

Преводна статия от Европейското списание по болнична фармация, публикувана след разрешение на Европейската асоциация на болничните фармацевти (ЕАНР)

The original source of this article is: Vowles KE, et al. Everyday pain, analgesic beliefs and analgesic behaviours in Europe and Russia: an epidemiological survey and analysis. *Eur J Hosp Pharm* 2014;21:39–44. doi:10.1136/ejhpharm-2013-000357

## EVERYDAY PAIN, ANALGESIC BELIEFS AND ANALGESIC BEHAVIOURS IN EUROPE AND RUSSIA: AN EPIDEMIOLOGICAL SURVEY AND ANALYSIS

**K. E Vowles<sup>1</sup>, B. Rosser<sup>2</sup>, P. Januszewicz<sup>3</sup>, B. Morlion<sup>4</sup>, S. Evers<sup>5</sup> and Ch. Eccleston<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychology, University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico, USA

<sup>2</sup>Centre for Pain Research, School for Health, University of Bath, Bath, UK

<sup>3</sup>Department of Medicine, National Medicines Institute, Warsaw, Rzeszów University, Rzeszów, Poland

<sup>4</sup>The Leuven Centre of Algology & Pain Management, University Hospitals, Leuven, Belgium

<sup>5</sup>Department of Neurology, University of Münster, Münster, Germany

## БОЛКАТА В ЕЖЕДНЕВИЕТО, СХВАЩАНИЯ ОТНОСНО АНАЛГЕТИЦИТЕ И МОДЕЛИ НА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПОЛЗВАНЕТО ИМ В ЕВРОПА И РУСИЯ: ЕПИДЕМИОЛОГИЧНО ПРОУЧВАНЕ И АНАЛИЗ

**К. И. Ваулъс<sup>1</sup>, Б. Росър<sup>2</sup>, П. Янушевич<sup>3</sup>, Б. Морлиън<sup>4</sup>, С. Еверс<sup>5</sup> и К. Екълстоун<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Факултет по психология, Университет Ню Мексико, Албакърки, САЩ

<sup>2</sup>Център за изследване на болката, Здравен институт, Университет Бат, Бат, Великобритания

<sup>3</sup>Медицински факултет, Национален институт по медицина, Варшава, Университет Ржежов, Полша

<sup>4</sup>Център за алгология и управление на болката Льовен, Университетски болници, Льовен, Белгия

<sup>5</sup>Катедра по неврология, Университет Мюнстер, Мюнстер, Германия

**Резюме.** Беше проведено анкетно проучване в осем държави, в т.ч. Белгия, Германия, Великобритания, Италия, Полша, Русия и Испания. Оценена беше честотата на оплакване от болка при 8 506 души (52% жени), както и използването на аналгетици и нагласите спрямо тях. Предварителните анализи потвърждават високата честота на оплаквания от болка, като 70% от анкетираните посочват, че поне веднъж в месеца изпитват такава. Най-често се съобщава за главоболие и болки в гърба, а болшинството анкетирани лица – 77%, споделят, че използват аналгетични средства, когато страдат от болка. Предмет на по-нататъшните анализи бяха различията по пол, статус на заетост, държава по местоживеене и възраст. В сравнение с мъжете, жените по-често изпитват болка, употребата на аналгетици сред тях е по-голяма, както и притесненията им във връзка с тази употреба, като проявяват склонност да базират употребата върху своите познания относно лекарствените продукти. Безработните също съобщават за по-голямо използване на аналгетици и повече притеснения във връзка с това, сравнено със заетите лица. Като цяло при хората, живеещи в Русия и Полша, се отчита по-рядко болка и по-малко използване на обезболяващи средства в сравнение с останалата част на Европа. Те също така се тревожат повече във връзка с аналгетиците и по отношение на това, че използването на аналгетици от тяхна страна е слабо свързано с познания относно лекарствата. Отчитането на фактора „възраст“ показва, че при по-младите епизодите на болка са по-малко, употребата на аналгетици – по-честа, а притесненията относно аналгетиците са по-слаби в сравнение с по-възрастните. Също така, по-младите са по-склонни да използват аналгетици въз основа на своите познания за продукта. Тези резултати повтарят съществуващи констатации във връзка с честотата на болката. Дават и нови сведения за различията при изпитването на болка, използването на аналгетици и нагласите към аналгетиците в Европа и Русия.

## ВЪВЕДЕНИЕ

Много заболявания включват болка като изявен симптом, а тя е най-честата причина да се търси медицинска помощ [1, 2]. Епидемиологични проучвания са установили честотата на хроничната и острата болка сред общото население, като се наблюдава повече или по-малко последователност при резултатите. Оценките на честотата на острата и хроничната болка в момента са от порядъка на 25% до 49% [3, 4] като процентите за хронична болка отделно са 19%-22%. [5, 6]. Тези проучвания описват характеристиките на манифестираната болка, в т.ч. нарасналия дял на жените сред съобщаващите за такава [5, 6] връзката между болката и някакъв елемент на неравностойност като например липса на заетост, [7] както и местоположение на болката, като най-чести са оплакванията от главоболие и болки в кръста, [8] особено при хората в напреднала възраст [9, 10].

При все че разглеждането на демографските характеристики е полезно, честотата на използване на аналгетици и психологическите фактори, влияещи върху практиките на приемане са особено интересни, но сравнително слабо проучени. На пръсти се броят изследванията, като прегледът на употребата на опиоидни наркотици в Европа на Namunen et al's; 11 сведенията обаче за употребата на аналгетици като цяло в общността са оскъдни. Също така липсва информация от проучвания, базирани на извадки, за начина, по който познанията и нагласите за аналгетиците, в това число и притесненията, влияят върху приема на болкоуспокояващи средства.

Целта на настоящото проучване е да оцени честотата на оплаквания от болка сред населението като цяло в седем държави в Европа и Русия и да анализира моделите на употреба и нагласите спрямо лекарствата за обезболяване. С цел обхващане на възможно най-широк спектър от констатации, ние се съсредоточихме върху оплакването от „ежедневна“ болка, без разграничение между хронична и остра болка или диференциране на нейната сила или естество.

## МЕТОДИ

Материалът за проучването беше разработен от група експерти от няколко области, свързани с болката, в т.ч. обща практика, специалисти от клиники за болка, спортна медицина, неврология и фармакология, от осемте държави, включени в изследването. То се преведе на местните езици от преводачи на свободна практика или местни агенции. След това се извърши обратен превод за гарантиране на вътрешна последователност.

## Участници

Събирането на данни се извърши от професионални изпълнители, предлагащи достъп до широк и разнообразен контингент от възрастни лица, предварително заявили съгласие да участват в анкетата. В повечето държави от изследването (т.е. Белгия, Франция, Германия, Великобритания, Италия и Испания) беше изпратен по електронна поща въпросник до произволна извадка от лица от местните контингенти. В Полша и Русия се проведеха лични интервюта, с помощта на компютър, в дома на анкетираните, поради допускането, че в тези страни нивото на достъп до интернет е по-ниско. 12 За последните две държави анкетаторът изчиташе въпросника на глас, показваше на респондента екран със съответните възможни отговори, след което отговорите се записваха със съответния код.

Като цяло 57% от лицата, към които се отправи молба за участие, отказаха, а 8% от лицата, започнали участие в анкетата, отпаднаха преждевременно. Няма данни относно лицата, отказали или преустановили участие. След приключване на проучването се направи дарение в полза на благотворителна дейност, избрана от анкетираните.

Общо 8 506 анкетираните (51.5% жени) приключиха проучването, като от всяка държава имаше поне 1 000 души (от 1 004 човека в Полша до 1 121 в Италия). Възрастта на анкетираните към момента на проучването се записваше и отнасяше към съответните обособени групи както следва: 16-24 (n = 1 407), 25-34 (n = 1 872), 35-44 (n = 1 965), 45-54 (n = 1 762), 55-64 (n = 1 081) и 65+ (n = 419). Отбелязваше се и статусът на заетост, като 62.0% от анкетираните са посочили, че са заети (напр. работа срещу възнаграждение, следване, грижа за дома и семейството).

## Измервани показатели

Проучването беше организирано в три основни области на интерес: (1) оплаквания от болка, (2) прием на аналгетици и (3) схващания и нагласи спрямо обезболяващите. По-нататък е представено описание на всяка от тези области.

## Оплаквания от болка

На всички анкетираните беше зададен въпрос относно оплаквания от седем често срещани типове болка: леко/умерено главоболие, силно/мигренозно главоболие, „махмурлук“, болка вследствие на спортна травма/мускулна болка, заболяване (напр. настинка/грип/възпалено гърло) и зъбобол. Също така за жените (n = 4 381) имаше и въпрос дали имат менструални болки. Видовете болка бяха

подбрани чрез консенсус от международен състав от експерти. Честотата на болката се оценяваше по петстепенна категорийна система; категориите отговори бяха: „никога“, „веднъж в годината или по-рядко“, „веднъж на три месеца“, „веднъж до два пъти в месеца“ и „три и повече пъти в месеца“. Тези отговори съответно бяха с кодове 0, 1, 2, 3 и 4.

#### Честота на употребата на аналгетици и дозировка

За всяко оплакване от даден вид болка анкетиранияте трябваше да определят честотата и дозировката на приема на обезболяващи (както лекарства без рецепта, така и по лекарско предписание) съобразно указанията към лекарствения продукт. Честотата и дозировката трябваше да бъдат отнесени към три възможни категории. За честотата на употреба тези категории бяха: „приемам лекарството по-рядко от указаното на опаковката“, „приемам лекарството точно толкова често, колкото е указано на опаковката“ и „приемам лекарството по-често от указаното на опаковката“. Възможните отговори относно дозировката се състояха от следните възможности: „приемам лекарството в доза, по-малка от посочената на опаковката“, „приемам лекарството в доза, точно съответстваща на посо-

чената на опаковката“ и „приемам лекарството в доза, по-голяма от посочената на опаковката“. Тези отговори съответно бяха с кодове 0, 1 или 2.

Първоначалното намерение на анализа беше да се проучат променливите за честотата и дозировката на аналгетици отделно във всички главни анализи. Установи се обаче, че измерваните елементи бяха в силна зависимост ( $r = 0.89$ ,  $p < 0.001$ ), а моделът на резултатите беше еднакъв, поради което те бяха обединени в един-единствен измерван показател, който ние нарекохме просто „Употреба на аналгетици“ в останалата част от настоящата статия. Също така, всички анализи, включващи променливата „Употреба на аналгетици“ използваха данни от участници, които съобщават за поне един случай на оплакване от болка месечно ( $n = 5\,552$ ). Изходните стойности (raw score) бяха преобразувани в стандартизирани променливи (z-scores).

#### Схващания и нагласи за аналгетиците

В заключителните раздели на въпросника на анкетиранияте се предлагаха няколко твърдения относно обезболяващите лекарства, като следваше да се посочи съгласие или несъгласие с тях. Те са представени в Таблица 1.

Таблица 1 Факторни натоварвания за изявления свързани с аналгетици	Фактор на натоварване
<b>Становища за аналгетиците</b>	
Предпочитам да вземам болкоуспокояващо, когато страдам от болка	Аналгетични качества: започване и продължителност (0.47)
Болкоуспокояващите са безопасно средство за облекчаване на обща болка	Указания за безопасност дадени от здравни експерти (0.35)
Вярвам, че немедицинските/алтернативни/ методи за облекчаване на болка са за предпочитане	Тревожи се за аналгетици (0.45)
Мисля, че повечето болкоуспокояващи са прекалено силни, за да се вземат срещу ежедневна болка	Тревожи се за аналгетици (0.34)
Вярвам, че мога да вземам различни видове болкоуспокояващи заедно	Знанието за това как действат аналгетици (0.35)
Ако вземам един вид болкоуспокояващо многократно, ще стана резистентен към него	Изключени- не се натоварват
Притеснявам се за страничните ефекти, когато вземам болкоуспокояващи	Тревожи се за аналгетици (0.43)
Добре би било болкоуспокояващите да се продават и в супермаркетите, весникарските павилиони, бакалиите	Изключени- не се натоварват
<b>Употреба на аналгетиците</b>	
Вземам аналгетик колкото е възможно по-скоро след настъпване на болката	Приемам аналгетик, веднага след като се появява болка (0.99)
Вземам аналгетик, защото мисля, че ще премахне болката възможно най-бързо	Аналгетични качества: започване и продължителност (0.48)
Вземам първоначално малка доза, после увеличавам ако болката не намалее	Практики за дозиране: титриране (0.47)
Чакам известно време преди да взема болкоуспокояващо и ако болката продължава тогава вземам	Указания за безопасност, от здравни експерти (0.41)
Вземам слабо болкоуспокояващо само при особено силна болка /когато ми пречи да извършвам нормално работат си/	Тревожи се за аналгетици (0.39)
Вземам болкоуспокояващи превантивно /преди да се появи болката/	Изключени- не се натоварват
Вземам различни болкоуспокояващи за различни типове болка	Знанието за това как действат аналгетици (0.61)
<b>Фактори, повлияващи избора на аналгетици</b>	
Колко бързо преминава болката	Аналгетични качества: започване и продължителност (0.72)
Колко дълго продължава болката	Аналгетични качества: започване и продължителност (0.48)
Аналгетикът е по-силен от другите	Знанието за това как действат аналгетици (0.32)
Аналгетикът е безопасен за приемане /няма странични ефекти/	Указания за безопасност дадени от здравни експерти (0.38)
Аналгетикът е подходящ за всички типове болка	Вяра, че аналгетиците са безопасни и ефективни (0.44)
Аналгетикът повлиява специфичен тип болка /напр.периодична болка/	Знанието за това как действат аналгетици (0.38)
Аналгетикът си струва парите	Вяра, че аналгетиците са безопасни и ефективни (0.47)
Аналгетикът се приема лесно /напр. лесно се гълта/	Вяра, че аналгетиците са безопасни и ефективни (0.53)
Препоръки от приятели и семейство	Изключени- не се натоварват
Препоръки от здравен специалист	Указания за безопасност, от здравни експерти (0.40)
Аналгетикът е от известна фирма и мога да се доверя	Вяра, че аналгетиците са безопасни и ефективни (0.33)
Изборът на аналгетик не се основава на никоя от изброените опции	Указания за безопасност дадени от здравни експерти (-0.55)

Факторни тегла за твърдения относно обезболяващите лекарства

За да се намали броят на променливите за анализиране, бяха използвани методи за факторен анализ от по-висок порядък за извличане на факторите от отговорите на анкетираните.

Тези методи от по-висок порядък подсилват надеждността на факторната структура при наличие на противоречиви данни и включват извършването на два факторни анализа. Първоначалният се състои от противоречиви отговори за определяне на факторите от по-висок порядък, а вторият се състои от факторите от по-нисък порядък за установяване на фактори, които са от по-висок порядък и са доминиращи [13].

При първоначалния факторен анализ на дихотомните елементи (вж. Таблица 1) се използва методът на най-голямата вероятност за екстракция с промак ротация, за да се позволи взаимозависимост между факторите. В началото четири елемента бяха с факторно тегло под определените гранични стойности (cut-offs) (т.е. 0.32)<sup>14</sup>; тези елементи се изключиха от по-нататъшен анализ. Последващият факторен анализ показва целесъобразността на седемфакторна структура, въз основа на преглед на факторните тегла, собствените стойности (eigenvalues) (всички > 1.0) и разчетните дисперсионни стойности. Общата дисперсия, обусловена от факторите, беше 48%. Факторните тегла бяха опростени и тълкуваеми без индикация за наличие на значителни допълнителни кръстосани тегла. Наименованията на факторите бяха следните: „Притеснение във връзка с аналгетиците“, „Схващане, че аналгетиците са безопасни и ефикасни“, „Обезболяващи свойства: Настъпване [на ефект] и продължителност“, „Прием на аналгетик в момента на поява на болката“, „Познаване на механизма на действие на аналгетика“, „Съвети за безопасност от здравни експерти“ и „Практики на дозиране: титриране на дозата“. В дясната част на Таблица 1 са показани теглата и наименованията на факторите.

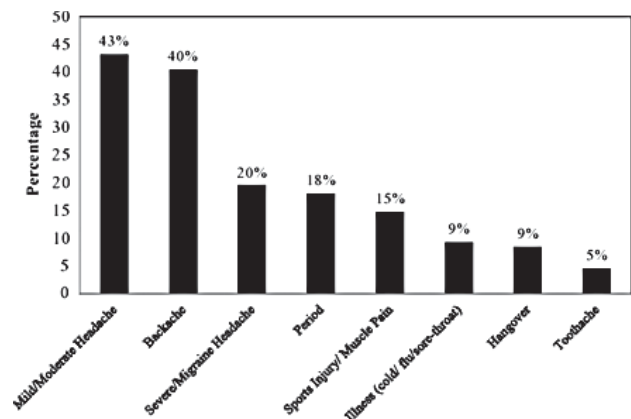
Беше извършен факторен анализ от по-висок порядък с използване на тези резултати за седемте фактора, който установи наличие на два доминиращи фактора. Всички факторни тегла бяха приемливи. Също така собствените стойности бяха 3.41 и 1.56, като факторите съответно обуславяха 49% и 22% от дисперсията. Първият фактор от по-висок порядък беше наречен „Познания и схващания, свързани с употребата на обезболяващи“ и включваше пет от факторите от по-нисък порядък („Схващане, че аналгетиците са безопасни и ефикасни“, „Обезболяващи свойства: Настъпване [на ефект] и продължителност“, „Познаване на механизма на

действие на аналгетика“, „Съвети за безопасност от здравни специалисти“ и „Практики на дозиране: титриране на дозата“). Вторият фактор от по-висок порядък беше наречен „Притеснения относно употребата на аналгетици“ и включваше останалите фактори от по-нисък порядък („Притеснение във връзка с аналгетиците“, „Прием на аналгетик в момента на поява на болката“ (отрицателно тегло)).

## РЕЗУЛТАТИ

### Брой случаи на оплакване от болка на месец

Описателно, болшинството анкетирани (70%; n = 5 983) посочват поне един случай на оплакване от болка в месеца. Повечето от тези хора са имали между един и три такива епизода на месец (n = 4 999; 59% от общата извадка), като едва малък брой анкетирани посочват четири или повече случаи (n = 984; 12% от общата извадка). Средно броят на епизоди на болка беше 1.58 (SD = 1.46; медиана = 1.0; граница: 0-8). Най-честите оплаквания са леко/умерено главоболие и болки в гърба, посочени съответно от 43% и 40% в извадката. Фигура 1 показва честотата в проценти на оплаквания от различни видове болка сред анкетираните.



Вертикална ос: проценти

Хоризонтална ос: Слабо/умерено главоболие, Болки в гърба, Силно/мигренозно главоболие, Менструални болки, Болка от спортна травма/мускулна болка, Заболяване (настинка/грип/възпалено гърло), Махмурлук, Зъбобол.

Фиг. 1.

Честота на оплаквания от болка за извадката (n = 8 506; n = 4 381 за менструални болки при жени).

Искахме главно да установим дали има различия при оплакванията от болка на месечна база за различните полове, според статус на заетост, страна по местоживееене или възраст. За всички анализи основното тълкуване беше въз основа на ключовите ефекти. При все че се наблюдаваха взаимодействия между променливите, моделът като цяло беше



изключително сложен, без да се открояват доминиращи модели. Всички взаимодействия са описани подробно в допълнителното онлайн приложение.

#### Различия между жените и мъжете

Относно различията между половете, общият брой епизоди на болка за месец са изчислени след изключване на случаите на менструални болки, поради факта че последните са само при жените. Резултатите показваха значително различие,  $F(1, 8\ 506) = 571.6$ ,  $p < 0.001$ , между половете, като при жените ( $M = 1.6$ ;  $SD = 1.3$ ) оплакванията от болка са съществено повече за месец, отколкото при мъжете ( $M = 1.2$ ;  $SD = 1.3$ ).

#### Различия, свързани със статуса на заетост

По отношение на признака заетост, при безработните оплакванията от болка за месец са по-чести,  $F(1, 8\ 506) = 571.6$ ,  $p < 0.001$ . Сред заетите средният брой епизоди на болка за месец е 1.5 ( $SD = 1.4$ ), докато броят средно при безработните е 1.7 на месец ( $SD = 1.5$ ).

#### Различия, свързани с държавата по местоживеене

Откриха се и различия в различните държави,  $F(7, 8\ 506) = 10.2$ ,  $p < 0.001$ . Лицата, живеещи в Полша, съобщават за по-малко оплаквания от болка на месец ( $M = 1.2$ ;  $SD = 1.3$ ) отколкото във всички други държави (Обща  $M = 1.6$ ;  $SD = 1.5$ ). Не се установиха други различия между страните.

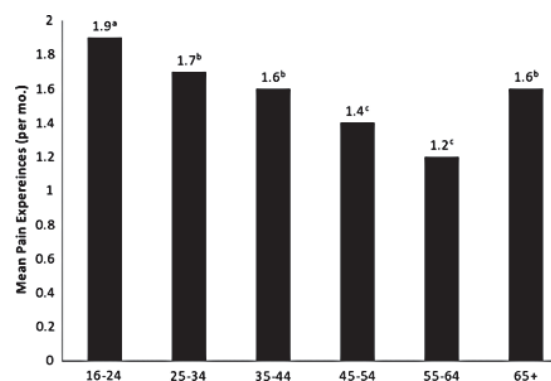
#### Различия при възрастовите групи

Накрая, сред отделните възрастови групи се наблюдаваше сложен модел на различия,  $F(5, 8\ 506) = 42.5$ ,  $p < 0.001$ . Общият модел, показан във Фигура 2, се характеризираше с по-чести оплаквания от болка в по-млада възраст (16-24 г., 25-34 г.), които постепенно намаляват като честота в средната възраст (35-44 г., 45-54 г., 55-64 г.), след което нарастват в групата на най-възрастните (над 65 г.). Статистически при най-младата възрастова група, 16-24 г., оплакванията от болка за месец са значително по-чести, отколкото при всички други възрастови групи, докато групите 25-34 г., 35-44 г. и над 65 г. съобщават за значително по-чести епизоди на болка за месец в сравнение с групите 45-54 г. и 55-64 г. Не се откриха други значими сравнения между групи.

#### Употреба на аналгетици, познания, схващания и притеснения

Като цяло използването на аналгетици е стандартно, като средно 77% от лицата посочват, че използват обезболяващи средства при различните видове болка (граница: от 61% за болки в гърба до 93% за силно/мигренозно главоболие; медиана: 76%). В съответствие

с анализите на честотата на оплаквания от болка, основната цел на тези анализи беше да се установят различия при използването на обезболяващи, при познанията и схващанията за обезболяващите и при притесненията относно обезболяващи по пол, статус на заетост, страна по местоживеене и възраст. Не се установиха ефекти от взаимодействия за тези променливи, поради което анализите се състояха само от тълкуване на главните ефекти. Таблица 2 представя описателна и статистическа информация за всички аналгетични променливи.



Вертикална ос: Среден брой оплаквания от болка (за месец)  
Хоризонтална ос: Възрастови групи

Фиг. 2.

Таблица 2. Средни стойности на стандартизирани променливи (Z-score means) (стандартни девиации) за аналгетични променливи

Променлива	Употреба на аналгетици	Знания и схващания свързани с аналгетичната употреба	Притеснения относно употребата на аналгетици
Пол			
Мъж	-0.09 (1.00)a	-0.10 (0.98)a	-0.10 (0.84)a
Жена	0.06 (1.00)b	0.10 (0.94)b	0.11 (0.88)b
Работен статут			
Работещ	-0.04 (1.0)a	-0.01 (0.9)a	-0.02 (0.83)a
Безработен	0.07 (1.0)b	0.01 (1.0)a	0.04 (0.84)b
Страна			
Белгия	-0.22 (0.93)a	0.11 (0.95)a,d	-0.18 (0.78)a
Франция	0.10 (0.99)b	0.22 (0.95)b,d	0.02 (0.81)b
Германия	-0.02 (1.04)b,c	0.24 (1.00)b	-0.33 (0.80)c
Великобритания	0.28 (1.10)d	0.19 (0.95)b,d	-0.04 (0.82)b,d
Италия	-0.08 (0.95)c	0.001 (0.90)c,d	-0.04 (0.84)b
Полша	-0.28 (0.90)a	-0.56 (0.83)c	0.14 (0.84)d
Русия	0.07 (0.99)b,c	-0.43 (0.73)c	0.27 (0.93)e
Испания	0.08 (0.98)b,c	0.24 (0.93)b	0.12 (0.92)b,d
Възрастова група			
16-24	-0.10 (1.00)a,c	0.05 (1.00)a,b	-0.09 (0.84)a,b
25-34	0.04 (1.04)b	0.01 (0.97)a	0.001 (0.86)c
35-44	0.13 (1.02)b	0.10 (0.96)b	0.04 (0.87)c,d
45-54	0.01 (0.99)c	0.06 (0.94)a,b	0.01 (0.86)c
55-64	-0.11 (0.91)a,c	-0.15 (0.94)c	0.17 (0.87)b
65+	-0.20 (0.87)a	-0.54 (0.79)d	0.17 (0.87)d

Различни суперскриптове показват статистически значими разлики между групите в Bonferroni-контролираната  $\alpha$

Среден брой оплаквания от болка за месец по възрастови групи. Различните горни индекси обозначават статистически значими различия при  $\alpha$  корекция на Бонферони (*Bonferroni-controlled  $\alpha$* ).

#### Различия по пол

При жените използването на обезболяващи е значително по-голямо, отколкото при мъжете,  $F(1, 551) = 29.7$ ,  $p < 0.001$ , като в същото време жените се тревожат повече във връзка с употребата на аналгетици,  $F(1, 8505) = 58.0$ ,  $p < 0.001$ . Жените в по-голяма степен мотивират използването на аналгетици с познания и схващанията относно същите, в сравнение с мъжете,  $F(1, 8505) = 13.4$ ,  $p < 0.001$ .

#### Различия, свързани със статуса на заетост

Заетите използват по-малко аналгетици в сравнение с безработните,  $F(1, 551) = 16.9$ ,  $p < 0.001$ , и се тревожат по-малко във връзка с употребата им,  $F(1, 8505) = 10.5$ ,  $p < 0.001$ . Не се установиха значителни различия между двете групи по отношение на влиянието на познанията или схващанията за употребата,  $F(1, 8505) = 0.7$ ,  $p < 0.39$ .

#### Различия, свързани с държава по местоживееене

По отношение на държавата по местоживееене се наблюдаваха значителни различия и за трите променливи, касаещи аналгетиците, всички  $F > 22.6$ , всички  $P < 0.001$ . Употребата на аналгетици сред анкетираните, живеещи във Великобритания, е по-честа отколкото при анкетираните във всички други страни, докато при хората, живеещи в Белгия и Полша, използването е по-малко, в сравнение с всички други страни. Не се откриха други значими сравнения между групи.

Очерта се сложен модел на различия по отношение на влиянието на познанията и схващанията за аналгетиците върху употребата. По-специално за лица, живеещи в Италия, Полша и Русия употребата на аналгетици е в по-малка степен въз основа на познания и схващания за лекарството, в сравнение с лица от Франция, Германия, Великобритания и Испания. Хората, живеещи в Белгия, се намират по средата между тези две групи, като резултатите по този измерван показател са значително по-високи от тези за жителите на Полша и Русия, и значително по-ниски от тези при жителите на Германия и Испания. Всички други различия не бяха значими.

Накрая, по отношение на притесненията относно използването на аналгетици, при анкетираните от Русия загрижеността е значително по-висока, отколкото за другите разглеждани страни, докато

анкетираните в Белгия и Германия се тревожат по-малко във връзка с обезболяващите в сравнение с всички други разглеждани държави, като първите споделят за значително по-малка степен на притеснение, отколкото вторите. Живеещите в Полша споделят за повече тревоги, отколкото анкетираните в Белгия, Франция, Германия и Италия. Други значителни различия не бяха отчетени.

#### Различия по възраст

И за трите променливи, свързани с аналгетиците, се очертаха значителни различия между възрастовите групи, всички  $F > 10.6$ , всички  $P < 0.001$ . В оценката на употребата на обезболяващи лицата във възрастови групи 25-34 г. и 35-44 г. посочват по-голяма употреба на аналгетици в сравнение с лицата от всички други възрастови групи. Имаше и различие между лицата на възраст над 65 г. и лицата на възраст 45-54 г., като при втората група употребата е по-голяма. Не бяха наблюдавани други значими различия между групи.

По отношение на ефекта на „познания и схващания върху употребата“, общата тенденция е следната: лицата в групата на най-напреднала възраст са склонни в по-малка степен да използват аналгетици на база познания и схващания за лекарствата. По-специално, лицата от двете групи на най-напреднала възраст (т.е. 55-64 г. и над 65 г.) посочват, че се водят по-малко от познания и схващания за лекарства при употребата им, за разлика от лицата в първите четири възрастови групи. Също при така хората над 65 г. резултатите по този измерван показател бяха значително по-ниски в сравнение с анкетираните във възрастовата група 55-64 г. Единственото друго съществено различие се наблюдаваше между групите 25-34 г. и 35-44 г., като за втората резултатите по този измерван показател бяха значително по-високи.

И накрая, за „Притесненията относно аналгетиците“, като цяло най-младата възрастова група посочва най-ниска степен на тревоги, групата на най-напредналата възраст – най-висока степен, като бяха отчетени малко на брой различия между групите на средната възраст. По-конкретно, лицата на възраст 16-24 г. посочват, че се притесняват по-малко във връзка с аналгетиците в сравнение с всички останали възрастови групи, с единствено изключение групата 55-64 г., за която не се установиха съществени различия. Лицата над 65 г. се тревожат повече в сравнение с всички други въз-

растови групи, като единственото изключение е групата на хора между 35 и 44 г. Единственото друго съществено различие се наблюдава при групите 35-44 г. и 55-64 г., като при втората притесненията са значително по-големи в сравнение с първата.

### Дискусия

Дискусията на настоящото проучване сочи, че оплакванията от болка в Европа и Русия са изключително често срещани, като 70% от участниците в тази международна извадка съобщават за поне един епизод на болка за месец. Среднестатистическото лице е изпитвало между един и два епизода на болка, като едва малцина (12%) споделят за четири и повече оплаквания на месец. Най-честите оплаквания от болка са слабо/мигренозно главоболие (43%) и болка в гърба (40%); най-рядко се посочва зъбоболът (5%). Също така преобладаващото мнозинство (80%) отговаря, че приема обезболяващи срещу болката.

В Полша и Русия посочват по-малко оплаквания от болка в сравнение с останалата част на Европа, използват по-малко аналгетици, основават употребата в по-малка степен на познания и схващания за аналгетиците и повече се тревожат във връзка с използването на обезболяващи. Жалко е, че методът за събиране на данни, използван за тези две страни беше различен от метода при останалите държави, тъй като той представя алтернативно обяснение на картината на констатациите. Тези опасения донякъде се отслабват от проучвания, сочещи, че методът на събиране на данни (т.е. компютризиран, лице в лице, на хартия, по телефон) не засяга предоставянето на данни относно физическо състояние и изпитване на болка; 15 16 независимо от това напълно да се отхвърлят тези съображения е невъзможно.

В цяла Европа по-младите хора са склонни да имат по-малко оплаквания от болка в сравнение с по-възрастните. Отново тази констатация съответства на изводите от предходни изследвания. [8, 9]. Следва да се отбележи обаче, че независимо от това различие при оплакванията от болка, по-младите хора посочват по-голяма употреба на аналгетици срещу болка, отколкото по-възрастните. Също така по-младите анкетирани споделят, че ползването е въз основа на познанията им за лекарствата. По-младите и по-малко се тревожат във връзка с обезболяващите в сравнение с по-възрастните, въпреки че техните критерии за избор на обезболяващо

средство може да са различни. [17]. В допълнение, неотдавнашно изследване върху придържането към медикаментозно лечение на лица, страдащи от хронична болка, показва, че по-младата възраст може да е детерминанта за лошо спазване на предписани режими и е свързана с прекалена употреба и недостатъчна употреба на лекарствени продукти. [18]. Възможно е да има редица обяснения на тази констатация, всички от които са хипотетични на този етап. Например би могло по-младите хора да познават по-добре лекарствата, защото са израснали в общество, в което аналгетиците обикновено се считат за безопасни и ефикасни; нещо повече: те често са свободно достъпни. Иначе казано, различията във възрастовата група могат да са в резултат от натрупани преживявания през целия жизнен път.

Наблюдаваха се и различия между половете и статуса на заетост, което по същество повтаря констатациите от предходни научни публикации [5-7]. Накратко, жените по-често се оплакват от болка, както и по-често използват аналгетици и се притесняват за тях в сравнение с мъжете. Подобен модел се наблюдаваше и при различията между групите на заетите и безработните, като вторите по-често съобщават за болка, използване на аналгетици и притеснения.

Важно е да се отбележи, че в настоящото изследване не беше заложен обективен измерител на придържането към указанията за прием на обезболяващи. Поради това ние можем единствено да коментираме различията в моделите на употреба между използваните зависими променливи, а не да тълкуваме дали тези различия представляват прекалена или недостатъчна употреба на тези лекарства.

Следва да бъдат отбелязани и други ограничения. Първо, докато проучвания с данни за моментното състояние са полезни, давайки общи сведения в широк разрез на изследвания контингент, те в същото време не позволяват извеждането на изводи за причините или подробен анализ на ниво изпитване на болка от отделния индивид или неговото поведение в отговор на болката. Например ние не правихме диференциране между различни поведения или средства за обезболяване, нито пък отчитаме интензитета или естеството на болката. Също така нямаше информация за лицата, отказали или прекратили участие в анкетата. Тези въпроси ни ограничават да посочваме възможността резултатите да могат да бъдат генерализирани. Второ, всички данни бяха получени под формата на сведения от

самите анкетирани и няма как да се определи влиянието на неточностите при припомняне, необективните елементи в отговорите или възприятието на различни форми на натиск от обществото върху събраните сведения. Трето, както беше отбелязано, разликата в методите за събиране на данни за Полша и Русия от една страна и останалите държави от друга, при все че беше наложителна, въздейства върху това колко уверени сме по отношение на наблюденията при сравняване на Източна и Западна Европа. И накрая, фактът че повечето данни бяха събрани с помощта на компютър, означава евентуална недостатъчна представителност спрямо повзрастните хора, тъй като е по-малко вероятно те да имат достъп до подобна технология или да могат да боравят с нея, за да участват в проучването.

Настоящото изследване може да положи основите за бъдещо планиране в областта на аналгетиците във връзка с проблема за обезболяване във водещите европейски икономики. В частност европейските държави традиционно са с много разнообразни нагласи спрямо оценяването на обезболяващите лекарства и са с различна степен на излагане на информацията относно аналгетичните средства и оптималното управление на болката. Като откриваме как хората преживяват болката и как реагират на нея, а също как взимат решения какво да сторят, когато ги боли, ние можем по-добре да разберем болката и така да допринесем за подобрения в областта на контрола на болката в ежедневието в цяла Европа.

#### Основни послания

##### Какво е вече известно по тази тема

- Изпитването на болка е обичайно явление сред хората.
- Аналгетиците са обичайно средство срещу болка.
- Не е ясно с каква честота се използват обезболяващи в общността, нито по какъв начин подобна употреба се влияе от психологически фактори.

##### Какво добавя настоящото изследване

- Болката и последващото използване на аналгетици са обичайни в страните в Европа и Русия.
- Болката и приемът на обезболяващи се различават за различните полове, държави по местоживеене, статус на заетост и възраст и също така са свързани с познанията и притесненията относно аналгетиците.

#### Благодарност

Настоящото проучване възникна от идеи, обсъждани на Европейски форум за болката с участници: Dr Anita Biswas, CE, SE, PJ, Dr Dipak Kanabar, Dr Rosemary Leonard, BM, Professor Sharov Mikhail Nicolaevich, Dr Denis Pouchain, Dr Ricardo Ruiz-López, Professor Francesco Scaglione, Professor Alain Serrie.

Също така авторите биха желали за изкажат благодарност на следните лица за техния принос и коментари по предходни варианти на ръкописа: Professor Witold Gumulka, Dr Agata Maciejczyk, и Dr Eva Cyhlarova.

#### Пояснителни бележки

- **Финансиране:** Настоящото изследване частично беше финансирано от неограничен образователен грант от Reckitt Benkiser.
- **Конкуриращи се интереси:** Няма.
- **Гарантиране на етичност:** Участниците даваха своето съгласие пряко на фирмата за проучвания, която събираше и въвеждаше данните. Данните, предоставени на изследователския екип, не съдържаха информация, позволяваща лична идентификация.
- **Валидиране и рецензия:** Не е възлагано; извършена е вътрешна рецензия.

#### Библиография

1. Kerns RD, Otis J, Rosenberg R, et al. Veterans' reports of pain and associations with ratings of health, health-risk behaviors, affective distress, and use of the healthcare system. *J Rehabil Res Dev* 2003;40:371–9.
2. Koleva D, Krulichova I, Bertolinin G, et al. Pain in primary care: an Italian survey. *Eur J Public Health* 2005;15:475–9.
3. Portenoy RK, Ugarte C, Fuller I, et al. Population-based survey of pain in the United States: differences among White, African American, and Hispanic subjects. *J Pain* 2004;5:317–28.
4. Schmidt CO, Raspe H, Pflingsten M, et al. Backpain in the German adult population – prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine* 2007;32:2005–11.
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287–333.
6. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, et al. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998;280:147–51.
7. Gerdle B, Björk J, Henriksson C, et al. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. *J Rheumatol* 2004;31:1399–406.
8. Watkins EA, Wollan PC, Melton J, et al. A population in pain: report from the Olmsted Country Health Study. *Pain Med* 2008;9:166–74.



9. Cassidy JD, Côté P, Carroll LJ, et al. Incidence and course of low back pain episodes in the general population. *Spine* 2005;30:2817–23.
  10. Parsons S, Breen A, Foster NE, et al. Prevalence and comparative troublesomeness by age of musculoskeletal pain in different body locations. *Fam Pract* 2007;24:308–16.
  11. Hamunen K, Laitinen-Parkkonen P, Paakkari P, et al. What do different databases tell about the use of opioids in seven European countries in 2002? *Eur J Pain* 2008;12:705–15.
  12. Wallstein S. Regulation and internet use in developing countries. *Econ Dev Cultural Change* 2005;53:501–23.
  13. Baldwin KA, Grinslade MS, Baer LC, et al. Higher-order factor analysis of an instrument with dichotomous data. *Res Nursing Health* 2005;28:431–40.
  14. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 4th edn. New York: Harper-Collins, 2001.
  15. Cook AJ, Roberts DA, Henderson MD, et al. Electronic pain questionnaires: a randomized, crossover comparison with paper questionnaires for chronic pain assessment. *Pain* 2004;110:310–17.
  16. Lungenhausen M, Lange S, Maier C, et al. Randomised controlled comparison of the Health Survey Short Form (SF-12) and the Graded Chronic Pain Scale (GCPS) in telephone interviews versus self-administered questionnaires. Are the results equivalent? *BMC Med Res Methodol* 2007;7:50.
  17. Nowakowska-Zajdel E, Kokot T, Pogwizd M, et al. Taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs by teenagers from Zawiercie. *Ann Acad Med Siles* 2007;61:372–5.
  18. Broekmans S, Dobbels F, Milisen K, et al. Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: is there a problem? *Eur J Pain* 2009;13:115–23.
- ✉ *Адрес за кореспонденция:*  
*Dr Kevin E Vowles*  
*Department of Psychology*  
*University of New Mexico*  
*Logan Hall MSC03 2220*  
*1 University of New Mexico*  
*Albuquerque, NM 87131, USA*  
*k.e.vowles@gmail.com*