, kurie nuosekliai randami visame pasaulyje. Šie penki veiksniai yra žinomi kaip penkių faktorių modelis, kuris žmogaus asmenybę skirstė į penkias dimensijas: neurotiškumas, ekstraversija, atvirumas, malonumas ir sąžiningumas (McCrae, Costa, 2003).

Patiriamas lėtinis skausmas pirmiausia asmenį apriboja kasdienėje veikloje. Atliekant kasdienę veiklą lėtinis skausmas dienos eigoje intensyvėja, todėl gyventi įprastu ritmu tampa sudėtinga. H. Breivik ir kt. (2006) nurodo, kad tokius lėtinio skausmo intensyvėjimo pokyčius patvirtino jaučiantys 79 proc. apklaustųjų. Dėl lėtinio skausmo patyrimo ir mažo funkcionavimo gali būti sunku ne tik atlikti tam tikras veiklas, bet ir patenkinti fizinius poreikius. Dažniausiai lėtinio skausmo paveikiami kasdienio gyvenimo aspektai yra miegas, jo kokybė, fizinis aktyvumas, galimybė atlikti namų ruošos darbus, dalyvauti socialinėse veiklose ir palaikyti nepriklausomą gyvenimo būdą (Harrison ir kt., 2016). Tarp lėtinį skausmą patiriančių asmenų fiksuojamas ir

seksualinių funkcijų sutrikimas bei reikšmingai žemesnis gyvenimo kokybės lygis nei tarp lėtinio skausmo nepatiriančių asmenų (Miller-Matero et al., 2016). Tyrimų metu tiriamieji atskleidžia, kad kasdienybėje jaučiant lėtinį skausmą taip pat jaučiami nuovargio, bejėgiškumo jausmai ir suprastėjusi dėmesio koncentracijos (Breivik et al., 2006). Dėl šios sveikatos būklės poveikio asmeniui gali sumažėti ne tik jo funkcionavimas, bet ir būti sutrikdyti tarpasmeniniai santykiai. Stipriausiai paveikiami ir sutrikdomi gali būti artimiausi tarpasmeniniai ryšiai, šeiminiai ryšiai ir seksualiniai santykiai (Breivik et al., 2006). Taigi, lėtinis skausmas yra lydimas įvairių sunkumų kasdieninėje veikloje, socialiniuose santykiuose ir bendros asmens gerovės palaikyme.

Lėtinį skausmą patiriantys asmenys nurodo kylančius sunkumus ne tik kasdieninėje veikloje ar tarpasmeniniuose santykiuose, bet ir darbinėje veikloje. Moksliniai tyrimai rodo, kad lėtinį skausmą patiriantys asmenys gali susidurti ne tik su darbinių pareigų atlikimo sunkumais, bet ir būti priversti pakeisti turimą kvalifikaciją arba netekti darbo. Breivik ir kitų (2006) tyrimo metu, fiksuota, kad didžioji dalis (61 proc.) patiriančiųjų lėtinį skausmą negalėjo dirbti, arba buvo kitaip apriboti darbinėje veikloje (Breivik et al., 2006). Tuo tarpu 19 proc. tiriamųjų teigė praradę turėtą darbą, o 13 proc. tiriamųjų turėjo pakeisti turėto darbo specifiką dėl šios sveikatos problemos. Skaičiuojama, kad vidutinė trukmė per paskutinius 6 mėnesius, kai asmuo dėl lėtinio skausmo negalėjo dalyvauti darbinėje veikloje buvo 8 dienos. Taigi, lėtinį skausmą patiriantys asmenys susiduria su iššūkiais darbinėje veikloje, o dėl sumažėjusio darbingumo gali ne tik turėti pakeisti darbo specifiką, bet ir prarasti turėtą darbą (Alesiūtė, 2018).

Siekiant išvengti anksčiau aptartų problemų ir pagerinti gyvenimo kokybę, yra svarbus sėkmingas lėtinio skausmo įveikimas ar prisitaikymas prie jo. Asmens naudojamos skausmo įveikos strategijos, be kitų taikomų intervencijų, gali veikti prisitaikymą prie lėtinio skausmo simptomų (Alesiūtė, 2018). Skausmo įveikos strategijos gali būti suprantamos kaip pastangos įveikti skausmą arba kaip tam tikros kognityvinės ir elgesio strategijos, kurios padeda valdyti, sumažinti ir toleruoti lėtinį skausmą. Šių strategijų skirstymas moksliniuose šaltiniuose skiriasi (Meščeriakova ir Šinkariova, 2012). P. Alesiūtės (2018) nuomone galimos kognityvinės skausmo įveikos strategijos yra dėmesio nukreipimas, skausmo pojūčių reinterpretavimas, savitaiga, pojūčių ignoravimas, meldimasis ir viltis bei katastrofizavimas, o elgesio skausmo įveikos strategija – veiklumo suaktyvinimas. Nors įvairios skausmo įveikos strategijos ir jų naudojimas yra tyrinėjamas, nėra vienos mokslinės pozicijos apie tai, kokios skausmo įveikos strategijos yra naudingiausios lėtinį skausmą patiriantiems asmenims (Baastrup et al., 2016).

Apibendrinant mokslinius šaltinius, analizuojančius lėtinio skausmo įtaką gyvenimo kokybei pastebėta, kad pacientų patiriamas lėtinis skausmas dažnai neigiamai paveikia jų gyvenimo kokybę, sumažėja jų produktyvumas, darbo našumas, lėtinį skausmą jaučiantys žmonės dažnai patiria emocinius bei psichologinius sutrikimus. Lėtinis skausmas, yra sudėtingas, nes jis ne tik

fiziškai trikdo, bet ir turi ilgalaikį psichologinį, socialinį ir ekonominį poveikį. Dauguma lėtiniu skausmu sergančių pacientų patiria įvairius fizinius sunkumus, pradedant vaikščiojimo, namų ūkio veiklos sunkumais, o kai kuriems netgi sunku atlikti paprastą veiklą, pavyzdžiui, sėdėti ar stovėti. Patiriantiems lėtinį skausmą asmenims taip pat labai sunku palaikyti socialinius kontaktus. Gyvenimo kokybės aspektai esant lėtiniam skausmui yra skausmo malšinimas; pyktis ir nusivylimas; pažeidžiamumas, baimė ir nerimas, taip pat neapibrėžtumas.

#### **1.4. Miego kokybės įtaka lėtinį skausmą patiriančių žmonių gyvenimo kokybei**

Miegas yra būtinas fizinei ir emocinei savijautai. Blogas miegas gali sukelti kritimą, pažinimo silpnėjimą ir neigiamai paveikti žmonių gyvenimo ir sveikatos būklę, taip pat sustiprinti kitus sutrikimus, pavyzdžiui, sustiprinti skausmingas vietas. Lėtinis skausmas yra vienas iš dažniausiai pasitaikančių skundų, nes jis tiesiogiai veikia kasdienę veiklą ir judrumą.

Nemiga yra glaudžiai susijusi su skausmo sunkumu žmonėms, sergantiems lėtiniu skausmu (Jungquist, O'Brien, Matteson-Rusby, 2010). Žmonėms, turintiems sveikatos sutrikimų, kyla nemigos problemų, pvz., sunku užmigti ir sunku išlaikyti miegą, kuris yra susijęs su kognityviniais sutrikimais, tokiais kaip sumažėjęs informacijos apdorojimo greitis. Nemiga paprastai laikoma lėtinio skausmo pasekme, tačiau tyrimų rezultatai rodo, kad miego sutrikimai gali turėti dvikryptį ryšį su lėtiniu skausmu (Meeus, Van Oosterwijck, Ickmans, 2015).

E.S. Skarpsno ir kt. (2021) tyrimai rodo, kad prasti miego kokybės rodikliai, tokia kaip nemiga, nemigos simptomų skaičius ir nemiga yra susiję su padidėjusia rizika lėtiniam skausmui (Mork & Nilsen, 2012; Skarpsno et al.; 2019.; Skarpsno et al., 2019, Uhligas et al., 2018). Tačiau šiuose tyrimuose buvo įvertinta miego kokybė vienu metu ir neatsižvelgta į ilgalaikius pokyčius (Afolalu et al., 2018). Miego kokybė gali skirtis visą gyvenimą (Gadie et al., 2017; Li et al., 2018), ir tai yra įmanoma kad bloga miego kokybė per kelerius metus kenkia labiau nei trumpesni laikotarpiai prastos miego kokybės. Tai iš dalies patvirtina išvadą, rodančią, kad nemigos simptomų atsiradimas ~ 4 metų laikotarpiu padidina skausmo riziką, taip pat kontroliuojant buvusius nemigos simptomus (Agmon & Armon, 2014). Kitas tyrimas parodė, kad žmonės, kurie turi nuolatinį ar padidėjusį blogą miegą per ~ 6 metus turėjo didesnę neįgalumo riziką dėl skausmo diagnozės, palyginti su žmonėmis, kurie gerai miegojo per tuo pačiu laikotarpiu (Ropponen et al., 2013). Taigi, dabartiniai turimi duomenys rodo žalingą padidėjusio miego problemų poveikį skausmo rezultatams.

Tai patvirtina ir J.J. Gerhrat ir kt. (2018) teigdami, kad daugelis žmonių, sergančių lėtinėmis skausmo ligomis, taip pat turi prastą miego kokybę. Pavyzdžiui, N.K. Tang, K.J. Wright ir P.M. Salkovski (2007) nustatė, kad 53 proc. klinikinės nemigos paplitimo tarp lėtiniu skausmu

sergančių pacientų yra 18 kartų didesnis nei sveikų kontrolinių grupių. Vienas klausimų rinkinys apie laikinąsias prasto miego ir skausmo sąsajas sukasi apie priežastinę pusę (Finan, Goodin, Smith, 2013). Vis dar atviras klausimas, ar blogas miegas daugiausia veikia vėlesnius skausmus žmonėms, turintiems lėtinių skausmų, ar atvirkščiai. Taip pat labai mažai žinoma apie tai, kiek miego kokybė yra susijusi su kitais su skausmu susijusiais rezultatais, tokiais kaip psichologinė ir fizinė funkcija. Tai yra, nėra galutinai žinoma, ar prastas miegas numato mažesnę fizinę funkciją, ar žemesnę fizinę funkciją - blogą miegą, ar egzistuoja abipusiai ryšiai.

Kasdieniai dienotvarkės tyrimai dėl pirmenybės tarp skausmo ir miego nuosekliai susiejo prastą miego kokybę su didesniu skausmo intensyvumu kitą dieną skirtinguose tyrimuose, įskaitant suaugusius, sergančius nugaros skausmais (Alsaadi, Mcauley, 2014), suaugusius, sergančius heterogeniniu lėtiniu skausmu (Tang, Wright, Salkovski, 2007), paauglius, sergančius lėtiniais skausmais (Lewandowski, Palermo, 2010), ir tyrimus su įvairiais skausmo sindromais, įskaitant veido skausmą ir fibromialgiją. Tačiau atvirkštinis ankstesnės dienos skausmo intensyvumo ryšys, numatantis tolesnę miego kokybę, atsirado ne taip nuosekliai. Kitų tyrimų rezultatai taip pat parodė, kad miego kokybės ir skausmo santykis gali būti abipusis atskiruose suaugusiųjų, sergančių juosmens skausmais, moterų, turinčių nugaros skausmus, veido skausmus ar fibromialgiją (O'brien, Waxenberg, 2011), ir moterų, sergančių fibromialgija, tyrimuose (Affleck et al., 1996). Aišku, priežastinio krypties klausimo negalima išspręsti, geriau nesuprantant laikinumo pirmenybės.

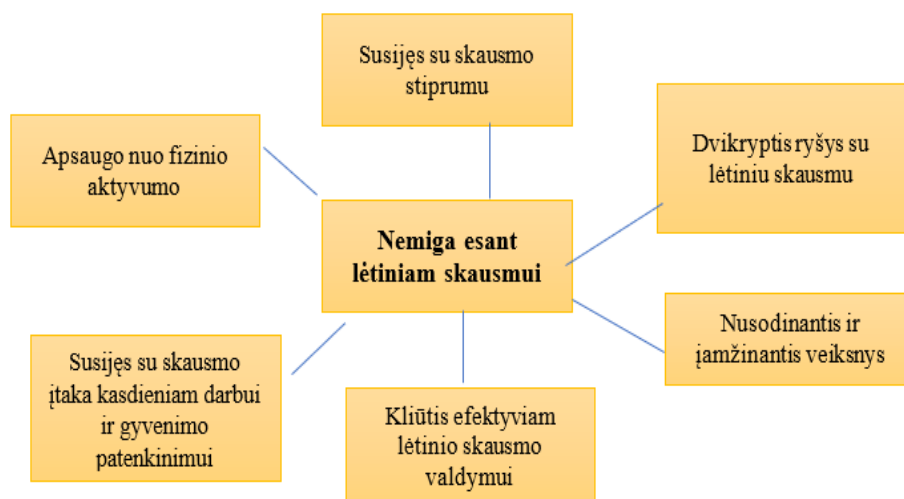
Vienas iš šių prieštaringų išvadų prisidėtojų gali būti laiko artumas (Del Giorno, Frumento, Varrassi, 2017). Skausmo lygis per dieną labai skiriasi (Bushnell, Ceko, Low, 2013). Daugelyje kasdinių dienoraščių tyrimų, kuriuose buvo pakartotinai vertinamas kasdienis skausmas, buvo analizuojami visos dienos vidurkiai, užgožiantys skausmo poveikį miegui ir atvirkščiai. S.M. Alsaadi ir jo kolegės parodė, kad pabudimo skausmas buvo labiau susijęs su vėlesne miego kokybe nei dienos skausmo intensyvumo vidurkis. Ir atvirkščiai, tiek S.M. Alsaadi, tiek jo kolegės, tiek Tangas ir kolegės nustatė, kad santykis tarp miego parametrų ir vėlesnio skausmo intensyvumo dienos metu mažėjo. Kadangi Alsaadi (Del Giorno, Frumento, Varrassi, 2017) ir N.K. Tang (Treede et al., 2019) rezultatai rodo, kad blogas miego poveikis gali išsisklaidyti dienos bėgyje, reikia dažniau vertinti skausmą ir emocinį bei elgesio funkcionavimą ne tik norint nustatyti priežastinę kryptį, bet ir distalinio ir proksimalinio poveikio išskyrimui (Del Giorno, Frumento, Varrassi, 2017).

Mokslinėje literatūroje taip pat pateikiamas beveik išskirtinis dėmesys miego kokybės ir skausmo intensyvumo santykiams. Pažintiniai lėtinio skausmo elgesio modeliai pabrėžia, kad skausmo patirtis yra sudėtinga ir kad reikia ne tik pažvelgti į skausmo intensyvumą, kad ištirti, kaip skausmas veikia (ir įtakoja) somatinę (t.y. nociceptinį įvedimą), pažintinę (t.y. skausmą katastrofizuojantį), emocinę (t.y. neigiamos įtakos) ir elgesio (t.y. skausmo trukdymai, prastovos)

sritis. Todėl norint suprasti visišką blogos miego kokybės poveikį žmonių, sergančių lėtiniais skausmais, savijautai, galima įvertinti papildomas sritis, viršijančias skausmo intensyvumą. Iš tiesų, Kothari ir jo kolegos (Kothari et al., 2015) teigia, kad blogas miegas daro žalingą poveikį ne tik vėlesniam skausmo intensyvumui, bet ir skausmo trukdžiams bei neigiamai nuotaikai. Taip pat gali būti ir atvirkščiai, kaip rodo N.K. Tango (2018) ir kt., kuris parodė, kad pažintinis susijaudinimas prieš miegą buvo susijęs su prastu miegu.

Cynthia ir kt. (2021) nurodo, kad sant kritinėms pažinimo raidos stadijoms, bloga miego kokybė gali turėti toli siekiančių neigiamų pasekmių asmeniniams santykiams ir emocinei būsenai. (Owens, 2014). Be to, nustatyta, kad šios konkrečios populiacijos miego kokybė yra susijusi su amžiumi (Pavlova, Kopala-Sibley, 2020), skausmo intensyvumu, funkcinė negalia ir nerimo bei depresijos simptomais. Šios išvados rodo, kad blogos miego kokybės poveikis patiriančiam lėtinį skausmą, yra reikšmingas (Pavlova, Ference, 2017; Pavlova, Kopala-Sibley, 2020).

Nemiga gali veikti ir kaip provokuojantis veiksnys, ir kaip įtvirtinantis veiksnys. Gyventojų tyrimai parodė, kad miego sutrikimai numatė lėtinio skausmo atsiradimą ir sustiprėjimą. Remiantis turima literatūra padaryta išvada, kad miego sutrikimai numato lėtinį skausmą stipriau, nei skausmas numato miego sutrikimus (Finan, Goodin, 2013). Nemiga yra nepriklausomai susijusi su manomu skausmo poveikiu kasdieniam darbui ir pasitenkinimui gyvenimu žmonėms, sergantiems lėtiniais skausmais (Jungquist, O'Brien, Matteson-Rusby, 2010) Galiausiai, žmonės, turintys lėtinį skausmą, išsimiegoję gali daugiau nuveikti aktyvios veiklos (Tang, Sanborn, 2014) (3 pav.). Pastarasis rodo, kad naktinio miego gerinimas gali būti naujas būdas skatinti didesnę fizinę aktyvumą dienos metu žmonėms, sergantiems lėtiniais skausmais.



4 pav. Klinikinė nemigos svarba žmonėms, turintiems lėtinių skausmų

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Jungquist, O'Brien, Matteson-Rusby, 2010; Pigeon, Moynihan, ir kt., 2012

Nepaisant didėjančios mokslinės literatūros, rodančios didelę nemigos paplitimą asmenims, sergantiems lėtiniais skausmais, daugelyje skausmo gydymo programų gretutinei nemigai gydyti siūloma ne tik raminamieji vaistai ir (arba) hipnotizuojantys neurofarmakologiniai vaistai - benzodiazepinai ir tricikliai antidepresantai. Šie vaistai yra problemiški dėl dviejų priežasčių. Pirmia, lėtinio skausmu sergančių žmonių nemigos gydymo vaistais veiksmingumas ir saugumas nebuvo nustatytas. Be to, migdomųjų vaistų vartojimas yra susijęs su daugeliu šalutinių poveikių, įskaitant sedaciją, mieguistumą dieną, galvos svaigimą, apsvaigimą ir kognityvinius bei psichomotorinius sutrikimus ( Lėtinis skausmas, 2020). Be to, daugelyje tyrimų, kuriuose dalyvavo žmonės, turintys galvos ar raumenų ir kaulų skausmų, nustatyta, kad vaistai gali sutrikdyti miegą ir netgi padidinti skausmą.

Per pastaruosius metus skausmas buvo pripažintas psichosocialiniu klausimu, keliančiu didelę naštą pacientų gyvenimo kokybei, ir, atsižvelgiant į tai, jis neseniai buvo pristatyta kaip viena liga, kurios sunkumas yra geriausiai vaizduojamas daugiamatėje sistemoje, įskaitant skausmo intensyvumą, su skausmu susijusį išgyvenimą ir kišimąsi į kasdienį gyvenimą. Taigi, norint visiškai pripažinti daugialypį skausmo pobūdį, skausmo valdymu turėtų būti siekiama ne tik tinkamai numalšinti, bet ir visiškai atkurti skausmą, pacientų funkcionalumo, psichologinės ir fizinės savijautos požiūriu. Atsižvelgiant į besikeičiančią skausmo, kaip biopsichosocialinio klausimo, sampratą, funkcionalumą galima iš naujo apibrėžti kaip gebėjimą greitėti, palaikyti pažintinę funkciją, grįžti į darbą ir užbaigti kasdienį gyvenimą, taip pat nuotaikos ir miego sutrikimų nebuvimą. Toks apibrėžimas pripažįsta dvikryptį ryšį tarp lėtinio skausmo ir miego sutrikimų, (Afolalu, Ramlee, Tang, 2018; Duenas et al., 2016; Woo, Ratnayake, 2020,; Gerhart et al., 2017), todėl miego kokybė yra kliniškai reikšmingas nuskausminančios terapijos taikyns.

Siekiant pagerinti pacientų lėtinio skausmo valdymą, nepaprastai svarbu, kad gydytojais nustatytų blogą miego kokybę. Su pacientais, kurie gali patys pranešti, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai paprastai vertina miego kokybę administruodami Pitsburgo miego kokybės indeksą (PSQI) - vieną iš dažniausiai naudojamų bendrų miego kokybės matų klinikinėse ir tyrimų vietose (Mollayeva et al., 2016). PSQI yra klausimynas, kurį sukūrė ir iš pradžių patvirtino suaugusieji Buysse ir kt. (1989) įvertinti miego kokybę per praėjusį mėnesį, gaunant bendrą balą, kuris palengvina grupių ar asmenų balų palyginimą per tam tikrą laiką. Šis klausimynas naudojamas šio darbo tyrimui atlikti (Buysse, Reynolds, 1989).

Apibendrinant miego kokybės įtaka lėtinį skausmą patiriančių žmonių gyvenimo kokybei, matyti, kad lėtinis skausmas labai stipriai veikia pacientų miegą, kas turi įtakos jų teigimai gyvenimo kokybei. Kaip matyti išanalizavus mokslinius šaltinius miegas turi įtaką lėtiniam

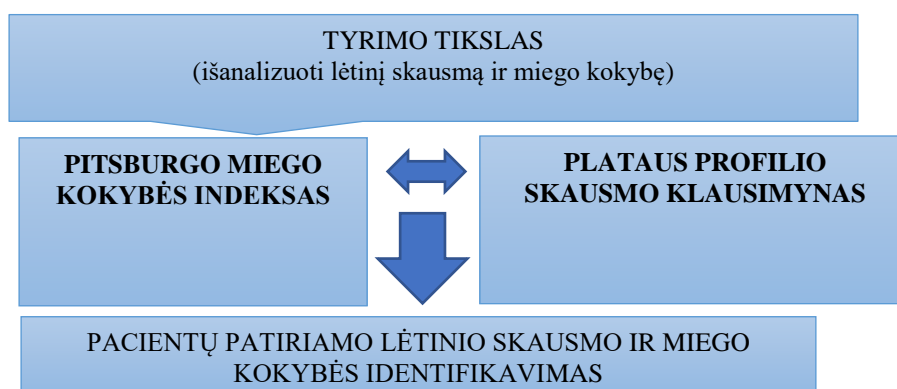
skausmui ir jo intensyvumui, ir atvirkščiai lėtinis skausmas turi įtakos miegui ir jo intensyvumui. Blogas miegas daro žalingą poveikį ne tik vėlesniam skausmo intensyvumui, bet ir skausmo trukdžiams bei neigiamai nuotaikai, mažina pacientų aktyvumą bei gali sukelti emocinius susirgimus. Nemiga yra nepriklausomai susijusi su manomu skausmo poveikiu kasdieniam darbui ir pasitenkinimui gyvenimu žmonėms, sergantiems lėtiniais skausmais.

## II. EMPIRINĖ DALIS

### 2.1. Tyrimo metodika

Nemiga yra labai paplitusi tarp žmonių, sergančių lėtiniais skausmais, nuo 53% iki 90% pacientų turi kliniškai reikšmingą nemigos laipsnį (Nijs et al., 2018). Literatūroje nurodoma, kad žmonės, patiriantys lėtinį skausmą, 18 kartų dažniau turi kliniškai apibrėžtus miego sutrikimus nei nepatiriantys lėtinio skausmo (Tang et al., 2007). Nemiga yra glaudžiai susijusi su skausmo sunkumu žmonėms, kurie patiria lėtinį skausmą (Tang et al., 2007). Žmonės, patiriantys skausmą, dažnai turi nemigos problemų, tokių kaip sunkumai patiriami prieš užmiegant bei sunkumai miegant, kurie yra susiję su kognityviniais sutrikimais, tokiais kaip sumažėjęs informacijos apdorojimo greitis (Meeus et al., 2015). Nemiga paprastai laikoma lėtinio skausmo pasekmė, tačiau tyrimų rezultatai rodo, kad miego sutrikimai gali turėti dvikryptį ryšį su lėtiniu skausmu. Nemiga gali veikti ir kaip provokuojantis veiksnys, ir kaip įtvirtinantis veiksnys (Jungquist et al., 2010). Gyventojų išilginiai tyrimai parodė, kad miego sutrikimai numatė lėtinio skausmo atsiradimą ir sustiprėjimą (Finan et al., 2013). Remiantis turima literatūra padaryta išvada, kad miego sutrikimai numato lėtinį skausmą stipriau, nei skausmas numato miego sutrikimus (Finan ir kt., 2013).

Siekiant išanalizuoti lėtinį skausmą ir miego kokybę buvo taikytas kiekybinis tyrimas, naudojant anketinės apklausos raštu metodą. Pasirinkta viena iš Lietuvoje veikiančių skausmo klinikų ir apklausti joje gydomi pacientai, kurie patiria lėtinį skausmą. Tyrimą atlikti pasirinkta skausmo klinika, nes visi joje gydomi pacientai patiria lėtinį skausmą. Sutikę dalyvauti apklausoje pacientai užpildė anoniminę anketą. Tyrimo anketa sudaryta, remiantis standartizuotais klausimynais: Pitsburgo miego kokybės indeksu (PMKI) ir Plataus profilio skausmo klausimynu (angl. West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)). Gauti kiekybinio tyrimo duomenys buvo susisteminti ir grafiškai pavaizduoti naudojant aprašomosios statistikos metodą. Žemiau pateikiamoje tyrimo vykdymo schemoje nurodoma, kokie bus pasirinkti dalyviai bei kaip bus renkama ir analizuojama tyrimo metu gauta informacija (5 pav.).



5 pav. Tyrimo schema

### 2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimas buvo atliktas 2021 metų kovo – rugpjūčio mėnesiais, vienoje Lietuvos skausmo klinikoje. Anketinės apklausos tyrimo imtį sudarė lėtinį skausmą patiriantys pacientai, kurie gydėsi ligoninės specializuotų skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų dienos stacionare ir sutikę dalyvauti anketinėje apklausoje. Sutikę dalyvauti tyrime respondentai buvo supažindinami su tyrimu, klausimynu, jo turiniu, perspėjant, kad jiems nereikia rašyti vardo ir pavardės. Iš anksto buvo sutarta, kad duomenis rinks asistentas ir užpildytus klausimynus paliks pas skyriaus slaugos administratorę.

Tiriamos ligoninės specializuotų skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų dienos stacionaro populiacija, 2019 metų statistinės ataskaitos duomenimis yra 830 pacientai, kurie patiria lėtinį skausmą. Tyrimo tikslui įgyvendinti imtis sudaryta taikant neatsitiktinę – tikslinę atranką. Neatsitiktinė imtis yra tokia, „į kurią patekti tam tikriems populiacijos individams tikimybė lygi nuliui arba daug mažesnė kaip kitų“ (Mockienė ir kt., 2014). Tikslinė imtis apibrėžiama kaip imtis, į kurią įtraukiami asmenys, kurie tyrėjo nuomone yra tipiškiausi tiriamuoju požymiu, pagal specifinius tikslus (Kardelis, 2016). Imties dydžio nustatymas apskaičiuojamas pagal Paniotto formulę (Mockienė ir kt., 2014):

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

kur:

n- reikiamas imties dydis;

$\Delta$  - tikimybinė leistina paklaida 5 proc.

N – tyrinėjamos visumos dydis.

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}} = \frac{1}{0,05^2 + \frac{1}{830}} = 263$$

Pagal imties skaičiuoklę reikia apklausti 263 tiriamos ligoninės specializuotų skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų dienos stacionaro pacientus.

Buvo išdalinta 270 anketų. Po anketavimo grįžo 266 (98%), 4 anketos užpildytos neteisingai. Tyrime dalyvavo 266 pacientai, patiriantys lėtinį skausmą. Daugiau kaip pusė respondentų buvo moterys (63,5 proc., n=169). Vidutinis tyrimo dalyvių amžius  $58,41 \pm 11,7$  metai. Jauniausias buvo 27 metų, vyriausias – 88 metų. Kadangi amžiaus skirstinys netenkino normalumo prielaidos, duomenų analizei buvo sudarytos amžiaus grupės. Daugiau kaip po trečdalį pacientų buvo 55 metų ir jaunesni (38,3 proc., n=102) bei 56-65 metų (34,6 proc., n=92). Beveik trys ketvirtadaliai respondentų buvo susituokę ar gyveno su partneriu (70,7 proc., n=188). Daugiau kaip trečdalis pacientų buvo įgiję vidurinį ar specialųjį vidurinį išsilavinimą (38,7 proc., n=103), o taip

pat aukštesnį išsilavinimą (35,3 proc., n=94). Maždaug ketvirtadalis tiriamųjų buvo įgiję aukštąjį išsilavinimą (25,9 proc., n=69) (1 lentelė).

1 lentelė. Tyrimo dalyvių socialinės ir demografinės charakteristikos (N=266)

<b>Charakteristikos</b>	<b>n</b>	<b>proc.</b>
<b>Lytis</b>		
Vyrai	97	36,5
Moterys	169	63,5
<b>Amžius</b>		
≤55 metai	102	38,3
56-65 metai	92	34,6
>65 metai	72	27,1
<b>Šeiminė padėtis</b>		
Susituokę / gyvenantys su partneriu	188	70,7
Vieniši	78	29,3
<b>Išsimokslinimas</b>		
Vidurinis / spec. vidurinis	103	38,7
Aukštesnysis	94	35,3
Aukštasis	69	25,9

### 2.1.2. Tyrimo metodai

1. Mokslinės literatūros analizė. Duomenų bazės, kuriomis buvo naudotasi analizuojant mokslinę literatūrą : PubMed, MEDLINE, EBSCO, Science Direct ir kt. Buvo analizuojami šaltiniai lietuvių ir anglų kalba. Raktiniai žodžiai: lėtinis skausmas, miego kokybė, gyvenimo kokybė.

2. Kiekybinis tyrimas. Pasirinkta anketinė apklausa raštu. Kiekybiniai tyrimo metodai – tai metodai, kuriais atliekant tyrimą, galutiniai rezultatai išreiškiami skaičiais. Tai veiksmų, būdų ir aprašymo metodų visuma, kai suteikiama galimybė gauti naujų žinių (Kardelis, 2017).

Duomenų analizė atlikta naudojant statistinės duomenų analizės „SPSS 24“ (angl. Statistical Package for Social Sciences) ir „Microsoft 69 Office Excel 2016“ programas. Duomenys buvo analizuojami ir klasifikuojami pagal atskirus tyrimų uždavinius. Duomenų analizė pateikta atliktus aprašomąją sukaupų duomenų analizę – absoliučius skaičius (n) bei procentinius dažnius (proc.). Intervaline skale išreikštiems duomenims apskaičiuojami aritmetiniai vidurkiai (m) ir standartiniai nuokrypiai (SN), o rangine skale išreikštiems duomenims - aritmetiniai vidurkiai (m), standartiniai nuokrypiai (SN), mediana (Md), mažiausia (min) ir didžiausia (max) reikšmės. Kiekybinių kintamųjų skirstinio normalumas vertintas Kolmogorovo-Smirnovo testu. Siekiant nustatyti klausimynų poskalių vidinį suderinamumą, buvo apskaičiuoti Cronbach Alfa koeficientai. Visų poskalių atvejais anketos Cronbach Alfa buvo didesni nei 0,7, tai rodo, kad klausimynai yra tinkami. Kintamųjų dažnumui, išreikštam procentais, palyginti sudarytos susijusių požymių

lentelės, skaičiuotas chi kvadrato ( $\chi^2$ ) - kriterijus bei jo laisvės laipsnių skaičius (lls), proporcijų lygibė vertinta z testu Bonferroni metodu. Dviejų nepriklausomų imčių ranginių kintamųjų skirstiniai lyginti Mann-Whitney U testu, daugiau kaip dviejų nepriklausomų imčių ranginių kintamųjų skirstiniai lyginti Kruskal-Wallis H testu. Siekiant nustatyti ryšio stiprumą tarp kintamųjų buvo skaičiuojamas neparimetrinis Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas (r). Ryšio stiprumas vertinamas, atsižvelgiant į koreliacijos koeficiento r -0,5 eiksmės dydį: jei r yra nuo 0 0,3, laikyta, kad ryšys labai silpnas, nuo 0,3 – ryšys silpnas, nuo 0,5-0,7 – -0,9 ryšys vidutinio stiprumo, nuo 0,7 – ryšys stiprus, jei >0,9 – ryšys labai stiprus. Vieno binarinio priklausomo kintamojo (Y) priklausomybė nuo kelių nepriklausomų kintamųjų (X) vertinta daugiaveiksnių logistinės regresijos metodu, skaičiuotas galimybių santykis (GS) su jo pasikliautinoju 95 proc. intervalu (PI). Priklausomu kintamuoju pasirinkta pacientų miego kokybė, kai „Blogas miegas“ – ožymis yra, „Geras miegas“ – požymio nėra. V p isais atvejais statistiškai reikšmingu laikytas skirtumas, kurio patikimumas buvo didesnis nei 95 proc., t.y. kai p reikšmė buvo mažesnė už pasirinktą reikšmingumo lygmenį  $\alpha = 0,05$ . Rezultatai pateikti surinktų duomenų vaizdavimo būdu diagramose bei lentelėse.

### 2.1.3. Tyrimo instrumentas

Šio tyrimo instrumentas yra anoniminė anketinė apklausa (1 priedas). Klausimyną sudaro 66 klausimai. 1 – 4 klausimai pateikiami, susiję su asmenų demografiniais rodikliais. 5 – 14 klausimai yra Pitsburgo miego kokybės indeksas (angl. Pittsburgh Sleep Quality Index), skirtas pacientų miego kokybei iširti. 15 – 66 klausimai yra Plataus profilio skausmo klausimynas (angl. West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)), skirtas įvertinti skausmui bei su juo susijusioms gyvenimo sritims.

Pitsburgo miego kokybės indeksas (PMKI) buvo sukurtas miego kokybės įvertinimui ir žmonių grupavimui į miegančius gerai ir blogai (Buysse et al., 1989). Instrumento autorius Dr. Buysse suteikė leidimą naudoti šį instrumentą šiame tyrime. Taip pat buvo gautas šio instrumento lietuviškos versijos autoriaus Martyno Žakevičiaus leidimas PMKI lietuvišką versiją naudoti šiame tyrime. ( 2 priedas)

PMKI sudaro 19 savęs įvertinimo klausimų apie praėjusio mėnesio miego kokybę. Devyniolika PMKI klausimų apima įvairius veiksnus, susijusius su miego kokybe, įskaitant miego trukmės ir latentiško įvertinimą, specifinių su miegu susijusių sutrikimų dažnį ir išreikštumą. Šie klausimai yra grupuojami į 7 grupes: subjektyvi miego kokybė, užmigimo laikas, miego trukmė, miego efektyvumas, prabudimai, medikamentų vartojimas, savijauta dienos metu. Kiekvieno komponento reikšmė gali būti nuo 0 iki 3 balų, kai 0 – nėra jokių sunkumų, o 3 atspindi didelius su miegu susijusius sunkumus. Sudėjus 7 komponentų reikšmes ir gaunama bendra PMKI reikšmė,

rodanti miego sutrikimo laipsnį, kuris gali būti nuo 0 iki 21. Kuo didesnė reikšmė, tuo blogesnė miego kokybė. Blogas miegas, kai PMKI indeksas yra 5 ir daugiau balų. Geras miegas, kai indeksas yra mažiau nei 5 balai.

Plataus profilio skausmo klausimynas (angl. West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)) sudarytas iš 52 teiginių ir skirstomas į tris dalis: pirmoji dalis skirta skausmo intensyvumui ir jo įtakai įvairioms lėtinį skausmą patiriančių asmenų gyvenimo sritims; antroji – lėtinį skausmą patiriančių žmonių artimųjų reakcijoms, o trečioji – įsitraukimui į įprastas kasdienes veiklas) dalis ir 12 skalių (Kerns et al., 1985). Kiekvienas elementas įvertinamas 0 – 6 skalėje, o kiekvienos subskalės balai apskaičiuojami pridedant kiekvieno tos subskalės elemento balus, padalijus iš tos subskalės elementų skaičiaus, kad gauti vidutinį balą. Didesnis balų skaičius reiškia didesnę intensyvumą, t.y. didesnis balų skaičius skausmo poveikio skalėje reikštų didesnę skausmo įtaką kasdieninei veiklai, o didesnis balų skaičius vertinant paciento aktyvumą reikštų didesnes paciento galimybes aktyviai dalyvauti kasdieninėje veikloje. (Kerns et al., 1985). Klausimyno autorius R. D. Kerns nurodo, jog nereikia prašyti leidimo naudoti klausimyną (VHA Pain Management, 2010). Tyrime naudoti WHYMPI klausimyno lietuvišką versiją leidimas gautas iš WHYMPI klausimyno lietuviškos versijos autorės Viktorijos Meščeriakovos ( 2 priedas).

Klausimyno vidinio nuoseklumo vertinimas:

- Skausmo intensyvumas 0,870;
- Paciento artimųjų požiūris į skausmą 0,842;
- Skausmo poveikis kasdienei veiklai 0,903;
- Bendras 0,933.

#### **2.1.4. Tyrimo procesas, eiga**

Remiantis V. Mockiene, D. Drungiliene, A. Martinkėnu (2014) skiriami šie pagrindiniai tyrimo „Pacientų patiriamas lėtinis skausmas ir miego kokybė“ etapai:

1) Temos pasirinkimas 2020.09/2020.10. Tema pasirinkta atsižvelgiant į problemos aktualumą, naujumą ir jos svarbą mokslui bet praktikai.

2) Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas 2020.10/2021.11. Atliekama mokslinės literatūros apžvalga ir analizė, siekiant atskleisti svarbiausius tiriamos problemos klausimus. Mokslinės literatūros analizė bus atliekama naudojant duomenų bazines : PubMed, MEDLINE, EBSCO, Science Direct ir kt. Bus analizuojami šaltiniai lietuvių ir anglų kalba. Mokslinės literatūros paieška vyko naudojant šiuos raktažodžius bei jų kombinacijomis: lėtinis skausmas (*angl. chronic pain*), lėtinio skausmo įtaka gyvenimo kokybei (*angl. the impact of*

*chronic pain on quality of life*), lėtinio skausmo įtaka miego kokybei (*angl. the effect of chronic pain on sleep quality*), lėtinis skausmas (*angl. chronic pain*) ir kt.

Tyrimo plano rengimas ir instrumento paieška 2020.10/2021.02. Tyrimui buvo parengta anketa, kurią sudaro 2 standartizuoti klausimynai. Pitsburgo miego kokybės indeksas (*angl. Pittsburgh Sleep Quality Index*), skirtas pacientų miego kokybei iširti ir Plataus profilio skausmo klausimynas (*angl. West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)*), skirtas įvertinti skausmui bei su juo susijusioms gyvenimo sritims.

3) Abiejų klausimynų autorių leidimai gauti naudoti juos šiame tyrime. Taip pat gauti autorių leidimai išvertusių šiuos klausimynus į lietuvių kalbą. (2 priedas)

4) Tyrimo duomenys renkami 2021.03/2021 08. Gavus KU SvMF Slaugos katedros etikos komisijos leidimą atlikti tyrimą, buvo kreiptasi į pasirinktos ligoninės administraciją, dėl sutikimo atlikti pacientų apklausą raštu. Tyrime buvo naudojama anoniminė anketa siekiant, kad pacientai galėtų laisvai išreikšti savo nuomonę. Buvo laikomasi konfidencialumo, anonimiškumo ir sąžiningumo principų.

5) Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas 2021.09/2021.10. Tyrimo rezultatai buvo analizuojami, sisteminami ir vaizduojami naudojantis Microsoft Exel ir SSPS programomis.

6) Tyrimo rezultatų palyginimas 2021.10/2021.11. Gauta informacija buvo lyginama su mokslinės literatūros duomenimis.

7) Išvadų ir rekomendacijų parengimas 2021.10/2021.12. Išanalizavus gautus duomenis pateiktos išvados ir rekomendacijos.

8) Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas 2021.11/2021.12.

### **2.1.5. Tyrimo etika**

Prieš atliekant šį tyrimą buvo gautas Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisiją pritarimas atlikti tyrimą. Etikos komisijai pritarus, buvo kreiptasi į tyrimui pasirinktos įstaigos administraciją su prašymu leisti atlikti tyrimą. Tik gavus raštišką sutikimą buvo pradėti rinkti duomenys. Šiame tyrime buvo vadovaujamas 2013 m. Helsinkio deklaracijos pagrindiniais etikos principais t. y. autonomiškumo, anonimiškumo, privatumo, konfidencialumo, nežalingumo, sąžiningumo bei laisvo pasirinkimo etiniais principais.

Kaip nurodo Gaižauskaitė, Mikėnė (2014), tyrimuose, kuriuose duomenys renkami apklausos metodu, galioja visi bendriausi etikos principai. Autorės išskiria keletą svarbiausių tiriamųjų gerovę nusakančių principų: informuotas ir savanoriškas sutikimas dalyvauti tyrime,

anonimiškumo ir gautos informacijos konfidencialumo užtikrinimas, žalos tiriamiesiems vengimas (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014).

Respondentai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, jiems buvo paaiškinta, kad bus laikomasi konfidencialumo ir anonimiškumo. Duomenys buvo pateikti tik apibendrintai, todėl respondentams buvo paaiškinta, kad nebus pažeistas privatumo principas. Pateikiant anketas buvo prašoma atsakyti į klausimus, pabrėžiant jų teisę atsisakyti dalyvauti tyrime.

Iš klausimynų autorių gauti leidimai naudoti instrumentą šiame tyrime, taip pat leidimai gauti ir iš autorių klausimynus išvertusių į lietuvių kalbą (priedas 2).

## 2.2. Tyrimo rezultatai

### 2.2.1. Pacientų patiriamo skausmo vertinimas

Tyrimo metu vertintas lėtinį skausmą patiriančių pacientų skausmo intensyvumas. Pagal klausimyno metodiką apskaičiuota, kad stipriausią poveikį lėtinis skausmas turėjo jų galimybės atlikti kasdieninius namų ruošos darbus ( $5,18 \pm 1,0$  balai), galimybei dirbti ( $5,12 \pm 0,9$  balai) bei pasitenkinimui, kuris patiriamas dirbant ( $5,04 \pm 1,2$  balai). Mažiausiai skausmo intensyvumas paveikė pacientų bendrą pastarosios savaitės nuotaiką ( $2,51 \pm 1,4$  balai), galimybę išspręsti savo problemas ( $3,29 \pm 1,4$  balai) bei galimybę kontroliuoti savo gyvenimą ( $3,59 \pm 1,4$  balai) (2 lentelė).

2 lentelė. Tyrimo dalyvių patiriamo skausmo intensyvumo subskalės teiginių vertinimas

Teiginiai	m	SN	Md	min	max
Kaip stipriai skausmas pakeitė Jūsų galimybes atlikti kasdieninius namų ruošos darbus	5,18	1,0	5	0	6
Įvertinkite kaip stipriai nuo tada kai atsirado skausmas pakeitė Jūsų galimybę dirbti	5,12	0,9	5	3	6
Kaip stipriai skausmas pakeitė pasitenkinimą, patiriamą dirbdant	5,04	1,2	5	0	6
Įvertinkite kaip stipriai skausmas įtakoja Jūsų kasdieninę veiklą	5,03	1,0	5	0	6
Įvertinkite, kaip stipriai Jūs kenčiate dėl patiriamo skausmo	4,91	1,0	5	0	6
Įvertinkite savo skausmo lygį šiuo momentu	4,74	1,0	5	1	6
Vidutiniškai, kiek stiprus buvo Jūsų praeitos savaitės skausmas	4,65	0,9	5	1	6
Kaip stipriai skausmas pakeitė pasitenkinimą, kurį Jūs gaunate iš socialinės veiklos, bendravimo	4,58	1,0	5	1	6
Kiek įsitempęs/įsitempusi Jūs buvote praeitą savaitę	4,40	1,3	4	0	6
Kaip stipriai skausmas pakeitė pasitenkinimą su Jūsų šeima susijusiose veiklose	4,35	1,1	4	0	6
Ar artimas asmuo Jus palaiko Jums susidūrus su skausmu	4,20	1,3	4	0	6
Kaip stipriai skausmas pakeitė galimybę dalyvauti socialinėse veiklose	4,18	1,1	4	0	6
Kaip stipriai Jūsų artimas asmuo yra dėmesingas Jūsų skausmui	4,10	1,1	4	0	6

2 lentelės tęsinys. Tyrimo dalyvių patiriamo skausmo intensyvumo subskalės teiginių vertinimas

Ar Jums artimas asmuo yra susirūpinęs dėl Jūsų patiriamo skausmo	4,08	1,1	4	0	6
Įvertinkite, kaip stipriai skausmas pakeitė draugystę su žmonėmis	4,05	1,3	4	0	6
Kaip stipriai skausmas pakeitė Jūsų santuokinius ir kitus šeimyninius ryšius	3,93	1,1	4	0	6
Kiek irzlus/irzli Jūs buvote praeitą savaitę	3,81	1,3	4	0	6
Įvertinkite, kaip pastarosios savaitės bėgyje Jūs jautėte galintis kontroliuoti savo gyvenimą	3,59	1,4	4	0	6
Įvertinkite, kaip stipriai pastarosios savaitės metu Jūs jautėtės galintis išspręsti savo problemas	3,29	1,4	3	0	6
Bendrai įvertinkite savo praeitos savaitės nuotaiką	2,51	1,4	2	0	6

Gauti rezultatai parodė, kad patiriančių lėtinį skausmą pacientų artimieji dažniausiai atnešė skausmą palengvinančių vaistų ( $3,95 \pm 1,3$  balai), už juos atliko įvairius darbus ( $3,61 \pm 1,4$  balai) bei stengėsi leisti pailsėti ( $3,55 \pm 1,3$  balai). Rečiausiai pacientų artimieji jiems ką nors jiems skaitė ( $0,72 \pm 1,1$  balai), ignoravo ( $2,26 \pm 1,5$  balai) ar reiškė nusivylimą ( $2,64 \pm 1,4$  balai) (3 lentelė).

3 lentelė. Tyrimo dalyvių artimųjų požiūrio į patiriamą skausmą subskalės teiginių vertinimas

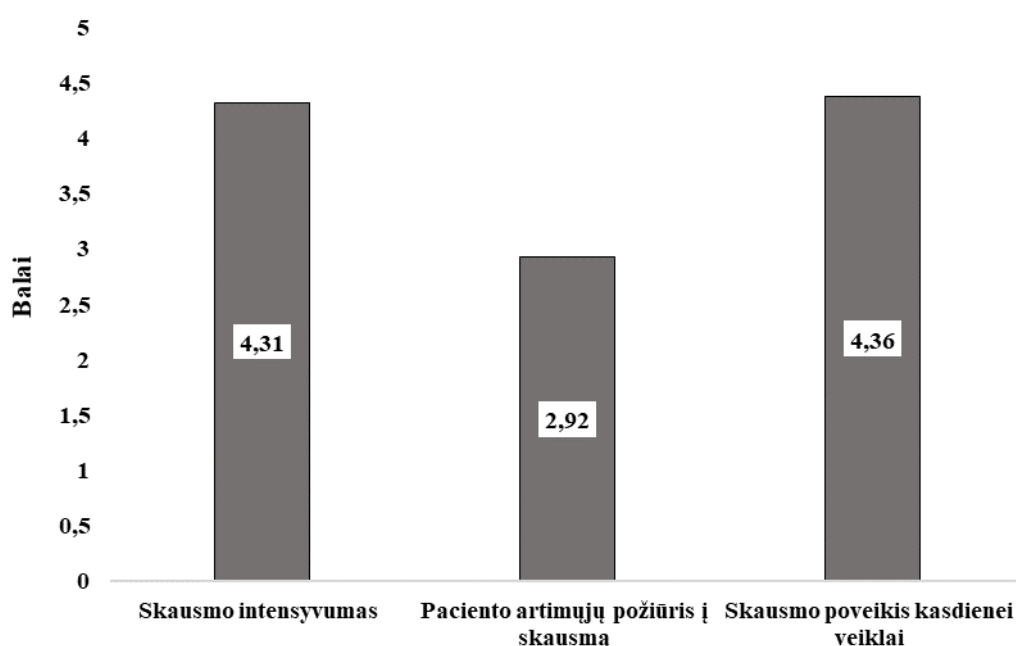
Požiūris	m	SN	Md	min	max
Atneša skausmą palengvinančių vaistų	3,95	1,3	4	0	6
Atlieka mano darbus	3,61	1,4	4	0	6
Stengiasi leisti man pailsėti	3,55	1,3	3	0	6
Domisi kaip galėtų man padėti	3,38	1,5	3	0	6
Atneša man ką nors valgyti ar atsigerti	3,18	1,4	3	0	6
Įjungia televizorių, kad atitrauktų mano mintis nuo skausmo	2,99	1,6	3	0	6
Drąsina/skatina mane dirbti ar užsiimti kokia nors veikla	2,98	1,2	3	0	6
Kalbasi su manimi siekdamas atitraukti mano mintis nuo skausmo	2,95	1,2	3	0	6
Parodo susierzinimą	2,88	1,3	3	0	6
Stengiasi mane įtraukti į kokią nors veiklą	2,88	1,1	3	0	6
Supyksta ant manęs	2,88	1,5	3	0	6
Išreiškia nusivylimą manimi	2,64	1,4	3	0	6
Mane ignoruoja	2,26	1,5	2	0	6
Man skaito	0,72	1,1	0	0	6

Atliekant tyrimą vertinta kaip patiriamas lėtinis skausmas veikė pacientų kasdienę veiklą. Nustatyta, kad stipriausiai skausmo problema išryškėjo respondentams dirbant sode ( $4,97 \pm 1,5$  balai), tvarkantis namus ( $4,85 \pm 1,5$  balai), šienaujant veją ( $4,84 \pm 1,8$  balai). Tai rodo, kad lėtinis skausmas turi įtakos apklaustųjų kasdieninei veiklai namų ruošoje. Rečiausiai tyrimo dalyviams patiriamo skausmo problema išryškėjo taisant automobilį ( $2,23 \pm 1,4$  balai), einant į kiną ( $2,90 \pm 1,8$  balai) bei išvykus į kelionę ( $3,64 \pm 1,7$  balai) (4 lentelė).

4 lentelė. Tyrimo dalyvių patiriamo skausmo poveikio kasdienei veiklai subskalės teiginių vertinimas

Veiklos	m	SN	Md	min	max
Dirbate sode	4,97	1,5	6	0	6
Tvarkote namus	4,85	1,5	5	0	6
Šienaujate veją	4,84	1,8	6	0	6
Plaunate indus	4,77	1,4	5	0	6
Apsipirkinėjate maisto prekių parduotuvėje	4,65	1,5	5	0	6
Važinėjatės automobiliu	4,64	1,2	5	1	6
Gaminote valgyti	4,58	1,3	5	0	6
Skalbiate drabužius	4,49	1,5	5	0	6
Einate į parką ar paplūdimį	4,10	1,6	5	0	6
Plaunate automobilį	4,05	1,9	5	0	6
Atliekate reikalingus remonto darbus namuose	3,98	2,0	5	0	6
Išeinate kur nors pavalgyti	3,79	1,7	4	0	6
Žaidžiate kortomis ar kitus žaidimus	3,73	1,8	4	0	6
Aplankote draugus	3,66	1,6	4	0	6
Aplankote giminaičius	3,66	1,5	4	0	6
Išvykstate į keliones	3,64	1,7	4	0	6
Einate į kiną	2,90	1,8	3	0	6
Taisote automobilį	2,23	1,4	1	0	6

Pagal klausimyno metodiką apskaičiuotas kiekvienos Plataus profilio skausmo klausimyno subskalės įvertis. Paaikškėjo, kad stipriausiai patiriamas lėtinis skausmas paveikė pacientų kasdienę veiklą ( $4,36 \pm 1,1$  balai). Tai rodo, kad lėtinis skausmas veikia apklaustųjų gyvenimo kokybę. Patiriamo skausmo intensyvumo poveikis įvertintas kaip nežymiai silpnesnis -  $4,31 \pm 0,5$  balais iš 6 galimų. Mažiausiai pacientų patiriamas skausmas paveikė jų artimųjų požiūrį į juos ir jų skausmą ( $2,92 \pm 0,6$  balai). (6 pav.).



6 pav. Tyrimo dalyvių Plataus profilio skausmo klausimyno subskalių įverčiai ( $m \pm SN$ )

Tyrimo metu analizuotas patirimo skausmo poveikis priklausomai nuo pacientų socialinių ir demografinių charakteristikų.

Gauti rezultatai parodė, kad vyresnių nei artimųjų reakcija buvo statistiškai reikšmingai stipresnė ( $3,56 \pm 0,8$  balai), nei 55 metų ir jaunesnių pacientų ( $2,85 \pm 0,5$  balai) bei 56-65 metų pacientų ( $2,75 \pm 0,5$  balai) ( $p < 0,05$ ). Tačiau patiriamo skausmo poveikis kasdienei veiklai vyresnių nei 65 metų pacientams buvo statistiškai reikšmingai silpnesnis ( $3,67 \pm 1,0$  balai), nei 55 metų ir jaunesniems pacientams ( $4,56 \pm 1,1$  balai) bei 56-65 metų pacientams ( $4,46 \pm 0,7$  balai) ( $p < 0,05$ ). Aukštąjį išsilavinimą įgijusių pacientų artimųjų reakcija į patiriamą skausmą buvo statistiškai reikšmingai silpnesnė ( $2,46 \pm 0,8$  balai), nei įgijusių vidurinį / spec. vidurinį ( $2,88 \pm 0,5$  balai) bei aukštesnįjį išsilavinimą ( $2,86 \pm 0,4$  balai) ( $p < 0,05$ ). Skirtingos šeiminės padėties pacientų skausmo intensyvumo, jų artimųjų požiūrio į skausmą bei skausmo poveikio kasdienei veiklai vertinimas nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p > 0,05$ ) (5 lentelė).

5 lentelė. Tyrimo dalyvių Plataus profilio skausmo klausimyno subskalių įverčių palyginimas pagal socialines ir demografines charakteristikas

Charakteristikos	Subskalės		
	Skausmo intensyvumas	Paciento artimųjų požiūris į skausmą	Skausmo poveikis kasdienei veiklai
<i>Lytis</i>			
Vyrai	$4,37 \pm 0,4$	$2,88 \pm 0,5$	$4,73 \pm 0,8$
Moterys	$4,30 \pm 0,6$	$2,85 \pm 0,6$	$4,19 \pm 1,1$ *
<b>p</b>	<b>0,360</b>	<b>0,824</b>	<b>0,030</b>
<i>Amžius</i>			
≤55 metai	$4,31 \pm 0,4$	$2,85 \pm 0,5$	$4,56 \pm 1,1$
56-65 metai	$4,32 \pm 0,6$	$2,75 \pm 0,5$	$4,46 \pm 0,7$
>65 metai	$4,59 \pm 0,4$	$3,56 \pm 0,8$ **	$3,67 \pm 1,0$ **
<b>p</b>	<b>0,135</b>	<b>0,007</b>	<b>0,005</b>
<i>Šeiminė padėtis</i>			
Susituokę / gyvenantys su partneriu	$4,32 \pm 0,5$	$2,89 \pm 0,5$	$4,45 \pm 1,0$
Vieniši	$4,47 \pm 0,4$	$2,70 \pm 0,7$	$4,50 \pm 0,9$
<b>p</b>	<b>0,337</b>	<b>0,315</b>	<b>0,603</b>
<i>Išsimokslinimas</i>			
Vidurinis / spec. vidurinis	$4,37 \pm 0,4$	$2,88 \pm 0,5$	$4,55 \pm 0,9$
Aukštesnysis	$4,30 \pm 0,5$	$2,86 \pm 0,4$	$4,52 \pm 0,8$
Aukštasis	$4,32 \pm 0,6$	$2,46 \pm 0,8$ ***	$4,24 \pm 1,1$
<b>p</b>	<b>0,528</b>	<b>0,038</b>	<b>0,779</b>

\*-  $p < 0,05$ , lyginant su vyrais; \*\*-  $p < 0,05$ , lyginant su ≤55 metų ir 56-65 metų pacientais;

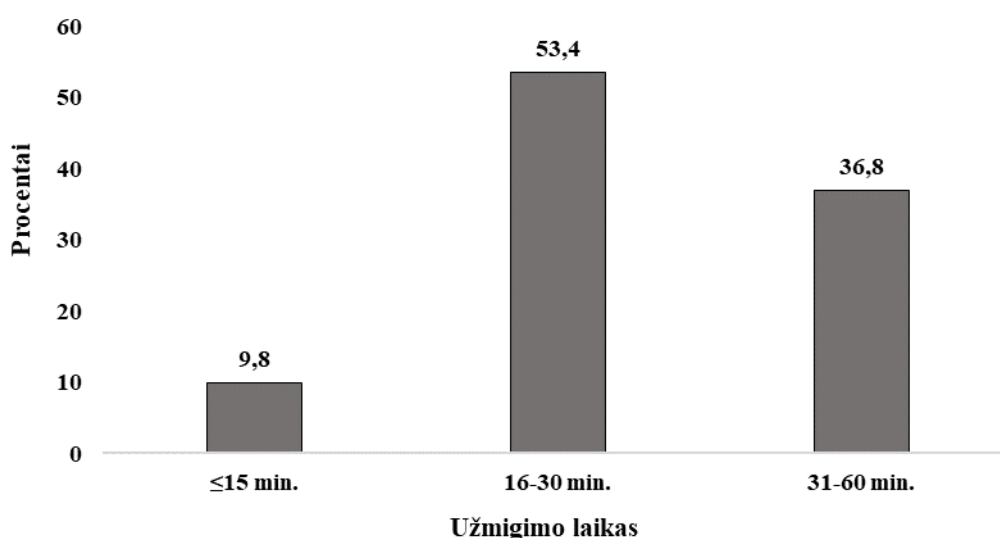
\*\*\*-  $p < 0,05$ , lyginant su įgijusiais vidurinį / spec. vidurinį bei aukštesnįjį išsilavinimą (z testas Bonferroni metodu)

Apibendrinant galima teigti, kad stipriausią poveikį lėtinis skausmas turėjo pacientų galimybėms atlikti kasdieninius namų ruošos darbus, galimybei dirbti, jausti pasitenkinimą, gaunamą dirbant. Pacientų, patiriančių lėtinį skausmą, artimieji dažniausiai atnešė skausmą palengvinančių vaistų, už juos atliko įvairius darbus bei stengėsi leisti pailsėti. Lėtinis skausmas

dažniausiai trukdė dirbti sode, šienauti veją, tvarkytis namuose. Bendrai patiriamas lėtinis skausmas stipriausiai paveikė pacientų kasdienę veiklą, ypač vyrų bei jaunesnių nei 65 metų pacientų.

### 2.2.2. Pacientų, patiriančių skausmą, miego kokybės vertinimas

Tyrimo metu vertinta pacientų, patiriančių lėtinį skausmą, miego kokybę. Pagal Pitsburgo miego kokybės klausimyno metodiką vertintas pacientų užmigimo laikas. Gauti rezultatai parodė, kad daugiau kaip pusė tyrimo dalyvių užmiega per 16-30 minučių (53,4 proc., n=142). Daugiau kaip trečdaliui užmigti reikia net 31-60 minučių (36,8 proc., n=98) (7 pav.). Toks respondentų atsakymų pasiskirstymas rodo, kad lėtinis skausmas mažai įtakoja lėtinį skausmą patiriančių pacientų užmigimo laiką.



7 pav. Tyrimo dalyvių užmigimo laiko pasiskirstymas (N=266)

Nustatyta, kad skausmą patiriantys pacientai vyrai statistiškai reikšmingai dažniau užmigdavo per 15 minučių ar greičiau (15,5 proc., n=15), nei moterys (6,5 proc., n=11) ( $p < 0,05$ ). Respondentų užmigimo laikas priklausomai nuo kitų socialinių ir demografinių charakteristikų nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p > 0,05$ ) (6 lentelė).

6 lentelė. Tyrimo dalyvių užmigimo laiko pasiskirstymas priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (N=266)

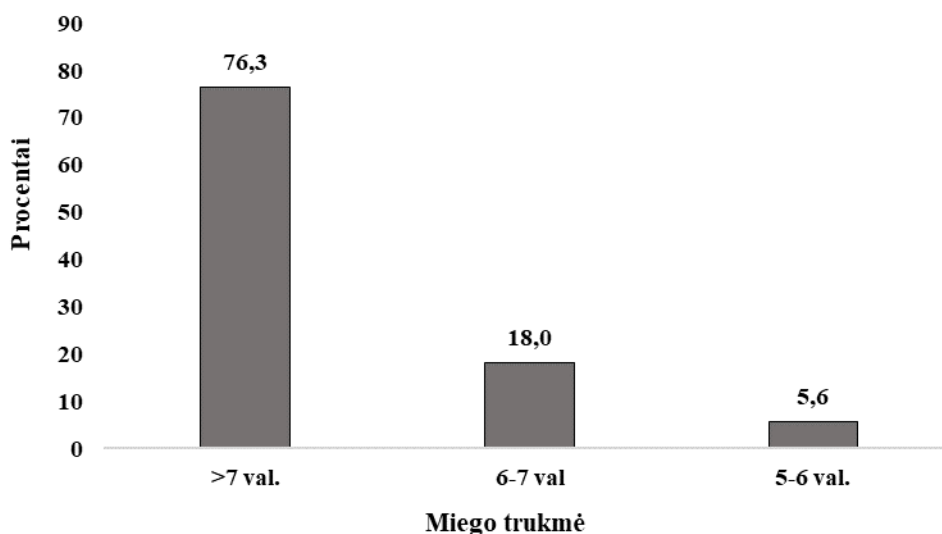
Charakteristikos	Užmigimo laikas, n (proc.)		
	≤15 min.	16-30 min.	31-60 min.
<b>Lytis</b>			
Vyrai	15 (15,5)	42 (43,3)	40 (41,2)
Moterys	11 (6,5) *	100 (59,2)	58 (34,3)
$\chi^2$ ; IIs; p	8,77; 2; <b>0,012</b>		
<b>Amžius</b>			
≤55 metai	7 (6,9)	52 (51,0)	43 (42,2)
56-65 metai	8 (8,7)	50 (54,3)	34 (37,0)

6 lentelės tęsinys. Tyrimo dalyvių užmigimo laiko pasiskirstymas priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (N=266)

>65 metai	11 (15,3)	40 (55,6)	21 (29,2)
$\chi^2$ ; lls; p	5,35; 4; 0,253		
<b>Šeiminė padėtis</b>			
Susituokę / gyvenantys su partneriu	17 (9,0)	103 (54,8)	68 (36,2)
Vieniši	9 (11,5)	39 (50,0)	30 (38,5)
$\chi^2$ ; lls; p	0,67; 2; 0,717		
<b>Išsimokslinimas</b>			
Vidurinis / spec. vidurinis	9 (8,7)	49 (47,6)	45 (43,7)
Aukštesnysis	9 (9,6)	54 (57,4)	31 (33,0)
Aukštasis	8 (11,60)	39 (56,5)	22 (31,9)
$\chi^2$ ; lls; p	3,57; 4; 0,467		

\*- p<0,05, lyginant su vyrais (z testas Bonferroni metodu)

Tyrimo metu vertinta pacientų, patiriančių skausmą, miego trukmė. Gauti rezultatai parodė, kad daugiau kaip trys ketvirtadaliai respondentų miegojo ilgiau nei 7 valandas (76,3 proc., n=203). 6-7 valandas naktį miegojo beveik penktadalis tiriamųjų (18,0 proc., n=48). Dar trumpiau – 5-6 valandas – teigė miegantys mažuma pacientų (5,6 proc., n=15) (8 pav.). Tai rodo, kad patiriamas lėtinis skausmas pacientams leidžia išmiegoti pakankamai ilgą laiko tarpą, kai jie nejaučia skausmo.



8 pav. Tyrimo dalyvių nakties miego trukmės pasiskirstymas (N=266)

Tyrimo metu paaiškėjo, kad susituokę ar su partneriu gyvenantys respondentai statistiškai reikšmingai dažniau naktį miegojo vidutiniškai 5-6 valandas (6,9 proc., n=13), nei vieniši (2,6 proc., n=2) (p<0,05). Respondentų nakties miego trukmė priklausomai nuo kitų socialinių ir demografinių charakteristikų nesiskyrė statistiškai reikšmingai (p>0,05) (7 lentelė).

7 lentelė. Tyrimo dalyvių nakties miego trukmės pasiskirstymas priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (N=266)

Charakteristikos	Miego trukmė, n (proc.)		
	>7 val.	6-7 val.	5-6 val.
<b>Lytis</b>			
Vyrai	77 (79,4)	14 (14,4)	6 (6,2)
Moterys	126 (74,6)	34 (20,1)	9 (5,3)
<b><math>\chi^2</math>; IIs; p</b>	1,37; 2; 0,503		
<b>Amžius</b>			
≤55 metai	79 (77,5)	17 (16,7)	6 (5,9)
56-65 metai	64 (69,6)	22 (23,9)	6 (6,5)
>65 metai	60 (83,3)	9 (12,5)	3 (4,2)
<b><math>\chi^2</math>; IIs; p</b>	4,54; 4; 0,338		
<b>Šeiminė padėtis</b>			
Susituokę / gyvenantys su partneriu	138 (73,4)	37 (19,7)	13 (6,9)
Vieniši	65 (83,3)	11 (14,1)	2 (2,6) *
<b><math>\chi^2</math>; IIs; p</b>	4,13; 2; <b>0,047</b>		
<b>Išsimokslinimas</b>			
Vidurinis / spec. vidurinis	79 (76,7)	21 (20,4)	3 (2,9)
Aukštesnysis	74 (78,7)	15 (16,0)	5 (5,3)
Aukštasis	50 (72,5)	12 (17,4)	7 (10,1)
<b><math>\chi^2</math>; IIs; p</b>	4,62; 4; 0,328		

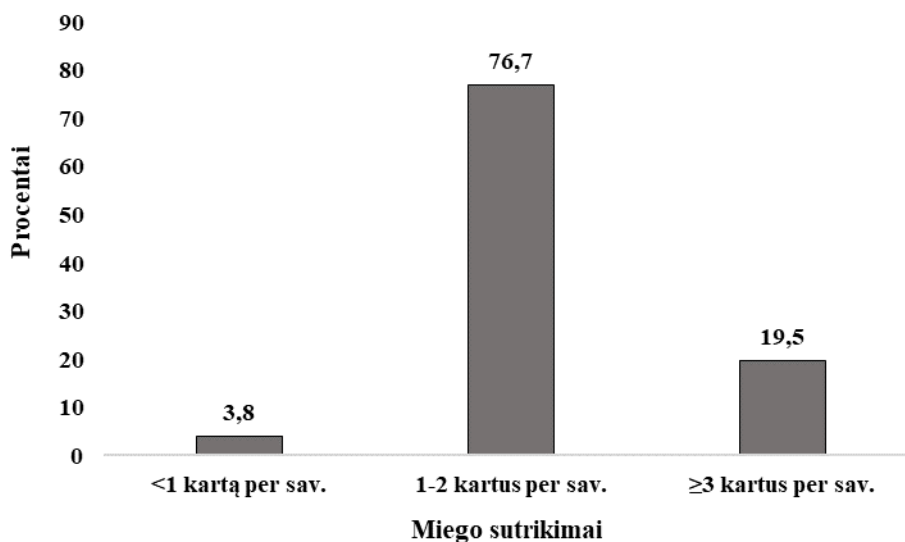
\*- p<0,05, lyginant su susituokusiais / gyvenančiais su partneriu (z testas Bonferroni metodu)

Miegą trikdyti gali įvairios priežastys. Tyrimo metu vertinta kaip dažnai pasireiškia skirtingi miego sutrikimai. Nustatyta, kad dažniausiai – 3 kartus per savaitę ir dažniau – respondentai negalėdavo užmigti dėl skausmo (85,0 proc., n=226), atsibudavo naktį ar anksti ryte (34,2 proc., n=91). Tai rodo, kad lėtinis skausmas įtakoja lėtinį skausmą patiriančių pacientų miego kokybę. 58,3 proc. (n=155) respondentų nei karto nejautė kvėpavimo sunkumo, 55,6 proc. (n=148) miegodami niekada nekosėjo ir neknarkė (8 lentelė).

8 lentelė. Tyrimo dalyvių miego sutrikimų dėl skirtingų priežasčių pasiskirstymas (N=266)

Miego sutrikimai	Pasireiškimo dažnis, n (proc.)			
	Nei karto per mėn.	<1 kartą per sav.	1-2 kartus per sav.	≥3 kartus per sav.
Negalėdavo užmigti per 30 min.	27 (10,2)	33 (12,4)	116 (43,6)	90 (33,8)
Atsibudavo naktį ar anksti ryte	3 (1,1)	23 (8,6)	149 (56,0)	91 (34,2)
Turėdavo pasinaudoti tualetu	32 (12,0)	80 (30,1)	107 (40,2)	47 (17,7)
Negalėdavo laisvai kvėpuoti	155 (58,3)	75 (28,2)	31 (11,7)	5 (1,9)
Kosėdavo ar garsiai knarkdavo	148 (55,6)	67 (25,2)	33 (12,4)	18 (6,8)
Būdavo per šalta	130 (48,9)	58 (21,8)	51 (19,2)	27 (10,2)
Būdavo per karšta	102 (38,3)	46 (17,3)	60 (22,6)	58 (21,8)
Kankindavo blogi sapnai	25 (9,4)	57 (21,4)	106 (39,8)	78 (29,3)
Jausdavo skausmą	4 (1,5)	11 (4,1)	25 (9,4)	226 (85,0)
Būdavo kitų priežasčių	27 (10,2)	104 (39,1)	107 (40,2)	3 (10,5)

Remiantis klausimyno metodika miego sutrikimų raiška apibendrinta, ir 9 paveiksle pateiktas miego sutrikimų dažnis. Nustatyta, kad daugiau kaip trys ketvirtadaliai skausmą jaučiančių pacientų miego sutrikimus jautė 1-2 kartus per savaitę (76,7 proc., n=204). Beveik penktadalis tyrimo dalyvių miego sutrikimus jautė 3 kartus per savaitę ar dažniau (19,5 proc., n=52).



9 pav. Tyrimo dalyvių miego sutrikimų dažnio pasiskirstymas (N=266)

Atliekant tyrimą vertintas pacientų miego sutrikimų dažnis priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų. Nustatyta, kad miego sutrikimus 3 kartus per savaitę ar dažniau jautė vyresni nei 65 metų respondentai (31,9 proc., n=23), nei jaunesni, o taip pat vieniši pacientai (32,1 proc., n=25), palyginus su susituokusiais ar gyvenančiais su partneriu ( $p < 0,05$ ). Tačiau statistiškai reikšmingai mažiau įgijusių aukštąjį išsilavinimą tyrimo dalyvių miego sutrikimus jautė 3 kartus per savaitę ar dažniau (7,2 proc., n=5), palyginus su įgijusiais vidurinį / spec. vidurinį bei aukštesnįjį išsilavinimą ( $p < 0,05$ ). Skirtingos lyties pacientų miego sutrikimų dažnis nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p > 0,05$ ) (9 lentelė).

9 lentelė. Tyrimo dalyvių miego sutrikimų dažnio pasiskirstymas priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (N=266)

Problemos	Miego sutrikimai, n (proc.)		
	<1 kartą per sav.	1-2 kartus per sav.	≥3 kartus per sav.
<b>Lytis</b>			
Vyrai	5 (5,2)	76 (78,4)	16 (16,5)
Moterys	5 (3,0)	128 (75,7)	36 (21,3)
$\chi^2$ ; IIs; p	1,57; 2; 0,455		
<b>Amžius</b>			
≤55 metai	6 (5,9)	83 (81,4)	13 (12,7)
56-65 metai	4 (4,30)	72 (78,3)	16 (17,4)
>65 metai	0	49 (68,1)	23 (31,9) *

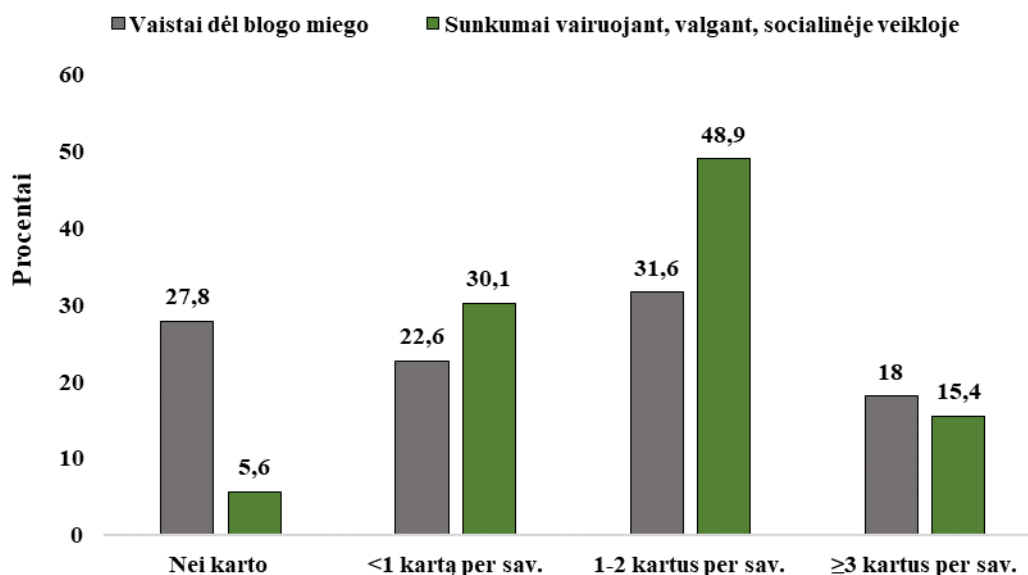
9 lentelės tęsinys. Tyrimo dalyvių miego sutrikimų dažnio pasiskirstymas priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (N=266)

$\chi^2$ ; IIs; p	13,33; 4; <b>0,010</b>		
<b>Šeiminė padėtis</b>			
Susituokę / gyvenantys su partneriu	9 (4,8)	152 (80,9)	27 (14,4)
Vieniši	1 (1,3)	52 (66,7)	25 (32,1) **
$\chi^2$ ; IIs; p	12,07; 2; <b>0,002</b>		
<b>Išsimokslinimas</b>			
Vidurinis / spec. vidurinis	3 (2,9)	69 (67,0)	31 (30,1)
Aukštesnysis	3 (3,2)	75 (79,8)	16 (17,0)
Aukštasis	4 (5,8)	60 (87,0)	5 (7,2) ***
$\chi^2$ ; IIs; p	14,9; 4; <b>0,005</b>		

\*- p<0,05, lyginant su ≤55 metų ir 56-65 metų pacientais; \*\*- p<0,05, lyginant su vienišais;

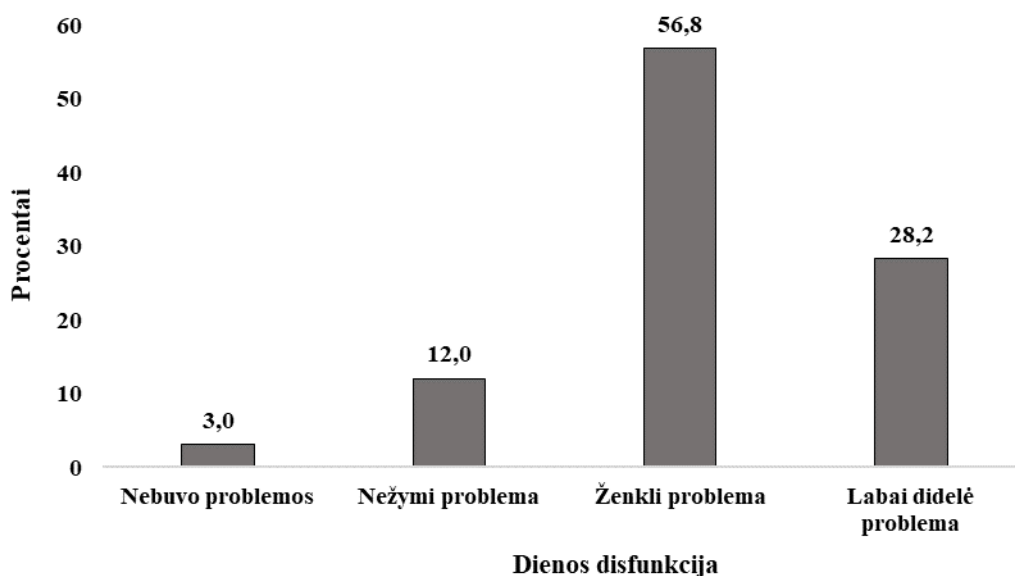
\*\*\*- p<0,05, lyginant su įgijusiais vidurinį / spec. vidurinį bei aukštesnįjį išsilavinimą (z testas Bonferroni metodu)

Atliekant tyrimą nustatyta, kad daugiau kaip ketvirtadalis respondentų migdomųjų vaistų nevartojo nei karto (27,8 proc., n=74). Tačiau maždaug trečdalis teigė šiuos vaistus vartoję 1-2 kartus per savaitę (31,6 proc., n=84). Tai rodo, kad lėtinis skausmas veikia pacientų miegą, o dėl tos priežasties vartoja migdomuosius vaistus. Beveik penktadalis migdomuosius vaistus vartojo 3 kartus per savaitę ir dažniau (18,0 proc., n=48). Gauti rezultatai parodė, kad beveik pusė tyrimo dalyvių patyrė sunkumų vairuojant, valgant bei kitose socialinėse veiklose (48,9 proc., n=130) (10 pav.).



10 pav. Tyrimo dalyvių migdomųjų medikamentų vartojimo bei veiklos sunkumų dažnio pasiskirstymas (N=266)

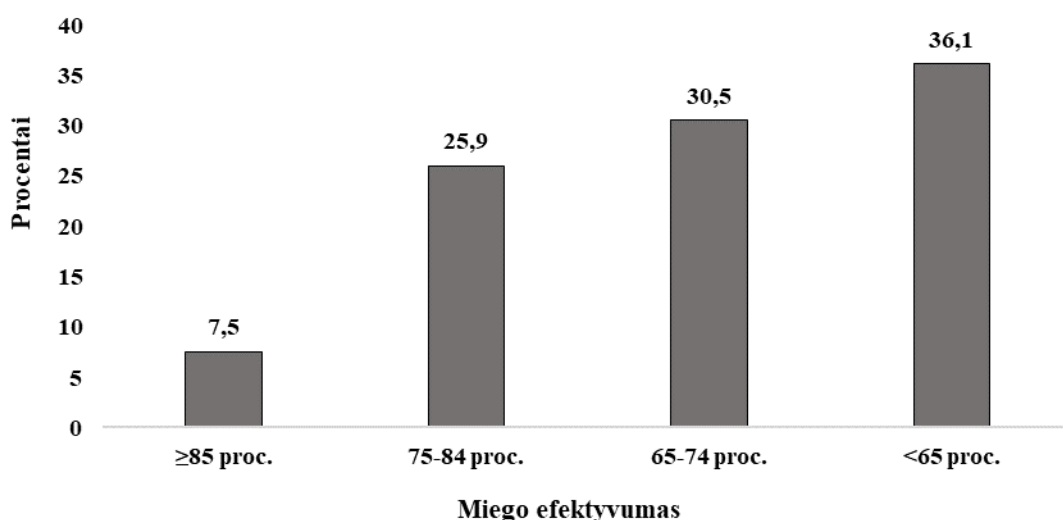
Dienos disfunkcija – tai gebėjimo išlikti žvaliam atliekant įvairias įprastas veiklas dieną sutrikimas. Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau kaip pusei respondentų atlikti įprastas veiklas buvo ženkli problema (56,8 proc., n=151), beveik trečdaliui – labai didelė problema (28,2 proc., n=75) (11 pav.).



11 pav. Tyrimo dalyvių dienos disfunkcijos pasiskirstymas (N=266)

Tyrimo metu nustatyta, kad pusė respondentų miega vienoje lovoje su partneriu (50,0 proc., n=133), daugiau kaip ketvirtadalis – neturėjo partnerio ir miegojo vienas (27,4 proc., n=73).

Pagal Pitsburgo miego kokybės klausimyno metodiką miego efektyvumą apsprendžia miego trukmės ir lovoje praleisto laiko santykis. Didesnis santykis rodo efektyvesnę miegą. Gauti rezultatai parodė, kad daugiau kaip trečdalis respondentų miego efektyvumas buvo mažas – mažesnis nei 65 proc. (36,1 proc., n=96), šiek tiek mažiau nei trečdalis – miego efektyvumas buvo 65-74 proc. (30,5 proc., n=81). Mažumos respondentų miego efektyvumas buvo 85 proc. ir didesnis (7,5 proc., n=20) (12 pav.).



12 pav. Tyrimo dalyvių miego efektyvumo pasiskirstymas (N=266)

Kaip parodė gauti rezultatai, statistiškai reikšmingai dažniau moterų, jaučiančių lėtinį skausmą, miego efektyvumas buvo mažesnis nei 65 proc. (38,5 proc., n=65), palyginus su vyrais (30,9 proc., n=30) ( $p < 0,05$ ). Tai rodo, kad lėtinis skausmas veikia pacientų miego kokybę, kas

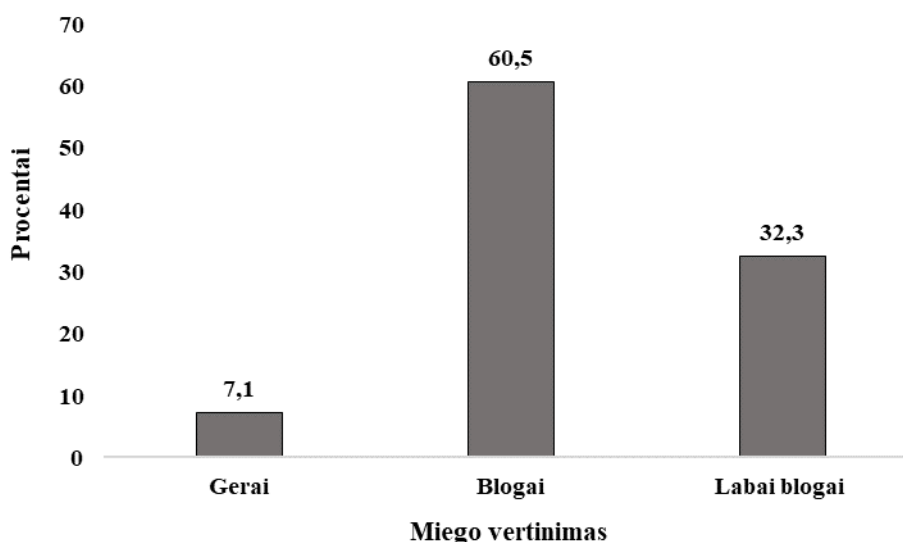
lemia jų gyvenimo kokybės neefektyvumą. Respondentų miego efektyvumas priklausomai nuo kitų socialinių ir demografinių charakteristikų nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p > 0,05$ ) (10 lentelė).

10 lentelė. Tyrimo dalyvių miego efektyvumo pasiskirstymas priklausomai nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (N=266)

Charakteristikos	Miego efektyvumas, n (proc.)			
	≥85 proc.	75-84 proc.	65-74 proc.	<65 proc.
<b>Lytis</b>				
Vyrai	6 (6,2)	30 (30,9)	31 (32,0)	30 (30,9)
Moterys	14 (8,3)	39 (23,1)	51 (30,2)	65 (38,5) *
<b><math>\chi^2</math>; IIS; p</b>	9,56; 3; <b>0,045</b>			
<b>Amžius</b>				
≤55 metai	7 (6,9)	26 (25,5)	35 (34,3)	34 (33,3)
56-65 metai	8 (8,7)	26 (28,3)	23 (25,0)	35 (38,0)
>65 metai	5 (6,9)	17 (23,6)	23 (31,9)	27 (37,5)
<b><math>\chi^2</math>; IIS; p</b>	2,41; 6; 0,878			
<b>Šeiminė padėtis</b>				
Susituokę / gyvenantys su partneriu	16 (8,5)	48 (25,5)	56 (29,8)	68 (36,2)
Vieniši	4 (5,1)	21 (26,9)	25 (32,1)	28 (35,9)
<b><math>\chi^2</math>; IIS; p</b>	0,97; 3; 0,808			
<b>Išsimokslinimas</b>				
Vidurinis / spec. vidurinis	8 (7,8)	28 (27,2)	31 (30,1)	36 (35,0)
Aukštesnysis	8 (8,5)	29 (30,9)	27 (28,7)	30 (31,9)
Aukštasis	4 (5,8)	12 (17,4)	23 (33,3)	30 (43,5)
<b><math>\chi^2</math>; IIS; p</b>	5,10; 6; 0,531			

\*-  $p < 0,05$ , lyginant su vyrais (z testas Bonferroni metodu)

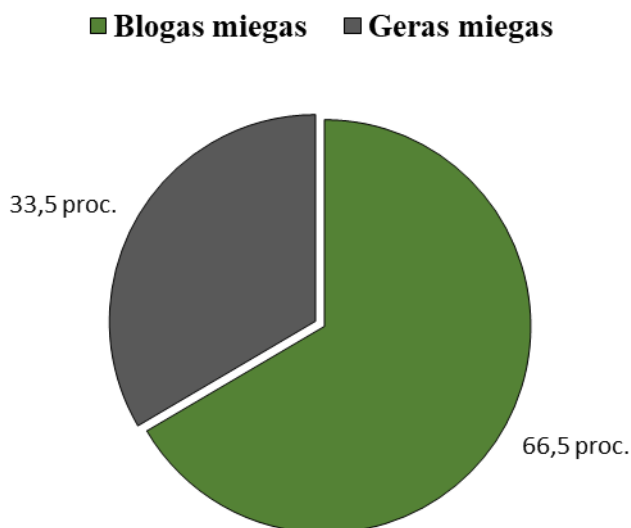
Tyrimo dalyvavusių pacientų buvo prašoma subjektyviai įsivertinti savo miego kokybę. Daugiau kaip pusė tiriamųjų savo miegą vertino blogai (60,5 proc., n=161), maždaug trečdalis – labai blogai (32,3 proc., n=86). Pacientų, savo miegą vertinusių labai gerai, nebuvo (13 pav.).



13 pav. Tyrimo dalyvių subjektyvaus miego kokybės vertinimo pasiskirstymas (N=266)

Statistiškai reikšmingų subjektyvaus miego kokybės vertinimo skirtumų priklausomai nuo tyrimo dalyvių socialinių ir demografinių charakteristikų nebuvo nustatyta ( $p > 0,05$ ).

Tyrimo metu įvertinus miego kokybės komponentus buvo išsiaiškinta kokio stiprumo miego sutrikimai pagal PMKI indeksą vargina pacientus, patiriančius lėtinį skausmą. Nustatyta, kad maždaug dviejų trečdalių tiriamųjų miegas buvo blogas (66,5 proc.,  $n=177$ ), trečdalis – geras (33,6 proc.,  $n=89$ ) (14 pav.)



14 pav. Tyrimo dalyvių miego kokybės pasiskirstymas ( $N=266$ )

Daugiaveiksnių logistinės regresijos metodu vertinta pacientų, patiriančių lėtinį skausmą, miego kokybės priklausomybė nuo socialinių ir demografinių charakteristikų. Priklausomu kintamuoju pasirinktas požymis „Blogas miegas“ ir „Geras miegas“. Nustatyta, kad vyrams, patiriantiems lėtinį skausmą, daugiau kaip du kartus didesnė galimybė, kad bus blogas miegas, nei moterims ( $GS=2,30$ ,  $p < 0,05$ ). Maždaug dvigubai mažesnė galimybė, kad miegas bus blogas, nustatyta 56-65 metų pacientams, lyginant su 55 metų ir jaunesniais ( $GS=0,45$ ,  $p < 0,05$ ). Gauti rezultatai parodė, kad vienišiams pacientams blogo miego galimybė daugiau kaip tris kartus didesnė nei susituokusiems ar gyvenantiems su partneriu ( $GS=3,21$ ,  $p < 0,05$ ), o įgijusiems aukštesnį išsilavinimą – daugiau kaip du kartus didesnė nei įgijusiems vidurinį / spec. vidurinį išsilavinimą ( $GS=2,13$ ,  $p < 0,05$ ) (11 lentelė).

11 lentelė. Tyrimo dalyvių miego kokybės priklausomybė nuo socialinių ir demografinių charakteristikų (daugiaveiksni logistinė regresija)

Charakteristikos	GS	95 proc. PI	p
<i>Lytis</i>			
Moterys	1		
Vyrai	2,30	1,27-4,17	<b>0,006</b>
<i>Amžius</i>			
≤55 metai	1		
56-65 metai	0,45	0,23-0,90	<b>0,024</b>
>65 metai	0,66	0,34-1,30	0,230
<i>Šeiminė padėtis</i>			
Susituokę / gyvenantys su partneriu	1		
Vieniši	3,21	1,12-5,38	<b>0,017</b>
<i>Išsimokslinimas</i>			
Vidurinis / spec. vidurinis	1		
Aukštesnysis	2,13	1,08-4,22	<b>0,030</b>
Aukštasis	1,05	0,52-2,13	0,882

Apibendrinant matyti, kad daugiau kaip pusė pacientų, patiriančių lėtinį skausmą, užmigti reikia iki pusės valandos laiko, tačiau trys ketvirtadaliai per naktį miega ilgiau nei 7 valandas. 1-2 kartus per savaitę patyrė miego sutrikimų maždaug trys ketvirtadaliai, problemų kasdienėje veikloje – maždaug pusė tyrime dalyvavusių pacientų. Dviejų trečdalių pacientų, jaučiančių lėtinį skausmą, miegas buvo blogas, o blogo miego galimybę didino vyriška lytis, jaunesnis amžius, viengungiška šeiminė padėtis, aukštesnysis išsilavinimas. Tyrimo rezultatų analizė taip pat atskleidžia, kad lėtinis skausmas veikia apklaustųjų gyvenimo kokybę, o tai neigiamai veikia jų gyvenimo kokybę.

### 2.2.3. Lėtinio skausmo intensyvumo ir miego kokybės parametrų sąsajų vertinimas

Tyrimė siekiant nustatyti lėtinio skausmo poveikį pacientų miego kokybei buvo vertintos sąsajos tarp atskirų miego kokybės komponentų ir patiriamo skausmo profilio. Koreliacinės analizės metodu buvo gauta statistiškai reikšmingų silpnų ar vidutinio stiprumo koreliacijos koeficientų. Tyrimo rezultatai parodė, kad kuo stipresnis buvo patiriamas skausmas, tuo blogiau patys pacientai vertino savo miego kokybę ( $r=-0,293$ ,  $p<0,001$ ), trumpiau miegojo naktį ( $r=-0,373$ ,  $p<0,001$ ), turėjo didesnę dienos disfunkciją ( $r=0,329$ ,  $p<0,001$ ) bei didesnę bendrą miego kokybės indeksą, rodantį blogesnę bendrą miego kokybę ( $r=0,330$ ,  $p<0,001$ ). Pacientai, kuriems skausmas turėjo stipresnį poveikį kasdinei veiklai, prasčiau patys vertino savo miego kokybę ( $r=-0,343$ ,  $p<0,001$ ), trumpiau miegojo naktį ( $r=-0,271$ ,  $p<0,001$ ), miegas buvo mažiau efektyvus ( $r=-0,260$ ,  $p<0,001$ ), dažniau vartojo migdomuosius vaistus ( $r=0,383$ ,  $p<0,001$ ), turėjo didesnių problemų dieną atlikdami kasdienę veiklą ( $r=0,522$ ,  $p<0,001$ ). Pacientams, kuriems skausmas turėjo stipresnį poveikį

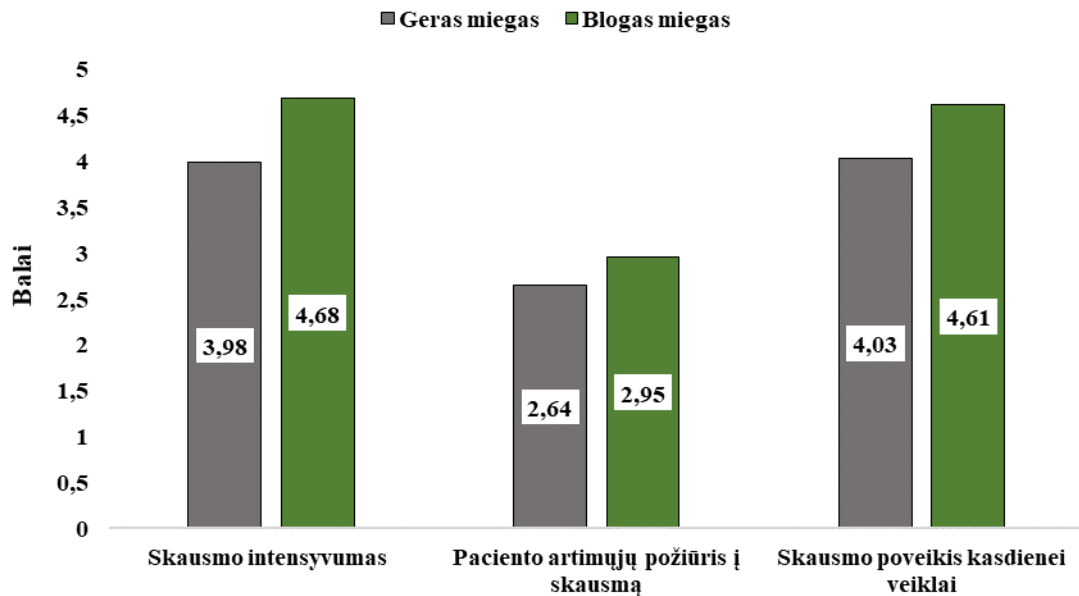
kasdienei veiklai, nustatytas didesnis bendras miego kokybės indeksas, rodantis blogesnę bendrą miego kokybę ( $r=0,438$ ,  $p<0,001$ ). Statistiškai reikšmingų sąsajų tarp pacientų atskirų miego kokybės komponentų bei paciento artimųjų požiūrio į skausmą nebuvo nustatyta ( $p>0,05$ ). Visi šie tyrimo rezultatai patvirtina, kad pacientai jaučiantys lėtinį skausmą blogai miega (12 lentelė).

12 lentelė. Tyrimo dalyvių miego kokybės komponentų ir patiriamo skausmo sąsajos (Spearman koreliacija)

Charakteristikos	Subskalės		
	Skausmo intensyvumas	Paciento artimųjų požiūris į skausmą	Skausmo poveikis kasdienei veiklai
Subjektyvi miego kokybė	-0,293 **	-0,049	-0,343 **
Miego latentškumas	0,174 *	0,011	0,038
Miego trukmė	-0,373 **	0,071	-0,271 **
Miego efektyvumas	-0,481	0,015	-0,260 **
Miego sutrikimai	-0,147 *	-0,004	-0,164 *
Vaistai dėl blogo miego	0,069	-0,016	0,383 **
Dienos disfunkcija	0,329 **	0,055	0,522 **
Bendras PMKI įvertis	0,330 **	0,104	0,438 **

\*-  $p<0,05$ ; \*\*-  $p<0,001$

Tyrimo metu palyginti pacientų skausmo subskalių įverčiai pagal bendrą miego kokybę. Gauti rezultatai parodė, kad pacientai, kurių bloga miego kokybė, jautė statistiškai reikšmingai intensyvesnį skausmą ( $4,68\pm 0,5$  balai), nei pacientai, kurių miegas buvo geras ( $3,98\pm 0,4$  balai) ( $p<0,05$ ). Nustatyta, kad pacientams, kurių bloga miego kokybė, skausmas darė statistiškai reikšmingai stipresnį poveikį kasdienėje veikloje ( $4,61\pm 1,0$  balai), nei pacientai, kurių miegas buvo kokybiškas ( $4,03\pm 0,9$  balai) ( $p<0,05$ ). Pacientų, kurių miego kokybė buvo skirtinga, artimųjų požiūris į skausmą nesiskyrė statistiškai reikšmingai ( $p>0,05$ ) (15 pav.).



\*-  $p < 0,05$ , lyginant su gerai miegančiais

15 pav. Tyrimo dalyvių skausmo profilio subskalių įverčių palyginimas pagal miego kokybę ( $m \pm SN$ )

Apibendrinant galima teigti, kad pacientai, patiriantys intensyvesnę skausmą, dėl skausmo jaučia stipresnę poveikį kasdienei veiklai, blogiau subjektyviai vertino savo miego kokybę, trumpiau naktimis miegojo, dažniau turėjo miego sutrikimų, turėjo didesnių problemų dienos metu atlikdami įprastą kasdienę veiklą, ir tai blogino jų bendrą miego kokybę.

### 2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Atlikto tyrimo metu buvo vertinama lėtinį skausmą patiriančių pacientų skausmo intensyvumas. Pagal klausimyno metodiką apskaičiuota, kad stipriausią poveikį lėtinis skausmas turėjo jų galimybėms atlikti kasdieninius namų ruošos darbus, galimybei dirbti bei pasitenkinimui, kuris patiriamas dirbant. Kad lėtinis skausmas turi įtakos kasdieninei veiklai patvirtina ir J. Dahlhamer ir kt. (2016), taigdamas, kad 2016 m. maždaug 20% JAV suaugusiųjų turėjo lėtinį skausmą (apie 50 mln.), o 8% JAV suaugusiųjų (apie 20 mln.) turėjo stiprų lėtinį skausmą. Šis didelio poveikio lėtinio skausmo įvertis yra panašus arba šiek tiek mažesnis už įvertinimus, pateiktus panašiuose. J. Dahlhamer ir kt. (2016), minėtuose ankstesniuose tyrimuose. Pavyzdžiui, neseniai atliktas tyrimas, kuriame buvo naudojamas stipraus poveikio lėtinio skausmo matas, panašus į tą, kuris buvo naudojamas šiame tyrime, pranešė, kad JAV suaugusiųjų sveikatos plano dalyvių skaičius yra 13,7% (Korff ir kt., 2016). Šiuose tyrimuose nurodoma, kad lėtinis skausmas turi neigiamos įtakos kasdieninei veiklai. G. E. Gulcelik ir kt. (2020) atliktas tyrimas taip pat patvirtina, kad lėtinis skausmas turi įtakos respondentų kasdieninei veiklai.

Apibendrinant šiame magistriniame darbe pateiktus tyrimo rezultatus pastebėta, kad bendrai patiriamas lėtinis skausmas stipriausiai paveikė pacientų kasdienę veiklą, ypač vyrų bei jaunesnių nei 65 metų pacientų. J. Dahlhamer ir kt. (2016), tyrimai rodo, kad stipraus poveikio lėtinio skausmo paplitimas buvo didesnis tarp moterų, suaugusiųjų, įgijusių žemesnį išsilavinimą, ir tų, kurie apklausos metu dirbo, o tarp suaugusiųjų, apsidraudusių privačiu sveikatos draudimu, buvo mažesnis, palyginti su valstybiniu ir kitų rūšių draudimu. Be to, J. Dahlhamer ir kt. (2016), nustatė, kad didelio poveikio lėtinis skausmas yra didesnis tarp skurde gyvenančių suaugusiųjų ir tarp kaimo gyventojų.

Taip pat, kad lėtinis skausmas turi neigiamos įtakos kasdieninei pacientų, turinčių lėtinį skausmą, veiklai bei jų gyvenimo kokybei patvirtina ir Lietuvoje buvo atlikti panašaus pobūdžio tyrimai siekiant įvertinti sąsajas tarp lėtinio nugaros skausmo įtakos žmogaus gyvenimui ir asmens naudojamų skausmo įveikos strategijų. 2012 metais L. Šinkariova, V., Meščenkariova V. (VDU) ir Zaveckas. (LSMU) atliko anketinę apklausą, naudojant Plataus profilio skausmo klausimyną (angl. West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)) ir Vanderbilt skausmo įveikos klausimyną. Tyrėjai nustatė, kad intensyvesnis pasyvių skausmo įveikos strategijų (skausmo sureikšminimo ir socialinės paramos paieškos) naudojimas siejasi su blogesne nuotaika, labiau išreikštu skausmo trukdymu žmogaus gyvenimo sritims, stipresniu skausmu ir žemesne asmens savikontrolė (Šinkariova ir kt., 2012).

Siekiant išanalizuoti miego kokybės poveikį gyvenimo, atliktame tyrime vertinama pacientų, patiriančių lėtinį skausmą, miego kokybę pagal Pitsburgo miego kokybės klausimyno metodiką. Tyrimo rezultatų analizė taip pat atskleidžia, kad lėtinis skausmas veikia apklaustųjų gyvenimo kokybę, o tai neigiamai veikia jų gyvenimo kokybę. Tai patvirtina ir K. Dringelytės ir J. Gulbinienės (2019) atlikti tyrimai, kuriame teigiama, kad miego kokybę siejama su poveikiu žmogaus gerovei, kasdieniam funkcionavimui ir gyvenimo kokybei. Tyrėjai įrodė, kad bloga miego kokybė ir nepakankamas miegas veikia žmogaus metabolizmą, hormonų sekreciją, virškinimo ir imuninę sistemas, todėl atsiranda psichofiziologinės sveikatos problemų, tokių kaip nuovargis, emociniai sutrikimai, širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai, vėžys (Dringelytės, Gulbinienės, 2019). Tyrimo autorės daro prielaidas, kad bendroji sveikata blogėja dėl prastos miego kokybės, o tai kenkia gyvenimo kokybei.

D. Alionienė (2019) taip pat analizavo miego kokybės poveikį su socialiniais bei gyvensenos veiksniais, kurie turi poveikį gyvenimo kokybei. Tyrimo metu nustatyta, kad respondentams dažniau būdingi vidutiniai miego sutrikimai – 11,0 proc. vyresniems nei 50 metų asmenims, kai tuo tarpu 35 metų ir jaunesniems toks miego sutrikimas būdingas 2,8 proc. respondentų. Kiek kitokie tyrimo rezultatai gauti, analizuojant pacientų, patiriančių lėtinį skausmą, miego kokybę: blogo miego galimybę didino vyriška lytis, jaunesnis amžius, viengungiška šeimė

padėtis, aukštesnysis išsilavinimas. Galima daryti prielaidas, kad tai lemia pacientų jaučiamas skausmas. D. Alionienės (2019) tyrimo rezultatai rodo, kad tyrime siekiant nustatyti lėtinio skausmo poveikį pacientų miego kokybei buvo vertintos sąsajos tarp atskirų miego kokybės komponentų ir patiriamo skausmo vertintas pacientų užmigimo laikas. Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad pacientai, patiriantys intensyvesnį skausmą, dėl skausmo jaučia stipresnį poveikį kasdienei veiklai, blogiau subjektyviai vertino savo miego kokybę, trumpiau naktimis miegojo, dažniau turėjo miego sutrikimų, turėjo didesnių problemų dienos metu atlikdami įprastą kasdienę veiklą, ir tai blogino jų bendrą miego kokybę. Kad lėtinis skausmas veikia miego kokybę nurodo ir D. Krutulytė, L. Vanarackienė (2020) nurodydamos, kad remiantis subjektyviais pacientų ir objektyviais duomenimis, nustatyta, kad skausmas yra glaudžiai susijęs su prasta miego kokybe (Krutulytė, Varaneckienė, 2020).

Kitais tyrimais taip nustatyta, kad miego sutrikimai pasireiškia beveik pusei žmonių, pranešančių apie lėtinį skausmą, o ketvirtadalis pacientų, sergančių lėtiniu skausmu, kenčia nuo klinikinės nemigos (Jank ir kt., 2017). Kaip rodo moksliniai šaltiniai lėtinis skausmas, sukelia prastą miegą, ir prastas miegas didina lėtinio skausmo intensyvumą ir trukmę (Jank ir kt., 2017). Tai patvirtina ir šiame magistriniame darbe gauti rezultatai, kad pacientai, kurių bloga miego kokybė, jautė statistiškai reikšmingai intensyvesnį skausmą, nei pacientai, kurių miegas buvo geras. Kitais tyrimais nustatyta, kad miego trūkumas yra lėtinio skausmo rizikos veiksnys (Nittera ir kt., 2012). Kitas tyrimai rodo, kad lėtinį skausmą patiriantys pacientai dažniau kenčia nuo miego problemų ir depresijos, ir pasiūlė pagalvoti apie miego sutrikimų gydymą kaip lėtinio skausmo valdymo dalį (Campbell ir kt., 2013). Dar viename tyrime, kuriame analizuojamo lėtinio skausmo poveikis miegui, nurodoma, kad stiprus lėtinis skausmas po smegenų sukrėtimo buvo reikšmingai susijęs su nemiga (Theunissen ir kt., 2016).

Didelis miego apnėjos paplitimas yra pacientams, kurie ilgą laiką vartoja opioidinius vaistus, tačiau pacientai, sergantys lėtinėmis ligomis yra didesnė rizika susirgti miego apnėja, nepaisant to opioidinių vaistų (Mills, 2019). Šiame darbe atliktame tyrime, kai kurie tyrimo dalyviai vartoja mažinančius lėtinį skausmą vaistus, kuriuos jiems atneša artimieji.

Apibendrinant tyrimo rezultatus bei kitų tyrimų duomenys matyti, kad lėtinis skausmas ir bloga miego kokybė neigiamai veikia pacientų, patiriančių lėtinį skausmą, gyvenimo kokybę. Taip pat tyrime randamos sąsajos tarp jaučiamo lėtinio skausmo ir miego kokybės, o tai rodo, kad patvirtinama darbo pradžioje iškelta hipotezė, kad lėtinio skausmo patiriančių pacientų miego priklauso nuo patiriamo skausmo intensyvumo. Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad pacientai, patiriantys intensyvesnį skausmą, dėl skausmo jaučia stipresnį poveikį kasdienei veiklai bei miego kokybei.

## IŠVADOS

1. Įvertinus pacientų patiriamą lėtinį skausmą nustatyta, kad stipriausią poveikį lėtinis skausmas turi pacientų galimybėms atlikti kasdieninius namų ruošos darbus, galimybei dirbti, jausti pasitenkinimą, gaunamą dirbant. Lėtinis skausmas daugumai pacientų dažniausiai trukdo atlikti namų ruošos ir sodo darbus. Daugumos pacientų, patiriančių lėtinį skausmą, artimieji padeda - dažniausiai atneša skausmą palengvinančių vaistų, už juos atlieka įvairius darbus bei stengiasi leisti pailsėti.

2. Įvertinus pacientų, patiriančių lėtinį skausmą miego kokybę nustatyta, kad miego sutrikimų 1-2 kartus per savaitę patiria trys ketvirtadaliai, o problemų kasdienėje veikloje – maždaug pusė tyrime dalyvavę pacientai. Daugumos pacientų, jaučiančių lėtinį skausmą, miegas buvo blogas, o blogo miego galimybę didino vyriška lytis, jaunesnis amžius, viengungiška šeiminė padėtis ir aukštesnysis išsilavinimas.

3. Nustačius lėtinio skausmo intensyvumo ir miego kokybės parametrų sąsajas, pastebėta, kad pacientai, patiriantys intensyvesnį skausmą ir dėl skausmo jaučiantys stipresnį poveikį kasdienei veiklai turi prastesnę miego kokybę, trumpiau naktimis miega bei dažniau turi miego sutrikimų, o tai lemia prasčiau atliekamas jų kasdienines veiklas.

## **REKOMENDACIJOS**

### **Pacientams**

1. Mankšta ir fizinis aktyvumas turi teigiamą poveikį esant lėtiniam skausmui ir pagerina gyvenimo kokybę ir fizines funkcijas, sumažinti skausmo stiprumą. Todėl pacientams rekomenduojama kreiptis į fizinės medicinos ir reabilitacijos specialistus.
2. Lėtinis skausmas dažnai tampa nemigos priežastimi, todėl tikslinga kreiptis į psichologą.
3. Rekomenduojama aktyviau dalyvauti socialinėse veiklose, tikėtina, kad tai sumažins lėtinio skausmo intensyvumą ir nemigą.

### **Sveikatos priežiūros specialistams**

1. Tikslinga ugdyti kompetencijas lėtinio skausmo ir nemigos srityje asmeniškai ir dalyvaujant seminaruose, siekiant tobulinti lėtinio skausmo malšinimo ir nemigos priežastis priežasčių įveikos strategijas. Tikėtina, kad tai padidins skausmo klinikose teikiamų paslaugų kokybę.

### **Sveikatos priežiūros įstaigų vadovams**

1. Lėtinio skausmo gydymas turi būti kompleksiškas, todėl ateityje derėtų užtikrinti, kad skausmo klinikose dirbtų specialistų komandos, kurias sudarytų gydytojas, kineziterapeutas, medicinos psichologas, psichiatras bei mokymo programą skausmo malšinimo tema baigę ir turintys tai patvirtinantį pažymėjimą bendrosios praktikos slaugytojai. Tikėtina, kad skausmo klinikų komandinis darbas padėtų efektyviau pasiekti geresnių lėtinio skausmo ir nemigos gydymo rezultatų.

## LITERATŪRA

1. Afolalu EF., Ramlee F., Tang NKY. 2018. Effects of sleep changes on pain-related health outcomes in the general population: a systematic review of longitudinal studies with exploratory meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 39:82–97 .
2. Affleck G., Urrows S., Tennen H., Higgins P., Abeles M. 1996. Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain.* 1996;68(2–3):363–368.
3. Agmon M., & Armon G. 2014. Increased insomnia symptoms predict the onset of back pain among employed adults. *PLoS One*, 9, e103591. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103591>
4. Alsaadi SM., Mcauley JH., Hush JM., et al. 2014. The bidirectional relationship between pain intensity and sleep disturbance/quality in patients with low back pain. *Clin J Pain.* 30(9):755–765.
5. Alionienė D. 2019. Pamainomis dirbančių asmenų subjektyvios miego kokybės sąsajos su socialiniais ir gyvenimo veiksniais. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://lsmuni.lt/cris/bitstream/20.500.12512/105805/1/Magistrinis%20Daiva%20Alioniene%202019%2012%2023-converted.pdf>
6. Alesiūtė P. 2018. Skausmo ypatumų ir skausmo įveikos sąsajos su depresiškumu tarp žmonių, patiriančių lėtinį skausmą. Kaunas. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.lsmuni.lt/cris/bitstream/20.500.12512/102936/1/Alesi%C5%ABt%C4%97.%202018.pdf>
7. Amris K., Wæhrens EE., Jespersen A., Bliddal H., Danneskiold-Samsøe, B. 2011. Observation-based assessment of functional ability in patients with chronic widespread pain: a cross-sectional study. *Pain.* 152:2470–2476.
8. Apkaria A.V. 2019. Definitions of nociception, pain, and chronic pain with implications regarding science and society. Published online. Nov 29. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6520170/#R3>
9. Bastrup S., Schultz R., Brødsgaard I., Moore R., Jensen T. S., Vase Toft L., & Gormsen L. 2016. A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scandinavian journal of psychology*, 57(6), 516-522.
10. Baršauskaitė I. 2016. Senyvo ir pagyvenusio amžiaus žmonių savarankiškumo, psichinės gerovės ir gyvenimo kokybės kaita, taikant ergoterapiją, bendruomenėje. Kaunas: medicinos akademija.

11. Baron R., Maier C., Attal N., Binder A., Bouhassira D., Cruccu G., Finnerup NB., Haanpaa M., Hansson P., Hulleman P., Jensen TS., Freynhagen R., Kennedy JD., Magerl W., Mainka T., Reimer M., Rice AS., Segerdahl M., Serra J., Sindrup S., Sommer C., Tolle T., Vollert J., Treede RD. 2017. Peripheral neuropathic pain: a mechanism-related organizing principle based on sensory profiles. *Pain* 158:261–272
12. Bentsen SB., Hanestad BR., Rustøen T., Wahl, AK. 2008. Quality of life in chronic low back pain patients treated with instrumented fusion. *J Clin Nurs.* 2008;17:2061–2069.
13. Bennett MI., Kaasa S., Barke A., Korwisi B., Rief W., Treede RD. 2019. The IASP Taskforce for the classification of chronic pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *PAIN* 160:38–44.
14. Benoliel R., Svensson P., Evers S., Wang SJ., Barke A., Korwisi B., Rief W., Treede RD. 2019. The IASP-classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary headache or orofacial pain. *PAIN* 2019;160:60–8.
15. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., & Gallacher D. 2006. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-287
16. Buysse D. J., Reynolds C. F., Monk T. H., Berman S. R and Kupfer D. J. 1989. “The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research,” *Psychiatry Research*, vol. 28, no. 2, pp. 193–213, 1.
17. Bushnell MC., Ceko M., Low LA. 2013. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci.* 14(7):502–511. . [žiūrėta 2021 m. balandžio 8 d.]. Prieiga per internetą: 10.1038/nrn3516.
18. Campbell P., Tang N., McBeth J. 2013. The role of sleep problems in the development of depression among those with chronic pain: a prospective cohort study. *Sleep* 2013;36: 1693e8135
19. Cecchi F., Molino-Lova R., Paperini A., Boni R., Castagnoli C., Gentile J, et al. 2011. Predictors of short- and long-term outcome in patients with chronic non-specific neck pain undergoing an exercise-based rehabilitation program: a prospective cohort study with 1-year follow-up. *Intern Emerg Med.* 6:413–421
20. Charles Patrick Davis, MD, PhD. 2021. Medical Definition of Chronic pain. [žiūrėta 2021 m. balandžio 8 d.]. Prieiga per internetą: [https://www.medicinenet.com/rheumatoid\\_arthritis\\_pictures\\_slideshow/article.htm](https://www.medicinenet.com/rheumatoid_arthritis_pictures_slideshow/article.htm)
21. Choinière M., Watt-Watson J., Charles J., Baskett R.J.F et al. 2014. Prevalence of and risk factors for persistent postoperative nonanginal pain after cardiac surgery: a 2-year prospective multicentre study. *CMAJ.* Apr 15;186(7):E213-23.

22. Ciaramella A., Grosso S., Poli P., et al. 2004. When pain is not fully explained by organic lesion: a psychiatric perspective on chronic pain patients. *Eur J Pain* 8:13-22.
23. Cynthia L. Larche et al. 2021. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.
24. Colloca L., Ludman T., Bouhassira D., Baron R., Dickenson AH., Yarnitsky D., Freeman R., Truini A., Attal N., Finnerup NB., Eccleston C., Kalso E., Bennett DL., Dworkin RH., Raja SN. 2017. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers* 3:17002.
25. Dahlhamer J., Jacqueline L., Zelaya C., Richard N., Mackey S. 2016. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6146950/>
26. Damasio A. 2018. *The strange order of things*, Pantheon books, New York.
27. Del Giorno R., Frumento P., Varrassi G., et al. 2017. Assessment of chronic pain and access to pain therapy: a cross-sectional population-based study. *J Pain Res.* 2017;10:2577–2584. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą 10.2147/JPR.S136292.
28. Detlef–Rolf T., Winfried R., Antonia B., Qasim A., Michail I.B., Rafael B. 2015. A classification of chronic pain for ICD-11. *Jun; 156(6): 1003–1007.* [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą [10.1097/j.pain.0000000000000160](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160)
29. Doran NJ. 2014. Experiencing wellness within illness: exploring a mindfulness-based approach to chronic back pain. *Qual Health Res.* 24:749–760.
30. Dringelytė, K., Gulbinienė, J. 2019. Slaugytojų miego ir gyvenimo kokybės sąsajos. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.lsmuni.lt/cris/handle/20.500.12512/99596>
31. Duenas M., Ojeda B., Salazar A., Mico JA., Failde I. 2016. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res.* 9:457-467. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.2147/JPR.S105892>
32. Dureja GP., Jain PN., Shetty N., Mandal SP., Prabhoo R., Joshi M., Goswami S., Natarajan KB., Iyer R., Tanna DD., Ghosh P., Saxena A., Kadhe G., Phansalkar AA. 2014. Prevalence of chronic pain, impact on daily life, and treatment practices in India. *Pain Pract* 14:E51–62.
33. Edwards RR., Dworkin RH., Turk DC., Angst MS., Dionne R., Freeman R., Hansson P., Haroutounian S., Arendt-Nielsen L., Attal N., Baron R., Brell J., Bujanover S., Burke LB., Carr D., Chappell AS., Cowan P., Etropolski M., Fillingim RB., Gewandter JS., Katz NP., Kopecky EA., Markman JD., Nomikos G., Porter L., Rappaport BA., Rice ASC., Scavone JM., Scholz J., Simon LS., Smith SM., Tobias J., Tockarshewsky T., Veasley C., Versavel

- M., Wasan AD., Wen W., Yarnitsky D. 2016. Patient phenotyping in clinical trials of chronic pain treatments: IMMPACT recommendations. *Pain* 157:1851–1871.
34. Elander J., Robinson G., Mitchell K., Morris J. 2009. An assessment of the relative influence of pain coping, negative thoughts about pain, and pain acceptance on health-related quality of life among people with hemophilia. *Pain*. 145:169–175.
  35. Finan PH., Goodin BR., Smith MT. 2013. The association of sleep and pain: an update and a path forward. *J Pain*. 14:1539–52.
  36. Finnerup NB., Jensen TS., Lund K., Haroutounian S., Dworkin RH., Finnerup NB., Attal N., Haroutounian S., Mcnicol E., Baron R., Dworkin RH., Gilron I., Haanpää M., Hansson P., Jensen TS., Kamerman PR., Lund K., Moore A., Raja SN., Rice ASC., Rowbotham M., Sena E., Siddall P., Smith BH., Wallace M. 2015. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*, 14:162–173.
  37. Fortier S., Hanna H. A., Bernard A., Girard C. 2012. Comparison between systemic analgesia, continuous wound catheter analgesia and continuous thoracic paravertebral block: a randomised, controlled trial of postthoracotomy pain management. *Eur J Anaesthesiol*. Nov;29(11):524-30.
  38. Furrer, M., Jakob, NJ., Cattapan-Ludewing, K., Seixas, A., Hube, CG., Schneeberger, AR. 2017. Patient satisfaction and quality of life in people with schizophrenia-spectrum disorders in a rural area. *Adm Policy Ment Health*.45(2):245–253.
  39. Fillingim RB., Bruehl S., Dworkin RH., Dworkin SF., Loeser JD., Turk DC., Widerstrom-Noga E., Arnold L., Bennett R., Edwards RR., Freeman R., Gewandter J., Hertz S., Hochberg M., Krane E., Mantyh PW., Markman J., Neogi T., Ohrbach R., Paice JA., Porreca F., Rappaport BA., Smith SM., Smith TJ., Sullivan MD., Verne GN., Wasan AD., Wesselmann U. 2014. The ACTION—American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): an evidence-based and multidimensional approach to classifying chronic pain conditions. *J Pain*. 15:241–9.
  40. Finnerup NB., Scholz J., Attal N., Baron R., Haanpaa M., Hansson P., Raja SN., Rice ASC., Rief W., Rowbotham MC., Simpson DM., Treede RD. 2013. Neuropathic pain needs systematic classification. *Eur J Pain*;17:953–6.
  41. Gadie A., Shafto M., Leng Y., & Kievit, R. A. 2017. How are age-related differences in sleep quality associated with health outcomes? An epidemiological investigation in a UK cohort of 2406 adults. *British Medical Journal Open*, 7, e014920. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014920>
  42. Gaižauskaitė I., Mikėnė S. 2014. Socialinių tyrimų metodai: apklausa.

43. Geneen LJ., Moore RA., Clarke C., Martin D., Colvin LA., Smith BH. 2017. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 4(4):CD011279. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub2>
44. Gerhart JI., Burns JW., Post KM., et al. 2017. Relationships between sleep quality and pain-related factors for people with chronic low back pain: tests of reciprocal and time of day effects. *Ann Behav Med.* 51(3):365–375. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: 10.1007/s12160-016-9860-2.
45. Gulcelik G.E., Malkoc M., Ozbek H. 2020. A pilot study of reliability and validity of Turkish version of West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory in patients with low back pain. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://apicareonline.com/index.php/APIC/article/view/1361>
46. Harrison L., Wilson S., Heron J., Stannard C., & Munafò M. R. 2016. Exploring the associations shared by mood, pain-related attention and pain outcomes related to sleep disturbance in a chronic pain sample. *Psychology & health*, 31(5), 565-577.
47. Headache Classification Committee. 2018. The International Classification of Headache Disorders. Vol. 38. 3rd ed.: Cephalalgia. p. 1–211.
48. Henschke N., Kamper SJ., Maher CG. 2015. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc* ;90: 139 – 47.
49. Hylands-White N., Duarte RV., Raphael JH. 2017. An overview of treatment approaches for chronic pain management. 37(1):29-42. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3481-8>
50. Husky M.M., Farin F.F., Compaqnome, Ph. 2018. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. 16, Article number: 195 (2018) [žiūrėta 2021 m. Balandžio 28 d.]. Prieiga per internetą: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-1018-4>
51. Jank R., Gallee A., Boeckle M., Fiegl S., Pieh C. 2017. Chronic pain and sleep disorders in primary care. *Pain Res Treat.* 9081802133.
52. Jensen TS., Kehlet H. 2011. Pain following thoracotomy: is it neuropathic? *Pain* 152:12–13.
53. Jungquist CR., O'Brien C., Matteson-Rusby S. et al. 2010. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain. *Sleep Med.*;11:302–309.
54. Juozulynas A. ir kt. 2010. Gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių tarpusavio ryšys. *Gerontologija* 11(1): 37–42
55. Kardelis N. 2017. Simbolis kaip dalis ir visuma // *Filosofija. Sociologija.* Nr. 1.

56. Kardelis K. 2016. Mokslinių tyrimų metodologija ir tyrimai. Vilnius: mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
57. Kawai K., Kawai A.T., Wollan P., Yawn B.A. 2017. Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study. [žiūrėta 2021 m. balandžio 28 d.]. Prieiga per internetą: <https://academic.oup.com/fampra/article/34/6/656/3748262>
58. Kazlauskaitė M., Rėklaitienė R. 2005. Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų kokybė / Visuomenės sveikata. Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
59. Korff M., Scher AI., Helmick C. 2016. United States national pain strategy for population research: concepts, definitions, and pilot data. *J Pain* 17:1068–80. [žiūrėta 2021 m. balandžio 28 d.]. Prieiga per internetą: [10.1016/j.jpain.2016.06.009](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.009)
60. Kothari DJ., Davis MC., Yeung EW., Tennen HA. 2015. Positive affect and pain: mediators of the within-day relation linking sleep quality to activity interference in fibromyalgia. *Pain*. 156(3):540–546.
61. Krutulytė D., Varaneckienė, L. 2020. Pirminės dismenorėjos įtaka su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. [žiūrėta 2021 m. balandžio 28 d.]. Prieiga per internetą: <https://smhs.eu/wp-content/uploads/2020/06/2020-SM3Internetas-2-147-31-34.pdf>
62. Krutulienė S. 2012. Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais. *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas*. 3(2):119–120.
63. Lecardeur L. 2015. The quality of life in schizophrenia. *L'Encéphale*. 41(4):373–378
64. Lewandowski AS., Palermo TM., De la motte S, Fu R. 2010. Temporal daily associations between pain and sleep in adolescents with chronic pain versus healthy adolescents. *Pain*. 151(1):220–225.
65. Lėtinis skausmas. 2020. [žiūrėta 2021 m. balandžio 28 d.]. Prieiga per internetą: <http://funkcineneurochirurgija.lt/index.php/letinis-skausmas/>
66. Li J., Vitiello M. V., & Gooneratne N. S. 2018. Sleep in normal aging. *Sleep Medicine Clinics*, 13, 1–11. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.001>
67. Mackevičius T. 2010. Senyvo amžiaus žmonių gyvenimo kokybės vertinimas. Kaunas.
68. Marcus D. 2009. *Chronic pain: a primary care guide to practical management*. 2nd edn. Humana Press.
69. Martinez-Martin P. 2017. What is quality of life and how do we measure it? Relevance to Parkinson's disease and movement disorders. *Mov Disord*. 32(3):382–392.
70. Martínez M. P., Sánchez A. I., Miró E., Lami M. J., Prados G., and Morales A. 2015. Relationships between physical symptoms, emotional distress, and pain appraisal in

- fibromyalgia: the moderator effect of alexithymia. *J. Psychol.* 149, 115–140. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: 10.1080/00223980.2013.844673
71. Mazzeffi M., Khelemsky Y. 2011. Poststernotomy pain: a clinical review. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 25:1163-78.
  72. Mason VL., Mathias B., Skevington SM. 2008. Accepting low back pain: is it related to a good quality of life? *Clin J Pain*24:22–29.
  73. McBeth J., Nicholl BI., Cordingley L., Davies KA., Macfarlane GJ. 2010. Chronic widespread pain predicts physical inactivity: results from the prospective EPIFUND study. *Eur J Pain.* 2010;14:972–979
  74. McCracken LM., Eccleston C. 2005. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain.* 118:164–169.
  75. McCrae RR, Costa PT. 2003. *Personality in adulthood: a five-factor theory perspective.* 2nd ed. New York: Guilford Press.
  76. Merkys G., Brazienė R., Kondrotaitė G. 2008. Subjektyvi gyvenimo kokybė kaip socialinis indikatorius: viešojo sektoriaus kontekstas. Kaunas: Kauno technologijų universitetas.
  77. Meeus M., Van Oosterwijck J., Ickmans K. et al. 2015. Interrelationships between pain processing, cortisol and cognitive performance in chronic whiplash-associated disorders. *Clin Rheumatol.*;34:545–553.
  78. Mills S.E.E., Nicolson P., Smith B.H. 2019. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. . [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą:  
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0007091219302272?token=08349B5DE44A4EEDD864114AEF037E51A1500C2685C944EE6BDAEB9CDBFC1D94AB6DB6DDEAC28B12AFDAC5820AD27D41&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211117170048>
  79. Miller-Matero L. R., Saulino C., Clark S., Bugenski M., Eshelman A., & Eisenstein, D. 2016. When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain. *Archives of women's mental health,* 19(2), 349-354.
  80. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
  81. Moore RA., Straube S., Aldington D. 2013. Pain measures and cut-offs—“no worse than mild pain” as a simple, universal outcome. *Anaesthesia,* 68:400–12.
  82. Mollayeva T., Thurairajah P., Burton K., Mollayeva S., Shapiro C. M., and Colantonio, A. 2016. “The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in

- clinical and non-clinical samples: a systematic review and meta-analysis,” *Sleep Medicine Reviews*, vol. 25, pp. 52–73.
83. Mork P., & Nilsen T. 2012. Sleep problems and risk of fibromyalgia: Longitudinal data on an adult female population in Norway. *Arthritis and Rheumatism*, 64, 281–284. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1002/art.33346>
  84. Mun C. J., Davis M. C., Molton I. R., Karoly P., Suk H. W., Ehde D. M. 2019. Personal resource profiles of individuals with chronic pain: Sociodemographic and pain interference differences. *Rehabilitation psychology*, 64(3), 245. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: DOI: 10.1037/rep0000261
  85. Navickienė J., Vaitiekus E. 2019. Socialiniai ekonominiai veiksniai, turintys įtakos nepakaltinamų asmenų gyvenimo kokybei. [žiūrėta 2021 m. Balandžio 28 d.]. Prieiga per internetą: <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/04/15-18-1.pdf>
  86. Newbern S. 2018. Identifying Pain and Effects on Quality of Life from Chronic Wounds Secondary to Lower-Extremity Vascular Disease: An Integrative Review. [žiūrėta 2021 m. Balandžio 28 d.]. Prieiga per internetą: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00129334-201803000-00002.pdf>
  87. Nugraha B., Gutenbrunner C., Barke A., Jakob R., Karst M., Korwisi B., Schiller J., Rief W., Treede R-D. 2018. The IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Functioning properties of chronic pain. *Pain*.
  88. Nicholas M., Vlaeyen JWS., Rief W., Barke A., Aziz Q., Benoliel R., Cohen M., Evers S., Giamberardino MA., Göbel A., Korwisi B., Perrot S., Svensson P., Wang SJ., Treede RD. 2019. The IASP Taskforce for the Classification of Chronic pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *PAIN* 160:28–37.
  89. Nijs J., Mairesse O., Neu D., Leysen L., Danneels L., Cagnie B., Meeus M., Moens M., Ickmans K., Goubert D. 2018. Sleep Disturbances in Chronic Pain: Neurobiology, Assessment, and Treatment in Physical Therapist Practice. *Physical Therapy*, Volume 98, Issue 5, May 2018, Pages 325–335, žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://academic.oup.com/ptj/article/98/5/325/4841863>
  90. Niraj G., Rowbotham D. J. 2011. Persistent postoperative pain: where are we now? *Br J Anaesth*. Jul;107(1):25-9.
  91. Nittera AK., Pripp AH., Forseth KØ. 2012. Are sleep problems and non-specific health complaints risk factors for chronic pain? A prospective population-based study with 17 year follow-up. *Scand J Pain*. 3: 210e7134.

92. O'Brien EM., Waxenberg LB., Atchison JW., et al. 2011. Intraindividual variability in daily sleep and pain ratings among chronic pain patients: bidirectional association and the role of negative mood. *Clin J Pain.* 27(5):425–433.
93. Ojeda B., Salazar A., Dueñas M., Torres LM., Micó JA., Failde I. 2014. The impact of chronic pain: the perspective of patients, relatives, and caregivers. *Fam Syst Heal* 32(4):399-407. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1037/fsh0000069>
94. Owens J. 2014. And adolescent sleep working group, committee on adolescence, “Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences,” *Pediatrics*, vol. 134, no. 3, pp. e921–e932.
95. Pavlova M., Kopala-Sibley D.C. Nania C. 2020. “Sleep disturbance underlies the co-occurrence of trauma and pediatric chronic pain: a longitudinal examination,” *Pain*, vol. 161, no. 4, pp. 821–830.
96. Pavlova M., Ference J., Hancock M., Noel M. 2017. “Disentangling the sleep-pain relationship in pediatric chronic pain: the mediating role of internalizing mental health symptoms,” *Pain Research & Management*, vol. 2017, article 1586921, pp. 1–9.
97. Pigeon WR., Moynihan J., Matteson-Rusby S. et al. 2012. Comparative effectiveness of CBT interventions for co-morbid chronic pain & insomnia: a pilot study. *Behav Res Ther.* 50:685–689.
98. Perrot S., Cohen M., Barke A., Korwisi B., Rief W., Treede RD. 2019. The IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *PAIN*;160:77–82.
99. Poppe C., Crombez G., Devulder J., Hanoulle I., Vogelaers D., Petrovic M. 2011. Personality traits in chronic pain patients are associated with low acceptance and catastrophizing about pain. *Acta Clin Belg.* 66:209–215.
100. Poppe C., Crombez G., Hanoulle I., Vogelaers D., Petrovic M. 2013. Improving quality of life in patients with chronic kidney disease: influence of acceptance and personality. *Nephrol Dial Transplant.* 28:116–121.
101. Quartana PJ., Campbell CM., Edwards RR. 2009. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother.* 2009;9:745–758.
102. Raffaelli W., Arnaudo E. 2017. Pain as a disease: an overview. *J Pain Res* 10:2003–8.
103. Ritsner MS., Lisker A., Grinshpoon A. 2014. Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Clin Neurosci.* 68(4):308–317.

104. Rice ASC., Smith BH., Blyth FM. 2016. Pain and the global burden of disease. *PAIN*. 157:791–6.
105. Rosenberg JC., Schultz DM., Duarte LE., Rosen SM., Raza A. 2015. Increased pain catastrophizing associated with lower pain relief during spinal cord stimulation: results from a large post-market study. *Neuromodulation*. 18:277–284.
106. Ropponen A., Silventoinen K., Hublin C., Svedberg P., Koskenvuo M., & Kaprio, J. 2013. Sleep patterns as predictors for disability pension due to low back diagnoses: A 23-Year longitudinal study of finnish twins. *Sleep*, 36, 891–897. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.5665/sleep.2718>
107. Ruževičius J. 2013. Gyvenimo kokybė. Straipsnis. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.kvalitetas.lt/index.php?id=716>
108. Sakalauskaitė D. 2013. Gyvenimo kokybės ir makroekonominių rodiklių sąveikos vertinimas: Magistro baigiamasis darbas. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, 120 p.
109. Scholz J., Finnerup NB., Attal N., Aziz Q., Baron R., Bennett MI., Benoliel R., Cohen M., Cruccu G., Davis KD., Evers S., First M., Giamberardino MA., Hansson P., Kaasa S., Korwisi B., Kosek E., Lavand'homme P., Nicholas M., Nurmikko T., Perrot S., Raja SN., Rice ASC., Rowbotham MC., Schug S., Simpson DM., Smith BH., Svensson P., Vlaeyen JWS., Wang SJ., Barke A., Rief W., Treede RD. 2019. Classification Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *PAIN* 160:53–59.
110. Schug SA., Lavand'homme P., Barke A., Korwisi B., Rief W., Treede RD. 2019. The IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic postsurgical or posttraumatic pain. *PAIN* 160:45–52.
111. Skarpsno E. S., Mork P. J., Nilsen T. I. L., Steingrimsdottir, O. A., Zwart, J. A., & Nilsen, K. B. 2019. The interplay between sleeplessness and high-sensitivity C-reactive protein on risk of chronic musculoskeletal pain. Longitudinal data from the Tromso Study. *Sleep*, 42(9), sz127. . [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz127>
112. Skarpsno E. S., Nilsen T. I. L., Sand T., Hagen K., & Mork P. J. 2019. The joint effect of insomnia symptoms and lifestyle factors on risk of self-reported fibromyalgia in women: Longitudinal data from the HUNT Study. *British Medical Journal Open*, 9, e028684. . [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028684>
113. Skarpsno E.S., Nilsen T.I.L., Hagen K. ir kt. 2021. Long-term changes in self-reported sleep quality and risk of chronic musculoskeletal pain: The HUNT Study. [žiūrėta 2021 m.

114. Snelgrove S., Lioffi C. 2013. Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Chronic illness*. 9(4):283–301.
115. Staff NP., Engelstad J., Klein CJ., et al. 2010. Postsurgical inflammatory neuropathy. *Brain* 133:2866–2880
116. Staškutė I. 2014. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Health Policy and Management*. 1(6):7–19.
117. Sturgeon JA., Zautra AJ. 2013. Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Curr Pain Headache Rep*. 17:317.
118. Sullivan MJ., Bishop SR., Pivik J. 1995. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*. 7:524–532.
119. Šinkariova L., Meščiakariova V., Zaveckas V. 2012. Lėtinio nugaros skausmo įtakos ūmogaus gyvenimui ir skausmo įveikos strategijų ryšys, atsižvelgiant į skausmo trukmę. *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach*.
120. Taylor KS., Anastakis DJ., Davis KD. 2010. Chronic pain and sensorimotor deficits following peripheral nerve injury. *Pain*. 151:582–591
121. Tang NK., Sanborn AN. 2014. Better quality sleep promotes daytime physical activity in patients with chronic pain? A multilevel analysis of the within-person relationship. *PLoS One*.9:e92158
122. Tang NK., Wright KJ., Salkovskis PM. 2007. Prevalence and correlates of clinical insomnia co-occurring with chronic back pain. *J Sleep Res.*;16:85–95.
123. Theunissen M., Peters ML., Schepers J. 2016. Recovery 3and 12 months after hysterectomy epidemiology andpredictors of chronic pain, physical functioning, andglobal surgical recovery.*Medicine (Baltimore)* 95136
124. Treede RD., Rief W., Barke A., et al. 2019. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11) *Pain*. 160(1):19–27. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
125. Tuzer V., Bulut S. D., Bastug B., Kayalar G., Göka E., and Beştepe E. 2011. Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nord. J. Psychiatry* 65, 138–144. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: 10.3109/08039488.2010.522596

126. Uhlig B. L., Sand T., Nilsen T. I., Mork P. J., & Hagen, K. 2018. Insomnia and risk of chronic musculoskeletal complaints: Longitudinal data from the HUNT study, Norway. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19, 128. . [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2035-5>
127. Van Gulik L., Janssen LI., Ahlers SJ., et al. 2011. Risk factors for chronic thoracic pain after cardiac surgery via sternotomy. *Eur J Cardiothorac Surg*. 40:1309-13
128. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. 2014. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. *Pain*, 155:654–662.
129. Vaitkaitienė E., Makari J. & Zaborskis A. 2007. Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos netemtos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai / *Medicina*. Kaunas.
130. Vazonienė G. 2010. Subjektyvios pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės socialiniai ekonominiai veiksniai / *Sociologija. Mintys ir veiksmai*. Kaunas.
131. Wong S. S. C., Choi S. W., & Cheung C. W. 2018. A comparison of chronic pain with and without neuropathic characteristics in a Hong Kong Chinese population: An analysis of pain related outcomes and patient help seeking behaviour. *PloS one*, 13(10). [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: 10.1371/journal.pone.0204054
132. Woo A., Ratnayake G. 2020. Sleep and pain management: a review. *Pain Manag.* 2020;10(4):261–273. [žiūrėta 2021 m. vasario 8 d.]. Prieiga per internetą: 10.2217/pmt-2020-0001.

## **PRIEDAI**

**Gerb. apklausos Dalyvi (-e),**

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos II kurso studentė Solveiga Putnienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – išanalizuoti lėtinį skausmą ir miego kokybę. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa yra anoniminė – nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės. Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą.

Ši tyrimo priemonė patvirtinta KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, prašom kreiptis į darbo autorę Solveigą Putnienę (tel. 8 636 07548) arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558).

**Instrukcija.** Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti Jums labiausiai tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (**v**) ar kryžiuoku (**x**)) arba įrašyti savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

**1. Jūsų lytis:**

- Vyras
- Moteris

**2. Jūsų amžius (įrašykite):.....****3. Jūsų šeimyninė padėtis:**

- Vedęs/Ištekėjusi
- Draugauju su partnere/partneriu
- Viengungis/Viengungė
- Išsiskyręs/Išsiskyrusi
- Našlys/Našlė

**4. Jūsų išsilavinimas:**

- Pradinis
- Nebaigtas vidurinis
- Vidurinis
- Spec. vidurinis
- Nebaigtas aukštesnysis
- Aukštesnysis
- Nebaigtas aukštasis
- Aukštasis

Sekantys klausimai skirti atskleisti, kaip vertinate savo miego kokybę, įrašykite savo atsakymą (5-8 klausimai), pasirinkite labiausiai Jums tinkantį atsakymą (9-14 klausimai).

**5. Kelintą valandą vakare Jūs paprastai atsigulate? (ĮRAŠYKITE GULIMOSI LAIKĄ)**

.....

**6. Per kiek minučių Jūs paprastai užmiegate kiekvieną vakarą? (ĮRAŠYKITE MINUTES).....**

.....

**7. Kelintą valandą Jūs paprastai pats pabundate ryte?**

ĮRAŠYKITE PRABUDIMO LAIKĄ \_\_\_\_\_

**8. Kiek valandų per naktį Jūs miegate? (Atsakymas nebūtinai turi sutapti su buvimo lovoje trukme) MIEGO VALANDOS PER NAKTĮ \_\_\_\_\_**

**9. Kaip dažnai, per praėjusį mėnesį, Jūs blogai miegojote dėl to, kad...**

**a) negalėdavote užmigti per 30 min.**

- nė karto per mėnesį
- mažiau nei 1 kartą per savaitę
- 1 ar 2 kartus per savaitę
- 3 ar daugiau kartų per savaitę

**b) atsibudavote vidurį nakties ar anksti ryte**

- nė karto per mėnesį
- mažiau nei 1 kartą per savaitę
- 1 ar 2 kartus per savaitę
- 3 ar daugiau kartų per savaitę

**c) turėdavote pasinaudoti tualetu**

- nė karto per mėnesį
- mažiau nei 1 kartą per savaitę
- 1 ar 2 kartus per savaitę
- 3 ar daugiau kartų per savaitę

**d) negalėdavote laisvai kvėpuoti**

- nė karto per mėnesį
- mažiau nei 1 kartą per savaitę
- 1 ar 2 kartus per savaitę
- 3 ar daugiau kartų per savaitę

**e) kosėdavote ar garsiai knarkdavote**

- nė karto per mėnesį
- mažiau nei 1 kartą per savaitę
- 1 ar 2 kartus per savaitę
- 3 ar daugiau kartų per savaitę

- f) **būdavo per šalta**
- nė karto per mėnesį
  - mažiau nei 1 kartą per savaitę
  - 1 ar 2 kartus per savaitę
  - 3 ar daugiau kartų per savaitę

- g) **būdavo per karšta**
- nė karto per mėnesį
  - mažiau nei 1 kartą per savaitę
  - 1 ar 2 kartus per savaitę
  - 3 ar daugiau kartų per savaitę

- h) **kankindavo blogi sapnai**
- nė karto per mėnesį
  - mažiau nei 1 kartą per savaitę
  - 1 ar 2 kartus per savaitę
  - 3 ar daugiau kartų per savaitę

- i) **jausdavote skausmą**
- nė karto per mėnesį
  - mažiau nei 1 kartą per savaitę
  - 1 ar 2 kartus per savaitę
  - 3 ar daugiau kartų per savaitę

- j) **būdavo kitų priežasčių**
- nė karto per mėnesį
  - mažiau nei 1 kartą per savaitę
  - 1 ar 2 kartus per savaitę
  - 3 ar daugiau kartų per savaitę

**10. Kaip Jūs bendrai įvertintumėte savo praėjusio mėnesio miego kokybę?**

- Labai gerai
- Gerai
- Blogai
- Labai blogai

**11. Kaip dažnai per praėjusį mėnesį Jūs vartojote vaistus dėl blogo miego (išrašytus gydytojo ar nusipirktus be recepto)?**

- nė karto per mėnesį
- mažiau nei 1 kartą per savaitę
- 1 ar 2 kartus per savaitę
- 3 ar daugiau kartų per savaitę

**12. Kaip dažnai per praėjusį mėnesį Jums būdavo sunku išlikti žvaliam vairuojant automobilį, valgant, vystant socialinę veiklą?**

- nė karto per mėnesį
- mažiau nei 1 kartą per savaitę
- 1 ar 2 kartus per savaitę
- 3 ar daugiau kartų per savaitę

**13. Ar praėjusį mėnesį nekilo problemų Jūsų įprastinėje veikloje (dingo susidomėjimas darbu, sumažėjo entuziazmas asmeniniame gyvenime, atsirado abejingumas, apatija)?**

- Nebuvo problemos
- Nežymi problema
- Ženkli problema
- Labai didelė problema









- 55. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs einate į kiną?**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 56. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs aplankote draugus?**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 57. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs aplankote giminaičius**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 58. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs taisote automobilį?**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 59. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs važinėjatės automobiliu? (jei Jūs neturite automobilio, pažymėkite varnelę \_\_\_\_\_)**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 60. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs tvarkote namus?**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 61. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs gaminate valgyti?**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 62. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs plaunate automobilį? (jei Jūs neturite automobilio, pažymėkite varnelę \_\_\_\_\_)**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 63. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs išvykstate į keliones?**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 64. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs einate į parką ar paplūdimį?**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 65. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs skalbiate drabužius?**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai
- 66. Kaip dažnai, kai išryškėjo Jūsų skausmo problema, Jūs atliekate reikalingus remonto darbus namuose?**  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Niekada Labai dažnai

Sent on behalf of Dr. Buysse

Dear Solveiga,

You have my permission to use the PSQI for your research study. You can find the instrument, scoring instructions, the original article, links to available translations, and other useful information at [www.sleep.pitt.edu](http://www.sleep.pitt.edu) under the Measures/Instruments tab. Please ensure that the PSQI is accurately reproduced in any on-line version (including copyright information). We request that you do cite the 1989 paper in any publications that result.

**Note that Question 10 is not used in scoring the PSQI. This question is for informational purposes only, and may be omitted during data collection per requirements of the particular study.**

This copyright in this form is owned by the University of Pittsburgh and may be reprinted without charge only for non-commercial research and educational purposes. You may not make changes or modifications of this form without prior written permission from the University of Pittsburgh. If you would like to use this instrument for commercial purposes or for commercially sponsored research, please contact the Office of Technology Management at the University of Pittsburgh at 412-648-2206 for licensing information.

Good luck with your research.

Sincerely,

Daniel J. Buysse, M.D.  
 Professor of Psychiatry and Clinical and Translational Science  
 University of Pittsburgh School of Medicine  
 E-1123 WPIC  
 3811 O'Hara St.  
 Pittsburgh, PA 15213  
 T: (412) 246-6413  
 F: (412) 246-5300  
[buyssej@upmc.edu](mailto:buyssej@upmc.edu)

*This e-mail may contain confidential information of UPMC or the University of Pittsburgh. Any unauthorized or improper disclosure, copying, distribution, or use of the contents of this e-mail and attached document(s) is prohibited. The information contained in this e-mail and attached document(s) is intended only for the personal and confidential use of the recipient(s) named above. If you have received this communication in error, please notify the sender immediately by e-mail and delete the original e-mail and attached document(s).*

-----Original Message-----

From: Solveiga <[mail@sleep.pitt.edu](mailto:mail@sleep.pitt.edu)>

Sent: Monday, February 8, 2021 3:34 AM

Subject: New Message From Center for Sleep and Circadian Science - Request to use sleep measure/instruments



**Martynas Žakevičius** <[martis54@gmail.com](mailto:martis54@gmail.com)>

skirta aš ▾

2020-11-20, pn 13:26



Leidžiu naudoti lietuvišką Pitsburgo miego kokybės klausimyno versiją.



**Viktorija Meščeriakova**

skirta aš ▾

02-02, an 17:23



Leidžiu naudoti Plataus profilio skausmo klausimyno (angl. West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)) (Kerns, Turk, Rudy, 1985) lietuvišką versiją.

Pagarbiai

Viktorija Meščeriakova

