

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO
SLAUGOS KATEDRA**

**CUKRINIŲ DIABETU SERGANČIŲ PACIENTŲ SU
SVEIKATA SUSIJUSI GYVENIMO KOKYBĖ IR
DEPRESIJOS SIMPTOMŲ IŠREIŠKŪTUMAS**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL19, stud. Milda Tepelytė

Vadovas

Doc. dr. Indrė Brasaitė-Abromė

Klaipėda, 2021

SANTRAUKA

Tepelytė M. Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir depresijos simptomų išreikštumas. Darbo vadovas, Doc. dr. Indrė Brasaitė-Abromė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2021. – 67 p.

Cukrinis diabetas yra labai paplitusi lėtinė liga ir aktuali visuomenės sveikatos problema. Fizinis ir psichosocialinis cukrinio diabeto poveikis lemia vis didesnę sveikatos priežiūros naštą visame pasaulyje. Norint gerinti žmonių sergančių cukriniu diabetu su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, svarbu suprasti diabetui būdingus simptomus. Įvairaus amžiaus ir visų rasių, etninių bei socialinių ir ekonominių sluoksnių žmonės kenčia nuo depresijos, o sergantiems cukriniu diabetu, depresija pasireiškia du ar tris kartus dažniau.

Tyrimo tikslas - Išanalizuoti cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir depresijos simptomų išreikštumą.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa raštu. Tyrimo instrumentą sudarė SF36 ir PHQ-9 klausimynai. Duomenų analizei naudotas statistikinis programų paketas „SPSS 23.0.0 for Windows“. Imtį sudarė 132 pacientai sergantys cukriniu diabetu. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų, remiantis Helsinkio deklaracija.

Tyrimo rezultatai. Nustatyta, kad moterys žymiai prasčiau nei vyrai vertino savo sveikatą. Didėjant amžiui blogėja gyvenimo kokybės susijusios su fizine sveikata. Vertinant depresijos paplitimą tarp cukriniu diabetu sergančių pacientų, depresijos simptomų buvo nustatyta dviems trečdaliams pacientų. Depresijos paplitimas statistiškai reikšmingai buvo didesnis tarp moterų negu vyrų. Sunkesnės depresijos simptomų išreikštumas yra statistiškai reikšmingai susijęs su vyresniu amžiumi. Daugiau nei pusei tiriamųjų depresijos simptomai apsunkino jų kasdieninę veiklą. Didesnis depresijos simptomų išreikštumas susijęs su prastesne gyvenimo kokybe, labiausiai su sumažėjusiu fiziniu aktyvumu.

Išvada. Sergant cukriniu diabetu su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, neigiamą įtaką daro: moteriška lytis, ilgesnė sergamumo diabetu trukmė ir vyresnis amžius. Depresijos simptomai pasireiškia net dviems trečdaliams tiriamųjų. Cukriniu diabetu sergančiųjų pacientų prastesnei su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei daro įtaką depresijos simptomų išreikštumas. Labiausiai depresijos simptomai buvo išreikšti dėl sumažėjusio fizinio aktyvumo.

Reikšmingi žodžiai: cukrinis diabetas, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, depresija

SUMMARY

Tepelytė M. Health-Related Quality of Life and Severity of Depressive Symptoms among Diabetic Patients. Advisor Doc. dr. Indrė Brasaitė-Abromė, Klaipėda University: Klaipėda, 2021. – 67 pages.

Diabetes mellitus is a widely spread chronic disease and one of the most pressing public health issues. Physical and psychosomatic effect of diabetes mellitus predetermines permanently increasing burden of health care all over the world. In order to improve life quality related to health of persons ill with diabetes mellitus, it is important to understand the symptoms characteristic to diabetes. People of various age and any race, also any ethnic, social and economic background suffer from depression; however, depression in those being ill with diabetes mellitus is expressed two or three times more often.

Aim of the research. To analyze life quality and expressiveness of depression symptoms related to health of patients ill with diabetes mellitus.

Methodology of the research. Quantitative studies, written questionnaire survey conducted. The research instrument consisted of SF36 and PHQ-9 questionnaires. Statistical program packet „SPSS 23.0.0 for Windows” was used for the data analysis. The sample was drawn from 132 patients being ill with diabetes mellitus. The research was conducted when following the principles of ethics and referring to the Declaration of Helsinki.

Results of the research. Statistically significant differences in all parameters were established, namely that women estimated their health to be much worse than the health of men. With age, life quality related to physical health gets worse.. While estimating spread of depression among the patients being ill with diabetes mellitus, depression symptoms were established among two thirds of the patients. Spread of depression statistically significantly was much larger among women than men. Expressiveness of symptoms of a more complicated depression is statistically significantly related to the older age. Depression symptoms make everyday activities more difficult to more than a half of all the respondents. Larger expressiveness of depression symptoms is related to a worse life quality and mostly to decreased physical activity.

Conclusion. Life quality related to health of those being ill with diabetes mellitus is affected by the following factors: feminine gender, longer length of incidence with diabetes and senior age. Depression symptoms are observed in as many as two thirds of all the respondents. Expressiveness of depression symptoms affect a poorer life quality related to health of the patients being ill with diabetes mellitus. For the largest part, depression symptoms were expressed due to decreased physical activity.

Key words: diabetes mellitus, life quality related to health, depression.

SANTRUMPOS

CD – cukrinis diabetas.

TDF – tarptautinė diabeto federacija.

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija.

HbA1c – glikozilintas hemoglobinas.

GK- gyvenimo kokybė.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1	Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos.	26
2	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį, išsilavinimą ir šeimyninę padėtį priklausomai nuo amžiaus.	27
3	Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, šeimyninę padėtį ir cukrinio diabeto ligos trukmę.	28
4	Anketos klausimų pasiskirstymas pagal uždavinius.	32
5	Klausimynų vidinis patikimumas.	32
6	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliai bendroje tiriamųjų grupėje.	37
7	Išsilavinimo įtaka gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sričių vertinimams skirtingose amžiaus grupėse.	43
8	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų šeimyninės padėties.	43
9	Cukrinio diabeto ligos trukmės įtaka su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sričių vertinimams skirtingose amžiaus grupėse.	46
10	Depresijos simptomų išreikštumo sąsajos su išsilavinimu ir cukrinio diabeto ligos trukme skirtingose amžiaus grupėse.	51
11	Depresijos simptomų išreikštumo ir gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sąsajos.	52

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal cukrinio diabeto ligos trukmę priklausomai nuo amžiaus.	28
2	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų lyties.	38
3	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų lyties.	38
4	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus.	39
5	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus.	40
6	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo.	41
7	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo.	42
8	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo cukrinio diabeto ligos trukmės.	44
9	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo cukrinio diabeto ligos trukmės.	45
10	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą.	47
11	Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą.	47
12	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo amžiaus.	48
13	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo šeimyninės padėties.	49
14	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo išsilavinimo.	49
15	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo cukrinio diabeto ligos trukmės.	50
16	Depresijos simptomų įtakos kasdieninei asmeninei ir darbinei veiklai vertinimas bendroje tiriamųjų grupėje.	51

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedai	Puslapis
1.	Anketa.	68
2.	Leidimas naudoti SF 36 sveikatos klausimyną.	74
3.	Leidimas naudoti paciento sveikatos klausimyną – 9 (PHQ-9).	75
4.	Paraiškos teikimas, dėl Karalienės Silvijos slaugos apdovanojimo.	76

Turinys

IVADAS	8
I. CUKRINIŲ DIABETU SERGANČIŲ PACIENTŲ SU SVEIKATA SUSIJUSI GYVENIMO KOKYBĖ IR DEPRESIJOS SIMPTOMŲ IŠREIKŠTUMAS	11
1.1. Cukrinio diabeto epidemiologija	11
1.1.1. Cukrinio diabeto rizikos veiksniai, etiologinė klasifikacija ir komplikacijos	12
1.2. Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	14
1.2.1. Sergančiųjų cukriniu diabetu su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ypatumai....	16
1.3. Depresijos išraiška sergant cukriniu diabetu.....	19
1.4. Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresijos simptomų išreikštumu.....	22
II. EMPIRINĖ DALIS	23
2.1. Tyrimo metodika.....	23
2.1.1. Tyrimo imties charakteristika	24
2.1.2. Tyrimo metodai	29
2.1.3. Tyrimo instrumentas	30
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga.....	33
2.1.5. Tyrimo etika	36
2.2. Tyrimo rezultatai.....	37
2.2.1. Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė.....	37
2.2.2. Depresijos simptomų išreikštumas tarp cukriniu diabetu sergančių pacientų.....	46
2.2.3. Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresijos simptomų išreikštumu	51
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	53
IŠVADOS	56
REKOMENDACIJOS	57
LITERATŪRA	58
PRIEDAI	67

ĮVADAS

Tarptautinės diabeto federacijos duomenimis, diabetas yra viena didžiausių XXI amžiaus sveikatos krizių pasaulyje (Bădescu et al. 2016). Diabetas yra sunki, lėtinė liga. Pagal Amerikos diabeto asociacija, sukauptus duomenis, liga yra septinta pagal mirtinumą (Holt, Groot and Golden, 2015).

Viena iš svarbių visuomenės sveikatos problemų yra labai paplitusi lėtinė liga – cukrinis diabetas (Costa and Vieira, 2015).

Viena iš didžiausių XXI a. problemų yra visame pasaulyje yra diabeto plitimas, tai tarsi epidemija, liga plinta tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje. Endokrininė liga plinta visuose amžiais tarpsniuose, šia liga gali susirgti kiekvienas (Altınok, Marakoğlu and Kargın, 2016; Augustinienė, 2018). Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, Europos regione cukriniu diabetu serga maždaug apie 60 mln. žmonių. Kasdien begalė žmonių išgirsta, kad jiems yra nustatyta ir patvirtinta cukrinio diabeto diagnozė (Jasiūnaitė, Jurjonaitė and Bulaiuskaitė, 2019).

Lietuvoje sergančiųjų cukriniu diabetu daugėja: nuo 104478 atvejų 2016 m. iki 108792 atvejų 2018 m. Per dvejus metus sergančiųjų skaičius padidėjo 4314 naujų atvejų (Higienos institutas 2020). Diabetas yra vis svarbesnis medicinos ir visuomenės sveikatos klausimas. Nepaisant medicinos pažangos diabeto srityje, ligos paplitimas toliau auga visame pasaulyje. Fizinis ir psichosocialinis cukrinio diabeto poveikis lemia vis didesnę sveikatos priežiūros našta visame pasaulyje. Netgi yra prognozuojama, kad iki 2040 metų cukriniu diabetu sirgs maždaug apie 642 mln. pasaulio gyventojų (Dhillon, Nordin and Ramadas, 2019). Sprendžiant su epidemija susijusius iššūkius, pagrindinis tikslas yra su sveikata susijusios gyvenimo kokybės užtikrinimas (Trikkalinou, Papazafropoulou and Melidonis, 2017).

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra labai svarbus aspektas, kiekvienas žmogus mąsto kitaip, turi kitų vertybių, kultūrinių papročių ir skirtingų gyvenimo tikslų, todėl sergantieji skirtingai vertina savo gyvenimo kokybę. Cukrinis diabetas daro didelę įtaką su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei ir dėl to pažeidžia visus pacientų funkcionavimo aspektus (Majeed, Afzal and Alam, 2019). Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė apibūdinama kaip suvokiama asmens gyvenimo kokybė, rodanti pasitenkinimą tose srityse, kurias veikia sveikatos būklė. Pacientų gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, vertinimas yra pripažintas svarbia mokslo žinių sritimi, nes ši sąvoka yra susijusi su sveikatos, pasitenkinimo ir gerovės sąvoka fizinėje, psichologinėje, socialinėje ir ekonominėje bei kultūrinėse srityse. Šiame kontekste ūminės ir lėtinės ligos neigiamai veikia pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (Iqbal, Haq, Bashir and Bashaar, 2017).

Ne vieną dešimtmetį yra stebimas didėjimas su diabetu susijusių komplikacijų (Majeed, Afzal and Alam, 2019). Neigiamai veikia sergančiųjų su sveikata susijusių gyvenimo kokybę: komplikacijų, gyvenimo būdo pokyčių ir ilgalaikių pasekmių baimė (Iqbal, Haq, Bashir and Bashaar, 2017). Cukrinio diabeto ligai reikalinga nuolatinė medicininė priežiūra ir nuolatinis pacientų dėmesys ir įsipareigojimas prisižiūrėti savo sveikatą, gerinant šių pacientų gyvenimo kokybę, sergamumas ir mirtingumas (Juárez-Rojop et al., 2018; Altınok, Marakoğlu and Kargin, 2016). Norint gerinti žmonių sergančių cukriniu diabetu su sveikata susijusių gyvenimo kokybę, svarbu suprasti diabetui būdingus simptomus (Glover, Wang, Fogelfeld, & Lynch, 2016).

Cukrinis diabetas yra rimta visuomenės sveikatos problema, dėl kurios blogėja pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Lotynų Amerikoje buvo atliktas tyrimas, kurio metu buvo analizuojama Lotynų Amerikos gyventojų, sergančių cukriniu diabetu, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientams, kurie reguliariai gauna konsultacijas ir gydymą diabeto kontrolei, buvo geresnė su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Priešingai, pacientai, kurie kenčia nuo diabeto komplikacijų ar serga gretutinėmis ligomis, gyvenimo kokybė, susijusi su sveikata, buvo žymiai blogesnė (Sanchez de la Cruz et al., 2020).

Įvairaus amžiaus ir visų rasių, etninių bei socialinių ir ekonominių sluoksnių žmonės kenčia nuo depresijos, tačiau kai kurias grupes ji paveikia labiau nei kitas (National Alliance on Mental Illness 2017). Žmonėms, sergantiems cukriniu diabetu, depresija pasireiškia du ar tris kartus dažniau (Bădescu et al., 2016; Sartorius, 2018). Cukriniu diabetu ir depresija kartu sergama maždaug dvigubai dažniau nei atskirai. Be to, abi būklės kartu pablogina viena kitą (Falek, 2020). Taigi cukrinis diabetas dažna liga, kuri užklumpa bet kokio amžiaus žmones, pakeičia įprastą gyvenimą (Gudžinskienė ir Čergelytė, 2018).

Kasmet tik sparčiai didėjantis ir niekada nemažėjantis ar išliekantis stabilus sergamumas cukriniu diabetu skatina tyrinėti ir nagrinėti šią temą, kuo daugiau išanalizuoti pacientų, sergančių cukriniu diabetu, su sveikata susijusių gyvenimo kokybę, o rezultatus panaudoti jai gerinti ir žmonėms šviesti. Liga skiriasi nuo kitų lėtinių ligų tuo, kad koreguojant gyvenimo būdą ligą galima suvaldyti. Taigi siekiant pagerinti pacientų su sveikata susijusių gyvenimo kokybę ir mažinti depresijos raišką dėl blogėjančios sveikatos reikia išmokyti pacientus gyventi su šia liga.

Tyrimo objektas – cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir depresijos simptomų išreikštumas.

Tyrimo subjektas – pacientai sergantys cukriniu diabetu.

Hipotezė – sergančiųjų cukriniu diabetu bloga su sveikata susijusi gyvenimo kokybė turi sąsają su depresijos simptomų išreikštumu.

Tyrimo tikslas - išanalizuoti cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir depresijos simptomų išreikštumą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.
2. Išanalizuoti depresijos simptomų išreikštumą tarp cukriniu diabetu sergančių pacientų.
3. Išanalizuoti cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas su depresijos simptomų išreikštumu.

Tyrimo metodai:

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

I. CUKRINIŲ DIABETU SERGANČIŲ PACIENTŲ SU SVEIKATA SUSIJUSI GYVENIMO KOKYBĖ IR DEPRESIJOS SIMPTOMŲ IŠREIKŠTUMAS

1.1. Cukrinio diabeto epidemiologija

Cukrinis diabetas - lėtinė endokrininė liga, kurios metu dėl insulino gamybos, sekrecijos ir jo poveikio pakitimų atsiranda lėtinė hiperglikemija, gyvybei pavojinga liga (Dhillon, Nordin and Ramadas, 2019; Jaruškevičienė ir kt., 2010).

Cukrinio diabeto požymių buvo aptikta jau gilioje senovėje. 1500 m. per. Kr. diabetas viena iš pirmųjų ligų, aprašyta egiptiečių rankraščiuose, manoma, kad minimas 1 tipo CD. 600 m. pr. Kr. indų gydytojai ligą nustatė ir klasifikavo. 250 m. pr. Kr. diabetas buvo pastebėtas ir senovės Graikijoje. Terminą „diabetas“ šiai ligai apibūdinti sugalvojo graikas Apollonius of Memphis. Pirmasis 1922 metais insulinu gydytas asmuo buvo Leonardas Thompsonas, kuris sirgo cukriniu diabetu, berniukui buvo 14 metų. Domėjimasis cukriniu diabeto liga vis didėjo, ir daugėjo naujų atradimų. Insulino pompos išrastos 1976 metais. 1978 m. sukurtas biosintetinis žmogaus insulinas.

1991 metais pradėta minėti lapkričio 14 – ają, kaip Pasaulinę cukrinio diabeto dieną, ši data pasirinkta neatsitiktinai (Grigaitytė ir Pangonytė, 2017). Kasos beta ląstelių nepakankamumas, rezistentiškumas insulinui ir disfunkcija sukelia globalią ligą, tokia, kaip cukrinis diabetas (Norkus 2018). Sudėtinga endokrininė liga, tokia, kaip cukrinis diabetas lemia reikšmingą mirtingumą ir sergamumą, nuo šios ligos (Bartkevičiūtė ir kt., 2016; Altınok, Marakoğlu and Kargin, 2016; Iqbal, Haq, Bashir and Bashaar, 2017). Visame pasaulyje labai sparčiai didėja sergamumas šia liga, tai siejama su bendros populiacijos senėjimu, labai sparčia urbanizacija, mažėjančiu fiziniu aktyvumu, mitybos ir gyvensenos pokyčiais. Tarptautinės diabeto federacijos duomenimis, prognozuojama, kad CD sergančių asmenų skaičius pasaulyje nuo 382 mln. 2013 m. padidės iki 592 mln. 2035 metais (Norkus 2018). Jei dabartinės tendencijos išliks ir nei kiek nesikeis yra teigiama, kad iki 2050 metų vienas iš keturių žmonių sirgs cukriniu diabetu (Penckofer et al., 2014).

Pagal Tarptautinės diabeto federacijos (TDF) turimus duomenis, prieš penkerius metus 2015 metais pasaulyje cukriniu diabetu sirgo maždaug apie 415 mln. iš viso pasaulio pagal amžiaus grupę nuo 20 iki 79 metų žmonių. Europoje serga beveik šešiasdešimt milijonų žmonių. Vien tik Lietuvoje jau tada sirgo 116,9 tūkstančių gyventojų (Bartkevičiūtė ir kt., 2016).

2015 metais visame pasaulyje diabetu sirgo vienas iš vienuolikos suaugusiųjų, o apskaičiuotas sutrikusios gliukozės toleravimo paplitimas buvo vienas iš penkiolikos suaugusiųjų. Tikimasi, kad

skaičiai vis labiau didės, ypač miesto gyventojų, ir dėl to padidės medicininės ir ekonominės problemos (Bădescu et al., 2016).

Cukrinis diabetas rimta medžiagų apykaitos liga, kuria serga bet kokios geografinės, etninės ar rasinės kilmės žmonės, ir ligos paplitimas nevaldomai didėja. Modernizacijos ir urbanizacijos poveikis sukelia neigiamą gyvenimo būdą, kuris lemia ligos klestėjimą. Vienas iš ligos požymių – gliukozės koncentracijos kraujyje padidėjimas. Yra daug priežasčių, dėl ko didėja gliukozės koncentracija organizme ir vystosi cukrinis diabetas. Šiuolaikinė cukrinio diabeto klasifikacija paremta etiopatogeninių priežasčių tyrimais (Ramachandran, 2014).

Esant rizikos veiksniams ar atitinkant cukrinio diabeto požymius, reikia patikrinti gliukozės koncentraciją kraujyje. Vertinant gautus tyrimų rezultatus, nustatoma, ar pacientui gali būti diagnozuotas cukrinis. ar dar reikia papildomo gliukozės tolerancijos testo. Laiku arba kiek galima anksčiau diagnozavus cukrinį diabetą galima išvengti gresenčių komplikacijų, kurios blogina su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (American Diabetes Association, 2015).

1.1.1. Cukrinio diabeto rizikos veiksniai, etiologinė klasifikacija ir komplikacijos

1 tipo cukrinio diabeto rizikos veiksniai: genetika; manoma, kad aplinkos veiksniai, ypač vaisiaus ir vaikystės laikotarpiu, gali turėti įtakos pirmo tipo cukrinio diabeto išsivystymui; moterų, kurios gimdžiusios vyresnio amžiaus, vaikai serga dažniau; būdinga vaikams, kurie nemaitinti motinos pienu; įtakos gali turėti virusinė infekcija (Rewers and Ludvigsson, 2016).

2 tipo cukrinio diabeto rizikos veiksniai, pasak Ley, (2016) yra mityba, paveldimumas, rūkyimas, mažas fizinis aktyvumas, vyresnis kaip 45 m. amžius, nutukimas (Ley and Korat, 2016). Rizikos veiksniai: arterine hipertenzija širdies ir kraujagyslių ligos, lipidų apykaitos sutrikimai, gliukozės tolerancijos sutrikimai ir moterys, sirgusios nėščiųjų (gestaciniu) diabetu ir (ar) gimdžiusi sunkesnius kaip 4 kg naujagimius (Fareed et al., 2017).

Diabetu sergančių pacientų skirstymas daugiausia sudaro dvi grupes: pirmo tipo cukrinis diabetas – pacientai, kuriems yra absoliutus insulino nepakankamumas, ir antro tipo cukrinis diabetas – pacientai, kuriems aptinkamas audinių rezistentiškumas ir neadekvati kompensacinė insulino sekrecija. Kai diabetu suserga moterys tik nėštumo metu, tai vadinama nėščiųjų arba kitaip - gestaciniu diabetu (Ramachandran, 2014).

1. Pirmojo tipo cukrinis diabetas atsiranda dėl negrįžtamo kasos Langerhanso salelių β ląstelių sekrecinės funkcijos praradimo. 1 tipo cukrinio diabeto priežastys: autoimuninės ir idiopatinės (American Diabetes Association, 2017).
2. Antro tipo cukrinio diabeto atsiradimą lemia nepakankamas insulino veikimas ar insulino sekrecijos sutrikimas. Sergantieji 2 tipo CD gali būti skirstomi į turinčius normalią kūno masę

bei nutukusius (Voluckytė ir Paulikienė, 2015). Tokio tipo sergančiųjų organizme insulinas yra gaminamas, bet jo negaminama pakankamai, kad pavyktų išlaikyti normalią gliukozės koncentraciją kraujyje (Orlovskaja, 2015).

3. Gestacinis diabetas - angliavandenių apykaitos sutrikimas, pasireiškiantis įvairaus laipsnio hiperglikemija, tai pirmą kartą yra nustatomas nėštumo metu. Gestacinis diabetas atsiranda nėštumo metu dėl pasikeitusios hormonų pusiausvyros, nes ne kiekvienos nėščiosios kasa sugeba gaminti pakankamai insulino, kurio poreikis organizmui padidėja nėštumo metu (Norkus, 2017).

Cukrinio diabeto komplikacijos, kurios lemia sergančiųjų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, yra skirstomos į ūmines ir lėtines.

Ūminės cukrinio diabeto komplikacijos (4). Hipoglikemija – viena iš dažniausių ūminių CD gydymo komplikacijų. Hipoglikemijos apibrėžimų yra daug, bet Amerikos diabeto asociacija, hipoglikemiją įvardija kaip visus neįprastai mažos gliukozės koncentracijos plazmoje epizodus, galinčius pakenkti žmogui, be to, tai dažniausiai pasireiškia vyresnio amžiaus asmenims.

Įvairaus intensyvumo simptomais: šaltu prakaitu, drebuliu, nerimu, alkio ir kt. gali pasireikšti hipoglikemija (Norkus 2017). Inkstų nepakankamumas, vaistų sąveika, neteisinga mityba, virškinimo sutrikimai tai yra hipoglikemijos priežastys (Valiūtė ir Pavius, 2014).

Hiperglikemija – tai būklė, kai padidėja gliukozės kiekis kraujyje. Susirgus II tipo cukriniu diabetu, sveikatos būklė blogėja lėtai, todėl hiperglikemija gali būti nenustatoma ištisus dešimtmečius (Bulikaitė, 2013). Gausus valgymas, fizinė ar psichinė trauma, per maža insulino dozė, staiga nutrauktas insulino vartojimas, stresas, ūminė infekcija, širdies ir kraujagyslių ligos, vartojami medikamentai neefektyviai reguliuoja gliukozės kiekį kraujyje, gretutiniai susirgimai, nėštumas tai yra pagrindinės hiperglikemijos priežastys (Veličkienė, 2010). Diabetinė ketoacidozė – ūminė būklė, kuri atsiranda dėl insulino trūkumo, ją sukelia sunkus ir nevaldomas diabetas. Šiai komplikacijai yra labai svarbus, skubus gydymas insuliniu bei infuzinė terapija. Dažniausia ketoacidozę provokuoja gretutinės ligos tokios kaip: infekcijos, miokardo infarktas, pankreatitas ir vaistai. Ketoacidozės įtarimas atsiranda tada, kai staiga netenkama daug svorio, dažnai šlapinamasi, kankina troškulys, iš burnos sklinda acetono kvapas, vargina vėmimas ar pilvo skausmai. Reikia reguliariai tirti kraujo gliukozės kiekį. Visuomet galima įtarti ketoacidozę, jei jis yra neįprastai padidėjęs (Norkus 2017).

Lėtinės cukrinio diabeto komplikacijos (4). Diabetinė nefropatija – viena iš pagrindinių lėtinės inkstų ligos priežasčių (Fisher 2016). Viena sunkiausių cukrinio diabeto sukeliamų mikrokraujagyslių komplikacijų (Bumblytė ir Žiužnytė, 2010). Įvairaus sunkumo nervų pažeidimas, klinikinis ar subklinikinis, jeigu nėra kitų veiksnių ar ligų, kurios galėjo nulemti šia patologiją yra įvardijama, kaip diabetinė neuropatija (Norkus, 2017). Neuropatinis skausmas dažniausiai būna labai stiprus, tačiau

objektyvūs neurologinio tyrimo duomenys santykinai normalūs, kartais gali būti skausminė reakcija į dirgiklius, tai paprastai skausmo nesukelia ar susilpnėję Achilo sausgyslės refleksai. Skausmas praeina pagerėjus metaboliniams rodikliams (Baltramonaitienė, 2012). Viena dažniausių komplikacijų - diabetinė pėda. Komplikacija gali žaloti minkštuosius audinius, netgi ir kaulus. Kai įvyksta jutimo sutrikimai galūnėse, atsitikus galūnės traumai, išsivysto diabetinių opų (Norkus 2017). Diabetinės pėdos sindromas apima kelių simptomų visumą: odos skausmą, sukietėjimą, įtrūkimus, erozijas, judesių sustingimą, skausmą, tropines opas ir gangreną, kurie atsiranda dėl išemijos, infekcijos ir diabetinės neuropatijos (Andziukevičiūtė ir Valiukevičienė, 2013). Diabetinė retinopatija – akies tinklainės pažeidimas, kurio metu sutrinka tinklainės smulkiųjų kraujagyslių sienelės pralaidumas, tinklainė paburksta, atsiranda kraujagyslių okliuzija, kraujosrūvų bei išemijos židinių, sukeliančių tinklainės hipoksiją (Isevičienė ir Valius, 2009). Diabetinė retinopatija iš pradžių neturi jokių simptomų. Esant deguonies trūkumui yra aktyvuojamas faktorius, dėl kurio skatinamas naujų kraujagyslių atsiradimas. Šioms kraujagyslėms trūkus į akies stiklakūnį išsilieja kraujas, todėl pablogėja matymas, ar net atsiranda aklumas. Norint išvengti diabetinės retinopatijos reikia periodiškai atlikti akių tyrimus (Bressler, Quigley and Schein, 2012).

1.2. Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

Gyvenimo kokybės terminas pradėtas naudoti JAV po Antrojo pasaulinio karo. Iš pradžių tai reiškė „gerą gyvenimą“. Iš pradžių gera gyvenimo kokybė reiškė turtingumą – turėti savo automobilį, namus ar kitas materialines vertybes. Tai buvo „turėti“ kategorija. Konceptija palaipsniui keitėsi, perėjo iš „turi“ į „būti“. Tik sveika visuomenė gali pasiekti aukštą išsivystymo lygį, kuris yra geresnės gyvenimo kokybės ženklas. Dvidešimtojo amžiaus pabaigoje Schipperis ir kiti kolegos su sveikata susijusių gyvenimo kokybės koncepciją sujungė ją su medicinos mokslais ir apibrėžė ją kaip „paciento suvokiamą (patiriamą) ligos funkcinį poveikį ir gydymą“. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė apima keturis aspektus: fizinę sveikata, psichologinę būseną, socialinis funkcionavimas, ekonominė situacija (Owczarek, 2010). Nuo 1970 metų klinikinėje praktikoje ir tyrimuose pastebimai išaugo susidomėjimas gyvenimo kokybės koncepcija, tai nepaprastai svarbu siekiant įvertinti sveikatos priežiūros kokybę ir rezultatus (Pennacchini et al., 2011). Su sveikata susijusi GK studijų sritis sulaukia vis didesnio susidomėjimo, nes kaip kiekvienas įvertinina susijusių su sveikata gyvenimo kokybę, tai labai priklauso priklauso nuo asmens vertybių sistemos ir nuo kultūrinės aplinkos, kurioje jis gyvena (Ruževičius, 2014). „Visiška fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien tik ligos ar silpnumo nebuvimu“, taip yra yvardijama sveikatos ir gyvenimo kokybės apibrėžtis reamiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis (Pennacchini et al., 2011).

Gyvenimo kokybė - tai plati koncepcija, veikiama asmens fizinės sveikatos, socialinių ryšių, psichinės būklės, ryšių su aplinka ir nepriklausomybės lygio. Todėl, kad kiekvienas labai skirtingai savo gyvenime apsibrėžiamas savo kultūrą ir vertybes, kurios glaudžiai susiję su tikslais, viltimis, sandartais ir interesais, todėl tokia sąvoka, kaip „gyvenimo kokybė“ kiekvienam yra labai skirtinga ir individuali (Sąlyga, Paškevičienė ir Žiliukas, 2015). Kiekvieno veiksnio poveikis individo gyvenimo kokybei skiriasi ir toliau yra veikiamas adaptacijos proceso. Sergančiųjų sugebėjimas adaptuotis prie juos išstikusios ligos yra procesas, kurio metu sergantis asmuo sugeba pasiekti jam gerą gyvenimo kokybę. Tai yra labai individualu ir kiekvienas kitaip suranda gyvenimo kelią ar užsiėmimą pagal savo sugebėjimus (Norkus 2017).

Sergant cukriniu diabetu, visą gyvenimą liga ypač reikalauja rūpintis savo sveikata, todėl sergant tokia liga yra labai svarbus sergančiųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas ir analizavimas. Ligos gydymas yra sudėtingas ir brangus, siekiant išvengti komplikacijų reikalingas nuolatinis pacientų švietimas (Bartkevičiūtė ir kt., 2016). Ligos diagnozė ir cukrinio diabeto gydymas, siekiant teigiamų rezultatų, reikalauja keisti įprastinį gyvenimo būdą. Gyvenimo būdo pokyčiai neretai pakeičia ir patį žmogų, išgyvenama psichologinė krizė, žmogus tampa pažeidžiamas tiek fiziškai, tiek dvasiškai (Aglinskaitė ir kt., 2015).

Realybė yra tokia, kad diabetas daro įtaką pacientų gyvenimui. Vien tik diabetas pablogina žmogaus gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata. Kai diabetas egzistuoja su kitomis ligomis, poveikis dar blogesnis (Trikkalinou, Papazafiroulou and Melidonis, 2017). Diabeto gydymo tikslai - užkirsti kelią komplikacijoms ar jas atitolinti bei palaikyti gyvenimo kokybę. Gydymo tikslai ir planai turėtų būti sudaryti kartu su pacientais, atsižvelgiant į jų individualias nuostatas, vertybes ir tikslus. Valdymo plane turėtų būti atsižvelgiama į paciento amžių, pažinimo gebėjimus, mokyklos/darbo tvarkaraštį ir sąlygas, įsitikinimus dėl sveikatos, palaikymo sistemas, valgymo įpročius, fizinį aktyvumą, socialinę padėtį, finansinius rūpesčius, kultūrinius veiksmus, raštingumą ir skaičiavimą (matematinį raštingumą), diabeto komplikacijos ir ligos trukmė, gretutinės ligos, sveikatos prioritetus, kitos sveikatos būklę, pageidavimus slaugai ir gyvenimo trukmę. Turėtų būti naudojamos įvairios strategijos ir metodai, remiantys pacientų savitvarkos pastangas, įskaitant mokymą apie problemų sprendimo įgūdžius visais diabeto valdymo aspektais (American Diabetes Association, 2019).

Dažniau gali nutikti taip, kad sergantys, bet kurio tipo cukriniu diabetu, tiek pirmo tipo cukriniu diabetu, tiek antrojo tipo cukriniu diabetu, dėl kintančio pasitikėjimo savimi, socialinio bendravimo pokyčiai, kintanti su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, pasikeitusios pasirinkimo darbo galimybės, gali pradėti vystytis ligai būdingos komplikacijos, tiek ūminės, tiek lėtinės, dėl visų pokyčių žmonėms dažniau pradeda vystytis depresija (Veličkienė, 2016).

Fizinei, socialinei ir psichinei gerovei, cukriniu diabetu sergantys žmonės - jaučia neigiamą ligos įtaką visimes gyvenimo kokybės aspektams (Bartkevičiūtė ir kt., 2016). Komplikacijų atsiradimas, blogina sergančių asmenų gyvenimo kokybę, dar labiau blogėjanti sveikata, mažėja gyvenimo trukmė, darbingumas (Veličkienė, 2016). Kai kurios komplikacijos, kurios nėra išgydomos iš karto, gali būti mirtinos. (Holt, Groot and Golden, 2015). Komplikacijų dažniausiai atsiranda dėl per vėlai diagnozuotos ligos, nesilaikant rekomendacijų, netinkamai gydant cukrinį diabetą ir blogai kontroliuojant gliukozės kiekį kraujyje. Lietuvoje CD sergantiems asmenims komplikacijų nustatoma dažniau nei kitose Europos šalyse (Veličkienė, 2016).

Susirgus cukriniu diabetu vos ligai prasidėjus atsiranda seksualinių nepatogumų. Daug metų šia liga sergantiems vyrams pablogėja audinių kraujo cirkuliacija, silpsta varpos erekcija (Danys 2012). Jei CD prastai valdomas, gali kilti didelių seksualinių problemų. Gerai gydant CD, seksualinių problemų mažėja, tačiau jos visiškai neišnyksta, CD sergantys pacientai dėl seksualinių problemų neretai patiria santuokinio gyvenimo nesklaidumą, depresiją, nevisavertiškumą, įtampą ir dažnai praranda pasitikėjimą savimi (Masilionis ir Palinauskienė, 2019).

Lietuvos diabeto asociacijoje 2013 m. atliktas tyrimas. Taikant anoniminės apklausos metodą, rezultatai parodė, kad 45,3 proc. tyrime dalyvavusių pacientų, sergančių CD, savo dabartinę su sveikata susijusią gyvenimo kokybę vertina vidutiniškai, mažiau nei dešimtadalis savo gyvenimo kokybę vertina blogai. Pacientų nuomone, jei nesirgtų cukriniu diabetu, gyvenimo kokybę susijusi su sveikata būtų geresnė. Pacientai teigia, kad liga blogina jų gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata (Bartkevičiūtė ir kt., 2016). S. C. Sodergran ir M. E. Hyland teigia, tai, kad „pozityvumo aspektas ligoje yra trūkstama gyvenimo kokybės dalis“, kurią reikia labai plėtoti, o pozityvumą lemiančius veiksnius išanalizuoti. Labai svarbus pozityvus požiūris į ligą, kada žmogus suvokia teigiamą dėl ligos įgytą patirtį (Gustainienė ir Kerpaitė, 2013).

1.2.1. Sergančiųjų cukriniu diabetu su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ypatumai

Ankstyvoje ligos stadijoje cukrinio diabeto diagnozė jau blogina su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Žmonėms, kuriems naujai diagnozuota liga, nustatoma blogesnė psichologinė būklė nei tiems, kurie cukriniu diabetu serga jau daugelį metų. Yra nustatyta, kad daliai pacientų sergančių CD, pasireiškia ir depresija, nors labai dažnai ji lieka ir nediagnozuota. Moterims depresija pasireiškia du kartus dažniau nei vyrams. Nerimas ir depresija blogina diabeto eigą (Norkus, 2017). Pagrindinis diabeto ankstyvosios diagnostikos ir gydymo tikslas yra pacientų gyvenimo kokybė, susijusi su sveikata (Trikkalinou, Papazafiropoulou and Melidonis, 2017). 2 tipo cukrinis diabetas ir su juo susijusios komplikacijos neigiamai veikia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (Venkataraman et al., 2013). Diabetiko su sveikata susijusi gyvenimo kokybė blogėja, kai pradeda

vystytis komplikacijos arba gretutinės ligos greta (Trikkalinou, Papazafiropoulou and Melidonis, 2017). Netgi lengvos diabetinės komplikacijos turi didelę įtaką pacientų gyvenimo kokybei, susijusiai su sveikata. Ankstyva diagnozė ir gydymas yra būtini, kad būtų išvengta su sveikata susijusios gyvenimo kokybės pablogėjimo šiems pacientams (Mokhtari, Gheshlagh and Kurdi, 2019). Tarp komplikacijų vyrauja su sveikata susijusios gyvenimo kokybės mažėjimas, tačiau nesusijęs su rizikos veiksniais (genetiniais, gimimo svoriu ar kitais) yra vainikinių arterijų liga, po kurios seka inkstų nepakankamumas, apakimas, kraujagyslių komplikacijos, lytinės funkcijos sutrikimas. Be to, daugelis yra gretutinės ligos, kurios dar labiau blogina diabeto poveikį paciento gyvenime. Tarp jų dažniausiai nutukimas, hipertenzija, dislipidemija, depresija, artritas. Labiausiai intriguojanti tyrimų sritis yra cukrinio diabeto ir depresijos sąveika ir kai kuriais atvejais progresavimas į demenciją (Trikkalinou, Papazafiropoulou and Melidonis, 2017).

Buvo siekiama išsiaiškinti, ar skirtingos komplikacijos turi vienodą ar skirtingą sąsają su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. Buvo tyrinėtas ryšys tarp insulto, periferinės neuropatijos, koronarinės širdies ligos, nefropatijos, periferinių arterijų ligų ir retinopatijos sergant cukriniu diabetu ir analizuojama gyvenimo kokybė, susijusi su sveikata. Pacientų, sergančių diabetu, su sveikata susijusią gyvenimo kokybę daugiausia nulemia komplikacijų buvimas, o ne diabetas. Periferinė neuropatija buvo susijusi su didžiausiu su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sumažėjimu. Patobulintas valdymas, siekiant užkirsti kelią komplikacijų atsiradimui ar atitolinti jų atsiradimą, gali pagerinti diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (Venkataraman et al., 2013).

Cukrinis diabetas yra dažniausios padidėjusio mirtingumo dėl daugybinių komplikacijų priežastis. Taigi cukrinis diabetas daro įtaką pacientų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei dėl fizinės negalios ir psichinės sveikatos problemų. Buvo tiriama Irano pacientų, sergančių 2 tipo cukriniu diabetu, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Apibendrinant galima pasakyti, kad įrodyta, kad II tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė vidutinė, ypač fiziniu aspektu (Mokhtari, Gheshlagh and Kurdi, 2019).

Susirgus paauglystėje ar vaikystėje 1 tipo CD, atsiranda tam tikrų skirtumų nei sergant kitomis lėtinėmis ligomis. Sėkmingas ligos valdymas reikalauja didelės paties sergančiojo ir visos šeimos atsakomybės laikantis būtino režimo ir gyvenimo būdo. Šeima turi būti atsakinga už ligonio mitybą, fizinį aktyvumą, už nuolatinį gliukozės kiekio kraujyje matavimą, gyvenimo būdo pokyčius, insulino injekcijas, kad būtų kuo mažesni gliukozės kiekio kraujyje svyravimai per parą (Norkus, 2017). Ligos komplikacijos bėgant metams gali paveikti paauglių gyvenimo kokybę. Hormoniniai pokyčiai, nebrandumas, sunkumai įgyjant autonominę kontrolę ir mažas ligų priimtinumas gali trukdyti kasdien kontroliuoti gliukozės kiekį kraujyje. Apskritai paaugliai yra atsparesni ligos priėmimui nei jaunesni

vaikai, nes jie nebeprisiklauso nuo tėvų ar globėjų ir yra atsakingi už savo sveikatą. Psichosocialiniai klausimai taip pat daro įtaką paauglių elgesiui, atspindėdami jų požiūrį į diabetą (Costa, 2015.). Sergantys paaugliai gali lankytis diabeto mokyklėlėje. Mokymai vyksta pagal standartizuotą programą, kuri pritaikoma prie individualių poreikių pagal pacientų subrendimą, gyvenimo būdą, amžių ir diabeto trukmę. Mokymosi metu paaugliai supažindinami, kas yra cukrinis diabetas; kokia turėtų būti tinkama mityba; kojų priežiūros metodika; insulino vartojimo metodika ir ankstyvos komplikacijų prevencijos ir diagnostikos. Mokymai diabeto mokyklose yra labai reikšmingi norint, kad sergantieji sugebėtų tinkamai gydytis, kontroliuoti save ir kuo ilgiau išlaikyti gerą gyvenimo kokybę (Aglinskaitė ir kt., 2015).

2017 metais atliktas pasaulinis „TEEns“ tyrimas, kurio tikslas buvo apibūdinti diabetui būdingą su sveikata susijusią gyvenimo kokybę visuotiniame jaunų ir suaugusiųjų, sergančių 1 tipo cukriniu diabetu ir nustatyti pagrindinius veiksnius, susijusius su gyvenimo kokybe. Tyrime dalyvavo sergantieji iš 20 pasaulio šalių, amžius nuo 8 iki 25 metų. Analizė parodė, kad su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra reikšmingai susijusi su HbA1c. Kuo žemesnis HbA1c, tuo geresnė sergančiųjų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Tyrimas parodė, kad prasta glikemijos kontrolė lemia sergančiųjų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (Anderson et al., 2017). Išanalizavus ir apibendrinus kokybinius tyrimus apie nekontroliuojamo 1 tipo cukrinio diabeto paciento gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, perspektyvą ir pacientų suvokimą apie savo GK susijusią su sveikata, rezultatai atskleidė, kad nekontroliuojamo 1 tipo diabeto ilgalaikės ir trumpalaikės neigiamos pasekmės daro įtaką visiems pacientų gyvenimo aspektams: fiziniam, emociniam, praktiniam ir socialiniam. Nekontroliuojamas cukraus kiekis kraujyje sukelia didelę psichologinę kančią, neigiamą nuotaiką, kognityvinių sunkumų, dirglumą ar agresyvų elgesį ir yra glaudžiai susijęs su santykiais, savo įvaizdžiu ir pasitikėjimo problemomis. Jie jaudinasi dėl asmeninių, socialinių ir profesinių hipoglikemijos pasekmių, nes tai gali sutrikdyti kasdieninę veiklą. Pacientų šeimos narių gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata, taip pat neigiamai veikia nekontroliuojamas 1 tipo cukrinis diabetas (Vanstone et al., 2015).

Kitame atliktame tyrime buvo siekiama išanalizuoti veiksnius, turinčius įtakos 1 tipo CD sergančiųjų jaunų žmonių gyvenimo kokybei, susijusiai su sveikata. Tyrimo dalyviai, sergantys 1 tipo CD, kurių amžius nuo 18 iki 35 metų. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė buvo reikšmingai susijusi su hipoglikemijos baime, komplikacijų baime. Didėjant hipoglikemijos ir komplikacijų baimei, gyvenimo kokybė, susijusi su sveikata, mažėja, o didėjant sergančio pasitikėjimu savimi - GK, susijusi su sveikata, gerėja. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė nebuvo susijusi nei su diabeto valdymu, nei su diabeto žiniomis. Nors tyrimo dalyviai demonstravo tinkamą ligos valdymą ir

vidutinį efektyvumą, naudodamiesi diabeto su sveikata susijusios gyvenimo kokybės priemone jie pranešė apie didelį nepasitenkinimą diabeto našta, tenkančia jų šeimoms (Kent and Quinn, 2018).

Tiek sergantiems vaikams, tiek sergantiems suaugusiesiems tokios technologijos, kaip nuolatinė poodinė insulino infuzija naudojant insulino pompas ir nuolatinis gliukozės stebėjimas, gali padėti pagerinti diabeto kontrolę, sumažinti hipoglikemiją ir pagerinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Deja, prieiga prie šių technologijų Jungtinėje Karalystėje yra labai įvairi. Kai kurias technologijas rekomenduoja Nacionalinis sveikatos ir priežiūros kompetencijos institutas, o kitos nebuvo įvertintos, o naujos technologijos nuolat plinta (Choudhary, Campbell, Joule, Kar and begalf of Diabetes UK, 2019). Tyrimų, kur analizuojama su sveikata susijusi gyvenimo kokybė cukriniu diabetu sergančių paauglių, nėra atlikta daug. Daugiausia jau atliktuose tyrimuose paauglių su sveikata susijusią gyvenimo kokybę vertina kiti asmenys, o ne jie patys. Kadangi nuolat didėja sergančių paauglių skaičius, reikėtų atlikti daugiau tyrimų, kuriuose savo gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata, vertintų patys paaugliai. Tokie tyrimai leistų geriau suprasti paauglius, sergančius cukriniu diabetu, ir gerinti jų gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata (Aglinskaitė ir kt., 2015).

Tobulėjant diabeto technologijai, žmonėms, sergantiems diabetu, suteikiamas platesnis priemonių, skirtų pasiekti glikemijos kontrolę ir pagerinti tyrimų rezultatus arsenalas technologijų naudojimas gali padėti sumažinti ūmių komplikacijų, tokių kaip sunki hipoglikemija ir diabetinė ketoacidozė, taip pat ilgalaikių makro ir mikrovaskulinių komplikacijų riziką. Be to, diabeto technologija gali turėti teigiamą poveikį psichosocialinei sveikatai, nes sumažina diabeto našta (Prahalad, Tanenbaum and Hood, 2018).

1.3. Depresijos išraiška sergant cukriniu diabetu

Depresija yra nuotaikos sutrikimas, kuriam būdingas neadekvatumas, nusivylimas, sumažėjęs aktyvumas, kaltės jausmas, sutrikęs miegas ar apetitas, pesimizmas ir liūdesys. Šie simptomai smarkiai sutrikdo ir daro neigiamą poveikį žmogaus gyvenimui (Iyer and Khan, 2012; WHO, 2012). Kaip įvardija PSO, depresija – viena iš didžiausių ligų pagal sergamumą pasaulyje, viena iš penkių moterų ir vienas iš dvylikos vyrų serga depresija (Iyer and Khan, 2012). Tai sunki psichinė sveikatos būklė, kuriai reikia supratimo ir medicininės priežiūros. Negydoma depresija gali būti pražūtinga sergantiesiems ir jų šeimoms. Anksti diagnozuota ir tinkamai gydoma liga padeda žmonėms gyventi visavertį gyvenimą. Tinkamą gydymo planą sudaro vaistai, psichoterapija ir sveikos gyvensenos pasirinkimas. Kai kurie žmonės patirs tik vieną depresinį epizodą, tačiau daugumai depresinis sutrikimas pasikartoja. Negydant epizodai gali trukti nuo kelių mėnesių iki kelerių metų (National Alliance on Mental Illness 2017). Depresija daro didelę įtaką pasauliui, ligos našta paveikia žmones visose bendruomenėse visame pasaulyje (WHO, 2012). Taip pat greta cukrinio diabeto galima sirgti

kitomis, taip pat ir psichikos ligomis. Depresija – ne tik nusiminimas ar bloga nuotaika - tai sielos ir kūno liga, kuri veikia mintis, fizinę sveikatą, jausmus, elgseną ir taip ištiesai. Nuo depresijos nesame apsaugoti nei vienas, nepriklausomai nuo demografinių rodiklių. Depresija labai pakeičia žmonių gyvenimą, žmonės net ima galvoti apie mirtį ir savižudybę (Rudinskienė ir Jakimavičienė, 2006). Depresija yra reikšminga gretutinė diabeto būklė (Penckofer et al., 2014; Foley et al., 2018; Moulton Pickup and Ismail, 2015;). Depresijos ir diabeto ryšys jau buvo aprašytas labai seniai XVII amžiaus pabaigoje (Sartorijus, 2018). XVII amžiuje Thomas Willis, garsus anatomas ir Karališkosios draugijos įkūrėjas, aprašė, kaip „diabetas yra užsitęsusio liūdesio pasekmė“ (Moulton, Pickup and Ismail, 2015). Anatomas Willis rašė, kad žmonės, patyrę „reikšmingą gyvenimo stresą, liūdesį ar ilgą liūdesį“, dažniau serga diabetu. Panašūs klinikiniai stebėjimai buvo atlikti daugelyje šalių, tačiau tik antroje XX a. pusėje. Šių ligų priežastys yra panašios. Diabetą ir depresiją lemia netinkama dieta, mankštos stoka, blogas miegas ir psichosocialiniai stresoriai. Šie veiksniai sukelia diabetą ir depresiją dėl organizmo reagavimo į stresą (Carandang 2018). Šios didelės rizikos populiacijai, įskaitant žmones, sergančius 1 ar 2 tipo cukriniu diabetu, gestaciniu cukriniu diabetu ir pogimdyviniu diabetu, turėtų būti įprasta depresijos simptomų patikra. Nepaisant diabeto tipo, moterys turi žymiai didesnę depresijos lygį nei vyrai. Suaugusiems pacientams, kuriems yra buvę depresijos simptomų ar sutrikimų, reikia nuolat stebėti depresijos pasikartojimą įprastinės priežiūros kontekste. Psichinės ir fizinės sveikatos priežiūros integravimas gali pagerinti pacientų sveikatos rezultatus (American Diabetes Association, 2019).

Ligonių, sergančių I tipo cukriniu diabetu, depresijos paplitimas gali būti tris kartus didesnis, o 2 tipo diabetu sergančių žmonių – dvigubai didesnis, palyginti su bendrąja populiacija visame pasaulyje. Nerimas pasireiškia 40 procentų pacientų, sergančių 1 ar 2 tipo cukriniu diabetu. Esant depresijai ir nerimui, cukriniu diabetu sergantys pacientai pablogina diabeto prognozę, padidina neatitikimą mediciniam gydymui, pablogina su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir padidina mirtingumą (Bădescu et al., 2016; Foley et al., 2018). Moterims yra daug didesnė rizika susirgti depresija, sergant cukriniu diabetu, nei vyrams (Sartorijus, 2018). Psichikos ligos ir diabeto ryšys buvo pripažintas daugelį metų (Holt, 2011). Nustatyta, kad yra rizikos veiksnių, susijusių su diabetu ir depresija: mažas gimimo svoris, nepageidaujami reiškiniai vaikystėje, gyvenimo būdas ir nutukimas. Yra rimtų įrodymų, kad diabeto komplikacijos reikšmingai padidina depresijos riziką (Sartorijus, 2018). Diabetas ir psichinės ligos, kuriomis serga atitinkamai 8,3 % ir 10 % visų pasaulio gyventojų, atitinkamai yra tikėtini tam tikro laipsnio gretutiniai diabeto ir depresijos laipsniai (Whiting et al.). Epidemiologiniai tyrimai nuosekliai parodė, kad abi šios ligos kartu atsiranda maždaug dvigubai dažniau, nei būtų galima numatyti atskirai (Holt, Groot and Golden, 2015). Dauguma atvejų depresija lieka nediagnozuota. Labai svarbu yra nustatyti depresiją sergantiems

cukriniu diabetu. Kontroliuojant abi ligas yra tikimybe sumažinti komplikacijų riziką (Bădescu et al., 2016).

Kasmet daugėja įrodymų, kad depresija ir 2 tipo diabetas turi biologinę kilmę. Įgimto imuniteto per didelę aktyvaciją, sukianti citokinų sukeltą uždegiminį atsaką ir galimai pagumburio – hipofizės – antinksčių ašies disreguliaciją. Per visą gyvenimą ši problema gali sukelti atsparumą insulinui, širdies ir kraujagyslių ligas, depresiją, padidinti 2 tipo diabeto riziką ir mirtingumą. Uždegiminiai citokinai gali tiesiogiai paveikti smegenis ir sukelti depresijos simptomus (Moulton, Pickup and Ismail, 2015).

Psichologinė diabeto našta gali prisidėti prie depresijos, šis paaiškinimas nevisiškai paaiškina šių 2 sąlygų ryšį (Sartorius, 2018). Norint išanalizuoti depresijos rizikos veiksnius ir mechanizmus pacientams, kuriems yra diagnozuotas cukrinis diabetas, ypač ankstyvuojų gyvenimo periodu, reikalingi tyrimai. Atlikę tyrimus ir išanalizavus gautus duomenis galime daryti išvadas, kad geresnis ir gilesnis supratimas apie depresijos ir diabeto kilmę galėtų suteikti galimybę tuo pačiu metu gydyti ir pagerinti abiejų sutrikimų pasekmes (Moulton, Pickup and Ismail, 2015).

Nerimas ir baimė yra dažniausi diabeto pacientų emociniai sutrikimai. Depresija pasireiškia maždaug 30 % diabetu sergančių pacientų. Diabetas ir depresija priklauso nuo vadinamojo stiliaus arba ligų civilizacijos. Daugybė atliktų tyrimų patvirtino, kad cukriniu diabetu sergantiems pacientams depresijos eiga yra sunkesnė, depresijos epizodų recidyvai būna dažnesni. Tyrimai rodo, kad diabetu sergantys pacientai patiria įvairių tipų psichosocialinių ir emocinių problemų, dėl kurių savo sveikatos būklės stebėjimas nėra prioritetas (Dziemidok, Makara-Studzinska and Jarosz, 2011). Nepaisant to, tai dažnai nepaisoma, tačiau gyvybiškai svarbu holistinis diabeto gydymas (Moulton, Pickup and Ismail, 2015). Be depresinių sutrikimų, cukriniu diabetu sergantys žmonės taip pat patiria reikšmingą diabetui būdingą distresą, kuris aiškiai skiriasi nuo depresijos, tačiau gali būti depresijos rizikos veiksnys. Epidemiologiniai depresijos ir diabeto bei jų gretutinių ligų tyrimai buvo atlikti Jungtinėse Amerikos Valstijose, Jungtinėje Karalystėje ir kai kuriose dideles pajamas gaunančiose šalyse. Padėtis kitose pasaulio vietose nėra taip gerai dokumentuojama, tačiau turimi pranešimai rodo, kad situacija panaši visose šalyse (Sartorius, 2018).

Pacientų švietimo modelio, pagrįsto žinių apie diabetą ir jo komplikaciją. Todėl atrodo, kad pacientų švietimo modelio, pagrįsto žinių apie diabetą ir jo komplikacijas teikimu, gydymo metodais, mitybos principais ir sveikatą gerinančiu gyvenimo stiliumi, gali būti nepakankamas, bent jau sergantiems depresija (Dziemidok, Makara-Studzinska and Jarosz, 2011).

Gretutinis diabetas ir depresija yra paplitęs prieširdžių virpėjimas ir tai padidina insulto riziką. Atlikto mokslinio tyrimo rezultatai parodė, kad insultą patyrusiems pacientams, kurie serga cukriniu diabetu ir depresija, po insulto sveikatos būklė išlieka daug sunkesnė ir didėja mirtingumo rizika

(Edwards et al.). Žmonių, sergančių cukriniu diabetu ir depresija, sveikatos būklė yra blogesnė ir didesnis mirštamumas. Depresinis sutrikimas yra sekinanti lėtinė liga, galinti turėti įtakos kiekvienam gyvenimo aspektui. Atlikti tyrimai parodė, kad diabetu ir depresija sergančių žmonių sveikatos būklė yra prastesnė, įskaitant nekontroliuojamą cukraus kiekį kraujyje, diabeto komplikacijas ir didesnę visų priežasčių mirštamumą (Kreider, 2017).

1.4. Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresijos simptomų išreikštumu

Cukrinio diabeto ir depresijos derinys yra pagrindinis klinikinis iššūkis, nes dėl abiejų būklių pablogėja abiejų ligų pasekmės. Tradiciškai buvo plačiai manoma, kad depresija yra suprantama reakcija į sunkumus, kylančius gyvenant su sunkiomis ir gyvenimą trunkančiomis lėtinėmis fizinėmis ligomis, susijusiomis su sekinančiomis komplikacijomis (Holt and Katon, 2012). Depresija yra dažna liga, smarkiai ribojanti psichosocialinį funkcionavimą ir bloginanti gyvenimo kokybę (Malhi and Mann, 2018).

17 metais Amerikos diabeto asociacijos diabeto medicinos priežiūros standartai pabrėžia abiejų būklių ir diabeto ir depresijos, diagnozavimo ir valdymo svarbą, siekiant optimalių rezultatų, įskaitant geresnį gydymą, glikemijos kontrolę, sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų riziką bei sumažinti mirtingumą dėl visų priežasčių (Kreider, 2017).

Gydant tiek vienintelį diabetą, tiek kartu esantį nerimą ir depresiją, labai svarbu pakoreguoti ir motyvuoti pacientus taikyti plačiai suprantamas terapines rekomendacijas. Gydant depresijos sindromą, sergant cukriniu diabetu, glikemijos kontrolė, nebūtinai turėtų pagerėti. Reikia nepamiršti terapinį poveikį lemiančių veiksnių: diabeto trukmės, komplikacijų buvimą ir vartojamų vaistų poveikį kūno svoriui, taip pat pradinį diabeto valdymą (Dziemidok, Makara-Studzinka and Jarsosz, 2011; Holt, Groot and Golden, 2015). Cukriniu diabetu sergantys žmonės depresijos dažnai nepripažįsta (Falck, 2020). Diabetą ir depresiją lemia netinkama dieta, mankštos stoka, blogas miegas ir psichosocialiniai stresoriai. Šie veiksniai sukelia diabetą ir depresiją dėl organizmo reagavimo į stresą (Carandang, 2018). Depresijos ir diabeto baigtis yra blogesnė, kai jie pasireiškia kartu. Depresija susijusi su didesniu komplikacijų dažniu, didesniu neįgalumu ir trumpesne gyvenimo trukme. Vaikams ir paaugliams depresija daro įtaką glikemijos kontrolei. Diabetu sergantiems žmonėms depresija taip pat lemia prastesnę savigydą ir elgesį, kuris gali padidinti širdies ir kraujagyslių ligas bei jų komplikacijas (Sartorius, 2018). Depresija dažnai gali pabloginti gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata, gebėjimą dirbti, rūpintis namais ir poilsio galimybes, taip pat pasunkina prisitaikymą ir socialinį funkcionavimą (Tamušauskaitė ir kt., 2015).

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Tyrimas „Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir depresijos simptomų išreikštumas“ buvo atliekamas viename iš šiaurės Lietuvos rajonų, įstaigose, vykdančiose pirminę asmens sveikatos priežiūrą. Tyrimas buvo atliekamas įstaigose, kurių vadovai suteikė leidimą tyrimui atlikti. Slaugytojos, dirbančios su šeimos gydytojais ir laisva valia sutikusios padėti, išdalijo anketas pacientams, kurie lankėsi pas šeimos gydytoją ir kuriems yra nustatytas cukrinis diabetas. Taip pat anketos buvo dalijamos pacientams, kurie ateidavo pasidaryti glikozilintą hemoglobina (HbA1c). Slaugytojos, dirbančios su šeimos gydytojais, kurios laisva valia sutiko padėti, buvo apmokytos, kaip atlikti tyrimą. Kadangi anketas dalijo ne tyrėjas, o slaugytojos, dirbančios su gydytojais, taip buvo užtikrinta, kad nebūtų jokios tyrėjo įtakos atsakinėjant į anketos klausimus.

Tyrimo tikslui pasiekti pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas, kurio metu buvo naudojama anketinės apklausos raštu. Tyrimo tikslas - išanalizuoti cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir depresijos simptomų išreikštumą. Tyrimo instrumentas sudarytas remiantis standartizuotais klausimynais: SF-36 (gyvenimo kokybės klausimynas) ir PHQ-9 (paciento sveikatos klausimynas). Jie yra laisvai prieinami ir jų naudojimui nereikia jokio raštiško leidimo. Tyrimui atlikti buvo pasirinkta neatsitiktinė imtis. Atlikus tyrimą gauti kiekybiniai duomenys buvo susisteminti ir grafiškai pavaizduoti, naudojant aprašomosios statistikos metodą.

Dėl pandemijos Lietuvoje ir visame pasaulyje labai sumažėjo išdalintų anketų skaičius. Per visą atliekamo tyrimo laiką pavyko išdalinti 154 anketas. Baigus anketų dalinimą, ne visos anketos buvo sugražintos, kiek jų išdalinta. Sugražintų anketų skaičius 139, bet 7 anketos sugražintos netinkamai užpildytos, 132 anketos buvo tinkamos duomenų analizei ir statistiniams skaičiavimams.

Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas

Teoriniam tyrimo pagrindimui pasirinkta taikyti: N. Roper ir kt. gyvenimo veiklomis pagrįstą slaugos modelį.

Gyvenimo veiklų modelis, pirmą kartą aprašytas Nancy Roper 1970 m., vėliau daug kartų peržiūrėtas. Buvo siekiama, kad modelis būtų nesudėtingas, lengvai suprantamas. Roper modelį sudaro du atskiri modeliai: gyvenimo modelis, kuriame yra akcentuojamas asmens gyvenimo individualumas ir slaugos modelis, kuriame pabrėžiamas slaugos individualumas (Pukinskienė, 2011). Slaugos modelis grindžiamas gyvenimo modeliu. Slaugos modelyje, kaip ir gyvenimo

modelyje, pagrindinis aspektas yra gyvenimo veiklos (Roper, Logan and Tierney, 1999). Slaugytojas padeda individui, jeigu išskyla problemų atliekant gyvenimo veiklas. Slaugos modelis, pagrįstas gyvenimo veiklomis, yra naudojamas sveikatos priežiūros srityse (Pukinskienė, 2011).

Gyvenimo veiklomis pagrįstas modelis sudarytas indukcinio būdu – remiantis klinicine praktika. Slaugos modelių kūrėjos aiškiai nurodo prielaidas, kurios parodo autorių vertybių skalę ir tai, kas yra svarbiausia. Pagrindiniai modelio teiginiai yra šie:

- Žmogaus gyvenimas - tai gyvenimo veiklų visuma;
- Didelė vertybė yra nepriklausomybė, atliekant gyvenimo veiklas, tačiau priklausomybė neturėtų žeminti žmogaus orumo;
- Su žmogaus gyvybinės veiklomis susijusias žinias, elgesį ir požiūrį veikia įvairūs faktoriai: sociokultūriniai, biologiniai, psichologiniai, aplinkos, politiniai ir ekonominiai;
- Būdas, kuriuo individas atlieka gyvybines veiklas gali keistis, priklausomai nuo individo požiūrio į tai, kas yra normalu;
- Gali sutrikti jo gyvenimo veiklų atlikimas, atsiranda potencialių ir akivaizdžių problemų, taip nutinka, kai individas serga;
- Sveikatos priežiūros kontekste slaugytoja dirba su pacientu, kol užsimezga profesionalus ryšys, kuris išlieka tol, kol pacientui reikalinga slaugytojo pagalba;
- Slaugytojas yra daugiaprofesinės sveikatos priežiūros darbuotojas, kuris veikia paciento ir visuomenės naudai;
- Specifinė slaugos funkcija - padėti individui išvengti problemų, susijusių su gyvenimo veiklų atlikimu, jas įveikti arba palengvinti (Roper, Logan and Tierney, 1999).

Pagal Roper slaugos modelį, gyvenimo veiklos skirstomos į dvylika kategorijų: saugios aplinkos palaikymas; bendravimas; kvėpavimas; valgymas ir gėrimas; tuštinimasis ir šlapinimasis; asmeninis švarinimasis ir rengimasis; kūno temperatūros reguliavimas; judėjimas; darbas ir žaidimas; lyties raiška; miegojimas; mirimas. Gyvenimo veiklos yra vertinamos, atsižvelgiant į jas veikiančius faktorius ir atsižvelgiant į gyvenimo tarpsnį, kuriame individas yra šiuo metu (Pukinskienė 2011).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristika

Tyrimas buvo atliekamas viename iš šiaurės Lietuvos rajonų, įstaigose teikiančiose pirminę asmens sveikatos priežiūrą. Tyrimo dalyviai - pacientai sergantys 1 ir 2 tipo cukriniu diabetu. Tyrimo tikslui įgyvendinti pasirinkta neatsitiktinė imtis.

Respondentų atranka buvo vykdoma, pagal šiuos tiriamųjų atrankos kriterijus:

- Pacientai, sergantys cukriniu diabetu;

- Pacientai, sergantys cukriniu diabetu ne mažiau negu vieneri metai;
- Pacientai, galintys rašyti ir gebantys patys užpildyti klausimyną;
- Pacientai, sutinkantis tyrime dalyvauti laisva valia;
- Pacientai yra pilnamečiai;
- Pacientai turi mokėti lietuvių kalbą.

Tyrimo imties dydžiui sužinoti buvo panaudoti duomenys iš pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų duomenų. Dėl cukrinio diabeto ligos į savo šeimos gydytoją 2019 metais kreipėsi 679 pacientai. Darome prielaidą, kad per vieną mėnesį vidutiniškai apsilanko apie 57 pacientai, kadangi tyrimas turėtų trukti apie penkis mėnesius, per tokį laikotarpį turėtų apytiksliai apsilankyti 285 pacientai (N=285). Siekiant imties reprezentatyvumo buvo atliekama matematinė analizė. Respondentų imtis apskaičiuota pagal I. Paniotto formulę (Mockienė ir kt., 2014):

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

kur :

n – imties dydis;

Δ – imties paklaidos dydis ($=0,05$);

N – generalinis visumos dydis.

Apskaičiavus imtį pagal Paniotto formulę nustatyta, kad tyrime reikia apklausti ne mažiau kaip 164 pacientus (n = 164).

Tikėtina, kad ne visos anketos sugrįš ir ne visos anketos bus užpildytos tinkamai, planuojama išdalinti daugiau anketų. Imties dydis padidinamas 30 proc. atvejų, siekiant kompensuoti apklausos trūkumus (Mockienė, Drungilienė ir Martinkėnas, 2014). Planuojamas išdalinti anketų skaičius prie gauto Paniotto formule skaičiaus 164 pridedame 30 proc. gaunasi 213, tiek anketų buvo planuota išdalinti tyrimo metu cukriniu diabetu sergantiems pacientams.

Tyrimo silpnybės:

Kadangi Lietuvoje dėl COVID - 19 buvo paskelbtas karantinas nuo 2020 m. kovo 16 d. iki 2020 m. birželio 16 d. O gydymo įstaigos galėjo atnaujinti veiklą tik 2020 m. gegužės 8 d. ir su išankstine registracija aptarnauti pacientus gydymo įstaigoje, o ne nuotoliniu būdu, bet buvo išlikęs ribojimas pacientų patekimas į gydymo įstaigą. Žmonės sergantys lėtinėmis ligomis, rūpindamiesi ir

saugodami savo sveikatą, stengėsi rečiau lankytis įstaigoje, dažnai rinkosi nuotolinį vaistų išrašymą ar nuotolines gydytojų konsultacijas.

Dėl pandemijos Lietuvoje ir visame pasaulyje, labai sumažėjo išdalintų anketų skaičius. Per visą atliekamo tyrimo laiką pavyko išdalinti 154 anketas. Baigus anketų dalinimą, ne visos anketos buvo sugražintos, kiek jų išdalinta. Sugražintų anketų skaičius 139, bet 7 anketos sugražintos netinkamai užpildytos, 132 anketos buvo tinkamos duomenų analizei ir statistiniams skaičiavimams.

Šio tyrimo imtis yra neatsitiktinė. Tyrimas buvo atliekamas naudojant anketinę apklausą raštu. Tyrimo anketas sergantiems cukriniu diabetu išdalino slaugytojos dirbančios su šeimos gydytojais, kurios laisva valia sutiko padėti, buvo apmokytos, apie atliekamą tyrimą. Kadangi anketas dalino ne tyrėjas, o slaugytojos, dirbančios su šeimos gydytojais pacientams išdalino anketas, taip buvo užtikrinta, kad nebūtų jokios tyrėjo įtakos atsakinėjant į anketos klausimus.

Tiriamąjį kontingentą sudarė 132 pacientai, sergantys cukriniu diabetu. Didžiausią pagal amžių grupę (32,5proc.) sudarė 60-74 metų pacientai. Kitos amžiaus grupės pagal mažėjimo tvarką pasiskirstė sekančiai – 75 metų ir vyresni (27,3 proc.), 45-59 metų (23,5 proc.) ir iki 44 metų (16,7 proc.) (1 lentelė).

1 lentelė. Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos

Rodikliai		N=132
Amžius, n(proc.):		
	Iki 44 m.	22(16,7%)
	45-59 m.	31(23,5%)
	60-74 m.	43(32,5%)
	75 m. ir daugiau	36(27,3%)
Lytis, n(proc.)		
	Vyrai	53(40,2%)
	Moterys	79(59,8%)
Išsilavinimas, n(proc.):		
<i>Žemesnis nei aukštasis</i>	Pradinis	12(9,1%)
	Vidurinis	30(22,7%)
	Spec. vidurinis	32(24,3%)
	Aukštesnysis	19(14,4%)
<i>Aukštasis</i>	Aukštasis neuniversitetinis	18(13,6%)
	Aukštasis universitetinis	21(15,9%)
Šeimyninė padėtis, n(proc.):		
<i>Nevieniši</i>	Ištekėjusios/vedę	69(52,3%)
	Gyvena su partneriu/-e	20(15,2%)
<i>Vieniši</i>	Netekėjusios/nevedę	6(4,5%)
	Išsituokusios/išsiskyre	19(14,4%)
	Našlės/-iai	18(13,6%)
CD trukmė, n(proc.):		
	1-2 m.	20(15,2%)
	3-5 m.	26(19,7%)
	6-10 m.	30(22,7%)
	11-15 m.	37(28,0%)
	16 m. ir daugiau	19(14,4%)

Tarp tiriamųjų buvo šiek tiek daugiau moterų nei vyrų (atitinkamai 59,8 proc. ir 40,2 proc.).

Dauguma tiriamųjų (70,5 proc.) turėjo žemesnį nei aukštąjį išsilavinimą – iš jų 24,3 proc. pacientai turėjo spec. vidurinį išsilavinimą, 22,7 proc. vidurinį, 14,4 proc. aukštesnį ir 9,1 proc. pradinį. Aukštąjį išsilavinimą turėjo 29,5 proc. tiriamųjų, iš jų 15,9 proc. aukštąjį universitetinį ir 13,6 proc. aukštąjį neuniversitetinį.

Dauguma (67,5 proc.) tiriamųjų buvo nevieniši – gyveno su partneriu/-e (52,3 proc. buvo ištekėjusios/vedę ir 15,2 proc. gyveno nesusituokę). Tarp vienišų tiriamųjų (32,5 proc.) 14,4 proc. buvo išsituokusios/išsiskyre, 13,6 proc. našlės/-iai ir 4,5 proc. netekėjusios/nevedęs.

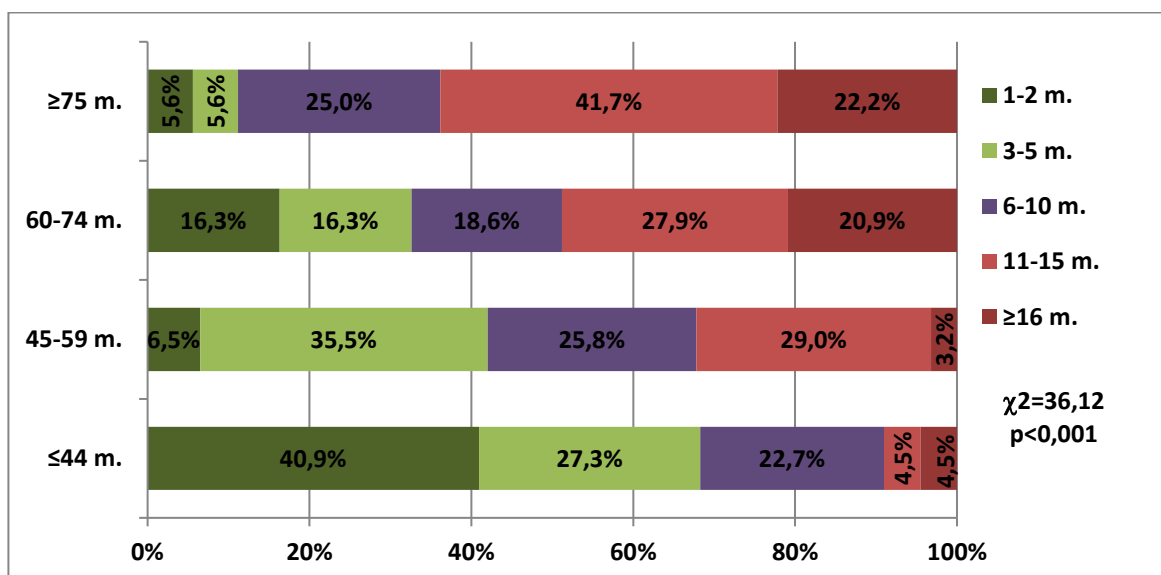
Pagal sergamumo cukriniu diabetu trukmę tiriamieji pasiskirstė sekančiai: 1-2 metus sirgo 15,2 proc. pacientų, 3-5 metus – 19,7 proc., 6-10 metus – 22,7 proc., 11-15 metus – 28,0 proc. ir daugiau nei 16 metų – 14,4 proc. (1 lentelė).

2 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį, išsilavinimą ir šeimyninę padėtį priklausomai nuo amžiaus

Rodikliai	Amžiaus grupės				χ^2	p
	≤ 44 m. n=22	45-59 m. n=31	60-74 m. n=43	≥75 m. n=36		
Lytis, n(proc.):					5,34	0,149
Vyrai	13(59,1%)	14(45,2%)	14(32,6%)	12(33,3%)		
Moterys	9(40,9%)	17(54,8%)	29(67,4%)	24(66,7%)		
Išsilavinimas, n(proc.):					18,92	<0,001
Žemesnis nei aukštasis	9(40,9%)	18(58,1%)	34(79,1%)	32(88,9%)		
Aukštasis	13(59,1%)	13(41,9%)	9(20,9%)	4(11,1%)		
Šeimyninė padėtis, n(proc.):					0,24	0,971
Nevieniši	15(68,2%)	20(64,5%)	30(69,8%)	24(66,7%)		
Vieniši	7(31,8%)	11(35,5%)	13(30,2%)	12(33,3%)		

Nevieniši – gyvenantys su partneriu/-e; vieniši – gyvenantys be partnerio/-ės.

Darbo rezultatai parodė, kad tarp vyresnių tiriamųjų buvo statistiškai reikšmingai ($p < 0,001$) daugiau asmenų su žemesniu (žemesnis nei aukštasis) išsilavinimu nei tarp jaunesnių tiriamųjų (iki 44 metų grupėje 40,9 proc., 45-59 metų grupėje 58,1 proc., 60-74 metų grupėje 79,1 proc. ir 75 metų ir vyresnių grupėje 88,9 proc.: $p < 0,001$). Amžiaus grupės pagal lytį ir šeimyninę padėtį statistiškai reikšmingai nesiskyrė (2 lentelė).



1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal cukrinio diabeto ligos trukmę priklausomai nuo amžiaus

Nagrinėjant cukrinio diabeto ligos trukmę nustatyta, kad ilgesnė trukmė statistiškai reikšmingai ($p<0,001$) susijusi su vyresniu amžiumi – jeigu tarp jauniausių tiriamųjų (iki 44 metų) buvo dauguma (40,9 proc.) su 1-2 metų CD trukme, tai tarp vyriausių (75 metų ir vyresnių) dauguma (41,7 proc.) su 11-15 metų CD trukme (1 pav.).

3 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, šeimyninę padėtį ir cukrinio diabeto ligos trukmę

Rodikliai	Vyrai	Moterys	χ^2	p
	n=53	n=79		
Išsilavinimas, n(proc.):			0,07	0,798
Žemesnis nei aukštasis	38(71,7%)	55(69,6%)		
Aukštasis	15(28,3%)	24(30,4%)		
Šeimyninė padėtis, n(proc.):			0,01	0,920
Nevieniši	36(67,9%)	53(67,1%)		
Vieniši	17(32,1%)	26(32,9%)		
CD trukmė, n(proc.):			4,08	0,395
1-2 m.	7(13,2%)	13(16,5%)		
3-5 m.	14(26,4%)	12(15,2%)		
6-10 m.	13(24,5%)	17(21,5%)		
11-15 m.	11(20,8%)	26(32,9%)		
≥16 m.	8(15,1%)	11(13,9%)		

Nevieniši – gyvenantys su partneriu/-e; vieniši – gyvenantys be partnerio/-ės.

Tyrimo rezultatai parodė, kad vyrų ir moterų grupės pagal išsilavinimą, šeimyninę padėtį ir CD trukmę statistiškai reikšmingai nesiskyrė (3 lentelė).

2.1.2. Tyrimo metodai

□ **Mokslinės literatūros analizė.**

Baigiamajam darbui mokslinės literatūros buvo ieškota duomenų bazėse (Medline, EBSCO, Health Source: Nursing Academic Edition ir kt.) įvairiuose užsienio ir Lietuvos moksliniuose žurnaluose. Taip pat buvo naudojamos miesto bei universiteto bibliotekomis. Literatūros buvo ieškoma atsižvelgiant į darbo temą ir uždavinius. Mokslinė literatūros paieška buvo vykdoma, naudojant raktinius žodžius: *cukrinis diabetas, gyvenimo kokybė, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, depresija, sergamumas cukriniu diabetu, cukrinio diabeto komplikacijos, cukriniu diabetu sergančių pacientų gyvenimo kokybės sąsajos su depresija, depresijos raiška sergant cukriniu diabetu, diabeto klasifikacija, cukrinio diabeto paplitimas, cukrinio diabeto profilaktika ir kita.*

Mokslinės literatūros naudotas darbe sąrašą sudaro išnagrinėti 85 šaltiniai, iš kurių 33 lietuvių autorių, kiti 52 užsienio autorių.

□ **Kiekybinis tyrimas.**

Siekiant išanalizuoti cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir depresijos simptomų išreikštumą pasirinktas kiekybinis tyrimas (anoniminė anketinė apklausa raštu).

Kardelio (2016) teigimu, „tinkamai ir gerai anketai būdingos tokios pat geros savybės, kaip ir geram įstatymui“. Anketos klausimai turi būti aiškūs ir nedviprasmiški, lengvai suprantami. Taip pat ji turi skatinti respondento norą bendradarbiauti, kuo teisingiau atsakinėti. Pačioje anketos pradžioje turėtų būti logiškai ir suprantamai paaiškinta, dėl ko atliekamas tyrimas, taip pat nurodoma trumpa anketos užpildymo instrukcija. Uždaro tipo klausimai, kur respondentui reikia kuo mažiau rašyti, tuo daugiau jis tiki, kad bus išlaikytas anonimiškumas. Ir, be abejojimo, labai svarbi ir anketos apimtis: ilga anketa tiriamąjį atbaido, nelieka noro atidžiai skaityti ir pildyti, todėl galimi netikslūs atsakymai (Kardelis, 2016).

Anketinė apklausa yra populiariausia ir dažniausiai taikoma kiekybiniuose tyrimuose. Šis tyrimo metodas pasirinktas, todėl, kad galima apklausti daugiau respondentų per trumpą laiką, užtikrinamas anonimiškumas.

Duomenų analizei naudotas statistikinis programų paketas „SPSS 23.0.0 for Windows“.

Tikrintas intervalinių kintamųjų pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį, naudojant *Kolmogorov'o-Smirnov'o* testą bei įvertinant asimetrijos ir eksceso koeficientų dydžius. Nustatyta, kad skausmo (S), bendros sveikatos vertinimo (BSV), energingumo/gyvybingumo (EG), emocinės būklės (EB) rodiklių ir depresijos simptomų išreikštumo (PHQ-9) pasiskirstymai atitiko normalumo

dėsnį, o fizinio aktyvumo (FA), veiklos apribojimo dėl fizinių (VFP) ir emocinių problemų (VEP), socialinės funkcijos (SF) neatitiko.

Dviejų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, vidurkių palyginimui naudotas *neporinis Student'o* kriterijus (t), neturintiems – *Mann'o-Whitney* (U) testas. Daugiau nei dviejų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, palyginimui naudotas *One-Way ANOVA* (F) metodas, neturintiems - *Kruskal'o-Wallis'o* (χ^2) testas. Požymių pasitaikymo dažnumo skirtumams vertinti, naudotas *Chi-kvadrato* (χ^2) kriterijus su *Fisher'o Exact* patikslinimu - esant mažam atvejų skaičiui. Požymių tarpusavio ryšių analizei priklausomai nuo jų pasiskirstymo naudoti *Pearson'o* (r) ir *Spearman'o* (r_s) koreliacijos metodai.

Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ (*) – reikšmingas, kai $p < 0,01$ (**) labai reikšmingas, kai $p < 0,001$ (***) - itin reikšmingas ir $p > 0,05$ - statistiškai nereikšmingas.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimo instrumentas – anoniminė anketinė apklausa raštu. Demografiniai duomenys buvo analizuojami pagal tyrėjo sudarytus klausimus. Kita dalis anketos sudaryta remiantis dviem standartizuotais klausimynais.

Gyvenimo kokybė susijusi su sveikata analizuojama naudojant gyvenimo kokybės susijusios su sveikata klausimyną SF-36, klausimynas buvo sėkmingai naudojamas sergantiesiems įvairiomis ligomis: depresiniais sutrikimais, po širdies persodinimo operacijų, epilepsija, migrena, cukriniu diabetu, širdies ligomis ir kitomis įvairiomis ligomis (Staniūtė, 2007). Klausimynas apibūdina 4 sritis susijusias su fizine sveikata ir 4 sritis su psichine sveikata. Su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, susijusiai su fizine sveikata, vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, bendros sveikatos vertinimo sritys, o su psichine sveikata – energingumo/gyvybingumo, veiklos apribojimo dėl emocinės būklės, socialinių ryšių ir emocinės būklės sritys. Visos skalės galėjo įgyti reikšmes nuo 1 iki 100 balų, kur kuo aukštesnis balų skaičius tuo geresnė gyvenimo kokybė (Staniūtė, 2007).

Depresijos vertinimui buvo naudojamas paciento sveikatos klausimynas – PHQ-9. Visuose PHQ-9 nagrinėjusiuose tyrimuose, klausimyno psichometrinės savybės yra geros, tai įrodo įrankio patikimumą. PHQ-9 platesnio paciento sveikatos klausimyno (PHQ) dalis, skirta depresijos vertinimui. PHQ klausimynas buvo sukurtas 1999 metais ir validuotas. Remiantis gausiais visame pasaulyje atliktų tyrimų rezultatais, atskaitos taškas turėtų būti ≥ 10 balų (Montvidas, 2018).

Anketoje iš viso yra 51 klausimas (1 priedas).

Instrumento struktūra:

- Respondento demografinius duomenis (1-5 klausimai): lytis, amžius, išsilavinimas, socialinė padėtis, šeiminė padėtis. Taip pat bus paklausta kiek metų serga cukriniu diabetu.

Analizuojant pagal amžių, tiriamieji suskirstyti į amžiaus grupes pagal PSO (Pasaulio Sveikatos Organizacija) iki 44 m. – jaunas amžius, 45-59 m. - vidutinis amžius, 60-74 m. – pagyvenęs, bet vis dar aktyvus asmens amžius, 75-90 m. – senas amžius, 90 m. ir daugiau – ilgaaamžis. Taip pat tyrimo metu tiriamieji skirstomi pagal lytį: vyrai ir moterys. Į klausimą apie išsilavinimą pateikti septyni atsakymo variantai: pradinis, pagrindinis, vidurinis, spec. vidurinis, aukštesnysis, aukštasis neuniversitetinis (kolegija), aukštasis universitetinis. Kitas klausimas apie šeimyninę padėtį turi penkis atsakymo variantus: ištekėjusi/vedęs, gyvenate su partneriu (-e), netekėjusi/nevedęs, išsiskyrusi (-ęs), našlė/našlys. Sekantis klausimas kiek metų sergate cukriniu diabetu turi penkis atsakymų variantus: nuo 1 iki 2; nuo 3 iki 5; nuo 6 iki 10; nuo 11 iki 15; 16 ir daugiau.

- Su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei nustatyti naudojamas SF-36 gyvenimo kokybės susijusios su sveikata klausimynas, kuris yra sukurtas „RAND Corporation“ kaip medicinos tyrimų dalis, norint naudoti šį sveikatos klausimyną nereikia jokio rašytinio leidimo (2 priedas). Lietuviška versija pagal M. Staniūtę 2007 m. (6-15 klausimai):

SF-36 klausimynas (Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire), susideda iš 36 klausimų, atspindinčių aštuonias gyvenimo sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių ir emocinių problemų, socialinius ryšius, emocinę būseną, energingumą/gyvybingumą, skausmą ir bendrąjį sveikatos vertinimą. Šios gyvenimo sritys yra jungiamos į dvi sveikatos kategorijas – fizinę ir psichinę. Atsakymai į klausimus vertinami balais. Kiekviena sritis, naudojant skaičiavimo algoritmą, vertinama nuo 0 iki 100. Kuo aukštesnis balų skaičius, tuo geresnė gyvenimo kokybė.

- Siekiant įvertinti depresijos simptomų išreikštumą tarp cukriniu diabetu sergančių pacientų buvo naudotas paciento sveikatos klausimynas (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9) sudarytas iš 9 klausimų, kurį sukūrė Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke ir jų kolegos, gavę edukacinį „Pfizer Inc.“ leidimą. Atkurti, versti, vaizduoti arba platinti leidimo nereikia. (3 priedas). (16 klausimas):

PHQ-9 sudaro 9 punktai atitinkantys DSM-IV pateikiamus depresijos (angl. Major Depressive Disorder) diagnostinius kriterijus. Prie kiekvieno punkto reikia pažymėti vieną iš keturių atsakymų, nusakančių, kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites pasireiškia vienas ar kitas simptomas: „visai nekamavo“, „keletą dienų“, „daugiau nei pusė iš visų dienų“, „beveik kiekvieną dieną“. Kiekvienam iš šių atsakymų priskiriama nuo 0 iki 3 balų priklausomai nuo to kaip dažnai pasireiškia tas simptomas. Gale klausimyno yra papildomas klausimas, kuris prašo pildančiojo įvertinti kaip jo pažymėti simptomai apsunkino jo kasdienę asmeninę ir darbinę veiklą: „visai neapsunkino“, „šiek

tiesiogiai apunkino“, „labai apunkino“, „ypač apunkino“. Klausimynas vertina paciento depresijos simptomus. Klausimų atsakymų variantai vertinami balais: 0 – visai nekamavo, 1 – keletą dienų, 2 – daugiau nei pusę iš visų dienų, 3 – beveik kiekvieną dieną. Klausimyno rezultatas interpretuojamas suskaičiavus bendrą surinktų balų sumą: 0-4 balai – nėra depresijos simptomų, 5-9 balai – lengvos depresijos simptomai, 10-14 balų – vidutinės depresijos simptomai, 15-19 balų – vidutiniškai sunkios depresijos simptomai, 20-27 balai – sunkios depresijos simptomai.

4 lentelė. Anketos klausimų pasiskirstymas pagal uždavinius.

Nr.	Tyrimo uždaviniai	Anketos klausimų numeriai
1.	Įvertinti cukriniu diabetu sergančių pacientų susijusią gyvenimo kokybę.	1-9;12-13;15
2.	Išanalizuoti depresijos simptomų išreikštumą tarp cukriniu diabetu sergančių pacientų.	10-11;14;16
3.	Išanalizuoti cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas su depresijos simptomų išreikštumu.	Ieškoma sąsajų tarp šių klausimų 1-9;12-13;15 su šiais klausimais 10-11;14;16.

Siekiant nustatyti tyrime naudojamų klausimynų patikimumą buvo apskaičiuoti abiejų klausimynų skalių vidinio suderinamumo (angl. *internal consistency*) koeficientai, atspindintys vidinį klausimų homogeniškumą pagal Cronbach Alfa koeficiento skaičiavimo metodą. Koeficiento reikšmė iki 0,6 rodo žemą klausimyno suderinamumą, nuo 0,6 iki 0,7 – pakankamą ir nuo 0,7 iki 0,9 – aukštą.

5 lentelė. Klausimynų vidinis patikimumas

Skalės	Klausimų skaičius	Cronbach'o Alfa
SF-36:		
Fizinis aktyvumas (FA)	10	0,954
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų (VFP)	4	0,864
Skausmas (S)	2	0,871
Bendras sveikatos vertinimas (BSV)	5	0,643
Energingumas/gyvybingumas (EG)	4	0,757
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų (VEP)	3	0,840
Socialinė funkcija (SF)	2	0,744
Emocinė būklė (EB)	5	0,693
PHQ-9:	9	0,933

SF-36 klausimyno beveik visų skalių, išskyrus bendro sveikatos vertinimo (BSV) ir emocinės būklės (EB) Cronbach'o Alfa koeficientai yra didesni už 0,7 – jų vidinis patikimumas yra aukštas.

Bendro sveikatos vertinimo (BSV) ir emocinės būklės (EB) skalių – Cronbach'o Alfa koeficientai yra didesnis už 0,6 (0,643 ir 0,693) t.y šių skalių vidinis patikimumas yra pakankamas.

Depresijos simptomų išreikštumo (PHQ-9) vidinis patikimumas yra aukštas (Cronbach'o Alfa=0,933) (5 lentelė).

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Tyrimas buvo atliekamas aštuoniais etapais pagal tokią tyrimo proceso schemą:

1 tyrimo etapas:

Temos pasirinkimas (2019 m. rugsėjo mėn. – 2019 m. spalio mėn.)

Mokslinio darbo tema: cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir depresijos simptomų išreikštumas. Pasirinkta tema buvo suderinta su katedra. Temos pasirinkimą nulėmė tai, kad kasmet visame pasaulyje labai sparčiai daugėja pacientų, sergančių cukriniu diabetu, o žmonės sergantys kenčia dėl diabeto komplikacijų. Asmenys skundžiasi silpnėjančia sveikata, prastėjančia gyvenimo kokybe. Dėl blogėjančios sveikatos dažnai pradeda blogėti ir psichinė žmonių sveikata.

2 Tyrimo etapas:

(2020 m. vasario mėn. – 2020 m. spalio mėn.)

Mokslinės literatūros analizė, atranka ir baigiamojo darbo rašymas. Pasirinktai baigiamojo darbo temai: Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir depresijos simptomų išreikštumas teorinei analizei atlikti naudotasi duomenų bazėmis (EBSCO, Medline).

Įvairiais užsienio ir Lietuvos moksliniais žurnalais (NEJM, British Medical Journal, SAGE Journals Online, Sveikatos mokslai ir kt.), taip pat *Google* duomenų baze ir Šiaulių miesto bei universiteto bibliotekomis.

Literatūros apžvalgai atlikti buvo naudojami šie raktiniai žodžiai: cukrinis diabetas, gyvenimo kokybė, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, depresija ir t.t. Ataskaitos rašymas buvo periodiškai derinamas su mokslinio darbo vadovu. Mokslo šaltinių paieška ir analizė vyko visą mokslinio darbo rašymo laiką. Atrinkti ir panaudoti literatūros šaltiniai, kurie buvo panaudoti ruošiant magistro baigiamąjį darbą, pateikiami naudotos literatūros sąrašė. Visi šaltiniai, kurie pateikiami literatūros sąrašė, yra pacituoti magistro baigiamajame darbe. Mokslinės literatūros, naudotas darbe sąrašą, sudaro išnagrinėti 85 šaltiniai, iš kurių 33 lietuvių autorių, kiti 52 užsienio autorių.

3 tyrimo etapas:

Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas (2019 m. rugsėjo mėn. – 2020 m. vasario mėn.)

Buvo ieškoma klausimynų, kurie geriausiai atitiktų mokslo darbo temą, atskleistų tyrimo esmę. Klausimynas sudarytas remiantis dviem standartizuotais klausimynais ir tyrėjo sudarytais klausimais.

- Demografiniai duomenys buvo analizuojami pagal tyrėjo sudarytus klausimus.
- Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė buvo analizuojama naudojant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimyną SF-36. Sukurtas „RAND Corporation“ kaip medicinos tyrimų dalis, norint naudoti šį sveikatos klausimyną nereikia jokio rašytinio leidimo. Lietuviška versija pagal M. Staniūtę 2007 m.
- Depresijos simptomų vertinimui buvo naudojamas paciento sveikatos klausimynas – 9 (PHQ-9). PHQ-9 klausimyną Sukūrė Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke ir jų kolegos, gavę edukacinį „Pfizer Inc.“ leidimą. Atkurti, versti, vaizduoti arba platinti leidimo nereikia.

Klausimynai, kurie yra pasirinkti tyrimui atlikti, yra standartizuoti, atitinkantys etines normas.

Tyrimui atlikti buvo gauti reikalingi leidimai.

Iš Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos buvo gautas leidimas dėl instrumento tinkamumo. Gavus Etikos komisijos leidimą dėl anketos tinkamumo, buvo kreiptasi į gydymo įstaigų vadovus, kuriose buvo vykdoma respondentų apklausa. Gavus raštiškus gydymo įstaigų vadovų leidimus atlikti tyrimą ir pasibaigus karantinui Lietuvoje buvo pradėtos dalyti anketos.

4 Tyrimo etapas:

Tyrimo duomenų rinkimas (2020 m. gegužės mėn. – 2020 m. rugsėjo mėn.)

Tyrimo duomenims rinkti pasirinktas vienas iš šiaurės Lietuvos rajonų. Tiriamųjų grupę sudarė pacientai, sergantys cukriniu diabetu. Įstaigų, kurių vadovai suteikė leidimą tyrimui atlikti, tos įstaigos pacientams, sergantiems cukriniu diabetu, buvo planuota išdalyti 213 anketų.

Kadangi Lietuvoje dėl COVID – 19 buvo paskelbtas karantinas nuo 2020 m. kovo 16 d. iki 2020 m. birželio 16 d., o gydymo įstaigos galėjo atnaujinti veiklą tik 2020 m. gegužės 8 d. ir su išankstine registracija aptarnauti pacientus gydymo įstaigoje, o ne nuotoliniu būdu, tačiau išliko pacientų patekimo ribojimas į gydymo įstaigą. Žmonės, sergantys lėtinėmis ligomis, rūpindamiesi ir saugodami savo sveikatą, stengėsi rečiau lankytis įstaigoje, dažnai rinkosi nuotolinį vaistų išrašymą ar nuotolines konsultacijas. Dėl pandemijos Lietuvoje ir visame pasaulyje labai sumažėjo išdalytų anketų skaičius. Per visą atliekamo tyrimo laiką pavyko išdalinti 154 anketas. Baigus anketų dalijimą, ne visos anketos buvo sugrąžintos, kiek jų išdalyta. Sugrąžintų anketų skaičius 139, bet 7 anketos sugrąžintos netinkamai užpildytos, 132 anketos buvo tinkamos duomenų analizei ir statistiniams skaičiavimams.

Anketų dalijimas pacientams, sergantiems cukriniu diabetu, vyko nuo 2020 metų gegužės 11 d. iki 2020 metų rugsėjo 15 d., pacientai užpildytas anketas medicinos personalui galėjo gražinti iki 2020 metų rugsėjo 22 d.

Anketos buvo išdalytos su slaugytojų pagalba, jos, beje, dirba su šeimos gydytojais. Slaugytojos, kurios laisva valia sutiko padėti, buvo instrukuotos, kaip atlikti tyrimą. Kadangi anketas dalijo ne tyrėjas, o slaugytojos, dirbančios su gydytojais, taip buvo užtikrinta, kad nebuvo jokios tyrėjo įtakos atsakinėjant į anketos klausimus.

5 Tyrimo etapas:

Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas (2020 m. rugsėjo mėn. – 2020 m. lapkričio mėn).

Duomenų analizei naudotas statistinis programų paketas „SPSS 23.0.0 for Windows”.

Tikrintas intervalinių kintamųjų pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį, naudojant *Kolmogorov'o-Smirnov'o* testą bei įvertinant asimetrijos ir eksceso koeficientų dydžius. Nustatyta, kad skausmo (S), bendros sveikatos vertinimo (BSV), energingumo/gyvybingumo (EG), emocinės būklės (EB) rodiklių ir depresijos simptomų išreikštumo (PHQ-9) pasiskirstymai atitiko normalumo dėsnį, o fizinio aktyvumo (FA), veiklos apribojimo dėl fizinių (VFP) ir emocinių problemų (VEP), socialinės funkcijos (SF) neatitiko.

Dviejų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, vidurkių palyginimui naudotas *neporinis Student'o* kriterijus (t), neturintiems – *Mann'o-Whitney* (U) testas. Daugiau nei dviejų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, palyginimui naudotas *One-Way ANOVA* (F) metodas, neturintiems - *Kruskal'o-Wallis'o* (χ^2) testas. Požymių pasitaikymo dažnumo skirtumams vertinti, naudotas *Chi-kvadrato* (c^2) kriterijus su *Fisher'o Exact* patikslinimu - esant mažam atvejų skaičiui. Požymių tarpusavio ryšių analizei priklausomai nuo jų pasiskirstymo naudoti *Pearson'o* (r) ir *Spearman'o* (r_s) koreliacijos metodai.

Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ (*) – reikšmingas, kai $p < 0,01$ (**) labai reikšmingas, kai $p < 0,001$ (***) - itin reikšmingas ir $p > 0,05$ – statistiškai.

6 Tyrimo etapas:

Tyrimo rezultatų palyginimas (2020 m. rugsėjo mėn. – 2020 m. spalio mėn.)

Atlikus tyrimą, gauti rezultatai buvo lyginami tarpusavyje ir lyginami gauti rezultatai su kitų tyrėjų panašių tyrimų gautais tyrimo rezultatais (Sergančiųjų cukriniu diabetu bloga su sveikata susijusi gyvenimo kokybė turi sąsajų su depresijos simptomų išreikštumu).

7 Tyrimo etapas:

Išvadų ir rekomendacijų parengimas (2020 m. rugsėjo mėn. – 2020 m. spalio mėn.)

Išvados buvo suformuluotos atitinkamai pagal išsikeltus uždavinius. Remiantis gautais tyrimo rezultatais buvo suformuluotos konkrečios rekomendacijos.

8 Tyrimo etapas:

Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas (2020 m. rugsėjo mėn.- 2020 m. lapkričio mėn.)

Išanalizavus mokslinę literatūrą ir atlikus tyrimą, buvo parengtas baigiamo darbo pristatymas.

2.1.5. Tyrimo etika

Siekiant nepažeisti tyrimo etikos principų, prieš pradėdant atlikti tyrimą „Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir depresijos simptomų išreikštumas“, buvo kreiptasi į Klaipėdos Universiteto, Slaugos katedros Etikos komisiją dėl leidimo apklausai atlikti. Gavus Etikos komisijos leidimą buvo kreiptasi į vadovus įstaigų, kuriose buvo norima atlikti tyrimą. Gavus medicinos įstaigų vadovų raštišką sutikimą buvo pradėtas tyrimas.

Tyrimas buvo atliekamas laikantis pagrindinių etikos principų, kurie yra aprašyti Helsinkio deklaracijoje jau 1964 metais ir kelis kartus peržiūrėti. Pirmą kartą buvo peržiūrėta 1975 m. antrą kartą 2000 m. (Mockienė, Drungilienė ir Martinkėnas, 2014). 2013 m. Helsinkio deklaracija sustiprinta ir daugiau detalizuota (Gefenas, 2013). Joje pabrėžiami pagrindiniai etikos principai - autonomiškumas, anonimiškumas, konfidencialumas. Principai yra svarbūs atliekant biomedicininis tyrimus su žmonėmis. Laikantis šių etikos principų nebus pažeistos respondentų teisės.

Autonomiškumo principas

Šio principo esmė tiriamojo informavimo procesas. Tiriamajam privaloma suteikti visą būtiną informaciją apie dalyvavimą moksliniame tyrime ir jis turi teisę laisvai pasirinkti – dalyvauti ar nedalyvauti tyrime.

Anonimiškumo principas

Tyrėjo pareiga - saugoti visų dalyvių tyrimo duomenų anonimiškumą. Labai svarbu, kad respondentų perduota informacija, nepaisant jos asmeniškumo ir atvirumo neleistų identifikuoti respondentų tapatybės.

Konfidencialumo principas

Kuo diskretiškesnė ir intymesnė informacija, tuo tyrėjas įpareigotas garantuoti konfidencialumą ir rimtai laikytis pažadų (Mockienė, Drungilienė ir Martinkėnas, 2014).

Respondentai buvo supažindinti su tyrimo tema, tyrimo tikslu ir tyrimo metodu. Tyrimo dalyviams buvo akcentuojama atsakymu svarba. Tiriamieji apklausoje dalyvauja savanoriškai. Respondentai buvo informuoti, jog bus išsaugotas jų anonimiškumas ir visi duomenys skelbiami tik statistiškai apdoroti. Visi respondentai bet kada turės teisę atsisakyti dalyvauti tyrime.

2.2. Tyrimo rezultatai

2.2.1. Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

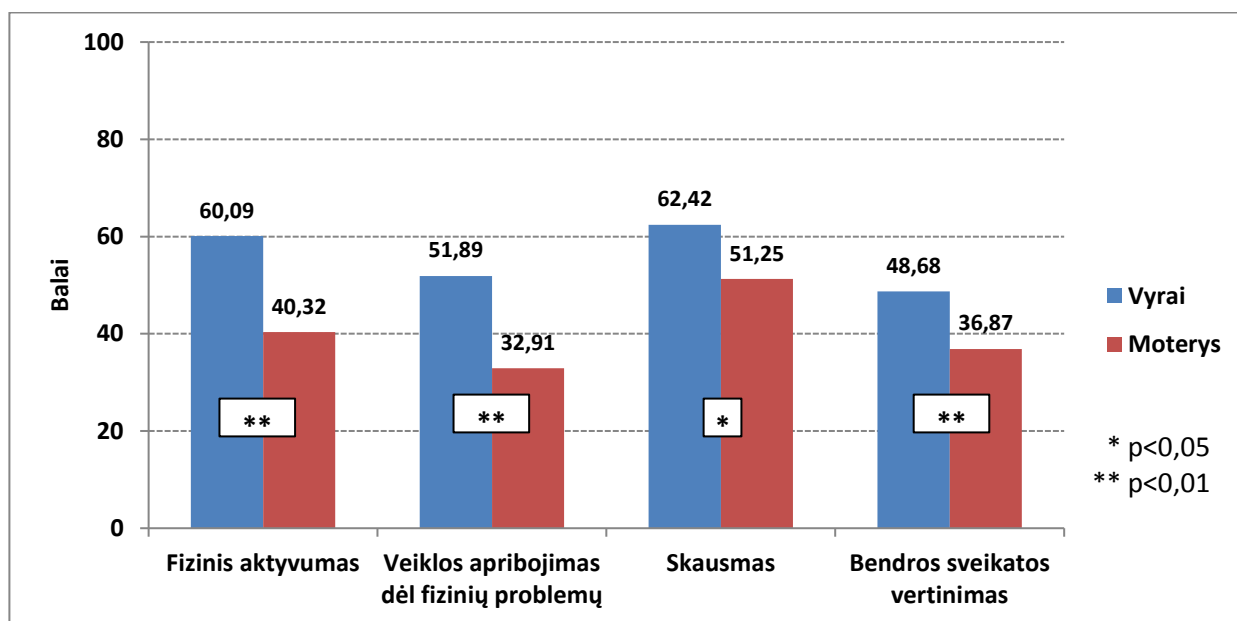
Bendroje tiriamųjų grupėje fizinio aktyvumo vidurkį sudarė 48,26(50,00) balų, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų – 40,53(25,00) balų, skausmo – 55,73±30,30 balų, bendros sveikatos vertinimo – 41,61±18,85 balų, energingumo/gyvybingumo – 46,52±21,22 balų, veiklos apribojimo dėl emocinių problemų – 44,44(33,33) balų, socialinės funkcijos – 57,77(56,00) balų ir emocinės būklės – 57,21±18,91 balų (6 lentelė).

6 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliai bendroje tiriamųjų grupėje

Sritis	N=132
<i>Fizinė sveikata</i>	
Fizinis aktyvumas (FA)	48,26(50,00)
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų (VFP)	40,53(25,00)
Skausmas (S)	55,73±30,30
Bendras sveikatos vertinimas (BSV)	41,61±18,85
<i>Psichinė sveikata</i>	
Energingumas/gyvybingumas (EG)	46,52±21,22
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų (VEP)	44,44(33,33)
Socialinė funkcija (SF)	57,77(56,00)
Emocinė būklė (EB)	57,21±18,91

Duomenys pateikti: vidurkis ± standartinis nuokrypis esant normaliam pasiskirstymui; vidurkis (mediana) nesant normaliam pasiskirstymui.

Analizuojant tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimus priklausomai nuo lyties nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) visų rodiklių skirtumai - moterys žymiai prasčiau nei vyrai vertino savo sveikatą (moterų grupėje 36,87±16,24 balų ir vyrų grupėje 48,68±20,36 balų: $t=3,54$ $p=0,001$) ir fizinį aktyvumą (moterų grupėje 40,32(30,0) balų ir vyrų grupėje 60,09(65,0) balų: $U=1426,5$ $p=0,002$), jų veikla buvo labiau apribota dėl fizinių problemų (moterų grupėje 32,91(25,0) balų ir vyrų grupėje 51,89(50,0) balų: $U=1558,0$ $p=0,009$) ir skausmo (moterų grupėje 51,25±29,66 balų ir vyrų grupėje 62,42±30,28 balų: $t=2,09$ $p=0,039$) nei vyrų (2 pav.).



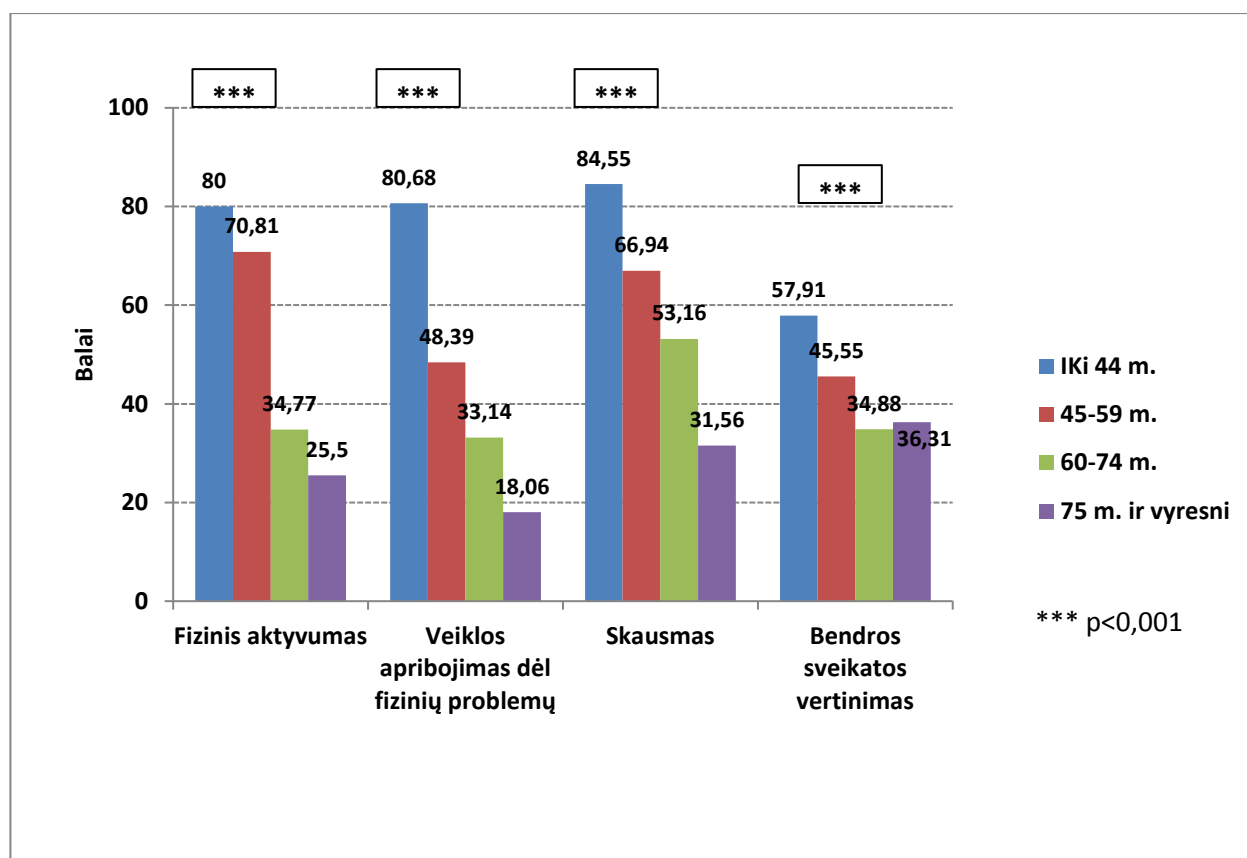
2 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų lyties



3 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų lyties

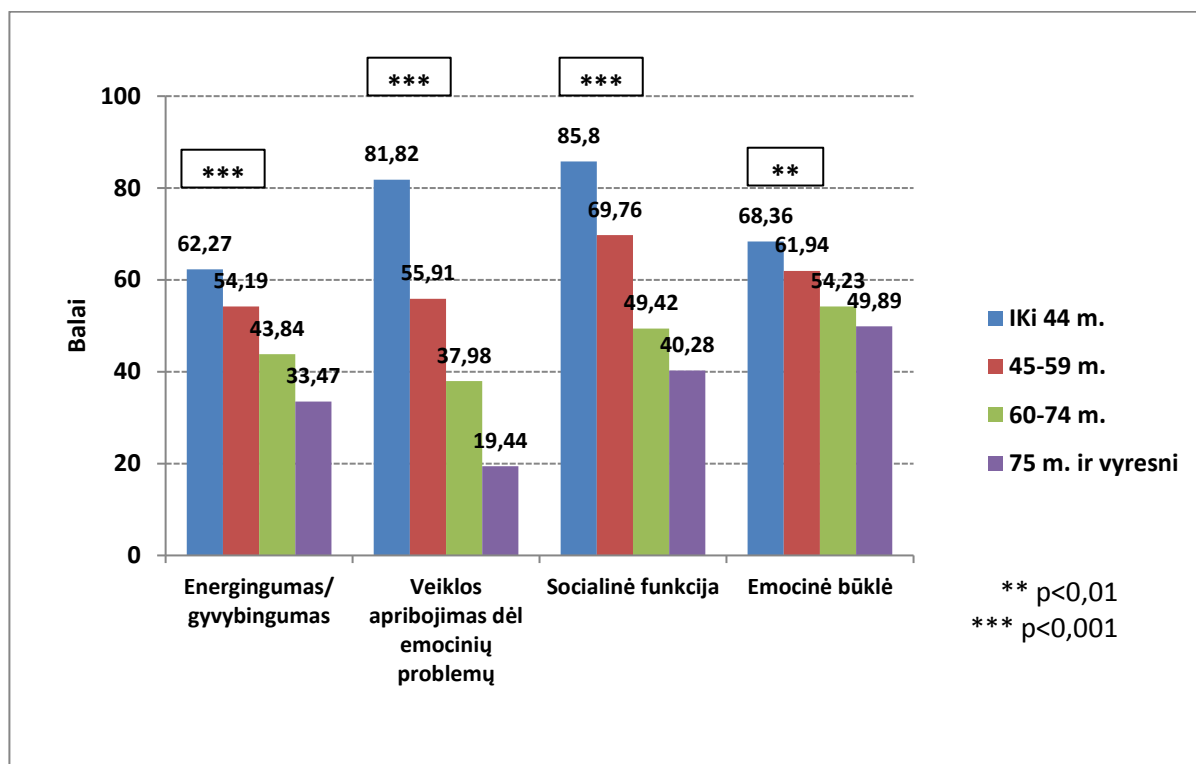
Analizuojant tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimus priklausomai nuo lyties nustatyti energingumo/gyvybingumo, socialinės funkcijos ir veiklos apribojimo dėl emocinių problemų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai, tuo tarpu emocinė būklė tarp moterų ir vyrų statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Gauti rezultatai parodė, kad moterys prasčiau vertino nei vyrai savo energingumą/gyvybingumą (moterų grupėje $41,77 \pm 20,44$ balų ir vyrų grupėje $53,58 \pm 20,55$ balų: $t=3,24$ $p=0,002$), jų veikla buvo labiau apribota dėl emocinių problemų (moterų grupėje $36,71(33,33)$ balų ir vyrų grupėje $55,97(66,67)$ balų:

U=1628,5 p=0,022) bei labiau apribota socialinė funkcija (moterų grupėje 52,06(37,50) balų ir vyrų grupėje 66,27(62,50) balų: U=1541,0 p=0,010) nei vyrų (3 pav.).



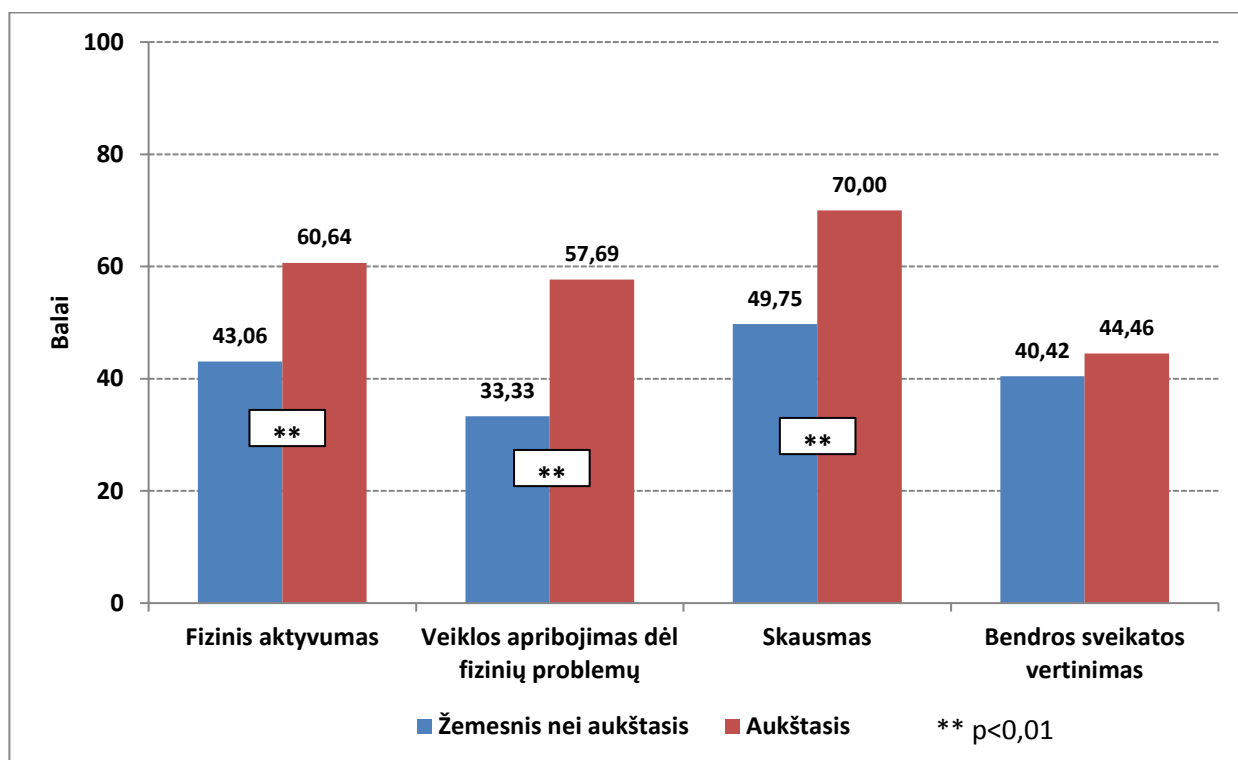
4 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus

Nagrinęjant fizinės sveikatos sričių vertinimų priklausomai nuo amžiaus nustatyta, kad didėjant amžiui blogėja su sveikata susijusios gyvenimo kokybės susijusios su fizine sveikata, vertinimai. Vyresnių tiriamųjų statistiškai reikšmingai blogesni fizinio aktyvumo (iki 44 metų grupėje 80,00(95,0) balų, 45-59 metų grupėje 70,81(85,0) balų, 60-74 metų grupėje 34,77(30,0) balų ir 75 metų ir vyresnių grupėje 25,5(17,5) balų: $\chi^2=51,87$ p<0,001), veiklos apribojimo dėl fizinių problemų (iki 44 metų grupėje 80,68(100) balų, 45-59 metų grupėje 48,39(50,0) balų, 60-74 metų grupėje 33,14(0) balų ir 75 metų ir vyresnių grupėje 18,06(0) balų: $\chi^2=33,84$ p<0,001), skausmo (iki 44 metų grupėje 84,55±20,47 balų, 45-59 metų grupėje 66,94±27,07 balų, 60-74 metų grupėje 53,16±25,0 balų ir 75 metų ir vyresnių grupėje 31,56±23,74 balų: F=24,17 p<0,001), bendros sveikatos vertinimo (iki 44 metų grupėje 57,91±19,58 balų, 45-59 metų grupėje 45,55±17,93 balų, 60-74 metų grupėje 34,88±15,33 balų ir 75 metų ir vyresnių grupėje 36,31±16,64 balų: F=10,63 p<0,001) rodikliai nei jaunesnių tiriamųjų (4 pav.).



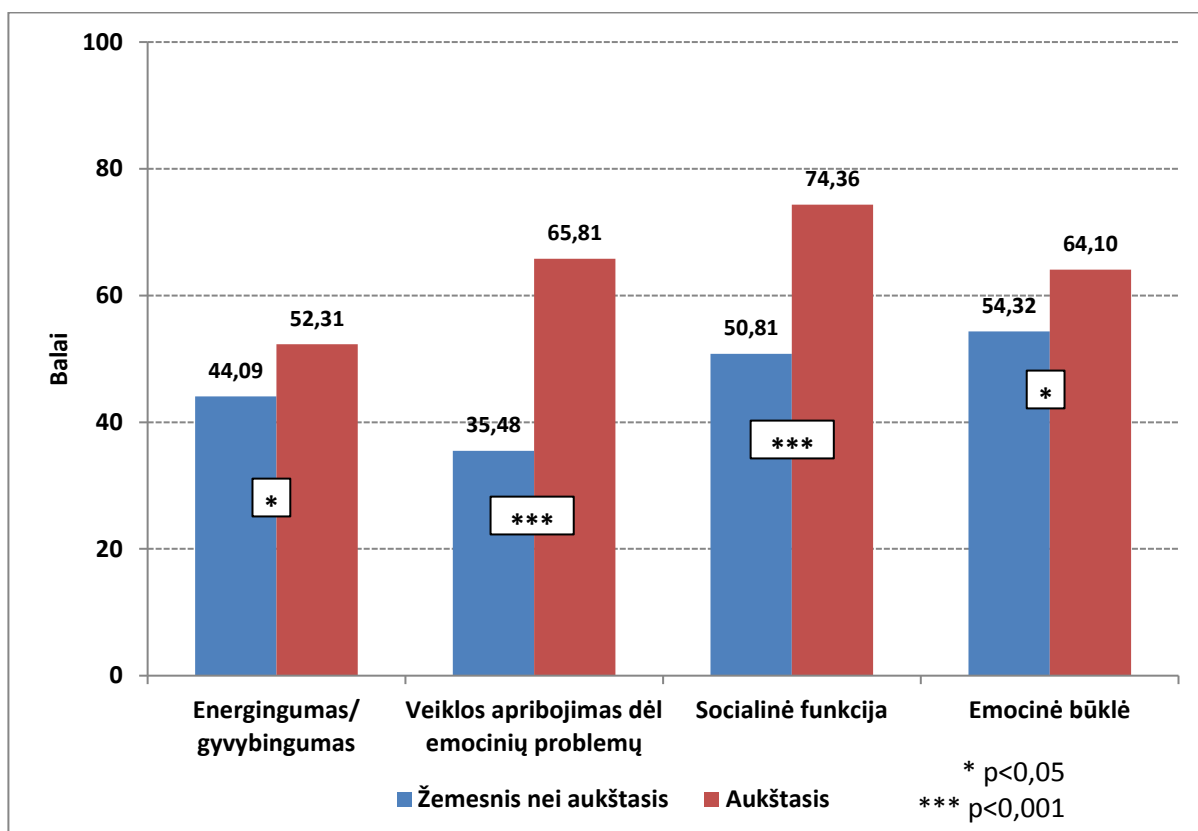
5 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus

Analizuojant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimus priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus gauti analogiški rezultatai kaip ir su gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata - vyresnių tiriamųjų statistiškai reikšmingai blogesni energingumo/gyvybingumo (iki 44 metų grupėje 62,27±15,49 balų, 45-59 metų grupėje 54,19±17,03 balų, 60-74 metų grupėje 43,84±19,76 balų ir 75 metų ir vyresnių grupėje 33,47±20,80 balų: $F=12,93$ $p<0,001$), veiklos apribojimo dėl emocinių problemų (iki 44 metų grupėje 81,82(100) balų, 45-59 metų grupėje 55,91(66,67) balų, 60-74 metų grupėje 37,98(33,33) balų ir 75 metų ir vyresnių grupėje 19,44(0) balų: $\chi^2=32,44$ $p<0,001$), socialinės funkcijos (iki 44 metų grupėje 88,80(100) balų, 45-59 metų grupėje 69,76(75,0) balų, 60-74 metų grupėje 49,42(50,0) balų ir 75 metų ir vyresnių grupėje 40,28(37,50) balų: $\chi^2=37,70$ $p<0,001$) ir emocinės būklės (iki 44 metų grupėje 68,36±19,90 balų, 45-59 metų grupėje 61,94±15,90 balų, 60-74 metų grupėje 54,23±18,65 balų ir 75 metų ir vyresnių grupėje 49,89±17,41 balų: $F=5,96$ $p=0,001$) rodikliai nei jaunesnių tiriamųjų (5 pav.).



6 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo

Analizuojant tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, rodiklius priklausomai nuo išsilavinimo, nustatyta, jog tiriamieji su žemesniu (žemesnis nei aukštasis) išsilavinimu statistiškai reikšmingai prasčiau vertino fizinį aktyvumą (žemesnio nei aukštasis išsilavinimo grupėje 43,06(45,0) balų ir grupėje su aukštuoju išsilavinimu 60,64(70,0) balų: $U=1283,5$ $p=0,008$), veiklos apribojimą dėl fizinių problemų (žemesnio nei aukštasis išsilavinimo grupėje 33,33(25,0) balų ir grupėje su aukštuoju išsilavinimu 57,69(75,0) balų: $U=1230,0$ $p=0,002$) ir skausmą (žemesnio nei aukštasis išsilavinimo grupėje 49,75±28,00 balų ir grupėje su aukštuoju išsilavinimu 70,00±31,14 balų: $t=3,51$ $p=0,001$) nei tiriamieji su aukštuoju išsilavinimu. Tuo tarpu bendros sveikatos vertinimas tarp išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė (6 pav.).



7 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo

Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji su žemesniu išsilavinimu statistiškai reikšmingai prasčiau vertino savo energingumą/gyvybingumą (žemesnio nei aukštasis išsilavinimo grupėje $44,09 \pm 20,58$ balų ir grupėje su aukštuoju išsilavinimu $52,31 \pm 21,88$ balų: $t=-2,00$ $p=0,049$), socialinę funkciją (žemesnio nei aukštasis išsilavinimo grupėje $50,81(25,0)$ balų ir grupėje su aukštuoju išsilavinimu $74,36(60,0)$ balų: $U=1007,5$ $p<0,001$), emocinę būklę (žemesnio nei aukštasis išsilavinimo grupėje $54,32 \pm 17,79$ balų ir grupėje su aukštuoju išsilavinimu $64,10 \pm 19,93$ balų: $t=-2,65$ $p=0,010$) nei tiriamieji su aukštuoju išsilavinimu ir jų veikla buvo labiau apribota dėl emocinių problemų (žemesnio nei aukštasis išsilavinimo grupėje $35,48(50,0)$ balų ir grupėje su aukštuoju išsilavinimu $65,81(87,50)$ balų: $U=1108,5$ $p<0,001$) (7 pav.).

Kadangi tiriamųjų išsilavinimas yra susijęs su jų amžiumi, todėl siekiant patikslinti ar išsilavinimas turėjo įtakos su sveikata susijusios gyvenimo gyvenimo kokybės rodiklių vertinimui, atlikome šių rodiklių koreliacijų su išsilavinimu analize kiekvienoje amžiaus grupėje atskirai. Nei vienoje grupėje nenustatėme statistiškai reikšmingų ryšių tarp išsilavinimo ir su sveikata susijusios gyvenimo gyvenimo kokybės rodiklių (7 lentelė).

7 lentelė. Išsilavinimo įtaka gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sričių vertinimams skirtingose amžiaus grupėse

Sritis	≤44 m.		45-59 m.		60-74 m.		≥75 m.	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
<i>Fizinė sveikata</i>								
Fizinis aktyvumas	0,34	0,121	0,23	0,224	-0,04	0,780	0,08	0,635
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	0,16	0,481	0,11	0,546	-0,01	0,950	0,10	0,553
Skausmas	0,28	0,216	0,16	0,404	0,08	0,616	-0,06	0,728
Bendros sveikatos vertinimas	-0,13	0,560	-0,04	0,828	-0,10	0,536	-0,03	0,862
<i>Psichinė sveikata</i>								
Energingumas/gyvybingumas	0,27	0,220	-0,03	0,860	-0,08	0,626	-0,04	0,824
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	0,25	0,264	0,24	0,202	0,04	0,804	0,17	0,329
Socialinė funkcija	0,40	0,065	0,15	0,425	0,19	0,226	0,10	0,565
Emocinė būklė	0,13	0,559	0,16	0,396	0,04	0,779	0,13	0,455

Nagrinėjant tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine ir psichine sveikata, sričių vertinimus priklausomai nuo šeimyninės padėties statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatėme – vienišų ir nevienišų tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybė, susijusi su sveikata, buvo maždaug panaši (8 lentelė).

8 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų šeimyninės padėties

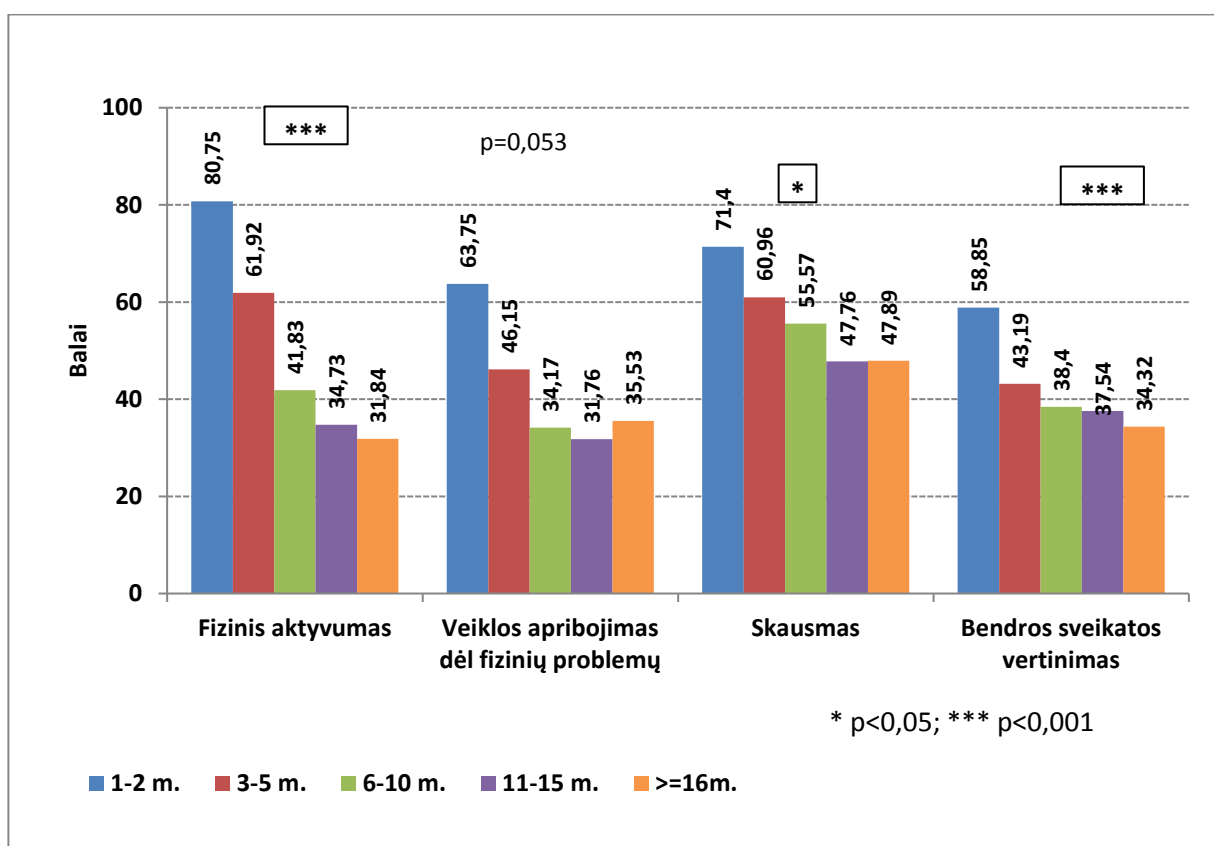
Sritis	Nevieniši	Vieniši	U/t	p
Fizinė sveikata				
Fizinis aktyvumas	50,28(55,0)	44,07(50,0)	1733,0	0,379
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	40,73(25,0)	40,12(25,0)	1912,0	0,994
Skausmas	57,67±29,95	51,72±30,97	1,06	0,292
Bendros sveikatos vertinimas	42,62±18,34	39,53±19,92	0,88	0,380
Psichinė sveikata				
Energingumas/gyvybingumas	48,37±21,63	42,67±20,04	1,45	0,149
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	45,32(33,33)	42,64(33,33)	1846,5	0,731
Socialinė funkcija	61,38(62,5)	50,29(50,0)	1517,0	0,052
Emocinė būklė	57,84±19,01	55,91±18,85	0,55	0,583

Nevieniši – gyvenantys su partneriu/-e; vieniši – gyvenantys be partnerio/-ės.

Duomenys pateikti: vidurkis ± standartinis nuokrypis esant normaliam pasiskirstymui; vidurkis (mediana) nesant normaliam pasiskirstymui.

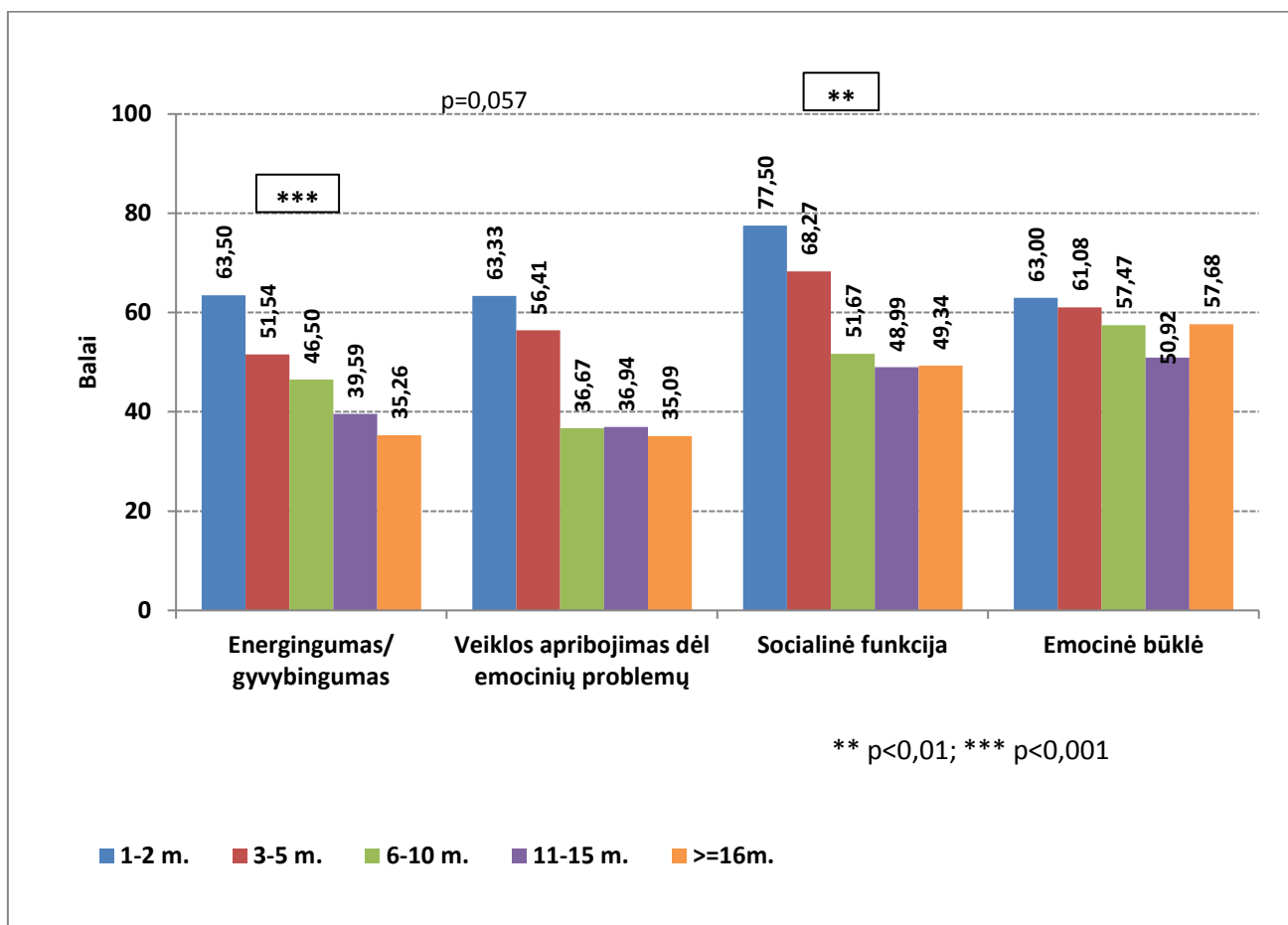
Tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, beveik visų sričių, išskyrus veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, vertinimai statistiškai reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo sergamumo CD trukmės – su didesne ligos trukme šios sritys

buvo vertinamos prasčiau - ilgiau sergantys CD buvo žymiai mažiau fiziškai aktyvesni (1-2 metų grupėje 80,75(85,0) balų, 3-5 metų grupėje 61,92(60,0) balų, 6-10 metų grupėje 41,83(30,0) balų, 11-15 metų grupėje 34,73(20,0) balų ir ≥ 16 metų grupėje 31,84(25,0) balų: $\chi^2=30,07$ $p<0,001$), jų veikla labiau apribota dėl skausmo (1-2 metų grupėje 71,40 \pm 23,18 balų, 3-5 metų grupėje 60,96 \pm 27,75 balų, 6-10 metų grupėje 55,57 \pm 31,24 balų, 11-15 metų grupėje 47,76 \pm 31,43 balų ir ≥ 16 metų grupėje 47,89 \pm 31,43 balų: $F=2,61$ $p=0,038$) jie blogiau vertino savo sveikatą (1-2 metų grupėje 58,85 \pm 20,57 balų, 3-5 metų grupėje 43,19 \pm 18,40 balų, 6-10 metų grupėje 38,40 \pm 18,13 balų, 11-15 metų grupėje 37,54 \pm 14,35 balų ir ≥ 16 metų grupėje 34,32 \pm 16,91 balų: $F=6,53$ $p<0,001$) nei trumpiau sergantys (8 pav.).



8 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo cukrinio diabeto ligos trukmės

Veiklos apribojimo dėl fizinių problemų vertinimuose priklausomai nuo CD trukmės taip pat stebima tendencija prastesnio vertinimo didėjant ligos trukmei (1-2 metų grupėje 63,75(75,0) balų, 3-5 metų grupėje 46,15(37,50) balų, 6-10 metų grupėje 34,17(12,50) balų, 11-15 metų grupėje 31,63(0) balų ir ≥ 16 metų grupėje 35,53(25,0) balų: $\chi^2=9,36$ $p=0,053$) (7 pav.). Tačiau tiriamieji su ilgesne ligos trukmė buvo vyresni (3 lentelė).



9 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo cukrinio diabeto ligos trukmės

Tyrimo rezultatai parodė, kad didėjant ligos trukmei tiriamieji statistiškai reikšmingai prasčiau vertino energingumą/gyvybingumą (1-2 metų grupėje 63,50±16,79 balų, 3-5 metų grupėje 51,54±21,44 balų, 6-10 metų grupėje 46,50±20,52 balų, 11-15 metų grupėje 39,59±18,46 balų ir ≥16 metų grupėje 35,26±19,82 balų: $F=6,96$ $p<0,001$) ir socialinę funkciją (1-2 metų grupėje 77,50(87,50) balų, 3-5 metų grupėje 68,27(68,80) balų, 6-10 metų grupėje 51,67(50,0) balų, 11-15 metų grupėje 48,99(37,50) balų ir ≥16 metų grupėje 49,34(37,50) balų: $\chi^2=16,27$ $p=0,003$) (9 pav.).

Taip pat stebėta tendencija didesniai veiklos apribojimui dėl emocijų problemų didėjant ligos trukmei (1-2 metų grupėje 63,33(100) balų, 3-5 metų grupėje 56,41(66,67) balų, 6-10 metų grupėje 36,67(0) balų, 11-15 metų grupėje 36,94(33,33) balų ir ≥16 metų grupėje 35,09(0) balų: $\chi^2=9,15$ $p=0,057$). Tuo tarpu emocinės būklės vertinimai statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp CD ligos trukmės grupių (9 pav.).

9 lentelė. Cukrinio diabeto ligos trukmės įtaka gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sričių vertinimams skirtingose amžiaus grupėse

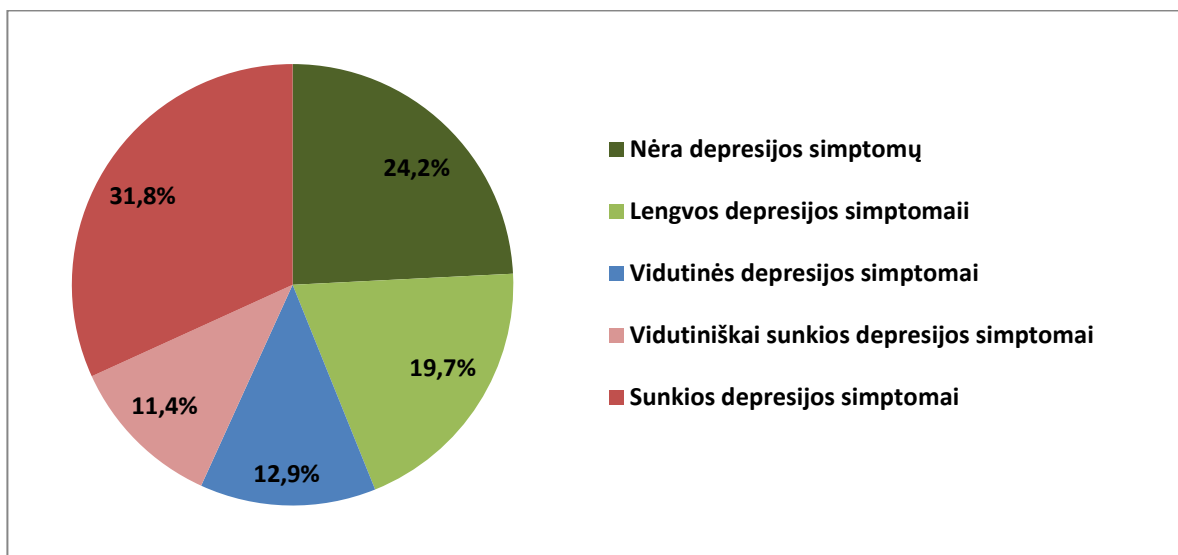
Sritys	≤44 m.		45-59 m.		60-74 m.		≥75 m.	
	r	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
<i>Fizinė sveikata</i>								
Fizinis aktyvumas	-0,010	0,970	-0,23	0,220	-0,32	0,035	-0,22	0,084
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	-0,15	0,510	-0,04	0,815	-0,01	0,942	-0,03	0,858
Skausmas	0,04	0,850	-0,04	0,843	-0,03	0,861	-0,18	0,283
Bendros sveikatos vertinimas	-0,44	0,039	-0,32	0,083	-0,22	0,159	-0,12	0,476
<i>Psichinė sveikata</i>								
Energingumas/gyvybingumas	-0,43	0,048	-0,33	0,072	-0,22	0,152	-0,36	0,029
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	-0,08	0,726	0,10	0,592	-0,17	0,277	0,12	0,486
Socialinė funkcija	0,12	0,586	0,20	0,286	-0,02	0,893	-0,27	0,113
Emocinė būklė	0,07	0,762	0,10	0,594	-0,09	0,551	0,023	0,895

Kadangi anksčiau nustatėme, kad cukrinio diabeto ligos trukmė yra susijusi su tiriamųjų amžiumi, todėl nagrinėjome CD ligos trukmės įtaką su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodiklių vertinimui kiekvienoje amžiaus grupėje atskirai. Tyrimo rezultatai parodė, kad ligos trukmė turėjo statistiškai reikšmingos įtakos bendros sveikatos ($r_s=-0,44$ $p=0,039$) ir energingumo/gyvybingumo ($r_s=-0,43$ $p=0,048$) vertinimui jauniausiems t.y. iki 44 metų grupės tiriamiesiems – tokio amžiaus tiriamieji ilgiau sergantys cukriniu diabetu dažniau prasčiau vertino savo bendrą sveikatą ir energingumą/gyvybingumą nei tokio pat amžiaus tiriamieji su mažesne ligos trukme.

Ligos trukmė turėjo statistiškai reikšmingos įtakos energingumo/gyvybingumo ($r_s=-0,36$ $p=0,029$) vertinimui patiemis vyriausiems (75 metų ir vyresnių) tiriamiesiems, o 60-74 metų grupės tiriamiesiems - fiziniam aktyvumui ($r_s=-0,32$ $p=0,035$). Gauti rezultatai parodė, kad ilgiau sergantys 75 metų ir vyresni tiriamieji dažniau prasčiau vertino energingumą/gyvybingumą, 60-74 metų tiriamieji - fizinį aktyvumą. Tik 45-59 metų grupėje nenustatėme statistiškai reikšmingų ryšių tarp ligos trukmės ir gyvenimo kokybės rodiklių (9 lentelė).

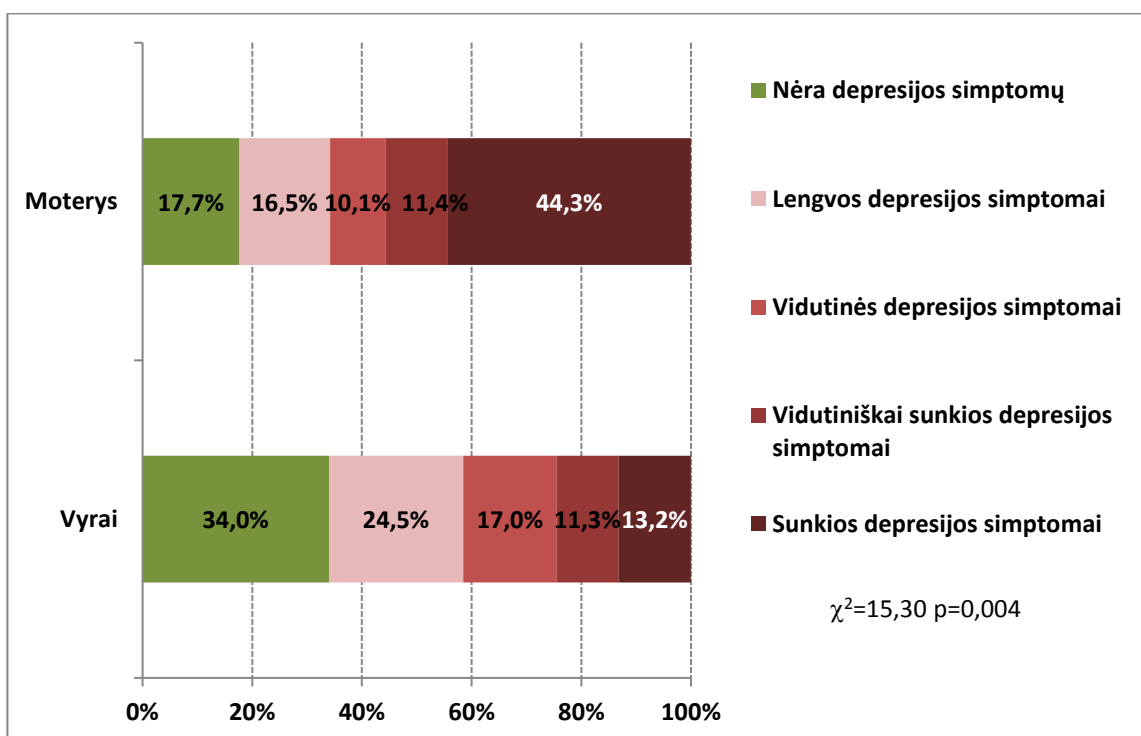
2.2.2. Depresijos simptomų išreikštumas tarp cukriniu diabetu sergančių pacientų

Tyrimo bendro suminio depresijos simptomų išreikštumo rodiklio (PHQ-9) vidurkį sudarė $12,73 \pm 8,67$ balų iš galimo maksimalaus 27 balų įvertinimo.



10 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą

Depresijos simptomų nustatyta maždaug dviems trečdaliams tiriamųjų, iš jų daugumai (43,2 proc.) sunkios depresijos simptomai (31,8 proc. sunkios depresijos ir 11,4 proc. vidutiniškai sunkios), apie tryliką procentų (12,9 proc.) vidutinės depresijos simptomai ir 19,7 proc. lengvos depresijos simptomai. Depresijos simptomų nebuvo 24,9 proc. tiriamųjų (10 pav.).

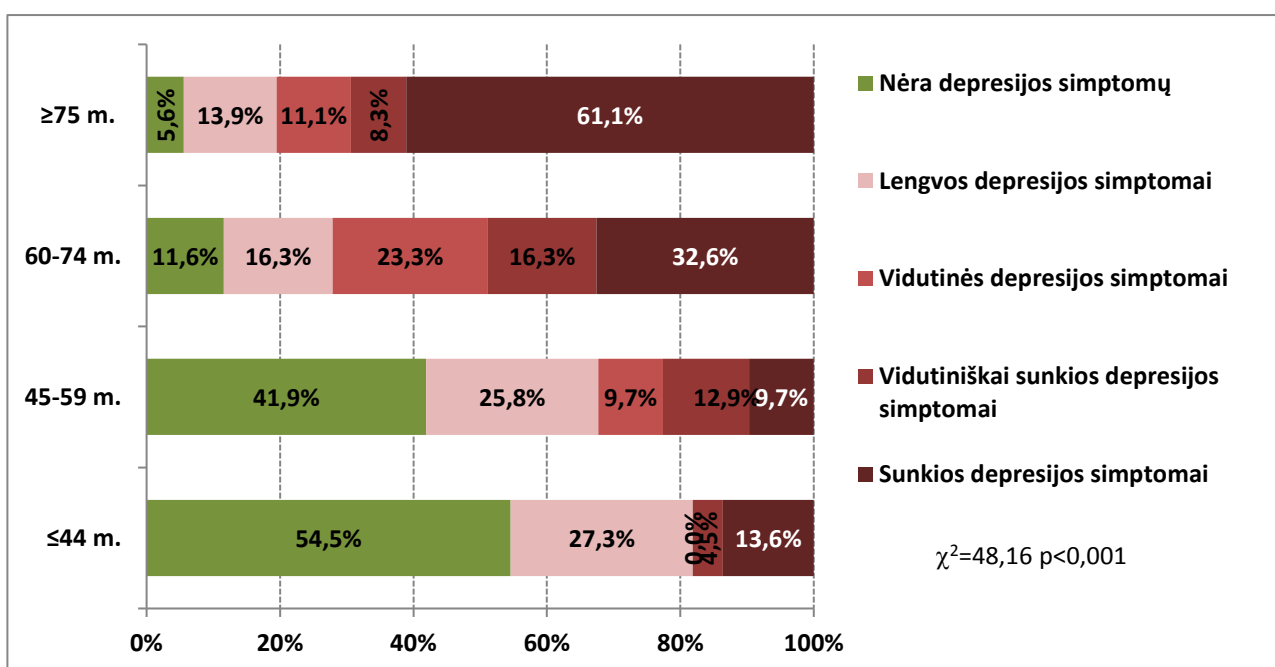


11 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą

Depresijos simptomų išreikštumo rodiklio vidurkis statistiškai reikšmingai buvo didesnis moterų grupėje nei vyrų (moterų grupėje 15,11±8,46 balų ir vyrų grupėje 9,19±7,78: $t=-4,14$ $p<0,001$).

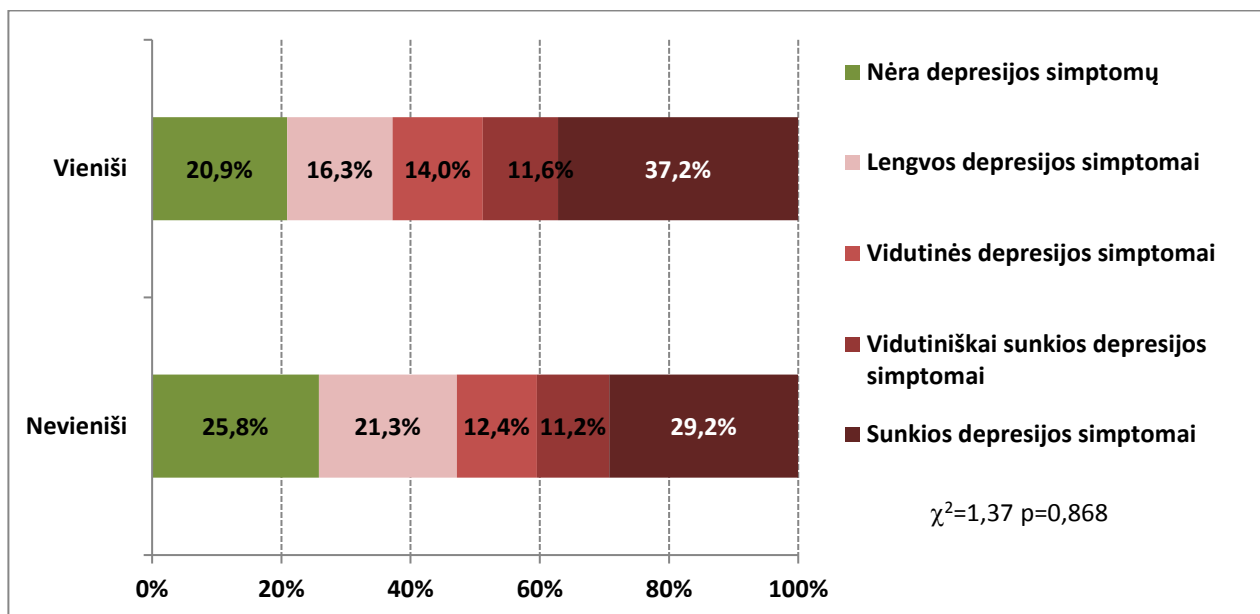
Tyrimo rezultatai parodė, kad moterų grupėje depresijos simptomų nustatyta didžiajai daliai (82,3 proc.) moterų, iš jų daugiau nei pusei (55,7 proc.) sunkios depresijos simptomai (44,3 proc. sunkios depresijos ir 11,4 proc. vidutiniškai sunkios), 10,1 proc. vidutinės depresijos simptomai ir 16,5 proc. lengvos depresijos simptomai. Depresijos simptomų neturėjo 17,7 proc. moterų.

Tuo tarpu vyrų grupėje depresijos simptomų nustatyta 66,0 proc. vyrų. Sunkios depresijos simptomų išreikštumas nustatytas 24,5 proc. (13,2 proc. sunkios depresijos ir 11,3 proc. vidutiniškai sunkios) vyrų, vidutinės depresijos 17,0 proc. ir lengvos depresijos 24,5 proc.. Depresijos simptomų neturėjo daugiau nei trečdalis (34,0 proc.) vyrų (11 pav.).



12 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo amžiaus

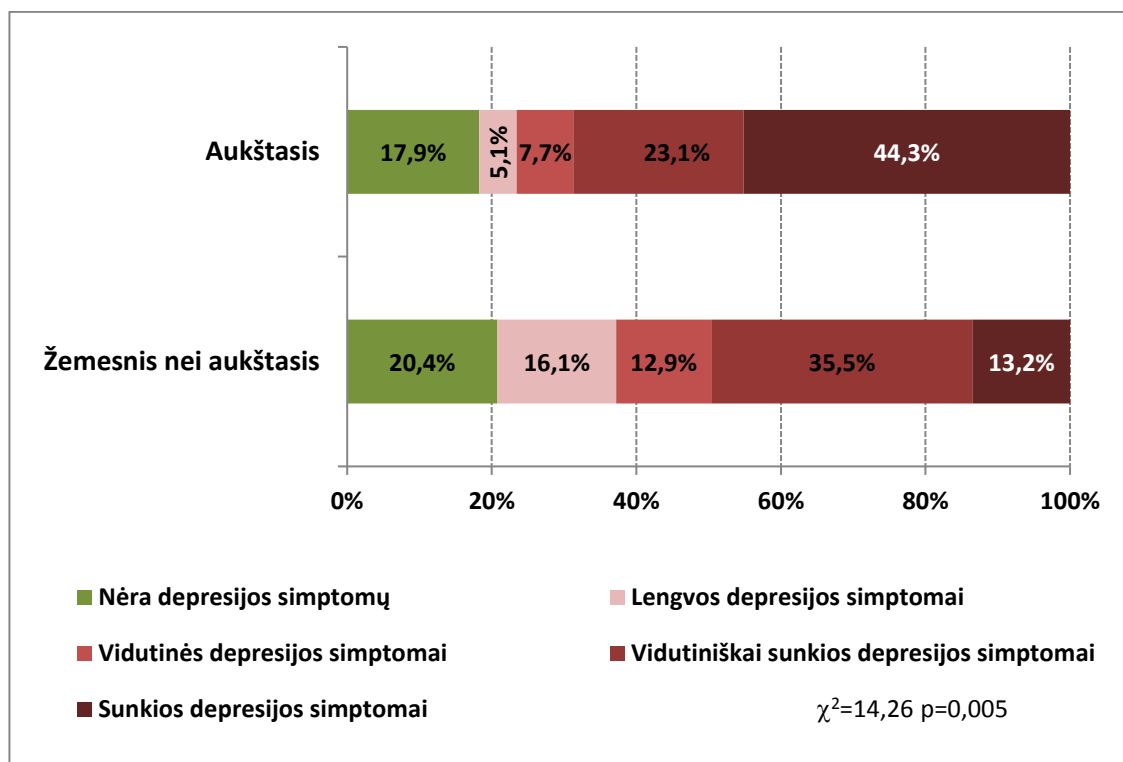
Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamųjų sunkesnės depresijos simptomų išreikštumas yra statistiškai reikšmingai ($p<0,001$) susijęs su vyresniu amžiumi – sunkios depresijos (sunkios/vidutiniškai sunkios) simptomai nustatyti 18,1 proc. iki 44 metų tiriamųjų grupėje, 22,6 proc. 45-59 metų grupėje, 48,9 proc. 60-74 metų grupėje ir 69,4 proc. 75 metų ir vyresnių grupėje. Atitinkamai depresijos simptomų nebuvo 54,5 proc. iki 44 metų grupėje, 41,9 proc. 45-59 metų grupėje, 11,6 proc. 60-74 metų grupėje ir 5,6 proc. 75 metų ir vyresnių grupėje (12 pav.).



Nevieniši – gyvenantys su partneriu/-e; vieniši – gyvenantys be partnerio/-ės.

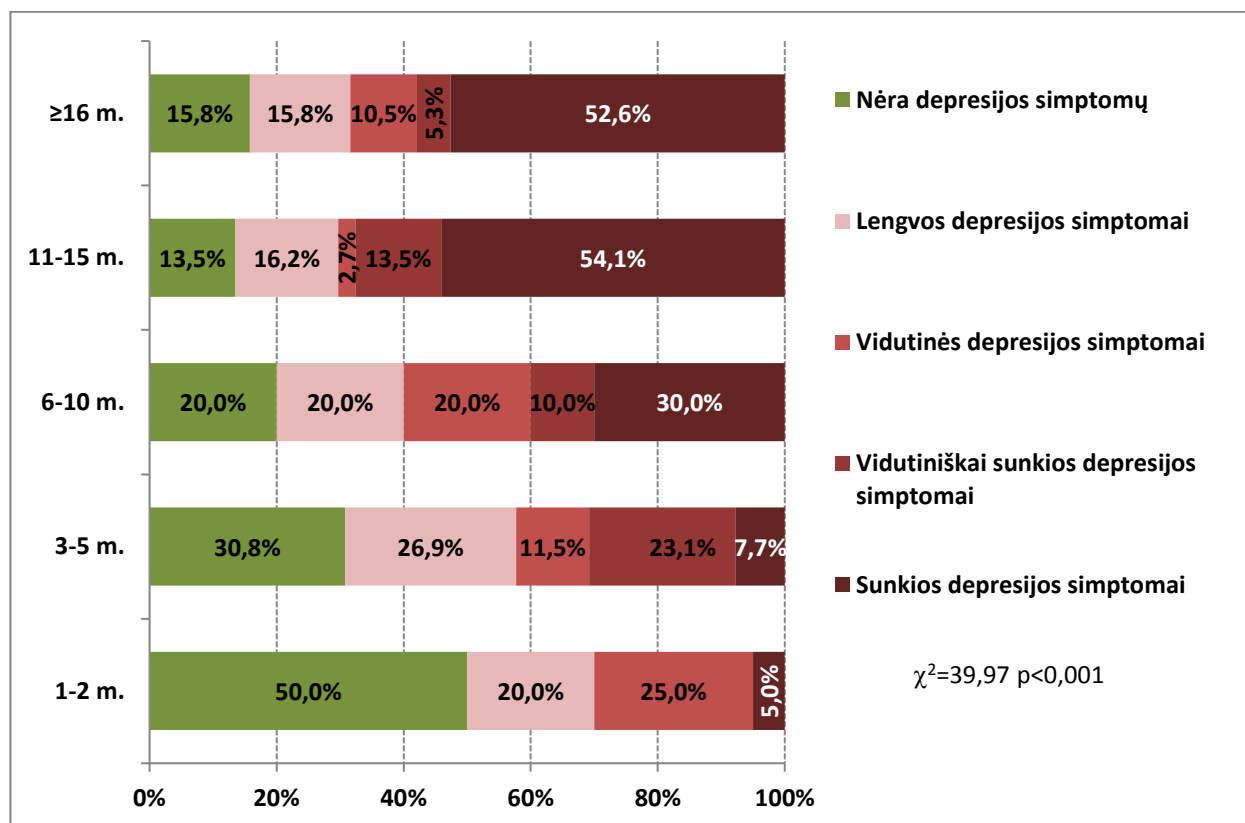
13 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo šeimyninės padėties

Vienių ir nevienių tiriamųjų depresijos simptomų išreikštumas buvo panašus – statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatėme (13 pav.).



14 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo išsilavinimo

Analizuojant tiriamųjų pasiskirstymą pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo išsilavinimo nustatytas statistiškai reikšmingas ($p=0,005$) skirtumas – sunkesnės (sunkios/vidutiniškai sunkios) depresijos simptomai žymiai dažniau nustatyti grupėje tiriamųjų su žemesniu nei aukštasis išsilavinimu (67,4 proc.) nei grupėje su aukštuoju išsilavinimu (48,7 proc.) (14 pav.).



15 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo cukrinio diabeto ligos trukmės

Analizuojant tiriamųjų pasiskirstymą pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo CD ligos trukmės nustatyta, kad depresijos simptomų sunkumas statistiškai reikšmingai ($p<0,001$) susijęs su ilgesne ligos trukme – sunkios depresijos (sunkios/vidutiniškai sunkios) simptomai nustatyti 5,0 proc. sergančiųjų CD 1-2 metus grupėje, 30,8 proc. 3-5 metus grupėje, 40,0 proc. 6-10 metus grupėje, 67,9 proc. 11-15 metus grupėje ir 57,9 proc. 16 ir daugiau metų grupėje. Atitinkamai depresijos simptomų nebuvo 50,0 proc. sergančiųjų CD 1-2 metus grupėje, 30,8 proc. 3-5 metus grupėje, 20,0 proc. 6-10 metus grupėje, 13,5 proc. 11-15 metus grupėje ir 15,8 proc. 16 ir daugiau metų grupėje (15 pav.).

10 lentelė. Depresijos simptomų išreikštumo sąsajos su išsilavinimu ir cukrinio diabeto ligos trukme skirtingose amžiaus grupėse

Rodikliai	PHQ-9							
	≤44 m.		45-59 m.		60-74 m.		≥75 m.	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
Išsilavinimas	-0,26	0,243	0,03	0,860	-0,06	0,713	0,05	0,766
CD ligos trukmė	0,13	0,576	0,27	0,138	0,31	0,045	0,19	0,259

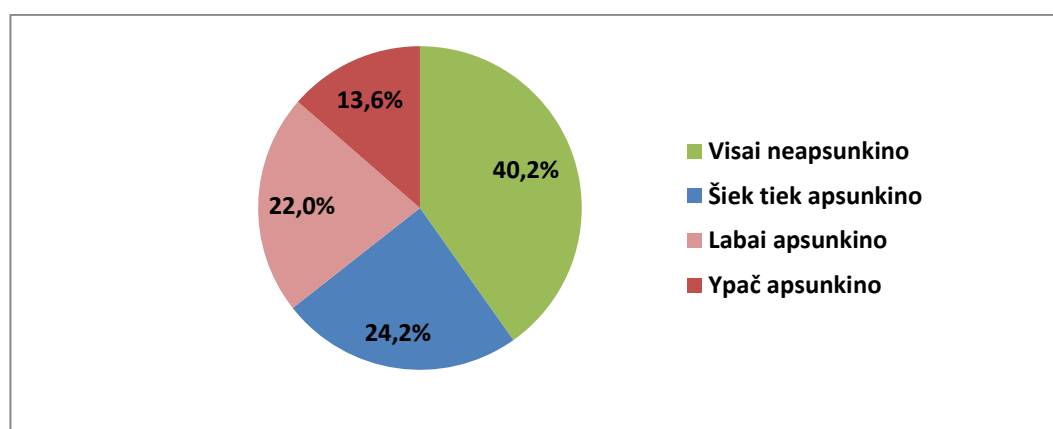
PHQ-9 – depresijos simptomų išreikštumo suminis rodiklis

Nagrinėjant depresijos simptomų išreikštumo ir išsilavinimo tarpusavio ryšį skirtingose tiriamųjų amžiaus grupėse nei vienoje grupėje statistiškai reikšmingų ryšio nenustatėme. Tai reiškia, kad mūsų tyrime dalyvavusių tiriamųjų depresijos simptomų išreikštamui jų išsilavinimas neturėjo reikšmingos įtakos (10 lentelė).

Maždaug panaši situacija stebėta ir nagrinėjant depresijos simptomų išreikštumo ir cukrinio diabeto ligos trukmės tarpusavio ryšį skirtingose tiriamųjų amžiaus grupėse – beveik visose amžiaus grupėse, išskyrus 60-74 metų amžiaus grupę, statistiškai reikšmingo ryšio tarp šių požymių nenustatėme. Tyrimo rezultatai parodė, kad 60-74 metų grupėje sunkesnės depresijos simptomų išreikštumas susijęs su ilgesne CD ligos trukme ($r_s=0,31$ $p=0,045$) (9 lentelė).

2.2.3. Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su depresijos simptomų išreikštumu

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



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

Analizuojant kaip depresijos simptomai apsunkino tiriamųjų kasdienę veiklą nustatyta, kad daugiau nei pusei (59,8 proc.) tiriamųjų depresijos simptomai apsunkino jų veiklą - iš jų 24,2 proc. šiek tiek apsunkino, 22,0 proc. labai apsunkino ir 13,6 proc. ypač apsunkino (16 pav.).

11 lentelė. Depresijos simptomų išreikštumo ir gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sąsajos

Sritis	PHQ-9	
	r/r _s	p
<i>Fizinė sveikata</i>		
Fizinis aktyvumas ¹	-0,83	<0,001
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų ¹	-0,71	<0,001
Skausmas ²	-0,62	<0,001
Bendros sveikatos vertinimas ²	-0,58	<0,001
<i>Psichinė sveikata</i>		
Energingumas/gyvybingumas ²	-0,75	<0,001
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų ¹	-0,63	<0,001
Socialinė funkcija ¹	-0,76	<0,001
Emocinė būklė ²	-0,63	<0,001

PHQ-9 – depresijos simptomų išreikštumo suminis rodiklis.

1 – taikytas Spearman'o koreliacijos metodas;

2 – taikytas Pearson'o koreliacijos metodas.

Nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,001$) neigiami ryšiai tarp depresijos simptomų išreikštumo rodiklio ir visomis fizinės ir psichinės sveikatos gyvenimo kokybės sritimis ($r = [-0,83; -0,58]$) parodė, kad didesnis depresijos simptomų išreikštumas susijęs su prastesne gyvenimo kokybe, labiausiai su sumažėjusiu fiziniu aktyvumu ($r_s = -0,83$ $p < 0,001$) (11 lentelė).

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Atliekant tyrimą „Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir depresijos simptomų išreikštumas“. Gauti tyrimo rezultatai buvo lyginami su kitų autorių gautų tyrimų rezultatais.

Analizuojant tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, sričių vertinimus priklausomai nuo lyties nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) visų rodiklių skirtumai – moterys žymiai prasčiau nei vyrai vertino savo sveikatą, tokius pat tyrimo rezultatus gavo ir Altinok, Marakoglu, and Cetin Kardin (2016). Nagrinėjant fizinės sveikatos sričių vertinimų priklausomai nuo amžiaus nustatyta, kad didėjant amžiui blogėja gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, vertinimai. Vyresnių tiriamųjų statistiškai reikšmingai blogesni fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo ir bendros sveikatos vertinimo rodikliai. Taip pat nustatė ir kiti tyrėjai nagrinėję cukriniu diabetu sergančiųjų gyvenimo kokybę Iqbal, ul Haq, Bashir, and Bashaar (2017) ir Mokhtari, Gheshlagh and Kurdi (2019).

Analizuojant tiriamųjų gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimus priklausomai nuo lyties nustatyti energingumo/gyvybingumo, socialinės funkcijos ir veiklos apribojimo dėl emocinių problemų statistiškai reikšmingi skirtumai, tuo tarpu moterų ir vyrų emocinė būklė statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Gauti rezultatai parodė, kad moterys prasčiau nei vyrai vertino savo energingumą/gyvybingumą, jų veikla buvo labiau apribota dėl emocinių problemų bei labiau apribota socialinė funkcija nei vyrų.

Analizuojant gyvenimo kokybės, susijusios su psichine sveikata, sričių vertinimus priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus gauti analogiški rezultatai kaip ir su gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata - vyresnių tiriamųjų statistiškai reikšmingai blogesni energingumo/gyvybingumo veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, bendros sveikatos vertinimo, kad vyresnis amžius neigiamai veikia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ištyrė ir Juárez-Rojop et al. (2018) gavo tokius pat tyrimo rezultatus.

Tiriamųjų gyvenimo kokybės, susijusios su fizine sveikata, beveik visų sričių, išskyrus veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, vertinimai statistiškai reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo sergamumo CD trukmės – su didesne ligos trukme šios sritys buvo vertinamos prasčiau - ilgiau sergantys CD buvo žymiai mažiau fiziškai aktyvesni, jų veikla labiau apribota dėl skausmo (jie blogiau vertino savo sveikatą nei trumpiau sergantys. Kad ligos trukmė daro neigiamą įtaką su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei nustatė ir Iqbal, ul Haq, Bashir and Bashaar (2017).

Nagrinėjant tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, susijusios su fizine ir psichine sveikata, sričių vertinimus priklausomai nuo šeimyninės padėties statistiškai reikšmingų skirtumų

nenustatėme – vienišų ir nevienišų tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybė, susijusi su sveikata, buvo maždaug panaši, o Juárez-Rojop et al. (2018) ir Altinok, Marakoglu, and Cetin Kardin (2016) atlikę tyrimą gavo kitokius rezultatus, kad šeimyninė padėtis lemia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, susijusią su fizine ir psichine sveikata, vedusių pacientų gyvenimo kokybė yra geresnė nei našlių ar išsiskyrusių žmonių ($P < 0,05$).

Veiklos apribojimo dėl fizinių problemų vertinimuose priklausomai nuo CD trukmės, taip pat stebima prastesnio vertinimo tendencija, didėjant ligos trukmei, tačiau tiriamieji su ilgesne ligos trukme buvo vyresni.

Tyrimo rezultatai parodė, kad didėjant ligos trukmei tiriamieji statistiškai reikšmingai prasčiau vertino energingumą/gyvybingumą ir socialinę funkciją. Taip pat stebėta tendencija didesniai veiklos apribojimui dėl emocinių problemų. Kad ilgesnė ligos trukmė nulemia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, nustatyta buvo ir tyrėjų Altinok, Marakoglu, and Cetin Kardin (2016).

Tyrimo duomenys parodė, kad vertinant depresijos atvejų paplitimą tarp cukriniu diabetu sergančių pacientų, depresijos simptomų buvo nustatyta dviem trečdaliams pacientų. Depresijos paplitimas statistiškai reikšmingai buvo didesnis tarp moterų negu vyrų. Tyrimo rezultatai parodė, kad iš visų tyrime dalyvavusių moterų depresijos simptomai nustatyti didžiajai daliai moterų. Zhang et al. 2016 taip pat gavo tokius tyrimo duomenis, kad depresija moterys serga dažniau Altinok, Marakoglu, and Cetin Kardin (2016)

Vyrų grupėje depresija pasireiškia kiek daugiau nei pusei tyrime dalyvavusių vyrų. Sunkesnės depresijos simptomų išreikštumas yra statistiškai reikšmingai susijęs su vyresniu amžiumi, tyrimo rezultatai sutampa ir su kitų tyrėjų gautais rezultatais Janssen, Koekkoek, Biessels, Kappelle, and Rutten (2019) ir Altinok, Marakoglu, and Cetin Kardin (2016).

Analizuojant tiriamųjų pasiskirstymą pagal depresijos simptomų išreikštumą priklausomai nuo CD ligos trukmės nustatyta, kad depresijos simptomų sunkumas statistiškai reikšmingai susijęs su ilgesne ligos trukme. Kad depresiją lemia ligos trukmė, nustatė ir Altinok, Marakoglu, and Cetin Kardin (2016). Išsilavinimas, depresijos išreikštumui reikšmingos įtakos neturėjo. Analizuojant, kaip depresijos simptomai pasunkino tiriamųjų kasdieninę veiklą, nustatyta, kad daugiau nei pusei tiriamųjų depresijos simptomai pasunkino jų veiklą. Didesnis depresijos simptomų išreikštumas susijęs su prastesne gyvenimo kokybe, labiausiai su sumažėjusiu fiziniu aktyvumu.

Atliekant tyrimą tema „Cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir depresijos simptomų išreikštumas“, buvo iškelta tyrimo hipotezė sergančiųjų cukriniu diabetu bloga su sveikata susijusi gyvenimo kokybė turi sąsają su depresijos simptomų išreikštumu, kuri pasitvirtino. Tyrimo rezultatai parodė, kad cukriniu diabetu sergančių pacientų blogą gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata, lemia depresija. Cukrinio diabetu sergančių pacientų su sveikata susijęs

gyvenimo kokybės analizavimas išlieka aktualus, nes gyvenimo kokybę pacientai, sergantys cukriniu diabetu, vertina prastai, todėl svarbu atrasti, kaip ją pagerinti.

IŠVADOS

1. Įvertinus cukriniu diabetu sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, tyrimo rezultatai parodė, kad cukriniu diabetu sergančios moterys gyvenimo kokybę įvertina blogiau nei šia liga sergantys vyrai. Gyvenimo kokybei neigiamą įtaką daro moteriška lytis, ilgesnė sergamumo diabetu trukmė ir vyresnis amžius.
2. Tyrimo metu nustatyta, kad, analizuojant depresijos simptomų išreikštumą tarp cukriniu diabetu sergančių pacientų, depresija pasireiškia net dviem trečdaliams tiriamųjų. Depresijos simptomai labiau vargina vyresnio amžiaus pacientus. Moterims depresija pasireiškia dažniau nei vyrams.
3. Tyrimo rezultatai parodė, kad cukriniu diabetu sergančiųjų pacientų prastesnę su sveikata susijusią gyvenimo kokybę lemia depresijos simptomų išreikštumas. Labiausiai depresijos simptomai buvo išreikšti dėl sumažėjusio fizinio aktyvumo.

REKOMENDACIJOS

Pacientams:

- Reguliaraus fizinio aktyvumo palaikymas.
- Užimtumo terapija.
- Atsipalaidavimo pratimai.

Slaugytojoms :

- Aktyviau skatinti visuomenę ugdyti sveiką gyvenimo būdą ir fizinį aktyvumą, paaiškinti apie aktyvumo naudą.
- Atkreipti dėmesį į sergančiųjų cukriniu diabetu emocinę būklę, kai žmogus jaučiasi blogai, gera gyvenimo kokybė beveik neįmanoma. Remiantis tyrimo rezultatais daugumai reikalinga psichologinė pagalba.
- Skatinti pacientus bendrauti. Svarbu pacientus skatinti nebijoti kreiptis dėl psichologinės pagalbos, tokiu būdu pagerinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

LITERATŪRA

1. Aglinskaitė, B., Žuravliova, T., Žiliukas, G. ir Razbadauskas, A. (2015). Paauglių, sergančių cukriniu diabetu, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. *Visuomenės sveikata*, 1(1), 72-75.
2. Altinok, A., Marakoglu, K. and Cetin Kardin, N. (2016). Evaluation of quality of life and depression levels in individuals with Type 2 diabetes. *J Family Med Prim Care*, 5(2), 302-308. doi: 10.4103/2249-4863.192358
3. American Diabetes Association (2015). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 38(1), S8-S16. DOI: 10.2337/dc15-S005
4. American Diabetes Association (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes care*, 40(1), S11-S24. DOI: 10.2337/dc17-S005
5. American Diabetes Association (2019). Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care*, 42(1), S34-S45. doi.org/10.2337/dc19-S004
6. Anderson, B. J., Laffel, L. M., Domenger, C., Danne, T., Phillip, M., Mazza, C.,...and Mathieu, Ch. (2017). Factors associated with diabetes-specific health-related quality of life in youth with type 1 diabetes: the global TEENS study. *Diabetes care*, 40(8), 1002-1009. doi.org/10.2337/dc16-1990
7. Andziukevičiūtė, J. ir Valiukevičienė, S. (2013). Cukrinis diabetas ir odos ligos. *Bendrosios praktikos Lietuvos gydytojas*. 17(1), 44-45.
8. Augustinienė V. (2018). Šeima ir diabetas. *Diabetas*, 4(100), 4-5.
9. Bădescu, SV., Tataru, C., Kobylinska, L., Georgescu, EL., Zahiu, DM., Zagrean, AM. and Zagrean L. (2016). The association between Diabetes mellitus and Depression. *Journal of medicine and life*, 9(2), 120-125.
10. Baltramonaitienė K. (2012). Diabetinės neuropatijos diagnostikos ir gydymo aktualijos. *Lietuvos gydytojo žurnalas*. 12(2), 142.

11. Bartkevičiūtė, B., Venskaityte, E., Samėnienė, J., Blaževičienė, A. ir Bulikaitė V. (2016). Senyvo amžiaus cukriniu diabetu sergančiųjų gyvenimo kokybės, mokymosi motyvacijos ir slaugytojo diabetologo vaidmens sąsajos. *Visuomenės sveikata*. 26(4), 9-16.
12. Bressler, S. B, Quigley, H. A. and Schein, O. D. (2012). Diabetic Retinopathy. *Health Source - Consumer Edition*. 1, 50-51. doi: 10.4103/2008-322X.194131
13. Bulikaitė, V. (2013). Ūmios cukrinio diabeto komplikacijos. Hipoglikemija. *Slauga mokslas ir praktika*, 197(10), 71.
14. Bumblytė, A. I. ir Žiužnytė, R. (2010). Diabetinė nefropatija. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 14(3), 157.
15. Carandang C. (2018). Diabetes & depression: how to deal with it. Prieiga per internetą: <https://www.thediabetescouncil.com/diabetes-depression-how-to-deal-with-it/>.
16. Choudhary, P., Campbell, F., Joule, N., Kar, P. and begalf of Diabetes. (2019). A Type 1 diabetes technology pathway: consensus statement for the use of technology in Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 36(5), 531-538. doi.org/10.1111/dme.13933
17. Costa, L. M. F. C. and Vieira S. E. (2015). Quality of life of adolescents with type 1 diabetes. *Clinics*, 70(3), 173-179. doi.org/10.6061/clinics/2015(03)04
18. Danys, B. (2012). Cukrinis diabetas labai pavojingas vyrų sveikatai. *Lietuvos gydytojo žurnalas*, 9, 24–30.
19. Dhillon, H., Nordin, N. B. and Ramadas, A. (2019). Quality of Life and Associated Factors among Primary Care Asian Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 1-12. doi.org/10.3390/ijerph16193561
20. Dziemidok, P., Makara-Studzinska, M. and Jarosz M.J. (2011). Diabetes and depression: a combination of civilization and lifestyle diseases is more than simple problem adding – literature review. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 18(2), 318-322.

21. Edwards, J., Colby-Milley, J., Fang, J., Zhou, L., Shah, B. R., Herrmann, N., ... and Swardfager W. (2020). Abstract WP379: Sex-specific Effects of Comorbid Diabetes and Depression on Post-stroke Mortality in Individuals With Atrial Fibrillation, 51(1), 87-95.
22. Falck S. (2020). An overview of diabetes types and treatments. Prieiga per internetą: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323627>
23. Farred, M., Salam, N., Khoja, A. T., Mahmound, M. A. and Ahamed M. (2017). Life Syle Related Risk Factors of Type 2 Diabetes Mellitus and Its Oncreased Prevalence in Saudi Arabia: A Brief Review. International Journal of Medical Reserch & Health Sciences, 6(3), 125-132.
24. Fisher M. (2016). Širdies ligos ir cukrinis diabetas. Vilnius: Vaistų žinios.
25. Foley, D. L., Mackinnon, A., Morgan, V. A., Castle, D. J., Waterreus, A. and Galletly, C. A. (2018). Comorbid diebetes and depression in a Nalional sample of adults with psychoisi“, Schizophrenia bulletin, 46(3), 84-92. doi.org/10.1093/schbul/sbw166
26. Gefenas, E. (2013). Tarptautinės biomedicininių tyrimų etikos aktualijos: kodėl numatoma keisti Helsinkio deklaraciją? Ar Lietuvos pacientams pakanka informacijos apie klinikinius tyrimus? (p. 6-13). Vilnius: Vilniaus universitetas.
27. Glover, C.M., Wang, Y., Fogelfeld, L., & Lynch, E.B. (2016). Stress and Other Determinants of Diabetes-Specific Quality of Life in Low-Income African Americans with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of Health Care for the Poor and Underserved 27(3), 1345-1356. doi:10.1353/hpu.2016.0142.
28. Grigaityte, E. ir Pangonytė V. (2017). Cukrinis diabetas istorija ir epidemiologija. Endokrinologas, 1(2), 8-10.
29. Gudžinskienė, V. ir Čergelytė, I. (2018). Cukriniu diabetu sergančių asmenų sveikatai palankių įgūdžių integravimo problemos. Socialinis darbas, 16(1), 106-118.

30. Gustaitienė, L. ir Kerpaitė, A. (2013). Depresija ir cukriniu diabetu sergančių asmenų pozityvus požiūris į ligą sociodemografinių rodiklių atžvilgiu, *Visuomenės sveikata*, 1(60), 89-96.
31. Holt, R. I. (2011). Undoing Descartes: integrating diabetes care for those with mental illness. Prieiga per internetą: doi.org/10.1002/pdi.1613
32. Holt, R. I. G. and Katon, W. I. 2012. Dialogue on diabetes and depression: dealing with the double burden of comorbidity. *Journal of Affective Disorders*. 142, S1-S3. doi: 10.1016/S0165-0327(12)00632-5.
33. Holt, R. I. G., Groot M. and Golden S. H. (2015). Diabetes and Depression. *Curr Diab Rep*, 14(6), 491. doi: 10.1007/s11892-014-0491-3.
34. Iyer, K. and Khan, Z. (2012). Depression – a Review, *Research Journal of Recent Sciences*, 1, 79-87. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/2733769453_Depressio_-_A_Review
35. Iqbal, Q., Haq, N., Bashir, S. and Bashaar, M. (2017). Profile and predictors of health related quality of life among type II diabetes mellitus patients in Quetta city, Pakistan. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(142), 1-9. Prieiga per internetą <https://link.springer.com/article/10.1186/s12955-017-0717-6>
36. Iqbal, Q., ul Haq, N., Bashir, S. and Bashaar, M. (2017). Profile and predictors of health related quality of life among type II diabetes mellitus patients in Quetta city, Pakistan. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 142. doi.org/10.1186/s12955-017-0717-6
37. Isevičienė, R. ir Valiu, L. (2009). Diabetinė pėda. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 13(2), 121-122.
38. Janssen, J., Koekkoek, P. S., Biessels, G-J., Kappelle, J. L., and Rutten, G. E. H. M. (2019). Depressive symptoms and quality of life after screening for cognitive impairment in patients with type 2 diabetes: observations from the Cog-ID cohort study. *B M J Journal*, (9)1, 1-8. doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024696

39. Jaruševičienė, L., Domeikienė, A., Ulpaitytė, I. ir Valius, L. (2010). Sergančiųjų 2 tipo cukriniu diabetu gydymas insulinu: šeimos gydytojų patiriami sunkumai ir jų sprendimo galimybės. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 14(7), 499.
40. Jasiūnaitė, L., Jurjonaitė, J. and Bulaiuskaitė, D. (2019). Psychological state amongst patients with type 2 diabetes mellitus“, Journal of Medical Sciences, 7(11), 1-5.
41. Juárez-Rojop, I. E., Fortuny-Falconi, C. M., González-Castro, T. B., Tovilla-Zárate, C. A., Mario Villar-Soto, M., Sanchez, E. R., ... and José Manuel Rodríguez-Pérez, J. M. (2018). Association between reduced quality of life and depression in patients with type 2 diabetes mellitus: a cohort study in a Mexican population. Neuropsychiatr Dis Treat, 14, 2511–2518. doi: 10.2147/NDT.S167622
42. Juárez-Rojop, I. E., Fortuny-Falconi, C. M., González-Castro, T. B., Tovilla-Zárate, C. A., Mario Villar-Soto, M., Sanchez, E. R. ... and José Manuel Rodríguez-Pérez, J. M, R. (2018). Association between reduced quality of life and depression in patients with type 2 diabetes mellitus: a cohort study in a Mexican population. Neuropsychiatr Dis Treat, 14, 2511–2518. doi: 10.2147/NDT.S167622
43. Kardelis, K. (2016). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
44. Kent, D. A. and Quinn, L. (2018). Factors that affect quality of life in young adults with type 1 diabetes“, Sage journals, 44(6), 501-509. doi.org/10.1177/0145721718808733
45. Kreider, K. E. (2017). Diabetes Distress or Major Depressive Disorder? A Practical Approach to Diagnosing and Treating Psychological Comorbidities of Diabeted, Diabetes Therapy, nr. 8, 1-7. doi: 10.1007/s13300-017-0231-1
46. Ley, H. S, PhD. and Korat, A. V. (2016). Contribution of the Nurses' Health Studies to Uncovering Risk Factors for Type 2 Diabetes: Diet, Lifestyle, Biomarkers, and Genetics. Ajpg special section: nurses health study contrinutions, 106(9),1624-1626. doi: 10.2105/AJPH.2016.303314

47. Majeed, I., Afzal, M. and Alam, M. M. (2019). Quality of Life in Patients with Type-II Diabetes. *APMC*, 13(3), 209-212.
48. Malhi, G. S. and Mann, J. J. (2018), Depression. *The Lancet*, 392, 2299-2312. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2
49. Masilionis, G. ir Palinauskienė, L. R. (2019), Cukriniu diabetu sergančių vyrų seksualumo vertinimas. *Sauga mokslas ir praktika*, 9, 4-8.
50. Mockienė, V., Drungilienė, D. ir Martinkėnas A. (2014) Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
51. Mokhtari, Z., Gheshlagh, R. G., Kurdi, A. (2019). Health-related quality of life in Iranian patients with type 2 diabetes: An updated meta-analysis. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 13(1), 402-407. doi.org/10.1016/j.dsx.2018.10.007
52. Montvidas, J. (2018). Paciento sveikatos klausimynas-9. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 20(2), 57-58.
53. Moulton, C.D., Pickup, J. C. and Ismail K. (2015). The Link Between Depression and Diabetes: The search for Shared Mechanisms. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 3(6), 461-471. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00134-5.
54. National Alliance on Mental Illness (2017). Depression. Prieiga per internetą: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Depression>
55. Norkus, A. (2017). *Endokrinologijos praktinis vadovas*. Kaunas: Medicininės informacijos centras.
56. Norkus, A. (2018). *Diabetinė nefropatija*. Kaunas: UAB „Kopa“.
57. Orlovskaja, L. (2015). Cukrinio diabeto pradžia. *Diabetas*, 87(3), 14-15.
58. Owczarek, M. (2010). The concept of quality of life. *Acta Neuropsychologica*, 8(3), 207-213. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/289641702_The_concept_of_quality_of_life

59. Penckofer, S., Doyle, T., Byrn, M. and Lustman, J. P. (2014). State of the science: depression and type 2 diabetes. *Wesr J Nurs Res*, 36(9), 1158-1182. DOI: 10.1177/0193945914524491
60. Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M.M. and De Marinis, M.G. (2011). A brief history of the Quality of Life: it suse in medicine and in philosophy, *La Clinica terapeutica*, 162(3), e99-103. Prieiga per internetą:
https://www.researchgate.net/publication/51455603_A_brief_history_of_the_Quality_of_Life_its_use_in_medicine_and_in_philosophy
61. Pfizer. Patient Health Questionn (PHQ) Screeners. (2020). Prieiga per internetą:
<https://www.phqscreeners.com/select-screener>
62. Prahalad, P., Tanenbaum, M., Hood, K., Maahs, D. M. (2018). Diabetes technology: improving care, improving patient-reported outcomes and preventing complications in young people with Type 1 diabetes. *Special Issue on Diabetes Technology*. 35(4), 419-429. doi.org/10.1111/dme.13588
63. Pukinskienė, D. (2011). *Slaugos filosofija ir teorija*. Klaipėda: Klaipėdos valstybinė kolegija.
64. Ramachandran, A. (2014). Know the signs and symptoms of diabetes“, *The Indian Journal of Medical Research*, no. 140, p. 579-581. Prieiga per internetą:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311308/>
65. Rand Corporation. (2020). Prieiga per internetą: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html
66. Rewers, M. and Ludvigsson J. (2016). Environmental risk factors for type 1 diabetes. *The Lancet*, 387, 2340-2348. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30507-4
67. Roper, N., Logan, W. and Tierney A. (1999). *Slaugos pagrindai*. Vilnius: Egalda.
68. Rudinskienė, E. ir Jakimavičienė, M. J. (2006) *Cukrinis diabetas ir psichikos sutrikimai: Depresija*. Vilnius: Lietuvos diabeto asociacija.

69. Ruževičius, J. (2014). Quality of Life and of Working Life Conceptions and Research, In XII Toulon-Verona International Conference Excellence in Services, p. 317-334. Liverpool: Liverpool John Moores University.
70. Šalyga, J., Paškevičienė, V. ir Žiliukas G. (2015). Sergančiųjų krūties vėžiu gyvenimo kokybės analizė“, *Visuomenės sveikata*, 25(6), 5-10.
71. Sanchez de la Cruz, J. P., Gonzalez Morales, D. L., Gonzalez-Castro, T. B., Tovilla-Zarate, C. A., Juarez-Rojop, I. E., Lopez-Narvaez, L., ..., Rodriguez-Perez, J. M. (2020). Quality of life of Latin-American individuals with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Prim Care Diabetes*, 14(4), 317-334. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/figure/Latin-American-map-of-the-quality-of-life-levels-of-individuals-with-diabetes-mellitus_fig2_336093064
72. Sartorius, N. (2018). Depression and diabetes“, *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 47-52. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/nsartorius
73. Staniūtė, M. 2007. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 9(1), 22-25.
74. Sveikatos statistika. Higienos institutas. (2020). Prieiga per internetą: <https://stat.hi.lt/default.aspx?report id=153>
75. Tamušauskaitė, J., Vasyliūtė, I., Drungilienė, D. ir Mockienė V. (2015). Depresija sergančių asmenų gyvenimo kokybė, *Visuomenės sveikata*, 1, 42-50.
76. Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A. K., Melidonis, A. (2017), Type 2 diabetes and quality of life. *World J Diabetes*, 8(4), 120-129. doi: 10.4239/wjd.v8.i4.120
77. Valiūtė, S. V. ir Pavius, L. (2014). Pagyvenusio amžiaus pacientų, sergančių 2 tipo CD, gydymo savitumai. *Bendrosios praktikos Lietuvos gydytojas*, 18(7), 477-478.
78. Vanstone, M., Rewegan, A., Brundisini, F., Dejean, D. and Giacomini, M. (2015). Patient perspectives on quality of life with uncontrolled type 1 diabetes mellitus: a systematic review and qualitative meta-synthesis“, *Ontario health technology assessment series*, 15(17), 1-29.

- Prieiga per internetą: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/fev-pancreas-islet-transplantation-1509-en.pdf?fbclid=IwAR0wY5ICLv0KQ4VGFoo5hUAfh6BFJ8JsXOtmzQP74WXjTeeYiOrd8d-g89g>.
79. Veličkienė, D. (2010). 2 tipo cukrinio diabeto profilaktika. *Gydymo menas*, 09-10 (179-180), 13-14.
80. Veličkienė, D. (2016). Diabeto kontrolė: profilaktikos principai, efektyvių ankstyvosios diagnostikos ir gydymo metodų įgyvendinimo galimybės. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, p. 12-18. Vilnius: Nacionalinė sveikatos taryba.
81. Venkataraman, K., Wee, H. L., Leow, M. K. S., Tai, E. S., Lee, J., Lim, S. C.,...Thumboo, J. (2013). Associations between complications and health-related quality of life in individuals with diabetes. *Clin Endocrinol*, 78(6), 865-873. doi: 10.1111/j.1365-2265.2012.04480.x.
82. Voluckytė, G. ir Paulikienė, S. (2015). Bendruomenės narių žinios apie cukrinį diabetą ir jo pirminę prevenciją, *Slauga mokslas ir praktika*, 15(7), 4-7.
83. Whitind, D. R., Guariguata, L., Weil, C. and Shaw, J. (2011). IDF Diabetes Atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*, 94(3), 311-321. DOI: 10.1016/j.diabres.2011.10.029
84. WHO. (2012). Depression a global public health concern. Prieiga per internetą: https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
85. Zhang, P., Lou, P., Chang, G., Chen, P., Zhang, L., Li, T. and Qiao, Ch. (2016). Combined effects of sleep quality and depression on quality of life in patients with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, (17)40, doi.org/10.1186/s12875-016-0435-x

PRIEDAI

Pateikti klausimai apie Jūsų sveikatą, kaip Jūs jaučiatės ir kaip Jūs galite atlikti kasdieninę veiklą. Jeigu Jūs nesate įsitikinęs, kaip atsakyti į kokį nors klausimą, prašom parinkite labiausiai tinkantį atsakymą ir jeigu norite, pateikite savo komentarus. Nepraleiskite per daug laiko atsakinėdami, nes greitas atsakymas dažnai ir būna teisingas.

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

(Prašau pažymėti vieną atsakymą)

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

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

(Prašau pažymėti vieną atsakymą)

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

8. **Sveikata ir kasdieninė veikla**

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

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

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

Autorystės teisės ginamos. SF-36 gyvenimo kokybės klausimynas sukurtas „RAND Corporation“. Norint naudoti šį sveikatos klausimyną nereikia jokio rašytinio leidimo. Lietuviška versija pagal M. Staniūtę 2007 m.

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

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

(Prašau atsakykite TAIP arba NE į kiekvieną klausimą)

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

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

(Prašau atsakykite TAIP arba NE į kiekvieną klausimą)

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

Autorystės teisės ginamos. SF-36 gyvenimo kokybės klausimynas sukurtas „RAND Corporation“. Norint naudoti šį sveikatos klausimyną nereikia jokio rašytinio leidimo. Lietuviška versija pagal M. Staniūtę 2007 m.

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

(Prašau pažymėti vieną langelį)

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

12. Kokio intensyvumo būdavo **kūno skausmai per pastarąsias 4 savaites**?

(Prašau pažymėti vieną langelį)

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

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

(Prašau pažymėti vieną langelį)

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

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

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	Visada	Dažniausiai	Kartais	Retkarčiai	Retai	Niekada
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį:						
a) Ar Jūs jautėte gyvenimo pilnatvę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ar Jūs buvote labai nervingas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ar Jūs jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksminti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ar Jūs jautėtės ramus ir taikus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorystės teisės ginamos. SF-36 gyvenimo kokybės klausimynas sukurtas „RAND Corporation“. Norint naudoti šį sveikatos klausimyną nereikia jokio rašytinio leidimo. Lietuviška versija pagal M. Staniūtę 2007 m.

	Visada	Dažniausiai	Kartais	Retkarčiai	Retai	Niekada
e) Ar Jūs turėjote daug energijos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ar Jūs jautėtės nuliūdęs ir niūrus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ar Jūs jautėtės išsisėmęs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ar Jūs buvote laimingas žmogus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ar Jūs jautėtės pavargęs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ar Jūsų sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą (kaip draugų ar artimų giminių lankymas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

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

Autorystės teisės ginamos. SF-36 gyvenimo kokybės klausimynas sukurtas „RAND Corporation“. Norint naudoti šį sveikatos klausimyną nereikia jokio rašytinio leidimo. Lietuviška versija pagal M. Staniūtę 2007 m.

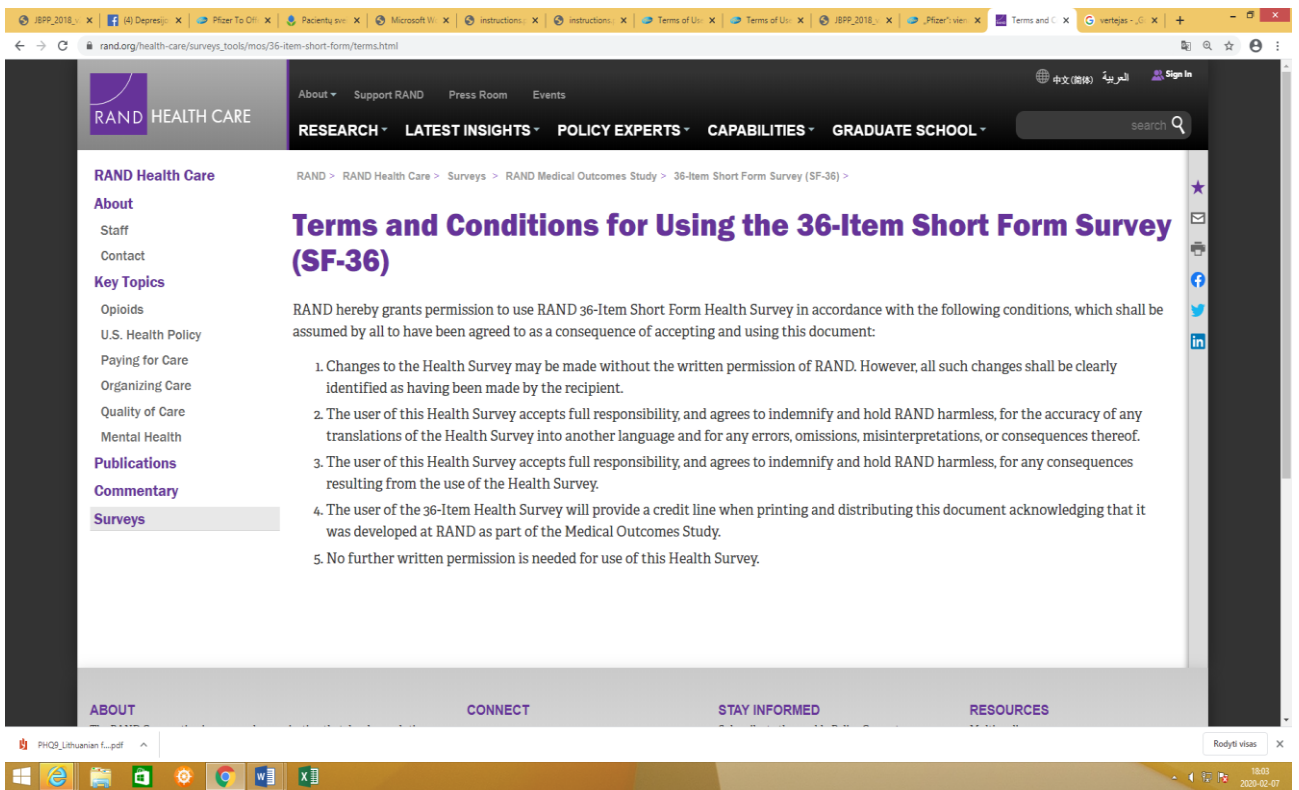
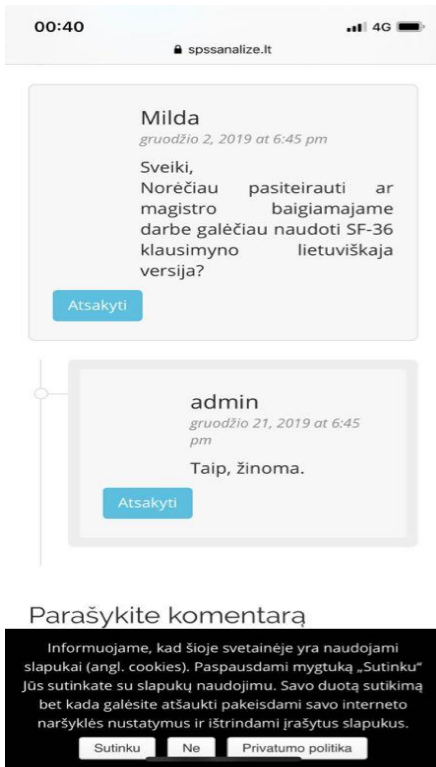
16. Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites jus kamavo kurios nors iš šių problemų? (Norėdami

	Visai nekamavo	Keletą dienų	Daugiau nei pusė iš visų dienų	Beveik kiekvieną dieną
16.1. Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus	0	1	2	3
16.2. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)	0	1	2	3
16.3. Sunkumas užmigti ar išmiegoti, arba per ilgas miegojimas	0	1	2	3
16.4. Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas	0	1	2	3
16.5. Prastas apetitas arba persivalgymas	0	1	2	3
16.6. Prasta savijauta – pojūtis, kad esate nevykėlis (-ė) arba kad nuvylėte save ar savo šeimą	0	1	2	3
16.7. Sunkumas susikoncentruoti ties tokiais dalykais, kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas	0	1	2	3
16.8. Judėjimas ar kalbėjimas taip lėtai, kad kiti žmonės galėjo pastebėti? Arba atvirksčiai – buvimas tokiam (-ai) neramiam (-ai) ar nenustygstančiam (-ai), kad judėjote daug daugiau nei įprasta	0	1	2	3
16.9. Mintys, kad jums būtų geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą koku nors būdu	0	1	2	3
Jei pažymėjote kokias nors problemas, kaip šios problemos apsunkino jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis?				
Visai neapsunkino <input type="checkbox"/>	Šiek tiek apsunkino <input type="checkbox"/>	Labai apsunkino <input type="checkbox"/>	Ypač apsunkino <input type="checkbox"/>	

pažymėti savo atsakymą naudokite „✓“)

Autorytės teisės ginamos. Sukūrė Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke ir jų kolegos, gavę edukacinį „Pfizer Inc.“ leidimą. Atkurti, versti, vaizduoti arba platinti leidimo nereikia.

Dėkoju Jums už skirtą laiką 😊



phqscreeners.com/select-screener

Welcome to the Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners

Ekranų apžvalga

Ne visada lengva atpažinti psichinės sveikatos sutrikimų požymius. Pacientų sveikatos klausimynas (PHQ) yra psichikos sveikatos sutrikimų diagnostikos įrankis, kurį naudoja sveikatos priežiūros specialistai ir kurį pacientams greitai ir nesudėtinga užpildyti. Dešimtojo dešimtmečio viduryje Robertas L. Spitzeris, MD, Janet BW Williams, DSW, ir Kurt Kroenke, MD, ir kolegos iš Kolumbijos universiteto sukūrė „**Prim** ary Care E **M** ental **D** vertinimą. Isorders (PRIME-MD), diagnostikos įrankis, turintis 12 skirtingų psichinės sveikatos sutrikimų modulių. Jie dirbo bendradarbiaudami su Indianos universiteto „Regenstein“ Instituto tyrėjais ir remdami „Pfizer Inc.“ švietimo stipendiją. Kuriant PRIME-MD, dr. „Spitzer“, „Williams“ ir „Kroenke“ sukūrė „PHQ“ ir „GAD-7“ ekranus.

PHQ, savarankiškai administruojama PRIME-MD versija, apima nuotaikos (PHQ-9), nerimo, alkoholio, valgymo ir somatoforminius modulius, aprašytus originaliame PRIME-MD. Vėliau GAD-7 buvo sukurtas kaip trumpa nerimo skalė. PHQ-9, depresijai būdingas įrankis, tiesiog įvertina visus 9 DSM-IV kriterijus, pagrįstus nuotaikos modulių iš pirminio PRIME-MD. GAD-7 nustato 7 įprastus nerimo simptomus. Įvairios PHQ skalių versijos aptariamose Instrukcijų vadove.

Visus „PHQ“, „GAD-7“ ekranus ir vertimus galima atsisiųsti iš šios svetainės, o norint juos dauginti, versti, rodyti ar platinti nereikia leidimo.

Pasirinkite ekraną

PHQ ir GAD-7 ekranai

PHQ-9

Lithuanian for Lithuania

Then...

Go to the Selected Screener

[Spustelėkite čia, kad patektumėte į Instrukcijų vadovą](#)

Autoriaus bibliografija

Pfizer

Privatumo politika Naudojimo sąlygų sutartis

1342
2020-02-07

