

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Agnė Maldutienė

**PAGYVENUSIO AMŽIAUS PACIENTŲ,
PATYRUSIŲ GALŪNIŲ LŪŽIUS, GYVENIMO
KOKYBĖS IR DEPRESIJOS SAŠAJOS**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2019

SANTRAUKA

Maldutienė A. Pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovė, prof. dr. D. M. Drungilienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda 2019 – 60 p.

Pagyvenusio amžiaus pacientai neišvengiamai susiduria su įvairiais sveikatos sutrikimais ir ligomis. Traumos – ypač galūnių lūžiai - išlieka vienomomis pagrindinių sveikatos problemų. Lūžusi galūnė ne tik sumenkina gyvenimo kokybę, tačiau ir sukelia kitas gretutines ligas. Būtent depresija viena iš dažniausių ligų, pasireiškiančių senyvame amžiuje, ypač po patirtos traumos. Atsiradę depresijos simptomai dar labiau sutrikdo asmens kasdienę veiklą bei žymiai prailgina hospitalizavimo trukmę ir pasveikimą.

Tikslas. Išanalizuoti pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas. Naudoti du standartizuoti klausimynai: SF-36 gyvenimo kokybės vertinimui ir PHQ-9 depresijos rizikai nustatyti. Imtį sudarė 95 pacientai. Duomenų analizei naudotas statistinis programų paketas „SPSS 23.0.0 for Windows“. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Vertinant gyvenimo kokybę po galūnės lūžio nustatyta, kad fizinis aktyvumas labiausiai sumenkina kasdienę veiklą todėl sumenksta ir bendras savo sveikatos vertinimas. Lūžusi viršutinė galūnė daro mažesnę įtaką gyvenimo kokybės mažėjimui ir depresijos raiškai nei apatinė. Pastebima tendencija, jog vyresni pacientai savo gyvenimo kokybę ir psichinę sveikatą po galūnės lūžio vertina prasčiausiai. Pavargimo jausmas, energijos trūkumas, nemiga ar per didelis mieguistumas, apetito stoka – tai pagrindiniai psichikos sveikatos simptomai, pasireiškiantys pagyvenusio amžiaus pacientams po galūnės lūžio. Mažiausiai pasireiškia suicidinės mintys. Analizuojant pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas buvo nustatyta, kad depresijos išreikštumas po patirtos galūnės lūžio siekė $13,97 \pm 6,61$ iš 27 galimų balų. Beveik pusė (47,3 proc.) pagyvenusio amžiaus pacientų, po galūnės lūžių traumos, patiria sunkius depresijos simptomus.

Išvada. Pagyvenusio amžiaus pacientams, patyrusiems galūnių lūžius, ženkliai prastėja gyvenimo kokybė. Ir tai tiesiogiai siejasi su patiriama depresija.

Reikšminiai žodžiai: ortopedija-traumatologija, pagyvenusio amžiaus pacientai, galūnių lūžiai, gyvenimo kokybė, depresija.

SUMMARY

A. Maldutienė. Connection between Quality of Life and Depression in the Elderly Patients with Limb Fractures. Master's final thesis in nursing. Thesis advisor, prof. dr. D. M. Drungilienė, Klaipėda University: Klaipėda 2019 – 60 pages.

Elderly patients inevitably face various medical conditions and illnesses. Injuries, especially limb fractures, remain one of the major health problems. Limb fracture not only decreases the quality of life, but also causes other side conditions. Depression is one of the most common diseases that occur in older age, especially after an injury. Symptoms of depression disrupt a person's daily activities even further and significantly prolong hospitalization and recovery time.

Research purpose. To analyse the connection between quality of life and depression in the elderly patients with limb fractures.

Research methodology. The quantitative research was conducted using two standardized questionnaires: SF-36 for assessment of quality of life and PHQ-9 for determination of risk of depression. Research sample consisted of 95 patients. The data was analysed using the statistical software *SPSS 23.0.0 for Windows*. The research was conducted in accordance with ethical principles.

Research results. The assessment of the quality of life after a limb fracture revealed that patient's everyday life is mostly diminished by physical inactivity and so is the overall assessment of one's health condition. The fracture of an upper limb has less effect on decrease of the quality of life and occurrence of depression than the lower limb. There is a tendency demonstrating that elderly patients have the most negative assessment of the quality of their life and mental health after a limb fracture. Fatigue, lack of energy, insomnia or excessive sleepiness, lack of appetite are the main symptoms of mental health issues in elderly patients after a limb fracture. Suicidal thoughts are the least common. According to the analysis of the connection between quality of life and depression in elderly patients with limb fractures, the occurrence of depression equals to 13.97 ± 6.61 points out of 27 possible. Almost half (47.3%) of elderly patients suffer from severe depressive symptoms with a limb fracture.

Conclusion. The quality of life of the elderly patients decreases significantly with a limb fracture. This is directly related to depression.

Key words: orthopaedics-traumatology, elderly patients, limb fractures, quality of life, depression.

SANTRUMPOS

CNS – centrinė nervų sistema

GK – gyvenimo kokybė

JT – Jungtinės Tautos

KMI – kūno masės indeksas

PSO – pasaulinė sveikatos organizacija

ŠVD – šlaunikaulio viršutinė dalis

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil.nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Klausimynų vidinis patikimumas	32
2.	Demografinių rodiklių, traumų patyrimų ir dabartinės traumos priežasčių skirtumai priklausomai nuo galūnės lūžio	36
3.	Demografinių rodiklių ir dabartinės traumos priežasties skirtumai priklausomai nuo traumų patyrimų.	37
4.	Demografinių rodiklių skirtumai priklausomai nuo dabartinės traumos priežasties	37
5.	Gyvenimo kokybės susijusios su fizine sveikata sričių vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje	38
6.	Gyvenimo kokybės susijusios su fizine sveikata sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų gyvenamosios vietos	40
7.	Gyvenimo kokybės susijusios su fizine sveikata sričių vertinimo skirtumai priklausomai nuo traumų patyrimų	40
8.	Gyvenimo kokybės susijusios su fizine sveikata sričių vertinimo skirtumai priklausomai nuo dabartinės traumos priežasties	41
9.	Gyvenimo kokybės susijusios su psichine sveikata sričių vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje	41
10.	Gyvenimo kokybės susijusios su psichine sveikata sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų lyties	41
11.	Gyvenimo kokybės susijusios su psichine sveikata sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo traumų patyrimų	43
12.	Gyvenimo kokybės susijusios su psichine sveikata sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo dabartinės traumos priežasties	44
13.	PHQ-9 klausimyno teiginių vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje	44
14.	Depresijos simptomų išreikštumo skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų lyties ir gyvenamosios vietos	46
15.	Pagyvenusio amžiaus pacientų po galūnių lūžių SF-36 rodiklių ir depresijos simptomų išreikštumo (PHQ-9) sąsajos	47

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil.nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1.	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių	30
2.	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą	30
3.	Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo tiriamųjų lyties	39
4.	Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus	39
5.	Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo galūnės lūžio	40
6.	Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus	42
7.	Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo tiriamųjų gyvenamosios vietos	42
8.	Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo galūnės lūžio	43
9.	Depresijos simptomų įtakos kasdienei asmeninei ir darbinei veiklai vertinimas bendroje tiriamųjų grupėje	45
10.	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikšumą	45
11.	Depresijos simptomų išreikštumas, priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus	46
12.	Depresijos simptomų išreikštumas, priklausomai nuo galūnės lūžio, traumų patyrimų ir dabartinės traumos priežasties	47

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1.	Klausimynas	61

TURINYS

IVADAS	8
I. PAGYVENUSIO AMŽIAUS PACIENTŲ, PATYRUSIŲ GALŪNIŲ LŪŽIUS, GYVENIMO KOKYBĖS IR DEPRESIJOS ŠĄSAJOS	10
1.1. Pagyvenusio amžiaus žmonių socialinis vaizdinys	10
1.1.1. Demografiniai senėjimo rodikliai	12
1.2. Kaulų lūžių epidemiologija	12
1.2.1. Pagrindiniai patiriamų galūnių traumų rizikos veiksniai	15
1.3. Gyvenimo kokybės samprata	18
1.3.1. Gyvenimo kokybė po galūnių lūžių	19
1.3.2. Slaugytojo vaidmuo, tenkinant slaugos poreikius, galūnių lūžius patyrusiems pagyvenusio amžiaus pacientams	20
1.4. Depresijos epidemiologija	21
1.4.1. Depresijos simptomatika	23
1.4.2. Galūnių lūžių ir depresijos sąsajos	25
II. EMPIRINĖ DALIS	27
2.1. Tyrimo metodika	27
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	28
2.1.2. Tyrimo metodai	30
2.1.3. Tyrimo instrumentas	31
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga	32
2.1.5. Tyrimo etika	34
2.2. Tyrimo rezultatai	36
2.2.1. Pagyvenusio amžiaus pacientų socialdemografinių charakteristikų sąsajos su patiriamais galūnių lūžiais	36
2.2.2. Pagyvenusio amžiaus asmenų po galūnės lūžio su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	38
2.2.3. Pagyvenusio amžiaus pacientų po galūnės lūžio depresijos išreikštumas	44
2.2.4. Pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos	47
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	49
IŠVADOS	51
REKOMENDACIJOS	52
LITERATŪROS ŠĄRAŠAS	53
PRIEDAI	60

IVADAS

Gyventojų senėjimas - viena iš pagrindinių visuomenės sveikatos problemų. Vykstant demografiniams pokyčiams visame pasaulyje daugėja senyvo amžiaus žmonių.. Lietuva patiria intensyviausią gyventojų senėjimo bangą. XX–XXI a. sandūroje demografinis senatvės lygis pasiekė tokį mastą, kad pagyvenusių žmonių skaičius viršijo vaikų skaičių. Prognozuojama, kad iki 2050-ųjų metų gimstamumas Lietuvoje ir Europoje didės nežymiai, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ilgės, tad senyvo amžiaus žmonių neišvengiamai daugės (Šurkienė ir kt., 2012, p.235,236). Visuomenei senstant sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimas pasidaro itin aktualus. Jungtinės tautos ir demografai pagyvenusiais žmonėmis laiko 60 metų ir vyresnius žmones. Tačiau neretai brėžiama ir 65 metų riba (Lesauskaitė ir kt., 2017).

Kasmet Lietuvoje įvyksta apie 300 tūkstančių traumų, nuo kurių miršta apie 6000 Lietuvos gyventojų, mirtingumas nuo traumų yra trečioje vietoje po mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų ir piktybinių navikų. Taigi traumatizmas yra didelė socialinė, ekonominė bei medicininė problema (Bazaras ir kt., 2017, p.12).

Traumatizmo problemos šiuo metu yra vienos aktualiausių visuomenės sveikatos problemų įvairiose pasaulio šalyse. Nuo sužalojimų kiekvienais metais 27 Europos Sąjungos šalyse miršta apie 250 000 žmonių (Strukčinskienė ir kt., 2011, p.16).

Europos regione 65 metų ir vyresnių žmonių mirčių nuo išorinių priežasčių struktūroje pirmauja savižudybės, kritimai ir eismo įvykiai, be to, pagyvenusių žmonių mirtingumas nuo sužalojimų yra didesnis nei kitose amžiaus grupėse. Pasaulyje apie 30 proc. atskirai gyvenančių 65 m. ir vyresnio amžiaus žmonių nukrenta bent kartą per metus, o vienas iš 10 kritimų baigiasi kaulų lūžiu. Dėl sveikatos problemų ir regėjimo, eisenos bei pusiausvyros sutrikimų vyresni nei 65 metų žmonės dažniau patiria traumas negu jaunesni. Be to, dėl osteoporozės ir prastos sveikatos jų traumas paprastai sunkesnės, dažniau sukelia mirtinas komplikacijas, po jų ilgiau sveikstama. Tyrimai, nagrinėjantys pagyvenusių žmonių sveikatą, mirčių, susirgimų ir sužalojimų priežastis ir jų prevencijos būdus, įgalina stiprinti pagyvenusių žmonių sveikatą, saugą, gerinti gyvenimo kokybę ir išvengti socialinių netolygumų. (Griškoniš ir kt., 2013, p.12,13).

Depresija ir lūžiai yra glaudžiai susijusi ir vis labiau plintanti visuomenės sveikatos problema, kuri kelia vis didesnę susirūpinimą senyvo amžiaus žmonių sveikata, kadangi tai įtakoja funkcinę negalią bei ankstyvą mirtingumą. Somatinių simptomų atsiradimas apsunkina tiek depresijos atsiradimo, tiek pasireiškimo diagnostiką ir lemia pavėluotą gydymo pradžią bei galimai banguojančią depresinio sutrikimo dinamiką. Somatinės ligos, sukeliančios negalią – pagrindinė depresijos pasireiškimo priežastis. Stipriausias ryšys tarp negalios ir depresijos išsryškėja pagyvenusio amžiaus žmonėms. Depresija yra vienas iš dažniausiai diagnozuojamų psichikos

sutrikimų. Pasaulio sveikatos organizacija teigia, kad 2020 m. depresija gali sudaryti 5,7 proc. visų ligų ir tapti viena iš pagrindinių nedarbingumo priežasčių, į priekį užleisdama tik išeminę širdies ligą. Depresija išlieka labiausiai paplitusi gretutiniė liga tarp vyresnio amžiaus žmonių, patyrusių traumą. Depresijos paplitimas pagyvenusiems pacientams po kaulų lūžių siekia 9-47 proc. Ir tai gerokai viršija visų amžiaus grupių depresijos rodiklius bendroje populiacijoje. Tyrimų duomenimis aiškus depresijos pasireiškimas pagyvenusių asmenų tarpe, kuriems buvo lūžę kaulai, siekia 9-47 proc., 2-10 proc. depresija pasireiškia nežymiai (Raspopovic et al., 2014, p.114; Gupta et al., 2014, p.54; Williams et al., 2014, p.1; Šalčiūtė ir kt., 2015, p.64,65,67).

Po įvykusios traumos daugeliui pacientų pasireiškia emocinės, kognityvios, fiziologinės ir elgesio reakcijos, kurios susijusios su trauminiu įvykiu ir sutrikdo asmens funkcionavimą. Psichologinių reakcijų pasireiškimas nepriklauso nuo asmenybės ir gali būti bet kuriam asmeniui, patyrusiam trauminių įvykių, tačiau labiausiai pažeidžiami išlieka pagyvenusio amžiaus žmonės (Kazlauskas, 2013, p.102).

Tyrimo objektas. Pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos.

Tyrimo subjektas. Pagyvenusio amžiaus pacientai, patyrę galūnių lūžius.

Tyrimo hipotezė. Tikėtina, jog pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius gyvenimo kokybė tiesiogiai susijusi su depresija.

Tyrimo tikslas. Išanalizuoti pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.
2. Nustatyti pagyvenusio amžiaus pacientų depresijos raišką po galūnių lūžių.
3. Įvertinti pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė
2. Kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa.

I. PAGYVENUSIO AMŽIAUS PACIENTŲ, PATYRUSIŲ GALŪNIŲ LŪŽIUS, GYVENIMO KOKYBĖS IR DEPRESIJOS SĄSAJOS

1.1. Pagyvenusio amžiaus žmonių socialinis vaizdinys

Gyventojų senėjimas - gyventojų amžiaus struktūros kaita, vyksta dėl vis augančio vyresnio amžiaus gyventojų skaičiaus, lyginant su kitomis amžiaus grupėmis. Gyventojų senėjimas yra palankus dalykas medicininio aspektu (parodo, gyvenimo sąlygos tampa geresnės, žymiai sumažėja ligų skaičius arba kovojama su jomis efektyviau, gerėja sanitarinės sąlygos ir pan.), taip pat psichologiniu aspektu (senyvo amžiaus žmonės tampa vis labiau integruoti į visuomenę, aukštesnis išsilavinimas lemia, kad jie ilgiau gali išlikti sąmoningi ir gyventi be kitų asmenų priežiūros) (Garlauskaitė ir kt., 2015, p.199-200).

Visuomenės senėjimas yra viena iš svarbiausių XXI-ojo amžiaus problemų. Pasaulyje, ypač išsivysčiusiose šalyse, vyksta didžiuliai demografiniai pokyčiai, kurių pasekoje mažėja vaikų ir didėja vyresnio amžiaus žmonių. Gyventojų senėjimas gali būti apibūdinamas kaip teigiamas reiškinys, jeigu svarbiausi aspektai būtų susiję su biologiniais procesais, medicina, mokslo ir švietimo, kultūros pasiekimais. Senstanti visuomenė taip pat gali būti suprantama kaip geresnių gyvenimo sąlygų ir visapusiško žmogaus tobulėjimo padarinys. Tačiau žvelgiant iš socialinių ir ekonominių perspektyvų, kai gyventojų senėjimas suprantamas kaip demografinių veiksnių pokyčiai neigiama linkme – tai traktuojama kaip viena didžiausių problemų išsivysčiusiose šalyse. Senėjimas tampa vis aktualesne problema, nes pagyvenusių ir senyvo amžiaus žmonių populiacija vis didėja, tuo pačiu didėja įvairių ligų ir negalių dažnis. Daugėjant senų žmonių reikalinga jų ligų prevencijos, gydymo, globos ir slaugos paslaugų plėtra (Juozulynas ir kt., 2012, p.103; Piščalkienė ir kt., 2012, p.34; Šurkienė ir kt., 2012, p.235; Garlauskaitė ir kt., 2015, p.199-200). Vis labiau senstanti visuomenė reikalauja didesnio sveikatos priežiūros sistemos dėmesio bei žinių apie šiai jautriai socialinei grupei kylančius sunkumus ir jų problemų sprendimo būdus. Sparčiai didėja visuomenės pensijų ir socialinės apsaugos sistemų apkrova, greitosios ir pirminės sveikatos priežiūros reikalingumas, reikia geresnio sveikatos priežiūros darbuotojų pasirengimo ir didesnio jų skaičiaus, padidėja ilgesnės slaugos priežiūros poreikis, didėja senyvo amžiaus žmonių socialinės izoliacijos, skurdo, aukštos sveikatos priežiūros kokybės ir socialinių paslaugų nepakankamo prieinamumo rizika (Piščalkienė ir kt., 2016, p.21, Šukytė ir kt., 2017, p.74).

Kaip teigiama moksliniuose šaltiniuose (Mockus ir kt., 2012, p.228; Gražulienė ir kt., 2016, p.3) senėjimas – laipsniškas, nuoseklus, bet netolygus visų fizinių požymių ir psichinių struktūrų kitimo procesas, prasidedantis jau nuo apvaisinimo momento ir lėtai bei natūraliai vykstantis iki pat mirties net optimaliausiomis individo raidos sąlygomis. Gyventojų senėjimas – viena svarbiausių

mūsų amžiaus problemų, kuri daro didelę įtaką mūsų ekonomikai, socialinei politikai, sveikatos apsaugos sistemai. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) pranešimu apie senėjimą ir sveikatą, senyvo amžiaus žmonėmis laikomi 60 metų ir vyresni asmenys. A. Juozulyno ir kt. (2012, p.103) teigimu, manoma, kad iki 2050 – ūjų metų gimstamumas Europoje didės nežymiai, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ilgės, tad senyvo amžiaus žmonių neišvengiamai daugės. Prognozuojama, kad Lietuvoje 2030 m. pradžioje beveik trečdalį (28,9 proc.) gyventojų sudarys 60 metų ir vyresni žmonės. Tikėtina, kad visuomenė ir toliau sens – 2060 m. pradžioje beveik 37 proc. Lietuvoje gyventojų sudarys šios amžiaus grupės. Gyventojų senėjimo tendencijos stebimos ir Lietuvoje. Todėl svarbu užtikrinti pagyvenusių žmonių sveikatą ir sveikesnę bei geresnę senatvę. Literatūroje rašoma, kad gyvenimo kokybę įtakoja daugelis veiksnių, tačiau pagrindiniais laikoma sveikata ir materialinė gerovė.

PSO atkreipia dėmesį į tai, jog nepakanka tik siekti ilgesnės žmonių gyvenimo trukmės, būtina siekti, kad gyvenimas senatvėje būtų kiek galima produktyvesnis ir sveikesnis. Lietuvoje vykdytų tyrimų duomenimis, tik mažiau nei trečdalis senyvo amžiaus respondentų teigia, jog jų gyvenimo kokybė yra gera. Tai rodo, kad svarbu analizuoti, kokie veiksniai, susiję su aukštesniu senyvo amžiaus žmonių gyvenimo kokybės vertinimu, įtakoja jų sveikatą (Šukytė ir kt., 2017, p.74). Kaip teigia V. Piščalkienė (2012), vyresnio amžiaus žmonių sveikata priklauso nuo sveikos gyvensenos – sveikos mitybos, emocinės būsenos, pakankamo aktyvumo. Tyrimų duomenimis nurodoma, kad vienas svarbių gyvenimo kokybės veiksnių yra požiūris į senatvę. Kitas svarbus senyvo amžiaus žmonių gyvenimo kokybės veiksnys – psichologinis atsparumas, kuris padeda geriau suprasti, kodėl kai kurie žmonės greičiau atsigauja po tokių nepalankių situacijų, kaip ligos, nelaimės, traumos, praradimai ir kiti įvairūs stresą keliantys veiksniai bei lengviau prisitaiko visuomenėje. Senyvame amžiuje psichologinis atsparumas leidžia palaikyti aukštą gyvenimo kokybę ir yra teigiamai susijęs su senyvo amžiaus žmonių sveikata, optimizmu, laime, darbingumo lygiu, žemesniu depresijos vertinimu, socialinio palaikymo nepalankiose situacijose ieškojimu bei pasitenkinimu pilnaverčiu gyvenimu. Taip pat teigiama, kad žmogaus psichologinis atsparumas yra toks pat svarbus sėkmingam senėjimui, kaip ir fizinė sveikata. Taigi įvairių tyrimų duomenys leidžia numanyti, kad neigiamas požiūris į senatvę bei senėjimą pagyvenusių asmenų grupėje gali būti traktuojamas kaip prastesnės gyvenimo kokybės rizikos veiksnys, o psichologinis atsparumas – kaip apsaugos veiksnys, galintis palankiai veikti subjektyvų senjorų gyvenimo kokybės vertinimą (Šukytė ir kt., 2017, p.75; Piščalkienė ir kt., 2012, p.34).

Pagal PSO mes dalinamės pagrindinėmis koncepcijomis, tokiomis kaip sveikata, sveikatingumas ir aktyvus senėjimas. Remiantis šiuo požiūriu, gerovė tai ne vien tik numatomas ligų ar negalios nebuvimas, bet ir fizinė ir psichinė sveikata, kur proto, kūno ir socialiniai santykiai egzistuoja tame pačiame lygmenyje (Juozulynas ir kt., 2011, p.5).

1.1.1. Demografiniai senėjimo rodikliai

Gyventojų senėjimas/demografinis senėjimas – gyventojų amžiaus struktūros kaita, pasižyminti pagyvenusių ir senyvo amžiaus skaičiaus ir/arba jų santykinės dalies visuomenėje didėjimu (Öztürk et al., 2017, p.1377). Demografiniu požiūriu gyventojų senėjimas tai procesas, kurio metu didėja vyresnio amžiaus žmonių dalis bendroje populiacijoje. Taigi, pagal ilgalaikes prognozes matyti, kad senėjimo procesas įgys dar didesnę pagreitį ir įtrauks vis daugiau šalių. Demografinius pokyčius lemia trys pagrindiniai demografiniai veiksniai: vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimas, gimstamumo mažėjimas, migracija (Šurkienė ir kt., 2012, p. 235,236).

Remiantis Jungtinių Tautų (JT) duomenimis senatvės slenksčiu laikoma 60 metų amžiaus asmenys (Stanetić et al., 2018, p.368).

Pagal 2017 metų duomenis, vyresnių kaip 60 metų amžiaus žmonių skaičius siekė 962 milijonus, t.y. du kartus daugiau negu 1980 metais (382 mln. vyresnių kaip 60 m. žmonių) (United Nations, 2017, p.1). Numatoma, jog 2030 m. Europoje 65 metų ir vyresnių žmonių skaičius išaugs iki 25,6 proc. (Ingrand et al., 2018, p. 2). Tikimasi, jog vyresnio amžiaus žmonių skaičius dar kartą dvigubai išaugs iki 2050 m. Manoma, jog jis pasieks net 2,1 milijardą žmonių. Apskritai prognozuojama, kad nuo 2017 m. iki 2050 m. 80 metų ir vyresnių asmenų skaičius padidės daugiau nei tris kartus, t.y. nuo 137 mln. iki 425 mln. (United Nations, 2017, p.1).

Lietuvoje jau daugiau kaip dvidešimt metų dėl neigiamos natūralios gyventojų kaitos bei didelės emigracijos gyventojų skaičius sparčiai mažėja. Mažėjant gimstamumui ir ilgejant vidutinei gyvenimo trukmei stebima gyventojų senėjimo tendencija. 2018 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 2 mln. 809 tūkst. gyventojų, t. y. 39 tūkst. (1,4 proc.) mažiau nei 2017 metų pradžioje. Per 2005 – 2018 m. laikotarpį gyventojų skaičius sumažėjo 546,3 tūkst. arba 16,3 proc. 2018 m. pradžioje 19,6 proc. visų gyventojų buvo 65 metų ir vyresni, 2005 m. pradžioje – 15,8 procento. 2018 m. pradžioje šimtui 0-14 m. vaikų teko 131 pagyvenęs žmogus (2005 m. pradžioje – tik 93) (Gaidelytė ir kt., 2018, p.4).

Sužalojimai, kuriuos patiria tokio amžiaus žmonės yra sunkesni – šių asmenų gydymas, gulėjimas ligoninėje trunka ilgiau nei kitų, kartais net išsivysto mirtinos komplikacijos (Öztürk et al., 2017, p. 1377). Senų žmonių sveikatos išsaugojimas ir funkcinio savarankiškumo iškaikymas iškeliamas kaip vienas pagrindinių uždavinių visam Europos regionui. Todėl svarbu užtikrinti pagyvenusių žmonių geresnę sveikatą ir gyvenimo kokybę (Juozulynas ir kt., 2012, p.103).

1.2. Kaulų lūžių epidemiologija

Kaulo lūžis – tai jo vientisumo suardymas patyrus didesnę ar mažesnę traumą. Kiekvienas lūžis susijęs su kaulo ir aplinkinių audinių kompleksiniu sužalojimu. Tai mechaninis procesas, sukeliantis tokias svarbias biologines reakcijas kaip naujo kaulo formavimasis ir kaulo galų

rezorbcija. Kuo didesnė traumuojanti energija, tuo daugiau jos sublimuoja kaulas, tuo labiau sužalojami gretutiniai audiniai. Pagal traumuojančio veiksnio energiją visi lūžiai skirstomi į mažos ir didelės energijos lūžius. Didelės energijos lūžiams priskiriami atviri, daugiaskeveldriai lūžiai, pasižymintys didele lūžgalių dislokacija bei plačiu minkštųjų audinių sužalojimu, o mažos energijos lūžiams būdinga paprasta, dažniausiai viena lūžio linija su nedideliu poslinkiu ir be didesnio minkštųjų audinių bei kaulo sutraiškymo (Kocius ir kt., 2016, p.11,12).

Kaulų lūžiai skirstomi pagal:

- Minkštųjų audinių pobūdį (atviri, uždari);
- Lūžio linijos pobūdį (skersiniai, įstrižiniai, spiraliniai, skeveldriniai);
- Lūžgalių poslinkio pobūdį (be poslinkio; su šoniniu, kampiniu, išilginiu, rotaciniu poslinkiu);
- Gretutinius sužalojimus (magistralinių arterijų ir venų, magistralinių nervų sužalojimus)

(Kocius ir kt., 2016, p.19).

Nepakankamumo lūžiai – tai mažos kinetinės energijos traumos sukelti lūžiai, įvykstantys krentant iš stovimos padėties ar mažesnio aukščio. Savaiminiai lūžiai yra taip pat priskiriami nepakankamumo lūžiams. Pagrindinis šių lūžių rizikos veiksnys – osteoporoziskai pakitęs kaulinis audinys, todėl dažniausiai tokie lūžiai vadinami osteoporoziniais lūžiais. Didžiausias šių lūžių paplitimas yra senyvo amžiaus žmonių grupėje. Nepakankamumo lūžiai gali sutrigdyti paciento gebėjimą judėti, apsunkinti kasdienę veiklą bei sukelti stiprius skausmus (Vaitukaitis ir kt., 2017, p.162).

Galūnių kaulai ir lūžių paplitimas:

- **Šlaunikaulis**

Pagyvenusio amžiaus asmenų sveikatos problemos bei ekonominė žala yra labai didelė. Šlaunikaulio lūžiai išlieka viena pagrindinių osteoporozės komplikacijų senyvo amžiaus žmonių tarpe. Asmenims, vyresniems kaip 60 metų amžiaus vidutinė rizika per likusį gyvenimą patirti osteoporozinį lūžį yra 40-50 proc. moterims ir 13-22 proc. vyrams. Šlaunikaulio lūžis žmogui sukelia gyvenimo kokybės pablogėjimą, pacientai patiria fizines kančias, atsiranda mobilumo ir savirūpos stoka, ilgam laikui prikaustomi prie lovos, o visuomenė patiria didžiulę ekonominę žalą. Šlaunikaulio lūžių paplitimas skirtingose šalyse varijuoja, didžiausias yra šiaurinėse Europos valstybėse, JAV (Manzoor et al., 2018, p.1806). Apskaičiuota, jog kasmet šlaunikaulio kaklelio lūžius patiria 1,7 milijonai žmonių. Prognozuojama, jog šis skaičius iki 2050 metų gali išaugti net iki 6 milijonų (Xia et al., 2018, p.2). Remiantis higienos instituto statistiniais duomenimis, Lietuvoje 2018 m. užfiksuoti 3065 šlaunikaulio lūžio ambulatorinių ligonių atvejai bei 4233 stacionarino ligonių skaičiaus atvejai (Higienos institutas, 2018).

Šlaunikaulio lūžiai yra susiję su padidėjusio ligotumo ir mirtingumo dažnumu. Šlaunikaulio lūžius dažniausiai patiria senyvo amžiaus asmenys. Taip yra todėl, kad vyksta kaulinio audinio pokyčiai bei osteoporozės rizika (Liyun et al., 2017, p.4450).

Mirštamumas per pirmą mėnesį po šlaunikaulio lūžio siekia 5–10 proc. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, 23,8 proc. patyrusių šlaunikaulio viršutinės dalies lūžį asmenų mirė per pirmuosius metus, o praėjus vieneriems metams po lūžio tik 4,9 proc. tirtųjų vaikščiojo savarankiškai. ŠVD lūžių skaičius yra tapęs tarptautiniu osteoporozės paplitimo indikatoriumi, kadangi patyrusieji šiuos lūžius beveik visada gydomi ligoninėse. Todėl juos lengva registruoti, apskaičiuoti lūžių dažnį ir palyginti jį su tokių lūžių paplitimu kitose valstybėse (Tamulaitienė ir kt., 2010, p.8). Pagyvenusio amžiaus pacientų mirties rizika po patirto šlaunikaulio lūžio praėjus vieneriems metams vyrauja tarp 8-36 proc. (Mellner et al., 2017, p.402). Pacientų, patyrusių šlaunikaulio kaklo lūžius, mirštamumas reikšmingai skiriasi priklausomai nuo jiems taikomo gydymo metodo (Čebatorius, 2014, p.51).

Siekiant efektyvios lūžių prevencijos svarbu įvertinti lūžių paplitimo dažnį ir nustatyti potencialias rizikos grupes (Tamulaitienė ir kt., 2010, p.7).

- **Žastikaulis**

Literatūros duomenimis tai trečias pagal dažnumą osteoporozinis lūžis (po šlaunikaulio ir dilbio proksimalinės dalies lūžių) (Viprey et al., 2015, p.2). Žastikaulio lūžis sudaro 5-9 proc. visų patiriamų lūžių (Safwat et al., 2019, p.1987).

Dažniausiai žastikaulio proksimalinės dalies lūžiai yra osteoporoziniai ir būdingiausi 70 metų amžiaus moterims. Su amžiumi žastikaulio proksimalinės dalies lūžių dažnumas didėja. Vyresnio amžiaus žmonėms žastikaulio lūžio rizika išauga dėl griuvimų rizikos bei osteoporozės (Vijayvargiya et al., 2016, p.1; Aljabri et al., 2018, p.5278,5281).

- **Blauzdos kaulai**

Proksimalinis blauzdos lūžis yra gan reta trauma, tačiau kiekvienais metais blauzdos patiriamų lūžių dažnis auga dėl senstančios žmonių populiacijos. Blauzdos osteoporoziniai lūžiai vyrauja tarp senyvo amžiaus žmonių. Pagrindinė to priežastis – nedidelės energijos trauma (Haufe et al., 2016, p. 1).

Remiantis higienos instituto statistiniais duomenimis, Lietuvoje 2018 m. užfiksuoti 7920 blauzdos kaulų lūžių ambulatorinių ligonių atvejai bei 3484 stacionarino ligonių skaičiaus atvejai (Higienos institutas, 2018).

- **Dilbio kaulai**

Dilbio kaulų proksimalinės dalies lūžiai gali būti trijose anatomicinėse vietose: alkūnė, alkūnkaulio proksimalinė metafizė ir stipinkaulio galva. Lūžiai pasižymi didele įvairove. Tai atskiri alkūnkaulio arba stipinkaulio lūžiai, arba įvairūs jų deriniai. Alkūnės lūžiai diagnozuojami

dažniausiai. Stipinkaulio galvos lūžiai yra antra lokalizacija pagal dažnumą. Stipinkaulio galva lūžta dėl netiesioginės traumos krentant ant ištiestos rankos (Kocius ir kt., 2016, p.88).

Remiantis higienos instituto statistiniais duomenimis, Lietuvoje 2018 m. užfiksuoti 12091 dilbio kaulų lūžių ambulatorinių ligonių atvejai bei 2855 stacionarinio ligonių skaičiaus atvejai (Higienos institutas, 2018).

1.2.1. Pagrindiniai patiriamų galūnių traumų rizikos veiksniai

- **Griuvimai**

Mokslinių šaltinių teigimu senėjimas – tai sudėtingas procesas, kurio eigoje kinta visų žmogaus organų ir sistemų struktūra, adaptacinės galimybės, funkcijos ypatumai. Žmogaus organizmui senstant jis savaime patiria diskomfortą, kadangi jame vyksta įvairūs pokyčiai, kurie blogina gyvenimo kokybę. Padėtį sunkina kitos senyvo amžiaus žmonių problemos, kurių viena iš aktualiausių – griuvimai (Stanetić et al., 2018, p.369).

Anot Piščalkienės ir kt. (2012, p.34) griuvimas – kūno padėties pakeitimas į žemesnę, dažniausiai – ant žemės ir grindų. Jis skiriasi nuo smurtinio griuvimo, staigios paralyžiaus pradžios, sąmonės netekimo. Griuvimai yra viena iš aktualiausių senyvo amžiaus žmonių problemų, nes jų pasekmės ženkliai sutrikdo žmonių sveikatą ir didina jų socialinę izoliaciją

Žmogui senstant rizika nukristi ženkliai padidėja apie 30-40 proc. 65 m. ir vyresnių asmenų bei apie 50 proc. 80 m. ir vyresnių asmenų krenta kiekvienais metais. Pagyvenusio amžiaus žmonių griuvimai dažniausiai baigiasi kaulų lūžiais bei įvairiomis traumomis, negalia ar net mirtimi (Garcia et al., 2016, p.1125). Asmenų, vyresnių kaip 65 metų amžiaus, traumas po patirtų griuvimų ženkliai sumažina gyvenimo kokybę, sukelia ilgalaikį neįgalumą, savarankiškumo praradimą ir sukelia problemas jų asmeniniame gyvenime (Jin et al., 2018, p.1734). Griuvimai kelia grėsmę žmonių sveikatai, gyvybei ir autonomijai, ypač vyresniame amžiuje. Vyresni kaip 65 m. amžiaus žmonės patiria griuvimus bent vieną kartą per metus ir tai yra viena pagrindinių tokių žmonių traumų priežasčių (Choi et al., 2018, p.1293).

Vyresnio amžiaus asmenų griuvimai yra pagrindinė priežastis dėl mirtinų ir nemirtinų traumų. Sužalojimai, kuriuos patiria tokio amžiaus žmonės yra sunkesni – šių asmenų gydymas ir gulėjimas ligoninėje trunka ilgiau nei kitų, o kartais gali šsivystyti ir mirtį sukeliančios komplikacijos. Griuvimų pasekmės gali būti ne tik medicininės, bet ir socialinės, psichologinės bei ekonominės (Bardway et al., 2018, p. 58). Žalą patiria ne tik asmuo, bet ir valstybė, daug lėšų išleisdama šių žmonių gydymui bei reabilitacijai (Öztürk et al., 2017, p.1377).

Moterys dėl hormoninių sutrikimų dažniau serga osteoporoze. Šios lyties raumenys silpnesni nei vyrų, todėl dažniau patiriami griuvimai (Piščalkienė ir kt., 2015, p.5).

Pasaulio sveikatos organizacija priežastis (rizikos veiksnius), turinčias įtakos griuvimams, suskirsto į keturias pagrindines grupes: *biologinės* (lytis, amžius, rasė, lėtinės ligos, pažintiniai sutrikimai), *elgsenos* (alkoholio, narkotikų, vaistų vartojimas, mažas fizinis aktyvumas), *aplinkos* (laiptai, slidžios grindų dangos, prastas apšvietimas, netinkamos lovos ir kt.), *socialinės* (netinkamos gyvenimo sąlygos, nepakankamos pajamos, išsilavinimo stygius, nedarbas, bendravimo stoka) (Janušonis ir kt., 2017, p.5). Griuvimų riziką didina fiziologiniai senėjimo pokyčiai, tokie kaip raumenų jėgos sumažėjimas, sąnarių judesių amplitudės sutrikimai, suvokimas, reakcijos laiko sulėtėjimas, pokyčiai sensorinėje sistemoje daro įtaką pusiausvyros išlaikymui. Regėjimo sutrikimai, anksčiau patirti kritimai, šlapimo nelaikymas ir funkciniai apribojimai yra labai svarbūs rizikos veiksniai daugelio kritimų. Griuvimų rizika padidėja ir dėl daugelio nervų, atramos ir judėjimo, medžiagų apykaitos, parkinsono, artrito, širdies, virškinimo sistemos ligų, cukrinio diabeto, delyro, demencijos, osteoartrito, depresijos. Didžiausią įtaką griuvimams turi pusiausvyros sutrikimai. (Bardway et al., 2018, p.58). Fiziologiniai senėjimo pokyčiai, tokie kaip raumenų jėgos sumažėjimai, suvokimo, propriocepcijos, sąnarių judesių amplitudės sutrikimai, reakcijos laiko sulėtėjimas, pokyčiai sensorinėje sistemoje daro įtaką pusiausvyrai ir jos kontrolės sutrikimams. Pusiausvyros išlaikymo sutrikimai susiję su kritimų rizika. Esminis mobilumo aspektas yra gebėjimas saugiai, be kritimų vaikščioti ir judėti, tačiau kritimai yra dažni tarp vyresnio amžiaus žmonių ir lemia rimtus pažeidimus, savarankiškumo praradimą ir slaugą namuose. Nors kritimų priežastys kinta ir yra kompleksinės, tačiau labiausiai kritimus lemiantis veiksnys yra eisenos kontrolės (pusiausvyros) sutrikimai. Šiuos sutrikimus gali lemti: suklupimas, paslydimas, susidūrimas ar fizinė sąveika su judančiais ar nejudančiais daiktais aplinkoje (Rutkauskienė ir kt., 2012, p.52). Taip pat griuvimus vyresniame amžiuje didina nepakankama ar prasta, nesubalansuota mityba. Pilnavertė mityba gerina vyresnio amžiaus žmonių pusiausvyrą ir mažina griuvimų riziką (Piščalkienė ir kt., 2015, p.5).

Net 10 proc. griuvimų, sąlygojusių vyresnių žmonių mirtį, įvyksta ligoninėse. Viena iš dažniausių pacientų ligoninėse griuvimo priežasčių yra hipermedikalizacija ir nereikalingų vaistų paskyrimas. Raminamieji ir migdomieji vaistai – stipriausiai pusiausvyrą veikiantys vaistai, kurie ir įtakoja griuvimų riziką. Laiku įvertinta griuvimų ir pusiausvyros rizika – efektyvi sveikatos išsaugojimo priemonė (Choi et al., 2018, p.1293).

Kaip teigia Janušonis ir kt. (2013, p.5) griuvimai Lietuvos ligoninėse ir jų patirtis – mažai nagrinėta, tačiau svarbi problema. Griuvimai ligoninėse sąlygoja pacientų sveikatos sutrikimus – sužalojimus, galvos traumas, kaulų lūžius ir net pacientų mirtis. Pacientų griuvimas ligoninėje – tai nenumatytas paciento atsiradimas nenatūralioje pozicijoje, dažniausiai horizontalioje, dėl individualių paciento charakteristikų ar ligoninės aplinkos veiksnių. Griuvimai ligoninėse yra gana dažni – 2,9-13 atvejų 1000 lovodienių. Jie sukelia ne tik ekonominę žalą ligoninėms, bet ir moralinę žalą medikams dėl skundų, kaltinimų nepakankama sveikatos priežiūra, nerūpestingumu.

Griuvimai ligoninėse kelia pavojų patiems pacientams, ilgina jų gulėjimo laiką, blogina gyvenimo kokybę, sukelia stresą slaugytojams ir gydytojams. Mirčių dėl griuvimų skaičius didėja, tarp jų dėl griuvimų ligoninėse. Pacientų griuvimai ligoninėse didina jų priežiūros kaštus. Griuvimai – vieni dažniausių nepageidautinų įvykių daugelio šalių ligoninėse. Griuvimų ligoninėse priežastys yra įvairios, įvairiai grupuojamos. Išskiriamos trys grupės – individualios (paciento charakteristikos), organizacinės (režimas, aplinkos organizavimas, mokymas ir kt.) ir išorinių jėgų poveikis (susidūrimai, užkritimai, gamtinės jėgos). Taip pat priskiriama ir hipermedikalizacija, senyvas amžius, slaugos personalo stoka, griuvimų patirtis, bei pačių pacientų rizikos neįvertinimas (Janušonis ir kt., 2017, p.5).

- **Osteoporozė**

Osteoporozė – tai sisteminė griaučių liga, kuriai būdinga maža kaulų masė ir kaulinio audinio mikroarchitektūros pokyčiai, kurie lemia lūžių riziką bei padidėjusį kaulų trapumą. Tai viena iš lėtinių ligų, galinčių bloginti pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybę. Osteoporozė yra viena iš pagrindinių visuomenės sveikatos problemų. Dėl galimų lūžių rizikos tarp osteoporoze sergančių pacientų, patiriama didelė našta tiek pačiam asmeniui, tiek visuomenei (Rausch et al., 2018, p.2; Sinkevičienė, 2014, p. 18).

Pasaulyje osteoporoze serga vidutiniškai apie 200 mln. žmonių. Osteoporozės paplitimas tarp 65-74 m. amžiaus moterų yra 19 proc., o tarp vyresnių nei 85 metų – net 50 proc. Tarptautinis Osteoporozės Fondas skelbia, kad šia liga susergera 1 iš 3 moterų ir 1 iš 5 vyrų virš 50 metų amžiaus (Menon et al., 2019, p.797). Vienai iš trijų moterų ir kas septintam vyrui, vyresniam nei 65 m. amžiaus, dėl osteoporozės jau yra lūžę kaulai. Tyrimo duomenimis nustatyta, jog daugiau nei 40 proc. vidutinio amžiaus moterų, gyvenančių Europoje, patirs vieną ar kelis osteoporozinius kaulų lūžius per savo likusį gyvenimą (Sinkevičienė, 2014, p.9).

Osteoporozė gali būti pirminė arba antrinė. Pirminė osteoporozė sudaro 80 proc. visų ligos atvejų. Pirminė osteoporozė skiriama į pomenopauzės tarpsnio ir senatvinę. Pomenopauzine osteoporoze paprastai susergama praėjus 1-1,5 metų po menopauzės. Tačiau pati menopauzė moterims pasireiškia įvairiame amžiuje. Senatvinė osteoporozė būdinga tiek moterims, tiek vyrams (Menon et al., 2019, p.797).

Pagrindinė osteoporozinių lūžių priežastis – griuvimai. Kaulų mineralų masės mažėjimas yra pagrindinė osteoporozės patogenezės grandis. Ligai progresuojant, kai kaulai jau nėra tokie tvirti, kad atlaikytų kasdienės veiklos krūvį, jie lūžta dėl menkos traumos (Heydari et al., 2017, p.215). Kaulų lūžių riziką padidina ir polinkis griūti, kuris yra viena iš geriatrinių būklių, todėl seniems žmonėms būtina įvertinti ir griuvimų riziką (Aleksa ir kt., 2011, p.111). Osteoporozinių lūžių riziką ženkliai padidina mažas kūno masės indeksas (KMI), gliukokortikoidų vartojimas, reumatoidinis artritas ir kitos ligos ar būklės, skatinančios kaulinio audinio retėjimą (Pouresmaeili et al., 2018, p.2031).

Dažniausiai lūžta stuburo slanksteliai, viršutinė šlaunikaulio dalis, dilbio kaulai ir žastikaulis (Aleksa ir kt. 2011, p. 111). Pavojingiausi yra osteoporoziniai šlaunikaulio lūžiai (ypač šlaunikaulio kaklelio) (Huang et al., 2016, p.1).

1.3. Gyvenimo kokybės samprata

Gyvenimo kokybė yra įvairiapusis kiekvieno žmogaus esamų gyvenimo aplinkybių įvertinimas kultūros, kuriai jis priklauso, ir jo vertybių sistemos požiūriu. GK – tai pirmiausia subjektyvus gerovės suvokimas, apimantis fizinį, psichologinį, socialinį ir dvasinį lygmenis. Kai kada objektyvūs duomenys gali papildyti ar pakeisti GK vertinimą (tuo atveju, jei individas negeba atlikti savianalizės) (Furmonavičius, 2001, p.128).

Vaitkaitienės ir kt. (2007, p.476) teigimu žmogaus gyvenimą ir jo pilnatvę lemia daugelis veiksnių. Svarbiausia jų yra sveikata, materialinė gerovė, kuri sudaro sąlygas patenkinti būtinus gyvenimo poreikius ir užtikrinti sveikatą, paslaugas ir santykius su aplinka, kuri turi įtakos sveikatai. Sveikata – tai normalus organizmo būvis esant optimaliai suderintai organų veiklai ir pusiausvyrai tarp jų funkcijų ir išorinės aplinkos. Liga pasireiškia sutrikus vieno ar kito organo funkcijai, jų fiziologinei sistemai, kai sutrinka ryšys tarp atskirų organų ir pagaliau – pusiausvyra tarp organizmo ir jį supančios aplinkos. Taigi sąvokos „sveikata“ ir „gyvenimo kokybė“ yra labai artimos. Sveikata ir žmogaus funkcinė būklė – tai tik du gyvenimo kokybės kriterijai. Sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę, bet jos nelemia. PSO 1948 m. sveikatą apibrėžė kaip fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligos ar negalios nebuvimą. Šis apibrėžimas tapo modeliu pradedant tyrinėti gyvenimo kokybę medicinoje.

1993 m. PSO gyvenimo kokybę apibrėžė kaip individualų savo vietos gyvenime suvokimą kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, kontekste, susijusį su individo tikslais, lūkesčiais, standartais bei interesais. Tai plati sąvoka, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomumo lygio, socialinių santykių, asmeninių įsitikinimų ir jų ryšių su aplinka. Mokslinėje literatūroje galima rasti nemažai gyvenimo kokybės apibrėžimų ir teorinių modelių. Pastebėta, kad dažnai gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąvokos vartojamos pakaitomis apibūdinant tą patį konceptą, todėl būtų tikslinga išryškinti šių sąvokų skirtumus. Gyvenimo kokybė apima 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, p.3).

1.3.1. Gyvenimo kokybė po galūnių lūžių

Gyvenimo kokybė – plati sąvoka, apimanti fizinę ir psichologinę žmogaus sveikatą, būseną, asmenines pažiūras, socialinius santykius, tikėjimą ir aplinką. Moksliniuose tyrimuose, kuriuose nagrinėta pagyvenusio amžiaus žmonių gyvenimo kokybė bei jai įtaką darantys veiksniai, nustatyta, kad pagyvenusių ir senyvų žmonių gerovę veikia daugybė veiksnių: sveikata, tarpusavio santykiai šeimoje, gyvenimo sąlygos, užimtumas, moralinės nuostatos, finansinė gerovė, santykiai su aplinka, ekologiniai veiksniai ir kt. Daugybė veiksnių daro įtaką pagyvenusių ir senyvų asmenų gyvenimo kokybei bei pilnatvei. Sveikata ir asmens fizinė būklė – pagrindiniai veiksniai, darantys įtaką gyvenimo kokybei. Pagyvenusių žmonių gyvenimo pilnatvę lemia ir jų psichologinė būseną. Svarbi asmens psichologinė būseną, kurią veikia fiziologinė asmens būklė bei socialiniai veiksniai ir socialinė gerovė. Socialinė gerovė yra nukreipta į individų įgalinimą, kad jie maksimaliai išplėtotų savo galimybes (Jenciūtė ir kt., 2015, p.51,54).

Kaulų lūžiai sukelia lėtinį ir ūminį skausmą, apriboja judrumą, sutrikdo fizines funkcijas, sukelia depresiją, lemia socialinę izoliaciją ir labai ap sunkina gyvenimą. Pacientas dažniausiai jaučiasi blogai, atsiranda nevisavertiškumo kompleksas, pakinta jo kasdieniai veiksmai. Palaipsniui blogėja žmogaus funkcinis pajėgumas, didėja socialinė izoliacija, pasireiškia depresija. Skausmas ir galimų lūžių baimė mažina fizinį aktyvumą, todėl labiau progresuoja osteoporozė ir didėja naujų lūžių grėsmė. Daugeliui pacientų, ypač senyvo amžiaus, pablogėja rankos funkcija: pacientai dažniau nesugeba apsitarnauti, rašyti, pasigaminti valgio, judinant ranką gali būti girdimas traškesys, gali susiformuoti deformacija ir riešo disfunkcija. Dalis tokių pacientų vis tik tampa neįgalūs praėjus pirmiesiems 6 mėn. po lūžio. (Sinkevičienė, 2014, p.23-24).

Pažeidimai žmonėms dažnai sukelia skausmą, disfunkciją ir mobilumo bei judrumo sumažėjimą, jiems sunku atlikti kasdieninę veiklą (Dabašinskienė, 2015, p.4).

Mobilumas bei gera pusiausvyra ir yra pagrindiniai gyvenimo kokybę lemiantys veiksniai. Pusiausvyra yra apibūdinama gebėjimu išlikti stabiliam stovint bei judant (Rutkauskienė ir kt., 2012, p.52).

Judėjimo negalia, tai ne tik didelis fizinis, bet ir psichologinis iššūkis asmeniui. Negalia daro įtaką visiems žmogaus gyvenimo aspektams ir sukelia pokyčių, prie kurių asmeniui reikia prisitaikyti. Šiems pokyčiams priskiriama: didelis psichologinis distresas, skausmas, pablogėjęs fizinis funkcionavimas, kasdienės veiklos apribojimai, socialinė stigma, šeimos vaidmenų ir gyvenimo būdo pakitimai. Paprastai judėjimo negalia yra siejama su neigiamais asmens fizinės ir psichikos sveikatos bei socialinės gerovės pokyčiais (Alčiauskaitė ir kt., 2013, p.87).

1.3.2. Slaugytojo vaidmuo, tenkinant slaugos poreikius, galūnių lūžius patyrusiems pagyvenusio amžiaus pacientams

Sveikatos mokymas – tai planinga, kryptinga ir sisteminga ugdytinių ir ugdytojų sąveika, siekiant suteikti žinių, kaip sustiprinti ar gražinti sveikatą ir kaip išvengti ligų. Kiekvienas pacientas privalo ir turi teisę gauti išsamią ir adekvačią informaciją apie sveikatą ir jos išsaugojimą, apie gydymą, t. y. informaciją, kuri padėtų jiems tinkamai pasirinkti ir kuri leistų užtikrinti visų pacientų, nepriklausomai nuo išsilavinimo, gyvenamosios vietos, kalbos, vienodą galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas (Sondaitė ir kt., 2012, p.155).

Sveikatos paslaugų kiekis ir pobūdis yra tiesiogiai susijęs su sveikatos sutrikimo dydžiu, kuo didesnis patirto galūnės lūžio poveikis sveikatai, tuo didesni paciento sveikatos paslaugų poreikiai ir lūkesčiai. Daugelis pacientų po lūžio patiria ilgalaikių sveikatos sutrikimų, jiems reikia priežiūros ir pagalbinių priemonių. Skausmas sukelia žymiai daugiau sunkumų nei kitos su osteoporoze susijusios psichologinės, socialinės ir fizinio aktyvumo problemos. Skausmas paveikia visas šias tris kategorijas ir reikšmingai pablogina su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Atsiradus sveikatos sutrikimams labai svarbu padėti atstatyti fizines funkcijas. Nors kiekvienas pažeidžiamas skirtingai, tačiau tai yra staigus ar lėtesnis fizinių, pažintinių, psichologinių, emocinių galimybių pasikeitimas. Tokiais atvejais svarbiausia pagalba – medicininė priežiūra ir intensyvi reabilitacija (Sinkevičienė, 2014, p.24-25).

Nustatyta, jog žmogaus gyvybines veiklas – bendravimą, kvėpavimą, judėjimą, darbą, valgymą, gėrimą ir kt. – lemia fiziniai, socialiniai, kultūriniai, aplinkos, politiniai ir ekonominiai veiksniai. Todėl vertindami žmogaus gyvybines veiklas slaugytojai remiasi klinicine patirtimi, pagrįsta A. Maslow 1968 m. pateiktu poreikių hierarchijos piramidės modeliu. Pagal A. Maslow poreikių teoriją, kurioje nurodoma, kad pirmiausia turi būti tenkinami fiziologiniai, po to – saugumo, meilės, savęs vertinimo ir savęs aktualizavimo poreikiai, galima teigti, jog paliatyviojoje priežiūroje specialistų komanda turi tenkinti visus reikalingus poreikius (Šeškevičius ir kt., 2014, p.4).

Naujausi sociologiniai tyrimai rodo, kad pacientų įtraukimas į sprendimus, susijusius su jų sveikatos problemų sprendimu, didina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir skatina pacientų pasitikėjimą bei ugdo jų atsakomybę už savo pačių sveikatą. Paciento mokymas – neatsiejama slaugos dalis, kurios reikia daugeliui pacientų ir užima svarbią šiandieninės sveikatos priežiūros sistemos vietą. Daugelis chirurginių pacientų prieš operaciją susiduria su naujais fiziologiniais bei psichologiniais pojūčiais. Chirurginiams ligoniams stresinis poveikis jų psichikai itin akivaizdus. Žymi dalis chirurginių ligonių jaučia baimę, nerimą. Kad pacientas taptų nepriklausomu ir galėtų savimi pasirūpinti, reikia plėtoti pacientų mokymo sritį ir įvertinti jo poreikį (Sondaitė ir kt., 2012, p. 155).

Savirūpos gerinimas ir tinkamas mokymas yra sėkmės garantas greitam paciento pasveikimui. Remiantis Dorothea'os Orem savirūpos modeliu, galima teigti, jog geriausia pagalba žmogui – sukurti aplinką, kurioje jis pats sau galėtų padėti ir būti nepriklausomas visais gyvenimo atvejais. Taigi, mokant pacientus, pagrindinis slaugytojų tikslas – suteikti žinių ir sudaryti palankią aplinką, skatinančią pacientus keisti savo elgesį sveikatai palankia linkme. Pacientų grįžimas į normalią kasdieninę veiklą priklauso nuo medikų pagalbos bei pačio paciento (Dabašinskienė, 2015, p.4-5).

Įvykus galūnės lūžiui, turi būti skiriamas ypatingas dėmesys, kadangi tai lemia ilgalaikį ir negrįžtamą gyvenimo kokybės pakitimą – įprastai paciento gyvenimo kokybė pablogėja. Reikėtų pabrėžti, kad sveikatos paslaugų efektyvumą lemia tokie veiksniai, kaip prasta psichinė sveikatos būklė, prastas savęs vertinimas, fizinio aktyvumo stoka, gretutinės lėtinės ligos, socialinė atskirtis. Remiantis atliktais tyrimais, senyvame amžiuje įvykus galūnės lūžiui, gyvenimo kokybė niekada nebegrįžta į pradinį lygį, tačiau kiti atlikti tyrimai rodo, jog norint pasiekti gerų rezultatų ir mažinant lūžio pasekmes gyvenimo kokybei, lemiamos įtakos turi paciento fizinis aktyvumas, socialinė integracija, artimųjų palaikymas, gyvenamosios aplinkos pritaikymas (Sinkevičienė, 2014, p.25).

Daugeliui slaugos modelių buvo taikytas holistinis vertinimo ir slaugos planavimo modelis. Medicinos holistinis požiūris skatina stiprinti pacientų viltį, gydymo pasirinkimo galimybę ir autonomiją, padeda geriau prisitaikyti prie ligos. Šiuo metu yra keletas vertinimo schemų, pagrįstų holistiniu požiūriu į žmogų N. Roper ir kt. (1980) teigė, kad pacientų poreikius privaloma vertinti remiantis kasdienės veiklos analize. Šie autoriai nurodo, kad reikia vertinti fizines, psichines, socialines ir dvasines pacientų problemas, susijusias su mirtimi, atsižvelgiant ir į šeimos problemas. Slaugytojui labai svarbu tenkinti fiziologinius poreikius, ypač jei pacientas nepajėgus. Tačiau, remiantis poreikių hierarchijos modeliu, matoma, kad kuo aukštesnė pakopa, tuo didesnis šių poreikių vaidmuo pacientui. Ir jau aukščiausioje pakopoje savirealizacijos ar aktualizacijos poreikio specialistų komanda patenkinti negali, tačiau turi padėti pacientui to siekti. Todėl labai svarbu pirmiausia padėti pacientui tenkinti žemesnius poreikius, kad jo savęs realizavimas taptų kiek įmanoma kokybiškesnis (Šeškevičius ir kt., 2014, p.5).

1.4. Depresijos epidemiologija

Psichikos sveikata – viena didžiausių ir kartu pažeidžiamiausių vertybių šiuolaikinėje visuomenėje. Tai sudėtinė asmens sveikatos dalis, lemianti žmogaus gebėjimą pažinti pasaulį, bendrauti ir išreikšti savo jausmus. Tačiau gyvename sudėtingu laikmečiu, kai kiekvienam žmogui tenka patirti stresą, baimę, nerimą ir nusivylimą. Tai kenkia žmogaus sveikatai, jis gali susirgti, gali išsivystyti įvairūs psichikos sveikatos sutrikimai. Tokiu būdu pažeidžiama psichinių procesų darna, sukeliama įvairūs keisti, nežinomi, dažnai bauginantys pojūčiai, jausmai, mintys, keičiasi žmogaus

charakteris ir elgesys. Ši būklė ryškiai skiriasi nuo visuotinai priimtoms psichikos sveikatos būsenos ir kelia grėsmę pačiam asmeniui ar aplinkiniams. Depresija yra vienas dažniausių, ilgai trunkančių, atsinaujinančių psichikos sveikatos sutrikimų, apie kurį rašytiniai šaltiniai byloja jau daugiau nei 2500 m. (Tamušauskaitė ir kt., 2015, p.42).

Depresija yra vienas dažniausiai pasitaikančių psichikos sveikatos sutrikimų. Skirtingi šaltiniai nurodo, kad nuo 3 iki 17 proc. Europos gyventojų patiria įvairias depresines būsenas. Prognozuojama, kad 2020 m. dėl ekonominės naštos sunkumų depresija užims antrą vietą po išeminės širdies ligos (Davidonienė ir kt. 2012, p.15).

PSO duomenimis depresijos paplitimas siekia 3–5 proc. pasaulio gyventojų skaičiaus. Depresija yra dažna liga, kuri smarkiai riboja psichosocialinį funkcionavimą ir mažina gyvenimo kokybę. 2008 m. PSO prognozavo, kad liga iki 2030 m. bus pirmoji pasaulyje pagal sergamumą. Terminas „depresija“ yra gana plačiai vartojamas tiek kasdieninėje kalboje, tiek mokslinėje literatūroje ir suprantamas nevienareikšmiškai. Galima teigti, kad depresijos sąvoka apima įvairias būsenas, kurios gali skirtis tiek savo sunkumu, tiek trukme (Buliauskaitė ir kt. 2019, p.2).

Depresija dažniausiai lemia prastą gyvenimo kokybę, taip pat apsunkina prisitaikymą prie aplinkos, socialinį funkcionavimą, gebėjimą dirbti, gebėjimą rūpintis namais bei poilsio galimybes. Depresija sergančių asmenų gyvenimo kokybę svarbu tirti norint sužinoti, kaip ligos sunkumas pažeidžia sveikatą, paveikia paciento funkcionavimą visose gyvenimo srityse ir jo paties subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą. Šis susirgimas tiesiogiai susijęs su pasitenkinimo gyvenimu gebėjimo patirti pozityvius gyvenimo kokybės aspektus sumažėjimu. Nustatyta, kad kuo prasčiau depresija sergantys asmenys vertina atskirus gyvenimo kokybės sričių veiksnius, tuo aukštesnis objektyvaus įvertinimo depresijos sunkumo laipsnis jiems būdingas ir tuo prasčiau jie vertina savo emocinę savijautą. Depresija sergančių asmenų atskirų gyvenimo kokybės sričių vertinimas blogėja, didėjant depresijos sunkumo laipsniui ir prastėjant emocinės savijautos vertinimui. Tarp moterų depresija labiau paplitusi nei tarp vyrų, ypatingai šis skirtumas pastebimas vyresniame ir senyvame amžiaus laikotarpiuose. Kai kurių longitudinalių studijų duomenimis, moterims depresija dažniau užsitęsia ar pasikartoja bei turi didesnę žalojantį poveikį (Pauliukevičiūtė ir kt. 2013, p.52; Tamušauskaitė ir kt., 2015, p.42).

Neretai depresija pavadinama tiesiog trumpalaikė slogi nuotaika, užsitęsęs tingulys, pasitikėjimo savimi stoka ir pan. Tačiau tikroji liga turi aiškiai apibrėžtus diagnostikos kriterijus, savitus niuansus, ženkliai veikiančius tiek bendrąją sergančio asmens savijautą, tiek komplikuojančius darbinę veiklą, socialinį gyvenimą. Nepaisant garsiai įvardijamų rizikos veiksnių gausos, nėra iki galo aišku, kas labiausiai didina ligos paplitimą, tačiau nuo jos kenčia vis didesnė visuomenės dalis. Pasaulio sveikatos organizacija depresiją įvardija kaip nerimą keliantį psichikos sutrikimą, nuo kurio visame pasaulyje kenčia 350 milijonų žmonių. Bent vienas depresijos epizodas

per gyvenimą paliečia net 10-16 proc. populiacijos. Kasmet depresijos paskatintų savižudybių skaičiuojama apie 1 milijonas, kitaip tariant – apie 3000 mirčių kasdien (Lietuvos gydytojo žurnalas, 2016, p.69).

Su amžiumi taip pat daugėja depresijos atvejų. Lietuvoje depresija sirgo 605,5 iš 100 000 gyventojų, liga paplitusi tarp 6,5 proc. pasaulio gyventojų. Ji pasireiškia vienam iš septynių 65 metų ir vyresnių žmonių. Depresija yra viena iš labiausiai paplitusių nedarbingumo ir ankstyvo išėjimo į pensiją priežasčių. Be to, dėl depresijos didėja savižudybės rizika, ypač tais atvejais, kai pasireiškia keli rizikos veiksniai – sunkios lėtinės somatinės ar psichikos ligos, fizinė negalia (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2018, p.4; Goštautas ir kt. 2010, p.80).

1.4.1. Depresijos simptomatika

Šiame besikeičiančiame pasaulyje vis dažniau pasitaiko įtampos veiksniai, kurie kartu su tam tikrais asmeniniais aspektais, sukelia bendrą depresijos simptomų padidėjimą. Depresija yra lėtinis sutrikimas, kuris gali paveikti bet kurio amžiaus žmones. (Buliauskaitė ir kt., 2019, p.3).

Depresija – neabejotinai plačiai paplitęs sutrikimas, kuris dažnai yra sunkus, sukeliantis psichologinį distresą. Terminas „depresija“ yra gana plačiai vartojamas tiek kasdieninėje kalboje, tiek mokslinėje literatūroje ir suprantamas nevienareikšmiškai. Painiavą sudaro tai, kad depresija vadinamos būsenos apima nuo nedidelių nuotaikos svyravimų iki depresinio sindromo, kuris lemia ne vien emocijas, bet ir žmogaus elgesį. Depresija pasireiškia daugeliu emocinių, psichologinių, elgesio ir somatinių simptomų. Jos apibrėžimas daugiausia remiasi psichologinio pobūdžio simptomais: nuotaikos pablogėjimu, interesų / malonumo jausmo praradimu, savivertės mažėjimu, kaltės jausmo atsiradimu, savižudiškomis mintimis. Išskiriami pagrindiniai rizikos veiksniai: depresija šeimos anamnezėje, moteriška lytis, stresiniai gyvenimo įvykiai (Tamušauskaitė ir kt., 2015, p.42; Pranckevičienė, 2008, p.15; Buliauskaitė ir kt., 2019, p.3).

Pagrindiniais depresijos požymiais yra laikomi liūdna nuotaika, sumažėję interesai ir pasitenkinimas, sumažėjusi energija, padidėjęs nuovargis, mažas aktyvumas. Kiti įprasti požymiai yra susilpnėjusi koncentracija ir dėmesys, sumažėjęs savęs vertinimas ir pasitikėjimas savimi, kaltės ir bevertiškumo idėjos, niūrus ir pesimistinis ateities įsivaizdavimas, savęs žalojimo ar savižudybės idėjos ar veiksmai, sutrikęs miegas, sumažėjęs apetitas. Netipiški depresijos požymiai gali būti nerimas, motorinė ažiotacija ar slopinimas, irzlumas, gausus alkoholio vartojimas, histrioninis elgesys, fobiniai ar obsesiniai simptomai, hipochondrinis susirūpinimas, emocinio reagavimo į malonias situacijas stoka, libido mažėjimas. Žmogus gali prarasti susidomėjimą įvairia veikla, skūstis išsiblaškymu. Pasireiškia neviltis, bejėgiškumas ar didelis kaltės jausmas. Ligoniai gali jaustis pavargę net po nedidelės veiklos ar visai nedėję jokių pastangų. Jų judesiai gali būti vizualiai sulėtėję

ar pagreitėję, sulėtėjęs kalbėjimo greitis, susilpnėjęs kalbėjimo garsas. Dauguma sergančiųjų depresija skundžiasi miego sutrikimais, kuriems būdingas prabudimas anksčiau norimo laiko. Sergant depresija, dažnai būna sunkiau užmigti vakare. Pastebėta, kad nuolatinė nemiga ne tik provokuoja naujo depresijos epizodo pasireiškimą, bet ir didina savižudybės riziką. Stresas yra dažnas depresijos sukelėjas. Įvairios ligos turi neigiamą poveikį psichologinei gerovei vyresnio amžiaus žmonėms, todėl išryškėja depresijos simptomų. Pacientams depresijos epizodai pasireiškia įvairiais simptomais, iš jų akivaizdžiausias yra prislėgta nuotaika (Pranckevičienė, 2008, p.15; Sirutyte ir kt., 2014, p.47; Saudargienė, 2009, p.13,14; Duggal et al., 2014, p.27).

Pagyvenusiems žmonėms ypač būdingi emocijų sutrikimai. Be priežasties gali kilti pyktis ar net agresija. Nerimas, dirglumas dažnai kyla dėl pagyvenusio žmogaus baimės, kad nesugebės atlikti įprastų darbų. Neretai pagyvenusius žmones apima beviltiškumas, vargina nuovargis, kamuoja nerimas dėl ateities, grėšiančios vienatvės, dėl būsimų ir esamų ligų, vargina įkyrios būsenos, panika ar liguista baimė dėl įvairių dalykų, kurie paprastai nėra pavojingi (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2018, p.4).

Esant stipriai išreikštam nerimui, asmenys skundžiasi, kad dažnai besiruošdami miegoti, negali atsipalaiduoti ir nustoti nervintis dėl savo problemų, todėl būna sunku užmigti, dažnai prabundama nakties miego metu, vargina paviršinio, „budinčio“ miego jausmas. Šiais atvejais, atliekant tyrimus, nustatomas pailgėjęs miego latentiškumas, trumpa aktyvaus miego trukmė. Dauguma tyrėjų teigia, kad daugelio psichikos sutrikimų metu pasireiškiantys miego pokyčiai gali būti suskirstyti į kelias grupes: pradinė nemiga, dažni prabudimai miego metu, nevisavertis, paviršinis miegas, sutrumpėjusi bendra miego trukmė, ankstyvas prabudimas. Nustatyta, kad visada išlieka ryšys tarp psichikos sutrikimų ir pirminių miego sutrikimų ir kad prasta miego higiena yra vienas iš psichikos sutrikimų vystimosi rizikos veiksnių (Saudargienė, 2009, p.13,14).

Literatūroje išskiriamos dvi savybės, padedančios diferencijuoti simptomus: liūdna nuotaika, rodanti depresijos simptomus ir blankus afektas, rodantis negatyvius šizofrenijos simptomus. (Toma et al., 2007, p.2).

Depresiniai sutrikimai dažniau pasireiškia moterims nei vyrams. Tai gali būti iš dalies paaiškinama, kad moterys dažniau kreipiasi pagalbos, nevengia atskleisti savo psichologinių problemų. Kitos depresijos priežastys gali būti: organiniai nerimo sutrikimai (demencijos, židininiai CNS pažeidimų sindromai, delyras, epilepsija), piktnaudžiavimas ar priklausomybė nuo psichoaktyvių medžiagų (abstinencijos sindromas), psichoziniai sutrikimai (šizofrenija, šizoafektiniai sutrikimai, kludiesiniai sutrikimai, šizotipinis sutrikimas), dipolis nuotaikos sutrikimas (manijos, depresijos ar mišrus epizodas), asmenybės sutrikimai (vengiančio, nerimastingo tipo, anankastinio, priklausomo tipo) (Germanavičius, 2006, p.27,28).

Šios problemos gali kartotis arba tapti nuolatinės, tai neigiamai sąlygoja individo gebėjimą užsiimti savo kasdienine veikla. Blogiausia, kad depresiją dažnai lydi savižudybės, tragiškos mirtys, kurios susijusios su 850 tūkst. gyvybių netekimu kiekvienais metais. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, liga paveikė arti 121 mln. žmonių ir šis skaičius kasmet didėja (Šalčiūtė ir kt., 2015, p.62).

1.4.2. Galūnių lūžių ir depresijos sąsajos

Pagyvenusio amžiaus žmonėms bet koks sveikatos sutrikimas yra pagrindinis rizikos veiksnys depresijos atsiradimui. Depresija yra labiausiai paplitęs psichologinis sutrikimas, atsirandantis po patirtų traumų pagyvenusio amžiaus žmonių tarpe. Depresijos atsiradimas po traumos lėtina funkcijų pagerėjimą bei atsistatymą. Atsiradusi depresija žymiai prailgina hospitalizavimo trukmę, taip pat gali žymiai sutrikdyti asmens gyvenimo kokybę. Tyrimais įrodyta, jog pasireiškusi depresija gerokai susilpnina ir imuninę sistemą, kas gali įtakoti kitų ligų atsiradimą. Žmogui po traumos sutrinka visos gyvybinių veiklų funkcijos. Didelis skausmas, imobilizacija, pragulos, neaiškios visiško atsigavimo galimybės, savirūpos sutrikimai iššaukia depresijos bei baimės atsiradimą (Atay et al., 2016, p.116; Van den Berg et al., 2011, p.2; Lenze et al., 2007, p.81; Phillips A.C et al., 2015, p.1).

Po patirtos traumos iškyla ne tik įvairių somatinių sunkumų (judėjimo problemos, galūnės priežiūros ypatumai), bet dažnai šis patyrimas veikia ir kaip psichologiškai traumuojantis įvykis. Neretai po traumos žmonės patiria psichologinių sunkumų. Dažnai pasitaikančios galūnių lūžių pasekmės apima asmens elgesio pokyčius, ypač kontrolės praradimą (impulsyvumas, agresija), prastą emocijų reguliaciją. Simptomus asmuo gali išgyventi įvairiais būdais, pavyzdžiui, pasikartojantis ir nepageidaujamas įvykio prisiminimas arba pasikartojantys kankinantys sapnai, kai sapnuojamas traumuojantis įvykis. Retesniais atvejais asmuo gali patirti būsenas, kurių metu vėl išgyvenamas įvykis ir asmuo elgiasi taip, lyg tai vyktų iš naujo. Viena iš dažniausiai pasitaikančių problemų yra nuovargis. Traumą patyrę asmenys būna sumišę ir negeba susikoncentruoti. Jie būna lengvai išblaškomi, patiria sunkumų, siekdami atlikti kelis veiksmus vienu metu, jiems reikia daugiau laiko užduočiai atlikti. Ypač svarbią reikšmę turi po traumos jaučiamas silpnumas, prasta psichologinė savijauta, pažeidžiamumo jausmas. Būdingi potrauminio streso sutrikimui simptomai taip pat yra visų su trauma susijusių stimulų vengimas ir reakcijų išblėsimas. Žmogus po traumos gali patirti padidėjusio dirglumo simptomą, kuris pasireiškia nuolatiniais nerimo simptomais ar padidėjusiu vegetacinės (autonominės) nervų sistemos sujaudinimu, kuris nebuvo būdingas iki traumos. Sumažėjęs savarankiškumas ir kitų pagalbų poreikis siejamas su prasčiau vertinama gyvenimo kokybe (Ivleva ir kt., 2018, p.8, 9; Vildžiūnaitė ir kt., 2016, p.78,79).

Gyvenimo kokybė yra daugialypė sąvoka, apimanti tiek teigiamus, tiek neigiamus gyvenimo apsektus, kurie atspindi pacientų funkcijų vertinimą, atsižvelgiant į jų lūkesčius. Senėjimas yra glaudžiai susijęs su asmens psichologine būseną, nepasitikėjimu savimi, savęs menkinimu, o tai trukdo organizmui susidoroti su ištiktais sunkumais. Todėl būtent senyvo amžiaus pacientai yra labiau pažeidžiami ištiktos ligos metu, o tai sąveikauja su psichologinėmis problemomis, tokiais kaip emocinė, socialinė būklė (Landers et al., 2019, p.1).

Nuolatinė savirūpos stoka, nepakeliamas skausmas, baimės jausmas pakartotinei traumai, ribotas judėjimas bei vaikščiojimo apribojimas – tai nuolatiniai rizikos veiksniai depresijai pasireikšti, po patirtos galūnių traumos (Phillips A.C et al., 2015, p.1).

Lietuvos gyventojai, kaip ir visoje Europoje, sparčiai sensta, todėl didėja poreikis atlikti tyrimus, kurie įvertintų senų žmonių psichikos sveikatą, emocinę būseną. Senatvėje yra neišvengiamos lėtinės ligos, skausmas, artimųjų netektys, išėjimas į pensiją. Tai yra emociškai skausmingi gyvenimo pokyčiai senam žmogui, kurie gali sąlygoti didesnę neigiamų emocinių išgyvenimų patyrimą, depresiją. Dauguma autorių, nagrinėjančių senų žmonių psichikos sveikatos problemas, pripažįsta, kad ne visi seni žmonės, netgi patiriantys skausmingus, neigiamus gyvenimo įvykius, susiduria su emocinėmis problemomis. Tyrėjai, nagrinėjantys psichikos sveikatos rizikos veiksnius, pastebi, kad patiriami emociniai išgyvenimai labai priklauso nuo to, kaip asmuo įveikia šias neigiamas situacijas, kaip geba reguliuoti savo emocijas (Maslenikova ir kt., 2013, p.159,160).

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Tyrimas „Pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos“ buvo atliekamas Klaipėdos, Palangos, Šiaulių ir Panevėžio miestų gydymo įstaigose, teikiančiose antrinę ir tretinę skubią bei stacionarinę sveikatos priežiūros pagalbą, pirminio lygio stacionarines ilgalaikio gydymo bei paliatyviosios pagalbos bei kompleksinės reabilitacijos paslaugas. Tyrimui atlikti buvo atrinkti pacientai, vyresni kaip 60 metų amžiaus, patyrę vienokius ar kitokius viršutinių ir apatinių galūnių lūžimus. Tyrime dalyvavo asmenys, kuriems galūnė buvo lūžusi nuo mėnesio iki pusės metų laikotarpyje. Tyrimo tikslui įgyvendinti pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas, naudojant anketinės apklausos raštu metodą. Tyrimo atlikimui pasirinkta tikslinė netikimybinė imtis. Gauti kiekybiniai duomenys buvo susisteminti ir grafiškai pavaizduoti, naudojant aprašomosios statistikos metodą. Duomenų analizės metodas – statistinė aprašomoji duomenų analizė (SPSS 23.0.0 for Windows, MS Excel 2016). Tyrimas buvo atliekamas laikantis etikos principų.

Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas. Tyrimo teoriniam pagrindimui pasirinktas Nancy Roper, Winifried Logan ir Alison Tierney Gyvenimo veiklomis pagrįstas slaugos modelis.

Autorės aiškino, kad šį modelį jos kūrė slaugytojų ugdymo tikslu. Analizuodamos klinikinės slaugos duomenis, jos priėjo prie išvados, kad kasdieniame žmogaus gyvenime egzistuoja įvairios gyvenimo veiklos. Tokiu būdu, šis modelis sudarytas indukciniu būdu – remiantis klinikine praktika. Tai konceptualusis slaugymo praktikos modelis.

Pagrindiniai modelio teiginiai yra šie:

- Žmogaus gyvenimas gali būti apibrėžiamas kaip gyvenimo veiklų visuma.
- Būdas, kuriuo asmuo atlieka gyvenimo veiklą, turi įtakos jo gyvenimo individualumui.
- Žmogus yra vertingas visuose savo gyvenimo tarpsniuose.
- Per savo gyvenimą iki brandaus amžiaus, atlikdamas gyvenimo veiklas, žmogus linkęs tapti vis labiau nepriklausomu.
- Nepriklausomybė atliekant gyvenimo veiklas – didelė vertybė, tačiau priklausomybė neturi žeminti žmogaus orumo.
- Individo žinias, požiūrį, elgesį, susijusį su gyvenimo veiklomis veikia įvairūs faktoriai, kurie skirstomi į biologinius, psichologinius, sociokultūrinius, aplinkos ir politinius – ekonominius.
- Gyvenimo veiklų tenkinimo būdas priklauso nuo individo požiūrio į tai, kas yra normalu.
- Kai individas suserga, gali sutrikti jo gyvenimo veiklų atlikimas, atsiranda akivaizdžių ir potencialių problemų.

- Individo gyvenimo veiklų atlikimą gali veikti įvairūs neigiami įvykiai, kurie gali sukelti realias ar potencialias problemas.
- Potencialių problemų sąvoka apima sveikatos stiprinimą, palaikymą ir ligų profilaktiką, taip pat išryškina slaugytojo – mokytojo vaidmenį.
- Sveikatos priežiūros kontekste tarp slaugytojo ir paciento/kliento užsimezga
- profesionalus ryšys, kuris išlieka tol, kol pacientui/klientui reikalinga slaugytojo pagalba;
- Slaugytojas yra daugiaprofesinės sveikatos priežiūros komandos narys, kuris veikia paciento ir visuomenės naudai;
- Specifinė slaugos funkcija yra padėti individui išvengti problemų, susijusių su gyvenimo veiklų atlikimu, jas įveikti arba palengvinti

Pagal N. Roper ir kt. slaugos modelį, jis skirstomas į 12 gyvybinių veiklų: saugios aplinkos palaikymas; bendravimas; kvėpavimas; valgymas ir gėrimas; tuštinimasis ir šlapinimasis; asmens švarinimasis ir rengimasis; kūno temperatūros reguliavimas; judėjimas; darbas ir žaidimai; lyties raiška; miegojimas; mirimas. Šios 12 gyvybinių veiklų yra pagrindinė šio modelio esmė (Pukinskienė, 2011, p.70-71).

Blogėjant gyvenimo kokybei po galūnių lūžių pagyvenusio amžiaus žmonėms sutrinka ir 12 gyvybinių veiklų. Fizinio aktyvumo stoka, energijos nebuvimas, skausmas, emocinė būklė daro įtaką daugumai veiklų: bendravimui, miego kokybei, valgymui ir gėrimui, rengimuisi ir kt.

Slaugytojo pareiga – teikti tiksliai ir informatyviai žinias pacientams apie atsiradusius pokyčius. Jis turi įvertinti paciento būklę, aptarti atsiradusius pokyčius ir nustatyti slaugos poreikius, kuriuos reikės patenkinti. Pacientų mokymas turėtų būti pritaikomas kiekvienam individualiai, atsižvelgiant į jo turimas žinias apie ligą. Žinodami, kaip pacientai suvokia savo ligą, slaugytojai galės padidinti mokymo efektyvumą. Slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai turi siekti, kad pacientas domėtųsi savo sveikatos būkle ir būtų motyvuotas stiprinti sveikatą. Šis tikslas turėtų išlikti viso mokymosi proceso metu. Slaugytojas turi mokyti ne tik pacientą, bet ir jo artimuosius, kaip reikia elgtis po operacijos ir kokių veiksmų nereikia daryti (Šeškevičius ir kt., 2014, p.4-5).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimas buvo atliekamas Klaipėdos, Palangos, Šiaulių ir Panevėžio ligoninėse, teikiančiose antrinę ir tretinę skubią bei stacionarinę sveikatos priežiūros pagalbą, pirminio lygio stacionarines ilgalaikio gydymo bei paliatyviosios pagalbos bei kompleksinės reabilitacijos paslaugas. Tyrimo tikslui įgyvendinti pasirinkta tikslinė netikimybinė imtis.

Atrenkant respondentus buvo vadovujamasi šiais tiriamųjų atrankos kriterijais:

- Pacientai turi būti vyresni kaip 60 metų amžiaus;

- Pacientai turi būti gydomi Klaipėdos, Palangos, Šiaulių ir Panevėžio ligoninėse, Ortopedijos-Traumatologijos skyriuose, slaugos ligoninėse bei reabilitacijos centruose.
- Pacientams turi būti lūžusi viršutinė arba apatinė galūnė;
- Pacientai turi sutikti dalyvauti tyrime laisvu noru;
- Pacientai neturi turėti psichikos ir elgesio sutrikimų paūmėjimų;
- Pacientai turi suprasti lietuvių kalbą.
- Pacientai turi galėti patys užpildyti anketą.

Tyrimo imties dydžiui sužinoti buvo panaudoti duomenys, surinkti trijų respublikinių ligoninių Ortopedijos – Traumatologijos skyriuose. Imtis skaičiuota visų 2019 m. rugsėjo mėnesį hospitalizuotų pacientų, vyresnių kaip 60 metų amžiaus, patyrusių galūnių lūžius. Pagal stacionare esamas ligos istorijas sužinota, jog Klaipėdos ligoninėje rugsėjo mėnesį buvo iš viso hospitalizuoti 40 vyresni kaip 60 metų amžiaus pacientai, patyrę galūnių lūžius, Šiauliuose – 54, Panevėžyje 30. (N=40+54+30=124).

Siekiant imties reprezentatyvumo buvo atliekama matematinė analizė. Respondentų imtis apskaičiuota pagal I. Paniotto formulę (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p.31):

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

kur :

n – imties dydis;

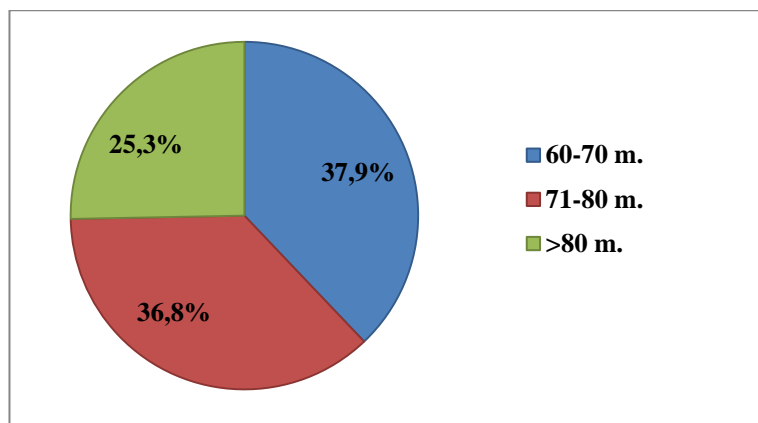
Δ – imties paklaidos dydis ($=0,05$);

N – generalinis visumos dydis.

Apskaičiavus imtį pagal Paniotto formulę nustatyta, kad tyrime reikia apklausti ne mažiau kaip 94 pacientus (n = 94) . Šio tyrimo imtis yra tikslinė netikimybinė.

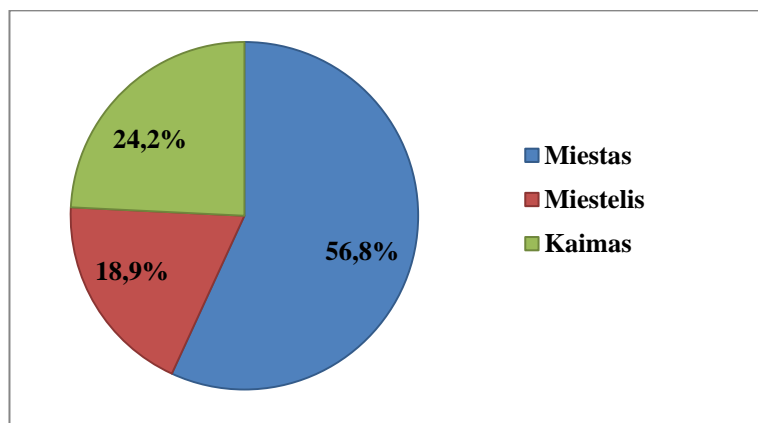
Imties sudarymas

Viso tyrime dalyvavo 95 pagyvenusio amžiaus pacientai, patyrę galūnės lūžį. Pagal amžių tiriamieji pasiskirstė sekančiai - 60-70 metų buvo 37,9 proc. (n=36) pacientų, 71-80 m. – 36,8 proc. (n=35) ir vyresnių nei 80 metų – 25,3 proc. (n=24). (1 pav.).



1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių

Dauguma tiriamųjų buvo moterys 72,6 proc. (n=69), vyrų buvo 27,4 proc. (n=26).



2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą

Daugiau nei pusė tiriamųjų - 56,8 proc. (n=54) buvo iš didesnių miestų, iš miestelių – 18,9 proc. (n=18) ir iš kaimų – 24,2 proc. (n=23). (2 pav.).

2.1.2. Tyrimo metodai

1. **Mokslinės literatūros analizė.** Baigiamajam darbui mokslinės literatūros buvo ieškota Šiaulių bei Klaipėdos universitetų prenumeruojamose elektroninėse duomenų bazėse (EBSCO, Medline, ScienceDirect, Health Source: Nursing/Academic Edition, Medline, Taylor & Francis ir kt.), įvairiuose užsienio ir Lietuvos moksliniuose žurnaluose (Journal of Orthopaedic Surgery, Journal of medical sciences, The Egyptian Journal of Hospital Medicine, SAGE Journals Online, Sveikatos mokslai, Lietuvos gydytojo žurnalas, Visuomenės sveikata ir kt.). Taip pat naudotasi Šiaulių ir Klaipėdos universitetų bibliotekomis. Literatūros ieškota atsižvelgiant į darbo temą ir uždavinius.

2. Kiekybinis tyrimas. Siekiant išanalizuoti pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas, pasirinktas kiekybinis eksperimentinis tyrimas (anoniminė anketinė apklausa).

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Siekiant išanalizuoti pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės sąsajas su depresija buvo atliktas tyrimas naudojant du standartizuotus klausimynus. Abu taikytini klausimynai laisvai prieinami internete, leidžiami naudoti visuotinai. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė įvertinama su SF-36 klausimynu (priedas). Anketoje pateikti klausimai apie tiriamųjų sveikatą, kaip jie jaučiasi ir ar gali atlikti kasdienę veiklą, per pastarąsias 4 savaites. SF-36 apima aštuonias dažniausiai vertinamas sveikatos sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų ir emocijų sutrikimų, socialinius ryšius, emocinę būseną, energingumą/gyvybingumą, skausmą ir bendrąjį sveikatos vertinimą (Staniūtė, 2007). Klausimynas prieinamas laisvai internete (http://biological-psychiatry.eu/wpcontent/uploads/2014/06/2007_9_Stani%C5%ABt%C4%97.pdf). Atsakymai yra vertinami balais nuo 0 iki 6, taip apskaičiuojama kiekviena sveikatos sritis.

Depresijai nustatyti naudojamas PHQ-9 klausimynas. PHQ-9 yra platesnio paciento sveikatos klausimyno (PHQ) dalis, skirta depresijos vertinimui. PHQ-9, tai plačiausiai ištirtas, jautrus ir specifiškas instrumentas tinkamas tiek depresijos diagnozės nustatymui, tiek simptomų išreikštumo bei gydymo efektyvumo vertinimui. Klausimynas laisvai prieinamas internete (<https://www.phqscreeners.com/select-screener>). PHQ-9 sudaro 9 punktai atitinkantys depresijos diagnostinius kriterijus. Prie kiekvieno punkto, reikia pažymėti vieną iš keturių atsakymų, nusakančių kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites pasireiškia vienas ar kitas simptomas: „visai nekamavo“, „keletą dienų“, „daugiau nei pusė iš visų dienų“, „beveik kiekvieną dieną“. Kiekvienam iš šių atsakymų priskiriama nuo 0 iki 3 balų priklausomai nuo to kaip dažnai pasireiškia tas simptomas. Taip pat, gale klausimyno yra papildomas klausimas, kuris prašo pildančiojo įvertinti kaip jo pažymėti simptomai apsunkino jo kasdienę asmeninę ir darbinę veiklą: „visai neapsunkino“, „šiek tiek apsunkino“, „labai apsunkino“, „ypač apsunkino. Pagal surinktų balų sumą ir atsakymą į papildomą klausimą galima vertinti depresinių simptomų sunkumą: surinkus tarp 0–4 balus, depresijos simptomai minimalūs, 5–9 balus menkai išreikšti simptomai, 10–14 balų vidutiniai, 15–19 sunkūs, 20–27 labai sunkūs depresijos simptomai. Šio klausimyno tikslumas ir specifiskumas nustatant depresija sergančius asmenis yra aukštas tiek bendrojoje ir pirminėje sveikatos priežiūros grandį besikreipiančių, tiek specifiniuose somatinių ligų stacionaruose gydomų, tiek į psichikos sveikatos priežiūros specialistus besikreipiančių pacientų populiacijose (Montvidas, 2018. p.58).

SF-36 ir PHQ-9 klausimynų vidinis patikimumas

Klausimynų vidinis patikimumas vertintas apskaičiavus Cronbach'o Alfa koeficientą kiekvienai skalei. Koeficiento reikšmė iki 0,6 rodo žemą klausimyno suderinamumą, nuo 0,6 iki 0,7 – pakankamą ir nuo 0,7 iki 0,9 – aukštą.

1 lentelė. Klausimynų vidinis patikimumas

Skalės	Klausimų skaičius	Cronbach'o Alfa
Gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata (SF-36) sritys:		
Fizinis aktyvumas	10	0,964
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	4	0,905
Skausmas	2	0,871
Bendras sveikatos vertinimas	5	0,785
Energingumas/gyvybingumas	4	0,720
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	3	0,878
Socialinė funkcija	2	0,522
Emocinė būklė	5	0,673
Depresija (PHQ-9)	9	0,904

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė vertinta naudojant SF-36 klausimyną. Beveik visų skalių, išskyrus socialinės funkcijos ir emocinės būklės vidinis patikimumas yra aukštas - Cronbach'o Alfa koeficientai yra didesni už 0,7. Socialinės funkcijos skalės Cronbach'o Alfa=0,522, tačiau kai kurių autorių duomenimis, toks koeficientas gali būti priimtinas, jei sritį sudaro nedaug klausimų (Jenkinson et al., 1996), o šiuo atveju socialinės funkcijos sritį sudaro tik du klausimai. Emocinės būklės vidinis patikimumas yra pakankamas – Cronbach'o Alfa koeficientas didesnis už 0,6. Depresijos simptomų išreikštumas vertintas PHQ-9 klausimynu, jo vidinis patikimumas yra aukštas (Cronbach'o Alfa=0,904) (1 lentelė).

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

1. Temos pasirinkimas (2018 m. rugsėjo mėn. – spalio mėn.) – mokslinio darbo tema „Pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos“ pasirinkta ir suderinta su mokslinio darbo vadove. Tema aktuali, kadangi neretai pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybė stipriai suprastėja dėl atsiradusių gretutinių ligų, kurias iššaukia patirta trauma. Taip gerokai sutrikdomas ir gyjimo laikas. Atliktas tyrimas padėjo nustatyti depresijos raiškos dažnumą patyrus traumą.
2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas (2018 m. spalio mėn. – 2019 m. rugsėjo mėn.) – „Pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos“ teorinei analizei atlikti naudotasi Klaipėdos bei Šiaulių universiteto prenumeruojamomis duomenų bazėmis (EBSCO, MEDLINE ir kt.), taip pat Lietuvos bei

- užsienio moksliniais žurnalais (Lietuvos gydytojo žurnalas, Sveikatos mokslai, Visuomenės sveikata, Journal of Orthopaedic Surgery, Journal of medical sciences ir kt.). Darbo rašymo planas buvo derinamas su mokslinio darbo vadove. Mokslo literatūros šaltinių analizė vyko visą darbo rašymo laiką.
3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas/paieška (2018 m. spalio mėn. – 2019 m. rugsėjo mėn.) buvo ieškoma klausimynų, kurie geriausiai atitiktų mokslo darbo temą. Pasirinkti klausimynai standartizuoti ir yra laisvai prieinami internete. Lietuviškos versijos SF-36 vertimas yra laisvos prieigos, PHQ-9 lietuviška versija yra tinklalapyje <https://www.phqscreeners.com/select-screener> ir yra taip pat laisvai prieinama. Tyrimui atlikti gauti reikalingi leidimai iš Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos ir įstaigų, kuriose vykdoma respondentų apklausa, vadovų.
 4. Tyrimo duomenų rinkimas (2019 m. rugsėjo – spalio mėn.) tyrimo duomenų rinkimui pasirinktos Klaipėdos, Palangos, Šiaulių bei Panevėžio ligoninės, teikiančios antrinę ir tretinę skubią bei stacionarinę sveikatos priežiūros pagalbą, pirminio lygio stacionarines ilgalaikio gydymo bei paliatyviosios pagalbos bei kompleksinės reabilitacijos paslaugas. Tiriamųjų kontingentą sudarė visi pacientai, vyresni kaip 60 metų amžiaus ir patyrę vienokius ar kitokius galūnių lūžius. Tiriamųjų patirta trauma buvo nuo mėnesio iki pusės metų laikotarpyje. Pagal skyriuose esamas pacientų ligos istorijas buvo atrinkti mokslinio darbo temai tinkami pacientai ir išdalintos anoniminės anketos.
 5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas (2019 m. spalio mėn.) Duomenų analizei naudotas statistikinis programų paketas „SPSS 23.0.0 for Windows“. Tikrintas intervalinių kintamųjų pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį, naudojant *Kolmogorov'o-Smirnov'o* testą bei įvertinant asimetrijos ir eksceso koeficientų dydžius. Duomenys pateikti esant normaliam pasiskirstymui vidurkis \pm standartinis nuokrypis (SD), nesant normaliam pasiskirstymui ir ranginiams – vidurkis (mediana). Dviejų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, vidurkių palyginimui naudotas *neporinis Stjudent'o* kriterijus (t), neturintiems – *Mann'o-Whitney* (U) testas. Trijų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, palyginimui naudotas *One-Way ANOVA* (F) metodas su daugiakartiniu *Post Hoc* palyginimu, taikant *LSD* kriterijų, neturintiems – *Kruskal'o-Wallis'o* (x^2) testas. Požymių pasitaikymo dažnumo skirtumams vertinti, naudotas *Chi-kvadrato* (x^2) kriterijus, *Fisher'o Exact* - esant mažam atvejų skaičiui (<5) nors vienoje iš ląstelių. Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ (*) – reikšmingas, kai $p < 0,01$ (**) labai reikšmingas, kai $p < 0,001$ (***) - itin reikšmingas ir $p > 0,05$ - statistiškai nereikšmingas. Priklausomai nuo požymių pasiskirstymo analizuojant jų tarpusavio ryšius naudoti *Pearson'o* (r) ir *Spearman'o* (r s) koreliacijos metodai.

6. Tyrimo rezultatų palyginimas (2019 m. spalio – lapkričio mėn.) – pagal susistemintus gautus rezultatus buvo vertinama pacientų bendra būklė bei gyvenimo kokybė po patirtos galūnių traumos. Taip pat vertinama ir traumos įtaka depresijos pasireiškimui. Gauti rezultatai buvo lyginami viršutinė ar apatinė galūnės trauma labiau apsunkino gyvenimo kokybę bei sukėlė depresijos atsiradimą.
7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas (2019 m. lapkričio mėn.) – išvados suformuluotos remiantis iškeltais uždaviniais. Remiantis gautais tyrimo rezultatais sudarytos aiškios rekomendacijos.
8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas (2019 m. lapkričio mėn.)

2.1.5. Tyrimo etika

Prieš atliekant tyrimą „Pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos“, gautas leidimas iš Klaipėdos Universiteto, Slaugos katedros etikos komisijos apklausos atlikimui. Taip pat gauti leidimai iš įstaigų administracijų, kuriose buvo atliekamas tyrimas. Tyrimas buvo atliktas laikantis pagrindinių keturių etikos principų. Jie yra aprašyti Helsinkio deklaracijoje 1964 m., kuri buvo peržiūrėta 1975 m. ir 2000 m. (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 5). Joje pabrėžiami keturi pagrindiniai etikos principai - autonomiškumas, anonimiškumas, konfidencialumas, nežalingumas.

Autonomiškumas – tyrime dalyvavę respondentai apsisprendė dalyvauti patys savarankiškai, niekieno neverčiami. Į anketoje pateiktus klausimus pacientai atsakinėjo nuo nieko nepriklausydami, savarankiškai išreikšdami esamą situaciją.

Anonimiškumas – Kardelis (2002 m.) teigia, jog šis principas nurodo, jog kiekvieno tyrėjo pareiga yra saugoti dalyvių bei tyrimo duomenų anonimiškumą. Jo esmė yra ta, kad tyrimo dalyvių suteikta informacija, nepaisant jos atvirumo ir asmeniškumo, neleistų nustatyti tiriamųjų tapatybės. Garantuojant tyrime dalyvavusių respondentų anonimiškumą, anketa buvo sudaryta nenaudojant asmens vardų bei asmeninių duomenų.

Konfidencialumas – tiriamieji asmenys turi teisę į asmeninių sveikatos duomenų slaptumą. Siekiant išsaugoti tiriamųjų privatumą, gautas tiriamųjų asmenų sutikimas naudoti jų asmeninius sveikatos duomenis tyrimo tikslais (Williams, 2005, p.113). Konfidencialumas buvo garantuotas tyrėjo tyrimo respondentams.

Nežalingumas buvo garantuojamas respondentams tyrimo metu ir po jo. Kilus neaiškumams pateiktoje anketoje buvo nurodyti tyrėjo duomenys (vardas, pavardė, telefono numeris). Taip pat buvo nurodoma, jog visi surinkti duomenys bus naudojami tik moksliniams tikslams įgyvendinti.

Viso tyrimo metu buvo laikomasi sąžiningumo principo. Tai labai svarbus etikos principas, nes mokslinių duomenų klastojimas ar prasimanymas, taip pat ir plagijavimas yra rimtas mokslinės etikos pažeidimas (Petrauskas, 2008, cit. Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 66; Linkevičiūtė, 2011, p. 5-6).

Laikantis šių etikos principų nebuvo pažeistos klausimynų kūrėjų autorinės teisės.

2.2. Tyrimo rezultatai

2.2.1. Pagyvenusio amžiaus pacientų socialdemografinių charakteristikų sąsajos su patiriamais galūnių lūžiais

Dauguma tyrime dalyvavusių pacientų (72,6 proc. (n=69)) buvo patyrę apatinės galūnės lūžį, viršutinės – 27,4 proc. (n=26). Pagal traumų patyrimus tiriamieji pasiskirstė sekančiai - 57,9 proc. (n=55) tiriamųjų traumą buvo patyrę pirmą kartą, 42,1 proc. (n=40) – jau ne pirmą kartą. Daugiau nei pusė tiriamųjų (57,9 proc. (n=55)) dabartinę traumą patyrė dėl griuvimo, 27,4 proc. (n=26) – dėl nelaimingo atsitikimo ir 14,7 proc. (n=14) – dėl osteoporozinių susirgimų.

2 lentelė. Demografinių rodiklių, traumų patyrimų ir dabartinės traumos priežasčių skirtumai, priklausomai nuo galūnės lūžio

Rodikliai	Galūnė		χ^2	p
	Viršutinė	Apatinė		
	n=26	n=69		
Lytis, n(proc.): Moters Vyrai	19(73,1) 7(26,9)	50(72,5) 19(27,5)	0,004	0,952
Amžius, n(proc.): 60-70 m. 71-80 m. >80 m.	11(42,3) 11(42,3) 4(15,4)	25(36,2) 24(34,8) 20(29,0)	1,857	0,417
Gyvenamoji vieta Miestas Miestelis Kaimas	15(57,7) 5(19,2) 6(23,1)	39(56,5) 13(18,8) 17(24,6)	0,025	0,988
Traumų patyrimas, n(proc.): Pirmoji trauma Ne pirmoji trauma	20(76,9) 6(23,1)	35(50,7) 34(49,3)	5,317	0,021
Dabartinės traumos priežastis, n(proc.): Griuvimas Osteoporoziniai susirgimai Nelaimingas atsitikimas	14(53,8) 1(3,8) 11(42,3)	41(59,4) 13(18,8) 15(21,7)	5,902	0,058

Tiriamųjų su viršutinės galūnės lūžiu grupė ir tiriamųjų su apatinės galūnės lūžiu grupė nesiskyrė pagal lytį, amžių ir gyvenamąją vietą, o pagal dabartinės traumos priežastį stebėta tik tendencija (p=0,058), kad osteoporoziniai susirgimai dažniau sukeldavo apatinės galūnės lūžį nei viršutinės (atitinkamai 18,8 proc. (n=18) ir 3,8 proc. (n=4), tuo tarpu nelaimingi atsitikimai – viršutinės galūnės nei apatinės (atitinkamai 42,3 proc. (n=40) ir 21,7 proc. (n=21)). Tarp apatinės galūnės lūžį patyrusių tiriamųjų buvo žymiai daugiau asmenų, kuriems ši trauma buvo ne pirmą kartą, nei tarp tiriamųjų patyrusių viršutinės galūnės lūžį (atitinkamai 49,3 proc. (n=47) ir 23,1 proc. (n=22): p=0,021) (2 lentelė)

3 lentelė. Demografinių rodiklių ir dabartinės traumos priežasties skirtumai, priklausomai nuo traumų patyrimų

Rodikliai	Pirmoji trauma	Ne pirmoji trauma	χ^2	p
	n=55	n=40		
Lytis, n(proc.): Moterys Vyrai	47(85,5) 8(14,5)	22(55,0) 18(45,0)	10,805	0,001
Amžius, n(proc.): 60-70 m. 71-80 m. >80 m.	25(45,5) 21(38,2) 9(16,4)	11(27,5) 14(35,0) 15(37,5)	6,129	0,047
Gyvenamoji vieta, n(proc.): Miestas Miestelis Kaimas	39(70,9) 10(18,2) 6(10,9)	15(37,5) 8(20,0) 17(42,5)	14,134	0,001
Dabartinės traumos priežastis Griuvimas Osteoporoziniai susirgimai Nelaimingas atsitikimas	32(58,2) 4(7,3) 19(34,5)	23(57,5) 10(25,0) 7(17,5)	7,399	0,024

Darbo rezultatai parodė, kad tarp pirmą kartą traumą patyrusių tiriamųjų buvo žymiai daugiau nei tarp traumą patyrusių ne pirmą kartą moterų nei vyrų (atitinkamai 85,5 proc. (n=81) ir 55,0 proc. (n=52): p=0,001), jaunesnių asmenų nei vyresnių (60-70 metų 45,5 proc. (n=43), 71-80 metų 38,2 proc. (n=36) ir vyresnių nei 80 metų 16,4 proc. (n=16): p=0,47), didesnių gyvenviečių tiriamųjų (iš miestų 70,9 proc. (n=67), iš miestelių 18,2 proc. (n=17) ir iš kaimų 10,9 proc. (n=10): p=0,001) ir dabartinę traumą patyrusių ne dėl osteoporozinių susirgimų (dėl griuvimo 58,2 proc. (n=55), dėl nelaimingo atsitikimo 34,5 proc. (n=33) ir dėl osteoporozinių susirgimų 7,3 proc. (n=7): p=0,024) (3 lentelė).

4 lentelė. Demografinių rodiklių skirtumai, priklausomai nuo dabartinės traumos priežasties

Rodikliai	Griuvimas	Osteoporoziniai susirgimai	Nelaimingas atsitikimas	χ^2	p
	n=55	n=14	n=26		
Lytis, n(proc.): Moterys Vyrai	42(76,4) 13(23,6)	7(50,0) 7(50,0)	20(76,9) 6(23,1)	4,234	0,120
Amžius, n(proc.): 60-70 m. 71-80 m. >80 m.	24(43,6) 18(32,7) 13(23,6)	2(14,3) 5(35,7) 7(50,0)	10(38,5) 12(46,2) 4(15,4)	7,862	0,111
Gyvenamoji vieta, n(proc.): Miestas Miestelis Kaimas	32(58,2) 8(14,5) 15(27,3)	8(57,1) 3(21,4) 3(21,4)	14(53,8) 7(26,9) 5(19,2)	2,064	0,718

Tiriamųjų grupės priklausomai nuo traumos priežasties reikšmingai nesiskyrė pagal lytį, amžių ir gyvenamąją vietą (4 lentelė).

2.2.2. Pagyvenusio amžiaus asmenų po galūnės lūžio su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

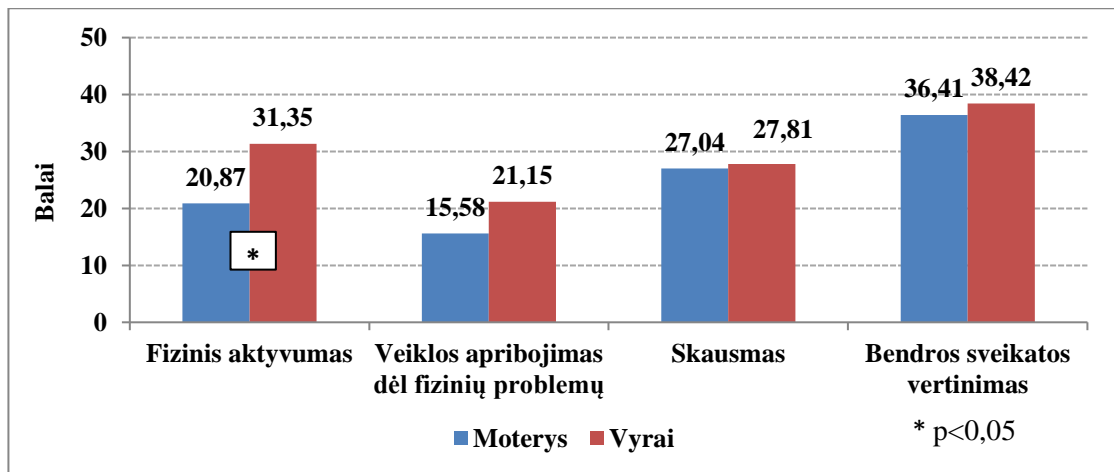
Pagyvenusio amžiaus pacientų po galūnės lūžio gyvenimo kokybė susijusi su sveikata vertinta SF-36 klausimynu. Klausimynas apibūdina 4 sritis susijusias su fizine sveikata ir 4 sritis - su psichine sveikata. Gyvenimo kokybei susijusiai su fizine sveikata vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, bendros sveikatos vertinimo sritys, o su psichine sveikata – energingumo/ gyvybingumo, veiklos apribojimo dėl emocinių problemų, socialinės funkcijos ir emocinės būklės sritys. Visos skalės galėjo įgyti reikšmes nuo 1 iki 100 balų, kur kuo aukštesnis balų skaičius, tuo geresnė gyvenimo kokybė. Patikrinus skalių pasiskirstymą nustatyti bendros sveikatos vertinimo, energingumo/gyvybingumo ir emocinės būklės skalių atitikimai normalumo dėsniui. Fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių ir emocinių problemų, skausmo ir socialinės funkcijos skalių pasiskirstymai neatitiko normalumo dėsnių.

Įvertinus gyvenimo kokybės susijusios su fizine sveikata sritis bendroje tiriamųjų grupėje gauti sekantys rezultatai: iš galimų 100 balų fizinio aktyvumo skalės vidurkį sudarė 23,74 (10,0) balų, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų – 17,11(0) balų, skausmo – 27,25(22,0) balų ir bendros sveikatos vertinimo – 36,96±18,33 balų. Kaip matome pagyvenusio amžiaus pacientai po galūnės lūžio savo gyvenimo kokybę susijusią su fizine sveikata vertino gana prastai (5 lentelė).

5 lentelė. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje

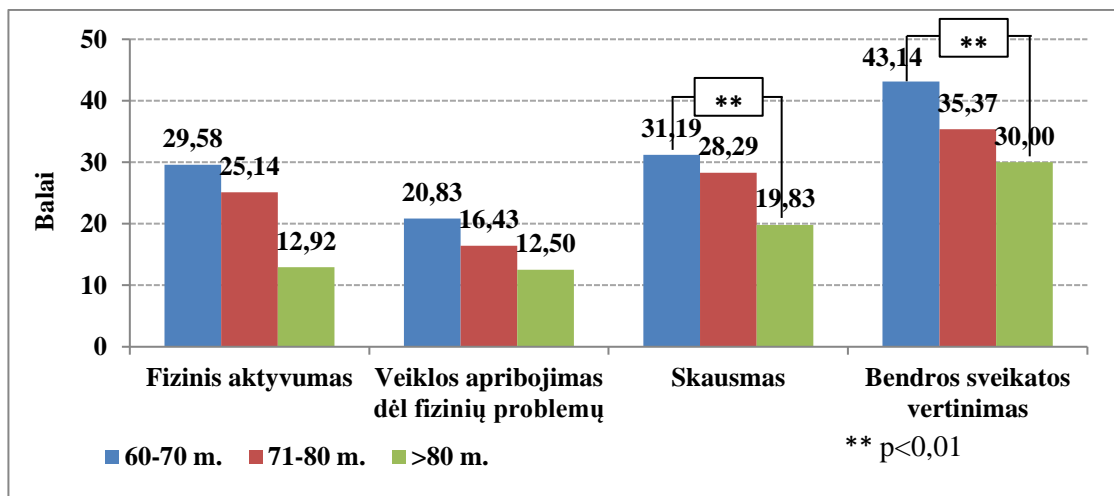
Sritis	Bendra grupė
	N=95
Fizinis aktyvumas	23,74(10,0)
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	17,11(0)
Skausmas	27,2(22,0)
Bendros sveikatos vertinimas	36,96±18,34

Analizuojant tiriamųjų fizinės sveikatos gyvenimo kokybės sričių vertinimus priklausomai nuo lyties nustatytas reikšmingas fizinio aktyvumo vertinimų skirtumas - moterys žymiai prasčiau vertino savo fizinį aktyvumą nei vyrai (moterų grupėje 20,87(0) balų ir vyrų grupėje 31,35(25,0) balų: U=669,5 p=0,046). Veiklos apribojimo dėl fizinių problemų (p=0,398), skausmo (p=0,415) ir bendros sveikatos (p=0,628) vertinimai tarp moterų ir vyrų reikšmingai nesiskyrė (3 pav.).



3 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo tiriamųjų lyties

Tyrimo rezultatai parodė, kad skausmo (60-70 m. (1) 31,19(31,0) balų, 71-80 m. (2) 28,29(22,0) balų ir >80 m. (3) 19,83(22,0) balų: $\chi^2=7,18$ $p=0,028$, $p1:3=0,007$) ir bendros sveikatos (60-70 m (1) 43,14±18,08 balų, 71-80 m. (2) 35,37±20,50 balų ir >80 m. (3) 30,00±11,89 balų: $F=4,17$ $p=0,019$, $p1:3=0,006$) vertinimai prastėjo su amžiumi, geriausiai vertino jauniausi (60-70 metų) tiriamieji, prasčiausiai vyriausi (>80 metų) tiriamieji (3 pav.).



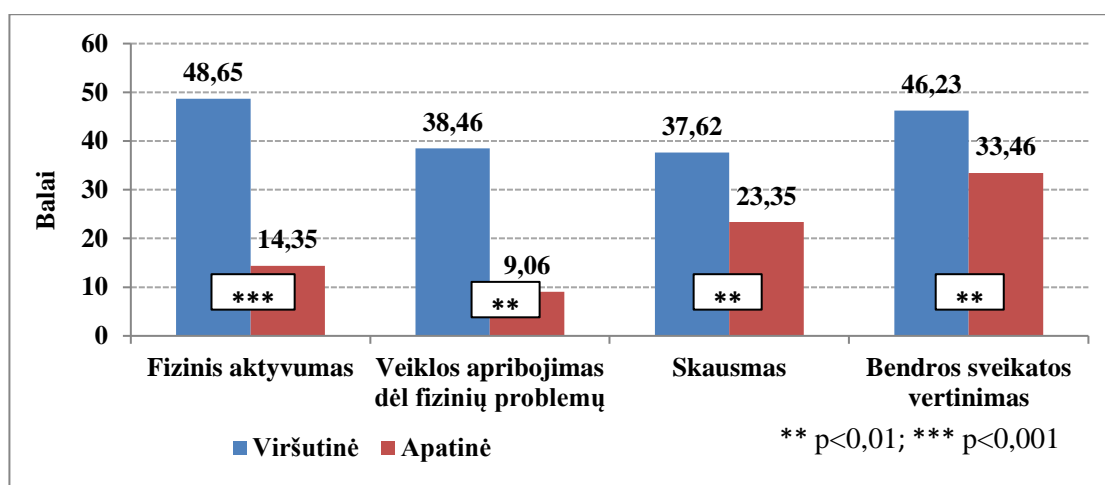
4 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus

Fizinio aktyvumo ($p=0,162$) ir veiklos apribojimo dėl fizinių problemų ($p=0,758$) reikšmingų skirtumų nenustatėme (4 pav.).

6 lentelė. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo tiriamųjų gyvenamosios vietos

Sritis	Miestas	Miestelis	Kaimas	χ^2/F	p
	n=54	n=18	n=23		
	1	2	3		
Fizinis aktyvumas	22,04(7,5)	33,06(20,0)	20,43(0)	2,16	0,339
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	17,13(0)	22,22(0)	13,04(0)	1,19	0,552
Skausmas	27,56(22,0)	29,94(31,0)	24,43(22,0)	1,56	0,458
Bendros sveikatos vertinimas	37,37±17,52	39,50±22,03	34,00±17,54	0,48	0,620

Nagrinėjant gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimus priklausomai nuo tiriamųjų gyvenamosios vietos reikšmingų skirtumų nenustatėme (6 lentelė).



5 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo galūnės lūžio

Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji, patyrę apatinės galūnės lūžį žymiai prasčiau vertino savo fizinį aktyvumą (viršutinės 48,65(50,0) balų ir apatinės 14,35(0) balų: $U=339,0$ $p<0,001$) ir bendrą sveikatą (viršutinės 46,23±21,57 balų ir apatinės 33,46±15,76 balų: $t=3,17$ $p=0,002$) nei tiriamieji, patyrę viršutinės galūnės lūžį, jų veikla buvo labiau apribota dėl fizinių problemų (viršutinės 38,46(0) balų ir apatinės 9,06(0) balų: $U=592,0$ $p=0,001$) ir skausmo (viršutinės 37,62(31,0) balų ir apatinės 23,35(22,0) balų: $U=504,0$ $p=0,001$) (5 pav.).

7 lentelė. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo traumų patyrimų

Sritis	Pirmoji trauma	Ne pirmoji trauma	U/t	p
	n=55	n=40		
Fizinis aktyvumas	29,18(15,0)	16,25(7,50)	914,5	0,142
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	22,27(0)	10,00(0)	982,0	0,236
Skausmas	30,25(22,0)	23,13(22,0)	914,5	0,155
Bendros sveikatos vertinimas	39,62±21,04	33,30±13,17	1,67	0,098

Fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo ir bendros sveikatos vertinimai tarp grupių priklausomai nuo traumų patyrimų reikšmingai nesiskyrė (7 lentelė).

8 lentelė. Gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo dabartinės traumos priežasties

Sritis	Griuvimas	Osteoporoziniai susirgimai	Nelaimingas atsitikimas	χ^2/F	p
	n=55	n=14	n=26		
	1	2	3		
Fizinis aktyvumas	19,64(10,0)	15,00(5,0)	37,12(27,5)	3,08	0,215
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	12,27(0)	8,93(0)	31,73(0)	5,12	0,077
Skausmas	23,58(22,0)	21,29(22,0)	38,23(31,0)	5,00	0,082
Bendros sveikatos vertinimas	34,95±15,89	33,36±13,79	43,15±23,74	2,14	0,124

Nenustatėme reikšmingų skirtumų ir lyginant gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, skales tarp grupių pagal dabartinės traumos priežastį (8 lentelė).

Pagyvenusio amžiaus pacientų po galūnių lūžių su psichine sveikata susijusi gyvenimo kokybė

9 lentelė. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje

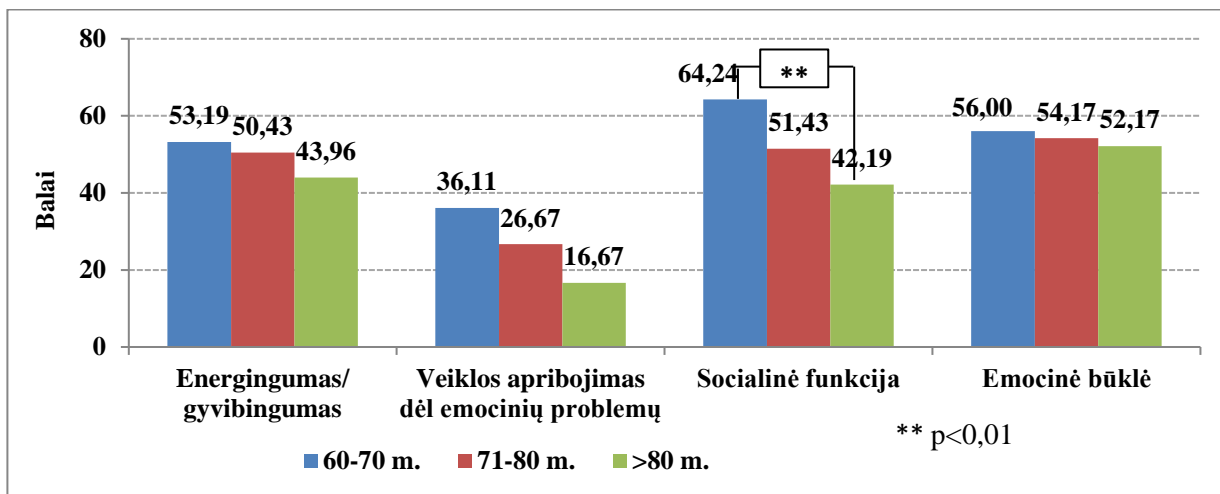
Sritis	Bendra grupė
	N=95
Energingumas/gyvybingumas	49,84±18,02
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	27,72(0)
Socialinė funkcija	53,95(50,0)
Emocinė būklė	54,36±16,82

Įvertinus gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, skales, bendroje tiriamųjų grupėje, gauti sekantys rezultatai: iš galimų 100 balų energingumo/gyvybingumo skalės vidurkį sudarė 49,84±18,02 balų, veiklos apribojimo dėl emocinių problemų – 27,72(0) balų, socialinės funkcijos – 53,95(50,0) balų ir emocinės būklės – 54,36±16,82 balų (9 lentelė).

10 lentelė. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo tiriamųjų lyties

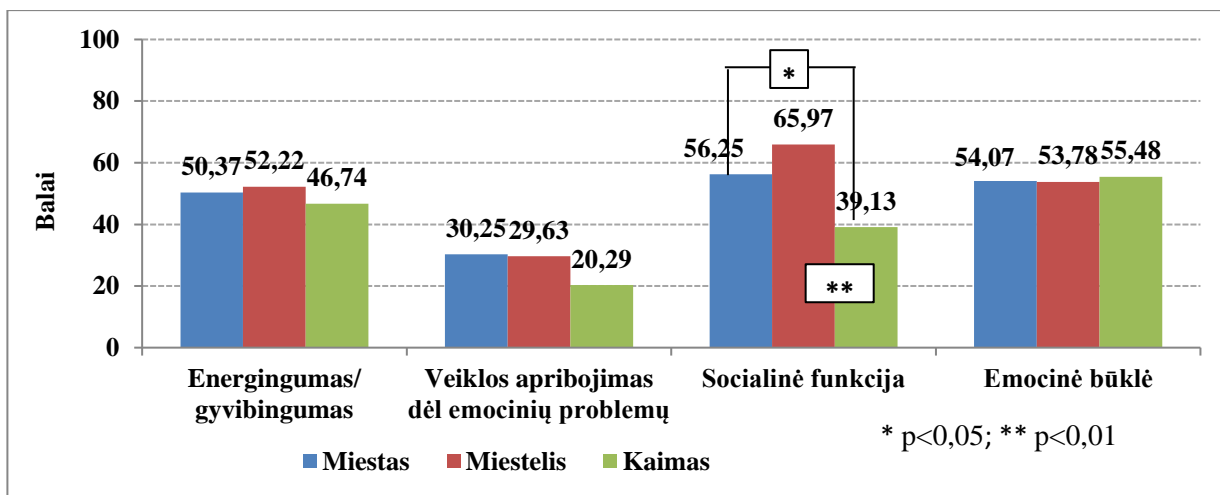
Sritis	Moterys	Vyrai	U/t	p
	n=69	n=26		
Energingumas/gyvybingumas	49,20±18,50	51,54±16,90	-0,59	0,561
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	24,64(0)	35,90(16,67)	749,0	0,151
Socialinė funkcija	53,80(62,5)	54,33(50,0)	887,0	0,933
Emocinė būklė	53,80±17,17	55,85±16,10	-0,54	0,590

Analizuojant tiriamųjų gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimus priklausomai nuo lyties, reikšmingų skirtumų nenustatėme (10 lentelė).



6 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus

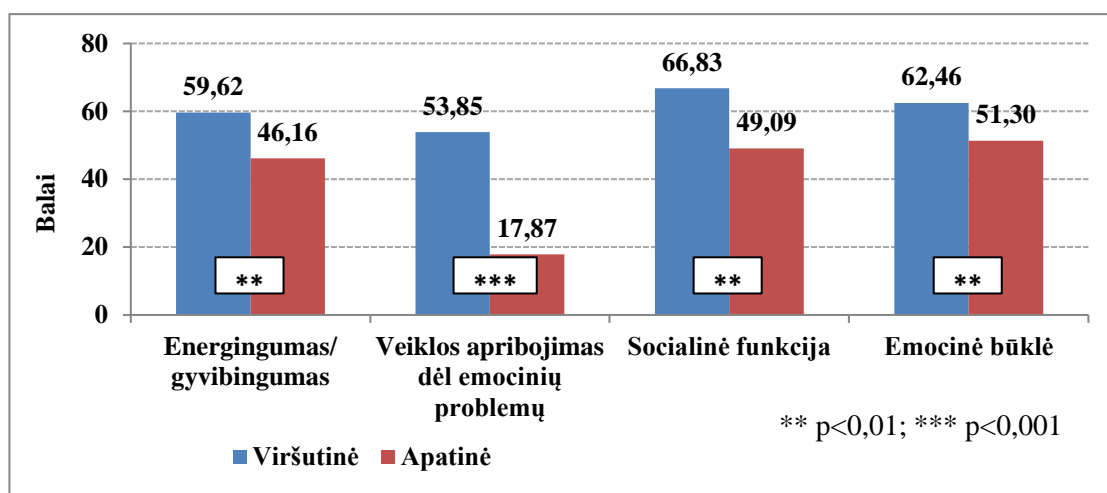
Tyrimo rezultatai parodė, kad socialinės funkcijos (60-70 m. (1) 64,24(68,75) balų, 71-80 m. (2) 51,43(50,0) balų ir >80 m. (3) 42,19(37,5) balų: $\chi^2=8,96$ $p=0,011$, $p_{1:3}=0,003$) vertinimai prastėjo su tiriamųjų amžiumi – geriausiai vertino 60-70 metų tiriamieji, ypač lyginant su vyresniais nei 80 metų tiriamaisiais. Energingumas/gyvybingumas ($p=0,147$), emocinė būklė ($p=0,690$) ir veiklos apribojimas dėl emocinių problemų ($p=0,169$) reikšmingai tarp amžiaus grupių nesiskyrė (6 pav.).



7 pav. Gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai, priklausomai nuo tiriamųjų gyvenamosios vietos

Analizuojant gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimus, priklausomai nuo tiriamųjų gyvenamosios vietos, nustatyti reikšmingi socialinės funkcijos vertinimų skirtumai tarp gyvenančių mieste bei gyvenančių miestelyje ir gyvenančių kaime – tiriamųjų iš kaimo socialinė funkcija buvo žymiai prastesnė nei tiriamųjų iš miesto ar iš miestelio (iš miesto (1) 56,25(62,5) balų, iš miestelio (2) 65,97(75,0) balų ir iš kaimo 39,13(37,5) balų: $\chi^2=9,73$ $p=0,008$:

p1:3=0,012 p2:3=0,006). Energingumas/gvybingumas ($p=0,599$), emocinė būklė ($p=0,934$) ir veiklos apribojimas dėl emocinių problemų ($p=0,642$) priklausomai nuo gyvenamosios vietos reikšmingai nesiskyrė (7 pav.).



8 pav. Gyvenimo kokybės susijusios su psichine sveikata sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo galūnės lūžio

Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji, patyrę apatinės galūnės lūžį žymiai prasčiau vertino savo energingumą/gvybingumą (viršutinės $59,62 \pm 20,00$ balų ir apatinės $46,16 \pm 15,86$ balų: $t=3,09$ $p=0,004$), socialinę funkciją (viršutinės $66,83(75,0)$ balų ir apatinės $49,09(50,0)$ balų: $U=582,5$ $p=0,008$), emocinę būklę (viršutinės $62,46 \pm 21,74$ balų ir apatinės $51,30 \pm 13,53$ balų: $t=3,00$ $p=0,003$) nei tiriamieji patyrę viršutinės galūnės lūžį ir jų veikla buvo labiau apribota dėl emocinių problemų (viršutinės $53,85(66,67)$ balų ir apatinės $17,87(0)$ balų: $U=486,5$ $p < 0,001$) (8 pav.).

11 lentelė. Gyvenimo kokybės susijusios su psichine sveikata sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo traumų patyrimų

Sritis	Pirmoji trauma	Ne pirmoji trauma	t/U	p
	n=55	n=40		
Energingumas/gvybingumas	$52,91 \pm 19,78$	$45,63 \pm 14,46$	2,07	0,051
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	34,55(0)	18,33(0)	895,5	0,073
Socialinė funkcija	58,41(65,5)	47,81(50,0)	867,0	0,076
Emocinė būklė	$56,87 \pm 19,12$	$50,90 \pm 12,45$	1,73	0,088

Energingumo/gvybingumo, veiklos apribojimo dėl emocinių problemų, socialinės funkcijos ir emocinės būklės vertinimai tarp grupių priklausomai nuo traumų patyrimų reikšmingai nesiskyrė, stebėta tik tendencija ($p=0,051$), kad tiriamieji, patyrę traumą ne pirmą kartą, buvo mažiau energingi/gvybingi nei patyrę pirmą kartą (11 lentelė)

12 lentelė. Gyvenimo kokybės susijusios su psichine sveikata sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo dabartinės traunos priežasties

Sritys	Griuvimas	Osteoporoziniai susirgimai	Nelaimingas atsitikimas	F/ χ^2	p
	n=55	n=14	n=26		
Energingumas/gyvybingumas	47,91±16,04	46,43±11,51	55,77±23,35	2,02	0,139
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	21,21(0)	30,95(0)	39,74(16,67)	3,79	0,150
Socialinė funkcija	51,59(50,0)	52,68(62,5)	59,62(62,5)	1,31	0,521
Emocinė būklė	52,73±15,18	54,00±16,06	58,00±20,31	0,87	0,423

Gyvenimo kokybės susijusios su psichine sveikata skalių vertinimai reikšmingai nesiskyrė priklausomai nuo dabartinės traunos priežasties (12 lentelė).

2.2.3. Pagyvenusio amžiaus pacientų po galūnės lūžio depresijos išreikštumas

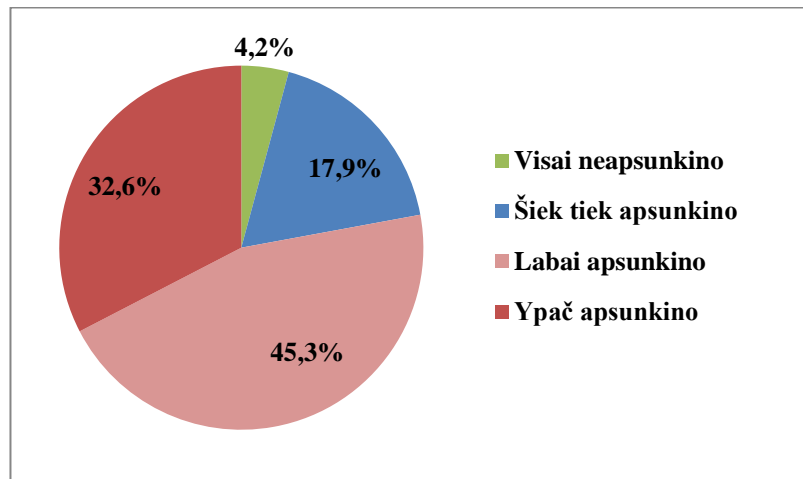
Siekiant įvertinti pagyvenusio amžiaus pacientų po galūnės lūžio depresijos simptomų išreikštumą buvo naudotas 9 teiginių-problemų klausimynas (PHQ-9). Kiekvienas teiginys vertinamas 0-3 balų Likert'o skale, kur „0“ atitiko „Visai nekamavo“, o „3“ - „Beveik kiekvieną dieną“.

13 lentelė. PHQ-9 klausimyno teiginių vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje

Simptomai	Vidurkis	Mediana
Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas	1,94	2
Sunkumas užmigti ar išsimiegoti, arba per ilgas miegojimas	1,87	2
Prastas apetitas arba persivalgymas	1,64	2
Judėjimas ar kalbėjimas taip lėtai, kad kiti žmonės galėjo pastebėti. Arba atvirkščiai – buvimas neramiam (-ai) ar nenusustygstančiam (-ai), kad judėjo daug daugiau nei įprasta	1,56	2
Sunkumas susikoncentruoti ties tokiais dalykais, kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas	1,54	2
Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)	1,51	2
Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus	1,51	1
Prasta savijauta – pojūtis, kad yra nevykėlis (-ė) arba nusivylimas ar savo šeimos nuvytilimas	1,46	1
Mintys, kad būtų geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą koku nors būdu	0,95	1
Suminis balas	13,97±6,61	14

Nagrinėjant teiginių vertinimus bendroje tiriamųjų grupėje nustatyta, kad dažniausiai juos kamavo pavargimo jausmas/energingos trūkumas (1,94(2) balų), problemos su užmigimu ar per didelis mieguistumas (1,87(2) balų), problemos su apetitu (1,64(2) balų), rečiausiai – suicidinės mintys (0,95(1) balų). Suminį rodiklio, atspindinčio depresiškumo išreikštumą, vidurkį iš galimų 27 balų sudarė 13,97±6,61 balų (13 lentelė).

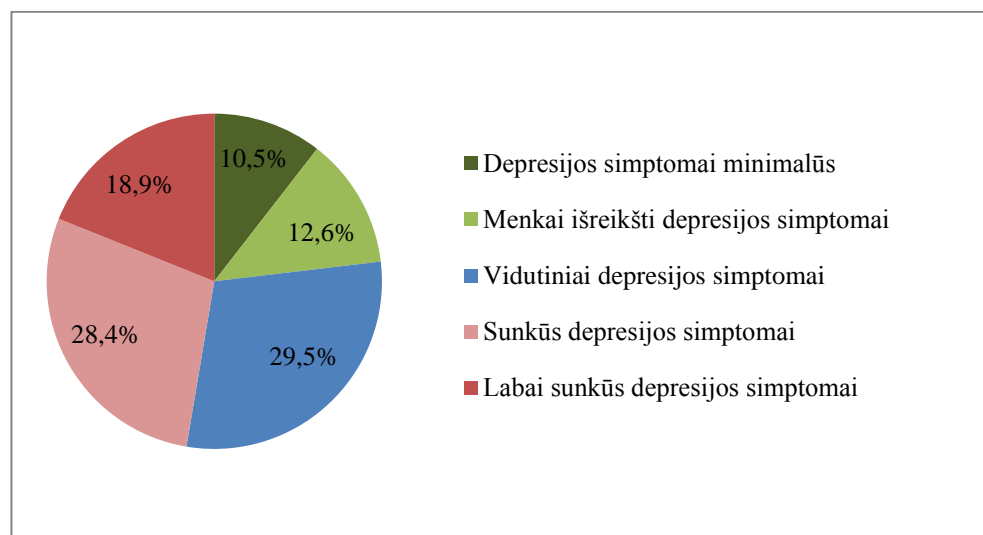
Tyrimo metu tiriamieji turėjo įvertinti kaip juos varginę simptomai apsunkino jų kasdienę veiklą.



9 pav. Depresijos simptomų įtakos kasdieninei asmeninei ir darbinei veiklai vertinimas bendroje tiriamųjų grupėje

Analizuojant kaip depresijos simptomai apsunkino tiriamųjų kasdieninę veiklą nustatyta, kad didžiajai daliai tiriamųjų šie simptomai labai stipriai (77,9 proc. (n=74) – ypač apsunkino 32,6 proc.(n=31) ir 45,3 proc. (n=43) labai apsunkino) apsunkino jų kasdieninę veiklą, dar 17,9 proc.(n=17) šiek tiek apsunkino ir tik 4,2 proc. (n=4) visai neapsunkino (9 pav.).

Depresinių simptomų sunkumas vertintas pagal surinktų balų sumą: 0–4 balai – depresijos simptomai minimalūs, 5–9 balai – menkai išreikšti, 10–14 balai – vidutiniai, 15–19 balai – sunkūs ir 20–27 balai – labai sunkūs.



10 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą

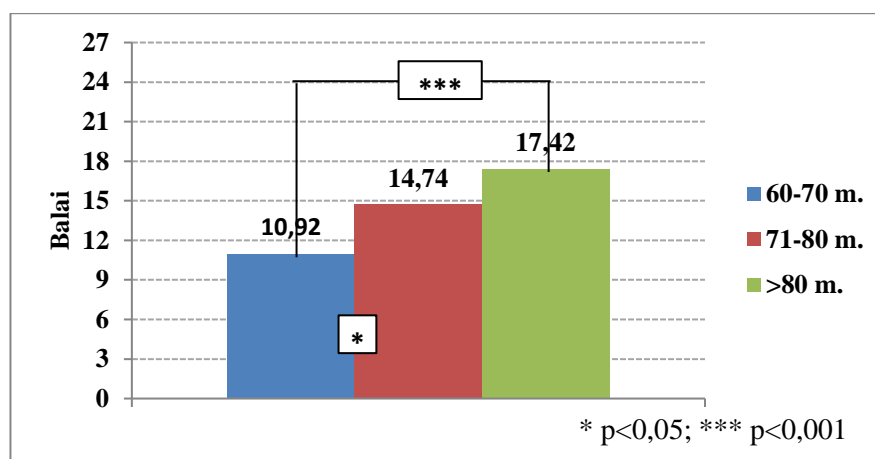
Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik pusę (47,3 proc.(n=45) - 28,4 proc.(n=27) sunkūs ir 18,9 proc.(n=18) labai sunkūs) tiriamųjų kamavo sunkūs depresijos simptomai, 29,5 proc.(n=28) –

vidutiniai simptomai, 12,6 proc.(n=12) – menkai išreikšti simptomai ir tik 10,5 proc.(n=10) – depresijos simptomai buvo minimalūs (10 pav.).

14 lentelė. Depresijos simptomų išreikštumo skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų lyties ir gyvenamosios vietos

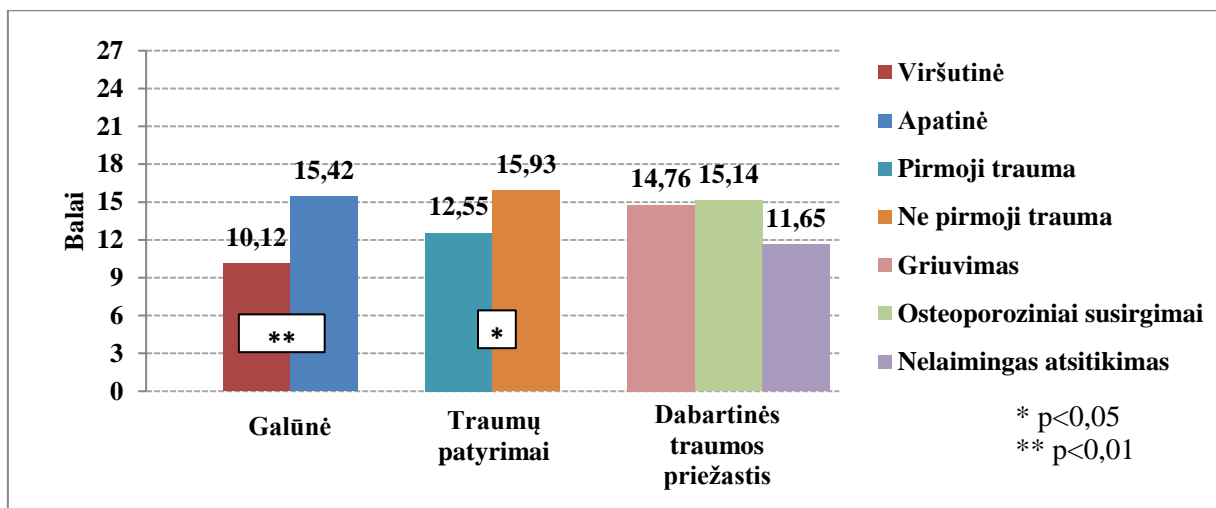
Rodikliai		Vidurkis±SD	t/F	p
Lytis	Moterys	14,49±6,31	1,18	0,245
	Vyrai	12,58±7,31		
Gyvenamoji vieta	Miestas	13,22±6,40	2,62	0,078
	Miestelis	12,78±6,49		
	Kaimas	16,65±6,75		

Analizuojant depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo tiriamųjų lyties ir gyvenamosios vietos reikšmingų skirtumų nenustatėme (14 lentelė).



11 pav. Depresijos simptomų išreikštumas priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus

Tyrimo rezultatai parodė, kad depresijos simptomų išreikštumas tarp skirtingų amžiaus tiriamųjų grupių itin reikšmingai skyrėsi – didėjant amžiui didėjo depresijos simptomų išreikštumas (60-70 m. (1) 10,93±6,20 balų, 71-80 m. (2) 14,74±6,59 balų ir >80 m. (3) 17,42±5,30 balų: F=8,51 p<0,001: p1:2=0,010, p1:3<0,001) (11 pav.).



12 pav. Depresijos simptomų išreikštumas priklausomai nuo galūnės lūžio, traumų patyrimų ir dabartinės traumos priežasties

Tiriamųjų patyrusių apatinės galūnės lūžį depresijos simptomų išreikštumas buvo žymiai didesnis nei tiriamųjų patyrusių viršutinės galūnės lūžį (apatinės 15,42±5,89 balų ir viršutinės 10,12±6,97 balų: $t=3,44$ $p=0,001$). Depresijos simptomų išreikštumas priklausė ir nuo traumų patyrimų – jis buvo žymiai didesnis tiriamųjų, patyrusių traumą ne pirmą kartą, nei tiriamųjų, patyrusių traumą pirmą kartą (ne pirmą kartą 15,93±5,58 balų ir pirmą kartą 12,55±6,98 balų: $t=2,62$ $p=0,010$). Priklausomai nuo dabartinės traumos priežasties nenustatėme reikšmingų depresijos simptomų išreikštumo skirtumų (dėl griuvimo 14,76±6,61, dėl osteoporozinių susirgimų 15,14±4,37 balų ir dėl nelaimingo atsitikimo 11,65±7,24 balų: $F=2,27$ $p=0,109$) (12 pav.)

2.2.4. Pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos

15 lentelė. Pagyvenusio amžiaus pacientų po galūnių lūžių SF-36 rodiklių ir depresijos simptomų išreikštumo (PHQ-9) sąsajos

SF-36 skalės		Depresijos simptomų išreikštumas (PHQ-9)	
		r _s /r	p
Fizinė sveikata	Fizinis aktyvumas	-0,54	<0,001
	Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	-0,43	<0,001
	Skausmas	-0,52	<0,001
	Bendros sveikatos vertinimas	-0,65	<0,001
Psichinė sveikata	Energingumas/gyvybingumas	-0,65	<0,001
	Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	-0,54	<0,001
	Socialinė funkcija	-0,46	<0,001
	Emocinė būklė	-0,46	<0,001

Pagyvenusio amžiaus pacientų po galūnių lūžių su sveikata susijusi gyvenimo kokybė buvo blogesnė tų pacientų, kuriems buvo labiau išreikšti depresijos simptomai (15 lentelė). Didėjant depresijos išreikštumui statistiškai reikšmingai ($p < 0,001$) blogėjo visi SF-36 rodikliai, o labiausiai blogėjo energingumas/gyvybingumas ($r = -0,65$) ir bendros sveikatos vertinimas ($r = -0,65$).

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Atliekant tyrimą „Pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajos“ buvo įvertinta su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir nustatyti pagrindiniai veiksniai, darantys įtaką traumuotų pacientų būklės blogėjimui po patirtos galūnių lūžių traumos.

Analizuojant gyvenimo kokybę trumpuoju SF – 36 klausimynu paaiškėjo, kad pusės metų laikotarpyje po galūnių traumų, pagyvenusio amžiaus pacientų gyvenimo kokybė, fizinio aktyvumo, emocinės būklės ir veiklos apribojimų dėl fizinių ir emocinių sutrikimų, skausmo, energingumo/gyvybingumo, socialinės funkcijos ir bendro sveikatos vertinimo atžvilgiu žymiai suprastėja. Lūžusi galūnė ypač sumenkina gyvenimo kokybę pacientams, vyresniems kaip 80 metų. I. Knorienės (2014) atliktas tyrimas parodė, jog traumas patyrusių pagyvenusio amžiaus pacientų gyvenimo kokybė fizinio aktyvumo, emocinės būklės ir veiklos apribojimo dėl fizinių ir emocinių sutrikimų atžvilgiu blogėja, skausmo – gerėja ($p < 0,05$), o bendro sveikatos vertinimo, energingumo/gyvybingumo ir socialinės funkcijos atžvilgiu nekinta.

Lyginant tiriamųjų vyrų ir moterų fizinės sveikatos gyvenimo kokybės sričių vertinimus tyrimas parodė, kad moterų fizinis aktyvumas vertintas žymiai prasčiau nei vyrų.

Tyrimo metu išanalizavus galūnių lūžius įtakojančius rizikos veiksnius ir lyginant galūnes tarpusavyje, stebėta tendencija, kad osteoporoziniai susirgimai dažniau sukelia apatinės galūnės lūžį, o nelaimingi atsitikimai – viršutinės galūnės lūžį. Rezultatus palyginus su kitų autorių atliktais tyrimais paaiškėjo, kad M. Tamulaitienės (2006) ir kt. bendraautorių tyrime osteoporozė yra pagrindinis ir dažniausiai pasitaikantis rizikos veiksnys, sukeliantis apatinės galūnės lūžį. Taip pat, apatinės galūnės lūžį patyrę pagyvenusio amžiaus pacientai, žymiai prasčiau vertina savo fizinį aktyvumą, kadangi stipriai apribota judėjimo funkcija. Lyginant gyvenimo kokybę, priklausomai nuo galūnės, tyrimo metu nustatyta, kad lūžusi apatinė galūnė žymiai labiau įtakoja gyvenimo kokybės kaitą, kadangi viršutinės galūnės trauma netrigdo pilnavertiškos judėjimo funkcijos. Taip pat stebima tendencija tarp vyrų ir moterų. Vyrų savo fizinį aktyvumą vertina geriau nei moterys.

Tyrimo rezultatai parodė, jog analizuojant su psichine sveikata susijusią gyvenimo kokybę, socialinė funkcija prastėja su amžiumi. Vyriausi pacientai ją vertina prasčiau nei jaunesni. Taip pat stebima tendencija tarp gyvenviečių. Nustatyta, jog tyrime dalyvavę respondentai, gyvenantys kaime, socialinę funkciją vertina prasčiau nei gyvenantys miestelyje ar mieste. Bet A. Dantaitės (2011) atliktame tyrime rezultatai parodė, jog gyvenamoji vieta pacientų socialinei funkcijai įtakos neturi.

Gauti rezultatai parodė, jog patyrę apatinės galūnės lūžį pacientai savo gyvenimo kokybę, susijusią su psichine sveikata, vertina žymiai prasčiau. Energingumas/gyvybingumas, socialinė

funkcija, emocinė būklė labiau pažeidžia apatinės galūnės patyrusius pagyvenusio amžiaus pacientus nei viršutinės.

Palyginus pacientus, kurie traumą patyrė pirmą kartą ir jau turėję lūžių, pastebėta, jog pakartotinė trauma labiau sutrikdo gyvybingumą/energumą, nei pirmą kartą patyrusiems.

Analizuojant psichinės būklės simptomus po galūnių lūžių, gauti rezultatai parodė, kad dažniausi simptomai, varginantys pacientus – pavargimo jausmas, energijos trūkumas, nemiga ar per didelis mieguistumas, apetito stoka. I. Knorienė (2014) atliktu tyrimu taip pat nustatė, jog traumą patyrusiems pagyvenusio amžiaus pacientams pasireiškia energijos stoka, padidėjęs mieguistumas ar nemiga.

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugeliui pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, pasireiškę depresijos simptomai labai apsunkina jų kasdienę veiklą. Įvertinus depresijos simptomų stiprumą, galima teigti, jog pagyvenusio amžiaus žmonėms, patyrusiems galūnių lūžius, jie pasireiškia stiprūs ir su amžiumi depresijos simptomai didėja. Vyresni nei 80 metų amžiaus depresijos raišką vertina prasčiau nei jaunesni.

Lyginant viršutinės galūnės lūžius su apatinės galūnės lūžiais, nustatyta, jog apatinės galūnės lūžius patyrusiems pagyvenusio amžiaus pacientams, depresijos simptomų išreikštumas pasireiškia žymiai dažniau nei viršutinės. Depresijos raiška priklauso ir nuo pakartotinės traumos. Ne pirmą kartą patyrę traumą savo psichinę būklę vertina prasčiau.

Tyrimo rezultatai parodė, jog senyvo amžiaus moterims po galūnės lūžio depresijos simptomai pasireiškia labiau nei vyrams. Lyginant su Dubljanin Raspopovic ir kolegų (2014) atliktu tyrimu, kuriame taip pat išryškėja moterų dominavimas depresijos atžvilgiu, pastebima tendencija, jog moterys labiau pažeidžiamos nei vyrai.

Lyginant depresijos sąsajas su gyvenimo kokybe pagyvensiems žmonėms po galūnių lūžių, nustatyta, jog kuo depresijos simptomų raiška didesnė, tuo gyvenimo kokybė prastesnė. Visi SF – 36 rodikliai buvo statistiškai reikšmingi.

Tyrimo metu iškelta hipotezė, jog tikėtina, kad pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybė tiesiogiai susijusi su depresija, pasitvirtino gautais tyrimo rezultatais. Tyrimo rezultatai parodė, jog patirtas galūnės lūžis sumenkina pacientų gyvenimo kokybę ir tai įtakoja depresijos simptomų pasireiškimui.

IŠVADOS

1. Tyrimo rezultatai parodė, kad didžiajai daliai pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrus galūnių traumas, blogėja gyvenimo kokybė. Lūžusi galūnė smarkiai apriboja kasdienę veiklą. Socialinės funkcijos, skausmo ir bendros sveikatos vertinimas blogėja su amžiumi. Moterų fizinis aktyvumas buvo gerokai blogesnis nei vyrų. Apatinės galūnės lūžį patyrę pacientai prasčiau vertina savo fizinį aktyvumą bei bendrą sveikatą, nei viršutinės galūnės lūžį patyrę pacientai, jų kasdienę veiklą riboja fizinės problemos. Taip pat nustatyta, jog kaime gyvenančių respondentų socialinė funkcija daug blogesnė, nei gyvenančių mieste. Apatinės galūnės traumą patyrę pacientai prasčiau vertina savo energingumą, socialinę funkciją, jie nurodo, jog jų veiklą labiau riboja emocinės problemos. Pastebėta, jog pakartotinę traumą patyrę pacientai yra mažiau energingi ir gyvybingi.
2. Nustatyta, kad pagyvenusio amžiaus pacientai, patyrę galūnių traumas, išgyveno depresijos ir nerimo simptomus. Įvertinus gyvenimo kokybę, susijusios su psichikos sveikata skales, bendroje tiriamųjų grupėje, emocinės būklės vertinimas buvo 54,36 balai iš 100 galimų, veiklos apribojimas dėl emocinių problemų – 27,72. Tiriamieji, patyrę apatinės galūnės lūžį žymiai prasčiau vertino savo emocinę būklę, nei tiriamieji patyrę viršutinės galūnės lūžį ir jų veikla buvo labiau apribota dėl emocinių problemų. Analizuojant tiriamųjų gyvenimo kokybę, susijusios su psichikos sveikata sričių vertinimus priklausomai nuo lyties ir gyvenamosios vietos, reikšmingų skirtumų nenustatyta.
3. Nagrinėjant depresijos simptomų raišką, bendroje tiriamųjų grupėje nustatyta, kad suminis rodiklis, atspindintis depresiškumo išreikštumą, sudarė $13,97 \pm 6,61$ balų, iš 27 galimų. Beveik pusei (47,3 proc.) pasireiškė sunkūs ir labai sunkūs depresijos simptomai, 29,5 proc. – vidutiniai simptomai. Didėjant amžiui didėjo ir depresijos simptomų išreikštumas. Tiriamųjų, patyrusių apatinės galūnės lūžį depresijos simptomai pasireiškė ryškiau, jie buvo žymiai ryškesni ir tiriamiesiems, patyrusiems pakartotinę traumą.

REKOMENDACIJOS

Pacientams:

1. Gulint stacionare kreiptis į medicinos personalą pagalbinėms priemonėms gauti, kad būtų galima judėti kuo daugiau. Domėtis, klausti, pagalbinių priemonių paskirtimi. Gulint kuo daugiau vartytis ir judėti.

Slaugos darbuotojams:

1. Informuoti pacientą ir jo artimuosius apie patirtos galūnės traumos pasekmes, tolesnę gydymo eigą, reabilitacijos galimybes, pagalbines priemones kasdieniam judėjimui.
2. Skirti ypatingą dėmesį pagyvenusio amžiaus pacientams po galūnės lūžio gyvenimo kokybės gerinimui. Emocinės būklės, skausmo, kasdinių veiklų apribojimo, fizinio aktyvumo.
3. Stiprinti sveikatos priežiūros specialistų komandos bendradarbiavimą, gerinti sveikatos priežiūros specialistų prieinamumą.
4. Nustatyti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dinamiką ir laiku imtis priemonių gyvenimo kokybę bloginančių veiksnių paieškai.
5. Motyvuoti ir skatinti vyresnio ir senyvo amžiaus pacientus, patyrusius galūnių lūžius, užimtumą, fizinį aktyvumą, bendravimą su šeimos nariais ir bendruomene.
6. Vykdyti šviečiamąją veiklą apie osteoporozę, jos rizikos veiksnius ir ligos prevenciją, taip pat suteikti žinių apie griuvimų rizikos veiksnius, saugią aplinką, taisyklingą mitybą.
7. Esant depresijos simptomams, taikyti psichologinės pagalbos metodus.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Alčiauskaitė L., Šinkariova L. 2013. Judėjimo negalių turinčių asmenų negalios priėmimo sąsajos su saviveiksmingumu ir suvokiama socialine parama. *Visuomenės sveikata*, 3 (62), p.87.
2. Alekna V., Tamulaitienė M., Krasauskienė A. 2011. Osteoporozės diagnostikos ir gydymo metodika. *Gerontologija*, 12(2), p.211.
3. Aljabri N.K., Qahtani A.M.A., Alahmari A.M., Alyamani F.A., Almutawah M.A., Alsaif M.A., Almaghrabi B.A., Alshareef E.F. 2018. Epidemiology outcomes of proximal humerus fractures in Saudi Arabia. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 72 (9), p.5278-5281.
4. Atay I.M., Aslan A., Burç H., Demirci D., Atay T. 2016. Is depression associated with functional recovery after hip fracture in the elderly? *Journal of orthopaedics*, 13(2), p.116.
5. Bazaras L., Bykovienė L., Braziulis K. ir kt. 2017. Atraminio-judamojo aparato ligos. Kaunas. *Ortopedija-traumatologija*.
6. Bhardwaj N., Kashyap M. 2018. Study of the Biological Risk Factors for Fall in the Elderly Patients. *Journal of The Indian Academy of Geriatrics*, 14, p.58.
7. Buliauskaitė D., Jasiūnaitė L., Balsytė I. 2019. Depresijos nemedikamentinis gydymas: literatūros apžvalga. *Journal of medical sciences*, 7(11), p.2, 3.
8. Choi Y., Staley B., Henriksen C., Xu D., Lipori G., Brumback B., Winterstein A.G. 2018. A dynamic risk model for inpatient falls. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(17), p.1293.
9. Čebatorius A., Grigaitis K., Staniulis V., Žegunis V. 2014. Šlaunikaulio kaklo lūžių gydymui taikomų metodų įtaka tolimesnei pacientų gyvenimo kokybei ir mirštamumui. *Sveikatos mokslai*, 24(5), p.51.
10. Dabašinskienė A.G. 2015. Pacientų po endoprotezavimo operacijų sveikatos mokymo ir savirūpos ugdymo sąsajos, atsižvelgiant į Dorothea'os Orem savirūpos modelį. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 4(220), p.4, 5.
11. Davidonienė O., Stanislavovienė J., Utkuvienė J. 2012. Depresiškumo paplitimas tarp lietuvių kaimų gyventojų. *Sveikatos mokslai*, 22(1), p.15.
12. Dubljanin Raspopovic E., Maric N., Nedeljkovic U., Ilic N., Tomanovic Vujadinovic S., Bumbaširevic M. 2014. „Do depressive symptoms on hospital admission impact early functional outcome in elderly patients with hip fracture?“ *The official journal of the Japanese psychogeriatric society*, 14(2), p.118.

13. Duggal N.A., Beswetherick A., Upton J., Hampson P., Phillips A.C., Lord J.M. 2014. Depressive symptoms in hip fracture patients are associated with reduced monocyte superoxide production. *Experimental Gerontology*, vol.54, p.27.
14. Furmonavičius T. 2001. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. *Biomedicina*. Vol.2, p.128.
15. Gaidelytė R., Garbuvienė M., Zavackaitė M. 2018. Lietuvos sveikatos statistika 2017. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos insituto, Sveikatos informacijos centras. Vilnius. p.4. [žiūrėta: 2019 gegužės 3 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_sveik_stat_health/Lietuvos_sveikatos_statistika_2017_2.pdf>.
16. Garcia A.F., Perez S.S., Izquierdo M.R., Delgado A.L., Sanchez-Andrade I.V., del-Rio-Valeiras M., Varela A.S. 2016. Posturographic limits of stability can predict the increased risk of falls in elderly patients with instability? *Acta Oto-Laryngologica*, 136(11), p.1125.
17. Garlauskaitė A., Zabarauskaitė R. 2015. Lietuvos gyventojų senėjimą lemiančių veiksnių analizė. *Mokslas – lietuvis ateitis*, 7(2), p.199, 200.
18. Germanavičius A. 2006. Nerimo ir depresinių sutrikimų epidemiologija ir patofiziologija. *Neurologijos seminarai*, 10(27), p.46, 47.
19. Goštautas A., Miežienė B., Stakauskaitė J., Volkovienė T., Ivinkina E. 2010. Savo sveikatos vertinimas bei jo kitimai sergančiųjų depresija ir šizofrenija stacionarinio gydymo laikotarpiu. *Visuomenės sveikata*, 4(51). p.80.
20. Gražulienė O., Serapinaitė A., Ustinavičienė R., Želvienė A. 2016. Lietuvos senyvo amžiaus žmonių sveikatos būklės pokyčiai ir netolygumai. Higienos institutas, sveikatos informacijos centras, p.3.
21. Griškoniš S., Strukčinskienė B., Raistenskis J., Strukčinskaitė V., Griškonytė I. 2013. Traumų dėl nukritimų ypatumai pagyvenusių žmonių grupėje lietuvoje. *Sveikatos mokslai*, 23(3), p. 12, 13.
22. Gupta P., Julfiqar, Jain S.K. 2014. Psychiatric Morbidity Associated with Hip Fractures – A Hospital Based Study. *International Journal of Scientific Study*, vol.1, p.54.
23. Haufe T., Förch S., Müller P., Plath J., Mayr E. 2015. The Role of a Primary Arthroplasty in the Treatment of Proximal Tibia Fractures in Orthogeriatric Patients. *BioMed Research International*, vol. 2016, p.1.
24. Heydari K., Shahesmaeili A., Khajeh-Bahrami M.R., Rezazadeh-Mehrzi M., Gozashti M.H., Moazed V. 2017. An Investigation of the Risk Factors of Osteoporosis and the Correlation between Opium Consumption and Osteoporosis in Adults. *Addict Health*, 9(4), p.215.
25. Higienos institutas. 2018, https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=175.
26. Huang K.C., Huang T.W., Lin S.J., Chuang P.Y., Shih H.N., Lee M., Wei-Hsu R.W., Shen W.J., 2016. Effects of teriparatide on cementless bipolar hemiarthroplasty in patients with

- osteoporotic femoral neck fractures. Huang et al. *BMC Musculoskeletal Disorder*, 17(300), p.1, 2.
27. Ingrand I., Paccalin M., Liuu E., Gil R., Ingrand P. 2018. Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PLoS ONE*, 13(10), p.2.
 28. Ivleva V., Jurkuvėnas V. 2018. Galvos smegenų traumą patyrusių asmenų pažintinių gebėjimų sąsajos su gyvenimo kokybe. *Psichologija*, vol.57, p.8, 9.
 29. Janušonis V., Vaitiekienė J. 2013. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: pacientų griuvimų ligoninėse patirtis. *Sveikatos mokslai*, 23(3), p.5.
 30. Janušonis V., Vaitiekienė J., Šilys A. 2017. Pacientų griuvimų Lietuvos ligoninėse patirtis. *Sveikatos mokslai*, 27(5), p.5.
 31. Jenciūtė V., Žuravliova T., Razbadauskas A., Mažrimas A. 2015. Pagyvenusių žmonių su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. *Visuomenės sveikata*, vol.1, p.51, 54.
 32. Jenkinson C., Layte R., Wright L., Coulter A. 1996. The U.K. SF-36: an analysis and interpretation manual. A guide to health status measurement with particular reference to the Short Form 36 health survey, University of Oxford, p.65.
 33. Juozulynas A., Savičiūtė R., Jurgelėnas A., Prapiestienė R., Cozzolino M., Tota F.G., Simonova Z., Arena R., Giustini M., Longo E., Marotta D.R., Risser R., Chaloupka-Risser C., Sumper E., Szczerbińska K., Malinowska – Cieúlik M., Piórecka B., Kijowska V., Roche R., Escotorin P., Cirera M. 2011. Penkių europos šalių pagyvenusių žmonių sveikatos resursai ir pastangos juos didinti. *Sveikatos mokslai*, 21(2), p.5.
 34. Juozulynas A., Stukas R., Jurgelėnas A., Venalis A., Tamulaitytė-Morozovienė I. 2012. Pagyvenusių žmonių sveikata ir griuvimai. *Gerontologija*, 13(2), p.103.
 35. Kardelis K. 2002. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas.
 36. Kazlauskas E. 2013. Veiksmingi psichologinės pagalbos būdai psichotraumatologijoje. *Psichologija*. p.102.
 37. Kocius M., Porvaneckas N., Uvarovas V., Šatkauskas I., Ryliškis S. 2016. *Ortopedija Traumatologija*. Vilnius.
 38. Lenze E.J., Munin M.C., Skidmore E.R., Dew M.A., Rogers J.C., Whyte E.M., Qear T., Begley A., Reynolds C.F. 2007. Onset of Depression in Elderly Persons After Hip Fracture: Implications for Prevention and Early Intervention of Late-Life Depression. *Journal compilation*, 55(1), p.81.
 39. Lietuvos gydytojo žurnalas. 2016. Seksualinė disfunkcija sergant depresija. Nr.2, p.69.
 40. Liyun L., Fang G., Youwen L., Qingsheng X., Shaobo L., Wuyin L., Linlin W. 2017. Association of surgery time and early curative effect for elderly patients with femoral neck fracture in China. *Biomedical Research*, 28(10), p.4450.

41. Linkevičiūtė A. 2011. Akademinis sąžiningumas. Informacinė priemonė mokiniams ir mokytojams. Vilnius.
42. Manzoor B., Mehmood S., Iqba M.J. 2018. Femoral neck fracture; femoral neck fracture treated with hemiarthroplasty by using austin moore prothesis (amp)-surgical outcomes. The Professional Medical Journal, 25(12), p.1806.
43. Maslenikova V., Bulotaitė L. 2013. Emociniai išgyvenimai, emocijų reguliacija ir depresiškumas senatvėje. Gerontologija, 14(3), p.159, 160.
44. Mellner C., Eisler T., Börsbo J., Brodén C., Morberg P., Mukka S. 2017. The Sernbo score predicts 1-year mortality after displaced femoral neck fractures treated with a hip arthroplasty. Acta Orthopaedica, 88(4), p.402.
45. Menon A., Dhanraj M., 2019. Osteoporosis and its dental impact. Drug invention today, 11 (4), p.797.
46. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
47. Mockus A., Žukaitė A. 2012. Sėkmingas senėjimas: psichologinis aspektas. Gerontologija, 13(4), p.228.
48. Montvidas J. 2018. Paciento sveikatos klausimynas – 9. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija, 20(2), p.58.
49. Pauliukevičiūtė K., Goštautas A. 2013. Depresija sergančių moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodiklių pokyčiai trejų metų ambulatorinio depresijos gydymo laikotarpiu. Sveikatos mokslai, 23(5), p.52.
50. Phillips A.C., Upton J., Carroll D., Duggal N.A., Lord J.M. 2015. New-Onset Depression Following Hip Fracture Is Associated With Increased Length of Stay in Hospital and Rehabilitation Centers. SAGE open, 5(2), p.1.
51. Piščalkienė V., Januškevičiūtė R., Dovydaitis J. 2015. Pagyvenusių ir senų žmonių griuvimų rizikos veiksniai ir jų įtaka griuvimams. Sveikatos mokslai, 25(5), p.5.
52. Piščalkienė V., Kavaliauskienė A., Zachovajevienė B., Gintilienė M., Rutkauskienė L. 2012. Vyresnio amžiaus asmenų griuvimo riziką lemiantys veiksniai. Sveikatos mokslai, 22(5), p. 34.
53. Piščalkienė V., Knašienė J., Lapinskas E., Rutkauskienė L., Knyvienė I. 2016. Senyvo amžiaus asmenų griuvimams įtakos turinčių fizinių, kognityvinių savybių raiška ir jų sąsajos. Sveikatos mokslai, 26(6), p.21.

54. Poursmaeili F., Kamalidehghan B., Kamarehei M., Goh Y.M., 2018. A comprehensive overview on osteoporosis and its risk factors. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2018(14), p.2031.
55. Pranckevičienė A. 2008. Depresija sergančių asmenų savijauta ir subjektyvus gyvenimo vertinimas stacionarinio gydymo laikotarpiu: daktaro disertacija. Kaunas.
56. Pukinskienė D. 2011. Slaugos filosofija ir teorija. Klaipėdos valstybinė kolegija.
57. Rausch V., Schwarzer A., Dietrich J.W., Kaisler M., Seybold D., Vollert J., Schildhauer T.A., Maier C. 2018. We miss the opportunity: Pretreatment of osteoporosis in a German trauma center. *PLOS ONE*, 13(11), p.2.
58. Rutkauskienė L., Piščalkienė V., Gintilienė M., Zachovajevienė B., Kavaliauskienė A. 2012. Vyresnio amžiaus asmenų pusiausvyros vertinimas naudojant „sigma balance pad“. *Sveikatos mokslai*, 22(5), p.52.
59. Safwat H.M., Abulsoud M.E., Abdelazim A.E. 2019. Internal Fixation of Proximal Humerus Fracture by PHILOS Plate. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 75(1), p.1987.
60. Saudargienė S. 2009. Fizinės mankštos poveikis gydant sergančiuosius sunkia depresija: daktaro disertacija. Kaunas.
61. Sinkevičienė V. 2014. Asmenų, patyrusių osteoporozinį lūžį, sveikatos priežiūros paslaugų ypatumai ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė: daktaro disertacija. Vilnius.
62. Sondaitė J., Bukartienė L. 2012. Chirurginių pacientų mokymo poreikio įvertinimas. *Sveikatos mokslai*, 22(3), p.155.
63. Stanetić K., Kević V., Stanetić M. 2018. Effects Of Depression And Dementia On The Risk Of Falls In The Elderly Treated At The Health Center Banja Luka. *Med Pregl*, 71(11-12), p.368-369.
64. Staniūtė M. 2007. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, Nr.1, p.22.
65. Staškutė I. 2014. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6), p.3.
66. Strukčinskienė B., Griškonis S., Raistenskis J. 2011. 10-14 metų amžiaus vaikų traumų mokykloje ypatumai ir prevencijos galimybės. *Sveikatos mokslai*, 21(4), p.16.
67. Šalčiūtė G., Žiupsnienė D., Simanuskas K., Kasiulevičius V., Šapoka V. 2015. Ar dažnai lėtinės ligos sukelia depresijos epizodus? *Sveikatos mokslai*, 25(2), p.62, 64, 65, 67.
68. Šeškevičius A., Valiulienė Ž., Gudalienė-Gudelevičienė L. 2014. Paliatyviosios pagalbos samprata ir principai. *Sauga. Mokslas ir praktika*, Nr.1, p.4, 5.
69. Šukytė E., Čepukienė V. 2017. Senyvo amžiaus žmonių požiūris į senatvę ir psichologinio atsparumo reikšmė jų gyvenimo kokybei. *Visuomenės sveikata*, 1(76). p.74, 75.

70. Šurkienė G., Stukas R., Alekna V., Melvidaitė A. 2012. Populiacijos senėjimas kaip visuomenės sveikatos problema. *Gerontologija*, 13(4), p.235, 236.
71. Tamulaitienė M., Alekna V., Strazdienė V., Mastavičiūtė A. 2010. Šlaunikaulio viršutinės dalies lūžių dažnumas Vilniaus mieste 2006 metais. *Gerontologija*, 11(1), p.7, 8.
72. Tamušauskaitė J., Vasyliūtė I., Drungilienė D., Mockienė V. 2015. Depresija sergančių asmenų gyvenimo kokybė. *Visuomenės sveikata*, Nr.1, p.42.
73. Toma M, Chimorgiachis A. 2007. Depression in schizophrenia. *Romanian Journal of Psychopharmacology*, 7(1-2), p.2.
74. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *World Population Ageing 2017 - Highlights (ST/ESA/SER.A/397)*. p.1-15.
75. Vaitkaitienė E., Makari J., Zaborskis A. 2007. Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos nulemtos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai. *Medicina*, 43(7), p.476.
76. Vaitukaitis G., Petryla G., Šatkauskas I., Uvarovas V. 2017. Dubens nepakankamumo lūžiai: diagnostika ir gydymo prioritetai. *Lietuvos chirurgija*, 16(3-4), p.162.
77. Valstybinis psichikos sveikatos centras. 2018. p.4.
78. Van de Ree C., Landers M., Kruithof N., Munter L.D., Slaets J., Gosens T., Jongh M. 2019. Effect of frailty on quality of life in elderly patients after hip fracture: a longitudinal study. *BMJ journals*, 9(7), p.1.
79. Van den Berg M., Verdijk N.A., Leusink G.L., Wijnands-van Gent C.J., Romeijnders A.C., Pop V.J., Van den Bergh J.P. 2011. Depression after low-energy fracture in older women predicts future falls: a prospective observational study. *van den Berg et al. BMC Geriatrics*, 11(73), p.2.
80. Vijayvargiya M., Pathak A., Gaur S. 2016. Outcome Analysis of Locking Plate Fixation in Proximal Humerus Fracture. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(8), p.1.
81. Vildžiūnaitė K., Šinkariova L. 2016. Apatinių galūnių amputaciją patyrusių vyrų taikomų įveikos strategijų sąsaja su patiriamais potrauminio streso sutrikimo simptomais. *Psichologija*, vol.53, p.78, 79.
82. Viprey M., Caillet P., Canat G., Jaglal S., Haesebaert J., Chapurlat R., Schott A.N. 2015. Low Osteoporosis Treatment Initiation Rate in Women after Distal Forearm or Proximal Humerus Fracture: A Healthcare Database Nested Cohort Study. *PLOS ONE*, 10(12), p.2.
83. Williams J.R.. 2005. *Medicinos etikos vadovas*. Vilnius.
84. Williams L.J., Berk M., Henry M.J., Stuart A.L., Brennan S.L., Jacka F.N., Pasco J.A. 2014. Depression following fracture in women: a study of age-matched cohorts. *BMJ journals*, 4(2), p.1.

85. Xia Z.N., Xiao K., Zhu W. ir kt. 2018. Risk assessment and management of preoperative venous thromboembolism following femoral neck fracture. Xia et al. Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 13(291), p.2.
86. Öztürk Z.A., Özdemir S., Türkbeyler I.H., Demir Z. 2017. Quality of life and fall risk in frail hospitalized elderly patients. Turkish Journal of Medical Sciences, 13(47), p.1377.

PRIEDAI

Gerb. Apklausos Dalyvi (-e),

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos II kurso studentė Agnė Maldutienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – įvertinti pagyvenusio amžiaus pacientų, patyrusių galūnių lūžius, gyvenimo kokybės ir depresijos sąsajas. Jūsų nuomonė labai svarbi. Apklausa – 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 Agnę Maldutienę (tel. 865021191) arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558).

Instrukcija: Šiame klausimyne teiraujamasi apie kai kuriuos nusiskundimus sveikata bei šių nusiskundimų stiprumą ir dažnumą per paskutiniąsias savaites, taip pat apie Jūsų gyvenimo kokybę, sveikatą ir kitas Jūsų gyvenimo sritis. Prašome atsakyti į visus klausimus. Jeigu dėl kurio nors atsakymo abejojate, pasirinkite ir pažymėkite tą, kuris atrodo teisingiausias. Toks dažniausiai ir būna pirmas, jums į galvą atėjęs atsakymas. Atsakydami į klausimus pergalvokite savo gyvenimo būdą, lūkesčius, džiaugsmus ir rūpesčius. Prašytume įvertinti, kaip Jūs jautėtės per paskutiniąsias savaites.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

(Pabraukite teisingą atsakymą)

1. Lytis.
 Moteris Vyras
2. Amžius.
 60-70m. 71-80m. >80m.
3. Gyvenamoji vieta.
 Miestas Miestelis Kaimas
4. Kurios galūnės traumą patyrėte?
 Viršutines Apatines
5. Ar tai pirmoji Jūsų patirta trauma?
 Taip Ne
6. Traumos priežastis.
 Griuvimas Osteoporoziniai susirgimai Nelaimingas atsitikimas

7. **Apskritai**, ar galite sakyti, kad Jūsų sveikata yra:

(Prašau pažymėti vieną atsakymą)

Puiki	<input type="checkbox"/>	Labai gera	<input type="checkbox"/>	Gera	<input type="checkbox"/>
Nebloga	<input type="checkbox"/>	Bloga	<input type="checkbox"/>		

8. **Palyginus prieš 1 metus**, kaip pasikeitė Jūsų sveikata dabar:

(Prašau pažymėti vieną atsakymą)

Žymiai geresnė, negu prieš 1 metus	<input type="checkbox"/>	Truputį geresnė, negu prieš 1 metus	<input type="checkbox"/>
Panaši, kaip ir buvo	<input type="checkbox"/>	Truputį blogesnė, negu prieš 1 metus	<input type="checkbox"/>
Žymiai blogesnė, negu prieš 1 metus	<input type="checkbox"/>		

SVEIKATA IR KASDIENINĖ VEIKLA

9. Šie klausimai yra apie veiklą, kurią Jūs atliekate kasdien. Ar Jūsų sveikata riboja šią veiklą? Jei taip, tai kiek?

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	Taip, labai riboja	Taip, truputį riboja	Ne, neriboja visai
a) Energinga veikla , tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, dalyvavimas įtemptame sporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vidutinio sunkumo veikla , tokia kaip stalo perstūmimas, valymas dulkių siurbliu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kėlimas ir nešimas maisto prekių	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lipimas keletą aukštų laiptais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Taip, labai riboja	Taip, trupučių riboja	Ne, neriboja visai
e) Lipimas vieną aukštą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Pasilenkimas, klūpojimas ar stovėjimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ėjimas daugiau negu 1,5 kilometro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ėjimas pusę kilometro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ėjimas 100 metrų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Prausimasis ir apsirengimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. **Per pastarąsias 4 savaites**, ar Jūs turėjote kokių nors išvardintų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdienine veikla **dėl fizinės sveikatos**?

(Prašau atsakykite TAIP arba NE į kiekvieną klausimą)

	TAIP	NE
a) mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) atlikote mažiau, negu Jūs norėtumėte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) apribojote darbo rūšį ar kitą veiklą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) iškilo sunkumai atliekant darbą ar kitą veiklą (pvz.: reikia žymiai daugiau pastangų)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. **Per pastarąsias 4 savaites**, ar Jūs turėjote kokių nors išvardintų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdienine veikla **dėl kokių nors emocinių problemų** (tokių kaip depresijos ar nerimo jautimas)?

(Prašau atsakykite TAIP arba NE į kiekvieną klausimą)

	TAIP	NE
a) mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) atlikote mažiau, negu norėtumėte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. **Per pastarąsias 4 savaites**, kaip Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos trukdė Jums bendrauti su šeima, draugais, kaimynais ar grupėmis?

(Prašau pažymėti vieną langelį)

- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Ne, visiškai ne | <input type="checkbox"/> | Nežymiai | <input type="checkbox"/> | Vidutiniškai | <input type="checkbox"/> |
| Gana nemažai | <input type="checkbox"/> | Ypatingai | <input type="checkbox"/> | | |

13. Kokio intensyvumo būdavo kūno skausmai per pastarąsias 4 savaites?

(Prašau pažymėti vieną langelį)

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Nebuvo | <input type="checkbox"/> | Labai silpni | <input type="checkbox"/> | Silpni | <input type="checkbox"/> |
| Vidutinio intensyvumo | <input type="checkbox"/> | Sunkūs | <input type="checkbox"/> | Labai sunkūs | <input type="checkbox"/> |

14. Per pastarąsias 4 savaites, kaip skausmas pertraukė Jūsų normalų darbą (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namie)?

(Prašau pažymėti vieną langelį)

- | | | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Ne, visai ne | <input type="checkbox"/> | Labai nedaug | <input type="checkbox"/> | Vidutiniškai | <input type="checkbox"/> |
| Gana nemažai | <input type="checkbox"/> | Ypatingai | <input type="checkbox"/> | | |

JŪSŲ JAUSMAI

15. Šie klausimai yra apie Jūsų savijautą ir kaip Jūs tai apibūdintumėte per paskutinį mėnesį. (Kiekvienam klausimui parinkite po vieną atsakymą).

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

- | | Visada | Dažniau-
siai | Kartais | Retkar-
čiais | Retai | Niekada |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį: | | | | | | |
| a) Ar Jūs jautėte gyvenimo pilnatvę? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ar Jūs buvote labai nervingas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ar Jūs jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksinti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Ar Jūs jautėtės ramus ir taikus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Visada | Dažniau-
siai | Kartais | Retkar-
čiais | Retai | Niekada |
| e) Ar Jūs turėjote daug energijos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

f) Ar Jūs jautėtės nuliūdęs ir niūrus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ar Jūs jautėtės išsisėmęs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ar Jūs buvote laimingas žmogus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ar Jūs jautėtės pavargęs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ar Jūsų sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą (kaip draugų ar artimų giminių lankymas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENDRA SVEIKATA

16. Prašau parinkti atsakymą, kuris geriausiai išreiškia **teisingas** ar **klaidingas** Jums yra kiekvienas iš šių tvirtinimų?

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	Tiksliai teisingas	Dažniausiai teisingas	Nesu įsitikinęs	Dažniausiai klaidingas	Tiksliai klaidingas
a) Man atrodo, kad aš labiau linkęs sirgti negu kiti žmonės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Aš esu toks sveikas kaip ir kiti, ką aš pažįstu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aš manau, kad mano sveikata blogės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mano sveikata puiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Instrukcija: Kiekviename žemiau esančiame stulpelyje pažymėkite žymę, kuri geriausiai apibūdina, kaip dažnai Jūs jautėtės ir elgėtės per pastarąsias kelias dienas.

	Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites jus kamavo kurios nors iš šių problemų?	<i>Visai nekamavo</i>	<i>Keletą dienų</i>	<i>Daugiau nei pusė iš visų dienų</i>	<i>Beveik kiekvieną dieną</i>
17.1.	Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus.	0	1	2	3
17.2.	Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai).	0	1	2	3
17.3.	Sunkumas užmigti ar išmiegoti, arba per ilgą miegojimą.	0	1	2	3
17.4.	Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas.	0	1	2	3
17.5.	Prastas apetitas arba persivalgyimas.	0	1	2	3
17.6.	Prasta savijauta – pojūtis, kad esate nevykėlis (-ė) arba kad nuvylėte save ar savo šeimą.	0	1	2	3
17.7.	Sunkumas susikoncentruoti ties tokiais dalykais, kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas.	0	1	2	3
17.8.	Judėjimas ar kalbėjimas taip lėtai, kad kiti žmonės galėjo pastebėti? Arba atvirkščiai – buvimas tokiam (-ai) neramiam (-ai) ar nenustygstančiam (-ai), kad judėjote daug daugiau nei įprasta.	0	1	2	3
17.9.	Mintys, kad jums būtų geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą kokių nors būdu	0	1	2	3

Bendra balų suma:

17.10. Jei pažymėjote kokias nors problemas, kaip šios problemos apsunkino jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis? (Pabraukite)

Visai neapsunkino Šiek tiek apsunkino Labai apsunkino Ypač apsunkino

Autorstės teisės ginamos. Autorius: Dr. Robert J. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke.

AČIŪ, KAD ATSAKĖTE Į KLAUSIMUS.