

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO
SLAUGOS KATEDRA**

**ANTIPSICHOTIKUS VARTOJANČIŲ PACIENTŲ
SUBJEKTYVIOS SAVIJAUTOS IR GYDYMO
REŽIMO NESILAIKYMO SĄSAJOS**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL19, stud. Rima Stupurienė

Vadovas

Doc. dr. Saulius Raugelė

Klaipėda, 2021

TURINYS

IVADAS	7
I. ANTIPSICHOTIKUS VARTOJANČIŲ PACIENTŲ SUBJEKTYVIOS SAVIJAUTOS IR GYDYMO REŽIMO NESILAIKYMO SĄSAJOS	9
1.1. Subjektyvios savijautos, vartojant antipsichotikus, suvokimas.....	10
1.1.1. Šizofrenijos spektro sutrikimai ir jų gydymas.....	11
1.1.2. Antipsichotikai ir jų šalutinis poveikis.....	12
1.2. Pacientų gydymo režimo nesilaikymas.....	13
1.2.1. Atkryčio definicija sergant šizofrenijos spektro sutrikimais.....	15
1.2.2. Sociodemografinių veiksnių sąsajos su rehospitalizacija.....	16
1.2.3. Psichoedukacijos reikšmė gydymo režimo laikymuisi.....	17
II. EMPIRINĖ DALIS	20
2. 1. Tyrimo metodika	20
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	22
2.1.2. Tyrimo metodai	24
2.1.3. Tyrimo instrumentas	26
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga	28
2.1.5. Tyrimo etika	29
2.2. Tyrimo rezultatai	30
2.2.1. Pacientų, vartojančių antipsichotikus, subjektyvios savijautos vertinimas.....	30
2.2.2. Pagrindiniai, antipsichotikus vartojančių pacientų, gydymo režimo nesilaikymo aspektai.....	33
2.2.3. Šizofrenijos spektro susirgimais sergančių pacientų subjektyvios sveikatos sąsajos su gydymo režimo nesilaikymu.....	37
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	38
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	42
LITERATŪRA	44
PRIEDAI	51

SANTRAUKA

Stupurienė R. Antipsichotikus vartojančių pacientų subjektyvios savijautos ir gydymo režimo nesilaikymo sąsajos. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas doc. dr. S. Raugelė. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2020. – 51 p.

Gydymo režimo nesilaikymas išlieka pagrindiniu iššūkiu ilgalaikiame, šizofrenija sergančių pacientų gydyme, nes tai sukelia atkrytį ir pakartotinę hospitalizaciją. Gydymo režimo nesilaikymas yra stipriai susijęs su neigiamu - subjektyviu atsaku į antipsichozinius vaistus, kurį sudaro subjektyvus neigiamas vaistų poveikio patyrimas ir požiūris į gydymą. Norint pagerinti vaistų vartojimą reikia žinoti svarbiausius veiksnius atsakingus už jų nevartojimą, kad būtų galima suplanuoti tinkamas valdymo strategijas.

Tyrimo tikslas: nustatyti antipsichotikus vartojančių pacientų subjektyvios savijautos ir gydymo režimo nesilaikymo sąsajas.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas. Naudoti instrumentai: du standartizuoti klausimynai (MARS - Medication Adherence Rating Scale (Thompson et al., 2000)) ir SWN-K (The Subjective Well-Being Under Neuroleptics Scale (Naber, 2001)). Taikytas statistinis duomenų apdorojimas „SPSS 23.0 for Windows“ programų paketu. Imtį sudarė: 95 respondentai. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Nustatyta, jog tiriamųjų prastesnė subjektyvi savijauta susijusi su fizine ir emocine būkle, bei su vyresniu amžiumi. Fizinį funkcionavimą žymiai prasčiau vertino moterys nei vyrai. Vieniši tiriamieji žymiai prasčiau vertino protinį funkcionavimą. Dažniausia gydymo režimo nesilaikymo priežastis buvo užmaršumas. Apie pusė tiriamųjų kartais nustodavo vartoti vaistus, kai pasijausdavo geriau arba atvirksčiai, pasijausdavo blogiau. Neatsakingiausių požiūrį į paskirtų vaistų vartojimą turėjo vidutinio (31-50 metų) amžiaus tiriamieji. Tik apie pusė apklaustųjų yra nusiteikę laikytis gydymo režimo.

Išvada. Nustatytas statistiškai reikšmingas teigiamas ryšys tarp vaistų vartojimo rodiklio ir subjektyvios savijautos apibendrinto rodiklio, bei visų jos sričių, iš kurių stipriausias ryšis - su socialine integracija.

Raktažodžiai: šizofrenija, antipsichotikai, subjektyvi savijauta, gydymo režimo nesilaikymas.

SUMMARY

Stupurienė R. Connection Between Subjective Well-Being and Non-Compliance with the Treatment Regimen among Patients Taking Antipsychotics. Master of Nursing thesis. Advisor Assoc. prof. Dr. S. Raugelė. Klaipėda University: Klaipėda, 2020. – 51 page

Failure to observe treatment regimen remains the main challenge in long-term treatment of patients being ill with schizophrenia since it causes relapse and repeated hospitalization. Failure to observe treatment regimen is closely related to the negative – subjective response to antipsychotic drugs which consists of the subjective negative experience related to effects of drugs and attitude to treatment. In order to improve the use of drugs it is necessary to be aware of the most important factors responsible for their non-use, so that to plan any relevant management strategies.

Aim of the research: to determine the links of subjective well-being and failure to observe treatment regimen among patients taking antipsychotics.

Methodology of the research. A qualitative research was conducted. Instruments used: two standardized questionnaires (MARS - Medication Adherence Rating Scale (Thompson et al., 2000)) and SWN-K (The Subjective Well-Being Under Neuroleptics Scale (Naber, 2001)). Statistical data processing was applied by means of „SPSS 23.0 for Windows“ program packet. The sample consisted of 95 respondents. The research was conducted by following the principles of ethics.

Results of the research. It was established that a poorer subjective well-being of the respondents is related to their physical and emotional state and also to a senior age. Physical functioning was rated much worse by women than men. Mental functioning was rated much worse by single respondents. The most frequent reason for failure to observe treatment regimen was forgetfulness. Approximately a half of the respondents at times stopped taking medicine when they felt better or vice versa, when they felt worse. Irresponsible attitude towards the use of the drugs prescribed was among the middle-aged respondents (31-50 years old). Only as much as a half of the respondents tend to observe the treatment regimen.

Conclusion. Statistically significant positive link between the rate of drug use and the generalized rate of subjective well-being and all its areas was established, out of which the strongest link is that with the social integration.

Key words: schizophrenia, antipsychotics, subjective well-being, failure to observe treatment regimen.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos	24
2.	Klausimynų vidinis patikimumas	28
3.	Tiriamųjų, sutikusių su vaistų vartojimo skalės (MARS) teiginiais ^a , pasiskirstymas ir suminio rodiklio skirtumas priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus	35
4.	Tiriamųjų, sutikusių su vaistų vartojimo skalės (MARS) teiginiais ^a , pasiskirstymas ir suminio rodiklio skirtumas priklausomai nuo tiriamųjų lyties	36
5.	Tiriamųjų, sutikusių su vaistų vartojimo skalės (MARS) teiginiais ^a , pasiskirstymas ir suminio rodiklio skirtumas priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo	36
6.	Tiriamųjų, sutikusių su vaistų vartojimo skalės (MARS) teiginiais ^a , pasiskirstymas ir suminio rodiklio skirtumas priklausomai nuo tiriamųjų šeiminės padėties	37
7.	Tiriamųjų, sutikusių su vaistų vartojimo skalės (MARS) teiginiais ^a , pasiskirstymas ir suminio rodiklio skirtumas priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus	37

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1.	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal SWN-K skalės neigiamų teiginių vertinimą	30
2.	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal SWN-K skalės teigiamų teiginių vertinimą	30
3.	Subjektyvios savijautos sričių vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje	31
4.	Subjektyvios savijautos sričių vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų lyties	31
5.	Subjektyvios savijautos sričių vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus	32
6.	Subjektyvios savijautos sričių vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo	32
7.	Subjektyvios savijautos sričių vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų šeiminės padėties	33
8.	Vaistų vartojimo grafiko laikymasis	34
9.	Požiūris į vaistų vartojimą	34
10.	Požiūris į vaistų sukeltą neigiamą šalutinį poveikį	34

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1.	Anketa	53
2.	Leidimas naudoti MARS klausimyną	57
3.	MARS klausimyno aprašas	58
4.	MARS klausimynas anglų kalba	59
5.	MARS klausimynas lietuvių kalba	60
6.	Leidimas naudoti SWN-K klausimyną	61
7.	SWN-K klausimynas anglų kalba	62
8.	SWN-K klausimynas lietuvių kalba	63

ĮVADAS

Gydymo režimo nesilaikymas išlieka pagrindiniu iššūkiu ilgalaikiame, šizofrenija sergančių pacientų gydyme. Nepakankamas supratimas apie ligą, neigiamas antipsichozinių vaistų poveikis, kognityvinis deficitas, pablogėjusi gyvenimo kokybė, trūkstama socialinė parama ir neigiamas požiūris į vaistus yra pagrindinės priežastys, dėl ko pacientai nesilaiko gydymo režimo. Skiriant senosios kartos (tipinius) antipsichozinius vaistus, pagrindinis dėmesys buvo skiriamas objektyviems rezultatams (pvz., neigiamų simptomų sumažinimui), o tiriant subjektyvius pacientų pojūčius, tyrimų atlikta mažai. Pastaruoju metu, pradėjus pacientus gydyti naujos kartos antipsichotikais, vis labiau atsižvelgiama į subjektyvius pacientų skundus, tokius kaip užslopinti jausmai ir emocijos, abejingumas aplinkai, interesų sumažėjimas bei sunkumai priimant sprendimus (Widschwendter, Kemmler ir Hofer, 2018).

Japonijos mokslininkai padarė išvadas, kad gydant antipsichotikais, svarbu atsižvelgti ir į subjektyvų vaistų toleravimą tarp vyrų ir moterų, nes pacientai skirtingai vertina įvairius, naujos kartos antipsichotinius vaistus. Abiejų lyčių vertinimai neturėtų būti vienodi, nes skiriasi tiek požiūris į vaistus, tiek paskirtos dozės, tiek vaistų tolerancija (Barbui et al., 2015).

Daugelio autorių (Bjornestad, 2018; Naber, 2017; Veseth, 2018) nuomone, tarp gydymo poreikio suvokimo ir neigiamo vaistų poveikio yra neatsiejamas ryšys. Ilgą laiką ši tyrimų sritis buvo apleista. Pastaruoju metu, atsiradus naujos kartos antipsichotikams, tyrimai vėl suintensyvėjo, atkreipiant dėmesį į subjektyvią patirtį diagnozuojant šizofreniją ir gyvenant su susijusiais simptomais. Svarbiausias pastarojo dešimtmečio pokytis yra atkreiptas dėmesys į paciento perspektyvą. Jo subjektyvi savijauta, dažnai nepakitusi ar net pablogėjusi, vartojant tipinius antipsichotikus, ilgą laiką buvo ignoruojama. Viena iš priežasčių buvo išankstinis nusistatymas, kad šizofrenija sergantys pacientai nesugeba patys įvertinti savo gyvenimo kokybės. Tačiau daugybė pranešimų, per pastaruosius 10 metų tai paneigė, įvertinant tai, jog pacientas nėra psichozės būsenoje ar neturi sunkių pažinimo sutrikimų. Dar viena ignoravimo priežastis buvo manymas, kad patys gydytojai gali „objektyviai“ įvertinti paciento savijautą ir nuspręsti kokie medikamentai jam tinka (Widschwendter et al., 2018).

Pasitenkinimas gydymu yra stipriai susijęs su pacientų pasirengimu vartoti vaistus taip, kaip nurodyta, taigi ir su bendradarbiavimo gydyme rezultatu. Dauguma klinikinių rezultatų įtakojami paties paciento subjektyvios gydymo patirties, o klinikiniai rezultatai įtakoja tolimesnį vaistų vartojimą ir gyvenimo kokybę (Dorozenko ir Martin, 2017).

Vienas veiksmingiausių procesų, padedančių pagerinti medikamentų vartojimą yra psichoedukacija. Į šį procesą įtraukiami pacientai, jų artimieji ir draugai, supažindinami su liga, jos įtaką tolimesniam gyvenimui, mokomi kaip išvengti ligos atkryčio, adaptuotis visuomenėje (Alizioti ir Lyrakos, 2019).

Tyrimo objektas. Sąsaja tarp antipsichotikus vartojančių pacientų subjektyvios savijautos ir gydymo režimo nesilaikymo.

Tyrimo subjektas. Pakartotinai stacionarizuoti pacientai, vartojantys antipsichotikus.

Tyrimo tikslas. Nustatyti antipsichotikus vartojančių pacientų subjektyvios savijautos ir gydymo režimo nesilaikymo sąsajas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti subjektyvią pacientų savijautą, vartojant antipsichotikus.
2. Išnagrinėti pagrindinius, antipsichotikus vartojančių pacientų, gydymo režimo nesilaikymo aspektus.
3. Nustatyti šizofrenijos spektro susirgimais sergančių pacientų subjektyvios sveikatos sąsajas su gydymo režimo nesilaikymu.

Hipotezė. Antipsichotikus vartojantys pacientai yra nelinkę laikytis gydymo režimo, o neigiama subjektyvi savijauta yra glaudžiai su tuo susijusi.

Tyrimo metodai:

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

I. ANTIPSICHOTIKUS VARTOJANČIŲ PACIENTŲ SUBJEKTYVIOS SAVIJAUTOS IR GYDYMO REŽIMO NESILAIKYMO ŠAŠAJOS

Skiriami antipsichoziniai vaistai yra kaip pagrindinis gydymo būdas žmonėms, sergantiems šizofrenijos spektro susirgimais. Nepaisant teigiamos gydymo naudos, vaistų vartojimo nutraukimo dažnis yra didelis. Tyrimai, tiriantys veiksnius, susijusius su gydymo režimo nesilaikymu, rodo nenuoseklius rezultatus. Priežastys, dėl kurių gali būti nesilaikoma gydymo režimo, yra mažai ištirtos. Anksčiau niekas nesidomėjo šia sritimi, nes manė, jog neįmanoma to pakeisti, bei vyravo klaidinga nuomonė, kad šizofrenija sergantys pacientai negali subjektyviai įvertinti savo gyvenimo kokybės. Tačiau daugybė tyrimų parodė, kad 63–95% remisijos būsenoje esančių pacientų geba patys įvertinti savo emocinę savijautą ar gyvenimo kokybę (Wade, Tai ir Haddock, 2017).

Pasak Goštauto, Miežienės ir Ivinkinos (2010), savo sveikatos vertinimas – tai subjektyvus sveikatos matas, apimantis funkcionavimo fizinėje, psichologinėje ir socialinėje srityse vertinimą, susijęs su asmens gyvenimo kokybe, apima motyvaciją įsitraukti į visuomeninę veiklą bei atspindi žmogaus galimybes funkcionuoti organizacijoje. Atsižvelgiant į vaistų vartojimo rodiklius, esamas lėtines ligas, naudojimosi gydymo paslaugomis dažnį, mirtingumą, galima nustatyti kaip atsakingai pacientai vertina savo sveikatą, kaip požiūris ir jausmai tai įtakoja.

Nors psichofarmakologijos pažanga yra labai ryški, daugelis pacientų atsisako vartoti vaistus dėl neigiamos subjektyvios reakcijos į juos. Ghimire (2017) atliko 16 mėnesių stebėjimo tyrimą su šizofrenijos spektro susirgimais sergančiais pacientais ir nustatė, jog didėjant informuotumui apie gydymo reikalingumą, pagerėjo vaistų vartojimas.

Subjektyvus atsakas į vaistus yra viena iš dažniausiai pasitaikančių priežasčių, kodėl pacientai nutraukia gydymą. Tai rodo, kad gydytojai turėtų paaiškinti apie neigiamų simptomų išnykimo laiką pradėjus vartoti vaistus, ir aptarti galimybes pakeisti medikamentą kitu, negavus laukiamo efekto. Psichoziniai simptomai gali įtakoti manymą, kad vaistai yra nuodai, o klausos haliucinacijos gali nurodyti asmeniui nevirtoti vaistų. Kaip teigia medicininės priežiūros modelis, pacientams neretai daromas spaudimas vartoti vaistus griežtai pagal nurodymus, neieškant jokio kompromiso (Petti, Taube ir Court, 2015).

Austrų mokslininkai nustatė, kad psichiatrų įsitikinimai apie tam tikro antipsichozinio vaisto toleravimą ir tinkamumą, nebūtinai atspindi paciento savijautą ir požiūrį į vaistus. Tai galima įvardinti kaip intensyviai stacionarų ir psichikos sveikatos centrų pastangas aktyviai šalinti nepageidaujamus ligos reiškinius, pamirštant apie subjektyvią pacientų savijautą (Widschwendter et al., 2018).

Pacientai dažnai jaučiasi taip, tarsi teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas būtų ignoruojami jų subjektyvūs poreikiai. Švedijoje atlikto tyrimo duomenimis psichozinė patirtis buvo

vertinama kaip normalaus, įprasto ir racionalaus gyvenimo pažeidimas. Tai apima atšiaurų santykį su savimi, kitais ir pasauliu (Hammann, 2017).

Ryšys tarp šalutinio poveikio ir gydymo režimo nesilaikymo yra sudėtingas o įsitikinimai apie ligą ar gydymą konsultacijų metu nėra aptarinėjami. Pacientai dažnai teigia, kad problema yra ne šalutinis poveikis, o žinių trūkumas apie kiekvieno šalutinio poveikio pavojų, taip pat įgūdžių, kaip sušvelninti šalutinius poveikius stoka. Subjektyvūs pojūčiai, o ne objektyvus šalutinio poveikio sunkumas gali būti svarbiausi vertinant galimą požiūrį į vaistus. Pacientas, manantis, kad vaistas yra naudingas ir svarbus jo sveikimui, gali jį toliau vartoti, nepaisant to, kad jis sukelia reikšmingą šalutinį poveikį. Priešingai, pacientas, kuris mato mažai naudos iš vaistų ir nėra įsitikinęs dėl savo diagnozės ar farmakoterapijos poreikio, gali nutraukti gydymą, jei pasireiškia pirmieji šalutinio poveikio požymiai, kitiems pacientams sukelti palyginti nedidelius nepatogumus. Tokiu atveju galima teigti, kad pagrindinė gydymo režimo nesilaikymo priežastis yra paciento požiūris į vaistus, o ne šalutinis poveikis. Palengvinta prieiga pas psichiatrą, reguliarūs personalo priminimai apie vaistų vartojimo svarbą, nuolatinės konsultacijos su vienu gydytoju ir pakankamas laiko skyrimas susitikimams, aptariant priimtus sprendimus, taip pat gali padėti laikytis taisyklių (Tessier, Boyer ir Misdrahi (2017).

Šizofrenija sergančių pacientų gydymo režimo nesilaikymas kelia didžiausią susirūpinimą, nes tai sukelia atkrytį ir pakartotinę hospitalizaciją. Nesilaikymas yra stipriai susijęs su neigiamu-subjektyviu atsaku į antipsichozinius vaistus, kurį sudaro subjektyvus neigiamas vaistų poveikio patyrimas ir požiūris į gydymą. Atkrytis dažnai lemia padidėjusią negalią, gydymo atsparumo vystymąsi, gali progresuoti smegenų struktūros pokyčiai (Fischel et al., 2013).

1.1. Subjektyvios savijautos vartojant antipsichotikus suvokimas

Subjektyvus ligos patyrimas reiškia asmens išgyvenamą psichokultūrinį ligos suvokimą. Subjektyvi patirtis gali skirtis priklausomai nuo etninės priklausomybės, amžiaus, lyties ir socialinės bei ekonominės padėties ir yra dinamiškas procesas, kuris dažniausiai kinta skirtingais asmens gyvenimo tarpsniais, bei esant skirtingoms aplinkybėms. Subjektyvi antipsichozinių vaistų vartojimo patirtis tarp asmenų, sergančių rimtomis psichikos ligomis yra labai įvairi. Kai kurių asmenų patiriami stiprūs neigiami emociniai ir fiziniai pojūčiai, vartojant antipsichozinius vaistus, gali skatinti paskirto gydymo režimo nesilaikymą, bei būti blogo gydymo rezultato ar net savižudybės priežastimi. Nepaisant reikšmingo šalutinio vaistų poveikio, kai kurie asmenys suvokia gydymo vaistais pranašumą. Kiti asmenys suvokia tiek teigiamus, tiek neigiamus medikamentinio gydymo antipsichotikais aspektus, tačiau ne visada geba lengvai prisitaikyti prie subjektyvaus atsako į vartojamų vaistų poveikį. Antipsichozinius vaistus vartojantys asmenys nesugeba šalutinio

vaistų poveikio ir ligos simptomų įvertinti kaip atskirų problemų, tačiau vaistus apibūdino kaip „gerus“ ir „baisius“, remdamiesi savo ilgalaikio gydymo patirtimi. Kai kurie pacientai išreiškia nuomonę, kad gydytojai neatsižvelgia į jų pageidavimus skiriant vaistus, ar koreguojant gydymą, jei juos laikė netinkamais. Vertinant bendrą gydymo kontekstą, kuriame, subjektyvi paciento patirtis apima santykį su gydančiu personalu, kultūrinę ir socialinę aplinką, specifinio antipsichozinio gydymo stigmatizavimą, gali būti sunku įvertinti gydymo rezultatus, nepriklausomai nuo tokių veiksnių kaip simptomai ir žinios apie ligą. Vis tik svarbiausias yra šalutinis vaistų poveikis (Sajatovic ir Jenkins, 2009).

Savęs stigmatizacija yra stipriai susijusi su neigiamu požiūriu į vaistus šizofrenijos spektro susirgimų atvejais. Pažymima, jog beveik kas dešimtas pacientas nenori vartoti vaistų gėdydamiesi ligos, skirto gydymo, arba bijodami patirti stigmatizaciją. Gėdos jausmas, stigma dėl vartojamų vaistų ar ligos, tarp pacientų, vartojančių įprastinius geriamus neuroleptikus ar atipinius antipsichotikus, reikšmingai nesiskiria. Nustatyta, jog gausūs neigiami ekstrapiramidiniai simptomai sąlygoja neigiamą pacientų požiūrį į vaistus, nepriklausomai nuo to kokius antipsichotikus vartoja (Feldhaus et al., 2018).

Šizofrenija yra ilgalaikis psichikos sutrikimas, turintis įtakos svarbioms psichinėms funkcijoms ir reikalaujantis neapibrėžto gydymo, taip pat psichosocialinės ir ekonominės paramos. Chlorpromazino, pirmojo antipsichotiko sukūrimas ir vėlesnis panašių dopaminą blokuojančių antipsichozinių vaistų sąrašo papildymas pakeitė šizofrenijos gydymą, nes vaistai tapo kertiniu klinikinių simptomų valdymo akmeniu. Entuziazmas, palankiai įvertinęs antipsichozinių vaistų sukūrimą, netrukus nurimo suprantant, kad jie sukelia reikšmingą šalutinį poveikį, pavyzdžiui, ekstrapiramidinius simptomus. Tuo metu mažiau žinomas šalutinis poveikis buvo subtilus subjektyvus šalutinis poveikis, dėl kurio pacientai nemėgo vaistų ir galiausiai nutraukė jų vartojimą, sukeldami rimtas pasekmes, atsirandančias dėl dažnų atkryčių, reikalaujančių hospitalizacijos, prastų rezultatų ir didesnių sveikatos priežiūros išlaidų. Per pastaruosius 30 metų išplėtotą specialią subjektyvaus vaistų toleravimo tyrimo programą leido nustatyti „subjektyvaus toleravimo“ antipsichoziniams vaistams konstrukcijos pagrįstumą, taikant tyrimų metodikas, kurių reikia bet kokiam moksliniam tyrimui. Sukurti apibrėžimai, patikimos matavimo priemonės, sukonstruoti psichosocialiniai ir neurobiologiniai koncepciniai modeliai (Awad, 2019).

1.1.1. Šizofrenijos spektro sutrikimai ir jų gydymas

Šizofrenija yra lėtinis psichinis sutrikimas, paveikiantis žmogaus mąstymą, jausmus ir elgesį. Beveik 1,1 proc. pasaulio gyventojų, vyresnių nei 18 metų, serga šizofrenija. Rasinės, etninės ar ekonominės sąlygos, sergamumui šizofrenija neturi jokios įtakos. Šizofrenijos pasireiškimo dažnis skirtingose šalyse yra panašus. Šizofrenija patenka tarp 10 pagrindinių negalios

priežasčių. Sergančiųjų šizofrenija mirtingumas padidėja beveik 2,5 karto, o vidutinė gyvenimo trukmė sumažėja iki 18 metų. Todėl tinkamos psichiatrinės ir farmacinės priežiūros teikimas, įskaitant psichoedukaciją yra labai svarbus (Mishra, Krishna ir Kurian, 2017).

Šveicarijos psichiatras Jevgenijus Bleuleris pirmą kartą 1908 m. sugalvojo sąvoką „šizofrenija“, vertindamas ją kaip ligą, kurioje psichinės funkcijos yra suskaidytos, išskiriant „pagrindinius simptomus“ (kliesiai, haliucinacijos, jausmų, mąstymo, suvokimo bei valios sutrikimai), kurie buvo vertinami kaip patognomoniniai ir „pagalbinius simptomus“ (apatija, kalbos skurdumas, neadekvatumas, interesų praradimas), kurie gali būti esant ir kitiems sutrikimams. Šiuo metu pirmieji yra įvardijami kaip „teigiami simptomai“, o antrieji - kaip „neigiami simptomai“.

Šizofrenijos eigą galima suskirstyti į šias fazes:

- premorbidinė
- prodrominė
- pirmasis epizodas
- lėtinė

Premorbidinės stadijos pacientams dažnai būna subtilus kognityvinio, motorinio ir socialinio funkcionavimo deficitas. Šizofrenijos prodromas dažniausiai apibrėžiamas retrospektyviai kaip ikipsichozinė būseną, reiškianti nukrypimą nuo įprasto elgesio. Prodrominėje fazėje palaipsniui prasideda psichozinių simptomų (klaidingas suvokimas, pervertinti įsitikinimai, įkyrios idėjos) atsiradimas. Dažnai sumažėja pažintiniai ir socialiniai įgūdžiai. Psichoziniai simptomai, pasireiškiantys per pirmąjį šizofrenijos epizodą, dažniausiai turi ūmią ar klatingą pradžią. 75 % susirgusiųjų šizofrenija, liga pasireiškė nuo 15 iki 30 metų. Moterims liga pasireiškia šiek tiek vėliau nei vyrams (Abbott ir Keith, 2011).

Šizofrenija, kaip pažinimo ir elgesio sutrikimas, yra susijęs su tuo, kaip smegenys apdoroja informaciją. Nors farmakologinis šizofrenijos gydymas gali palengvinti psichozinius simptomus, tačiau vaistai paprastai nepagerina socialinio, kognityvinio ir profesinio funkcionavimo. Psichosocialinės intervencijos, tokios kaip kognityvinė elgesio terapija, psichoedukacija bei užimtumas, turi gydymo pridėtinę vertę, tačiau jos taikomos nenuosekliai. Atsižvelgiant į tai, kad šizofrenija prasideda daugelį metų prieš nustatant diagnozę, labai svarbu nustatyti rizikos grupių asmenis ankstyvosiose fazėse, bei iširti prevencinius metodus (Müller, 2018).

1.1.2. Antipsichotikai ir jų šalutinis poveikis

Psichotropiniai vaistai per paskutinius 70 metų pakeitė milijonų žmonių gyvenimus sumažindami ligos našą. Šių vaistų efektyvumas neginčijamas. Bet, kaip pažymėjo žinomas Amerikos chirurgas C. Everettas Koopas: „Vaistai veikia tik tuos, kurie juos vartoja“ (National Council Medical Director Institute, 2018).

Šizofrenijos spektro susirgimai gydomi antipsichotikais. Antipsichoziniai vaistai pašalina arba sumažina liguistus nuotaikos, emocijų, suvokimo, elgesio, mąstymo, sutrikimus. Išskiriamos dvi antipsichotikų grupės: tipiniai, dar vadinami pirmos kartos ir atipiniai, antros kartos antipsichotikai. Sparčiai populiarėja depo arba prailginto (prolonguoto) veikimo antipsichotikai. Šių vaistų skiriama, kai psichikos būseną stabilizuojama geriamaisiais antipsichotikais. Svarbiausia su pacientu bei jo artimaisiais aptarti ir išaiškinti palaikomojo gydymo svarbą, suteikti žinių apie vaistus, galimus šalutinius poveikius.

Nuo antros kartos antipsichozinių vaistų sukūrimo prasidėjo nauja šizofrenijos gydymo era. Dėl retesnių nepageidaujamų reiškinių šie vaistai ir buvo pavadinti atipiniais neuroleptikais. Didesnis jų terapinis veiksmingumas nei geriamųjų antipsichotikų neįrodytas, tačiau jie yra reikšmingi užtikrinant palaikomąją terapiją, naudingi ligos atkryčių prevencijai. Gauta įrodymų, kad pacientai skirtingai vertina ir naujos kartos antipsichotinius vaistus. Vaistų reikšmė psichiatrijoje nekelia abejonių, bet iškyla ir jų nepageidaujamo poveikio problema (Šiurkutė, 2018).

Ekstrapiramidinis šalutinis poveikis (akinezija, distonija, diskinezija) dažnai nurodomas kaip priežastis dėl ko nutraukiamas vaistų vartojimas. Jie glaudžiai susiję su pacientų bloga savijauta ir neigiamu subjektyviu atsaku į antipsichozinius vaistus. Neigiamas subjektyvus atsakas arba „neuroleptinė disforija“ yra glaudžiai susijęs su nesilaikymu. Kiti šalutiniai poveikiai kaip sedacija, svorio padidėjimas, lytinė disfunkcija, menstruacijų sutrikimai suprantami kaip probleminiai ir nepriimtini. Pacientai ir toliau vartos vaistus, nepaisant nemalonaus šalutinio poveikio, jei jie suvoks, jog vaistų nauda yra didesnė už šalutinių reiškinių sukeltus trūkumus.

Pacientai, kurie dažnai serga psichoziniais atkryčiais, taip pat sunkiau pasiekia ligos remisiją (Matsuda ir Kohno, 2016).

1.2. Pacientų gydymo režimo nesilaikymas

Gydymo režimo laikymasis (angl. *Adherence*) apibrėžiamas kaip paciento elgesys, kuris atitinka sveikatos priežiūros specialisto jam pateiktus patarimus ir rekomendacijas. Šis elgesys parodo paciento ir gydančio personalo terapinius santykius. Literatūroje aptinkamas ir kitas terminas *compliance*, apibūdinantis vaistų vartojimo režimo laikymąsi. Gydymo režimo laikymasis apima ir apsilankymus pas gydytoją, ir savo būklės stebėjimą, ir kasdienį aktyvumą. Jis gali būti nulemtas daugelio veiksnių: psichologinių, socialinių ir biologinių. Medikamentų vartojimas tinkamu apibūdinamas tada, kai vaistai vartojami nustatytu laiku ir tiksliai paskirtomis dozėmis, bei vartojami kasdien, o sergant šizofrenijos spektro susirgimais, dažnai ir visą gyvenimą. Suvoktas ligos keliamas pavojus sveikatai, bei su sveikata susijęs elgesys yra du svarbiausi gydymo režimo laikymosi komponentai, įtakojantys nuostatas gydymo atžvilgiu (Zamalijeva ir Jusienė, 2013).

Kritiškumo savo ligos atžvilgiu stoka yra viena svarbiausių šizofrenijos gydymo problemų. Ji gali pasireikšti nuo griežto savo ligos neigimo iki visiško gydymo atsisakymo, nesutinkant su diagnoze, bei paskirtų vaistų reikalingumu (Vredeveld, Hulshof ir Luijendijk, 2019).

Apskaičiuota, kad visame pasaulyje gydymo režimo laikosi tik apie 50% antipsichotikus vartojančių pacientų. Nors įprasti antipsichoziniai vaistai yra naudingi gydant šizofreniją, daugelis pacientų nustoja juos vartoti per keletą mėnesių. Tolimesnėje gydymo eigoje net 50% pacientų bando nutraukti vaistų vartojimą, o 80% jų nenaudoja taip kaip paskirta. Įprasti antipsichoziniai vaistai gali sukelti neigiamą poveikį potraukiams, emocijoms ir pažinimui, kurį jaučia pacientai, besiskundžiantys gyvenimo kokybės pablogėjimu, nors objektyvaus tyrimo metu jo gali ir nepavykti nustatyti. Šis sindromas, panašus į neigiamus šizofrenijos simptomus, yra žinomas daugybe terminų, įskaitant „farmakogeninę depresiją“ ir „farmakogeninę anhedoniją“. Atsiradę atipiniai antipsichoziniai vaistai išplėtė veiksmingo antipsichozinio gydymo kriterijus, įtraukdami subjektyvių pacientų pojūčių vertinimą. Antipsichotikai gali sukelti daugybę šalutinių reiškinių: svorio padidėjimą, sedaciją, judėjimo sutrikimus, ekstrapiramidinius simptomus, seksualinius sutrikimus, hiperprolaktinemiją, vėlyvosios diskinezijos reiškinius, distoniją, akatiziją, sutrinka pojūčiai, atsiranda ribotas gebėjimas reikšti emocijas, dingsta spontaniškumas. Daugumos šių nepageidaujamų reiškinių išreikštumą įtakoja vaisto dozė (Thompson et al., 2020).

Chandra, Kumar ir Reddy (2014) atliktas tyrimas rodo, kad net 41,9% pacientų nesilaiko gydymo režimo.

Pasak Llorca (2008), tokia sąvoka kaip visiškas gydymo režimo nesilaikymas, sergant šizofrenijos spektro ligomis, nėra tiksli, nes pacientai elgiasi įvairiai. Terminas „dalinis gydymo režimo laikymasis“ būtų tikslesnis, bet irgi laikomas rimta problema. Jis gali būti kelių formų:

- geriamas vaistų kiekis yra mažesnis nei rekomenduojama;
- geriama teisinga dozė, bet netinkamu laiku;
- vaistai vartojami nereguliariai;
- vartojami kai kurie, bet ne visi išrašyti vaistai;
- šalia vartojama vaistų, kurių nepaskirta;
- gydymas nutraukiamas jo nebaigus.

Teigiamais gydymo režimo laikymosi veiksniais buvo įvardytas didesnis informuotumas apie ligą (įžvalga), ankstesnė gydymo vaistais patirtis, teigiamas požiūris į vaistus, paskirti netipiniai antipsichoziniai vaistai, lengvesni psichoziniai simptomai ir socialinė parama. Klinikinė praktika apima psichoedukacijos teikimą pacientams, gerinant jų žinias apie ligą ir vaistus. Įrodymais pagrįstas psichoedukacijos planas turėtų būti individualus ir orientuotas į farmakoterapiją, bei psichosocialinę intervenciją (Tham et al., 2016).

Hamman (2017), teigia, kad realios paciento patirties supratimas yra pagrįstos medicinos etikos pagrindas. Pacientai dažnai teigia, kad problema yra ne šalutinis poveikis, o žinių trūkumas apie kiekvieno šalutinio poveikio pavojų, taip pat įgūdžių, kaip juos sušvelninti stoka. Gydomo režimo laikymasis suprantamas kaip tęstinumas ir pripažįstama, kad tolimesnis elgesys yra iš esmės asmens priimti sprendimai, pagrįsti informacija, kurią teikia sveikatos priežiūros specialistai.

1.2.1. Atkryčio definicija sergant šizofrenijos spektro sutrikimais

Gydomo režimo nesilaikymas būdingas sergant visais lėtiniais sutrikimais. Tai padidina atkryčio, pakartotinės hospitalizacijos ir savęs žalojimo riziką, padidina stacionaro išlaidas ir pablogina gyvenimo kokybę.

Sąvoka “atkrytis” psichiatrijoje apibūdinamas kaip pozityvių, kliniškai reikšmingų simptomų pasikartojimas tam tikrą laiką, esant daliai ar pilnai remisijai. Dauguma mokslinių tyrimų parodė, kad daugelis pacientų patiria atkrytį po 2-5 metų, nuo pirmo psichozės epizodo, o po maždaug 10 metų atkryčio tikimybė išlieka apie 15%. Atkrytis psichiatrijoje dažniausiai yra siejamas su pakartotine hospitalizacija, tačiau ne kiekvieno atkryčio metu reikalinga hospitalizacija (Olivares, Sermon ir Schreiner, 2013).

Intervencijos, skirtos pagerinti gydymo režimo laikymąsi, yra psichoedukacija ir kitos psichosocialinės intervencijos, prailginto veikimo injekcijos, elektroniniai priminimai bei tarnybinės intervencijos. Visos šios priemonės gali būti veiksmingos, bet intervencija turėtų būti pritaikyta konkrečiam asmeniui. Psichosocialinės intervencijos, kurios naudoja kombinuotus metodus, atrodo efektyvesnės nei vienmatės. Didėja susidomėjimas elektroniniais priminimais (trumpųjų žinučių tarnybos tekstinių pranešimų - priminimų siuntimas) ir stebėjimo sistemomis (išmaniųjų tablečių talpyklų naudojimosi stebėjimas realiu laiku), siekiant pagerinti gydymo režimo laikymąsi. Finansinės paskatos motyvuojant vartoti antipsichotikus kelia etinių problemų, todėl jų vieta praktikoje vis dar nėra aiški. Paprastos praktinės strategijos, kaip pagerinti gydymo režimo laikymąsi, apima bendrą sprendimų priėmimą, reguliarių jų laikymosi vertinimą, medikamentinio režimo supaprastinimą, gydymo veiksmingumo ir šalutinių poveikių valdymo užtikrinimą, pozityvaus terapinio aljanso skatinimą ir gerą santykį tarp gydytojo ir paciento. Visi šie elementai būtini visiems pacientams, o ypač tiems, kurie nelinkę laikytis gydymo režimo (Tessier, Boyer ir Misdrahi, 2017).

Dar 4-ame amžiuje prieš Kristų Hipokratas pastebėjo, kad kai kurie pacientai nevartoja paskirtų vaistų. Pasaulio sveikatos organizacija, apibrėžia terapinį laikymąsi kaip tai, kiek asmens elgesys atitinka pateiktas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo rekomendacijas. Vaistų laikymąsi galima apibūdinti kaip tai, kaip pacientas vartoja vaistus, suderintus su gydytoju.

Šizofrenijos eiga tarp atskirų asmenų labai nevienoda. Tik nedidelė dalis asmenų išgyvena vieną psichozės epizodą, visiškai pasveiksta ir gyvena be vaistų. Daugumai sergančiųjų šizofrenija yra lėtinė liga. Tai neturėtų užgožti fakto, kad ilgalaikė prognozė yra palanki arba bent jau stabili. Po 5 metų stebėjimo, pacientams, patyrusiems pirmą psichozės epizodą, pirmojo recidyvo dažnis buvo 82%, o antrojo recidyvo dažnis 78%. Antipsichozinių vaistų nauda, gydant ūmines būsenas, daugiausiai susijusi su simptomų pašalinimu. Palaikomasis antipsichozinis gydymas nepašalina atkryčio rizikos, bet ją sumažina (Hamman, 2017).

Alizioti ir Lyrakos (2019) atliktas tyrimas parodė, kad hospitalizacijos dažniui turi įtakos pacientų stigmatizacijos jausmas. Nustatyta, kad 64 proc. iš 127 dalyvių tikėjo, kad hospitalizaciją kiti suvokia kaip nesėkmę. Pacientai, kurie internalizuoja stigmą, jaučia gėdą, dėl nepilnavertiškumo ir priklausymo nuo ligos.

55% asmenų, kurie nevartojo vaistų, tai padarė todėl, kad netiki, jog serga (anosognozija). Šie pacientai vengia gydymo įstaigų, jų pasiūlymų, nes nelaiko savęs ligoniais (Mental Illness Policy Org, n.d.).

Salzmann - Erikson ir Sjødin (2018) teigia, jog „jei atliekant tyrimą laikomasi gydymo režimo, tai negarantuoja, jog ir toliau bus jo laikomasi, nes motyvacija vartoti vaistus nėra pastovi. Šį elgesį įtakoja pacientų suvokimas ir praeities patirtis. Taigi net besilaikantiems pacientams reikia skirti dėmesio ir stebėti vaistų vartojimą“.

1.2.2. Sociodemografinių veiksnių sąsajos su rehospitalizacija

Dviejuose JAV atliktuose tyrimuose, nustatyta, kad jau po 10 dienų vaistų neįvartojimo rehospitalizacijos rizika padidėjo. Norint pagerinti vaistų vartojimą reikia žinoti svarbiausius veiksnius atsakingus už jų neįvartojimą, kad būtų galima suplanuoti tinkamas valdymo strategijas. Buvo rasta reikšminga asociacija tarp gydymo režimo nesilaikymo ir daugiau nei 46 metų amžiaus grupės, moteriškos lyties, žemo socialinio, ekonominio ir išsilavinimo lygio. Žymiai geresnius rezultatus duoda šeimos parama ir paskatinimas (Chaudhari, Saldanha ir Shahani, 2017).

Veiksniai, darantys neigiamą poveikį antipsichotikų vartojimui, yra šie:

- su pacientais susiję veiksniai (jauni, nesusituokę, žemo išsilavinimo vyrai);
- įvairios priklausomybės;
- psichologiniai veiksniai (ligos neigimas, vaistų reikalingumo neigimas ir įsitikinimas, kad vaistai neužkirs kelio atkryčiui, baimė prarasti darbą, pašalinių poveikių baimė, priešasties pasveikti nebuvimas);
- su gydymu susiję veiksniai (šalutinis vaistų poveikis, sudėtingas jų vartojimo būdas, teigiamos dinamikos nebuvimas, lėšų stoka medikamentams nusipirkti);

- socialiniai ir aplinkos veiksniai, tokie kaip blogas gydymo komandos ir paciento santykis, stabilaus gyvenimo neturėjimas, medikamentų vartojimo kontrolės ir priežiūros nebuvimas, šeimos pagalbos stoka, transporto neturėjimas atvykimams pas gydytoją (Ehret ir Wang, 2013).

Nepakankama psichofarmakologinė terapija skatina aktyvesnę pozityvią simptomatiką, dažnesnius atkryčius (iki 40 proc. atkryčių įvyksta dėl netinkamo vaistų vartojimo) ir pakartotinę hospitalizaciją, taip pat didesnę suicido ar agresijos aplinkinių atžvilgiu riziką (Kazlauskaitė, Veličkienė ir Danilevičiūtė, 2014).

Analizuojant 2019 metų pacientų sergamumą šizofrenija Lietuvoje pagal lytį, matyti, kad sergamumas tarp vyrų ir moterų yra gana panašus (49 proc. ir 51 proc.). Didžiausias sergamumas registruojamas 51-60 m. amžiaus grupėje (apie 23 proc. atvejų) (Higienos institutas, 2020).

Psichinės ligos baigčiai įtakos turi ir lytis, nes vyrai ir moterys skiriasi genetiškai. Jų smegenų forma ir funkcijos skiriasi ir yra veikiami kartais skirtingų stresorių. Jų kontrastingą gyvenimo kelią nulemia vietos tradicijos, o jų galimybės, įskaitant lengvą prieigą prie sveikatos priežiūros, skiriasi daugelyje pasaulio regionų. Atsižvelgiant į siūlomą gydymą, jų reakcija į gydymą taip pat gali būti seksualiai dimorfinė. Lyties ir gydymo rezultatų sąsaja priklauso nuo to, kuris rezultato komponentas tiriamas, bei kokiam amžiuje (Seeman, 2020).

Asmens subjektyvus jausmas, kad liga buvo iš dalies įveikta ir gyvenimas yra prasmingas, turi būti laikomas tinkamiausiu geros baigties ženklu. Iš literatūros apžvalgos matyti, kad moterys turi tam tikrų pranašumų, palyginti su vyrais, nes jų liga prasideda vėlesniame amžiuje ir kad jų simptomai greičiau ir jautriau reaguoja į galimą gydymą. Šie pranašumai naudingi moterims jau ligos pradžioje, tačiau laikui bėgant nauda išnyksta. Taigi lyties rezultatai skiriasi priklausomai nuo paciento amžiaus. Jie skiriasi ir atsižvelgiant į tiriamųjų socialinę ir kultūrinę kilmę. Taigi nė viena lytis nėra vyraujanti (Seeman, 2019).

1.2.3. Psichoedukacijos reikšmė gydymo režimo laikymuisi

Yeon - Woo Lee ir kolegos (2010) atliko tyrimą, kurio tikslas buvo išsiaiškinti subjektyvią, antipsichotikus vartojančių pacientų patirtį, atsižvelgiant į jos svarbą gyvenimo kokybei ir gydymo rezultatams. Esant išreikštai depresijai, nerimui, sunkiems psichoziniams simptomams, tokiems kaip kludiesiai ir haliucinacijos, subjektyvi gyvenimo kokybė yra žema. Be to, neaišku, koks specifinis neigiamas pojūtis dažniausiai sukelia žemą subjektyvią gyvenimo kokybę. Pagal subjektyvios gerovės koncepcinį modelį Awado į gerą savijautą žiūrima kaip į subjekto suvokimą apie psichozinių simptomų tikrumą, vaistų neigiamą poveikį ir psichosocialinį lygį. Tolesniame tyrime, kurio metu buvo patikrintas šio modelio pagrįstumas, tokie pašaliniai poveikiai kaip

akatzija ir neuroleptinė disforija reikšmingai sąlygojo subjektyviosios gerovės suvokimą. Tačiau šia tema trūksta duomenų apie pacientus, vartojančius atipinius antipsichotikus.

Pacientų švietimo / mokymo (arba psichoedukacijos) tikslas yra pagerinti pacientų žinias ir supratimą apie jų ligą ir gydymą. Manoma, kad turimos žinios leidžia šizofrenija sergantiems žmonėms veiksmingiau susidoroti su savo liga. Psichoedukacinė intervencija apima informacijos teikėjo ir psichiškai nesveiko žmogaus sąveiką. Ji gali būti apibrėžta kaip psichinio sutrikimo turinčio asmens ugdymas tose srityse, kurios tarnauja gydymo ir reabilitacijos tikslams. Tai reiškia, kad pagrindinis dėmesys skiriamas žinioms. Paciento švietimo tikslas yra suteikti pacientui galimybę pakeisti elgesį. Daugelis pacientų jaučia savo ligos stigmatizaciją ir gali paneigti jos egzistavimą, o tai galiausiai padidina gydymo režimo nesilaikymą. Todėl paciento švietimo tikslas gali būti bandymas užkirsti kelią rehospitalizavimui ar suvaldyti ligą ar būklę, kad pacientas galėtų pasiekti maksimalų savo sveikatos laipsnį. Į psichiatrinės ir psichinės sveikatos slaugos praktikos standartus įeina pacientų mokymas ir pagal šiuos standartus pacientas geriau laikosi gydymo režimo, kai sveikatos mokymas yra neatsiejama kliento priežiūros dalis (Xia, Merinder ir Belgamwar, 2011).

Japonijos mokslininkai atliko šizofrenijos psichoedukacinių programų intervencijos tyrimą, kurio metu buvo siekiama gerinti subjektyvią savijautą, ar nustatyti tokiam poveikiui įtaką darančius veiksnius. Buvo ištirta 117 pacientų, dalyvavusių šizofrenijos psichoedukacinėje programoje 6 metus. Rezultatai parodė, kad subjektyvios savijautos pagerėjimo lygis, pasiektas pagal programą, gali būti didesnis pacientams, kuriems yra švelnesni neigiami simptomai bei pacientams, palankiau žiūrintiems į gydymą vaistais (Shinozaki, Hayashi ir Okamura, 2020).

Daugelio tyrimų tikslas buvo nustatyti rizikos veiksnius, prisidedančius prie gydymo režimo nesilaikymo, siekiant sukurti intervencijas, kuriomis būtų pagerintas medikamentų vartojimo lygis. Ištirtos kelios skirtingos intervencinės strategijos: psichoedukacija, kognityvinė-elgesio terapija ir motyvaciniai interviu. Jie daro teigiamą įtaką vaistų vartojimui, o šių metodų deriniai gali duoti geresnių rezultatų nei vienas požiūris atskirai. Be to, vaistininkų atsakymai į pacientų klausimus, konsultuojant keičiant vaistus ar dozes, gali paskatinti geriau laikytis gydymo nurodymų (Hori et al., 2017).

Psichoedukacija yra daugelio intervencijų, kurios naudojamos siekiant pagerinti gydymo režimo laikymąsi, pagrindas. Ši strategija apima individualius ar grupinius konsultavimo užsiėmimus, naudojant arba nenaudojant rašytinės ar garso ir vaizdo medžiagos apie psichiatrines ligas, vaistus ir galimą šalutinį poveikį. Tyrimai parodė, kad kai psichoedukacija yra naudojama kaip vienintelis būdas, sergantiems šizofrenija ji nėra naudinga.

Kognityvinė - elgesio terapija padeda pacientui susieti vaistus su simptomų mažinimu ir asmens sveikata. Tai apima elgesio metodus, įskaitant sąlygų sudarymą, paskatinimą, patarimus, priminimus ir įgūdžių lavinimą (Matsuda ir Kohno, 2016).

Motyvacinis interviu yra apibrėžiamas kaip „į klientą orientuotas direktyvos metodas, skirtas sustiprinti vidinę motyvaciją keistis“. Pagrindiniai motyvacinio pokalbio žingsniai yra empatijos išreiškimas savo pacientams, jo esamos sveikatos elgsenos ir pagrindinių vertybių išryškinimas, pasipriešinimo tyrimas (gydytojas neginčija paciento pasipriešinimo vartoti vaistus, o jį tiria, kad geriau suprastų paciento požiūrį). Ateityje tyrimai turėtų teikti ypatingą svarbą tiriant konkrečius, asmeninius ir socialinius veiksnius ir sustiprinti klinikinę bei psichosocialinę subjektyvios savijautos reikšmę tarp pacientų vartojančių antipsichotikus (Ehret ir Wang, 2013).

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Teoriniam tyrimo metodikos pagrindimui pasirinktos dvi teorijos: B. M. Artinian Tarpsisteminio ryšio modelis bei N. Roper Gyvenimo veiklomis pagrįstas slaugos modelis.

Tarpsisteminio ryšio modelyje apibūdinamas procesas, kuris atsiranda tarp slaugytojo ir paciento sprendžiant jiems aktualius klausimus. Norint užtikrinti kokybiškos slaugos praktikos tęstinumą, reikia konkrečiai nustatyti santykių su pacientais principus. Tai profesionalūs slaugos specialistai gali padaryti akcentuodami psichosocialinės slaugos praktikos naudą. Iškelta prielaida, kad pacientai ir jų šeimos nariai, dalyvaujantys tarpsisteminio ryšio slaugos procese, greičiau pasveiksta ir pasiekia išsikeltus tikslus, nes turi reikiamų kompetencijų, kaip greičiau tai pasiekti.

Šios teorijos tikslas – suprasti kitus žmones pagal jų elgesį ir kuriamą aplinką.

Pagrindiniai B. M. Artinian Tarpsisteminio ryšio modelio slaugos paradigmos konceptai:

- ✓ *asmuo* – individas, kuris gali būti klientu (jei jam reikia profesionalios slaugytojo konsultacijos) arba pacientu (jei reikalinga profesionali slauga);
- ✓ *aplinka* - joje slaugytojas ir klientas bendradarbiauja ir įgyvendina priežiūrą. Aplinka apima tokias susitikimo detales, kaip laikas, aplinkybės, vieta, motyvacija, pasitikėjimas slaugytoju;
- ✓ *sveikata ir liga* apibrėžiama kaip sveikatos/ligos tęstinumas, o slaugytojas, kaip profesionalas, turintis reikiamų žinių ir įgūdžių, padeda pacientui pasiekti norimus tikslus. Tuo tikslu slaugytojas įvertina paciento motyvaciją, žinias, turimus resursus;
- ✓ *slauga* – tai veiksmai ir intervencijos, kurių reikia, kai pacientas patenka į ligoninės aplinką. Slaugytojas įvertina paciento/kliento gebėjimą suprasti problemą, turimus problemos sprendimui resursus. Tuo pačiu įvertina paciento/kliento motyvaciją (Conger ir Haddon, 2011).

Esant pagalbos pacientui poreikiui, tarp paciento ir slaugytojo siekiama sukurti ryšį, o procesui įsibėgėjus kartu kuriamas slaugos planas. Esant neefektyvioms slaugos intervencijoms, vertinimas prasideda iš naujo. B. M. Artinian modelis yra dar sąlyginai naujas, bet jau slaugytojų ir mokslininkų taikomas psichiatrinėje, intensyviojoje ir bendruomenės slaugoje.

Taikomi slaugytojo ir paciento santykių padedantys užmegzti komponentai, per kuriuos išryškėja paciento asmenybės bruožai, įtakojantys tarpasmeninius santykius kasdieniniame gyvenime ir sveikime. Slaugytojas tuo metu atlieka ir sveikatos edukologo funkciją (Ewen ir Wills, 2011).

Kita, labai artima B.M. Artinian, slaugos teorija, kuria remtasi darbe yra Nancy Roper gyvenimo veiklomis pagrįstas slaugos modelis.

Pagrindiniai modelio teiginiai:

- Slaugytojas yra sveikatos priežiūros komandos narys, kuris veikia paciento naudai;
- Būdas, kuriuo asmuo atlieka gyvenimo veiklą, turi įtakos jo gyvenimo individualumui;
- Žmogus yra vertingas visuose savo gyvenimo tarpsniuose;
- Priklausomybė atliekant gyvenimo veiklas neturi žeminti žmogaus orumo;
- Žmogaus gyvenimas apibrėžiamas kaip gyvenimo veiklų visuma;
- Individo žinias, požiūrį, elgesį, susijusį su gyvenimo veiklomis veikia biologiniai, psichologiniai, sociokultūriniai, aplinkos veiksniai;
- Gyvenimo veiklų tenkinimo būdas priklauso nuo individo požiūrio į tai, kas yra normalu;
- Individui susirgus, 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;
- Specifinė slaugos funkcija yra padėti individui išvengti problemų, susijusių su gyvenimo veiklų atlikimu, jas įveikti arba palengvinti (Pukinskienė, 2011).

Pagrindiniai konceptai:

- ✓ gyvenimo veikla;
- ✓ gyvenimo trukmė;
- ✓ priklausomybės/nepriklausomybės sąsaja.

Gyvenimo veiklos skirstomos į dvylika kategorijų:

- ✓ kūno temperatūra;
- ✓ kvėpavimas;
- ✓ miegojimas;
- ✓ švaros palaikymas ir apsirengimas;
- ✓ maitinimasis;
- ✓ saugi aplinka;
- ✓ bendravimas;
- ✓ šalinimas;
- ✓ judėjimas;

- ✓ užimtumas;
- ✓ lyties raiška;
- ✓ mirimas.

Slaugos procesas apima įvertinimą, slaugos diagnozės nustatymą, planavimą, atlikimą, pakartotinį slaugos vertinimą. Svarbiausias slaugos tikslas – užkirsti kelią potencialioms problemoms, išspręsti esamas ir padėti išvengti jų atsinaujinimo.

N. Roper ir kt. modelį sudaro du atskiri modeliai: slaugos modelis, kai akcentuojamas slaugos individualumas ir gyvenimo modelis, kai akcentuojamas asmens gyvenimo individualumas. Slaugos modelyje, kaip ir gyvenimo modelyje, pagrindinis komponentas yra gyvenimo veiklos. Slaugytojas yra padėjėjas, kai iškyla problemų gyvenimo veiklų atlikime.

Slaugos modelis, pagrįstas gyvenimo veiklomis, naudojamas slaugant įvairaus amžiaus pacientus, sergančius ūmiomis ir lėtinėmis ligomis, stiprinant žmonių sveikatą, taikant profilaktiką, moksliniuose tyrimuose ir slaugytojų ugdyme (Braga, Alves ir Santos, 2019).

Tiek N.Roper ir kt., tiek B.M. Artinian slaugos modeliai atskleidžia procesą, kuris atsiranda tarp slaugytojo ir paciento sprendžiant jiems rūpimus klausimus. Abiejų modelių slaugos procesas vykdomas stebint ir kontroliuojant gyvybines veiklas, bei atsižvelgiant į paciento psichinę būseną. Sergant šizofrenijos spektro susirgimais gali sutrikti visos gyvybinės veiklos, kurias būtina stebėti ir kontroliuoti, bei atrasti kontaktą su ūmioje psichozėje esančiu pacientu. Šizofrenijai gydyti skiriami antipsichotikai (tuo pačiu ir pati liga) sukelia judėjimo, miego, asmeninio švarinimosi, tuštinimosi ir šlapinimosi problemas, neigiamai veikia erekciją, kas sukelia papildomą psichologinį krūvį. Viena svarbiausių problemų yra saugios aplinkos palaikymas, kai siekiama ne tik apsaugoti aplinkinius, bet ir pacientą, patį nuo savęs. Taikant užimtumo terapiją, siekiama nukreipti paciento mintis, saugiai išreikšti susikaupusius jausmus, neišreikštas būsenas, atsipalaiduoti, nurimti, stiprinti savivertę.

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimas „Antipsichotikus vartojančių pacientų subjektyvios savijautos ir gydymo režimo nesilaikymo sąsajos“ buvo atliekamas vienoje Lietuvos psichiatrijos klinikų, gavus raštišką įstaigos vadovo leidimą. Tyrimo tikslui įgyvendinti pasirinkta netikimybinė – tikslinė imtis.

Respondentai buvo apklausiami taikant šiuos įtraukimo kriterijus:

- ✓ tyrime dalyvauja asmenys, atrinkti pagal numatytas diagnozes (F20–F29), vadovaujantis TLK-10-AM;
- ✓ asmenys gydomi psichiatrijos profilio stacionare pakartotinai;
- ✓ asmenys vartoja antipsichotikus;
- ✓ asmenys dalyvauja tyrime savanoriškai;

- ✓ asmenys supranta lietuvių kalbą.

Atmetimo kriterijai:

- ✓ asmuo yra ūmioje būsenoje;
- ✓ asmuo yra teisiškai neveiksnius;
- ✓ asmeniui nustatytas komorbidiškumas kliniškai reikšmingomis somatinėmis ligomis, kas gali turėti įtakos subjektyvios savijautos vertinimui;
- ✓ į tyrimą nebuvo įtraukti asmenys, kurie patys dėl savo nebrandumo ar psichologinių sutrikimų negali priimti sprendimo dėl dalyvavimo tyrime.

Tyrimo imčiai apskaičiuoti buvo panaudoti duomenys, gauti iš Higienos instituto sveikatos statistikos leidinio, apie Lietuvos gyventojų sveikatą ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą 2019 metais. 2019 m. pasirinktoje psichiatrijos klinikoje gydėsi 632 pacientai (N=632), sergantys numatytomis ligomis (F20-F29), vadovaujantis TLK-10-AM. Respondentų imtis apskaičiuota taikant I. Paniotto formulę, atsižvelgiant į populiacijos dydį, pasirinkus 5 proc. paklaidą ir 95 proc. tikimybę (Mockienė, Drungilienė ir Martinkėnas, 2014):

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

kur :

n – imties dydis;

Δ – imties paklaidos dydis (=0,05);

N – generalinis visumos dydis.

Buvo atlikta matematinė analizė. Apskaičiavus imtį pagal I. Paniotto formulę nustatyta, kad $n = 239$, t.y. tyrime reikalinga apklausti ne mažiau kaip 239 respondentus.

Tyrimo silpnybės. Dėl tyrimo metu paskelbtos COVID-19 infekcijos pandemijos ir ekstremalios situacijos šalyje, pasirinktoje gydymo įstaigoje buvo smarkiai ribojamas hospitalizuojamų pacientų skaičius, todėl išsikeltas tikslas išdalinti ne mažiau kaip 239 anketas nebuvo pasiektas.

Pasirinktoje klinikoje buvo išdalintos 157 anketos. Baigus tyrimą grąžintos 122 (77,7%) anketos. 13 anketų vertinimui buvo netinkamos, nes užpildytos nepilnai, sugadintos, o 4 anketos netinkamos dėl to, jog respondentai gydos stacionare pirmą kartą. 95 (77,8%) iš 122 anketų buvo tinkamos vertinimui ir jų duomenys panaudoti atliekant statistinius skaičiavimus.

Tiriamąjį kontingentą sudarė 95 pacientai, vartojantys antipsichotikus ir pakartotinai stacionarizuoti.

Pagal amžių tiriamieji pasiskirstė sekančiai – 18-30 metų grupę sudarė 20 proc. tiriamųjų, 31-50 metų ir 51-70 metų grupes - po 40 proc.

Tarp tiriamųjų buvo šiek tiek daugiau moterų nei vyrų (atitinkamai 53,7 proc. ir 46,3 proc.).

Pagal išsilavinimą daugumą (65,3 proc.) sudarė asmenys su viduriniu/profesiniu išsilavinimu (34,7 proc. su viduriniu ir 30,5 proc. su profesiniu). Aukštąjį išsilavinimą turėjo 21,1 proc. tiriamųjų, iš kurių 11,6 proc. aukštąjį neuniversitetinį ir 9,5 proc. aukštąjį universitetinį. Pradinį/pagrindinį išsilavinimą turėjo 13,7 proc. tiriamųjų – iš jų 3,2 proc. pradinį ir 10,5 proc. pagrindinį (1 lentelė).

1 lentelė. Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos

Rodikliai	N=95
Amžius, n (proc.):	
18-30 m.	19(20,0%)
31-50 m.	38(40,0%)
51-70 m.	38(40,0%)
Lytis, n (proc.)	
Vyrų	44(46,3%)
Moterų	51(53,7%)
Išsilavinimas, n (proc.):	
Pradinis/pagrindinis	13(13,7%)
Vidurinis/profesinis	62(65,3%)
Aukštasis	20(21,1%)
Šeimyninė padėtis, n (proc.):	
Vieniši	72(75,8%)
Nevieniši	23(24,2%)

Pagal šeimyninę padėtį dauguma (75,8 proc.) tiriamųjų buvo vieniši t.y. neturėjo partnerio/ės(37,9 proc. nevedę/netekėjusios, 30,5 proc. buvo /išsiskyrę/išsituokusios ir 7,4 proc. našliai/našlės). Nevienišų grupę sudarė 24,2 proc. tiriamųjų (20,0 proc. vedusių/ištekėjusių ir 4,2 proc. gyvenančių su partnere/iu) (1 lentelė).

2.1.2. Tyrimo metodai

1. Mokslinės literatūros analizė

Siekiant apžvelgti ir išanalizuoti mokslinius straipsnius studijuojama tema, buvo taikomi šie proceso žingsniai:

- a) Apžvalgos temos pasirinkimas;
- b) Literatūros paieška;

- c) Literatūros rinkimas, skaitymas ir analizė;
- d) Apžvalgos rašymas;
- e) Nuorodų, šaltinių pateikimas.

Magistro baigiamajam darbui literatūros ieškota Klaipėdos universiteto prenumeruojamose elektroninėse duomenų bazėse (Health Source, EBSCO, Medline, ScienceDirect, PubMed), užsienio ir Lietuvos moksliniuose žurnaluose (ELSEVIER, Acta Psychiatrica Scandinavica, Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, Pharmacopsychiatry, Archives of Psychiatric Nursing, Visuomenės sveikata ir kt.). Naudoti tik pilnateksčiai straipsniai. Baigiamajam darbui tinkama literatūra buvo ieškoma atsižvelgiant į išsikeltus uždavinius bei darbo temą.

Tinkamos mokslinės literatūros buvo ieškoma naudojant raktinius žodžius: *subjektyvi savijauta vartojant antipsichotikus, gydymo režimo nesilaikymas, slauga sergant šizofrenija, antipsichotikų toleravimas, šizofrenijos atkrytis, medikamentų neįvertinimas, rehospitalizacija sergant šizofrenija*.

2. Kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa raštu.

Siekiant išsiaiškinti antipsichotikus vartojančių pacientų subjektyvios savijautos ir gydymo režimo nesilaikymo sąsajas, naudotas kiekybinis tyrimas (anoniminė anketinė apklausa raštu).

Socialiniuose ir biomedicinos tyrimuose ypač aktualūs etiniai klausimai, reikalaujantys išlaikyti pusiausvyrą tarp tyrėjo numatymo gauti objektyvią informaciją ir asmens, kuris bus apklausiamas, saugumo (Piščialkienė, Stasiūnaitienė ir Misiūnas, 2016).

Sudarant tyrimo klausimyną ar nustatant tyrimo eigą, buvo laikomasi taisyklių, kad nebūtų pažeistos, ypač jautrių, psichikos ligomis sergančių subjektų teisės. Tai:

- teisė būti informuotam apie tyrimą;
- užtikrinama asmens apsisprendimo laisvė dalyvauti tyrime;
- teisė bet kada nutraukti dalyvavimą tyrime;
- teisė į privatumą (užtikrinamas dalyvių anonimiškumas bei

konfidencialumas).

Duomenų analizei atlikta naudojantis statistinių programų paketu „SPSS 23.0.0 for Windows“. Naudojant Kolmogorov'o-Smirnov'o testą, tikrintas intervalinių kintamųjų pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį. Vaistų vartojimo, apibendrinto subjektyvios savijautos ir tokių jos sričių kaip fizinis funkcionavimas ir savikontrolės rodiklių pasiskirstymai atitiko normalumo dėsnį, o emocinio reguliavimo, protinio funkcionavimo ir socialinės integracijos - neatitiko. Duomenys pateikti esant normaliam pasiskirstymui kai vidurkis \pm standartinis nuokrypis (SD), nesant normaliam pasiskirstymui – vidurkis (mediana).

Dviejų nepriklausomų grupių požymių, turinčių normalųjį pasiskirstymą, vidurkių palyginimui naudojome neporinį Student'o (t) kriterijų, o neturintiems – Mann'o-Whitney (U)

testą. Trijų nepriklausomų grupių požymių, turinčių normalųjį pasiskirstymą, palyginimui naudojome One-Way ANOVA (F) metodą, o neturintiems - Kruskal'o-Wallis'o (χ^2) testą. Požymių pasitaikymo dažnio skirtumui vertinti, naudojome Chi-kvadrato (χ^2) kriterijų. Požymių tarpusavio ryšių analizei, priklausomai nuo jų pasiskirstymo, naudojome Pearson'o (r) ir Spearman'o (r_s) koreliacijos metodus. Klausimynų patikimumas vertintas Cronbach'o Alfa koeficientu. Siekiant įsitikinti, kad gautos koreliacijos neatsitiktinės ir statistiškai reikšmingos, apskaičiuota p reikšmė. Koreliacija buvo statistiškai reikšminga, kai $p < 0,05$ ir statistiškai nereikšminga, kai $p > 0,05$.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimo tikslo įgyvendinimui naudotas kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa raštu (1 priedas). Anketos pradžioje pateikiama Klaipėdos universiteto, sveikatos mokslų fakulteto reikalavimus atitinkanti preambolė. Pirmoje klausimyno dalyje, kurią sudarė darbo autorė, siekta išsiaiškinti respondentų amžių, išsilavinimą, lytį, šeiminių padėtį. Ypatingai svarbūs klausimo „Kelintą kartą gydotės stacionare?“ atsakymai, kadangi apklausai tinkami tik tie respondentai, kurie stacionare gydosi antrą ir daugiau kartų.

Siekiant nustatyti antipsichotikus vartojančių pacientų subjektyvios savijautos ir gydymo režimo nesilaikymo sąsajas, buvo naudojami du standartizuoti klausimynai: MARS (Medication Adherence Rating Scale) ir SWN-K (The Subjective Well-Being Under Neuroleptics Scale) trumpoji forma. Buvo taikoma suminė (Likert, 1932) skalė. Prieš atliekant tyrimą gauti anketų autorių leidimai klausimynus naudoti moksliniams tyrimams (2, 6 priedai).

Tiriamųjų gydymo režimo nesilaikymas nagrinėtas analizuojant jų požiūrį į paskirtų vaistų vartojimą. Tam tikslui naudota Vaistų vartojimo vertinimo skalė (angl. MARS) – dešimties punktu skalė, atspindinti vaistų vartojimą sergant psichoziniais sutrikimais (5 priedas). Vaistų vartojimo vertinimo skalės klausimai atspindi elgseną, susijusią su vaistų vartojimo grafiko laikymusi (1–4 klausimai), požiūrį į vaistų vartojimą (5–8 klausimai) ir požiūrį į vartojamų psichoaktyvių vaistų galimus nepageidaujamus poveikius (9–10 klausimai). Į kiekvieną klausimą atsakoma „Taip“ arba „Ne“ ir kiekvienas klausimas yra vertinamas 1 balu. Respondentų atsakymai „Taip“ į 7 – 8 klausimus vertinami 1 balu, o atsakymai „Ne“ 0 balu. Atsakymai „Taip“ į 1, 2, 3, 4, 5, 6 ir 9,10 klausimus vertinami 0 balu, o atsakymai „Ne“ 1 balu. Jei respondentas surenka 7 balus ir daugiau, laikoma, jog paskirto vaistų vartojimo režimo laikosi. Vertinant skalę bendrai balas gali svyruoti nuo 0 (reiškia mažą tikimybę) iki 10 (reiškia didelę tikimybę), jog vaistai vartos taip kaip paskirta. Kuo didesniu balu įvertinamas vaistų vartojimas, tuo geresnis tikėtinas požiūris, elgsena ir vaistų vartojimo grafiko laikymasis.

MARS (Thompson et al., 2000) skalė buvo sukurta, sujungiant į vieną du iki tol naudotus DAI ir MAQ klausimynus, siekiant didesnio klinikinio naudingumo ir pagrįstumo. Buvo padaryta išvada, kad tai yra tinkamesnė ir patikimesnė priemonė, norint įvertinti psichoaktyvių vaistų vartojimą ir bendradarbiavimą gydymo procese. Ši skalė ir vertinimo procedūros yra prieinamos (nemokamai) tiesiogiai susisiekiant su autorines teises atstovaujančiu asmeniu (Dr. Katherine Thompson). Lietuviškas MARS skalės variantas (VVVS - Vaistų Vartojimo Vertinimo Skalė) yra prieinamas laisvai ir rekomenduojamas naudoti gydymo procese Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu.

SWN (Naber et al., 1994) klausimyno trumpąją formą SWN-K (Naber et al., 2001) sudaro 20 teiginių (10 teigiamų ir 10 neigiamų) (8 priedas). Klausimai suskirstyti į penkias sritis, kurios tiria: emocijų reguliavimą (1,12,15,19), fizinį funkcionavimą (2,5,9,16), protinį funkcionavimą (3,7,11,17), savikontrolę (4,10,18,20) ir socialinę integraciją (6,8,13,14). Suvienodinus visų teiginių kryptį buvo apskaičiuoti šių sričių ir apibendrinto rodiklio suminiai balai, kur aukštesni rezultatai rodo geresnę būklę. Ši skalė ir vertinimo procedūros yra prieinamos (nemokamai) tiesiogiai susisiekiant su autorines teises atstovaujančiu asmeniu (Prof. Dr. Dieter Naber).

Subjektyvios savijautos negalima įvertinti išmatuojant vien tik psichinės ligos simptomus, todėl SWN-K skalė labai reikšminga, nes tiria ne vien tik simptomatiką. Subjektyvios savijautos vartojant antipsichotikus skalė (SWN-K) vertina pacientų suvokimą apie savo sveikatos būklę, gydymą antipsichoziniais vaistais ir nemedicininis jų gyvenimo aspektus. Šį klausimyną užpildė pacientai, atsižvelgiant į jų pačių suvokiamus simptomus ir funkcionavimo lygį. Apklausoje buvo naudojama dvigubu vertimu į lietuvių kalbą išversta Subjektyvios savijautos vartojant antipsichotikus (angl. SWN-K) klausimyno trumpoji forma. Vertimuose esminių skirtumų nepastebėta.

Atsakymai buvo pateikti naudojant penkių balų Likert'o skalę, svyruojančią nuo 1 (visiškai nesutinku) iki 5 (visiškai sutinku). Paciento buvo paprašyta atsakyti į anketoje pateiktus teiginius, pasirenkant tą atsakymą, kuris geriausiai apibūdina jų elgesį ir požiūrį.

Darbe naudojamų klausimynų patikimumas vertintas vidinio suderinamumo Cronbach'o Alfa koeficientu. Koeficiento reikšmė iki 0,6 rodo žemą klausimyno suderinamumą, nuo 0,6 iki 0,7 – pakankamą ir nuo 0,7 iki 0,9 – aukštą.

Tyrimo rezultatai parodė, kad visos subjektyvios savijautos skalės (SWN-K) (Cronbach'o Alfa=0,90) ir atskirų sričių tokių kaip fizinio (Cronbach'o Alfa=0,74) ir protinio (Cronbach'o Alfa=0,79) funkcionavimo vidinis patikimumas yra aukštas. Savikontrolės (Cronbach'o Alfa=0,63) ir socialinės integracijos (Cronbach'o Alfa=0,64) Cronbach'o Alfa koeficientai yra didesni nei 0,6. Tuo tarpu emocinio reguliavimo srities (Cronbach'o Alfa=0,53) koeficientas yra mažesnis nei 0,6,

tačiau kai kurių autorių duomenimis, toks koeficientas gali būti priimtinas, jei sritį sudaro nedaug klausimų, mūsų atveju - 4 teiginiai (Jenkinson et al., 1996) (2 lentelė).

2 lentelė. Klausimynų vidinis patikimumas

Skalės/sritys	Klausimų skaičius	Cronbach'o Alfa
Subjektyvios savijautos skalė (SWN-K):	20	0,900
Emocinis reguliavimas	4	0,525
Fizinis funkcionavimas	4	0,735
Protinis funkcionavimas	4	0,791
Savikontrolė	4	0,627
Socialinė integracija	4	0,635
Vaistų vartojimo skalė (MARS)	10	0,670

Visos vaistų vartojimo taip, kaip paskirta, skalės (MARS) vidinis patikimumas vertinamas kaip pakankamas (Cronbach'o Alfa=0,67) (2 lentelė).

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Žydžiūnaitės (2011) teigimu, siekiant užsibrėžtų tikslų, laiko valdymas ir planavimas yra svarbūs. Todėl mokslinis tyrimas buvo atliktas laikantis šių 8 etapų:

1. Temos pasirinkimas (2019 m. rugsėjo mėn. - 2019 m. spalio 15d.). Pasirinkta mokslinio darbo tema „Antipsichotikus vartojančių pacientų subjektyvios savijautos ir gydymo režimo nesilaikymo sąsajos“. Pasirinkta tema aptarta su mokslinio darbo vadovu. Darbo autorės nuomone, sunkiomis psichikos ligomis sergantiems pacientams trūksta informacijos apie vartojamus vaistus ir gydymo režimo nesilaikymo pasekmes.
2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas (2019 m. spalio mėn. – 2020 m. gegužės mėn.). Teorinei analizei atlikti buvo naudojamos duomenų bazės (NCBI, EBSCO, Medline ir kt.), įvairiais moksliniais užsienio (ELSEVIER, Acta Psychiatrica Scandinavica, Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, Pharmacopsychiatry, Archives of Psychiatric Nursing ir kt.), bei lietuviškais (Sveikatos mokslai, Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija) žurnalais, bibliotekomis. Ataskaitos rašymas buvo periodiškai derinamas su mokslinio darbo vadovu.
3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas/paieška (2019 m. spalio mėn. – 2020 m. vasario mėn.). Buvo ieškoma klausimynų, kurie geriausiai atitiktų mokslinio darbo temą, padėtų atsakyti į išsikeltus uždavinius, bei padėtų patvirtinti ar paneigti hipotezę. Tyrimui buvo pasirinkti 2 standartizuoti klausimynai. 2020 m. sausio 22d. – vasario 18d.

vyko susirašinėjimas su klausimynų autoriais prof. Katherine Thompson ir prof. Dieter Naber, kurie geranoriškai sutiko leisti jais naudotis, bei versti į lietuvių kalbą. Atlikus tyrimą prof. Dieter Naber bus nusiųsti tyrimo rezultatai. 2020.03.16 Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos posėdyje buvo patvirtintas tyrimo instrumentas ir leidimas atlikti apklausą.

4. Tyrimo respondentų apklausa vyko 2020 m. balandžio – rugsėjo mėn., gavus raštišką Psichiatrijos klinikos vadovo leidimą. Buvo apklausiami numatytais sutrikimais (F20-F29, vadovaujantis TLK-10-AM) sergantys ir antipsichotikus vartojantys pacientai, kurie stacionare gydomi pakartotinai. Buvo kreiptasi į klinikos skyrių slaugos administratores su prašymu bendradarbiauti atliekant pacientų apklausą, atrenkant respondentus pagal reikalingas diagnozes ir išdalijant jiems anketas.

5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas (2020 m. rugsėjo - spalio mėn.). Vykdytos apklausos duomenys buvo statistiškai išanalizuoti ir grafiškai pavaizduoti. Duomenų analizei naudotas statistinis programų paketas „SPSS 23.0.0 for Windows“.

6. Tyrimo rezultatų palyginimas (2020 m. spalio - lapkričio mėn.). Rezultatai buvo palyginti su panašiais atliktais tyrimais užsienyje (kaip subjektyvi, antipsichotikus vartojančių pacientų savijauta, įtakoja gydymo režimo laikymąsi).

7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas (2020 m. spalio - lapkričio mėn.). Remiantis gautais tyrimo rezultatais, pagal išsikeltus uždavinius, buvo suformuluotos išvados, bei rekomendacijos slaugos darbuotojams, susijusiems su antipsichotikus vartojančių pacientų priežiūra, slauga bei gydymu.

8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas (iki 2020 m. lapkričio 12d.).

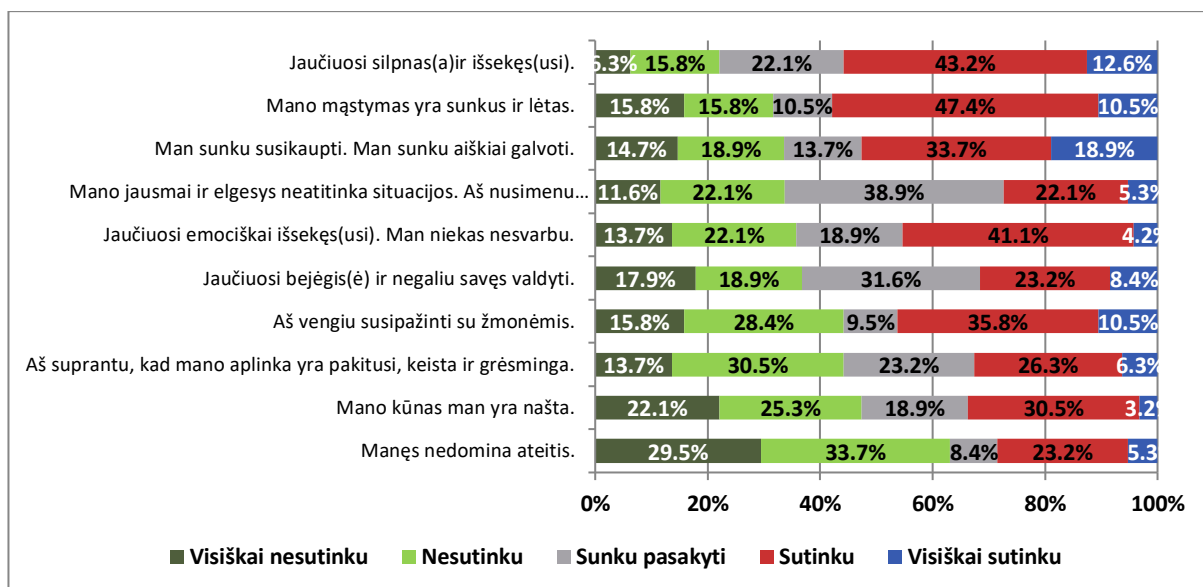
2.1.5. Tyrimo etika

Gavus Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos raštišką leidimą atlikti apklausą ir naudoti anketinei apklausai paruoštą klausimyną, buvo kreiptasi į psichiatrijos klinikos, kurioje planuojama atlikti tyrimą, vadovą, dėl leidimo atlikti magistro baigiamojo darbo tyrimą. Gavus raštišką įstaigos vadovo pritarimą, buvo pradėtas tyrimas. Respondentai buvo supažindinti su tyrimo tikslais, taikomais metodais, informuoti apie konfidencialumo ir anonimiškumo užtikrinimą. Respondentai buvo informuoti apie tai, kad jie turi teisę bet kuriuo momentu atsisakyti dalyvauti tyrime be atsakomųjų veiksmų. Anketinė apklausa buvo atliekama laikantis Pasaulio medikų asociacijos Helsinkio deklaracijos (1964), kurios paskutinė redakcija buvo 2013 m. (Fortaleza) ir šių medicininių tyrimų etikos principų (2015): sąžiningumo, konfidencialumo, privatumo, anonimiškumo ir savanoriškumo.

2.2. Tyrimo rezultatai

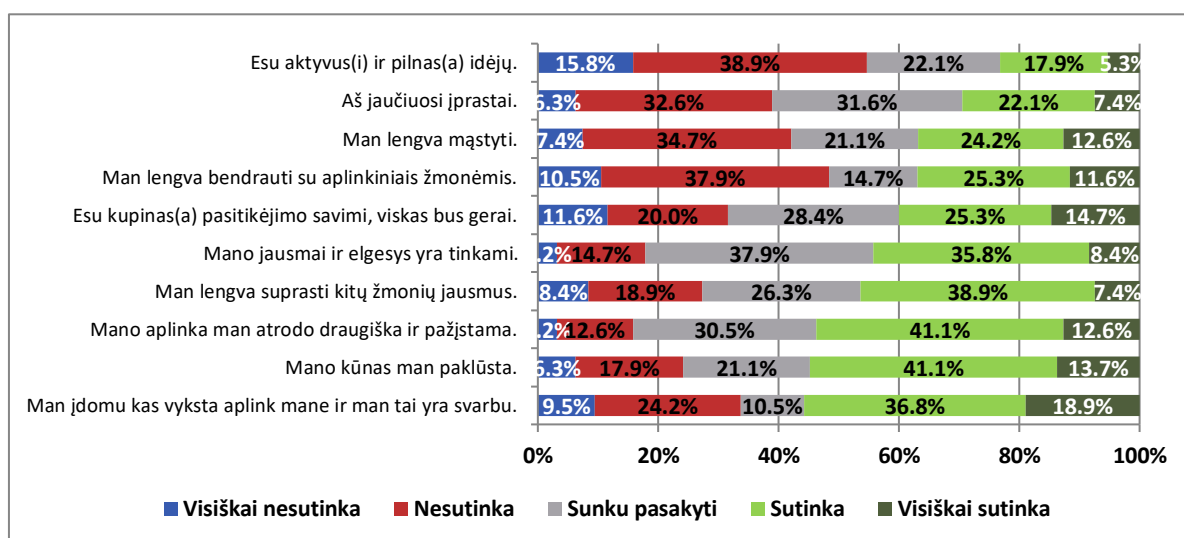
2.2.1. Pacientų, vartojančių antipsichotikus, subjektyvios savijautos vertinimas

Tiriamųjų subjektyvi savijauta, vartojant antipsichotikus, tirta naudojant neuroleptinio gydymo subjektyvios savijautos (SWN-K) skalę sudarytą iš 10 neigiamų ir 10 teigiamų teiginių.



1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal SWN-K skalės neigiamų teiginių vertinimą

Analizuojant neigiamų SWN-K skalės teiginių vertinimus nustatyta, jog daugiau kaip pusė tiriamųjų (visiškai sutiko/sutiko) jautėsi silpni ir išsekę (55,8 proc.), jų mąstymas buvo sunkus ir lėtas (57,9 proc.), jiems buvo sunku susikaupti ir aiškiai galvoti (52,6 proc.), tačiau juos (visiškai nesutiko/nesutiko) domino jų ateitis (63,2 proc.) (1 pav.).



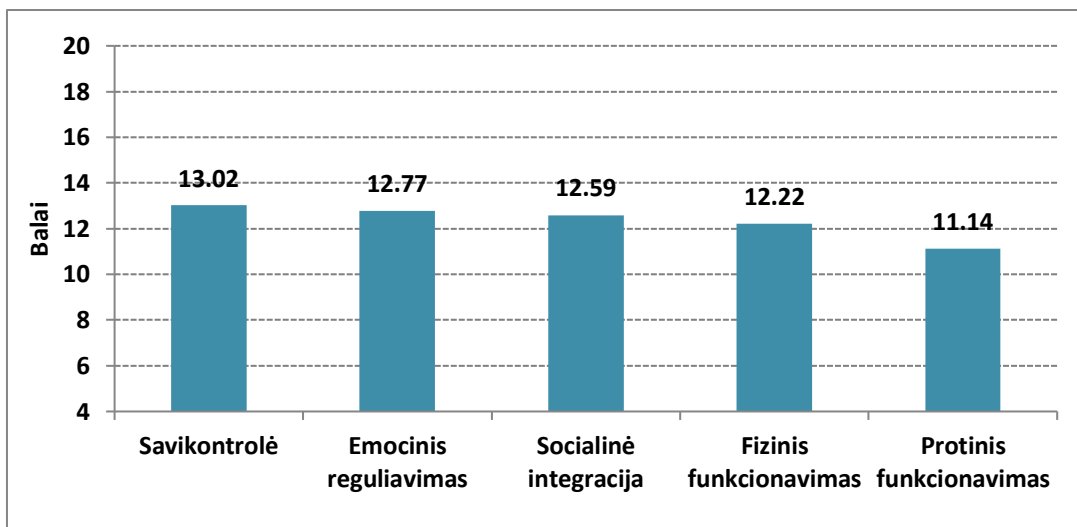
2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal SWN-K skalės teigiamų teiginių vertinimą

Analizuojant teigiamų SWN-K skalės teiginių vertinimus nustatyta, kad daugiau kaip pusė tiriamųjų (visiškai sutiko/sutiko) domino kas vyksta aplink juos ir tai jiems buvo svarbu (55,7

proc.), jų kūnas jiems pakludavo (54,8 proc.), jų aplinka jiems atrodė draugiška ir pažįstama (53,7 proc.), tačiau jie nesijautė aktyviais ir pilnais idėjų (visiškai nesutiko/nesutiko) (54,7 proc.). Beveik pusei tiriamųjų (48,4 proc.) nebuvo lengva bendrauti su aplinkiniais žmonėmis (2 pav.).

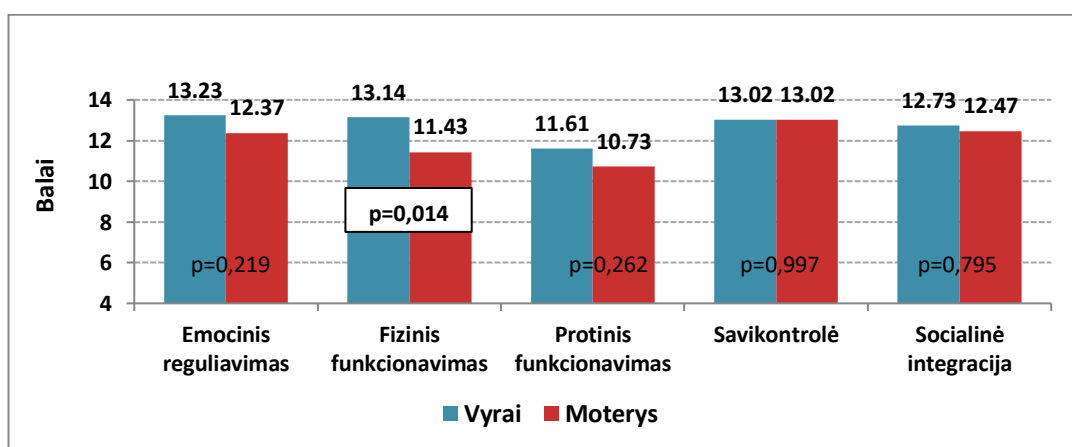
Suvienodinus visų SWN-K skalės teiginių vertinimo kryptį buvo apskaičiuotas bendras subjektyvios savijautos rodiklis ir atskirų sričių rodikliai.

Bendroje tiriamųjų grupėje apibendrintas subjektyvios savijautos rodiklis varijavo nuo 42,0 iki 96,0 balų ir jo vidurkis iš galimų 100 balų siekė $61,74 \pm 13,77$ balų t.y. bendroje tiriamųjų grupėje subjektyvi sveikata buvo įvertinta šiek tiek geriau nei vidutiniška.



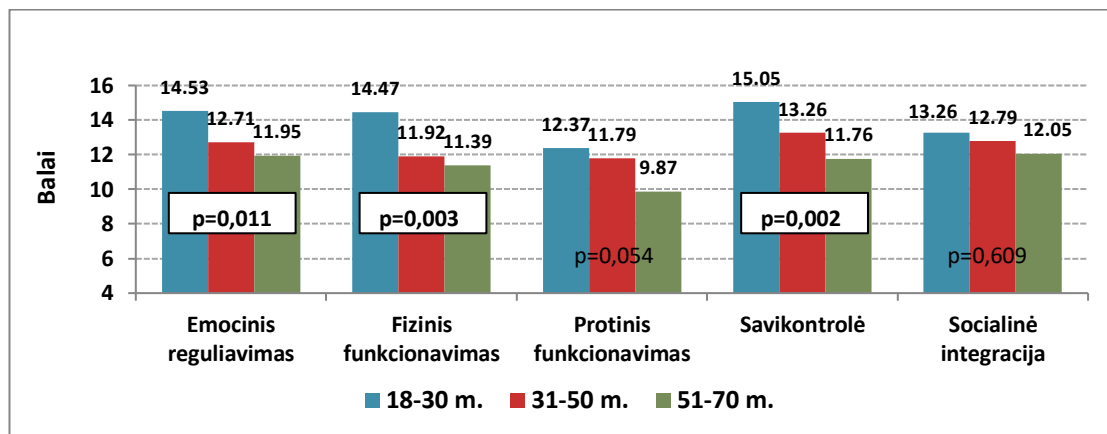
3 pav. Subjektyvios savijautos sričių vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje

Analizuojant subjektyvios savijautos sričių rodiklius bendroje tiriamųjų grupėje nustatyta, kad tiriamieji geriausiai vertino savikontrolę ($13,02 \pm 3,40$ balų), o prasčiausiai protinį funkcionavimą (11,14(10,0) balų). Emocinį reguliavimą ($12,77(12,0)$ balų), socialinę integraciją ($12,59(12,0)$ balų) ir fizinį funkcionavimą ($12,22 \pm 3,35$ balų) jie vertino panašiai (3 pav.).



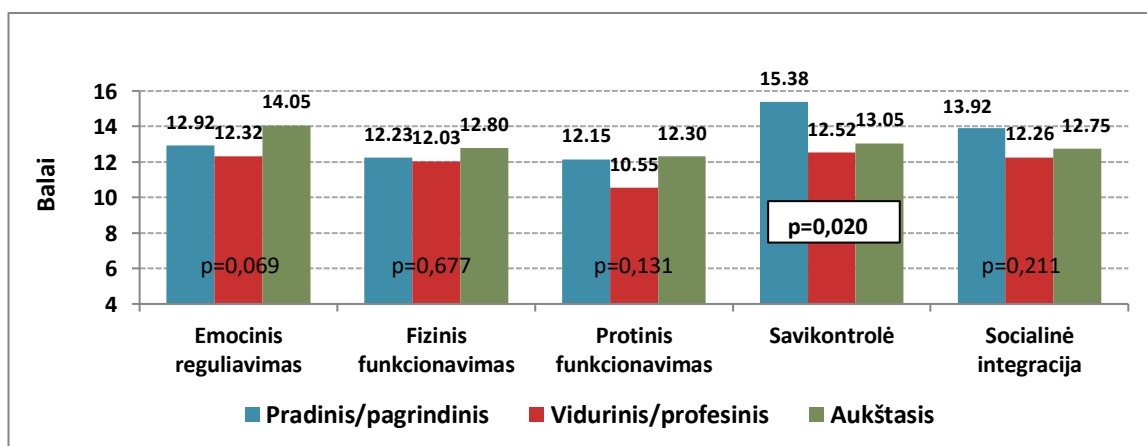
4 pav. Subjektyvios savijautos sričių vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų lyties

Nagrinėjant vyrų ir moterų subjektyvios savijautos sričių vertinimus nustatytas tik fizinio funkcionavimo statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$) skirtumas – fizinį funkcionavimą gerokai prasčiau vertino moterys nei vyrai (vyrų grupėje $13,14 \pm 3,52$ balų ir moterų grupėje $11,43 \pm 3,01$ balų: $t = 2,52$ $p = 0,014$). Kitų sričių lyčių vertinimai statistiškai reikšmingai neišsiskyrė (4 pav.). Nesiskyrė ir subjektyvios savijautos bendras rodiklis (vyrų grupėje $63,73 \pm 16,22$ balų ir moterų grupėje $60,02 \pm 11,13$ balų: $t = 1,31$ $p = 0,192$).



5 pav. Subjektyvios savijautos sričių vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus

Nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) subjektyvios savijautos bendro rodiklio (18-30 metų grupėje $69,68 \pm 15,08$ balų, 31-50 metų grupėje $62,47 \pm 14,15$ balų ir 51-70 metų grupėje $57,03 \pm 10,74$ balų: $F = 6,02$ $p = 0,003$), fizinio funkcionavimo (18-30 metų grupėje $14,47 \pm 3,31$ balų, 31-50 metų grupėje $11,92 \pm 3,44$ balų ir 51-70 metų grupėje $11,39 \pm 2,82$ balų: $t = 6,23$ $p = 0,003$), emocinio reguliavimo (18-30 metų grupėje $14,53(14,0)$ balų, 31-50 metų grupėje $12,71(13,0)$ balų ir 51-70 metų grupėje $11,95(12,0)$ balų: $\chi^2 = 9,08$ $p = 0,011$) ir ypač savikontrolės (18-30 metų grupėje $15,05 \pm 3,24$ balų, 31-50 metų grupėje $13,26 \pm 3,57$ balų ir 51-70 metų grupėje $11,76 \pm 2,77$ balų: $t = 6,85$ $p = 0,002$) vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus parodė, kad tiriamųjų prastesnė savijauta, susijusi su fizine ir emocine būkle, yra susijusi su vyresniu amžiumi (5 pav.).

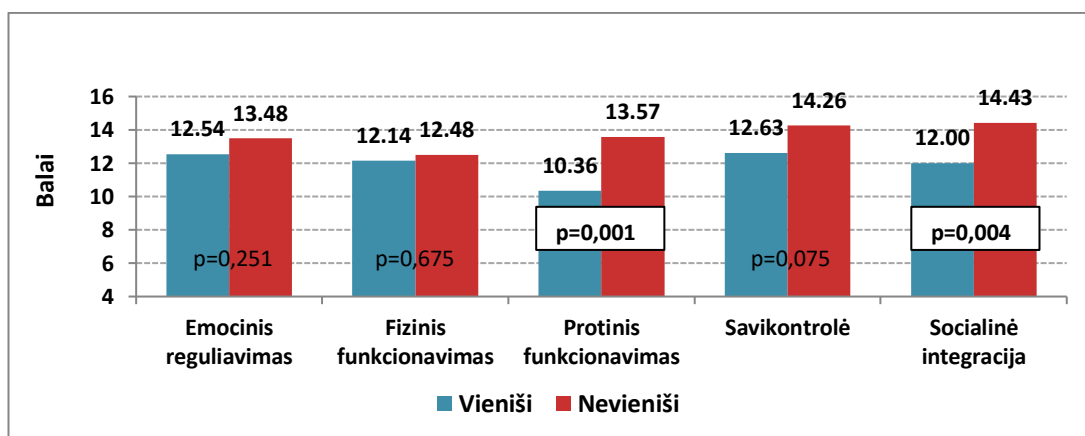


6 pav. Subjektyvios savijautos sričių vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo

Protinio funkcionavimo ir socialinės integracijos vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus statistiškai reikšmingai nesiskyrė (5 pav.).

Analizuojant subjektyvios savijautos vertinimų skirtumus priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo nustatytas tik savikontrolės rodiklio statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$) skirtumas – savikontrolę žymiai geriau vertino tiriamieji su žemiausiu t.y. pradinio/pagrindiniu išsilavinimu nei tiriamieji su viduriniu/profesiniu ir nei su aukštuoju išsilavinimu (pradinio/pagrindinio išsilavinimo grupėje (1) $15,38 \pm 2,36$ balų, vidurinio/profesinio išsilavinimo grupėje (2) $12,52 \pm 3,27$ balų ir aukštojo išsilavinimo grupėje (3) $13,05 \pm 3,83$ balų: $F=4,08$ $p=0,020$: $p_{1:2}=0,005$, $p_{1:3}=0,049$, $p_{2:3}=0,530$). Kitų sričių vertinimai nebuvo statistiškai reikšmingai susiję su išsilavinimu (6 pav.).

Nepriklausė nuo išsilavinimo ir subjektyvios savijautos bendras rodiklio vertinimas (pradinio/pagrindinio išsilavinimo grupėje $66,62 \pm 10,85$ balų, vidurinio/profesinio išsilavinimo grupėje $59,68 \pm 13,35$ balų ir aukštojo išsilavinimo grupėje $64,95 \pm 15,85$ balų: $F=2,10$ $p=0,128$).



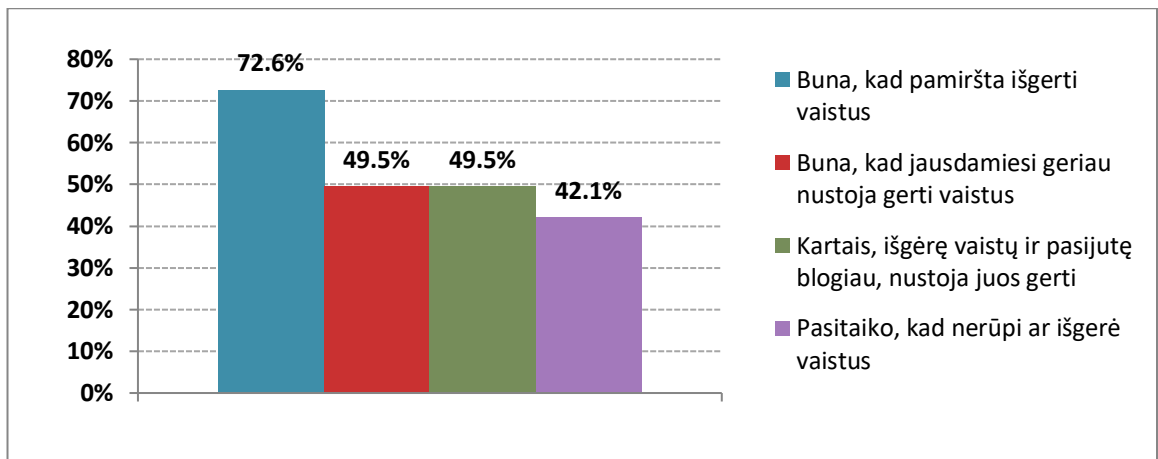
7 pav. Subjektyvios savijautos sričių vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų šeiminės padėties

Tyrimo rezultatai parodė, kad subjektyvios savijautos vertinimai priklausė nuo tiriamųjų šeiminės padėties – vieniši (neturintys partnerio/-ės) tiriamieji žymiai prasčiau vertino nei nevieniši (turintys partnerį/-ę) tiriamieji savo savijautą (vienišų grupėje $59,67 \pm 12,87$ balų ir nevienišų grupėje $68,22 \pm 14,76$ balų: $t=-2,49$ $p=0,018$), socialinę integraciją (vienišų grupėje 12,00(11,0) balų ir nevienišų grupėje 14,43(15,0): $U=502,0$ $p=0,004$) ir ypač protinį funkcionavimą (vienišų grupėje 10,36(10,0) balų ir nevienišų grupėje 13,57(14,0) balų: $U=446,0$ $p=0,001$) (7 pav.).

Emocinio reguliavimo, fizinio funkcionavimo ir savikontrolės vertinimai tarp vienišų ir nevienišų tiriamųjų statistiškai reikšmingai nesiskyrė (7 pav.).

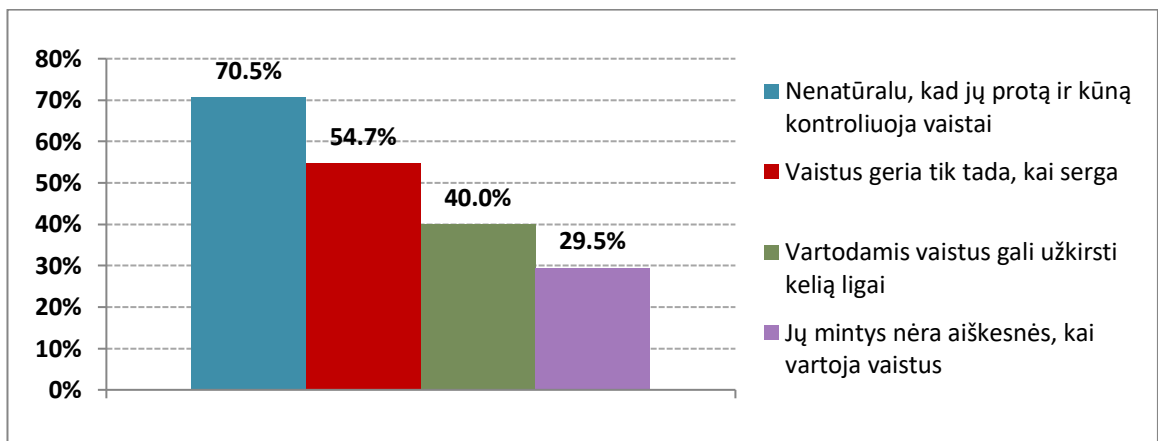
2.2.2. Pagrindiniai, antipsichotikus vartojančių pacientų, gydymo režimo nesilaikymo aspektai.

Tiriamųjų gydymo režimo nesilaikymas nagrinėtas analizuojant jų elgesį ir požiūrį į paskirtų vaistų vartojimą naudojant MARS skalės teiginius ir bendrą suminį rodiklį.



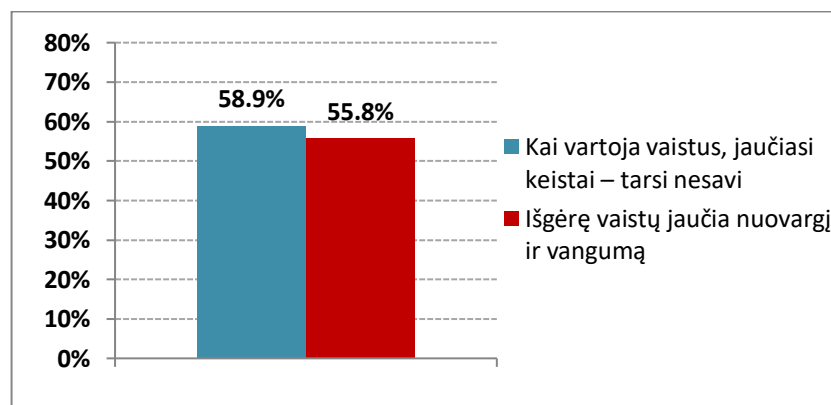
8 pav. Vaistų vartojimo grafiko laikymasis

Dažniausia gydymo režimo nesilaikymo priežastis buvo užmaršumas (72,6 proc.), maždaug apie pusę tiriamųjų kartais nustodavo vartoti vaistus, kai pasijausdavo geriau (49,5 proc.) arba atvirksčiai pasijausdavo blogiau (49,5 proc.) (8 pav.).



9 pav. Požiūris į vaistų vartojimą

Dauguma tiriamųjų (70,5 proc.) manė, kad yra nenatūralu, jog jų protą ir kūną kontroliuoja vaistai. Daugiau nei pusės (54,7 proc.) tiriamųjų nuomone vaistus reikia gerti tik tada, kai sergi. Tačiau mažiau nei trečdalis (29,5 proc.) tiriamųjų nurodė, kad vartojant vaistus jų mintys nėra aiškesnės (9 pav.).



10 pav. Požiūris į vaistų sukeltą neigiamą šalutinį poveikį

Nagrinėjant tiriamųjų požiūrį į vartojamų vaistų sukeliama neigiamą poveikį daugiau nei pusė tiriamųjų nurodė keistą (jautėsi keistai lyg nesavi) savijautą (58,9 proc.) arba nuovargį/vangumą (55,8 proc.) (10 pav.).

Bendras skalės įvertinimo balas gali svyruoti nuo 0 iki 10. Kuo didesniu balu įvertinamas vaistų vartojimas, tuo geresnis tikėtinas požiūris, elgsena ir vaistų vartojimo grafiko laikymasis.

Mūsų atliktame tyrime vaistų vartojimo taip kaip paskirta rodiklis bendroje tiriamųjų grupėje varijavo nuo 0 iki 9 balų ir jo vidurkis iš galimų 10 balų siekė $4,77 \pm 2,44$ balų.

3 lentelė. Tiriamųjų, sutikusių su vaistų vartojimo skalės (MARS) teiginiais^a, pasiskirstymas ir suminio rodiklio skirtumas priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus

Teiginiai	18-30 m.	31-50 m.	51-70 m.	χ^2	p
<i>Vaistų vartojimo grafiko laikymasis</i>					
Buvo pamiršę išgerti vaistus	13(68,4%)	30(78,9%)	26(68,4%)	1,27	0,530
Pasitaiko, kad nerūpi, ar geria vaistus	11(57,9%)	17(44,7%)	12(31,6%)	3,78	0,151
Jausdamiesi geriau kartais nustoja gerti vaistus	10(52,6%)	26(68,4%)	11(28,9%)	11,94	0,003
Kartais išgėrę vaistų ir pasijutę blogiau, nustoja juos gerti	8(42,1%)	24(63,2%)	15(39,5%)	4,78	0,092
<i>Požiūris į vaistų vartojimą</i>					
Vaistus geria tik tada, kai serga	15(78,9%)	25(65,8%)	12(31,6%)	14,59	0,001
Nenatūralu, kad protą ir kūną kontroliuoja vaistai	9(47,4%)	30(78,9%)	28(73,7%)	6,38	0,041
Jų mintys yra aiškesnės, kai vartoja vaistus	12(63,2%)	28(73,7%)	27(71,1%)	0,68	0,710
Vartodami vaistus negali užkirsti kelią ligai	16(84,2%)	18(47,4%)	23(60,5%)	7,17	0,028
<i>Požiūris į vaistų sukeliama neigiamą šalutinį poveikį</i>					
Vartojant vaistus, jaučiasi keistai – tarsi nesavi	8(42,1%)	23(60,5%)	25(65,8%)	3,00	0,223
Išgėrę vaistų jaučia nuovargį ir vangumą	10(52,6%)	24(63,2%)	19(50,0%)	1,43	0,489
Suminis rodiklis	5,05±2,04	3,97±2,65	5,42±2,23	F=3,71	0,028

a- tiriamieji atsakė "Taip"

Nustatyta, kad vaistų vartojimo suminis rodiklis statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp skirtingų amžiaus grupių ypač lyginant 31-50 metų ir 51-70 metų grupes (18-30 m. grupėje (1) $5,05 \pm 2,04$ balų, 31-50 m. grupėje (2) $3,97 \pm 2,65$ balų ir 51-70 m. grupėje $5,42 \pm 2,23$ balų: $F=3,71$ $p=0,028$: $p_{1:2}=0,109$, $p_{1:3}=0,582$, $p_{2:3}=0,009$). Gautas rezultatas parodė, kad neatsakingiausia požiūrį į paskirtų vaistų vartojimą turėjo vidutinio (31-50 metų) amžiaus tiriamieji, o atsakingiausia - vyresni nei 50 metų tiriamieji. Vyresni nei 50 metų tiriamieji, pasijutę geriau, rečiau nustodavo gerti vaistus nei kiti tiriamieji (51-70 m. 28,9 proc., 31-50 m. 68,4 proc. ir 18-30 m. 52,6 proc.: $p=0,003$), tarp jų buvo žymiai mažiau asmenų, kurie vaistus gerdavo tik tada, kai serga (51-70 m. 31,6 proc., 31-50 m. 65,8 proc. ir 18-30 m. 78,9 proc.: $p=0,001$).

Galvojančių, jog yra nenatūralu, kad jų protą ir kūną kontroliuoja vaistai, buvo žymiai mažiau tarp jauniausių (18-30 metų) tiriamųjų nei tarp vyresnių (18-30 m. 47,4 proc., 31-50 m. 78,9 proc. ir 51-70 m. 73,7 proc.: $p=0,041$), tačiau tarp jauniausių buvo žymiai daugiau manančių, jog

vartodami vaistus negali užkirsti kelio ligai (18-30 m. 84,2 proc., 31-50 m. 47,4 proc. ir 51-70 m. 60,5 proc.: $p=0,028$) (3 lentelė).

4 lentelė. Tiriamųjų, sutikusių su vaistų vartojimo skalės (MARS) teiginiais^a, pasiskirstymas ir suminio rodiklio skirtumas priklausomai nuo tiriamųjų lyties

Teiginiai	Vyrai	Moterys	χ^2	p
<i>Vaistų vartojimo grafiko laikymasis</i>				
Buvo pamiršę išgerti vaistus	37(84,1%)	32(62,7%)	5,41	0,020
Pasitaiko, kad nerūpi, ar geria vaistus	20(45,5%)	20(39,2%)	0,38	0,539
Jausdamiesi geriau kartais nustoja gerti vaistus	24(54,5%)	23(45,1%)	0,84	0,358
Kartais išgėrę vaistų ir pasijutę blogiau, nustoja juos gerti	25(56,8%)	22(43,1%)	1,77	0,184
<i>Požiūris į vaistų vartojimą</i>				
Vaistus geria tik tada, kai serga	27(61,4%)	25(49,0%)	1,45	0,228
Nenatūralu, kad protą ir kūną kontroliuoja vaistai	30(68,2%)	37(72,5%)	0,22	0,642
Jų mintys yra aiškesnės, kai vartoja vaistus	32(72,7%)	35(68,6%)	0,19	0,662
Vartodami vaistus negali užkirsti kelių ligai	29(65,9%)	28(54,9%)	1,19	0,275
<i>Požiūris į vaistų sukeltą neigiamą šalutinį poveikį</i>				
Vartojant vaistus, jaučiasi keistai – tarsi nesavi	28(63,6%)	28(54,9%)	0,75	0,388
Išgėrę vaistų jaučia nuovargį ir vangumą	22(50,0%)	31(60,8%)	1,11	0,291
Suminis rodiklis	4,55±2,65	4,96±2,25	t=-0,82	0,417

a-tiriamieji atsakė "Taip"

Analizuojant vaistų vartojimą tarp vyrų ir moterų reikšmingo skirtumo nenustatyta - suminis rodiklis statistiškai reikšmingai nesiskyrė, nesiskyrė ir daugumos vaistų vartojimo skalės teiginių vertinimai, išskyrus vaistų išgėrimo užmiršimo, kuris žymiai dažniau stebėtas tarp vyrų nei tarp moterų (vyrų grupėje 84,1 proc. ir moterų grupėje 62,7 proc.: $p=0,020$) (4 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad vaistų taip, kaip paskirta, vartojimas nepriklausė nuo tiriamųjų išsilavinimo ir šeiminės padėties (5 ir 6 lentelės).

5 lentelė. Tiriamųjų, sutikusių su vaistų vartojimo skalės (MARS) teiginiais^a, pasiskirstymas ir suminio rodiklio skirtumas priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo

Teiginiai	Pradinis/ pagrindinis	Vidurinis/ profesinis	Aukštasis	χ^2	p
<i>Vaistų vartojimo grafiko laikymasis</i>					
Buvo pamiršę išgerti vaistus	7(53,8%)	45(72,6%)	17(85,0%)	3,85	0,146
Pasitaiko, kad nerūpi, ar geria vaistus	6(46,2%)	28(45,2%)	6(30,0%)	1,53	0,466
Jausdamiesi geriau kartais nustoja gerti vaistus	8(61,5%)	28(45,2%)	11(55,0%)	1,46	0,481
Kartais išgėrę vaistų ir pasijutę blogiau, nustoja juos gerti	6(46,2%)	27(43,5%)	14(70,0%)	4,30	0,117
<i>Požiūris į vaistų vartojimą</i>					
Vaistus geria tik tada, kai serga	8(61,5%)	34(54,8%)	10(50,0%)	0,42	0,809
Nenatūralu, kad protą ir kūną kontroliuoja vaistai	8(61,5%)	46(74,2%)	13(65,0%)	1,20	0,549
Jų mintys yra aiškesnės, kai vartoja vaistus	10(76,9%)	44(71,0%)	13(65,0%)	0,56	0,757
Vartodami vaistus negali užkirsti kelių ligai	6(46,2%)	24(38,7%)	8(40,0%)	0,25	0,883
<i>Požiūris į vaistų sukeltą neigiamą šalutinį poveikį</i>					
Vartojant vaistus, jaučiasi keistai – tarsi nesavi	5(38,5%)	36(58,1%)	15(75,0%)	4,40	0,111
Išgėrę vaistų jaučia nuovargį ir vangumą	5(38,5%)	33(53,2%)	15(75,0%)	4,74	0,093
Suminis rodiklis	5,23±2,32	4,85±2,52	4,20±2,26	F=0,82	0,447

a- tiriamieji atsakė "Taip"

6 lentelė. Tiriamųjų, sutikusių su vaistų vartojimo skalės (MARS) teiginiais^a, pasiskirstymas ir suminio rodiklio skirtumas priklausomai nuo tiriamųjų šeiminės padėties

Teiginiai	Vieniši	Nevieniši	χ^2	p
<i>Vaistų vartojimo grafiko laikymasis</i>				
Buvo pamiršę išgerti vaistus	53(73,6%)	16(69,6%)	0,14	0,705
Pasitaiko, kad nerūpi, ar geria vaistus	32(44,4%)	8(34,8%)	0,67	0,414
Jausdamiesi geriau kartais nustoja gerti vaistus	36(50,0%)	11(47,8%)	0,03	0,856
Kartais išgėrę vaistų ir pasijutę blogiau, nustoja juos gerti	35(48,6%)	12(52,2%)	0,09	0,766
<i>Požiūris į vaistų vartojimą</i>				
Vaistus geria tik tada, kai serga	36(50,0%)	16(69,6%)	2,69	0,101
Nenatūralu, kad protą ir kūną kontroliuoja vaistai	52(72,2%)	15(65,2%)	0,41	0,521
Jų mintys yra aiškesnės, kai vartoja vaistus	51(70,8%)	16(69,6%)	0,01	0,908
Vartodami vaistus negali užkirsti kelią ligai	44(61,1%)	13(56,5%)	0,15	0,696
<i>Požiūris į vaistų sukeltą neigiamą šalutinį poveikį</i>				
Vartojant vaistus, jaučiasi keistai – tarsi nesavi	43(59,7%)	13(56,5%)	0,07	0,786
Išgėrę vaistų jaučia nuovargį ir vangumą	38(52,8%)	15(65,2%)	1,09	0,296
Suminis rodiklis	4,81±2,42	4,65±2,53	t=0,26	0,800

a-tiriamieji atsakė "Taip"

2.2.3. Šizofrenijos spektro susirgimais sergančių pacientų subjektyvios sveikatos sąsajos su gydymo režimo nesilaikymu

Nustatyti statistiškai reikšmingi teigiami ryšiai tarp vaistų vartojimo rodiklio ir subjektyvios savijautos apibendrinto rodiklio ($r=0,40$ $p<0,001$) bei visų jos sričių, iš jų stipriausias ryšis - su socialine integracija ($r_s=0,44$ $p<0,001$).

Gauti rezultatai parodė, kad šizofrenijos spektro susirgimais sergantys tiriamieji, kurie buvo linkę nesilaikyti gydymo režimo, prasčiau vertino savo emocinę ($r_s=0,34$ $p=0,001$), fizinę ($r=0,30$ $p=0,003$), protinę ($r_s=0,34$ $p=0,001$) savijautą, savikontrolę ($r=0,30$ $p=0,003$) ir ypač socialinę integraciją ($r_s=0,44$ $p<0,001$) nei tiriamieji, besilaikantys gydymo režimo (7 lentelė).

7 lentelė. Subjektyvios sveikatos ir jos sričių vertinimų sąsajos su vaistų vartojimo rodikliu

Rodikliai	MARS skalės suminis rodiklis	
	r/r_s	p
Subjektyvi savijauta (apibendrintas rodiklis)	0,40	<0,001
Emocinis reguliavimas	0,34	0,001
Fizinis funkcionavimas	0,30	0,003
Protinis funkcionavimas	0,34	0,001
Savikontrolė	0,30	0,003
Socialinė integracija	0,44	<0,001

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Šiuo darbu buvo siekiama nustatyti pacientų, vartojančių antipsichotikus, gydymo režimo laikymosi ryšį, su psichopatologiniais pokyčiais ir subjektyvia savijauta. Buvo apibendrinami demografiniai duomenys, rezultatų ir atvejų pasiskirstymas tarp lyčių, amžiaus, išsilavinimo, bei šeiminės padėties. Taigi, šiame skyriuje aptarsime gautus rezultatus ir palyginsime juos su ankstesnių tyrimų rezultatais.

Pastaraisiais metais vis didesnis tyrėjų dėmesys atkreipiamas į gydymo režimo nesilaikymo priežastis, tarp kurių ir subjektyvi savijauta. Viena iš dažniausiai pasitaikančių priežasčių, kodėl pacientai nutraukia gydymą yra subjektyvus atsakas į vaistus, o antipsichotikų vartojimo patirtis tarp šizofrenijos spektro ligomis sergančių asmenų yra gana skirtinga (Ghimire, 2017; Haddad et al., 2014; Petti et al., 2015; Widschwendter et al., 2018; Hammann, 2017).

Vertinant bendrą pacientų, vartojančių antipsichotikus, subjektyvią savijautą nustatyta, jog daugiau kaip pusė tiriamųjų jautėsi silpni ir išsekę, nesijautė aktyviais ir pilni jėgų, jų mąstymas buvo sunkus ir lėtas, buvo sunku susikaupti ir aiškiai galvoti, tačiau didžiąją dalį domino jų ateitis, kas vyksta aplink juos ir tai jiems buvo svarbu.

Nustatyta, jog daugiau kaip pusė tiriamųjų turėjo sunkumų bendraujant su aplinkiniais žmonėmis.

Bendroje tiriamųjų grupėje subjektyvi sveikata buvo įvertinta kaip šiek tiek geresnė nei vidutiniška. Tarp vyrų ir moterų šis rodiklis statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Jis taip pat nepriklausė ir nuo išsilavinimo. Widschwendter et al. (2018) atliktas tyrimas ieškojo galimos koreliacijos tarp subjektyvios savijautos, požiūrio į antipsichotikų terapiją ir simptomų pokyčių, sergant šizofrenijos spektro ligomis. Nepakankamas supratimas apie ligą, antipsichozinių vaistų poveikio neigimas, kognityvinis deficitas, blogas terapinis aljansas, pablogėjusi gyvenimo kokybė, trūkstama socialinė parama ir neigiamas požiūris į vaistus yra galimo gydymo režimo nesilaikymo prognozė.

Analizuojant subjektyvios savijautos sričių rodiklius bendroje tiriamųjų grupėje nustatyta, kad tiriamieji geriausiai vertino savikontrolę, o prasčiausiai protinį funkcionavimą. Emocinį reguliavimą, socialinę integraciją ir fizinį funkcionavimą vertino panašiai.

Nagrinėjant moterų ir vyrų subjektyvios savijautos sričių vertinimus, nustatytas tik fizinio funkcionavimo statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$) skirtumas – fizinį funkcionavimą žymiai prasčiau vertino moterys nei vyrai. Kitų sričių vertinimai tarp moterų ir vyrų reikšmingai statistiškai nesiskyrė.

Nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) subjektyvios savijautos bendro rodiklio vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus parodė, kad tiriamųjų prastesnė savijauta, susijusi su

fizine ir emocine būkle, bei su vyresniu amžiumi. Protinio funkcionavimo ir socialinės integracijos vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus reikšmingai nesiskyrė.

Mūsų išvadas apie reikšmingą visuotinio funkcionavimo koreliaciją su pacientų subjektyvia savijauta patvirtina ir Widschwendter et al., (2018) atlikto tyrimo rezultatai. Atitinkamai, subjektyvi gerovė gali daryti tiesioginį poveikį paciento socialiniam, psichologiniam ir profesiniam funkcionavimui ir atvirkščiai.

Analizuojant subjektyvios savijautos vertinimų skirtumus priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo, nustatytas tik savikontrolės rodiklio statistiškai reikšmingas skirtumas – savikontrolę žymiai geriau vertino tiriamieji su žemiausiu t.y. pradiniu/pagrindiniu išsilavinimu, ką galimai įtakoja žemas sveikatos raštingumas, nei tiriamieji su viduriniu/profesiniu ar aukštesniu išsilavinimu. Kitų sričių vertinimai nebuvo statistiškai reikšmingai susiję su išsilavinimu.

Šiame darbe atskleista, kad subjektyvios savijautos vertinimai priklausė nuo tiriamųjų šeiminių padėties – vieniši tiriamieji žymiai prasčiau vertino nei nevieniši savo savijautą, socialinę integraciją ir ypač protinį funkcionavimą. Emocinio reguliavimo, fizinio funkcionavimo ir savikontrolės vertinimai tarp vienišų ir nevienišų tiriamųjų statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Dažniausia gydymo režimo nesilaikymo priežastis buvo užmaršumas. Maždaug apie pusę tiriamųjų kartais nustodavo vartoti vaistus, kai pasijausdavo geriau arba atvirkščiai, pasijausdavo blogiau. Dauguma tiriamųjų manė, kad yra nenatūralu, jog jų kūną ir protą kontroliuoja vaistai. Daugiau nei pusės tiriamųjų nuomone vaistus reikia gerti tik tada, kai sergi. Tačiau mažiau nei trečdalis tiriamųjų nurodė, kad vartojant vaistus jų mintys nėra aiškesnės.

Pastebėta, jog nagrinėjant tiriamųjų požiūrį į vartojamų vaistų sukeltą neigiamą poveikį daugiau nei pusė tiriamųjų nurodė keistą (jautėsi keistai lyg nesavi) savijautą arba nuovargį/vangumą.

Bendras MARS skalės įvertinimo balas gali svyruoti nuo 0 iki 10. Kuo didesniu balu įvertinamas vaistų vartojimas, tuo geresnis tikėtinas požiūris, elgsena ir vaistų vartojimo grafiko laikymasis. Mūsų atliktame tyrime vaistų vartojimo taip kaip paskirta rodiklis bendroje tiriamųjų grupėje varijavo nuo 0 iki 9 balų ir jo vidurkis iš galimų 10 balų siekė $4,77 \pm 2,44$ balų, taigi, tik apie pusė apklaustųjų yra nusiteikę laikytis gydymo režimo. Šie rezultatai kelia nerimą, kadangi nuostata nesilaikyti gydymo režimo galioja net pagerėjus būsenai, žinant galimai blogėsią ligos prognozę, ar gyvenimo kokybę.

Borba et al., (2018) atliktas tyrimas taip pat parodė, kad tik apie 51 proc. pacientų, sergančių šizofrenija, laikėsi vaistų vartojimo nurodymų. Laikymosi faktorius buvo susijęs su tokiais kintamaisiais kaip lytis, suvokimas apie savo sveikatą, ligos trukmė ir šeimos palaikymas. Tačiau literatūroje dėl to nėra sutarimo, nes kai kurie tyrimai praneša apie gydymo režimo laikymosi paplitimą, viršijantį 71%. Analizuojant rezultatus, reikėtų atsižvelgti į metodą, naudojamą

apklausai, naudojamų vaistų tipą ir vietą, kurioje tyrimas buvo atliktas, nes šie kintamieji gali smarkiai įtakoti rezultatus.

Nustatyta, kad vaistų vartojimo suminis rodiklis statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp skirtingų amžiaus grupių ypač lyginant 31-50 metų ir 51-70 metų. Gautas rezultatas parodė, kad neatsakingiausia požiūrį į paskirtų vaistų vartojimą turėjo vidutinio (31-50 metų) amžiaus tiriamieji, o atsakingiausia - vyresni nei 50 metų tiriamieji, kurie pasijutę geriau, rečiau nustodavo gerti vaistus nei kiti tiriamieji, bei tarp jų buvo žymiai mažiau asmenų, kurie vaistus gerdavo tik tada, kai serga. Tai patvirtina ir Sridhar, Kumar ir Hemanth (2018), kurie ištyrė, jog santykis tarp amžiaus ir gydymo režimo nesilaikymo, buvo statistiškai reikšmingas ($P = 0,01$). Pastebėta, jog jauni pacientai yra mažiau linkę vartoti vaistus. Taip galėtų būti, nes ilgėjant amžiui pacientai kaupia savo psichinės ligos patirtį ir supranta, kad ryšys tarp vaistų vartojimo nutraukimo ir atkryčio yra labai stiprus.

Galvojančių, jog nenatūralu, kad jų protą ir kūną kontroliuoja vaistai, buvo žymiai mažiau tarp jauniausių (18-30 metų) tiriamųjų nei tarp vyresnių (31-70), tačiau tarp jauniausių buvo žymiai daugiau manančių, jog vartodami vaistus negali užkirsti kelio ligai.

Šiame tyrime atskleista netikėta sąsaja, jog vyrų ir moterų vaistų vartojimo suminis rodiklis statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Taip pat vaistų vartojimas nepriklausė nuo tiriamųjų išsilavinimo ir šeiminės padėties.

Tai prieštarauja Desai ir Nayak (2019) atliktam tyrimui, kurie pastebėjo, kad gydymo režimo nesilaikymas buvo reikšmingai susijęs su buvo reikšmingai susijęs su vienišumu, gyvenimu nesusituokus, bei moteriška lytimi. Be to, šiame tyrime buvo nustatyta, kad jei asmuo, turi žemesnį išsilavinimą, tai labiau tikėtina, jog vaistų nevertos taip, kaip paskirta. Šiuos rezultatus patvirtina ir DiBonaventura, Gabriel ir Kim (2012) tyrimas, kurių teigimu, gydymo režimo dažniau nesilaikė nedirbantys ir žemo išsilavinimo pacientai. Autoriai paaiškina šias sąsajas teigdami, kad galimai prie to prisideda skurdesnis suvokimas apie ligą, jos pasekmes, bei gyvenimo kokybę ir profesionalų patarimus. Tačiau verta paminėti, kad kai kurie tyrimai nenustatė jokio ryšio su lytimi. Todėl šie įrodymai išlieka prieštaringi.

Amerikos Medical Director Institute atlikto tyrimo duomenimis, šeimos parama vartojant vaistus gali būti svarbi. Bahrini, Damak ir Cheour (2016) tyrimas taip pat atskleidė, jog labiau gydymo režimo laikytis buvo linkę vedę, nei vieniši ar išsiskyrę pacientai.

Tačiau Grover, Chakrabarti ir Tyagi (2014) atliktas tyrimas teigia, jog šeimos nariai gali teikti netinkamus patarimus. Ypač tada, jei artimieji skeptiškai vertina psichiatrinius vaistus ir turi mažai žinių apie psichikos ligas. Kai kurie paciento ir šeimos nesutarimai bei konfliktai taip pat gali slopinti norą vartoti vaistus ir pasveikti. Paprastai tai įvyksta tada, kai paciento ir šeimos tikslai nesutampa ir nelieka abipusės pagarbos priimant sprendimus.

Mūsų tyrime buvo iškelta hipotezė, jog antipsichotikus vartojantys pacientai yra nelinkę laikytis gydymo režimo, o neigiama subjektyvi savijauta yra glaudžiai su tuo susijusi. Kaip ir tikėtasi, gauti rezultatai parodė statistiškai reikšmingą teigiamą ryšį tarp vaistų vartojimo rodiklio ir subjektyvios savijautos apibendrinto rodiklio, bei visų jos sričių, iš kurių stipriausias ryšis - su socialine integracija. Šias sąsajas patvirtina ir Yeisen et al. (2017), kurie atskleidė, jog subjektyviai ryškus antipsichozinių vaistų poveikis gali paveikti gydymo režimo laikymąsi.

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad antipsichotikus vartojantys tiriamieji, kurie buvo linkę nesilaikyti gydymo režimo, prasčiau vertino savo emocinę, fizinę, protinę savijautą, savikontrolę ir ypač socialinę integraciją, nei tiriamieji, besilaikantys gydymo režimo, o tai patvirtina mūsų lūkesčius. Reikėtų paminėti, jog kai kurių reikalingų statistinių metodų šiame tyrime taikyti nebuvo galima dėl apriboto imties dydžio, todėl siekiant išsamiau atskleisti tyrinėjamą temą, tolimesniuose tyrimuose reikėtų remtis didesne tiriamųjų imtimi.

IŠVADOS

1. Tyrimo rezultatai parodė, kad antipsichotikus vartojančių pacientų subjektyvi sveikata buvo įvertinta kaip šiek tiek geresnė nei vidutiniška. Tiriamieji geriausiai vertino savikontrolę, o prasčiausiai protinį funkcionavimą. Savikontrolę žymiai geriau vertino tiriamieji su žemiausiu t.y. pradiniu/pagrindiniu išsilavinimu. Prastesnė savijauta susijusi su fizine ir emocine būkle, bei su vyresniu amžiumi. Nagrinėjant vyrų ir moterų subjektyvios savijautos sričių vertinimus nustatyta, kad fizinį funkcionavimą žymiai prasčiau vertino moterys nei vyrai. Subjektyvios savijautos vertinimai priklausė ir nuo tiriamųjų šeiminės padėties – vieniši tiriamieji žymiai prasčiau vertino nei nevieniši savo savijautą, socialinę integraciją ir ypač protinį funkcionavimą.

2. Tyrimo rezultatai parodė, kad dažniausiai pacientai gydymo režimo nesilaikydavo dėl užmaršumo, arba vaistus nustodavo vartoti, kai pasijausdavo geriau ar blogiau. Tarp pacientų vyrauja nuomonė, kad yra nenatūralu, jog jų protą ir kūną kontroliuoja vaistai, todėl vaistus reikia gerti tik tada, kai sergi. Taip pat vaistų vartojimas nepriklausė nuo tiriamųjų lyties, išsilavinimo ir šeiminės padėties. Tyrimo metu nustatyta, jog tik apie pusė apklaustųjų yra nusiteikę laikytis gydymo režimo. Neatsakingiausią požiūrį į paskirtų vaistų vartojimą turėjo vidutinio (31-50 metų) amžiaus tiriamieji.

3. Tyrimo rezultatai parodė teigiamą ryšį tarp gydymo režimo nesilaikymo ir subjektyvios savijautos, o šizofrenijos spektro susirgimais sergantys tiriamieji, kurie buvo linkę nesilaikyti gydymo režimo, prasčiau vertino savo emocinę, fizinę, protinę savijautą, savikontrolę ir ypač socialinę integraciją.

REKOMENDACIJOS

Slaugos darbuotojams

- ✓ Vykdykite psichoedukaciją, taikydami įrodymais pagrįstą informaciją, siekiant pagerinti psichinės sveikatos raštingumą, ypač nepakankamai prižiūrimiems ir izoliuotiems bendruomenės nariams;
- ✓ Motyvuokite pacientus ir pagerinkite ryšį su jais suderindami paskirtas intervencijas ir vaistų vartojimo režimą, atsižvelgiant į individualius paciento poreikius;
- ✓ Priminkite jiems, kad rūpinimasis savo psichine sveikata padeda išvengti atkryčio;
- ✓ Pripažinkite, kad visi vartojantys vaistus kartais pamiršta juos išgerti;
- ✓ Pasiūlykite laikyti vaistus ten, kur juos sunku būtų pamiršti: prie televizoriaus nuotolinio valdymo pulto, prie šaldytuvo, dantų šepetėlio ar naudoti medikamentų paskirstymo dėžutes;
- ✓ Paklauskite jų priežasties, kodėl nusprendė nevirtoti vaistų, kad galėtumėte kartu tai spręsti;
- ✓ Nustatyti pagrindines motyvacinio pokalbio ir bendro sprendimo priėmimo kompetencijas kaip pagrindą, įtraukiant pacientą į gydymą;
- ✓ Į gydymo režimo laikymosi procesą įtraukti visus sveikatos priežiūros specialistus, dirbančius su pacientu.

Literatūra

1. Abbott, Ch. ir Keith, S. (2011). Antipsychotic Long-acting Injections. *Oxford University Press*. doi:10.1093/med/9780198729471.003.0001
2. Alizioti, A. ir Lyrakos, G. (2019). Measuring the effectiveness of psychoeducation on adherence, depression, anxiety and stress among patients with diagnosis of schizophrenia. *Current Psychology*, 38 (3), 1-12. Prieiga per internetą: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-019-00255-4>
3. Anosognosia is major reason why some individuals with severe psychiatric disorders often do not take their medications (n.d.). Prieiga per internetą: <https://mentalillnesspolicy.org/medical/medication-noncompliance.html>
4. Awad, G. (2019). Revisiting the Concept of Subjective Tolerability to Antipsychotic Medications in Schizophrenia and Its Clinical and Research Implications: 30 Years Later. *CNS Drugs*, 33(1), 1-8. doi:10.1007/s40263-018-0588-3
5. Bahrini, L., Damak, R. ir Cheour, M. (2016). The role of the affective temperament in the treatment adherence in psychiatry. *Pan Afr Med J*, 2(25). doi: 10.11604/pamj.2016.25.2.8400
6. Barbui, C., Nose, M., Bindman, J., Schene A., Becker T., Mazzi, M.,...Tansella, M. (2015). Sex Differences in the Subjective Tolerability of Antipsychotic Drugs. *Clinical Psychopharmacology*, 25, 521-526. doi:10.1097/01.jcp.0000185423.15891.02
7. Beltran, J.S. (2010). *El proceso de convertirse en persona*. Essentials of Schizophrenia.
8. Bjornestad, J., Veseth, M., Davidson, L., Joa, I., Johannessen, J.O., Larsen, T.K.,...Hegelstad, W.T. (2018). Psychotherapy in Psychosis: Experiences of Fully Recovered Service Users. *Frontiers in psychology* 9, 74. doi:10.3389/fpsyg.2018.01675
9. Borba, L.O., Maftum, M.A., Vayego, S.A., Mantovani, M.F., Felix, J.V.C. ir Kalinke, L.P. (2018). Adherence of mental therapy for mental disorder patients to drug health treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, 220. doi:10.1590/s1980-220x2017006603341

10. Braga, L.M., Alves, E.C. ir Santos, B.O. (2019). CISBETI 2019 - International Congress of Health, Well-Being, Technology and Innovation: Foz de Iguacu, Brazil. *BMC Health Services Research*, 19(448). doi:10.1186/s12913-019-4213-z
11. Chandra, I.S., Kumar, K.L., Kumar, C.M. ir Reddy, M.P. (2014). Attitudes toward medication and reasons for non-compliance in patients with schizophrenia. *Indian J Psychol Med*. 36(3), 294–298. doi:10.4103/0253-7176.135383
12. Chaudhari, B., Saldanha, D., Kadiani, A. ir Shahani, R. (2017). Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia. *Ind Psychiatry J*, 26(2), 215–222. doi:10.4103/ipj.ipj_24_17
13. Conger, M. M., ir Haddon, R. (2011). Learning theories to enhance clinical practice. APA PsycNet. Prieiga per internetą: <https://psycnet.apa.org/record/2011-08999-008>
14. Desai, R. ir Nayak, R. (2019). Effects of Medication Nonadherence and Comorbidity on Health Resource Utilization in Schizophrenia. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 1(25), 37-43. doi:10.18553/jmcp.2019.25.1.037
15. DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S. ir Kim, E. (2012). A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 20(12), 14. doi:10.1186/1471-244X-12-20
16. Dorozenko, K. ir Martin, R. (2017). *A Critical Literature Review of the Direct, Adverse Effects of Neuroleptics*. Curtin University.
17. Ehret, M.J. ir Wang, M. (2013). How to increase medication adherence: What works?. *Mental Health Clinician*, 2(8), 230–232. doi.org/10.9740/mhc.n132973
18. Feldhaus, T., Falke, S., Gruchalla, L., Maisch, B., Uhlmann, Ch., Bock, E. ir Lencer, R. (2018). The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients. *Psychiatry Res*, 261, 391-399. doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.012

19. Fischel, T., Krivoy, A., Kotlarov, M., Jacoby, H., Weizman, A. ir Loebstein, O. (2013). The interaction of subjective experience and attitudes towards specific antipsychotic-related adverse effects in schizophrenia patients. *Eur Psychiatry, Nr. 28(6)*, 340-343. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.06.005
20. Ghimire, S.R. (2017). Poor Medication Compliance in Schizophrenia from an Illness and Treatment Perspective. *EC Psychology and Psychiatry 3(4)*, 131-141.
21. GoMo Health A Division of Gold Group. (2020). Medication Adherence. Prieiga per internetą: <https://gomohealth.com/medication-adherence>
22. Goštautas, A., Miežienė, B., Stakauskaitė, J., Volkovienė, T. ir Ivinkina, E. (2010). Savo sveikatos vertinimas bei jo kitimai sergančiųjų depresija ir šizofrenija stacionarinio gydymo laikotarpiu. *Visuomenės sveikata, 4(51)*, 80-91.
23. Grover, S., Chakrabarti, S., Sharma, A. ir Tyagi, S. (2014). Attitudes toward psychotropic medications among patients with chronic psychiatric disorders and their family caregivers. *J Neurosci Rural Pract 5(4)*, 374-383. doi:10.4103/0976-3147.139989
24. Hamman, C. (2017). The Subjective Experience of Individuals Diagnosed with Schizophrenia in the Western Cape, South Africa. *Stellenbosch University*, 12-24. Prieiga per internetą: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Subjective-Experience-of-Individuals-Diagnosed-Hamman/2b2468ac4e58c56610ce1544adc2c14ef636d4dd>
25. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2019). *Naujausia statistinė visuomenės sveikatos informacij 2019*. Vilnius: Higienos institutas.
26. Hori, H., Ueda, N., Shiozuka, H., Igata, R., Miki, T., Atake, K.,...Yoshimura, R. (2017). The Nursing Assessment of Medication Acceptance: the reliability and validity of a schizophrenia MARS. *Ther Adv Psychopharmacol, 7(1)*, 11-16. doi:10.1177/2045125316672546
27. Yeisen, R.A.H., Bjornestad, J., Joa, I., Johannessen, J.O. ir Opjordsmoen, S. (2017). Experiences of antipsychotic use in patients with early psychosis: a two-year follow-up study. *BMC Psychiatry, 17 (299)*, 2. doi:10.1186/s12888-017-1425-9

28. Jenkinson, C., Layte, R., Wright, L. ir 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.
29. Kazlauskaitė, I., Veličkienė, I. ir Danilevičiūtė, V. (2014). Įveikos būdų ryšys su antipsichotikų vartojimo režimo laikymusi. *Medicinos teorija ir praktika*, 20(1), 6–13.
30. Lee, Y.W., Kim, J.H., Ann, J.H., Cho, S.E., Lee, J., Kim, M.,...Bae, S. (2010). Subjective Well-being in Patients with Schizophrenia Treated with Atypical Antipsychotics. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 8(3), 149-155. Prieiga per internetą: <http://www.cpn.or.kr/journal/view.html?uid=96&vmd=Full>
31. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl šizofrenijos, šizotipinio ir kliesdinių sutrikimų ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo 2012 m. liepos 30 d. nr. v-733, 3 priedas. Prieiga per internetą: <https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.431149>
32. Llorca, P.M. (2008). Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research*, 161, 235-247. Prieiga per internetą: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849080/>
33. Matsuda, M. ir Kohno, A. (2016). Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(5), 35-38. doi.org/10.1016/j.apnu. 2016.03.008
34. McEwen, M. ir Wills, E.M. (2020). *Theoretical Basis for Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
35. Medication Matters Causes and Solutions to Medication Non-Adherence. (2018). National Council Medical Director Institute. Prieiga per internetą: <https://smiadviser.org/knowledge-post/medication-matters-causes-and-solutions-to-medical-non-adherence>
36. Mishra, A., Krishna, G.S., Sravani, A. ir Kurian, T.D. (2017). Impact of pharmacist-led collaborative patient education on medication adherence and quality of life of schizophrenia

- patients in a tertiary care setting. *Bulletin of Faculty of Pharmacy, Cairo University*, 55 (2), 345-349. doi:10.1016/j.bfopcu.2017.08.001
37. Mockienė, V., Drungilienė, D. ir Martinkėnas, A. (2014). *Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams*. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
38. Müller, N. (2018). Inflammation in Schizophrenia: Pathogenetic Aspects and Therapeutic Considerations. *Schizophrenia Bulletin*, 44(5), 973-981. doi:10.1093/schbul/sby024
39. Naber, D., Karow, A. ir Lambert, M. (2005). Subjective well-being under neuroleptic treatment and its relevance for compliance. *Acta Psychiatr Scand*, 111(427), 29-34. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00542.x
40. Olivares, J.M., Sermon, J., Hemels, M. ir Schreiner, A. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Ann Gen Psychiatry*, 12(1), 32. doi:10.1186/1744-859X-12-32
41. Petti, P., Taube, T. ir Court, D. (2015). *Symptom severity upon admission and frequency of hospital readmission as predictors of medication adherence and length of stay for involuntary adults in an inpatient psychiatric facility*. San Francisco: Alliant International University.
42. Piščialkienė, V., Stasiūnaitienė, E., Tamulienė, R., Skridlaitė, I. ir Misiūnas, D. (2016). *Profesijos baigiamojo darbo rengimo metodinės nuorodos*. Kaunas: Kauno kolegija.
43. Pukinskienė, D. (2011). *Slaugos filosofija ir teorija*. Klaipėda: Klaipėdos valstybinė kolegija.
44. Sajatovic, M. ir Jenkins, J. (2009). Is antipsychotic medication stigmatizing for people with mental illness?. *Journal International Review of Psychiatry*, 19(2), 107-112. doi:10.1080/09540260701278911
45. Salzmann-Erikson, M. ir Sjödin, M. (2018). A narrative meta-synthesis of how people with schizophrenia experience facilitators and barriers in using antipsychotic medication. *Int J Nurs Stud*. 85, 7-18. doi:10.1016/j.ijnurstu. 2018.05.003

46. Seeman, M.V. (2019). Does Gender Influence Outcome in Schizophrenia?. *Psychiatric Quarterly*, 90, 173–184. Prieiga per internetą: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-018-9619-y>
47. Seeman, M.V. (2020). Gender and Outcome in Schizophrenia. *Schizophrenia Treatment Outcomes*, 15-25. Prieiga per internetą: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-19847-3_3
48. Shinozaki, A., Hayashi, T. ir Okamura, H. (2020). Effects of a Psychoeducation Program for People With Schizophrenia Aimed at Increasing Subjective Well-Being and the Factors Influencing Those Effects: A Preliminary Study. *Psychiatr Q*, 91(1), 45-52. doi:10.1007/s11126-019-09679-4.
49. Sridhar, R., Kumar, S., ir Hemanth, Ch. (2017). Estimation of treatment compliance in schizophrenia-research. *World journal of pharmacy and pharmaceutical sciences*. doi:10.20959/wjpps20177-9311
50. Šiurkutė, A. (2018). *Klinikinės psichofarmakoterapijos pagrindai*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
51. Tham, X.C., Xie, H., Chng, C.M., Seah, X.Y., Lopez, V. ir Klainin-Yob, P. (2016). Factors Affecting Medication Adherence Among Adults With Schizophrenia: A Literature Review. *Arch Psychiatr Nurs* 30(6), 797-809. doi:10.1016/j.apnu.2016.07.007
52. Tessier, A., Boyer, L., Husky, M., Bayle, F. ir Misdrahi, D. Medication adherence in schizophrenia: the role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Res*. 257, 315-321. doi:10.1016/j.psychres.2017.07.063
53. Thompson, J., Stansfeld, J.L., Cooper, R.E., Morant, N., Crellin, N. ir Moncrieff, J. (2020). Experiences of taking neuroleptic medication and impacts on symptoms, sense of self and agency: a systematic review and thematic synthesis of qualitative data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 151–164. doi:10.1007/s00127-019-01819-2

54. Vredeveld, E., Hulshof, T., Zuidema, S. ir Luijendijk, H. (2019). Subjective Versus Objective Outcomes of Antipsychotics for the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms Associated with Dementia. *CNS Drugs*, 33(9), 933-942 . doi:10.1007/s40263-019-00654-y
55. Wade, M., Tai, S., Awenat, Y. ir Haddock, G. (2017). A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 51, 75-95. doi:10.1016/j.cpr.2016.10.009
56. Widschwendter, Ch., Kemmler, G., Rettenbacher, M., Yalcin-Siedentopf, N. ir Hofer, A. (2018). Subjective well-being, drug attitude, and changes in symptomatology in chronic schizophrenia patients starting treatment with new-generation antipsychotic medication. *BMC Psychiatry*, 18 (212), 212-219. doi:10.1186/s12888-018-1791-y
57. Xia, J., Merinder, L.B. ir Belgamwar, M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Systematic Review – Intervention*. doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2
58. Zamalijeva, O. ir Jusienė, R. (2013). Gydymo nurodymų laikymasis: socialinės paramos vaidmuo sergant hipertenzija. *Visuomenės sveikata / Public Health*, 6 (23), 10-14.
59. Žydžiūnaitė, V. (2011). *Baigiamojo darbo rengimo metodologija*. Mokomoji knyga. Klaipėda.
60. Žuravlio, T., Žiliukas, G., Truš, M. ir Mockienė, V. (2015). *Slaugos programas studentų rašto darbų metodiniai nurodymai*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.

PRIEDAI

Gerb. apklausos Dalyvi (-e),

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos studentė Rima Stupurienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – nustatyti antipsichotikus vartojančių pacientų subjektyvios savijautos ir gydymo režimo nesilaikymo sąsajas. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. **Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės).** Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą. Jūs bet kada galite atsisakyti dalyvauti apklausoje.

Ši tyrimo priemonė patvirtinta KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, prašom kreiptis į darbo autorę Rimą Stupurienę tel. 841524186 arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558).

Instrukcija. Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą, apibūdinantį Jūsų savijautą arba požiūrį į vaistų vartojimą.

Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

Atsakymą pažymėkite varnele (v) ar kryžiu (x).

1. Kelintą kartą gydotės psichiatrijos klinikoje?

- pirmą
- antrą ir daugiau

2. Ar Jūs vartojate antipsichotikus?

- taip
- ne

3. Jūsų amžius:

- 18 – 30 m.
- 31 – 50 m.
- 51 – 70 m.
- 71 m. ir daugiau

4. Lytis:

- vyras
- moteris

5. Išsilavinimas:

- pradinis
- pagrindinis
- vidurinis
- profesinis
- aukštasis neuniversitetinis
- aukštasis universitetinis

6. Šeiminė padėtis:

- nevedęs/netekėjusi
- vedęs/ištekėjusi
- išsiskyęs/išsituokusi
- našlys/našlė
- gyvenu su partneriu

7. Jaučiuosi bejėgis(ė) ir negaliu savęs valdyti:

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

8. Mano kūnas man paklūsta.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

9. Man lengva maštyti.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

10. Manęs nedomina ateitis.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

11. Aš jaučiuosi įprastai.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

12. Aš vengiu susipažinti su žmonėmis.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

13. Esu aktyvus(i) ir pilnas(a) idėjų.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

14. Mano aplinka man atrodo draugiška ir pažįstama.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

15. Jaučiuosi silpnas(a) ir išsekęs(usi).

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

* Autorystės teisės ginamos. Autorius Prof. Dieter Naber ir kt., (2001), Vokietija. Leidimas naudojimui gautas.

16. Jaučiuosi emociškai išsekęs(usi). Man niekas nesvarbu.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

17. Mano mąstymas yra sunkus ir lėtas.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

18. Mano jausmai ir elgesys neatitinka situacijos. Aš nusimenu dėl smulkmenų, o svarbūs dalykai manęs neįaudina.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

19. Man lengva bendrauti su aplinkiniais žmonėmis.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

20. Aš suprantu, kad mano aplinka yra pakitusi, keista ir grėsminga.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

21. Man lengva suprasti kitų žmonių jausmus.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

22. Mano kūnas man yra našta.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

23. Man sunku susikaupti. Man sunku aiškiai galvoti.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

24. Man įdomu kas vyksta aplink mane ir man tai yra svarbu.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

* Autorystės teisės ginamos. Autorius Prof. Dieter Naber ir kt., (2001), Vokietija. Leidimas naudojimui gautas.

25. Mano jausmai ir elgesys yra tinkami.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

26. Esu kupinas(a) pasitikėjimo savimi, viskas bus gerai.

Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)

* Autorystės teisės ginamos. Autorius Prof. Dieter Naber ir kt., (2001), Vokietija. Leidimas naudojimui gautas.

MARS klausimynas **

27. Ar kada nors pamiršote išgerti vaistus?

taip ne

28. Ar pasitaiko, kad Jums nerūpi, ar geriate vaistus?

taip ne

29. Ar jausdamiesi geriau kartais nustojate gerti vaistus?

taip ne

30. Ar kartais, išgėrę vaistų ir pasijutę blogiau, nustojate juos gerti?

taip ne

31. Vaistus geriu tik tada, kai sergu.

taip ne

32. Nenatūralu, kad mano protą ir kūną kontroliuoja vaistai.

taip ne

33. Mano mintys aiškesnės, kai vartoju vaistus.

taip ne

34. Vartodamas vaistus negaliu užkirsti kelio ligai.

taip ne

35. Kai vartoju vaistus, jaučiuosi keistai - tarsi nesavas.

taip ne

36. Išgėręs vaistų jaučiu nuovargį ir vangumą.

taip ne

** Autorystės teisės ginamos. Teisės priklauso Dr. Katherine Thompson ir kt., (2000), ORYGEN.ORG, Australia. Leidimas naudojimui gautas.

DĖKOJAME UŽ ATSAKYMUS !

Rima Stupurienė <rimastu76@gmail.com>

Re: request for permission to use intellectual property / concerning your publication

2 laiškai(-ų)

Katherine Thompson <katherine.thompson@orygen.org.au>
Kam: Rima Stupurienė <rimastu76@gmail.com>

2020 m. vasario 5 d. 02:03

Hi Rima,

I give you permission to use the MARS in your research and to translate it. Please see attached for further information.

Thanks,

Katherine

Dr Katherine Thompson BA, BAppSci(Hons),
PhD (PsychMed), BTH, BSW, MACSW

Honorary Senior Research Fellow/Clinical Social Worker

PRONOUNS: SHE/HER

M +61 402 343 029

[35 POPLAR ROAD, PARKVILLE VIC 3052, AUSTRALIA](mailto:katherine.thompson@orygen.org.au)

ORYGEN.ORG.AU

Orygen acknowledges the Traditional Custodians of the lands we are on and pays respect to their Elders past and present. Orygen recognises and respects their cultural heritage, beliefs and relationships to their ancestral lands, which continue to be important to The First Nations Peoples living today.

Medication Adherence Rating Scale (MARS)

This scale is based on two already existing self-report measures of compliance. The first is the Drug Attitude Inventory (DAI) (Hogan, Awad and Eastwood, 1983), and the second is the Medication Adherence Questionnaire (MAQ) (Morisky, Green and Levine, 1986). These compliance measures have been combined to produce a compliance scale.

The MARS consists of 10 items that require yes/no responses. The first 4 items are based on the MAQ, and are scored, no = 1 and yes = 0. The remaining items are from the DAI and are coded as follows: Q5, Q6, Q9, Q10, no = 1 and yes = 0; Q7, Q8, no = 0 and yes = 1. A total score will then reflect a greater degree of compliance if it is high, and non-compliance if it is low. However one must always keep in mind that any measure of self-reported compliance will overestimate compliance by approximately 30%.

Hogan, T P, Awad, A G, and Eastwood, R (1983) A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity, *Psychological Medicine*, 13, 177-183.

Morisky, D E, Green, L W, and Levine, D M (1986) Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.



Dr Katherine Thompson

Senior Research Fellow,
HYPE Clinic

35 Poplar Road Parkville VIC 3052
Australia

katherine.thompson@unimelb.edu.au

orygen.org.au



Medication Adherence Rating Scale (MARS)

Please respond to the following statements by circling the response which best describes your behaviour or the attitude you have held toward your medication in the past week.

- | | |
|---|----------|
| 1. Do you ever forget to take your medication? | Yes / No |
| 2. Are you careless at times about taking your medicine? | Yes / No |
| 3. When you feel better, do you sometimes stop taking your medicine? | Yes / No |
| 4. Sometimes if you feel worse when you take the medicine, do you stop taking it? | Yes / No |
| 5. I take my medication only when I am sick | Yes / No |
| 6. It is unnatural for my mind and body to be controlled by medication | Yes / No |
| 7. My thoughts are clearer on medication | Yes / No |
| 8. By staying on medication I can prevent getting sick | Yes / No |
| 9. I feel weird, like a “zombie”, on medication | Yes / No |
| 10. Medication makes me feel tired and sluggish | Yes / No |

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO Į S A K Y M A S
DĖL ŠIZOFRENIJOS, ŠIZOTIPINIO IR KLIEDESINIŲ SUTRIKIMŲ AMBULATORINIO GYDYMO
KOMPENSUOJAMAJAIS VAISTAIS TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO

2012 m. liepos 30 d. Nr. V-733

3 priedas

Pacientas _____ Atlikimo data _____

VAISTŲ VARTOJIMO VERTINIMO SKALĖ (*angl. MARS – Medicine Application Rating Scale*)

Atsakykite į šiuos klausimus, pažymėdami atsakymą, kuris geriausiai apibūdina Jūsų elgseną arba požiūrį į vaistų vartojimą:

1. Ar kada nors pamiršote išgerti vaistus?
Taip Ne
2. Ar pasitaiko, kad Jums nerūpi, ar geriate vaistus?
Taip Ne
3. Ar jausdamiesi geriau kartais nustojate gerti vaistus?
Taip Ne
4. Ar kartais, išgėrę vaistų ir pasijutę blogiau, nustojate juos gerti?
Taip Ne
5. Vaistus geriu tik tada, kai sergu.
Taip Ne
6. Nenatūralu, kad mano protą ir kūną kontroliuoja vaistai.
Taip Ne
7. Mano mintys aiškesnės, kai vartoju vaistus.
Taip Ne
8. Vartodamas vaistus negaliu užkirsti kelio ligai.
Taip Ne
9. Kai vartoju vaistus, jaučiuosi keistai – tarsi nesavas.
Taip Ne
10. Išgėręs vaistų jaučiu nuovargį ir vangumą.
Taip Ne

VAISTŲ VARTOJIMO VERTINIMO SKALĖS REZULTATŲ ĮVERTINIMAS:

Vaistų vartojimo vertinimo skalės klausimai atspindi elgseną, susijusią su vaistų vartojimo grafiko laikymusi (1–4 klausimai), požiūrį į vaistų vartojimą (5–8 klausimai) ir neigiamą šalutinį poveikį, taip pat požiūrį į vaistus nuo psichozės (9–10 klausimai).

Atsakymas „Ne“ į 1–6 ir 9–10 klausimus vertinamas 1 balu, atsakymas „Taip“ – 0 balų.

Atsakymas „Taip“ į 7–8 klausimus vertinamas 1 balu, atsakymas „Ne“ – 0 balų.

Kuo vaistų vartojimas įvertinamas daugiau balų, tuo geresnis požiūris ir elgsena, susijusi su vaistų vartojimo grafiko laikymusi.

Rima Stupurienė <rimastu76@gmail.com>

request for permission to use intellectual property / concerning your publication

Dieter Naber <naber@uke.de>
Kam: Rima Stupurienė <rimastu76@gmail.com>
Cc: naber@uke.uni-hamburg.de

2020 m. vasario 2 d. 22:08

Dear Rima!

Thank you very much for your mail. You are more than welcome to use the SWN scale and to translate it into your language.

I wish you all the best for your very interesting research project and look forward to your results.

Good luck and success!!!

D. Naber

-mobil gesendet-

[Cituojamas tekstas paslėptas]

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Körperschaft des öffentlichen Rechts; Gerichtsstand: Hamburg
www.uke.de

Vorstandsmitglieder: Prof. Dr. Burkhard Göke (Vorsitzender), Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Joachim Pröhl,
Marya Verdel

SAVE PAPER - THINK BEFORE PRINTING

SWN-K - SUBJECTIVE WELL-BEING UNDER NEUROLEPTICS SCALE SHORT FORM

(Naber et al., 2001)

-
1. I feel powerless and not in control of myself.
 2. I feel very comfortable with my body.
 3. I find it easy to think.
 4. I have no hope for the future.
 5. My body feels familiar.
 6. I am very shy about getting to know people.
 7. I am imaginative and full of ideas.
 8. My environment seems friendly and familiar to me.
 9. I feel weak and exhausted.
 10. My emotions and sensations are dull. Nothing matters me.
 11. My thinking is difficult and slow.
 12. My feelings and behaviours are inappropriate to situations.
I get upset over small things, important ones hardly affect me.
 13. I find it easy to keep in touch with people around me.
 14. I perceive my environment as being changed, strange and threatening.
 15. I find it easy to draw a line between myself and others.
 16. My body is a burden to me.
 17. My thoughts are flighty and undirected. I find it difficult to think clearly.
 18. I am interested in what is happening around me, and it is important to me.
 19. My feelings and behaviour are appropriate in the particular situation.
 20. I am full of confidence, everything will be alright.
-

**SUBJEKTYVIOS SAVIJAUTOS VARTOJANT ANTIPSICHOTIKUS
KLAUSIMYNO TRUMPOJI FORMA (ANGL. SWN-K)**

KLAUSIMAS	Visiškai nesutinku (1)	Nesutinku (2)	Sunku pasakyti (3)	Sutinku (4)	Visiškai sutinku (5)
1. Jaučiuosi bejėgis(ė) ir negaliu savęs valdyti.					
2. Mano kūnas man paklūsta.					
3. Man lengva mąstyti.					
4. Manęs nedomina ateitis.					
5. Aš jaučiuosi įprastai.					
6. Aš vengiu susipažinti su žmonėmis.					
7. Esu aktyvus(i) ir pilnas(a) idėjų.					
8. Mano aplinka man atrodo draugiška ir pažįstama.					
9. Jaučiuosi silpnas(a) ir išsekęs(usi).					
10. Jaučiuosi emociškai išsekęs(usi). Man niekas nesvarbu.					
11. Mano mąstymas yra sunkus ir lėtas.					
12. Mano jausmai ir elgesys neatitinka situacijos. Aš nusimenu dėl smulkmenų, o svarbūs dalykai manęs neįaudina.					
13. Man lengva bendrauti su aplinkiniais žmonėmis.					
14. Aš suprantu, kad mano aplinka yra pakitusi, keista ir grėsminga.					
15. Man lengva suprasti kitų žmonių jausmus.					
16. Mano kūnas man yra našta.					
17. Man sunku susikaupti. Man sunku aiškiai galvoti.					
18. Man įdomu kas vyksta aplink mane ir man tai yra svarbu.					
19. Mano jausmai ir elgesys yra tinkami.					
20. Esu kupinas(a) pasitikėjimo savimi, viskas bus gerai.					

SWN (Naber et al., 1994) klausimyno trumpąją formą SWN-K (Naber et al., 2001) sudaro 20 teiginių (10 teigiamų ir 10 neigiamų). Klausimai suskirstyti į penkias sritis, kurios tiria: emocijų reguliavimą (1,12,15,19), fizinį funkcionavimą (2,5,9,16), protinį funkcionavimą (3,7,11,17), savikontrolę (4,10,18,20) ir socialinę integraciją (6,8,13,14), vartojant antipsichotikus.