

VILNIAUS UNIVERSITETAS

OLGA ZAMALIJEVA

**SERGANČIŪJŲ LĒTINĖMIS LIGOMIS GYDYMO NURODYMŲ  
LAIKYMAŠI PROGNOZUOJANTYS VEIKSNIAI**

Daktaro disertacija

Socialiniai mokslai, psichologija (06 S)

Vilnius, 2016

Disertacija rengta 2011–2015 metais Vilniaus universitete

Mokslinė vadovė – prof. dr. Roma Jusienė (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – 06 S)

## TURINYS

PAGRINDINĖS SĄVOKOS .....	5
ĮVADAS .....	6
1. TYRIMŲ APŽVALGA .....	15
1.1 Gydomo nurodymų laikymosi samprata praktikoje ir tyrimuose .....	15
1.1.1 Su sergančiojo elgesiu gydymo procese susijusių sąvokų įvairovė .....	15
1.1.2 Gydomo nurodymų laikymosi operacionalizavimas moksliniuose tyrimuose .....	19
1.2 Su sveikata susijusių elgesį aiškinančių teorijų taikymas lėtinėmis ligomis sergančiųjų gydymo nurodymų laikymosi kontekste.....	24
1.3 Biheivioristinis požiūris į sergančiųjų gydymo nurodymų laikymąsi .....	25
1.4 Kognityvinis požiūris į sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi .....	27
1.4.1 Įsitikinimai apie gydymą ir jų reikšmė gydymo nurodymų laikymuisi .....	28
1.4.2 Ligos suvokimas ir jo reikšmė gydymo nurodymų laikymuisi .....	33
1.4.3 Subjektyvus sergančiojo gebėjimų vertinimas ir jo reikšmė gydymo nurodymų laikymuisi.....	38
1.4.4 Įsitikinimus apie gydymą ir ligos suvokimą prognozuojantys veiksniai ....	41
1.5 Ekologinis požiūris į sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi .....	46
1.5.1 Gydančio gydytojo vaidmuo gydymo nurodymų laikymosi kontekste.....	47
1.5.2 Sergančiojo artimųjų vaidmuo gydymo nurodymų laikymosi kontekste....	50
1.6 Sergančiųjų lėtinėmis ligomis asmenybinių veiksnių reikšmė gydymo nurodymų laikymuisi .....	53
1.7 Sociodemografinių veiksnių reikšmė sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymuisi .....	58
2. TYRIMO METODIKA .....	64
2.1 Tyrimo dalyviai ir jų atranka .....	65
2.2 Tyrimo instrumentai.....	68
2.2.1 Gydomo nurodymų laikymosi klausimynas.....	69
2.2.2 Sergančiojo kognityviniai veiksniai: ligos suvokimas ir įsitikinimai apie gydymą .....	73
2.2.3 Subjektyviai vertinami sergančiojo mikroaplinkos veiksniai .....	80
2.2.4 Sergančiojo asmenybiniai veiksniai .....	85
2.2.5 Sociodemografiniai, sveikatos būklės ir gydymo veiksniai .....	90
2.3 Duomenų pasiskirstymas ir transformacija.....	91
2.4 Duomenų apdorojimas .....	94
2.4.1 Pirminė duomenų analizė .....	94
2.4.2 Trūkstamos reikšmės ir jų užpildymas .....	95
2.4.3 Antrinė analizė .....	96
3. REZULTATAI .....	97
3.1 Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi raiškos modelis..	97
3.2 Pirminė gydymo nurodymų laikymosi veiksnių analizė.....	104

3.2.1 Gydomo nurodymų laikymosi ryšys su sociodemografiniais veiksniais ..	104
3.2.2 Gydomo nurodymų laikymosi ryšys su sveikatos būklės bei gydymo veiksniais .....	109
3.2.3 Gydomo nurodymų laikymosi ryšys su sergančiojo kognityviniais veiksniais .....	111
3.2.4 Gydomo nurodymų laikymosi ryšys su asmenybiniais veiksniais .....	112
3.2.5 Gydomo nurodymų laikymosi ryšys su sergančiojo mikroaplinkos veiksniais .....	114
3.2.6 Sociodemografinių, asmenybinių, sveikatos būklės, gydymo ypatumų, kognityvinių ir sergančiojo mikroaplinkos veiksnių reikšmė medikamentinio gydymo nurodymų laikymuisi ir jo faktoriams .....	115
3.2.7 Sociodemografinių, asmenybinių, sveikatos būklės, kognityvinių ir mikroaplinkos veiksnių reikšmė nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriams .....	124
3.2.8 Gydomo nurodymų laikymąsi prognozuojančių veiksnių tarpusavio ryšys .....	134
3.3 Antrinė gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančių veiksnių analizė.....	137
3.3.1 Medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinis modelis.....	137
3.3.2 Medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinis modelis .....	141
3.3.3 Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinis modelis .....	145
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	149
4.1 Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi raiška .....	149
4.2 Medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai ....	151
4.3 Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai .....	157
4.4 Netiesiogiai su medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymusi susiję veiksniai .....	164
4.5 Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams.....	168
4.6 Praktinės rekomendacijos .....	171
5. IŠVADOS .....	176
LITERATŪRA .....	179
PRIEDAI.....	205

## PAGRINDINĖS SĄVOKOS

**Gydymo nurodymų laikymasis** (angl. *treatment adherence*): „mastas, kuriuo sergančiojo elgesys – vaistų vartojimas, dietos laikymasis ir / ar kitų gyvensenos pokyčių įgyvendinimas, atitinka su sveikatos priežiūros specialistu suderintas rekomendacijas“ (WHO, 2003).

**Su sveikata susijęs elgesys** (angl. *health-related behavior*): „bet koks elgesys, kuris gali paveikti asmens fizinę sveikatą, arba bet koks elgesys, kuris asmens nuomone gali paveikti fizinę sveikatą“ (Sutton, 2004).

**Subjektyvios normos** (angl. *subjective norms*): suvokiami artimųjų arba kitų svarbių žmonių su tam tikru elgesiu susiję lūkesčiai (McEachan et al., 2011).

**Sergančiojo mikroaplinka** (angl. *micro-level*) – apima socialinės aplinkos faktorius, susijusius su sergančiojo tarpasmeniniais santykiais su artimaisiais ir betarpiškais (angl. *face-to-face*) santykiais su sveikatos priežiūros specialistais (Berben et al., 2012).

### Santrumpos

GNL – gydymo nurodymų laikymasis

N-Kb – naudos ir kliūčių balansas

# ĮVADAS

## Darbo aktualumas

Per pastarąjį šimtmetį sveikatos priežiūros sistemoje įvyko daugybė pokyčių. Palaipsniui kito sveikatos priežiūros specialistų požiūris į sveikatą: vis labiau tolstama nuo biomedicininio modelio bei patogeninio požiūrio į sveikatą, daugiau dėmesio skiriama psichologiniams ir socialiniams sveikatos aspektams, didelio susidomėjimo sulaukė sergančiųjų gyvenimo kokybės bei subjektyvus sveikatos būklės vertinimas. Kito ir pagrindiniai iššūkiai sveikatos priežiūros srityje. Antibiotikų paplitimas, skiepijimo programos, demografiniai pokyčiai visuomenėje, susiję su populiacijos senėjimu, ir gyvenimo būdo pokyčiai sąlygoja tai, kad sveikatos priežiūros sistemos bei visuomenės sveikatos iššūkį – infekcines ligas pakeitė lėtiniai susirgimai.

Lėtinės ligos yra ilgai trunkantys arba nuolatos pasikartojantys sveikatos sutrikimai. Visos lėtinės ligos reikalauja kompleksinio, ilgalaikio gydymo, jos sudaro didžiąją dalį visų neįgalumo atvejų ir tampa dažniausia ankstyvos mirties priežastimi. Mažo ir vidutinio ekonominio išsivystymo šalyse lėtinės ligos, kurių atsiradimui gali būti užkirtas kelias, o eiga gali būti kontroliuojama, yra siejamos su 86 proc. visų ankstyvos mirties atvejų (WHO, 2013). Lietuvoje ir pasaulyje vienomis labiausiai paplitusių lėtinių ligų laikomos širdies kraujagyslių ligos (tarp kurių ryškiausia yra arterinė hipertenzija) ir II tipo cukrinis diabetas (WHO, 2014a; WHO, 2014b). Remiantis Higienos instituto duomenimis, mirtingumas nuo kraujotakos sistemos sutrikimų 2014 metais sudarė 56 proc. visų mirties atvejų šalyje (Mirties priežasčių registras, 2015). Maždaug pusė visų insultų ir išeminės širdies ligos atvejų (Williams, 2010) ir 12,8 procentų visų mirties priežasčių (Perreault et al., 2010) siejama su arterine hipertenzija. Be to, dėl šių ligų komorbidiškumo (Bretzel, 2007; Long & Dagogo-Jack, 2011) su neįgalumu ir mirtingumu nuo širdies kraujagyslių ligų glaudžiai siejasi sergamumas lėtine liga cukriniu diabetu, kuris spartina aterosklerozės atsiradimą ir progresavimą. Anot Valstybinių ligonių kasų, išlaidos kraujospūdį mažinantiesiems vaistiniams

preparatams kompensuoti yra didžiausios palyginti su kitomis lėtinėmis ligomis, o antra liga pagal išlaidų dydį – cukrinis diabetas (Valinskaitė-Baršėvičienė, 2014). Būtent dėl šių priežasčių lėtinės ligos laikomos rimtu iššūkiu sveikatos priežiūros sistemai bei socialinei šalies ekonomikai. Siekiant sumažinti neigiamus lėtinių ligų padarinius tiek individo, tiek socioekonominiu lygmeniu, ypatingas dėmesys turi būti skiriamas lėtinių ligų kontrolės užtikrinimui.

Pasaulio sveikatos organizacijos visuotiniame veiksmų plane (WHO, 2013) lėtinių ligų keliamiems iššūkiams įveikti numatytos specialiosios priemonės ir išskirtos 4 prioritetinės ligų grupės: širdies ir kraujagyslių ligos, vėžiniai susirgimai, lėtinės kvėpavimo takų ligos ir cukrinis diabetas. Aprašant su vėžiniais susirgimais susijusias priemones dėmesys kreipiamas prevencijai, skiepams ir gyvenimo pokyčiams, profilaktikai ir ankstyvajai diagnostikai; kvėpavimo ligų – aplinkos veiksnių, pavyzdžiui, oro užterštumo, poveikio mažinimui, prevenciniams gyvenimo pokyčiams bei astmos kontrolei; tuo tarpu išskiriant priemones, susijusias su širdies ir kraujagyslių ligomis bei cukriniu diabetu, labiausiai akcentuojamas hipertenzijos ir hiperglikemijos gydymas, ligų komplikacijų, infarkto ir insulto prevencija (WHO, 2013). Sveikatos priežiūros specialistai nuolat tobulina esamus ir kuria naujus gydymo, lėtinių ligų ir jų komplikacijų prevencijos metodus, tačiau net klinikiniais tyrimais patvirtintas efektyvus gydymas dar negarantuoja gerų gydymo rezultatų. Pasaulio sveikatos organizacijos (WHO, 2003) teigimu, išsivysčiusiose šalyse vidutiniškai tik 50 proc. pacientų, kenčiančių nuo lėtinių ligų, laikosi gydymo rekomendacijų. Gydymo nurodymų nesilaikymo paplitimas tarp skirtingomis ligomis sergančiųjų skiriasi. Net iki 80 procentų sergančiųjų, kuriems nustatyta arterinė hipertenzija, nesilaiko gydymo nurodymų (Osterberg & Blaschke, 2005), sergančiųjų cukrinio diabeto GNL rodikliai taip pat laikomi vienais prasčiausių (DiMatteo, 2004a). Vaistų vartojimo ir kitų sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijų nevykdymas pasireiškia nepriklausomai nuo ligos pobūdžio, sunkumo ir sveikatos priežiūros resursų prieinamumo, be to, yra numatoma, kad besivystančiose

šalyse tinkamai gydymo nurodymų besilaikančių lėtinėmis ligomis sergančių asmenų procentas gali būti dar mažesnis (WHO, 2003). Visos anksčiau išsakytos prielaidos liudija, kad nemaža dalis lėtinėmis ligomis sergančiųjų negauna naudos iš jiems paskirto gydymo.

Šiuo metu yra pagrįstai manoma, kad ryšį tarp lėtinės ligos ir sveikatos medijuoja būtent gydymo nurodymų laikymasis. Tęstiniai GNL naudingumo tyrimai rodo, kad gydymo nurodymų laikymosi užtikrinimas gydant sergančiuosius hipertenzija reikšmingai sumažina koronarinės širdies ligos atsiradimo tikimybę (Perreault et al., 2010) ir yra veiksmingas širdies kraujagyslių ligų prevencijos būdas (Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009). O jei hipertenzija sergantys asmenys prastai laikosi gydymo nurodymų, mirtingumo rizika padidėja net tris kartus (Herttua, Tabák, Martikainen, Vahtera, & Kivimäki, 2013). Be to, norint pasiekti gerų gydymo rezultatų svarbus pastovus, nuolatinis gydymo nurodymų laikymasis (Veronesi et al., 2007). Atlikus išsamų įvertinimą, De Geest su bendraautoriais (2014) nustatė, kad du trečdaliai asmenų, kuriems buvo įtariama medikamentams atspari hipertenzijos forma, iš tikrųjų nesilaikė gydymo nurodymų. Savo ruožtu prastai kontroliuojamas cukrinis diabetas sukelia rimtas mažųjų ir didžiųjų kraujagyslių, nefrologines, oftalmologines komplikacijas, didina galūnių amputacijos tikimybę ir mirtingumą (Norkus, Ostrauskas ir Šulcaitė, 2005; Vermeire et al., 2005). Galiausiai, daugelis tyrimų parodė, kad nepakankamas gydytojo paskirto lėtinių ligų gydymo nurodymų vykdymas neišvengiamai veikia gydymo ir reabilitacijos efektyvumą, turi reikšmingų pasekmių asmens sveikatai bei lemia ekonominius ir socialinius valstybės nuostolius (Choudhry, Setoguchi, Levin, Winkelmayr, & Shrank, 2008). Geriausiai gydymo nurodymų nesilaikymo ekonomines pasekmes iliustruoja II tipo cukrinis diabetas: šios ligos sukeltų komplikacijų gydymas būna žymiai brangesnis nei jos kontrolė (Norkus ir kt., 2005). Domeikienės, Vaivadaitės, Ivanauskienės ir Padaigos (2014) analizė parodė, kad metiniai II tipo cukriniu diabetu sergančiojo gydymo kaštai esant komplikacijoms yra beveik 2,5 karto didesni nei be komplikacijų. Taigi, turint omenyje gydymo nurodymų laikymosi



svarbą vykdant lėtinių ligų kontrolę, profilaktiką ir neįgalumo prevenciją, GNL gali būti pripažintas pagrindiniu veiksmu, užtikrinančiu sveikatos priežiūros kokybę, o šios srities tyrinėjimai turėtų būti prilyginami efektyvių gydymo metodų kūrimui.

Nepaisant gydymo nurodymų laikymosi svarbos, šioje srityje trūksta kompleksinių tyrimų (Munro, Lewin, Swart, & Volmink, 2007; WHO, 2003), o tyrėjai neretai apsiriboja pavienių GNL veiksmų analize. Taip pat iki šiol nėra aišku, kiek dažniausiai rekomenduojami gydymo nurodymų laikymąsi skatinantys metodai yra veiksmingi, kaip ilgai išlieka jų poveikis. Tyrimai rodo, jog visi šiuo metu egzistuojantys metodai turi reikšmingų trūkumų ir stokoja pakankamo veiksmingumo įrodymų (Aronson, 2007; Van Dulmen et al., 2007). Be to, vienas dažniausiai minimų gydymo nurodymų laikymosi skatinimo būdų – paciento švietimas, empirinių tyrimų duomenimis, yra mažai veiksmingas (Vermeire et al., 2005) arba būna nesusijęs su geresnių gydymo nurodymų laikymusi. Tad gydymo nurodymų laikymosi ir jį prognozuojančių veiksmų tyrimai ypač aktualūs lėtinių ligų, reikalaujančių ilgalaikio gydymo, srityje.

### **Mokslinis naujumas**

Nors yra visuotinai pripažįstama, kad gydymo nurodymų laikymasis apima ne tik paskirtų vaistų vartojimą, bet taip pat sergančio asmens elgsenos ir gyvenamosios pokyčius, kurie yra būtini sveikimui ir neįgalumo prevencijai, tačiau neretai tyrimams trūksta sisteminio požiūrio, dauguma tyrimų yra fragmentiški (AlGhurair, Hughes, Simpson, & Guirguis, 2012; Munro et al., 2007) ir apsiriboja vien tik tokiais gydymo nurodymų laikymosi aspektais kaip reguliarus ir tinkamas vaistų vartojimas (pavyzdžiui, Haynes, Achloo, Sahota, McDonald, & Yao, 2008; Kalibatienė, Biliukas ir Kalibataitė, 2013; Mahtani Heneghan, Glasziou, & Perera, 2011; Schroeder, Fahey, & Ebharim, 2004; Vermeire et al., 2005). Šiame tyrime analizuojamas platus su gydymo nurodymų laikymusi susijusių sergančiojo elgsenų spektras, tokių kaip vaistų vartojimas, savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas ir mitybos ypatumai. Be to, vaistų vartojimas analizuojamas keliais aspektais, išskiriant tyčinį ir

netyčini vaistų neįvertinimą, kadangi siekiant nuodugniau iširti reiškinį būtina išsami skirtingų vaistų neįvertinimo paternų analizė (Clifford, Barber, & Horne, 2008; Lehane & McCarthy, 2007a; Wroe, 2002). Šiame tyrime taip pat atliekama ir gydymo nurodymų laikymosi kaip skirtingus aspektus apimančio konstrukto struktūros analizė – jai analogiškų tyrimų, kurie bandytų empiriškai įvertinti sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL faktorių struktūrą, rasti nepavyko.

Šiuo metu sveikatos psichologijoje dominuojantys ir su sveikata susijusį elgesį aiškinantys teoriniai modeliai ligos suvokimą analizuoja akcentuodami sergančiojo suvokiamos rizikos veiksnius – suvokiamą ligos sunkumą bei riziką sveikatai (Day, Van Dort, & Tay-Teo, 2010; Munro et al., 2007). Šiame tyrime, be tradicinių ligos suvokimo aspektų, į analizę buvo įtraukti tokie ligos suvokimo kintamieji kaip suvokiamos ligos kontrolė ir ligos trukmė.

Nors asmenybės bruožų svarba nėra neigiama, nei viename iš šiuo metu sveikatos psichologijoje dominuojančių teorinių modelių nėra išsamiai analizuojama asmenybės bruožų reikšmė su sveikata susijusiam elgesiui. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis asmenybės bruožų reikšmė gydymo nurodymų laikymuisi tiriama retai, o tais atvejais, kai asmenybės bruožai sulaukia tyrėjų dėmesio, jie dažniausiai analizuojami kaip atskiras GNL prognozuojantis veiksnys (Axelsson, Brink, Lundgren, & Lötvall, 2011; Hilliard, Brewer, Cornelius, & Van Raalte, 2014; Wheeler, Wagaman, & McCord, 2012; Williams, O'Connor, Grubb, & O'Carroll, 2011) arba, retais atvejais, kartu su vien ligos suvokimo ar vien įsitikinimų apie gydymą kintamaisiais (pavyzdžiui, Axelsson, 2013; Axelsson, Cliffordson, Lundbäck, & Lötvall, 2013; Emilsson et al., 2011; Žugelj et al., 2010). Būtent dėl mažo iširtumo GNL kontekste šiame tyrime į analizę buvo įtraukti Didžiojo penketo teorijos pagrindu išskiriami asmenybės bruožai.

Nors su sveikata susijusį elgesį analizuojantys modeliai nepakankamai dėmesio skiria asmenybės bruožams, tačiau kiti analizuojami kintamieji dažniausiai gali būti priskiriami sergančiojo lygmens veiksniams (angl. *patient-level factors*) (Berben, Dobbels, Emgberg, Hill, & De Geest,

2012). Tik labai retais atvejais atsižvelgiama į socialinės aplinkos veiksnius, pavyzdžiui, planuoto elgesio teorija išskiria subjektyvias normas kaip reikšmingą socialinio ir su sveikata susijusio elgesio prediktorių (Ajzen, 2011; Armitage & Conner, 2001; Hagger & Chatzisarantis, 2009; McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011; Mirkuzie, Sisay, Moland, & Åstrøm, 2011). Taigi, šiame tyrime, be sergančiojo lygmens kintamųjų, į analizę įtraukiami tokie mikroaplinkos veiksniai kaip sergančiojo požiūris į gydytoją, artimųjų parama ir subjektyvios normos.

Galiausiai, pasitelkus struktūrinių lygčių modeliavimo metodus, šiame tyrime atlikta kompleksinė ir platus kintamųjų spektrą apimanti prognozuojančių veiksnių analizė, kokios taip stokoja kiti gydymo nurodymų laikymąsi nagrinėjantys tyrimai (AlGhurair et al., 2012). Ši analizė leido vienu modeliu ne tik įvertinti tų pačių prediktorių reikšmę keliems sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi aspektams, bet taip pat atskleisti prognozuojančių veiksnių tarpusavio sąsajas bei nustatyti netiesioginius mikroaplinkos, gydymo ypatumų ir sveikatos būklės ryšius su GNL. Netiesioginių prognostinių ryšių nustatymas suteiks ne tik išsamesnių žinių apie gydymo nurodymų laikymąsi svarbius veiksnius, bet ir naujų įžvalgų gydymo nurodymų laikymąsi skatinančių intervencijų srityje.

Lietuvoje gydymo nurodymų laikymosi tema yra atlikti tik pavieniai tyrimai, susiję su psichikos sveikatos sutrikimais ir / arba apsiribojantys vaistų vartojimo reguliarumu (pavyzdžiui, Danilevičiūtė ir kt., 2006; Kalibatienė ir kiti, 2013). Taigi, galime pakankamai pagrįstai manyti, kad šis tyrimas – vienas pirmųjų kompleksinis (apimantis sergančiojo kognityvinius ir asmenybinius, sveikatos būklės, gydymo ir mikroaplinkos kintamuosius) sergančiųjų lėtinėmis ligomis įvairių gydymo nurodymų laikymosi aspektų prognozuojančių veiksnių tyrimas Lietuvoje.

## **Praktinė reikšmė**

Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančių veiksnių išskyrimas leis parengti rekomendacijas, skirtas sveikatos priežiūros specialistams ir sveikatos psichologams, dirbantiems su lėtinėmis ligomis sergančiais pirminės sveikatos priežiūros ar reabilitacijos įstaigose, planuojantiems ir vykdančioms sveikatos stiprinimą skatinančias bei lėtinių ligų komplikacijų prevencijos programas.

Kadangi šiame tyrime analizuojami tiek lengviau intervencijoms pasiduodantys, tiek nemodifikuojami prognostiniai veiksniai, empiriškai pagrįsta informacija apie šių veiksnių reikšmę sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymuisi leis ne tik parengti rekomendacijas apie tai, kokių veiksnių korekcijų reikėtų pirmiausiai imtis siekiant pagerinti sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi, bet taip pat suteiks pagrindą sveikatos priežiūros srityje dirbantiems specialistams numatyti, kurie iš lėtinėmis ligomis sergančiųjų, tikėtina, prasčiau laikysis gydymo nurodymų, bei imtis tikslingų prevencinių veiksnių.

Be to, žinios apie bendrus ar tam tikriems gydymo nurodymų laikymosi aspektams specifinius prognozuojančius veiksnius suteiks sveikatos priežiūros srityje dirbantiems specialistams gaires rengiant tiek bendro pobūdžio, tiek tikslingas ir individualizuotas gydymo nurodymų laikymąsi skatinančias intervencijas, geriausiai atitinkančias lėtine liga sergančiojo poreikius ir interesus, atsižvelgiant į tai, kurių gydymo nurodymų aspektų sergančiajam prasčiausiai sekasi laikytis, bei kitus sunkumus, kurių sergantysis patiria gydymosi procese.

## **Tyrimo tikslas, uždaviniai ir ginamieji teiginiai**

**Tyrimo tikslas.** Šiame tyrime siekiame išskirti sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančius biopsichosocialinius (sociodemografinius, asmenybinius, kognityvinius, socialinės mikroaplinkos, sveikatos būklės bei gydymo) veiksnius, atskleisti šių veiksnių tarpusavio sąsajas bei netiesioginius prognostinius ryšius su sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymusi.

Tyrimo tikslui įgyvendinti iškelti tokie **uždaviniai**:

1. Nustatyti gydymo nurodymų laikymosi konstrukto struktūrą sergančiųjų lėtinėmis ligomis grupėje.
2. Įvertinti sergančiųjų lėtinėmis ligomis sociodemografinių, asmenybinių, kognityvinių, socialinės mikroaplinkos, sveikatos būklės ir gydymo veiksnių reikšmę gydymo nurodymų laikymuisi.
3. Išanalizuoti sergančiojo kognityvinių, socialinės mikroaplinkos, sveikatos būklės ir gydymo veiksnių tarpusavio sąsajas.
4. Parengti ir empiriškai pagrįsti kompleksinį sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi prognostinį modelį.

**Ginamieji teiginiai:**

1. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi konstrukta geriausiai paaiškina hierarchinė struktūra, kurią sudaro du antro lygmens faktoriai – medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis. Medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių sudaro tyčinis ir netyčinis vaistų neįtvėrimas; nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių sudaro savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas ir mitybos ypatumai.
2. Tyčinis ir netyčinis vaistų neįtvėrimas pasižymi tiek bendrais, tiek besiskiriančiais prognostiniais veiksniais. Netyčinis vaistų neįtvėrimas prognozuojamas sergančiojo asmenybinių ir sociodemografinių veiksnių; tyčinis vaistų neįtvėrimas prognozuojamas gydymo ypatumų

ir mikroaplinkos veiksnių. Tiek tyčini, tiek netyčini vaistų neįvertinimą prognozuoja sergančiojo įsitikinimai apie gydymą ir ligos trukmės suvokimas.

3. Mikroaplinkos veiksniai prognozuoja sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi ir sergančiojo įsitikinimus apie gydymą ir ligos suvokimą. Skirtingai negu artimųjų parama ir subjektyvios normos, sergančiojo požiūris į gydytoją tik netiesiogiai prisideda prie sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi prognozavimo, ryšį tarp sergančiojo požiūrio į gydytoją ir gydymo nurodymų laikymosi paaiškina sergančiojo įsitikinimai apie gydymą.
4. Tik nežymi dalis sveikatos būklės ir gydymo veiksnių tiesiogiai prognozuoja sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi, tačiau didžioji dauguma jų turi svarbios reikšmės sergančiojo įsitikinimams apie gydymą bei ligos suvokimui ir tokiu būdu netiesiogiai prisideda prie gydymo nurodymų laikymosi paaiškinimo.

# 1. TYRIMŲ APŽVALGA

## 1.1 Gydomo nurodymų laikymosi samprata praktikoje ir tyrimuose

Sergančiųjų elgesio problema, susijusi su vaistų vartojimu bei kitų gydymo rekomendacijų vykdymu, yra žinoma nuo seno. Dar Hipokratas stengėsi atkreipti gydytojų dėmesį į tai, kad toli gražu ne visada galima pasitikėti pacientų informacija apie gydytojų suteiktų rekomendacijų paisymą (Osterberg & Balschke, 2005; Pollock, 2005). Nors nuo Hipokrato laikų atlikta nemažai tyrimų, siekiančių paaiškinti sergančiojo elgseną, susijusią su gydymo rekomendacijomis, iki šiol literatūroje ir moksliniuose tyrimuose yra naudojamos mažiausiai trys sąvokos šiam reiškiniui pavadinti: **paklusimas gydymui** (angl. *compliance*), **sutikimas** (angl. *concordance*) ir **gydymo nurodymų laikymasis** (angl. *treatment adherence*). Terminų gausa rodo nesant bendro sutarimo. Nepaisant pabrėžiamų skirtumų, neretai visi trys terminai praktikoje ir tyrimuose naudojami kaip sinonimai, o tai įneša tik daugiau painiavos.

### 1.1.1 Su sergančiojo elgesiu gydymo procese susijusių sąvokų įvairovė

*Paklusimo gydymui* terminas pradėtas vartoti dvidešimto amžiaus septintajame dešimtmetyje, bet tapo pripažintas sveikatos priežiūros specialistų tik pasirodžius Haynes ir Sackett darbams aštuntojo dešimtmečio viduryje (Pollock, 2005). Šie tyrėjai įvertino ir aprašė nepaklusimo gydymui, susijusio su vaistų vartojimu, mastą bei ieškojo veiksnių, kuriuos pasitelkę galėtų šį reiškinį paaiškinti. Dar palyginti neseniai paklusimo gydymui terminas buvo plačiai paplitęs tarp sveikatos priežiūros specialistų ir buvo naudojamas kalbant apie gydymo rekomendacijų laikymąsi.

Deja, galima rasti net kelis paklusimo gydymui apibrėžimus, o daugelis autorių savo darbuose šio termino neapibrėžia arba nenurodo, kuriuo apibrėžimu vadovaujasi (Chatterjee, 2006). *Paklusimas gydymui* gali būti apibrėžiamas kaip paciento elgesio atitikimo sveikatos priežiūros specialisto paskirtoms rekomendacijoms mastas (Horne, Weinman, Barber, Elliott, &

Morgan, 2005, 12 psl.), t. y. kiek nuosekliai pacientas vykdo gydytojo rekomenduojamą gydymo planą. Neretai paklusimas gydymui apibrėžiamas pasitelkiant dažniausiai pasitaikančius nepaklusimo gydymui pavyzdžius (Pollock, 2005), tokius kaip išrašytų vaistų neįtvėrimas, savavališkos ir pasikartojančios pertraukos vartojant vaistus (angl. *drug holidays*), paskirtos vaistų dozės modifikavimas, sveikatai žalingo elgesio (rūkymo / piktnaudžiavimo alkoholiu) nenutraukimas ir pan.

Pastaruoju metu paklusimo gydymui terminas sulaukė nemažai kritikos. Dar Haynes ir Sackett bandymai paaiškinti nepaklusimo gydymui ištakas, siejant šį elgesį su specifinėmis sergančiųjų charakteristikomis, leido tarp sveikatos priežiūros specialistų išsivrauti nuostatoms, jog pacientai yra neracionalūs, neišprusę ir nekompetentingi. „Nepaklusnaus“ paciento etiketė stigmatizuoja, apibūdina gydymo rekomendacijų nevykdančio paciento elgesį kaip deviantinį, o patį pacientą kaip „sunkų“, nepatikimą ir nebendradarbiaujantį (Lutfey & Wishner, 1999). Paklusimo gydymui terminas yra plačiai kritikuojamas ir dėl sąvokoje atsispindinčio paternalistinio, šiuolaikinei sveikatos priežiūros koncepcijai prieštaraujančio požiūrio į pacientą (Lutfey & Wishner, 1999), sveikatos priežiūros specialistų ir sergančiojo atsakomybės disbalanso (Aronson, 2007) – pacientas vaizduojamas kaip pasyvus, nuolankus sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas, kurio poreikiai ir pageidavimai yra užgožiami sveikatos priežiūros specialisto kompetencijos ir autoriteto. Dėl anksčiau išvardytų priežasčių mokslinėje literatūroje šio termino yra pamažu atsisakoma.

Kaip reakcija į paklusimo gydymui termino kritiką palyginti neseniai buvo įvesta sąvoka *sutikimas*, ji dažniausiai naudojama Jungtinėje Karalystėje. Pirmą kartą sutikimo koncepcija buvo pristatyta 1997 m. Jungtinės Karalystės Karališkosios farmacinės draugijos ataskaitoje „Nuo paklusimo gydymui iki sutikimo“. Kritikuodami paklusimo gydymui sampratą siūlomą pasyvų sergančiojo vaidmenį ir akcentuodami būtinybę pereiti prie „į pacientą orientuoto“ sveikatos priežiūros modelio, sutikimo koncepcijos šalininkai pabrėždavo bendrų sprendimų priėmimo, paciento įtraukimo į gydymo



planavimo procesą, paciento pasitenkinimo ir kompetencijos pripažinimo svarbą. Karališkosios farmacinės draugijos ataskaitoje (1997) sutikimas apibrėžiamas kaip sutarimas dėl vaistų vartojimo ir kitų gyvenamosios pokyčių, pasiektas derybų būdu tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto, gerbiančio paciento įsitikinimus ir pageidavimus (Horne et al., 2005). O tuo atveju, kai sutarimas arba kompromisas negali būti pasiektas, paciento požiūriui turi būti skiriama pirmenybė.

Sutikimo sąvokai trūksta specifiškumo, kuris būtų naudingas tiek mokslinių tyrimų, tiek sveikatos priežiūros specialistų praktiniame darbe. Dėl sąvokos platumo ir neapibrėžtumo praktiškai neįmanoma atskirti, ar ši sąvoka yra medicinos filosofijos konstruktas, apibrėžiantis paciento ir sveikatos specialisto bendravimo ypatumus ir gydymo skyrimo kultūrą, ar tam tikra intervencija, siekianti užtikrinti geresnį gydymo rekomendacijų vykdymą. Nors sutikimo sąvokai galima priskirti reikšmingą vaidmenį gydymo nurodymų laikymosi sampratos raidoje, tačiau šis terminas labiausiai akcentuoja sergančiojo ir sveikatos priežiūros specialisto bendradarbiavimą bei konsultavimo procesą ir nepadedą aprašyti su gydymu susijusios sergančiojo elgsenos, todėl neturėtų būti naudojamas kaip GNL sinonimas.

*Gydymo nurodymų laikymosi* terminas labiausiai paplito dvidešimtojo amžiaus dešimtojo dešimtmečio viduryje (Lutfey & Wishner, 1999) ir buvo priimtas kaip paklusimo gydymui alternatyva norint pabrėžti paciento vaidmens priimant sprendimus svarbą (Horne et al., 2005). Ši sąvoka išlaiko balansą tarp kraštutinai paternalistinio požiūrio į sergantį ir perdėto sergančiojo pageidavimų akcentavimo gydymosi procese.

Gydymo nurodymų laikymasis apibrėžiamas kaip mastas, kuriuo sergančiojo elgesys – vaistų vartojimas, dietos laikymasis ir / ar kitų gyvenamosios pokyčių įgyvendinimas, atitinka su sveikatos priežiūros specialistu suderintas rekomendacijas (Horne et al., 2005; WHO, 2003). Pasaulio sveikatos organizacija (2003) pabrėžia, kad gydymo nurodymų laikymosi konstruktas apima daugelį su sveikata susijusių elgesio apraiškų, kurios neapsiriboja vien reguliariu ir tinkamu vaistų vartojimu, bet kartu gali apimti

tokius veiksmus kaip medicininės pagalbos paieška, asmeninės higienos reikalavimų vykdymas, skiepijimas, receptinių vaistų papildymas, pakartotinis apsilankymas pas gydytoją, nuolatinis savo sveikatos būklės stebėjimas ir savirūpa, sveika mityba, fizinis aktyvumas ir pan. Priešingai negu paklusimo gydymui atveju, svarbus yra abipusis gydytojo ir paciento sutarimas dėl numatyto gydymo režimo (Aronson, 2007). Šis apibrėžimas labiausiai tinkamas, kai turimas omenyje ilgalaikis gydymas (WHO, 2003), nes sveikatos priežiūros specialisto ir sergančiojo bendradarbiavimas yra itin svarbus siekiant užtikrinti pakankamą lėtinės ligos kontrolę (Lutfey & Wishner, 1999), ypač kai pacientas yra savarankiškai atsakingas už visų gydymo rekomendacijų vykdymą. Tačiau ne visi dažniausiai vardinami gydymo nurodymų laikymosi pavyzdžiai yra tinkami lėtinės ligos atveju. Be to, nei Pasaulio sveikatos organizacija, nei kiti mokslininkai nepateikia baigtinio su sveikata susijusio elgesio sąrašo, kuris apimtų gydymo nurodymų laikymosi sąvoką; tai, koks su sveikata susijęs elgesys priskiriamas GNL, siejama su konkrečios lėtinės ligos specifika ir priklauso nuo gydymo reikalavimų.

Nepaisant to, kad gydymo nurodymų laikymosi sąvoka yra laikoma labiau tinkama negu paklusimas gydymui, ji taip pat turi nemažai trūkumų. Tiek paklusimo gydymui, tiek GNL terminai nėra pakankamai informatyvūs apibrėžiant su vaistų vartojimu arba su kitomis gydymo rekomendacijomis susijusią elgseną (Osterberg & Balschke, 2005). Kaip ir paklusimo gydymui atveju, gydymo nurodymų laikymosi sąvoka kritikuojama kaip praktiškumo stokojantis vienadimensis konstruktas, kuriuo bandoma paaiškinti kompleksinę ir daugiadimensę su gydymu susijusios elgsenos prigimtį, neatsižvelgiant į gydymo dinamiškumą (Glasgow & Anderson, 1999). Be to, daugelis tyrėjų paklusimo gydymui ir gydymo nurodymų laikymosi terminus, dėl abiejų sąvokų apibrėžimuose esančių panašumų, iki šiol naudoja kaip lygiaverčius sinonimus (pavyzdžiui, Ahmadipour, Farajzadegan, Kkachoei, & Pirdehghan, 2010; Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008; Osterberg & Blaschke, 2005), ir tai tik dar labiau apsunkina šių dviejų terminų atskyrimą.

Dėl anksčiau išvardytų problemų atsirado autorių, teigiančių, kad sveikatos priežiūros sistemai reikia visiškai naujos terminologijos, apibrėžiančios sergančiųjų lėtinėmis ligomis su gydymu susijusią elgseną. Buvo išsakyti siūlymai minėtoms sąvokoms pakeisti ir įvesti tokius terminus kaip savirūpa (angl. *self-care*), savivalda (angl. *self-management*) arba autonomijos motyvacija (angl. *autonomy motivation*), kalbant apie psichologinį procesą, skatinantį keisti elgseną, ir autonomijos palaikymas (angl. *autonomy support*), kalbant apie sveikatos priežiūros specialisto veiksmus, skatinančius padidinti sergančiojo autonomijos motyvaciją (Williams, Freedman, & Deci, 1998). Tačiau net atsižvelgus į išsakytą kritiką, dauguma tyrėjų ir praktikų rekomenduoja vartoti gydymo nurodymų laikymosi terminą (Aronson, 2007, Horne et al., 2005), kuris, nepaisant jo trūkumų, šiuo metu geriausiai atitinka šiuolaikinę medicinos filosofiją bei atspindi sveikatos priežiūros sistemoje propaguojamą į pacientą orientuotą požiūrį. Taigi, jau konceptualiaame lygmenyje kyla nemažai diskusijų apie tai, kaip gydymo nurodymų laikymosi terminas turi būti suprantamas ir naudojamas, dar daugiau neaiškumų kelia tai, kaip GNL turėtų būti operacionalizuojamas moksliniuose tyrimuose.

### **1.1.2 Gydymo nurodymų laikymosi operacionalizavimas moksliniuose tyrimuose**

Nemažai autorių savo tyrimuose remiasi Pasaulio sveikatos organizacijos (2003) siūlomu arba labai panašiu gydymo nurodymų laikymosi apibrėžimu (pavyzdžiui, AlGhurair et al., 2012; Mahtani et al., 2011; Quittner, Modi, Lemanek, Ievers-Landis, & Rapoff, 2008; Vervloet et al., 2012). Nors yra visuotinai pripažįstama, kad gydymo nurodymų laikymasis apima įvairias su gydymu susijusias elgsenas ir gyvensenos pokyčius, tačiau dauguma atliekamų tyrimų orientuojasi tik į vieną gydymo nurodymų laikymosi aspektą, susijusį su vaistų vartojimu (pavyzdžiui, Haynes et al., 2008; Kalibatienė ir kiti, 2013; Mahtani et al., 2011; Schroeder et al., 2004; Vermeire et al., 2005), kitaip tariant, GNL yra prilyginamas vaistų vartojimo ypatumams. Tuo tarpu tyrimų, kuriuose būtų vienu metu analizuojami bent keli gydymo nurodymų

laikymosi aspektai, pasitaiko daug rečiau (pavyzdžiui, Broadbent, Donkin, & Stroh, 2011; Ganiyu, Mabuza, Malete, Govender, & Ogunbanjo, 2013; Shams & Barakat; 2010). Be to, pasitaiko, kad toks sergančiojo elgesys kaip sveika mityba arba fizinio aktyvumo lygis analizuojamas atskirai, jo nepriskiriant ir tiesiogiai nesiejant su GNL (pavyzdžiui, Garcia-Aymerich, Lange, Benet, Schnohr, & Anto, 2006; Mueller et al., 2007; Steptoe, Kerry, Rink, & Hilton, 2001; Stevens et al., 2007; Thomas, Alder, & Leese, 2004). Taigi, nepaisant postuluojuo nuoseklus gydymo nurodymų laikymosi sąvokos traktavimo, susidaro įspūdis, kad praktiškai aiškaus sutarimo, kokį su gydymu susijusį elgesį apima gydymo nurodymų laikymasis, nėra. Tai, kad tarp tyrėjų nesutariama dėl GNL priskiriamos elgsenos, puikiai iliustruoja savo būklės stebėjimo ir piktnaudžiavimo alkoholiu pavyzdžiai, kurie bus aptarti toliau.

Nors Pasaulio sveikatos organizacija (2003) tokį sergančiojo elgesį kaip savo būklės stebėjimas (sergant hipertenzija arba cukriniu diabetu, tai apima reguliarių savarankišką kraujospūdžio / gliukozės kiekio kraujyje matavimą ir reguliarių lankymąsi pas sveikatos priežiūros specialistą) priskiria gydymo nurodymų laikymosi elgesiui, kai kurie autoriai traktuoja jį kaip atskirą nei GNL elgseną arba kaip gydymo nurodymų laikymąsi skatinantį veiksni. Pavyzdžiui, Ogedegbe ir Schoenthaler (2006) atliko sistemine apžvalgą bandydami išsiaiškinti, ar savarankiško kraujospūdžio stebėjimo skatinimas gali pagerinti GNL, t. y. vaistų vartojimą. Apžvalgos rezultatai parodė, kad 54 proc. tyrimų nustatė reikšmingą gydymo nurodymų laikymosi pagerėjimą taikant savarankiško kraujospūdžio matavimo skatinimo priemones, ir tai savo ruožtu dar neleido autoriams teigti, kad šis intervencijos būdas yra pakankamai veiksmingas. Tuo tarpu kita sistemine apžvalga, atlikta Kripalani, Yao ir Hayes (2007), leido autoriams daryti tvirtesnes išvadas apie teigiamą savo būklės stebėjimo skatinimo poveikį gydymo nurodymų laikymuisi, tačiau savo būklės stebėjimo intervencijos buvo kombinuojamos kartu su grįžtamoju ryšiu ir / arba elgesio pastiprinimais, tad sunku vienareikšmiškai pasakyti, ar pokyčiai įvyko vien dėl reguliarnesnio savo būklės

stebėjimo. Nors rezultatai yra prieštaringi, išvada, kad papildoma informacija, gauta iš sergančiojo apie savo būseną, galėtų paskatinti jį imtis padėti koreguojančių veiksmų, nebūtų stebinanti. Kita vertus, jeigu daroma prielaida, kad savo būklės stebėjimas yra vienas iš gydymo nurodymų laikymosi konstrukto, kurie tarpusavyje yra susiję, galima tikėtis, kad vieno aspekto modifikacija gali turėti įtakos kitiems GNL aspektams.

Panašiai kaip savo būklės stebėjimas, piktnaudžiavimas alkoholiu galėtų būti vertinamas kaip viena iš gydymo nurodymų nesilaikymo apraiškų, tačiau piktnaudžiavimas alkoholiu ar kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis taip pat neretai traktuojamas kaip vienas GNL lemiančių veiksnių ir jo nerekomenduojama analizuoti kaip gydymo nurodymų laikymosi konstrukto dalies (Cohn et al., 2011). Jin ir bendraautorių apžvalgoje (2008) piktnaudžiavimas alkoholiu, kartu su demografiniais ir kognityviniais veiksniais, priskiriamas prasto gydymo nurodymų laikymosi rizikos faktoriams. Be to, Ahmed, Karter ir Liu tyrimas (2006), kuris įtraukė daugiau nei 60 tūkstančių cukriniu diabetu sergančiųjų duomenis, parodė, kad didesnis vartojamo alkoholio kiekis reikšmingai prognozuoja prastesnius savo būklės stebėjimo, vaistų vartojimo, mitybos ir fizinio aktyvumo rodiklius. Iš tiesų, piktnaudžiavimas alkoholiu gali trukdyti ne tik gydymo nurodymų laikymuisi, bet ir trikdyti kitas kasdienes veiklas. Turbūt tiksliausia būtų laikytis požiūrio, kad piktnaudžiavimas alkoholiu nepatenka į GNL sritį, o jį prognozuojantys veiksniai glaudžiai persipina su priklausomybės formavimosi psichologiniais ir fiziologiniais mechanizmais.

Nepaisant akivaizdaus nesutarimo dėl kai kurių su sveikata susijusių arba rizikingų elgsenų priskyrimo sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymuisi, dažniausiai, be vaistų vartojimo, analizuojami tokie aspektai kaip savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas ir mitybos ypatumai. Nors nepavyko rasti tyrimų, kurie analizuotų sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL sudarančių dimensijų struktūrą, tačiau remiantis kitų tyrimų išvadomis, kad su sveikata susijęs elgsenų – tiek naudingas, tiek žalingas – formuoja tam tikrus elgsenų klasterius tiek jaunų asmenų, tiek sveikų suaugusiųjų

populiacijoje (Chou, 2008; Galán et al., 2006; Jackson, Sweeting, & Haw, 2012; Leech, McNaughton, & Timperio, 2014; Poortinga, 2007; Pruchno & Wilson-Genderson, 2012; Spring, Moller, & Coons, 2012), galima daryti prielaidą, kad ir sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi sudarančio elgesio charakteristikos taip pat formuos vieną bendrą konstrukta.

Be problemiško sąvokos naudojimo, kitas gydymo nurodymų laikymosi tyrimuose vis dar neišspręstas klausimas yra šio reiškinio vertinimo „auksinio standarto“ stygius (Vermeire et al., 2005). Šiuo metu egzistuoja ir yra aktyviai taikoma plati gydymo nurodymų laikymosi vertinimo metodų įvairovė: pradedant nuo tiesiogiai vertinamų objektyvių rodiklių (pvz., veikliųjų medžiagų koncentracijos kraujyje tyrimas), tęsiant netiesioginiais (pvz., suvartotų / nesuvartotų tablečių skaičiavimas, išrašytų vaistų papildymo stebėjimas, elektroniniai davikliai, parodantys, kada sergantysis atsidarė vaistų buteliuką) ir užbaigiant tiriamųjų saviataskaita grįstais metodais (pvz., interviu, dienoraščių rašymas, klausimynų pildymas). Net objektyviausiu laikomas veikliųjų medžiagų koncentracijos kraujyje nustatymo metodas turi aibę trūkumų (Lewin et al., 2009): be akivaizdžiausio – kaštų, šis metodas gali būti taikomas ne visiems vaistams ir neatsižvelgia į farmakokinetines veikliųjų medžiagų savybes arba individualius vaisto absorbcijos ypatumus (Vermeire et al., 2005). Be to, kai kurie autoriai (Clifford et al., 2008; Lehane & McCarthy, 2007a; Wroe, 2002) teigia, kad moksliniuose tyrimuose ir pats vaistų vartojimo elgesys turi būti skaidomas į mažiausiai dvi skirtingas dimensijas, t. y. atskirai turėtų būti analizuojamas tyčinis ir netyčinis vaistų nevartojimas, tuo tarpu objektyvesniais laikomi vaistų vartojimui ar nevartojimui įvertinti skirti metodai negalėtų atsižvelgti į šį skaidymą. Galiausiai, likusieji, bet ne mažiau svarbūs gydymo nurodymų laikymosi aspektai, tokie kaip savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas, mitybos pokyčiai, tinkamai gali būti įvertinti tik sergančiojo savistata grįstais metodais. Apibendrinus galima teigti, kad savistata grįstų metodų naudojimas yra pakankamai informatyvus ir patikimas ne tik vertinant su vaistų vartojimu susijusį elgesį (Ahmadipour et al., 2010; Kronish & Ye, 2013; Molfenter,

Bhattacharya, & Gustavson, 2012; Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008), bet ir kitą gydymo nurodymų laikymosi konstruktui priskiriamą elgesį.

Dar vienas sunkumas, susijęs su gydymo nurodymų laikymosi operacionalizavimu, yra optimalaus GNL apibrėžimo trūkumas, t. y. nėra visuotinai priimto kriterijaus, kuriuo remiantis galima būtų teigti, jog faktiškai stebimas gydymo nurodymų laikymasis yra adekvatus arba pakankamas. Neretai gydymo nurodymų laikymasis pristatomas kaip dichotominis kintamasis – sergantysis nurodymų arba laikosi, arba nesilaiko. Tačiau toks sergančiųjų skirstymas į dvi kategorijas yra stigmatizuojantis ir gali turėti neigiamos įtakos sveikatos priežiūros specialisto ir sergančiojo bendradarbiavimui (Osterberg & Balschke, 2005). Be to, kyla klausimas, ar sergantysis, kuris nesuvartoja kiekvienos tabletės numatytu laiku, vieną dieną nepasimatuoja kraujospūdžio ar suvalgo didesnę torto gabalą, gali būti pagrįstai laikomas gydymo nurodymų nesilaikančiu? Siekiant išspręsti šį klausimą, kai kurie tyrėjai pristato GNL kaip tam tikrą kontinuumą, apimančią elgesį nuo visiško gydymo nurodymų nesilaikymo iki tikslaus ir nuoseklaus rekomendacijų vykdymo. Vaistų vartojimo atveju neretai fiksuojama 80 procentų riba priimtinam gydymo nurodymų laikymuisi nustatyti (Kronish & Ye, 2013; Ogedegbe & Schoenthaler, 2006). Kiti tyrėjai mano, jog pakankamu GNL gali būti pripažintas tik toks nurodymų laikymasis, kuris siekia 95 procentų ribą, ypač kai asmuo serga tokia liga kaip žmogaus imunodeficito virusas (ŽIV) (Osterberg & Balschke, 2005). Dar sunkiau nubrėžti aiškia pakankamo ir nepakankamo gydymo nurodymų laikymosi ribą, kai bandoma įvertinti kitą, su gyvenamosios pokyčiais susijusį sergančiųjų elgesį. Nors, pavyzdžiui, fizinio aktyvumo pakankamumo įvertinimui yra nustatyta 150 minučių vidutinio intensyvumo pratimų per savaitę, tarp kurių tarpai nėra trumpesni kaip 10 minučių, riba (Tremblay et al., 2011), tačiau aiškios ribos, koks sergančiojo elgesys nepakankamai atitinka gydymo rekomendacijas, tiesiog nėra.

Šiame tyrime gydymo nurodymų laikymasis apibrėžiamas kaip „mastas, kiek asmens elgesys – vaistų vartojimas, dietos laikymasis ir / ar kitų

gyvensenos pokyčių įgyvendinimas, atitinka su sveikatos priežiūros specialistu suderintas rekomendacijas“ (WHO, 2003, 3) ir apima tokius sergančiojo elgesio ypatumus kaip vaistų vartojimas, savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas ir mityba. Paties elgesio išraiška traktuojama kaip tam tikras kontinuumas nuo prastesnio iki labiau tinkamo gydymo nurodymų laikymosi neišskiriant gydymo nurodymų „besilaikančių“ ir „nesilaikančių“ sergančiųjų grupių.

## **1.2 Su sveikata susijusį elgesį aiškinančių teorijų taikymas lėtinėmis ligomis sergančiųjų gydymo nurodymų laikymosi kontekste**

Nemažai teorijų buvo sukurta paaiškinti su sveikata susijusį arba ją puoselėjantį elgesį. Kadangi visos teorijos atskleidžia bent dalį tiesos, empiriniai tyrimai dažniausiai bent iš dalies jas patvirtina (Weinstein, 1993). Didžioji dauguma šių teorijų buvo sukurtos ar pirmiausia pritaikytos su sveikata susijusio elgesio pokyčių prognozei ar skatinimui, todėl kyla klausimas, kiek jos naudingos ar tinkamos aiškinant lėtinėmis ligomis sergančiųjų gydymo nurodymų laikymąsi, ypač turint omenyje tai, kad tam tikras numatytas elgesys turi būti kartojamas ir palaikomas ilgą laiko tarpą.

Munro ir bendraautoriai (2007) pirmieji įvertino egzistuojančių teorijų tinkamumą ilgalaikio gydymo nurodymų laikymuisi aiškinti. Autoriai nustatė, kad daugybė teorijų, kurios aiškina su sveikata susijusį elgesį, analizuoja konceptualiai panašius veiksnius, bet postuluoja vieno ar kito veiksnio pranašumą, o atliktų empirinių tyrimų rezultatai yra fragmentiški ir neretai prieštaringi. Be to, nepaisant akivaizdžių panašumų ir bendrų naudojamų konstrukto, skirtingų teorijų atstovai neretai aršiai įrodinėja, kad būtent jų teorijos postulatai yra kur kas pranašesni nei kitų (Noar & Zimmerman, 2005). Daugumos teorijų autoriai taip pat kelia prielaidą, kad jų išskirtos elgesio determinantės gali paaiškinti platų kokybiškai skirtingų su sveikata susijusių elgsenų spektrą (Munro et al., 2007), ir tai leidžia abejoti jų naudingumu aiškinant kompleksiską įvairias sritis apimantį elgesį bei iš dalies leidžia paaiškinti duomenų fragmentiškumą ir rezultatų prieštarumą.



Nepaisant to, kad su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos yra nuolat tobulinamos, nėra aiškių duomenų, kiek šie tobulinimai didina prognostinį tikslumą, o lyginant pirminius dominuojančių teorijų postulatus su šiuolaikiniais pastebima netikėtai mažai esminių pokyčių (Weinstein & Rothman, 2005). Nors šiuolaikiniai teoriniai modeliai susilaukia nemažai kritikos, jų analizė gali padėti išskirti svarbiausias kintamųjų grupes, leidžiančias prognozuoti lėtinėmis ligomis sergančiųjų gydymo nurodymų laikymąsi.

### **1.3 Biheivioristinis požiūris į sergančiųjų gydymo nurodymų laikymąsi**

Biheivioristinės teorijos teigia, kad elgesį lemia vidinės ir / ar aplinkos sąlygotos priežastys bei elgesio pasekmės (WHO, 2003), o tokie reiškiniai kaip samprotavimas ir mąstymas nebūtinai aiškinant elgesį (Champion & Sugg Skinner, 2008). Remiantis biheiviorizmo perspektyva, galime tikėtis, kad malonios, teigiamos pasekmės, atsirandančios iškart po su GNL susijusio veiksmo atlikimo, gali paskatinti taip elgtis ir toliau, o aplinkoje atsirandančios užuominos primena atlikti reikiamus sveikatą puoselėjančius veiksmus.

Biheivioristinės teorijos pagrindu kuriamos į sergančiojo elgesį orientuotos intervencijos remiasi šiomis prielaidomis. Įvairias priminimų sistemas arba piniginius paskatinimus naudojančių intervencijų efektyvumo vertinimo rezultatai neretai rodo reikšmingą sergančiojo elgesio pagerėjimą (Van Dulmen et al., 2007). Vervloet su bendraautoriais (2012) apžvelgė tyrimus, vertinančius priminimų, kurie skatina tinkamesnį vaistų vartojimą, veiksmingumą. Apžvalga parodė, kad tyrimuose, kuriuose intervencijos efektyvumas vertintas ne vėliau kaip po 6 mėnesių (dažniausiai nuo 3 savaičių iki 3 mėnesių), buvo nustatytas reikšmingas sergančiųjų vaistų vartojimo elgsenos pagerėjimas, tačiau dviejuose iš trijų tyrimų, pakartotinį vertinimą atlikus po 9 ar 12 mėnesių, skirtumų nenustatyta. Kitos apžvalgos taip pat bent iš dalies patvirtina prielaidą, kad įvairūs priminimai skatina geresnį vaistų vartojimą (Tran, Coffman, Sumino, & Cabana, 2014), tinkamesnį su gydymu

susijusį sergančiojo elgesį (de Jongh, Gurol-Urganci, Vodopivec-Jamsek, Car, & Atun, 2012), užtikrina savalaikį lankymąsi pas sveikatos priežiūros specialistą (Car, Gurol-Urganci, de Jongh, Vodopivec-Jamsek, & Atun, 2012; Gurol-Urganci, de Jongh, Vodopivec-Jamsek, Atun, & Car, 2013). Nors dėl empirinių duomenų ribotumo negalime daryti išvadų, kad priminimai išlieka tiek pat veiksmingi ilgainiui, tačiau šie rezultatai bent iš dalies leidžia patvirtinti, kad išorinės užuominos ir paskatinimai gali būti siejami su geresniu gydymo nurodymų laikymusi.

Nors biheivioristinis požiūris leidžia gerai paaiškinti elgesio formavimąsi arba situacijas, kai keičiamas konkretus elgesys, tačiau lėtinėmis ligomis sergančiųjų gydymo nurodymų laikymosi kontekste jo pritaikomumas yra ribotas. Skirtingai negu ūmių ligų atveju, vaistų vartojimas sergant lėtine liga, o ypač širdies ir kraujagyslių ligomis, gali būti sudėtingesnis dėl to, kad pacientai nepatiria greito, teigiamo ir, svarbiausia, apčiuopiamo gydymo efekto (Choudhry et al., 2008). Mažai tikėtina, kad uždelstas lėtinės ligos simptomų mažėjimas arba stabili, neblogėjanti sveikatos būklė paskatins sergantįjį nuosekliai laikytis gydymo nurodymų. Kita vertus, šalutinis vaistų poveikis, susijęs su nereguliariu ir netinkamu vaistų vartojimu (Barbosa, Balp, Kulich, Germain, & Rofail, 2012; Gellad, Grenard, & Marcum, 2011), kaip tik pademonstruoja, kaip neigiamos elgesio pasekmės mažina tam tikro elgesio atsiradimo tikimybę. Šalutinio vaistų poveikio ir vaistų vartojimo elgesio ryšys, aiškinamas biheivioristinės teorijos dėsniais, taip pat leidžia numatyti, kad neigiamos elgesio pasekmės bus ne mažiau svarbios ir kitose gydymo nurodymų laikymosi srityse. Nemalonios medicininės procedūros gali paskatinti sergantįjį vengti pakartotinio apsilankymo pas gydytoją, o skausmas, patiriamas matuojant gliukozės kiekį kraujyje, gali lemti mažiau reguliarių sveikatos būklės stebėjimą; dietinio maisto skonis arba malonumas valgant saldumynus gali paskatinti sergančiojo nebepaisyti rekomenduojamų mitybos apribojimų; nuovargis ir raumenų skausmas, atsirandantis atliekant fizinio aktyvumo pratimus, – daugiau nebesportuoti ir nebedaryti mankštos. Tačiau šiam supaprastintam elgesio ir jo pasekmių ryšiui prieštarauja Rosenbaum

analizė (2015), kuri leidžia teigti, kad vien *numatomas* šalutinis vaistų poveikis gali nulemti, kaip reguliariai sergantysis vartos paskirtus vaistus. Tai rodo, kad sergantysis aktyviai vertina galimas elgesio pasekmes net tiesiogiai su jomis nesusidūręs, gali numatyti elgesio naudą ar žalą, o patiriamas šalutinis vaistų poveikis greičiau formuoja sergančiojo įsitikinimus apie gydymą, nei tiesiogiai veikia elgesį.

Bihevioristinė perspektyva dažniausiai kritikuojama dėl individualizuoto požiūrio į sergantįjį trūkumo, mažiau sąmoningų ir tiesiogiai su paskatinimais nesusijusių procesų, vidinės motyvacijos ir aktyvaus sprendimų priėmimo ignoravimo (Munro et al., 2007). Be to, ši perspektyva leidžia paaiškinti tik labai ribotą gydymo nurodymų laikymuisi svarbių veiksmų poveikį sergančiojo elgesiui, pavyzdžiui, tokį kaip nemalonus šalutinis vaistų poveikis.

#### **1.4 Kognityvinis požiūris į sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi**

Dvidešimto amžiaus viduryje psichologai pradėjo vystyti kitą – kognityvinį – požiūrį į elgesio aiškinimą. Skirtingai negu bihevioristinės teorijos atstovai, kognityvinio požiūrio šalininkai akcentuoja asmens samprotavimo ir subjektyvaus vertinimo reikšmę elgesiui (Champion & Sugg Skinner, 2008). Su sveikata susijusio elgesio srityje dominuoja tokios teorijos kaip Rosenstock ir bendraautorių sukurtas įsitikinimų apie sveikatą modelis (angl. *health belief model*), Rogers saugos motyvacijos (angl. *protection motivation theory*), Bandura socialinė-kognityvinė (angl. *social-cognitive theory*) bei Fishbein ir Ajzen planuoto elgesio teorija (angl. *theory of planned behavior*). Šios teorijos akcentuoja asmens nuostatas, įsitikinimus bei lūkesčius ir teigia, kad būtent šie veiksniai yra svarbiausios elgesio determinantės (Munro et al., 2007). Nors Leventhal ir bendraautorių „sveiko proto“ savireguliacijos modelis (angl. *common-sense model of self-regulation*) paprastai nėra priskiriamas kognityvinei perspektyvai, didžiausias dėmesys jame taip pat skiriamas kognityvinių ligos reprezentacijų formavimuisi ir

įveikos strategijų pasirinkimui bei vertinimui (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003; Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998). Analizuodami sergančiojo elgesį, minėtų teorijų atstovai išskiria 3 pagrindines temas: sergančiojo įsitikinimai apie gydymą, situacijos ar ligos suvokimo aspektai ir subjektyvus savo gebėjimų vertinimas.

#### **1.4.1 Įsitikinimai apie gydymą ir jų reikšmė gydymo nurodymų laikymuisi**

Visos kognityviniam požiūriui priskiriamos teorijos akcentuoja asmens įsitikinimus apie elgesio palankumą sau ir jų reikšmę su sveikata susijusiam elgesiui (Munro et al., 2007; Noar & Zimmerman, 2005). Skirtingai nei teigiama bihevioristinėse teorijose, kognityvinio požiūrio atstovai daro prielaidą, kad malonus ar nemalonus elgesio rezultatas ar aplinkos užuominos greičiau veikia subjektyvius sergančiojo įsitikinimus ir lūkesčius, bet neveikia elgesio tiesiogiai (Champion & Sugg Skinner, 2008). Kitaip tariant, elgesys priklauso nuo subjektyvaus numatomų elgesio pasekmių ar rezultato įvertinimo arba subjektyvių lūkesčių, kad tam tikras elgesys padės pasiekti norimą rezultatą.

Sergančiojo įsitikinimai apie gydymą gali būti naudingi aiškinant ir dažnai pasikartojantį su sveikata susijusį elgesį būtent lėtinių ligų atveju, kadangi subjektyvus gydymo vertinimas mažai kinta. Porteous, Francis, Bond ir Hannaford (2010) tyrimas parodė, kad bendri asmens įsitikinimai apie gydymą išlieka stabilūs mažiausiai 4 metus bei lieka nepakitę, net jei asmens sveikata pagerėja arba pablogėja. Šis rezultatas gali būti aiškinamas tuo, kad tam tikri įsitikinimai apie vaistus ar kitas gydymo sritis gali būti suformuoti ankstyvame amžiuje arba ankstesnės gydymosi patirties dar iki susergant lėtine liga (Bush & Iannotti, 1988, cit. iš Porteous et al., 2010). Tai, kad įsitikinimai yra pakankamai stabilūs, leidžia daryti prielaidą, kad pasiremiant jais galima būtų prognozuoti ne tik tam tikroje situacijoje pasireiškiantį elgesį, bet ir bendrą elgesio tendenciją. Svarbu atkreipti dėmesį dar į tai, kad sergantieji skirtingai vertina skirtingas gydymo rekomendacijas. Broadbent ir bendraautorių tyrimas (2011) parodė, kad cukriniu diabetu sergantys asmenys

medikamentinį gydymą vertina kaip reikšmingai efektyvesnį ir naudingesnį, palyginti su gyvensenos pokyčių (pavyzdžiui, mitybos bei fizinio aktyvumo) rekomendacijomis. Todėl analizuojant sergančiųjų įsitikinimų apie gydymą reikšmę GNL, prasminga atskirti medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo vertinimą.

Vertindami sergančiojo įsitikinimus apie gydymą kognityvinės perspektyvos atstovai dažniausiai išskiria sergančiojo įsitikinimus apie gydymo veiksmingumą, numatomą teigiamą gydymo rezultatą ir su gydymu susijusius kaštus bei pastangas, dėl gydymo atsirandančias nemaloniais pasekmes (Bandura, 2004; Champion & Sugg Skinner, 2008; Floyd et al., 2000; Montaña & Kasprzyk, 2008; Munro et al., 2007), kitaip tariant, suvoktą gydymo naudą ir su gydymu siejamas kliūtis. Palyginti su kitais gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančiais veiksniais, būtent sergančiojo įsitikinimų apie gydymą bei jų svarbą skirtingoms GNL sritims analizuojančiuose tyrimuose išryškėja mažiausiai su gaunamais rezultatais susijusių prieštaravimų. Carpenter metaanalizė (2010) nustatė, kad ryšys tarp įsitikinimų apie su sveikata susijusio elgesio naudą ir tikimybės, kad šis elgesys bus atliekamas, nors nėra labai stiprus ir ne visuomet reikšmingas, bet visada yra teigiamas. Be to, metaanalizės autorių teigimu, iki šiol nepavyko nustatyti tokių veiksnių, kurie galėtų paveikti šio ryšio kryptį, t. y. visomis aplinkybėmis ryšys išlieka teigiamas. Šis rezultatas rodo, kad kuo asmuo daugiau išvelgia galimos naudos, tuo didesnė tikimybė, kad jis imsis prevencinių arba su gydymu susijusių veiksmų. Tačiau svarbu taip pat atkreipti dėmesį į tai, kad nustatytas ryšys neretai būna gana silpnas.

Minėtos metaanalizės metu gauti rezultatai ne tik dera su teorinėmis prielaidomis, bet ir sutampa su tyrimų, tikslingai analizuojančių sergančiųjų gydymo nurodymų laikymąsi, rezultatais. Sergantieji, kurie mano, kad vaistai yra būtini užtikrinti jų ligos kontrolę, rečiau neišgeria vaistų arba nutraukia jų vartojimą (Ross, Walker, & MacLeod, 2004; Wileman et al., 2014). O su mitybos apribojimais susijusių nurodymų geriau laikosi sergantieji, kurie yra labiau įsitikinę, kad mitybos rekomendacijos yra veiksminga priemonė

pakankamai ligos kontrolei užtikrinti (Nouwen, Law, Hussain, McGovern, & Napier, 2009). Be to, buvo nustatyta, kad kur kas dažniau į numatytą susitikimą su sveikatos priežiūros specialistu neatvykta tie hipertenzija sergantys asmenys, kuriems atrodo, kad apsilankymas pas gydytoją nėra naudingas ir niekuo jiems nepadeda (Nwabuo, Dy, Weeks, & Young, 2014). Nors yra pakankamai įsitikinimų apie gydymo naudą ir sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi ryšio įrodymų, tačiau yra tyrėjų, kurie mano, jog yra ir kur kas svarbesnių įsitikinimų apie gydymą aspektų nei galimos naudos suvokimas.

Axelsson ir kitų (2013) tyrimas parodė, kad ne tik įsitikinimai apie vaistų naudingumą ir būtinumą sveikatai palaikyti, bet taip pat ir sergančiųjų susirūpinimas dėl galimos vaistų žalos leidžia reikšmingai prognozuoti vaistų vartojimą. Skirtingai negu rodo Axelsson ir bendraautorių (2013) rezultatai, neretai kitų autorių atliekami tyrimai neranda ryšio tarp vaistų vartojimo ir suvoktos vaistų naudos (Mann, Ponieman, Leventhal, & Halm, 2009), tačiau suvoktos kliūtys (pavyzdžiui, sunkumai vartojant vaistus arba susirūpinimas dėl galimo šalutinio poveikio) reikšmingai ir santykinai stipriai prognozuoja vaistų vartojimą (Yue, Li, Weilin, & Bin, 2015), o tai leidžia tyrėjams kelti prielaidą, jog vaistų nevartojimas yra kur kas stipriai susijęs su neigiamais įsitikinimais apie gydymą (Porteous et al., 2010), tuo tarpu suvokiamos kliūtys yra kur kas svarbesnės sergančiojo elgesiui nei suvokiama nauda (AlHewiti, 2014). Be to, sergantieji, kurie gydymo procese išvelgia daugiau kliūčių ar sunkumų, o apsilankymą pas gydytoją sieja su nemaloniais patyrimais, baime bei sudėtinga ir ilga kelione, kur kas dažniau neatvyksta į numatytus susitikimus su sveikatos priežiūros specialistu (Elis, Lisher, & Melamed, 2011; Lacy, Paulman, Reuter, & Lovejoy, 2004). Jei sergantysis mano, kad laikytis dietos ar palaikyti tam tikrą fizinio aktyvumo lygį yra sunku ir reikalauja didelių pastangų, didėja tikimybė, kad jis to tiesiog nedarys (Gherman et al., 2011). Panašūs rezultatai buvo nustatyti ir Carpenter metaanalizėje (2010), kurioje buvo vertinami įvairūs su sveikata susijusio elgesio prognostiniai veiksniai. Jos rezultatai parodė, kad suvokiamos kilti galinčios elgesio atlikimo

kliūtys, nuosekliai santykinai stipriai siejasi su nuo ligos apsaugančiu elgesiu bei gydymo elgesiu; ši sąsaja yra stipresnė nei visų kitų į analizę įtrauktų prediktorių, o nustatomas ryšys išlieka beveik nepakitęs ir reikšmingas net įvertinus asmens elgesį po tam tikro laiko tarpo.

Apibendrinant empirinių tyrimų rezultatus, matyti, kad gydymo nurodymų laikymasis kur kas stipriau siejasi su suvoktomis elgesio kliūtėmis, o galima elgesio nauda su GNL siejasi silpnai ir dažniau nereikšmingai. Tačiau ar stipresnis nustatomas suvokiamų kliūčių ryšys leidžia teigti, kad silpnai GNL prognozuojanti suvokiama elgesio nauda yra nesvarbi ar neturi jokios reikšmės sergančiojo su sveikata susijusiam elgesiui? Vargu, nes toks teiginys reikštų, jog sergantysis laikosi gydymo rekomendacijų vien todėl, kad jų laikymasis jam nesukelia sunkumų. Tyrimai, kurie suvokiamos gydymo naudos ir gydymo kliūčių reikšmę GNL naudoja kaip nepriklausomus prognostinius veiksnius, neatsižvelgia į tai, kad remiantis įsitikinimų apie sveikatą modeliu, suvokiama nauda ir kliūtys formuoja įsitikinimą apie veiksmų efektyvumą, t. y. asmuo įvertina balansą tarp naudos ir kliūčių, savotiškai bando atsakyti sau į klausimą, ar numatoma nauda pateisina sunkumus, kuriuos teks įveikti, ir būtent šio vertinimo rezultatas tiesiogiai prognozuoja elgesį (Munro et al., 2007). Todėl korektiškiau naudoti ne du atskirus elgesio prediktorius ir bandyti nustatinėti, kuris iš jų svarbesnis, o prognozei naudoti bendrą naudos ir kliūčių balanso (N-Kb) įvertį.

Nors teorinės prielaidos ir empirinis šių prielaidų pagrindimas leidžia teigti, kad subjektyvus gydymo naudos ir su gydymu susijusių kliūčių įvertinimas turi lemiamos reikšmės sergančiojo elgesiui, tačiau yra tyrėjų, kurie iš dalies prieštarauja šiai pozicijai, teigdami, kad įsitikinimų apie gydymą reikšmė elgesiui priklauso nuo elgesio pobūdžio. Manoma, kad su vaistų vartojimu susijęs elgesys apima 2 kokybiškai skirtingus aspektus, turinčius skirtingas ištakas: tyčini (angl. *intentional*) ir netyčini (angl. *unintentional*) vaistų nevartojimą (Lehane & McCarthy, 2007a). Tyčinis vaistų nevartojimas siejamas su iš anksto apgalvotu sergančiojo sprendimu sumažinti vaistų dozę, vartoti juos rečiau, nei buvo paskirta, arba kuriam laikui nutraukti vaistų

vartojimą ir leisti organizmui pailsėti nuo „chemijos“; tuo tarpu netyčinis vaistų neavartojimas nulemiamas užmaršumo, neretai siejamo su prastesne atmintimi ar nedėmesingumu, arba su sergančiajam būdingomis charakteristikomis ir situaciniais veiksniais (Clifford et al., 2008; Lehane & McCarthy, 2007a; Molloy et al., 2014; Wroe, 2002). Vien netyčinio vaistų neavartojimo apibrėžimas leidžia daryti prielaidą, kad tais atvejais, kai asmuo netyčia – pamiršęs ar dėl neapdairumo – neišgeria vaistų, skirtingai negu tyčinio vaistų neavartojimo atveju, elgesys pasireiškia automatiškai, sergantysis neatsižvelgia į vaistų naudingumą, galimą žalą arba jų būtinumą pakankamai ligos kontrolei užtikrinti. Tai, kad tyčini ir netyčini vaistų neavartojimą gali lemti skirtingi veiksniai, rodo ir empiriniai tyrimai. Sergantieji, kuriems būdingas tyčinis vaistų neavartojimas, vertina vaistus kaip mažiau efektyvius, išreiškia didesnę susirūpinimą dėl vaistų saugumo ir galimos žalos, be to, šis susirūpinimas atsveria suvokiamą medikamentinio gydymo būtinumą (de Vries et al., 2014; Lehane & McCarthy, 2007b), o palyginus sergančiuosius, kurie tinkamai vartoja vaistus, ir tuos, kurie tik netyčia jų neišgeria, skirtumų tarp susirūpinimo dėl vaistų, suvokiamo vaistų būtinumo bei įsitikinimų balanso nenustatyta (Clifford et al., 2008). Wroe tyrimas (2002) parodė, kad su vaistų vartojimu susijusių teigiamų ir neigiamų aspektų įvertinimas paaiškina beveik 50 proc. tyčinio elgesio variacijos, o netyčinio vaistų neavartojimo – vos 6 proc. Be to, netyčini vaistų neavartojimą geriausiai paaiškina amžius (Wroe, 2002) ir tai, kiek vartojami vaistai trikdo įprastą sergančiojo gyvenimą (Lehane & McCarthy, 2007b). Minėtų tyrimų rezultatai ne tik pabrėžia skirtingų vaistų vartojimo ypatumų išskyrimo svarbą, bet taip pat parodo, kad įsitikinimai apie gydymą gali turėti skirtingos reikšmės skirtingoms GNL sritims.

Apibendrinant galima teigti, kad gydymui būtinų veiksmų atlikimas priklausys nuo to, kiek sergantysis išvelgia gydymo nurodymų naudos, kaip jis vertina kylančias sveikatą puoselėjančio elgesio arba su elgesiu susijusias kliūtis, arba net galimą žalą. Jeigu numatomą veiksmų naudą sergantysis vertins kaip atsveriančią pastangas kliūtims įveikti arba didesnę už keliamus nepatogumus, galime tikėtis, kad jo gydymo nurodymų laikymosi rodikliai



daugelyje sričių geriau atitiks gydymo rekomendacijas, susijusias su vaistų vartojimu, savo būklės stebėjimu, fiziniu aktyvumu ir mitybos ypatumais. Tačiau taip pat galima numatyti, jog tyčinis vaistų nevartojimas bus labiau paveikus sergančiojo įsitikinimams nei netyčinis.

#### **1.4.2 Ligos suvokimas ir jo reikšmė gydymo nurodymų laikymuisi**

Literatūroje nėra vieningai sutariama, kokios būtent ligos suvokimo dimensijos geriausiai prognozuoja tinkamesnę gydymo nurodymų laikymąsi (Mosleh & Almalik, 2014). Didžioji dauguma teorinių modelių analizuoja suvoktą ligos atsiradimo riziką, sunkumą arba ligos keliamą riziką sveikatai bei šių veiksnių poveikį su sveikata susijusiam elgesiui (Champion & Sugg Skinner, 2008; Floyd, Prentice-Dunn, & Rogers, 2000; Leventhal et al., 1998; Munro et al., 2007). Planuoto elgesio teorija yra vienintelė, kuri visiškai neanalizuoja ligos suvokimo ypatumų, tikimybės susirgti ir galimos rizikos sveikatai (Noar & Zimmerman, 2005). Suvokiama tikimybė susirgti arba patirti neigiamus sveikatos padarinius, t. y. suvoktas pažeidžiamumas, gali prognozuoti su ligos prevencija susijusią elgseną, tačiau Carpenter metaanalizė (2010) rodo, kad šis veiksnys tampa visiškai nereikšmingas, kai analizuojamas su gydymu susijęs elgesys, ir nerekomenduoja suvokto pažeidžiamumo analizuoti GNL kontekste. Kita vertus, jei asmuo suvokia galimą ligą kaip sunkią ir keliančią riziką sveikatai ar net gyvybei, tai turi poveikį ne tik su ligos prevencija susijusiam elgesiui (Carpenter, 2010; Noar & Zimmerman, 2005), bet taip pat teigiamai siejasi su gydymo nurodymų laikymusi (DiMatteo, Haskard, & Williams, 2007; Molfenter et al., 2012).

Ne visi tyrimai patvirtina suvokiamo ligos sunkumo ir rizikos sveikatai svarbą gydymo nurodymų laikymuisi (pavyzdžiui, Chen, Tsai, & Chou, 2011). Be to, yra tyrėjų, manančių, kad vien suvokiama rizika sveikatai neleidžia prognozuoti su sveikata susijusio elgesio, kuri asmeniui reikia palaikyti ilgesnį laiko tarpą, kadangi rizikos suvokimas prisideda tik prie ketinimo formavimo, o elgesio išlaikymas labiau reikalauja valios pastangų (Schwarzer, 2008). Dauguma tyrimų vis tik nustato pakankamai stabilų ryšį

tarp sergančiojo elgesio ir suvokiamos ligos rizikos sveikatai, kad jo reikšmė būtų toliau tyrinėjama sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi kontekste.

Skirtingai negu kitos su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos, savireguliacijos modelis analizuoja daug platesnį ligos suvokimo spektrą. Dažniausiai lėtinių ligų kontekste minimos tokios ligos suvokimo sritys kaip: ligos pasekmės, kurios, anot autorių, apima ne tik padarinius sveikatai, bet ir kitoms gyvenimo sritims (Leventhal et al., 1998); suvokta galimybė kontroliuoti ligą ir, galiausiai, suvokta ligos trukmė. Šie konstruktai ne tik siejasi su sergančiojo elgesiu – tyrimais taip pat nustatytas jų tarpusavio ryšys. Nors savireguliacijos modelis taip pat apima tokius ligos suvokimo aspektus kaip ligos tapatumas ir ligos priežastys (Diefenbach & Leventhal, 1996), Holmes, Hughes & Morrison (2014) atliekant sisteminę apžvalgą nepavyko rasti nė vieno tyrimo, kuriame gydymo nurodymų laikymasis būtų reikšmingai susijęs su šiais ligos suvokimo aspektais, todėl šiame darbe jie nebus aptariami.

Savireguliacijos teorijos analizuojamas ligos pasekmių suvokimas iš dalies siejasi su kitu kognityviniame požiūriui priklausančiu konstruktu – ligos sunkumo arba ligos keliamos rizikos sveikatai suvokimu. Plačiausia prasme, suvokiamos ligos pasekmės apima sergančiojo įsitikinimus apie tai, kokią poveikį liga turės sergančiojo sveikatai, darbui, šeimai bei finansinei situacijai, įprastam gyvenimo būdui ir panašiai (Petrie & Weinman, 2006). Kadangi suvokiamos ligos pasekmės ir įsitikinimai apie ligos sunkumą turi bendrą rizikos sveikatai aspektą, galima tikėtis, kad, analogiškai, asmenys, kurie suvokia savo ligą kaip keliančią grėsmę jų šeimai ar finansinei gerovei, riboja jų darbinę ar socialinę galimybes bei ardo įprastą gyvenimo būdą, imsis visų įmanomų veiksmų šiems numatomiems ligos padariniams sumažinti (Leventhal et al., 1998). Tačiau reikšmingas ryšys tarp suvokiamų ligos pasekmių ir gydymo nurodymų laikymosi nustatomas ne visuose tyrimuose (Chen et al., 2011; Mann et al., 2009; Mosleh & Almalik, 2014). Broadbent ir bendraautorių tyrimas (2011) parodė, kad geresni vaistų vartojimo ir mitybos

rodikliai neigiamai siejasi su suvokiamomis ligos pasekmėmis, t. y. sergantieji, kurie gerai laikosi minėtų gydymo nurodymų, išvelgia mažiau lėtinės ligos pasekmių. Kiti tyrėjai taip pat nustatė reikšmingą neigiamą koreliacinį ryšį tarp ligos pasekmių ir fizinio aktyvumo, tačiau regresinė analizė šio ryšio nepatvirtino (Platt, Green, Jayasinghe, & Morrissey, 2014). Be to, analizuojant tyrimus, kurie sieja sergančiųjų dalyvavimą reabilitacinėse programose ir ligos suvokimą, nustatyta, kad didžiausia ryšio stiprumo variacija yra būtent su suvoktomis ligos pasekmėmis (French, Cooper, & Weinman, 2006). Tai leido autoriams kelti prielaidą, kad šio ligos suvokimo aspekto ryšys su sergančiojo elgesiu gali būti mažiau stabilus arba gana silpnas ir dėl šių priežasčių neaptinkamas kai kuriuose tyrimuose. Minėti prieštaravimai, viena vertus, leidžia abejoti ligos pasekmių svarba gydymo nurodymų laikymuisi, tačiau, kita vertus, galima daryti prielaidą, kad pasekmių sveikatai ir pasekmių kitoms gyvenimo sritims reikšmė GNL yra nevienoda, o išskyrus ligos pasekmes į 2 skirtingus konstruktus galima būtų tikėtis nuoseklesnių rezultatų.

Anot savireguliacijos teorijos autorių, ligos trukmę galima vertinti trejopai: sergantis savo ligą gali suvokti kaip ūminę ir atitinkamai truncančią ribotą ar trumpą laiko tarpą; gali ją priskirti lėtinėms ligoms, kurios trunka ilgai, greičiausiai – visą gyvenimą; arba įsivaizduoti, kad liga pasireiškia tik tam tikrais periodais ir yra „cikliška“ (Leventhal et al., 1998; Leventhal et al., 2003). Priklausomai nuo to, kokiai ligų kategorijai asmuo priskiria savo ligą, sergantis parenka atitinkamas įveikos strategijas ir jas vykdo. Nors hipertenzija yra lėtinė liga, sergantis asmenys neretai ją suvokia kaip ciklišką ir labiausiai priklausančią nuo to, kiek streso jie tuo metu patiria, t. y. jų manymu, liga pasireiškia tik tuomet, kai asmuo išgyvena daugiau streso nei įprasta. Sergantieji hipertenzija, kurie nepripažįsta lėtinio savo ligos pobūdžio, yra labiau linkę nutraukti vaistų vartojimą, kai nebepatiria streso, arba gerti vaistus tik tuomet, kai jų liga paūmėja (Petrie & Weinman, 2006). Labai panašius rezultatus gavo kito tyrimo autoriai, analizuodami cukriniu diabetu sergančiųjų ligos suvokimą. Jų tyrimas parodė, kad jeigu sergantieji yra įsitikinę, kad serga tik tuomet, kai kraujyje yra padidėjęs gliukozės kiekis, arba

tiki, kad vaistų nereikia vartoti, kai gliukozės kiekis kraujyje yra normalus, jie taip pat linkę vaistus vartoti nereguliariai, daryti pertraukas (Mann et al., 2009). Lamiani ir bendraautorijų (2015) tyrimas parodė, kad būtent suvokiama ligos trukmė geriausiai iš visų ligos suvokimo dimensijų prognozuoja su vaistų vartojimu susijusių rekomendacijų vykdymą. Nors yra tyrimų, kuriuose nebuvo nustatytas suvokiamos ligos trukmės ir GNL ryšys (pavyzdžiui, Braodbent et al., 2011; Ross et al., 2004), tačiau yra pakankamai empirinių duomenų atsižvelgti ir į tai, kaip asmuo suvokia savo ligos trukmę, norint nustatyti sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančius veiksnius.

Be suvokiamų ligos pasekmių ir ligos trukmės, ne mažiau svarbia asmens elgesiui laikoma suvokiama galimybė kontroliuoti ligą (Leventhal et al., 1998). Jeigu sergantysis netiki, kad jo liga gali būti išgydyta arba bent jau valdoma, tuomet dėti pastangas rūpinantis savo sveikata jam taip pat gali atrodyti beprasmiška. Kita vertus, jeigu sergantysis ligą suvokia kaip pagydomą, t. y. tiki, kad jos simptomai gali būti sumažinti, progresavimas gali būti sulėtintas arba galima išvengti ligos komplikacijų, galima tikėtis, kad sergantysis ims veiksmų ligos kontrolei užtikrinti. Šios savireguliacijos teorijos prielaidos buvo patvirtintos ir empirinių tyrimų.

Daugelis tyrimų rodo, kad asmenys, savo ligą suvokiantys kaip labiau kontroliuojamą, geriau laikosi su vaistų vartojimu susijusių rekomendacijų (Chen et al., 2011; Mann et al., 2009; Mosleh & Almalik, 2014; Ross et al., 2004; Senior, Marteau, & Weinman, 2004, Žugelj et al., 2010). Suvokiama ligos kontrolė gali prognozuoti širdies ir kraujagyslių ligomis sergančiųjų dalyvavimą reabilitacijoje (French et al., 2006), t. y. kuo labiau sergančiajam atrodo, kad jo liga yra kontroliuojama arba gali būti išgydyta, tuo didesnė tikimybė, kad jis įsitrauks į reabilitacijos procesą. Griva, Myers ir Newman tyrimas (2000) parodė, kad cukriniu diabetu sergantys asmenys, kurie savo ligą suvokia kaip labiau kontroliuojamą, linkę reguliariau matuoti gliukozės kiekį kraujyje, laikytis mitybos ir fizinio aktyvumo rekomendacijų. Panašias mitybos ir fizinio aktyvumo rekomendacijų laikymosi ir suvokiamos

ligos kontrolės ryšio tendencijas nustato ir kiti tyrimai (Chen et al., 2011; Mosleh & Almalik, 2014). Anksčiau pristatytų tyrimų rezultatai leidžia teigti, kad suvokiama ligos kontrolė vienareikšmiškai gali prognozuoti sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi, bet jeigu atkreipsime dėmesį į suvokiamos ligos kontrolės ir kitų ligos suvokimo aspektų ryšį, pastebėsime, kad tai komplikuočiau, nei atrodytų.

Ligos suvokimo konstrukto bei jį sudarančių aspektų tarpusavio ryšio analizė parodė, kad suvokiama galimybė kontroliuoti ligą labai glaudžiai siejasi su suvokiamu savo ligos supratimu (Moss-Morris et al., 2002), tačiau neigiamai siejasi su suvokiama ligos trukme (Moss-Morris et al., 2002; Petrie & Weinman, 2006), t. y. sergantieji, kurie mano, jog liga gali būti valdoma pasitelkiant gydymą, neretai mano, kad jų liga truks ribotą laiką ir / arba gali būti visiškai išgydyta. Be to, Rosenbaum (2015) pastebėjo, kad sergantieji lėtinėmis ligomis neretai tikisi, kad vis dėlto galės nutraukti gydymą ir vaistų vartojimą, kai pasieks užsibrėžtų tikslų (pavyzdžiui, numes pakankamai svorio) arba įgyvendins tam tikrus gyvenimo pokyčius. Mosleh ir Almalik tyrimas (2014) parodė, kad su fiziniu aktyvumu susijęs GNL gali būti prognozuojamas suvokiamos ligos kontrolės ir ligos trukmės. Anot šio tyrimo autorių, sergantiesiems, kurie savo ligą suvokė kaip labiau kontroliuojamą, buvo būdingas didesnis fizinis aktyvumas, tačiau nustatytas suvokiamos ligos trukmės ir fizinio aktyvumo ryšys prieštaravo kitų tyrėjų gautiems rezultatams (pavyzdžiui, Mann et al., 2009) ir rodė, kad sergantieji, kurie savo ligą suvokia kaip trumpiau besitęsiančią, geriau laikėsi su fiziniu aktyvumu susijusių gydymo rekomendacijų. Minėto tyrimo rezultatai bei nustatytas suvokiamos ligos kontrolės ir trukmės ryšys (Moss-Morris et al., 2002) leidžia spėti, kad šie ligos suvokimo aspektai neturėtų būti traktuojami kaip nepriklausomi gydymo nurodymų laikymosi veiksniai. Viena vertus, ligos vertinimas kaip kontroliuojamos gali skatinti laikytis gydymo rekomendacijų, nes tai savotiškai pagrindžia su gydymu susijusių ir sveikatą puoselėjančių veiksmų prasmę, o kita vertus, suvokiama galimybė kontroliuoti ligą, ypač kai sergantis nemano, jog ji yra lėtinio pobūdžio ar truks visą gyvenimą, gali

paskatinti nutraukti gydymą, kai sveikatos būklė pagerėja arba ima atrodyti, kad liga suvaldyta.

Nors ligos suvokimas ir jo reikšmė gydymo nurodymų laikymuisi daug plačiau yra ištyrinėta vaistų vartojimo kontekste, retesni nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ir ligos suvokimo ryšį analizuojantys tyrimai randa labai panašias ryšio tendencijas. Empirinių tyrimų analizė leidžia daryti prielaidą, kad sergantieji, kurie savo lėtinę ligą suvokia kaip keliančią grėsmę sveikatai, pripažįsta lėtinį ligos pobūdį ir trukmę bei savo ligą suvokia kaip kontroliuojamą, tinkamiau vartos paskirtus vaistus, reguliariau vertins savo būseną savarankiškai ir lankysis pas gydytoją, griežčiau laikysis fizinio aktyvumo rekomendacijų ir paisys mitybos apribojimų.

#### **1.4.3 Subjektyvus sergančiojo gebėjimų vertinimas ir jo reikšmė gydymo nurodymų laikymuisi**

Su sveikata susijusiam elgesiui aiškinti naudojamos teorijos neretai pabrėžia saviveiksmingumo reikšmę šiam elgesiui. Lemiamas saviveiksmingumo vaidmuo analizuojamas socialinėje-kognityvinėje teorijoje (Bandura, 2004), juo buvo papildyta ir įsitikinimų apie sveikatą teorija (Yue et al., 2015), o planuoto elgesio teorija naudoja suvoktos elgesio kontrolės sąvoką (Ajzen, 2002), kuri neretai tapatinama su saviveiksmingumu (Conner & Abraham, 2001). Tačiau saviveiksmingumo prognostinė vertė nuolatos kartojamam ir gana įprastam sergančiojo elgesiui nėra iki galo aiški, o sunkumai analizuojant saviveiksmingumo ir sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi ryšį atsiranda tiek konceptualiam, tiek metodologiniame lygmenyje.

Nors tarp asmens saviveiksmingumo ir atliktinų veiksmų veiksmingumo yra aiški riba, Weinstein (1993) kelia prielaidą, kad saviveiksmingumas su sveikata susijusį elgesį aiškinančių teorinių modelių kontekste gali būti prilyginamas elgesiui kylančioms kliūtims ir trukdžiams arba bent jau yra į juos labai panašus. Dauguma sunkumų, su kuriais žmonės

numato susidursiantys atlikdami vieną ar kitą veiksmą, vienų teorijų bus traktuojami kaip kliūtys, o kitų kaip mažas saviveiksmingumas (Weinstein, 1993). Pavyzdžiui, teiginiai „Teisingai paruošti sveiką maistą yra sudėtinga“ arba „Sunku atskirti sveiką maistą nuo nesveiko“ gali būti priskiriami tiek sveikai mitybai kylančioms kliūtims, tiek rodyti, kiek asmuo jaučiasi gebantis įgyvendinti sveikos mitybos reikalavimus. Taigi, skirtumas tarp saviveiksmingumo ir su sveikata susijusiam elgesiui kylančių kliūčių nėra visiškai akivaizdus. Būtų pernelyg drąsu teigti, kad saviveiksmingumas gali būti prilyginamas suvoktoms kliūtims. Greičiausiai asmens kliūčių vertinimas atspindi ir jo saviveiksmingumo vertinimą, tad šie veiksniai būna susiję ir panašiai veikia elgesį. Kita vertus, kyla abejonių, kad naudojant tiek saviveiksmingumą, tiek suvokiamas kliūtis tame pačiame prognostiniame modelyje kuris nors iš šių veiksnių iš tikrųjų nepriklausomai nuo kito prisidėtų prie duomenų variacijos paaiškinimo.

Teigiama, kad geriausiai tam tikrą specifinę elgesį prognozuoja šiam elgesiui specifinis saviveiksmingumas (Bandura, 2004), tačiau naudojant savistata grįstus vertinimo instrumentus, kai tiriamojo prašoma retrospektyviai įvertinti ir konkretaus veiksmo atlikimą, ir savo įsivaizduojamą gebėjimą šį veiksmą atlikti, labai padidėja bendro metodo dispersijos rizika (Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff, 2003), kadangi tiriamieji linkę panašiai atsakinėti vien todėl, kad teiginiai ar klausimai yra panašiai suformuluoti. Skersinio pjūvio tyrimai rodo, kad vaistų vartojimo saviveiksmingumo vertinimas stipriai ar net labai stipriai susijęs su vaistų vartojimo elgesiu (pavyzdžiui, Breaux-Shropshire, Brown, Pryot, & Maples, 2012). Gherman ir bendraautorių metaanalizė (2011) parodė, kad saviveiksmingumo ir cukriniu diabetu sergančiųjų gydymo nurodymų laikymosi ryšio efekto dydis varijuoja nuo vidutinio iki labai didelio (0,3–0,6) ir yra didžiausias iš visų kitų prediktorių. Nei viename iš minėtų tyrimų autoriai neatsižvelgė ir neįvertino bendro metodo dispersijos. Kitose srityse atliekami tyrimai rodo, kad atsižvelgus į bendro metodo dispersiją, saviveiksmingumo aiškinamoji galia sumažėja daugiau nei 50 proc. (Johnson, Rosen, & Djurdjevic, 2011). Tad ar

nustatomas saviveiksmingumo ir gydymo nurodymų laikymosi ryšys iš tikrųjų egzistuoja ir yra toks stiprus, kaip teigiama, ar vis tik atsiranda dėl panašių klausimų formuluočių, šiuo metu atsakyti negalime.

Sunku paprieštarauti tam, kad saviveiksmingumas gali būti labai svarbus įgyvendinant su sveikata susijusio elgesio pokyčius arba atliekant naują ar pastangų reikalaujantį elgesį. Bandura (2005) teigia, kad įsitikinimai apie savo veiksmingumą neabejotinai yra svarbūs inicijuojant elgesį, tad leidžia patikimai prognozuoti, ar asmuo ims sėkmingai puoselėti sveikatą. Tačiau autorius taip pat pripažįsta, kad elgesio palaikymas ilgesnį laiko tarpą, kurio reikalauja lėtinės ligos, yra glaudžiai susijęs su savireguliaciniais gebėjimais, tokiais kaip tikslų išsikėlimas, jų siekimas, išskylančių problemų sprendimas, o galiausiai veiksmų įvertinimas ir savęs skatinimas. Dažnai kartojamo elgesio atveju saviveiksmingumas tampa svarbus, jeigu elgesio išlaikymui kyla nenumatytų trukdžių – tuomet didesniu saviveiksmingumu pasižymintys asmenys, tikėtina, bus atkaklesni siekdami įveikti problemas ir išlaikyti elgesį (Ahola & Groop, 2013). Svarbu dar atkreipti dėmesį į tai, kad suvoktas saviveiksmingumas nėra stabilus ir nekintantis konstruktas. Jis gali kisti priklausomai nuo to, kaip sergantysis vertina savo veiksmų atliktį, o minėto įsivertinimo rezultatas gali atitinkamai koreguoti sergančiojo subjektyviai vertinamus įsitikinimus apie jo gebėjimus. Conner ir Abraham (2001) tęstiniame tyrime buvo aiškiai parodyta, kad ankstesnis su sveikata susijęs elgesys prognozuoja įsitikinimus apie savo gebėjimą sėkmingai atlikti tam tikrus veiksmus, o struktūrinių lygčių analizės standartiniai koeficientai, priklausomai nuo elgesio pobūdžio, varijuoja nuo 0,55 iki 0,72 ir rodo didelį ryšio stiprumą. Be to, šis tyrimas parodė, kad ankstesnis su sveikata susijęs elgesys tiek pat stipriai koreliuoja su elgesiu ateityje, kaip ir asmens suvoktas gebėjimas minėtą elgesį atlikti. Todėl skersinio pjūvio tyrimuose, kada GNL vertinamas retrospektyviai ir savistata grįstais metodais, saviveiksmingumo įvertinimas bus glaudžiai susijęs su gydymo nurodymų laikymusi, nes, iš esmės, tiek vienas, tiek kitas vertinimas atspindės ankstesnį elgesį ir sergančiojo patirtį.



Apibendrinant, matyti, kad saviveiksmingumas glaudžiai persidengia su sergančiojo suvokiamomis gydymo kliūtėmis, o kai vertinamas dažnai kartojamam elgesiui specifinis saviveiksmingumas, gaunami rezultatai greičiau atspindi ankstesnę elgesį ir jo atlikimo sėkmingumo vertinimą nei suvoktą gebėjimą atlikti minėtą veiksmų seką, reikalingą norimam rezultatui pasiekti. Tad galime teigti, kad saviveiksmingumo konstrukta kaip sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi prognostinį veiksni skersinio pjūvio tyrimuose prasminga naudoti tik tuomet, kai pats GNL vertinamas objektyviais arba netiesioginiais metodais, bet ne savistata grįžtais rodikliais.

#### **1.4.4 Įsitikinimus apie gydymą ir ligos suvokimą prognozuojantys veiksniai**

Skirtingai nei kitos kognityviniam požiūriui priskiriamos teorijos, tik savireguliacijos modelis skiria pakankamai dėmesio sergančiojo įsitikinimų apie gydymą ir ligos suvokimo formavimuisi. Ne tik įsitikinimai veikia elgesį, bet taip pat asmens patirtis, susijusi su konkrečiu elgesiu, ir ne tik veikia elgesį ateityje, bet ir formuoja įsitikinimus apie elgesio efektyvumą norimam tikslui pasiekti, tad galima tikėtis abipusio ryšio tarp elgesio ir įsitikinimų, ypač pasikartojančio elgesio atveju (Champion & Sugg Skinner, 2008; Weinstein & Rothman, 2005; Weinstein, 2007). Anot savireguliacijos teorijos (Leventhal et al., 1998; Leventhal et al., 2003), ligos įveikos būdo pasirinkimas ir įgyvendinimas yra formuojamas problemos reprezentacijų, t. y. ligos suvokimo, pagrindu, o problemos reprezentacijos yra formuojamos įveikos įgyvendinimo proceso ir jo atlikties rezultatų įvertinimo, kitaip tariant, sergantysis aktyviai vertina pasirinktas įveikos strategijas bei jų rezultatus, o šis vertinimas gali modifikuoti ligos suvokimą ir, atitinkamai, elgesį. Tai rodo, kad sergančiojo gydymosi patirtis gali ne tik tiesiogiai veikti su GNL susijusį elgesį, bet taip pat netiesiogiai veikti prognozuojant sergančiojo įsitikinimus apie gydymą ir ligos suvokimą.

Sergančiojo sirgimo ir gydymosi patirties svarba gali būti patvirtinta ne tik teorinių savireguliacijos modelio prielaidų. Molloy ir bendraautorių

tyrimas (2014) parodė, kad per pirmus 6 mėnesius nuo diagnozės patvirtinimo sergančiųjų gydymo nurodymų laikymosi rodikliai prastėjo, bet mažai kito nuo 6 iki 12 mėnesio. Kadangi, anot kognityvinės perspektyvos, sergančiojo įsitikinimai apie gydymą ir ligos suvokimas yra vieni svarbiausių su sveikata susijusio elgesio prediktorių, tai rodo, jog ligos pradžioje kito ne tik sergančiųjų elgesys, bet ir jų ligos ir gydymo vertinimas, o minėtą kitimą galima paaiškinti sergančiųjų tiesiogine su liga susijusia patirtimi. Kita vertus, tyrimai taip pat rodo, kad ankstesnis sergančiojo elgesys leidžia kur kas geriau prognozuoti elgesį ateityje negu įsitikinimai apie gydymą (Molfenter et al., 2012). Tačiau yra manoma, kad toks rezultatas neturėtų būti interpretuojamas vien kaip įpročio formavimasis, nes, pasak planuoto elgesio teorijos autorių, ankstesnis elgesys, o tiksliau, jo rezultato vertinimas, veikia asmens įsitikinimus, kurie jau tiesiogiai prognozuoja sergančiojo ketinimą veikti (Ajzen, 2002; Ajzen, 2011; Ajzen & Fishbein, 2000). Kadangi sveikatos būklės ir gydymo ypatumai geriausiai atspindi sergančiųjų lėtinėmis ligomis su gydymo nurodymų laikymusi susijusią patirtį, svarbu įvertinti, ar jie gali prognozuoti atitinkamus sergančiojo įsitikinimus ir suvokimą.

Kaip buvo kalbėta anksčiau, nustatomas pasireiškiančio šalutinio vaistų poveikio ir vaistų vartojimo rekomendacijų laikymosi ryšys (Barbosa et al., 2012; Gellad et al., 2011; Ho, Bryson, & Rumsfeld, 2009) gali būti paaiškintas biheivioristinio požiūrio prielaidomis. Tačiau taip pat galime manyti, kad šalutinis poveikis greičiau lemia ne patį elgesį, o sergančiojo įsitikinimus apie gydymą, ir pakreipia naudos ir kliūčių balansą į neigiamą pusę. Tai, kad šalutinis poveikis dažniau siejamas su tyčiniu ir apgalvotu vaistų nevartojimu (De Geest, Ruppap, Berben, Schröfeld, & Hill, 2014), dar labiau sustiprina prielaidą, kad nemalonius su vaistų vartojimu susijęs patyrimas veikia su gydymu susijusių kliūčių vertinimo procesą. Įvairiai gali būti interpretuojamas ir sudėtingo medikamentinio gydymo grafiko bei prasto vaistų vartojimo ryšys (Grégoire et al., 2001; Ingersoll & Cohen, 2008; WHO, 2003). Viena vertus, galima daryti prielaidą, kad kai sergantiesiems tenka vaistus vartoti dažnai ir derinti daugelį vaistų rūšių, jiems sunku susiprasti ir

teisingai tą daryti. Kita vertus, jie gali vertinti skirtingų vaistų gausą kaip perteklinę – ypač kai neįaučia greito pagerėjimo, ir tai savo ruožtu prisideda prie gydymo nurodymų laikymuisi nepalankių įsitikinimų apie gydymą (Ross et al., 2004); arba vertinti savo ligą kaip mažiau kontroliuojamą ar keliančią didesnę riziką sveikatai. Taigi, galime daryti prielaidą, kad gydymo ypatumai leidžia ne tik prognozuoti GNL, bet taip pat prognozuoti įsitikinimus apie gydymą.

Tyrimai ne visuomet nustato ryšį tarp sveikatos būklės kintamųjų ir gydymo nurodymų laikymosi, bet jų rezultatai rodo, kad sveikatos būklės kintamieji gali prognozuoti ligos suvokimo aspektus. Pavyzdžiui, subjektyvus sveikatos būklės vertinimas siejasi su suvokiama ligos kontrole bei suvokiama ligos trukme (Lamiani et al., 2015). Nors yra nustatyta, kad objektyviai vertinamas ligos sunkumas turi įtakos sergančiojo su gydymo nurodymų laikymuisi susijusiam elgesiui (DiMatteo et al., 2007), French ir bendraautorių metaanalizės rezultatai (2006) leidžia daryti prielaidas, kad ligos suvokimas vis dėlto turi daug svarbesnę reikšmę sergančiojo elgesiui nei objektyvios ligos charakteristikos. Kadangi ligos suvokimas didesniu ar mažesniu tikslumu yra realios situacijos subjektyvus atspindys, nenuostabu, kad tiek objektyviai vertinamas ligos sunkumas, tiek sergančiojo ligos sunkumo suvokimas gali būti svarbūs gydymo nurodymų laikymosi elgesiui, kadangi abu šie veiksniai yra tarpusavyje susiję. Galiausiai yra nustatoma, kad gretutinių ligų buvimas turi nevienareikšmį poveikį GNL. Vieni tyrimai sieja didesnę lėtinių ligų kiekį su geresniais gydymo nurodymų laikymosi rodikliais (Choudhry et al., 2008; cit.), kitų rezultatai rodo priešingą ryšį (Choudhry, Patrick, Antman, Avorn, & Shrank, 2008). Gretutinės ligos, viena vertus, gali paskatinti sergantįjį skirti daugiau dėmesio savo sveikatai, tačiau kita vertus, priverčia sergantįjį paskirstyti dėmesį tarp kelių ligų, todėl gydymo nurodymų laikymasis gali nukentėti (Choudhry et al., 2008). Tačiau svarbu nepamiršti ir to, kad pablogėjus sveikatos būklei, gali pasikeisti ligos keliamos rizikos sveikatai suvokimas arba atsirasti nusivylimas paskirtu gydymu, kurie savaime gali tiesiogiai paveikti elgesį. Kaip ir gydymo ypatumų atveju, matome, kad

sveikatos būklės kintamieji leidžia numatyti sergančiojo įsitikinimus apie gydymą bei ligos suvokimą.

Tokie veiksniai kaip gydymo ir sveikatos būklės ypatumai daugelio autorių išskiriami kaip sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL prediktoriai (Alghurair et al., 2012; Osterberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003), tačiau yra pakankamai pagrindo manyti, kad šie veiksniai gali ne tik tiesiogiai, bet ir netiesiogiai, veikdami sergančiojo įsitikinimus apie ligą ir gydymą, prognozuoti gydymo nurodymų laikymąsi.

Dauguma kognityviniam požiūriui priskiriamų teorijų nebuvo tikslingai kuriamos tam, kad paaiškintų sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi. Pavyzdžiui, vienas plačiausiai su sveikata susijusiam elgesiui aiškinti taikomas įsitikinimų apie sveikatą modelis pirmiausiai buvo sukurtas siekiant paaiškinti su ligų prevencija susijusį elgesį, tačiau vėliau buvo išplėstas ir į gydymo proceso sritį (Champion & Sugg Skinner, 2008). Planuoto elgesio teorijos, kuri pastaraisiais metais sulaukė didelio mokslininkų susidomėjimo ir sukėlė nemažai diskusijų (Ajzen, 2011), pagrindinė paskirtis buvo aiškinti socialinį elgesį. Visose šio poskyrio pradžioje minėtose teorijose svarbų vaidmenį atlieka asmens įsitikinimai apie elgesį ir jo numatomų rezultatų naudingumą, beveik visuose pabrėžiamas subjektyvus rizikos sveikatai vertinimas, minimi ir kiti su ligos suvokimu susiję aspektai. Galiausiai, kognityviniam požiūriui priskiriamų teorijų pagrindinė idėja, kuri sako, kad tai, kaip asmuo mąsto, veikia tai, kaip jis elgiasi, yra pakankamai patvirtinta ir sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL srityje. Todėl galime pagrįstai manyti, jog įsitikinimai apie gydymą ir ligos suvokimas reikšmingai prognozuotų sergančiųjų elgesį.

Nors minėtos teorijos suteikia vertingų įžvalgų, tačiau jos taip pat susilaukia ir nemažai kritikos. Nepaisant to, kad asmens nuostatos ir įsitikinimai atlieka reikšmingiausią vaidmenį, kognityviniam požiūriui priskiriami teoriniai modeliai, išskyrus savireguliacijos teoriją, nepakankamai dėmesio skiria nuostatų ir įsitikinimų formavimuisi (Munro et al., 2007). Taip pat neretai šios teorijos kritikuojamos dėl to, kad akcentuoja racionalų ir

apgalvotą sprendimų priėmimą, kada asmuo turi apsvarstyti galimus elgesio teigiamus ir neigiamus aspektus bei atsižvelgti į suvoktus ligos ypatumus. Tokie svarstymai gali būti visai tikėtini planuojant elgesio ir gyvensenos pokyčius, bet kai analizuojamas ilgesnį laiką trunkantis, nuolatos kartojamas, įprastas elgesys, šie svarstymai rodytų nepagrįstą mąstymo resursų eikvojimą. Tačiau šiuo klausimu autoriai pakankamai sėkmingai gina savo pozicijas aiškindami, kad esant įprastam elgesiui vertinimo procesai vyksta automatiškai ir nereikalauja pastangų (Ajzen, 2002; Ajzen, 2011). Be to, atkreipiamas dėmesys ir į tai, kad su sveikata susijusį elgesį aiškinančiuose teoriniuose modeliuose vengiama analizuoti stabilesnius, labiau dispozicinius ar korekcijai nepasiduodančius veiksnius, nes yra manoma, kad jei jų negalima pakeisti, modelis tampa nenaudingas intervencijos tikslais (Weinstein & Rothman, 2005). Patys autoriai taip pat pripažįsta, kad stabilesnių veiksnių, pavyzdžiui, asmenybės bruožų ar aplinkos kintamųjų, įtraukimas padėtų praturtinti elgesio supratimą, leistų paaiškinti stabilesnes elgesio schemas (Ajzen, 2011). Conner ir Abraham tyrimas (2001) pademonstravo, kad kombinuojant asmenybės bruožus su sergančiojo įsitikinimais apie gydymą bei ligos suvokimo veiksniais, modelis kur kas geriau leidžia prognozuoti su sveikata susijusį elgesį, nei naudojant vien kognityvinius veiksnius. Dar vienas kognityvinių teorijų trūkumas yra tas, kad jų autoriai labai siaurai vertina elgesio prognostinius kintamuosius, neanalizuoja platesnio konteksto veiksnių, tokių kaip asmens artimųjų bei sveikatos priežiūros specialisto elgesio, sveikatos priežiūros sistemos ir sveikatos politikos ypatumų (Berben et al., 2012). Iš visų iki šiol pristatytų teorijų tik socialinė-kognityvinė ir planuoto elgesio teorija, be individualaus lygmens įsitikinimų, atsižvelgia į socialinės aplinkos svarbą asmens elgesiui (šis veiksnys bus plačiau aptartas kitame skyriuje). Galiausiai, teigti, kad vienas modelis yra tiek pat efektyvus aiškinant kokybiškai skirtingą elgesį skirtinguose kontekstuose, nors ir labai patogiu, bet vis dėlto pernelyg drąsu (Munro et al., 2007, Weinstein & Rothman, 2005), ir tai gerai patvirtina nustatomi tyčinio ir netyčinio vaistų nevartojimo prognostinių veiksnių skirtumai.

Atsižvelgdami į išsakytą kognityvinių modelių kritiką, tolimesniuose skyriuose aptarsime sergančiojo socialinės aplinkos, asmenybinių ir sociodemografinių veiksnių reikšmę sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymuisi.

### **1.5 Ekologinis požiūris į sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi**

Kaip jau buvo minėta anksčiau, su sveikata susijusio elgesio srityje dominuojančios teorijos ir jų pagrindu atliekami tyrimai nepakankamai dėmesio skiria socialinės aplinkos veiksniams. Anot ekologinės perspektyvos, sergančiojo elgesiui įtakos turi ne tik tiesiogiai su sergančiuoju susiję veiksniai (angl. *patient-level factors*), tokie kaip žinios, įsitikinimai ir suvokimas, bet ir sisteminiai, t. y. socialinės aplinkos ar net politinės situacijos, veiksniai. Sisteminiai veiksniai dažniausiai skirstomi į mikro-, mezo- ir makrolygmenis, o sergančiųjų GNL kontekste minėti lygmenys atitiktų sergančiojo artimuosius ir gydymą skiriančią gydytoją, sveikatos priežiūros įstaigą bei sveikatos priežiūros sistemą (Berben et al., 2012). Svarbiausiais GNL mikrolygmens faktoriais laikomi su sergančiojo tarpasmeniniais santykiais su artimaisiais ir betarpiškais santykiais su gydytoju susiję veiksniai, tokie kaip artimųjų parama ir lūkesčiai, pasitenkinimas ir pasitikėjimas sveikatos priežiūros specialistu; mezolygmenyje dažniausiai minimi tokie veiksniai kaip sveikatos priežiūros įstaigos dydis, aukščiausios kvalifikacijos specialistų procentas bei sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimas; makrolygmenyje – vaistų kainos kompensavimas, sveikatos priežiūros paslaugų kaina ir sveikatos draudimo ypatumai (Berben et al., 2012). Atsižvelgdama į ekologinio požiūrio idėjas, Pasaulio sveikatos organizacija (WHO, 2003) siūlo sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi analizuoti išskiriant 5 šiam reiškinii svarbiausias dimensijas, kurios apima su sergančiuoju susijusius veiksnius, su liga susijusius veiksnius, su gydymu susijusius veiksnius, socialinius / ekonominius veiksnius ir, galiausiai, sveikatos priežiūros sistemos ir specialistų komandos veiksnius. Nepaisant PSO rekomendacijų, GNL

tyrimuose beveik tris kartus rečiau atsižvelgiama į sveikatos priežiūros sistemos ir komandos bei socialinius / ekonominius veiksnius, palyginti su sergančiojo grupei priskiriamais veiksniais (AlGhurair et al., 2012). Šiame poskyryje didžiausią dėmesį skirsime sergančiojo mikroaplinkos veiksniams ir jų sąsajoms su sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymusi.

Sergant lėtine liga, didžioji dalis atsakomybės už ligos priežiūrą ir kontrolę tenka sergančiajam, kadangi medikamentus vartoja ir kitus su sveikata susijusius elgesio pokyčius įgyvendina bei palaiko sergantysis savarankiškai. Greičiausiai dėl šių priežasčių sergančiojo mikroaplinkos veiksniai retai analizuojami su sveikata susijusį elgesį aiškinančiuose modeliuose, o didžiausias dėmesys skiriamas būtent sergančiojo ar jo sveikatos būklės ir gydymo ypatumams. Tačiau net lėtinės ligos atveju sveikatos priežiūros specialistas atlieka svarbų vaidmenį, nes sergančiajam tenka palaikyti glaudų ryšį ir reguliariai bendrauti su gydytoju, kuris skiria gydymą ir prižiūri gydymosi procesą. Tuo tarpu kadangi retas sergantysis gyvena izoliuotai, sergančiojo šeima, draugai ir kiti reikšmingi asmenys gali taip pat įsitraukti į gydymo procesą padėdami, o kartais ir trukdydami sergančiajam laikytis gydymo nurodymų.

### **1.5.1 Gydančio gydytojo vaidmuo gydymo nurodymų laikymosi kontekste**

Sveikatos priežiūros specialistas ne tik diagnozuoja ligą ir teikia gydymo rekomendacijas, bet taip pat stebi ligos progresavimą, informuoja sergantįjį apie sveikatos pokyčius, teikia žinias apie ligą ir gydymą. *Sutikimo* koncepcijos šalininkai, kurie į gydymo nurodymų laikymąsi žvelgia kaip į bendradarbiavimo procesą tarp sveikatos priežiūros specialisto ir sergančiojo, pabrėžia paciento įtraukimo į gydymo planavimo procesą, pagarbaus elgesio su sergančiuoju ir jo kompetencijos pripažinimo svarbą (Horne et al., 2005). Jeigu sveikatos priežiūros specialistas, teikdamas gydymo rekomendacijas, jas individualizuoja, atsižvelgia į sergančiojo poreikius ir galimybes tam tikras rekomendacijas įgyvendinti, galima tikėtis, kad sergantysis bus labiau linkęs šių rekomendacijų laikytis (Aronson, 2007). Vieni dažniausiai minimų su

sveikatos priežiūros specialistu susijusių veiksnių, kurie aktualūs gydymo nurodymų laikymuisi, yra sergančiojo požiūris į gydytoją ir bendravimo su liga prižiūrinčiu sveikatos priežiūros specialistu ypatumai.

Savo apžvalgoje Chatterjee (2006) pastebi, kad sergantieji, kurie labiau patenkinti sveikatos priežiūros specialistu bei bendravimu su juo, ne tik geriau laikosi gydymo rekomendacijų, bet ir daug tiksliau ir detaliau sugeba prisiminti tai, kas jiems buvo rekomenduojama. Gherman ir bendraautorių apžvalga (2011) taip pat rodo, kad pasitikėjimas sveikatos priežiūros specialistu, pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis ir teigiamas bendravimo su gydytoju vertinimas reikšmingai susiję su įvairiomis GNL sritimis, o ryšio efekto dydis būna net stipresnis nei sergančiojo ligos suvokimo. Gydytojo elgesys prisideda prie prastesnio sergančiųjų gydymo nurodymų laikymosi, kai yra teikiamos sudėtingos gydymo rekomendacijos ir nepaaiškinama jų svarba, galima nauda arba šalutinis poveikis, nesugebama užmegzti bendradarbiavimui palankaus santykio su sergančiuoju (Gascón, Sánchez-Ortuño, Llor, Skidmore, & Saturno, 2004; Osterberg & Balschke, 2005). Didžiausią nepasitenkinimą sergantiesiems kelia tai, kad gydytojas nepakankamai laiko skiria konsultacijai, nepalaiko akių kontakto ir tik „kažką pastoviai rašo“ (Gascón et al., 2004). Be to, nepasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis, sveikatos priežiūros specialistų nepagarba ar abejingumas sergančiajam, kai sergantis jaučia, jog gydytojas neatsižvelgia į jo nuomonę ar poreikius, siejama su dažnesniu neapsilankymu pas gydytoją (Alhamad, 2013; DuMontier, Rindfleisch, Pruszynski, & Frey, 2013; Lacy et al., 2004). Galiausiai, bendravimo su gydytoju svarbą gydymo nurodymų laikymuisi patvirtina dar ir tai, kad į sveikatos priežiūros specialistų bendravimo įgūdžių tobulinimą orientuotų intervencijų rezultatai siejami su geresniais sergančiųjų gydymo nurodymų laikymosi rodikliais (Haskard Zolnierek & DiMatteo, 2009). Taigi, daugelio tyrimų rezultatai patvirtinta, kad vien pokalbis su gydytoju gali turėti didelės reikšmės sergančiojo elgesiui.

Be bendravimo su sveikatos priežiūros specialistu svarbos, tyrėjai taip pat teigia, kad reikšmingą vaidmenį gydantis atlieka gydytojo episteminio



autoriteto (angl. *epistemic authority*) vertinimas. Episteminis autoritetas apibrėžiamas kaip įsitikinimas apie specialisto ar kito asmens tam tikros srities atitinkamų žinių lygį (Barnoy, Ofra, & Bar-Tal, 2012), tad gali būti prilyginamas subjektyviai vertinamai gydytojo kompetencijai. Tyrimai rodo, kad jei sergantieji savo gydytojo episteminį autoritetą vertina kaip aukštą, jie jaučia mažesnę neapibrėžtumą ir neaiškumą, susijusį su liga ir gydymu (Madar & Bar-Tal, 2009). Stasiuk, Maksymiuk ir Bar-Tal tyrimo metu (2014) nustatyta, kad rekomendacijų pobūdis neturi tiesioginio poveikio paciento elgesiui, bet yra medijuojamas episteminio gydytojo autoriteto, kitaip tariant, rekomendacijų pobūdis veikia gydytojo kompetencijos vertinimą, o GNL tiesiogiai lemia suvokiama gydytojo kompetencija. Įdomu pastebėti dar ir tai, kad minėtame tyrime autoriai analizavo ne rekomendacijų tinkamumą, bet jas skirstė į 2 kategorijas: *aktyvias* (pavyzdžiui, rekomenduojama intervencija ar vaistai) ir *pasyvias* (pavyzdžiui, siūloma palaukti ir stebėti būseną arba kažko nedaryti – nevirtoti daug druskos ar riebių maisto produktų). Būtent aktyvaus pobūdžio rekomendacijos buvo siejamos su aukštesniu gydytojo episteminio autoritetu (Bar-Tal, Stasiuk, & Maksymiuk, 2013; Stasiuk, Maksymiuk, & Bar-Tal, 2014). Galiausiai, gydytojo episteminio autoriteto vertinimas ne tik reikšmingai lemia paciento su sveikata susijusį elgesį, bet taip pat formuoja sergančiojo žinias ir įsitikinimus apie ligą bei gydymą, kadangi autoriteto suteikiama informacija neretai priimama jos nevertinant kritiškai ir neabejojant informacijos teisingumu (Barnoy et al., 2012). Tai savo ruožtu leidžia formuoti sergančiojo gydymo nurodymų laikymuisi palankius įsitikinimus apie gydymą ir tikrovę atitinkantį ligos suvokimą.

Sveikatos priežiūros specialisto ir sergančiojo bendravimas ir bendradarbiavimas tiek atlieka svarbų palaikantį vaidmenį stebint ligos eigą bei kontrolę, tiek turi edukacinę reikšmę (de Jongh et al., 2012). Maddigan, Majundar ir Johnson tyrimas (2005) parodė, kad sergančiojo ir sveikatos priežiūros specialisto santykiai reikšmingai prognozuoja ne tik fizinio aktyvumo ir mitybos rodiklius, bet kiek stipresnę prognostinį ryšį turi su sergančiojo įsitikinimais apie gydymą ir ligos suvokimu. Tad apibendrinami

galime teigti, kad sergančiojo požiūris į gydytoją – gydytojo kompetencijos bei bendravimo su sergančiuoju pobūdžio vertinimas gali ne tik tiesiogiai prognozuoti gydymo nurodymų laikymąsi, bet taip pat paaiškinti sergančiojo įsitikinimus apie gydymą ir ligos suvokimą.

### **1.5.2 Sergančiojo artimųjų vaidmuo gydymo nurodymų laikymosi kontekste**

Visuotinai pripažįstama, kad socialiniai santykiai atlieka svarbų vaidmenį gerinant arba palaikant sveikatą ir mažinant mirtingumo riziką (Yang, Boen, & Harris, 2015; Sergin & Domschke, 2011; Stephens, Alpass, Towers, & Stevenson, 2011). Tyrimai rodo, kad potenciali socialinės atskirties žala asmens sveikatai gali būti prilyginama rūkymui arba nutukimui (Holt-Lang, Smith, & Layton, 2010). Nors vis dar nėra iki galo aišku, kokiais principais veikia socialinių santykių ir asmens sveikatos ryšys (Yang et al., 2015), tačiau galima pagrįstai daryti prielaidą, kad lėtinių ligų atveju artimieji prisideda prie geresnės sergančiojo sveikatos būtent padėdami sergančiajam ir palaikydami jį gydymosi procese arba skatindami tinkamesnį gydymo nurodymų laikymąsi.

Šeiminė padėtis, kuri gali būti priskiriama prie socialinės integracijos kintamųjų, kartais siejama su mažesne sergamumo rizika, geresniais sveikatos būklės rodikliais (Yang et al., 2015), taip pat ir su geresniu GNL. Morris su bendraautoriais (2006) teigia, kad susituokę arba su partneriu gyvenantys sergantieji geriau laikosi gydymo nurodymų, nes jų antroji pusė primena ir tokiu būdu pastiprina tinkamesnį elgesį. Tyrimai patvirtina šią prielaidą ne visose GNL srityse. Susituokę asmenys geriau laikosi su vaistų vartojimu susijusių gydymo rekomendacijų (Lamiani et al., 2015; Trivedi, Ayotte, Elderman, & Bosworth, 2008), bet rečiau stebi savo būseną matuodami kraujospūdį palyginti su vienišais sergančiaisiais (Thorpe, Oddone, & Bosworth, 2008). Tuo tarpu su mitybos ir fizinio aktyvumo rekomendacijų paisymu ir reguliariu apsilankymu pas gydytoją šeiminė padėtis reikšmingai nesisieja (Alhamad, 2013; Tverdi et al., 2008). Remdamiesi nelabai nuosekliais

rezultatais, galime manyti, kad ne faktinė šeiminė padėtis, o besirūpinantys artimieji ar nusistovėjusios šeimos normos yra svarbesnės sergančiojo elgesiui.

Socialinė parama yra plati sąvoka, apimanti daugelį konstrukto, tokių kaip subjektyviai suvokiama arba realiai gaunama, emocinė, informacinė, instrumentinė socialinė parama ir pan. Nors tyrėjai retai abejoja, kad tarp socialinės paramos ir asmens sveikatos būklės bei GNL yra reikšmingas ryšys, iki galo nėra sutariama, kuri socialinės paramos rūšis yra svarbiausia. Vieni sako, kad būtent subjektyviai suvokiama socialinė parama nuosekliai siejasi su sveikata ir jos rodikliais (Haber, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007). Tyrimų, kurie rodo, kad socialine parama grįstos intervencijos skatina sergančiuosius griežčiau laikytis gydymo nurodymų, rezultatai leidžia kitiems tyrėjams teigti, kad praktinė parama turi stipresnę ryšį su GNL negu emocinė arba nediferencijuota parama (Schroeder et al., 2004; Van Dulmen et al., 2007). Kiti daro prielaidą, kad socialinė parama gali būti suprantama kaip vienadimensis konstruktas, tuo tarpu nustatomi skirtumai atsiranda ne dėl skirtingų socialinės paramos rūšių kokybinių skirtumų, bet dėl to, kad skirtingo pobūdžio parama yra gaunama iš skirtingų šaltinių (Norwood, 1996), o į minėto pobūdžio intervencijas neretai įtraukiami ne tik sergančiojo artimieji, bet ir sveikatos priežiūros specialistai, ir tai gali lemti vienokį ar kitokį rezultatą. DiMatteo metaanalizė (2004b), kurioje buvo apibendrinti 122 tyrimų duomenys, parodė, kad visos socialinės paramos rūšys, įskaitant ir bendrą nediferencijuotą paramą, reikšmingai prisideda prie tinkamesnio gydymo nurodymų laikymosi.

Taigi, galime sutikti, kad jeigu sergantysis jaučiasi palaikomas jam svarbių asmenų, jis geriau paiso gydymo rekomendacijų, bet kartu kyla klausimas, kokiai GNL sričiai socialinė parama yra svarbiausia. Tyrime, kuriame lėtine liga sergančiųjų buvo klausama, kokiose su liga ir gydymo procesu susijusiose sferose jiems labiausiai reikėtų artimųjų pagalbos, tiriamieji nurodė, kad labiausiai iš visų su GNL susijusių sričių artimųjų pagalba ir parama jiems reikalinga lankantis pas sveikatos priežiūros specialistą, be to, šis rezultatas išliko stabilus nepriklausomai nuo lėtinės ligos pobūdžio (van Houtum, Rijken, Heijmans, & Groenewegen, 2014).

Nereguliarus apsilankymas pas sveikatos priežiūros specialistą, numatyto vizito praleidimas stipriausiai siejamas su sunkia kelione arba nepakankamu transporto priemonių prieinamumu ir užmaršumu (El-Din, Al-Shakhs, & Al-Oudah, 2008). Taipogi, 40 procentų cukriniu diabetu sergančiųjų, neatvykusių į paskirtą susitikimą su sveikatos priežiūros specialistu, nurodė, kad jiems niekas nepadedą lankytis pas gydytoją (Ngwenya, van Zyl, & Webb, 2009). Šiuo atveju galima kelti prielaidą, kad sergančiojo artimieji bei jų paskatinimai primenant apie apsilankymą arba pagalba ilgesnės kelionės metu gali turėti teigiamą poveikį reguliaresniam sergančiojo sveikatos būklės stebėjimui.

Analizuojant gydymo nurodymų laikymąsi, be artimųjų paramos svarbu atsižvelgti ir į kitą mikroaplinkos aspektą. Kaip teigia socialinio-kognityvinio požiūrio atstovai, elgesys taip pat yra reguliuojamas aplinkinių reakcijos į sergančiojo elgesį, t. y. reikšmingu sergančiajam asmenų pritarimas ar nepritarimas gali paskatinti sergantįjį griežčiau laikytis arba priešingai – nepaisyti gydymo rekomendacijų (Bandura, 2004). Be to, asmuo gali *jaustis* verčiamas arba skatinamas savo artimųjų rato atlikti arba ilgesnį laiką išlaikyti sveikatą stiprinantį elgesį (Troits, 2011). Planuoto elgesio teorija atkreipia dėmesį į tai, kad subjektyvios normos, t. y. sergančiojo suvokiami artimųjų arba kitų svarbių žmonių lūkesčiai, bent iš dalies lemia sergančiojo elgesį (Ajzen & Fishbein, 2000; McEachan et al., 2011). Šias prielaidas taip pat patvirtina GNL srities tyrimai, kurie nustato, kad subjektyvios normos siejasi su mitybos ypatumais (Conner, Norman, & Bell, 2002; Didarloo, Shojaeizedah, Gharaaghaji, Niknami, & Khorami, 2014; Kothe & Mullan, 2014), fiziniu aktyvumu (Courneya, Friedenreich, Sela, Quinney, & Rhodes, 2002), vaistų vartojimu ir kitomis savirūpos veiklomis (Rich, Brandes, Mullan, & Hagger, 2015), taip pat prognozuoja reguliaresnį kraujospūdžio matavimąsi (Baghianimoghadam et al., 2010). Nors yra manančių, kad subjektyvios normos yra vienas silpniausių planuoto elgesio teorijos konstrukto (Armitage & Conner, 2001), tačiau tyrimai rodo, kad jos leidžia prognozuoti su sveikata susijusį elgesį ir gydymo nurodymų laikymąsi.

Galiausiai, Bekke-Hansen, Weinman, Thastum, Thygesen ir Zachariae tyrimas (2014) parodė, kad suvokiama artimųjų parama prognozuoja sergančiųjų suvokiamą ligos kontrolę. Nenuostabu, kad sergantiesiems, kurie jaučiasi palaikomi savo artimųjų, pati liga gali atrodyti labiau valdoma. Nors minėtame tyrime suvokiama artimųjų parama nesisiejo su kitais ligos suvokimo kintamaisiais, gautas rezultatas iš dalies patvirtina prielaidą, kad sergančiojo artimieji ne tik veikia sergančiojo gydymo nurodymų laikymąsi, bet taip pat formuoja sergančiojo įsitikinimus apie gydymą ir ligos suvokimą.

Apibendrinami galime teigti, kad mikroaplinkos veiksniai prognozuoja sergančiųjų gydymo nurodymų laikymąsi. Jeigu lėtinėmis ligomis sergantieji savo gydytoją vertina kaip kompetentingą ir yra patenkinti bendravimu su juo, jaučiasi labiau palaikomi savo artimųjų bei skatinami jų laikytis gydymo rekomendacijų, galime pagrįstai manyti, kad jie ne tik geriau laikysis gydymo nurodymų, bet ir jų įsitikinimai apie gydymą bei ligos suvokimo aspektai bus palankesni puoselėjant ir stiprinant sveikatą.

### **1.6 Sergančiųjų lėtinėmis ligomis asmenybinių veiksnių reikšmė gydymo nurodymų laikymuisi**

Stabilios asmenybės dimensijos moksliniuose tyrimuose neretai yra siejamos su asmens fizine sveikata, liga bei gyvenimo trukme. Anot Smith ir Williams (1992), labiausiai tyrėjų dėmesio sulaukęs asmenybės ir fizinės sveikatos ryšys nagrinėjamas iš klasikinės psichosomatinės arba psichofiziologinės perspektyvos, kai yra daroma prielaida, kad asmens charakteristikos nulemia fiziologinių streso reakcijų dažnumą, fiziologinio sužadavimo trukmę bei intensyvumą, o tai savo ruožtu skatina arba paankstina ligos atsiradimą. Vėlgi, vis dažniau abejojama paprastu ir tiesioginiu sirgti linkusios asmenybės ir prastos sveikatos ryšiu, o pastaraisiais metais akcentuojama tai, kad tam tikrais asmenybės bruožais pasižymintiems asmenims gali būti labiau būdingi sveikatai žalingi įpročiai bei elgsena arba šių asmenų socialinė ir ekonominė aplinka gali būti nepalanki geros fizinės sveikatos palaikymui (Friedman, 2000). Nors asmenybės bruožus ir fizinę

sveikatą sieja sudėtingas ryšys, kurį paaiškina daugelio medijuojančių ir moderuojančių veiksnių seka bei šių veiksnių sąveika, longitudinaliniai tyrimai rodo, kad beveik visi Didžiojo penketo (angl. *Big Five*) teorijai priskiriami bruožai<sup>1</sup>, išskyrus atvirumą, reikšmingai prognozuoja fizinę sveikatą (Turiano et al., 2011). Didžiausią reikšmę tiek fizinės, tiek psichinės sveikatos rodikliams turi būtent sąmoningumo išreikštumas (Bogg & Roberts, 2013; Goodwin & Friedman, 2006). Tai, kad asmenybės bruožai siejami su fizine sveikata, o šio ryšys aiškinamas asmenybės bruožų poveikiu su sveikata susijusiam elgesiui (Elfhag & Morey, 2008; Rhodes & Smith, 2006; Williams et al., 2008), leidžia daryti pagrįstą prielaidą, kad asmenybės bruožai galėtų būti reikšmingas sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi prediktorius.

Pastaraisiais metais, nors ir negausiai, atsirado pavienių tyrimų, kurie analizuoja Didžiojo penketo asmenybės bruožų ir gydymo nurodymų laikymosi ryšį. Tiriant astma sergančiuosius buvo nustatyta, kad labiau išreikšti sergančiųjų sutarumo ir sąmoningumo bruožai bei mažesni įverčiai neurotiškumo skalėje reikšmingai prognozuoja tinkamesnį vaistų vartojimą (Axelsson et al., 2013). Tie patys asmenybės bruožai kituose tyrimuose prognozavo paskirtų antibiotikų nutraukimą bei sergančiųjų įvairiomis lėtinėmis ligomis vaistų vartojimą (Axelsson, 2013; Axelsson et al., 2011). Tyrėjai teigia, kad labiau sutarūs asmenys, būdami mažiau skeptiški kitų ketinimams ir linkę bendradarbiauti, labiau pasitiki sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijomis; ne tiek neurotiški mažiau pergyvena dėl galimos vaistų žalos, o sąmoningesni – geriau planuoja ir yra atkaklesni siekdami užsibrėžtų tikslų, tad minėtais bruožais pasižymintys asmenys geriau laikosi su vaistų vartojimu susijusių rekomendacijų (Axelsson, 2013; Axelsson et al., 2011; Axelsson et al., 2013). Kiti tyrimai gauna iš dalies panašius rezultatus, tačiau nenustato reikšmingo ryšio tarp vaistų vartojimo ir sutarumo (Bruce,

---

<sup>1</sup> Didžiojo penketo paradigmoje bruožai apibūdinami kaip „individualių skirtumų matmenys, susiję su mąstymo, jausmų ir veiksnių ypatumais“ (McCrae, 2005, cit. iš Kairys, 2010) ir išskiriami 5 asmenybės bruožai – ekstravertiškumas, sutarumas, sąmoningumas, neurotiškumas ir atvirumas (Costa ir McCrae, 2012).

Hancock, Arnett, & Lynch, 2010; Emilsson et al., 2011; Wheeler et al., 2012), o kai sergančiųjų vaistų vartojimas vertinamas remiantis medžiagų koncentracija kraujyje, reikšmingas prognostinis ryšys nustatomas tik su sąmoningumu (Christensen & Smith, 1995). Svarbu atkreipti dėmesį dar į tai, kad minėtuose tyrimuose nustatomi ryšiai nėra labai stiprūs ir nei vienas iš minėtų asmenybės bruožų neišryškėja kaip stipriausias prediktorius.

Gali būti, kad silpnas prognostinis ryšys tarp sergantiesiems būdingo vaistų vartojimo ir asmenybės bruožų nustatomas dėl to, kad minėti tyrimai neišskiria tyčinio ir netyčinio vaistų nevartojimo, o apsiriboja bendru vaistų nevartojimo rodikliu. Kaip buvo minėta anksčiau, tyčinis vaistų nevartojimas labiau siejamas su sergančiojo įsitikinimais apie gydymą ir aktyviu sprendimo priėmimu, o netyčinis atspindi labiau nerūpestingą elgesį su vaistais, nulemtą sergančiojo charakteristikų (Clifford et al., 2008; Lehane & McCarthy, 2007a). Galima daryti prielaidą, kad asmenybės bruožai gali turėti nevienodos prognostinės reikšmės skirtingoms vaistų nevartojimo rūšims. Taigi, atskirai analizuojant tyčinį ir netyčinį vaistų nevartojimą, galime tikėtis, kad sąmoningumo ar neurotiškumo bruožai, kuriuos nustato kiti tyrimai, bus stipriau susiję su netyčiniu vaistų nevartojimu nei su tyčiniu arba bendru vaistų vartojimo rodikliu.

Tyrimų, kurie analizuotų ne tik vaistų vartojimo, bet ir kitų GNL sričių ryšį su asmenybės bruožais, lėtinių ligų srityje išties nėra daug. Hilliard ir bendraautorių tyrime (2014) tyrėjai nustatė, kad sutarumas prognozuoja didesnę tikimybę, kad asmuo atvyks į reabilitacines procedūras, o sąmoningumas ir atvirumas siejasi su didesniu sergančiojo išitraukimu į fizinės reabilitacijos procesą. I tipo cukriniu diabetu sergantys jaunuoliai, pasižymintys labiau išreikštu sąmoningumu, geriau laikėsi mitybos apribojimų, o aukštesni fizinio aktyvumo rodikliai buvo nustatyti tarp labiau ekstravertiškų jaunuolių (Wheeler et al., 2012). Ekstravertiškumo ir fizinio aktyvumo ryšys taip pat išryškėjo ir hipertenzija sergančių paauglių imtyje, o sąmoningumas buvo geriausiu bendro GNL lygio prediktoriumi (Žugelj et al., 2010). Nors su sveikata susijusio elgesio ir asmenybės bruožų prognostinis ryšys ne visada

nustatomas bendroje populiacijoje (Allen & Vella, 2015), yra tyrimų, kurie pabrėžia būtent sąmoningumo svarbą. Pavyzdžiui, suaugusiųjų ir viršsvorį turinčių imtyje geriausiai mitybos apribojimų sekėsi laikytis asmenims, kurių sąmoningumas buvo labiau išreikštas (Elfhag & Morey, 2008). Conner ir Abraham tyrime (2001) sąmoningumo bruožas ne tik tiesiogiai prognozavo studentams būdingą fizinį aktyvumą bei sveikatą puoselėjantį elgesį, bet taip pat padidino planuoto elgesio teorijos prognostinį tikslumą. Remdamiesi šio tyrimo rezultatais autoriai netgi pasiūlė sąmoningumą integruoti į planuoto elgesio teoriją kaip vieną iš konstrukto.

Kadangi dauguma tyrimų, kurie patvirtina asmenybės bruožų svarbą su gyvenamosios pokyčiais susijusiam GNL, yra atliekami su jaunesniais arba sveikais asmenimis, gana sunku daryti prielaidas prie tai, kokie asmenybės bruožai prognozuos vyresnio amžiaus lėtinėmis ligomis sergančiųjų savo būklės stebėjimą, fizinį aktyvumą ir mitybą. Tačiau yra ir kitų teorinių ir empirinių prielaidų, kurios, nors ir netiesiogiai, bet patiprina sąmoningumo svarbą gydymosi procese.

Neretai tyrėjai atkreipia dėmesį į tai, kad asmens savireguliacija ir savikontrolė yra glaudžiai susijusios tiek su geresniais sveikatos rodikliais, tiek su ilgalaikiu sveikatai palankiu elgesiu bei sveikatai nepalankaus elgesio vengimu (de Ridder, Lensvelt-Mulders, Finkenauer, Stok, & Baumeister, 2012; Hagger, Wood, Stiff, & Chatzisarantis, 2009; Maes & Karoly, 2005; Schwarzer, 2008). Savireguliacija bendriausia prasme gali būti apibrėžiama kaip į tikslą orientuoto elgesio procesas, kuris yra palaikomas ilgesnį laiko tarpą bei siejamas su gebėjimu įveikti galimas kliūtis ir kylančias pagundas (Hofmann, Schmeichel, & Baddeley, 2012). Tuo tarpu savikontrolė apibrėžiama kaip individo gebėjimas slopinti kylančius impulsus, norus, išsaknijusius įpročius, kuris leidžia asmeniui užsiimti ilgalaikę, pastangų reikalaujančią veiklą, įgyvendinti ilgalaikius tikslus atsisakant trumpalaikių malonumų (Hagger, 2013). Remiantis akivaizdžiais apibrėžimų bendrumais yra teigiama, kad savikontrolė yra esmingiausias savireguliacijos bruožas bei yra būtinoji tinkamos savireguliacijos prielaida (de Ridder et al., 2012). Turint



omenyje, kad savireguliacijos ir savikontrolės procesas vyksta tam tikrą laiką palaikant tam tikrą elgesį, galima drąsiai daryti prielaidą, kad šie veiksniai bus reikšmingai susiję ir su gydymo nurodymų laikymuisi priskiriamos elgsenos ypatumais lėtinių ligų kontekste.

Sunku nepastebėti savikontrolės, ir kartu savireguliacijos, apibrėžimo panašumų su Didžiojo penketo asmenybės teorijoje išskiriamu sąmoningumo bruožu. Costa ir McCrae (2012) sąmoningumo bruožą taip pat sieja su impulsų kontrole, troškimų valdymu, atkaklumu. Be to, sąmoningesni asmenys pasižymi aktyvesniu planavimu, yra labiau organizuoti ir tikslingai siekia užsibrėžtų tikslų. Galiausiai, savidrausmė yra viena iš sąmoningumą apibrėžiančių sričių (Costa ir McCrae, 2012). Nors ir negalime dėti lygybės ženklų tarp sąmoningumo ir savireguliacijos ar savikontrolės, matome, kad šie konstruktai, nepaisant koncepcinių skirtumų, turi nemažai sąlyčio taškų. Savireguliaciją netgi būtų galima laikyti tam tikra sąmoningumo bruožui būdinga adaptacija, tačiau šiame tyrime anksčiau aprašytas savireguliacijos ir su sveikata susijusio elgsio ryšys vienareikšmiškai sustiprina sąmoningumo, kaip reikšmingo sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi prognostinio veiksnio, pozicijas.

Apibendrinami anksčiau minėtų tyrimų rezultatus bei kitas prielaidas, galime teigti, kad dispoziciniai ir stabilūs asmenybės bruožai ne tik prisideda prie asmens sveikatos, sergamumo ir ilgaamžiškumo, bet taip pat gali prognozuoti sergančiajam būdingą su GNL susijusio pasikartojančio elgsio tendenciją. Vienu svarbiausiu su sveikata susijusio elgsio prediktoriumi gali būti išskirtas būtent sąmoningumo bruožas. Dauguma šiame poskyryje aptartų tyrimų buvo orientuoti į vaistų vartojimo elgesį arba atliekami sveikų ar jaunų žmonių grupėse, todėl jų rezultatai neleidžia daryti vienareikšmiškų išvadų, kad tokios pat asmenybės bruožų ir su sveikata susijusio elgsio ryšio tendencijos (pavyzdžiui, ekstravertiškumo ir fizinio aktyvumo ryšys) bus nustatytos ir sergančiųjų imtyje, tačiau minėtų tyrimų rezultatai duoda pakankamai paskatos tyrinėti asmenybės bruožų sąsajas su gydymo nurodymų laikymusi.

## **1.7 Sociodemografinių veiksnių reikšmė sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymuisi**

Tyrimuose sociodemografiniai arba socioekonominiai duomenys visada yra registruojami ir pristatomi aprašant tiriamųjų imtį, tačiau dauguma empirinių tyrimų autorių juos naudoja kaip kontrolinius, o ne kaip tiesioginius elgesio prediktorius (Ajzen, 2011; Alghurair et al., 2012). Paprastai GNL kontekste analizuojami sergančiųjų amžiaus, išsilavinimo ir finansinės padėties kintamieji, tačiau iki galo nėra sutariama, kaip ir kokie veiksniai iš tikrųjų siejasi su gydymo nurodymų laikymusi (Osterberg & Balschke, 2005; WHO, 2003).

Amžiaus ir gydymo nurodymų laikymosi ryšio nagrinėjimas paprastai teikia prieštarigus rezultatus (Lehane & McCarthy, 2007b; WHO, 2003). Dažniausiai yra daroma prielaida, kad su amžiumi GNL prastėja dėl vyresnio amžiaus žmonių užmaršumo ir nedėmesingumo, siejamo su ribotais kognityviniais resursais ir bendru kognityvinių gebėjimų silpnėjimu (Ahola & Groop, 2013; Park et al., 1999). Patys sergantieji kaip vaistų nevartojimo priežastį dažniausiai įvardija užmaršumą (Molloy et al., 2014), o nustatomi kognityviniai sutrikimai iš tiesų siejami su prastesniais GNL rodikliais (Osterberg & Balschke, 2005). Tačiau yra tyrimų, rodančių priešingą ryšį, kada vyresni sergantieji tinkamiau vartoja jiems paskirtus vaistus (Morris et al., 2006; Senior et al., 2004). Gydymo nurodymų laikymosi gerėjimas su amžiumi gali būti paaiškintas tuo, kad vyresnio amžiaus asmenų dienvakarė yra paprastesnė, ir tai leidžia jiems atidžiau laikytis vaistų vartojimo grafiko (Park et al., 1999), be to, vyresnio amžiaus asmenys paprastai serga keliomis lėtinėmis ligomis ir ilgiau, tad vykdyti gydymo rekomendacijas jiems gali būti labiau įprasta nei jaunesniems ir trumpiau sergantiems asmenims (Brown & Park, 2003). Šiai prielaidai paantrina tyrimai, kurių rezultatai rodo, jog būtent jaunesni nei 60 metų sergantieji kur kas prasčiau vartoja vaistus (Briesacher, Andrade, Fouayzi, & Chan, 2008), o darbingo amžiaus asmenys dėl užimtos dienvakarės yra labiau linkę neatvykti į paskirtą susitikimą su sveikatos priežiūros specialistu (El-Din et al., 2008; Giunta et al., 2013; Perron et al.,

2010). Taigi, galime daryti prielaidą, kad vyresni, kognityvinių sutrikimų neturintys ir greičiausiai nedirbantys sergantieji kur kas geriau laikysis gydymo nurodymų.

Kaip ir kitų sociodemografinių kintamųjų, sergančiųjų išsilavinimo ryšys su gydymo nurodymų laikymusi yra nevienareikšmis. Kai kurie tyrimai rodo, kad asmenys, kurių išsilavinimo lygis žemesnis, geriau laikosi su vaistų vartojimu susijusių gydymo rekomendacijų (Senior et al., 2004), ir tai prieštarautų intuityviai numatomam rezultatui. Kita vertus, svarbu atkreipti dėmesį ir į tai, kad neretai žemesnio išsilavinimo asmenys tyrimuose būna vyresnio amžiaus, o tai leidžia daryti prielaidą, kad ne išsilavinimo lygis, o būtent amžius yra svarbesnis GNL prognozuojantis veiksnys. Tyrimai taip pat nustato, kad nepakankamos žinios apie ligą arba nepakankamas ligos supratimas labiausiai veikia gydymo nurodymų laikymąsi (Nwabuo et al., 2014). Tai rodo, kad ne tiek išsilavinimas savaime, kiek specifinės žinios, susijusios su liga ir gydymu, arba, labiau tikėtina, ligos suvokimas ir įsitikinimai apie gydymą, lemia su GNL susijusį elgesį. Neretai yra keliamą prielaidą, kad sveikatos raštingumas (angl. *health literacy*), kuris yra apibrėžiamas kaip asmens gebėjimas suprasti su sveikatos priežiūra susijusią informaciją ir ją tinkamai panaudoti savirūpos tikslais (pavyzdžiui, suprasti užrašus ant maisto pakuočių), yra daug svarbesnis su sveikata susijusiam elgesiui (Ahola & Groop, 2013). Kita vertus, edukacinės intervencijos, skirtos praplėsti žinias apie ligą ir gydymą, yra iš tiesų mažai veiksmingos ir yra efektyvios tik trumpą laiką (Van Dulmen et al., 2007). Nenuoseklūs sergančiojo išsilavinimo ir GNL ryšio rezultatai leidžia daryti tik atsargią prielaidą, kad sergančiųjų išsilavinimas gydymo nurodymų laikymuisi bus svarbus tik tuo atveju, kai jis yra labai žemas arba sergantieji yra neraštingi.

Vienintelis su prastesniu gydymo nurodymų laikymusi nuosekliai siejamas veiksnys yra sergančiojo patiriami finansiniai sunkumai. Sveikatos draudimo, kuris padengtų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas, neturėjimas, gydymo finansinė našta, susijusi su vaistų ar kitų gydymui reikalingų priemonių kaina, reikšmingai prisideda prie netinkamo gydymo nurodymų

laikymosi (Alghurair et al., 2012; Jin et al., 2008; Nwabuo et al., 2014; Osterberg & Balschke, 2005) ir tampa ypač svarbūs lėtinių ligų, kurių gydymas gali trukti visą gyvenimą, atvejais.

Neretai nustatomi sociodemografinių veiksnių ir GNL sąsajų prieštaravimai dažniausiai yra aiškinami imties specifika arba tuo, kad sergančiųjų gydymo nurodymų laikymasis yra vertinamas pasitelkiant skirtingus instrumentus ir metodus (Kronish & Ye, 2013). Nepaisant tyrimų nustatomų nevienareikšmių rezultatų, galima daryti prielaidą, kad sociodemografiniai kintamieji, nors ir nedaug, bet gali prisidėti prie sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi paaiškinimo.

---

Apibendrinami tyrimų rezultatų apžvalgą galime teigti, kad sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi tematika sulaukė nemažai sveikatos priežiūros specialistų ir psichologų dėmesio, o tai savo ruožtu tik pabrėžia šios temos aktualumą bei svarbą asmens sveikatos priežiūros ir sveikatos psichologijos srityje. Sunku paneigti, kad senstančioje visuomenėje, kurioje lėtinių ligų paplitimo mastas nuolatos didėja, ypač svarbią vietą užima ne tik ligų profilaktika, bet ir veiksminga jų kontrolė, o kaip rodo tyrimai, gydymo nurodymų laikymasis yra vienas iš lėtinių ligų kontrolės užtikrinimo veiksnių (De Geest et al., 2014; Herttua et al., 2013; Perreault et al., 2010; Turner et al., 2009; Veronesi et al., 2007). Tačiau nepaisant tyrėjų susidomėjimo, tyrimams šioje srityje trūksta kompleksškumo ir sisteminio požiūrio, tyrimų gaunami rezultatai neretai yra priešaringi.

Apžvelgti sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi ir jį prognozuojančių veiksnių tyrimai dažniausiai analizuoja pavienių veiksnių reikšmę atskiriems gydymo nurodymų laikymosi aspektams. Moksliniuose tyrimuose neretai apsiribojama vaistų vartojimą prognozuojančių veiksnių analize, net neatsižvelgiant į tyčinį ir netyčinį šio reiškinio aspektus, itin retai dėmesio skiriama kitiems gydymo nurodymų laikymosi aspektams, tokiems kaip mitybos apribojimų paisymas, atitinkamo fizinio aktyvumo lygio

palaikymas bei savo sveikatos būklės stebėjimas, arba jie analizuojami atsietai nuo vaistų vartojimo. Tyrimų fragmentiškumas ir gaunamų rezultatų prieštaravimas gali būti paaiškintas ne tik GNL vertinimo instrumentų įvairove, bet taip pat bendro sutarimo dėl gydymo nurodymų laikymosi konstrukto struktūros nebuvimo. Atlikus apžvalgą nepavyko rasti tyrimų, kurie analizuotų ir empiriškai įvertintų sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi faktorių struktūrą.

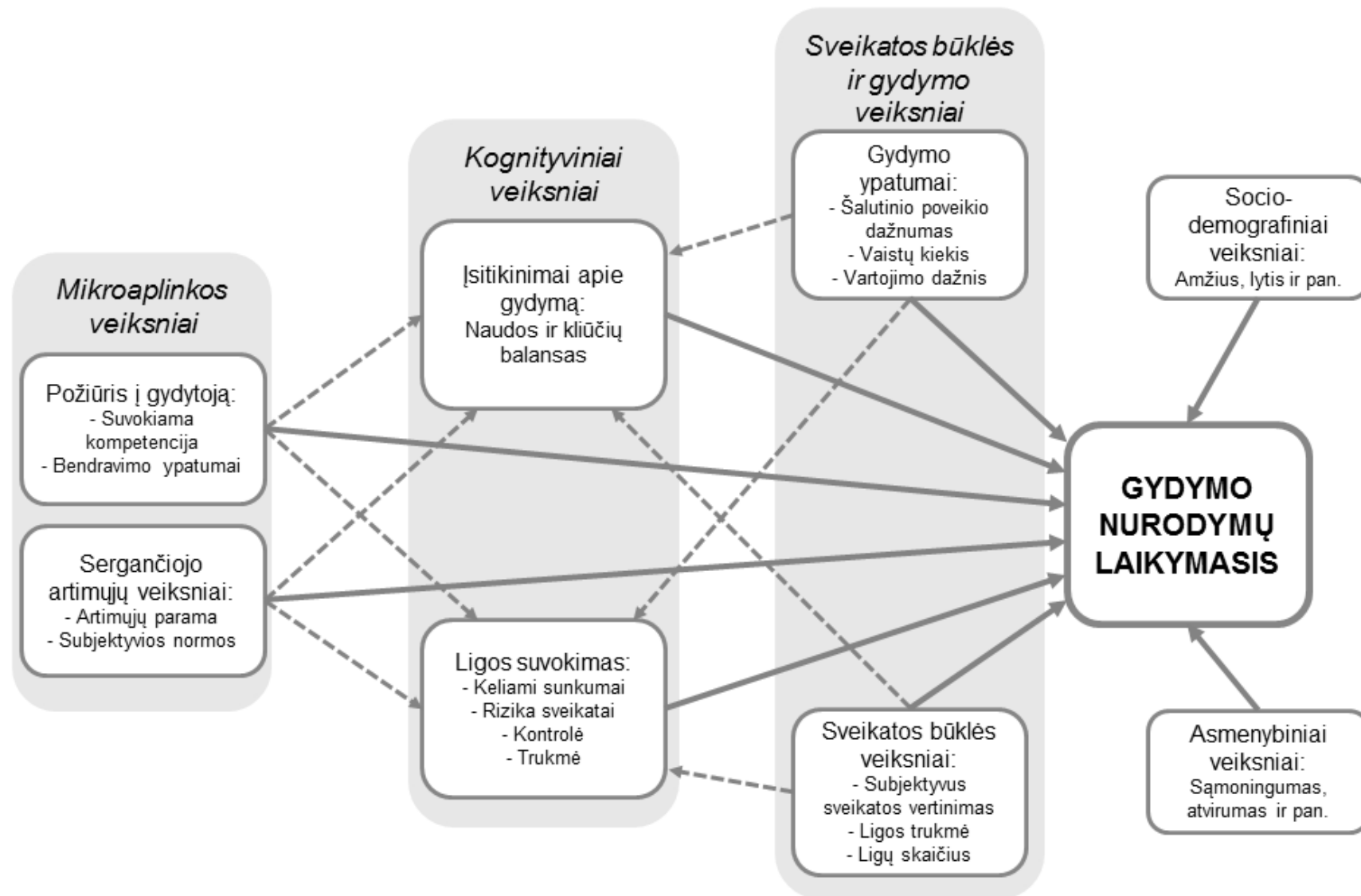
Kai buvo minėta anksčiau, gydymo nurodymų laikymosi srities tyrimams neretai trūksta kompleksškumo. Prognostinių modelių, kurie tuo pat metu apimtų kelias skirtingų veiksnių grupes, stoka pastebima net ir labiausiai analizuojamo sergančiųjų lėtinėmis ligomis vaistų vartojimo atveju. Atliekamuose tyrimuose dažniausiai dėmesys skiriamas sergančiojo įsitikinimams apie gydymą ir ligos suvokimui, iš kurių dažniausiai išskiriamas veiksnys – suvoktos gydymo kliūtys, o sveikatos būklės, gydymo ir sergančiojo mikroaplinkos veiksniai į analizę įtraukiami nuo 4 iki 10 kartų rečiau (AlGhurair et al., 2012). Be to, atlikti tik pavieniai asmenybės bruožų reikšmę gydymo nurodymų laikymuisi vertinantys tyrimai, kuriuose paprastai asmenybės bruožai analizuojami atsietai nuo kitų veiksnių. Galiausiai, gydymo nurodymų laikymosi srities tyrimuose neanalizuojamos arba nepaaiškinamos prognostinių veiksnių tarpusavio sąsajos ir galimi netiesioginiai prognostiniai ryšiai.

Atsižvelgiant į šiuos pastebėjimus bei siekiant iširti sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančius veiksnius buvo suplanuotas ir atliktas šis tyrimas. Šiame tyrime sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymasis apima vaistų vartojimo, mitybos, fizinio aktyvumo ir savo būsenos stebėjimo aspektus. Remiantis empirinių tyrimų ir su sveikata susijusių elgesį aiškinančių teorijų apžvalga, sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL prognostiniams veiksniams nustatyti į analizę įtrauktos sociodemografinių, asmenybinių, sveikatos būklės ir gydymo ypatumų, taip pat sergančiojo mikroaplinkos bei kognityvinių veiksnių grupės. Sociodemografinių veiksnių grupę sudaro sergančiojo amžius, lytis,

išsilavinimas, gyvenamoji vieta, šeiminė padėtis, darbinis statusas ir finansinės padėties vertinimas. Asmenybinių veiksnių grupę sudaro Didžiojo penketo teorijos išskiriami asmenybės bruožai. Sveikatos būklės veiksniai apima lėtinių ligų skaičių, lėtinės ligos trukmę ir subjektyvų sveikatos vertinimą, o su gydymo ypatumais susiję veiksniai – skirtingų vartojamų vaistų rūšių kiekį, vaistų vartojimo dažnį ir vaistų šalutinio poveikio dažnumą. Kognityviniams veiksniams šiame tyrime priskiriami sergančiojo įsitikinimai apie gydymą, kuriuos atspindi sergančiojo suvokiamos gydymo naudos ir kliūčių balansas, ir tokie ligos suvokimo aspektai kaip suvokiami ligos keliami sunkumai, suvokiama ligos rizika sveikatai, suvokiama ligos kontrolė ir suvokiama ligos trukmė. Galiausiai, mikroaplinkos veiksnių grupę sudaro sergančiojo požiūrio į gydantį gydytoją vertinimas, kuris apima suvokiamą gydytojo kompetenciją ir bendravimo su sergančiuoju ypatumus, ir su sergančiojo artimaisiais susiję veiksniai – artimųjų parama ir subjektyvios normos. Kaip pavaizduota teoriniame tyrime sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančių veiksnių modelyje (1 pav.), visi išvardytų kintamųjų grupių veiksniai tiesiogiai prognozuoja gydymo nurodymų laikymąsi.

Teoriniame tyrime modelyje taip pat pavaizduoti numatomi netiesioginiai sergančiojo mikroaplinkos, sveikatos būklės ir gydymo veiksnių ryšiai su gydymo nurodymų laikymusi. Keliami prielaida, kad sveikatos būklės ir gydymo ypatumų bei mikroaplinkos veiksniai prisideda prie sergančiojo ligos suvokimo ir įsitikinimų apie gydymą formavimo, taip netiesiogiai prisideddami prie sergančiųjų lėtinėmis gydymo nurodymų laikymosi paaiškinimo.

Teorinis sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančių veiksnių bei jų ryšių modelis vaizduojamas 1 paveiksle.



1 pav. Teorinis sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi prognostinių veiksnių modelis

## 2. TYRIMO METODIKA

Įvertinus įvairių lėtinių ligų įvairovę, ypatumus ir paplitimą, buvo pasirinktos 2 tikslinės lėtinės ligos – arterinė hipertenzija ir II tipo cukrinis diabetas. Šios lėtinės ligos pasirinktos dėl kelių priežasčių:

- Visų pirma, tiek hipertenzijos, tiek antro tipo cukrinio diabeto kontrolė neapsiriboja medikamentiniu gydymu, bet apima gyvenimo keitimą, tokį kaip mitybos korekcija, fizinio aktyvumo didinimas ir galiausiai nuolatinis savarankiškas bei reguliarus sveikatos priežiūros specialisto atliekamas būklės stebėjimas (Batulevičienė, Gaidimaukaitė ir Batulevičius, 2013; Long & Dagogo-Jack, 2011).
- Tiek arterinė hipertenzija, tiek II tipo cukrinis diabetas yra vienos plačiausiai paplitusių lėtinių neinfekcinių ligų pasaulyje ir Lietuvoje – sergančių cukriniu diabetu skaičius viršija 11 proc., o padidėjęs kraujospūdis nustatomas 45 proc. suaugusiųjų (WHO, 2014a; WHO, 2014b). Būtent šių ligų gydymo ir kontrolės užtikrinimas akcentuojamas Pasaulio sveikatos organizacijos su lėtinių ligų keliamais iššūkiais susijusiame visuotiniame veiksmų plane (WHO, 2013).
- Abiems ligoms būdinga mažai išreikšta simptomatika, o pradiniuose etapuose ligos gali būti visiškai besimptomės (Erickson, Williams, & Gruppen, 2004; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2013; Osterberg & Balschke, 2005), tačiau esant nepakankamai ligos kontrolei gali sukelti sveikatai pavojingų komplikacijų (13 proc. visų mirties priežasčių – dėl padidėjusio kraujospūdžio; o cukrinis diabetas tiesiogiai lemia 3,5 proc. su lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis susijusių mirčių (WHO, 2012)).
- Nustatomas didelis šių dviejų ligų komorbidiškumas: iki 75 proc. cukriniu diabetu sergančiųjų serga ir hipertenzija (Long & Dagogo-



Jack, 2011), o hipertenzija sergantieji per 5 metus patiria 2,5 karto didesnę riziką susirgti cukriniu diabetu nei asmenys su normaliu kraujospūdžiu (Bretzel, 2007). Dėl šių priežasčių arterine hipertenzija sergantiems rekomenduojama gliukozės kiekio kraujyje kontrolė ir stebėjimas (Bretzel, 2007; SAM, 2003), o cukriniu diabetu sergantiems būtina kraujospūdžio kontrolė bei nustatoma griežtesnė tikslinė kraujospūdžio riba (< 130 / 85 mmHg) (Bretzel, 2007; SAM, 2005; Sowers, Epstein, & Frohlich, 2001).

Šioms ligoms būdingi ligos kontrolei skirtų rekomendacijų bendrumai leidžia naudoti vieną gydymo nurodymų laikymosi vertinimo instrumentą, o tai savo ruožtu leidžia platesnę gautų rezultatų generalizaciją.

Tyrimas buvo atliktas dviem etapais: žvalgomasis ir pagrindinis.

Žvalgomasis tyrimas buvo atliktas 2013 m. vasario–gegužės mėnesiais. Pagrindinis žvalgomojo tyrimo tikslas buvo įvertinti parengto Gydymo nurodymų laikymosi klausimyno faktorių struktūrą bei pagrindines psichometrines charakteristikas. Žvalgomojo tyrimo metu taip pat buvo naudojamos parengtos suvokiamos artimųjų paramos ir požiūrio į gydančią gydytoją vertinimo skalės. Remiantis žvalgomojo tyrimo metu gautais duomenimis tyrimo instrumentai buvo tobulinami ir papildomi.

Pagrindinis tyrimas buvo atliktas 2014 m. vasario–gruodžio mėnesiais. Detalesnė informacija apie tiriamųjų imtį bei naudotus vertinimo instrumentus pristatoma tolimesniuose skyriuose.

## **2.1 Tyrimo dalyviai ir jų atranka**

**Žvalgomajame tyrime** tiriamieji buvo atrenkami netikimybinės atrankos būdu „sniego gniūžtės“ principu. Žvalgomajame tyrime dalyvavo 101 hipertenzija sergantis asmuo, 9,9 proc. tiriamųjų, be hipertenzijos, buvo diagnozuotas cukrinis diabetas, o 28,7 proc. – kitos lėtinės ligos. Tiriamųjų amžius varijavo nuo 33 iki 93 metų, amžiaus vidurkis – 60,13 metų (st. nuokrypis 11,85 m.). 30,7 proc. tiriamųjų sudarė vyrai ir 69,3 proc. – moterys.

**Pagrindiniame tyrime** buvo kviečiami dalyvauti Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Kardiologijos ir angiologijos centro ambulatoriniai pacientai, sergantys širdies kraujagyslių ligomis, bei pacientai, priskirtini didelės širdies ir kraujagyslių ligų rizikos grupei, kuriems nustatytas metabolinis sindromas ar cukrinis diabetas. Taip pat tyrime buvo kviečiami dalyvauti Lietuvos diabeto asociacijos, kuri vienija 56 diabetu sergančiųjų klubus, draugijas ir bendrijas visoje Lietuvoje, nariai. Tyrimo dalyvių atrankos kriterijumi pasirinkta diagnozuota hipertenzija arba II tipo cukrinis diabetas. Tyrimo imtis – patogioji.

Tyrime sutiko dalyvauti 338 tiriamieji, tačiau 35 dalyvių klausimynai buvo neužpildyti arba sugadinti, todėl nebuvo įtraukti į tolimesnę duomenų analizę. Galutinę imtį sudarė 303 dalyviai. Tiriamųjų amžius varijavo nuo 30 iki 94 metų, amžiaus vidurkis 58,2 metai (st. nuokrypis – 9,5 m.). Pagrindinio tyrimo tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos pristatomos 1 lentelėje.

Du trečdalius tyrimo imties sudarė moterys. Pagal 2011 m. Lietuvos gyventojų surašymą, darbingo amžiaus asmenų grupėje moterų yra vos 1 proc. daugiau, tačiau pensinio amžiaus grupėje vyrų ir moterų santykis yra vienas prie dviejų (Lietuvos statistikos departamentas, 2012). Kadangi didžioji dalis šiame tyrime dalyvavusių tiriamųjų yra priešpensinio ar pensinio amžiaus asmenys, tai gautos vyrų ir moterų proporcijos yra gana tikėtinos.

Anot Lietuvos statistikos departamento (2012) maždaug du trečdaliai Lietuvos gyventojų gyvena miestuose. Panašus tiriamųjų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą gautas ir šio tyrimo imtyje. Daugiau nei trečdalis tiriamųjų savo gyvenamąją vietą nurodė didmiestį, o beveik ketvirtadalis tiriamųjų gyvena rajono centre, ir tai bendrai sudaro 57,4 procento. Tuo tarpu kaimą kaip gyvenamąją vietą nurodė mažiau nei penktadalis tiriamųjų ir 21,8 procento tiriamųjų nurodė, kad gyvena miestelyje, o tai yra laikoma kaimo vietovės tipu, jo gyventojai priskiriami kaimo gyventojams.

1 lentelė. Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos

		<b>N</b>	<b>Proc.</b>
<b>Lytis</b>	Vyras	100	33,0
	Moteris	200	66,0
	<i>Nenurodė</i>	3	1,0
<b>Gyvenamoji vieta</b>	Didmiestis	106	35,0
	Rajono centras	68	22,4
	Miestelis	66	21,8
	Kaimas	56	18,5
	<i>Nenurodė</i>	7	2,3
<b>Išsilavinimas</b>	Pradinis ir žemesnis	3	1,0
	Pagrindinis	15	5,0
	Vidurinis, profesinis	107	35,3
	Aukštasis neuniversitetinis, aukštesnysis	71	23,4
	Aukštasis universitetinis	98	32,3
	<i>Nenurodė</i>	9	3,0
<b>Šeiminė padėtis</b>	Vedęs / ištekėjusi	188	62,0
	Gyvena su partneriu (-e)	13	4,3
	Išsiskyres (-usi)	30	9,9
	Našlys (-ė)	43	14,2
	Nevedęs / neištekėjusi	19	6,3
	<i>Nenurodė</i>	10	3,3
<b>Darbinis statusas</b>	Dirbantys	166	54,8
	Nedirbantys	65	21,5
	Pensininkai	67	22,1
	<i>Nenurodė</i>	5	1,7

Kiek daugiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių sergančiųjų turėjo vidurinį išsilavinimą, o 6 procentai nebuvo įgiję vidurinio (1 lentelė). Daugiau kaip pusė tiriamųjų nurodė, kad turi aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą. Palyginus tiriamųjų išsilavinimo kategorijų proporcijas su atitinkamos amžiaus grupės Lietuvos gyventojų išsilavinimo proporcijomis (2011 m. surašymas) nustatyta, kad šio tyrimo imtyje asmenų, įgijusių vidurinį arba aukštesnįjį išsilavinimą, procentas yra labai panašus į Lietuvos gyventojams būdingą procentą (32 ir 28 proc. atitinkamai) (Lietuvos statistikos departamentas, 2013). Tačiau šioje imtyje aukštąjį universitetinį išsilavinimą turinčių tiriamųjų procentas yra didesnis, o asmenų, kurie neįgijo vidurinio išsilavinimo, procentas mažesnis palyginti su tos pačios amžiaus grupės Lietuvos gyventojų išsilavinimo kategorijų proporcijomis.

Du trečdaliai tyrime dalyvavusių asmenų gyveno susituokę arba su partneriu. Beveik ketvirtadalis tiriamųjų buvo išsiskykę arba nurodė esantys našliai, o 6,3 procentai niekada nebuvo susituokę. Be to, kiek daugiau nei pusė tyrimo dalyvių buvo dirbantys, vos daugiau nei penktadalis tiriamųjų nedirbo, dėl negalėjimo rasti darbo arba dėl neįgalumo, o likę 22,1 proc. buvo nedirbantys pensininkai (1 lentelė).

Didžiajai daugumai tyrime dalyvavusių asmenų buvo diagnozuota viena arba dvi lėtinės ligos. Beveik 10 proc. tiriamųjų sirgo trimis lėtinėmis ligomis, o 2,6 proc. turėjo 4 ir daugiau lėtinių ligų. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lėtinių ligų skaičių nurodomas 2 lentelėje.

2 lentelė. Tiriamiesiems diagnozuotų lėtinių ligų skaičius

<b>Diagnozuotų lėtinių ligų skaičius</b>	<b>N</b>	<b>Proc.</b>
1 lėtinė liga	135	44,6
2 lėtinės ligos	131	43,2
3 lėtinės ligos	29	9,6
4 ir daugiau lėtinių ligų	8	2,6

**Visiems** tyrime dalyvavusiems tiriamiesiems buvo diagnozuota hipertenzija. 10 tiriamųjų buvo diagnozuotas I tipo cukrinis diabetas ir 127 tiriamiesiems – II tipo cukrinis diabetas; 66 tiriamiesiems diagnozuotos kitos lėtinės ligos, tarp kurių dažniausiai buvo nurodomos kitos lėtinės širdies ir kraujagyslių ligos, lėtinės kvėpavimo takų ligos, endokrininiai sutrikimai ir artropatija.

Nors tyrime dalyvavusių tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos neleidžia tyrimo imties prilyginti atitinkamo amžiaus Lietuvos gyventojus reprezentuojančiai imčiai, tačiau pagrindinių sociodemografinių rodiklių (lyties, gyvenamosios vietos, išsilavinimo) proporcijos yra panašios.

## 2.2 Tyrimo instrumentai

Tyrimo instrumentų rinkinį sudarė 5 dalys:

- Gydomo nurodymų laikymosi vertinimas – savistata grįstas sergantiesiems būdingo gydymo nurodymų laikymosi klausimynas;

- Sergančiojo kognityviniai veiksniai – ligos suvokimo aspektus bei įsitikinimus apie gydymą vertinančios skalės ir klausimai;
- Subjektyviai vertinami sergančiojo mikroaplinkos veiksniai – sergančiojo požiūris į gydantį gydytoją, suvokiama artimųjų parama, subjektyvios normos;
- Sergančiojo asmenybiniai veiksniai – Didžiojo penketo asmenybės klausimynas;
- Sociodemografinė anketa bei faktinė informacija apie sveikatos būklę ir gydymo ypatumus.

### **2.2.1 Gydomo nurodymų laikymosi klausimynas**

Remiantis bendraisiais arterinės hipertenzijos ir cukrinio diabeto gydymo principais, kurie yra aprašyti Arterinės hipertenzijos, hipertenzinės širdies ir inkstų ligos (TLK-10 kodai I 10–I 13, I 15) diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. birželio 11 d. įsakymu Nr. V-348; ir Cukrinio diabeto diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, metodikoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. kovo 4 d. įsakymu Nr. V-152, buvo parinkti teiginiai, leidžiantys apibūdinti tiriamiesiems būdingą vaistų vartojimą, mitybą, fizinį aktyvumą ir sveikatos būklės stebėjimą.

Žvalgomajame tyrime buvo naudojama 24 teiginių Gydomo nurodymų laikymosi klausimyno versija. Vaistų vartojimą apibūdinančius teiginius tiriamieji vertino 4 balų Likert tipo skale, kai 1 – „niekada“, o 4 – „visada“; savo būklės stebėjimą ir mitybą apibūdinančius teiginius tiriamieji vertino 5 balų Likert tipo skale, kai 1 – „tikrai ne“, o 5 – „tikrai taip“. Tiriamųjų fizinio aktyvumo lygiui įvertinti buvo naudojama tiek 5 balų Likert tipo skalė, tiek klausimai su 5 alternatyviais atsakymų variantais.

Naudojant žvalgomojo tyrimo duomenis buvo atlikta tiriamoji faktorių analizė, kurios rezultatai parodė, kad 2 vaistų vartojimą vertinantys

teiginiai neturi pakankamo faktoriaus svorio nei viename gautų faktorių. Pašalinus iš tiriamosios faktorių analizės 2 mažo faktoriaus svorio teiginius ( $< 0,30$ ), buvo išskirti 5 faktoriai, paaiškinantys 65 procentus kintamųjų dispersijos. Duomenys gerai tiko faktorių analizei ( $KMO = 0,729$ , Bartlett testo  $p < 0,001$ ), o visų teiginių faktorių svoriai buvo didesni nei 0,50 (Zamalijeva ir Jusienė, 2013).

Pirmi du faktoriai apibūdina tiriamiesiems būdingą vaistų vartojimą. Vieno faktoriaus teiginiai aprašo sergančiajam būdingą netinkamo vaistų vartojimo dažnį, kada sergantysis iš anksto nesuplanavęs, pamiršęs arba susiklosčius aplinkybėms neišgeria jam skirtų vaistų (pavyzdžiui, „Pasitaiko, kad pamirštu laiku išgerti vaistus“) – netyčinį vaistų nevartojimą. Kito faktoriaus teiginiai apibūdina netinkamo vaistų vartojimo dažnį, kada sergantysis apgalvotai ir sąmoningai keičia gydytojo paskirtą vaistų kiekį arba nutraukia vaistų vartojimą (pavyzdžiui, „Kuomet pasijuntu geriau, nutraukiu vaistų vartojimą“) – tyčinį vaistų nevartojimą.

Likę su vaistų vartojimu nesusiję teiginiai sudarė 3 atskirus faktorius. Vieno šių faktorių teiginiai apibūdina sergančiųjų savo sveikatos būklės stebėjimo reguliarumą (pavyzdžiui, „Nuolatos stebiu savo būseną matuodamas (-a) gliukozės kiekį kraujyje / kraujospūdį“), kito faktoriaus teiginiai apibūdina tiriamiesiems būdingą fizinį aktyvumą (pavyzdžiui, „Reguliariai sportuoju / atlieku fizinio aktyvumo pratimus“), o likusio – kiek sergantysis riboja vartojamo maisto kaloringumą, atsižvelgia į riebalų, druskos, kalio ir cukraus kiekį maiste (pavyzdžiui, „Vartoju liesus maisto produktus“).

Norint padidinti vaistų vartojimą apibūdinančių faktorių stabilumą (Costello & Osborne, 2005), du mažo faktoriaus svorio teiginiai buvo koreguojami arba pakeisti. Taip pat buvo įtrauktas vienas papildomas klausimas, kur prašoma nurodyti, kiek kartų per pastarąją savaitę tiriamasis pamiršo išgerti vaistus, o pateikti atsakymai skirstomi į 4 kategorijas: nei karto; 1 kartą; 2 kartus; 3 ir daugiau kartų. Jei tiriamasis nurodė intervalą (pavyzdžiui, 1–2 kartus), buvo apskaičiuojama vidutinė intervalo reikšmė ir suapvalinama iki sveiko skaičiaus. Buvo numatoma, kad šis klausimas papildys netyčinio

vaistų neįvartojimo faktorių. Pagrindiniame tyrime naudoto Gydytojų nurodymų laikymosi klausimyno teiginiai ir klausimai pateikiami 3 priede.

Siekiant įvertinti, ar žvalgomojo tyrimo metu gauta Gydytojų nurodymų laikymosi klausimyno faktorių struktūra yra suderinama su pagrindinio tyrimo metu gautais duomenimis, 5 faktorių modelis buvo testuojamas patvirtinamosios faktorių analizės metodu naudojant AMOS22 programinį paketą. Patvirtinamosios faktorių analizės rezultatai parodė, kad testuojamo modelio ir duomenų atitikimas yra tik dalinis (3 lentelė). Visų klausimyne naudojamų teiginių faktorių svoriai yra pakankami ( $> 0,30$ ). Nors aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida yra pakankama (RMSEA  $< 0,08$ ), tačiau palyginimo koeficientas (CFI) bei Tucker ir Lewis indeksas (TLI) netenkina minimalių modelio tinkamumui keliamų reikalavimų, kadangi adekvačiam tinkamumui abu rodikliai turi būti ne mažesni nei 0,90 (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008).

3 lentelė. Gydytojų nurodymų laikymosi klausimyno patvirtinamosios faktorių analizės tinkamumo rodikliai ir modelių palyginimo indeksai

<b>Modelis</b>	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\chi^2$ skirtumo įvertinimas
25 teiginių modelis	578,945	265	$< 0,001$	0,063	0,858	0,826	-
25 teiginių modelis su liekamųjų paklaidų koreliaci- jomis	365,006	260	$< 0,001$	0,037	0,953	0,941	$\Delta\chi^2 =$ 213,939; $\Delta df = 5$ ; p $< 0,050^a$

*Pastaba:* <sup>a</sup> – lyginant 25 teiginių ir 25 teiginių modelį su liekamųjų paklaidų koreliacijomis.

Kadangi Gydytojų nurodymų laikymosi klausimyno modelio tinkamumas duomenims nebuvo pakankamas, buvo įvertinta galimybė patikslinti modelį pasitelkus modifikacijos indeksus. Remiantis modifikacijos indeksais bei loginėmis prielaidomis, modelis buvo papildytas liekamųjų paklaidų koreliacijomis. Patikslintas modelis buvo testuojamas patvirtinamosios faktorių analizės metodu, kurio rezultatai parodė, jog

patikslintas modelis yra ne tik statistiškai reikšmingai geresnis ( $\Delta\chi^2 = 213,939$ ;  $\Delta df = 5$ ;  $p < 0,050$ ), bet ir tenkina visus modelio tinkamumo duomenims keliamus reikalavimus (3 lentelė). Visi faktorius sudarantys kintamieji yra pakankamo faktorių svorio, jie yra nurodyti 8 priede.

Patvirtinus Gydomo nurodymų laikymosi klausimyno faktorių struktūrą, buvo įvertintas išskirtus faktorius sudarančių teiginių vidinis suderinamumas apskaičiuojant Cronbach alfa koeficientus. Gauti Cronbach alfa koeficientai rodo, kad gydymo nurodymų laikymąsi aprašančių faktorių vidinio suderinamumo rodikliai pakankami arba geri, jie yra nurodyti 4 lentelėje.

4 lentelė. Gydomo nurodymų laikymosi faktorių vidinio suderinamumo rodikliai

<b>Faktorius</b>	<b>Cronbach alfa reikšmė</b>
Netyčinis vaistų neįtvėrimas	0,695
Tyčinis vaistų neįtvėrimas	0,791
Savo būklės stebėjimas	0,628
Fizinis aktyvumas	0,753
Mitybos ypatumai	0,872

Apibendrinami žvalgomojo tyrimo tiriamosios ir pagrindinio tyrimo patvirtinamosios faktorių analizės rezultatus, galime teigti, kad gydymo nurodymų laikymosi klausimyną sudaro 5 faktoriai: netyčinis vaistų neįtvėrimas, tyčinis vaistų neįtvėrimas, savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas ir mitybos ypatumai. Tyrimui atlikti parengtas klausimynas pasižymi geru konstrukto validumu, yra patikimas, jį pasitelkus gauti įverčiai gali būti naudojami tolimesnėje analizėje.

Bendram kiekvieno faktoriaus įverčiui nustatyti buvo apskaičiuojamas suminis visus faktorius sudarančių teiginių balas. Didesni tyčinį ir netyčinį vaistų neįtvėrimą aprašančių faktorių įverčiai rodo, kad sergantysis dažniau apgalvotai arba neapgalvotai nesuvartoja jam paskirtų vaistų. O sergančiajam būdingą savo būklės stebėjimą, fizinį aktyvumą ir mitybos ypatumus aprašančių faktorių didesni įverčiai rodo, kad tiriamasis



reguliariau stebi savo būklę, yra fiziškai aktyvesnis ir tinkamiau maitinasi, t. y. jo vartojamo maisto sudėtyje yra mažiau riebalų, cukraus ar druskos.

Pagal duomenų apdorojimo poskyryje nurodytą formulę gauti 5 faktorių suminiai balai buvo perskaičiuoti į standartines  $z$  reikšmes, kurios bus naudojamos tolimesnėje analizėje.

Be gydymo nurodymų laikymosi klausimyno, tyrimo pradžioje tiriamųjų buvo prašoma įvertinti, kiek, jų nuomone, jie laikosi gydymo nurodymų, pasirenkant vieną iš trijų galimų atsakymų variantų: „nesilaikau“, „laikaisi iš dalies“, „laikaisi visų“. Nei vienas iš tyrime dalyvavusių asmenų nenurodė, kad visai nesilaiko gydymo nurodymų, 44,6 proc. tiriamųjų nurodė, kad laikosi tik iš dalies, o likę 55,4 proc. – laikosi visų.

### **2.2.2 Sergančiojo kognityviniai veiksniai: ligos suvokimas ir įsitikinimai apie gydymą**

*Ligos suvokimo klausimynas.* Siekiant įvertinti, kaip sergantieji suvokia savo ligą, buvo parengtas 15 teiginių klausimynas. Įsitikinimų apie sveikatą ir patikslintame saugos motyvacijos modelyje labiausiai pabrėžiami suvokiamos rizikos sveikatai ir tikimybės susirgti tam tikra liga aspektai (Champion & Sugg Skinner, 2008; Floyd et al., 2000; Milane, Sheeran, & Orbell, 2000; Munro et al., 2007), tačiau kiti tyrėjai kaip reikšmingą veiksnį taip pat išskiria suvoktą galimybę kontroliuoti ligą (pavyzdžiui, Žugelj et al., 2010). Remiantis šiomis prielaidomis, Ligos suvokimo klausimynui buvo parinkti teiginiai, atspindintys tokius aspektus kaip suvokiama galimybė kontroliuoti ligą ir jos simptomus (pavyzdžiui, „Mano ligos simptomai gali būti kontroliuojami“), suvokiama ligos keliamo rizika sveikatai (pavyzdžiui, „Mano liga gali sukelti pavojingas komplikacijas“) ir tiesiogiai su sveikata nesusiję ligos padariniai (pavyzdžiui, „Mano liga riboja mano galimybes“). Kiekvienas teiginys vertinamas 5 balų Likert tipo skale, kai 1 – „visiškai nesutinku“, o 5 – „visiškai sutinku“. Visi ligos suvokimo klausimyne naudoti teiginiai pateikiami 4 priede.

Siekiant įvertinti, ar Ligos suvokimo klausimyno struktūra sudaro 3 numatytus faktorius, naudojant AMOS22 programinį paketą, buvo testuojamas patvirtinamosios faktorių analizės modelis. Pirminio 15 teiginių modelio suderinamumo rodikliai rodo prastą pasirinktos struktūros tinkamumą duomenims (5 lentelė). Atskirtų teiginių analizė rodo, kad 3 teiginiams, nors ir statistiškai reikšmingai susijusiems su numatytu faktoriumi, būdingi maži faktorių svoriai ( $< 0,3$ ), vieno teiginio faktoriaus svoris yra mažesnis nei 0,4. Įvertinus mažo faktorių svorio teiginių turinį galima pastebėti, kad jų turinys ne visai tiksliai atspindi numatytų faktorių turinį arba gali būti interpretuojamas dviprasmiškai, todėl teiginiai po vieną buvo šalinami kartojant patvirtinamosios analizės procedūrą. Toliau pateikti keli pašalintų teiginių pavyzdžiai:

- 6 teiginys: „Turiu pakankamai žinių apie savo ligą ir jos gydymą“. Šio teiginio turinys prastai atspindi sergančiojo ligos suvokimą ir labiau rodo turimų žinių apie ligą vertinimą; teiginio faktoriaus svoris pirminiame modelyje yra labai mažas (0,285).
- 14 teiginys: „Mano ligos eiga neprognozuojama“. Pagal sumanymą, šis teiginys turėtų nusakyti tai, kad ligos procesas negali būti numatomas priklausomai nuo esamų aplinkybių, t. y. ką bedarytum, vis tiek nenuspėsi, ar sveikata pagerės ar pablogės. Tačiau šis teiginys neigiamai konotuotas, suformuluotas priešingai negu kiti faktoriuje esantys teiginiai ir galėjo būti sunkiau suprantamas tiriamiesiems. Šio teiginio faktoriaus svoris numatyta faktoriuje yra mažas, teigiamas ir lygus 0,186.

Pašalinus mažo faktorių svorio teiginius modelio tinkamumas duomenims pagerėjo statistiškai reikšmingai ir iš dalies atitiko minimalius tinkamumo reikalavimus (5 lentelė), o atlikus modelio taisymus, pridėjus liekamųjų paklaidų koreliacijas pagal modifikacijos indeksus, modelio tinkamumas statistiškai reikšmingai pagerėjo ( $\Delta\chi^2 = 49,812$ ;  $\Delta df = 3$ ;  $p < 0,050$ ) ir gerai tinka duomenims. Visi Ligos suvokimo klausimyno galutinio 11 teiginių modelio faktorių svoriai nurodyti 9 priede.

5 lentelė. Ligos suvokimo klausimyno patvirtinamosios faktorių analizės tinkamumo rodikliai ir modelių palyginimo indeksai

<b>Modelis</b>	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\chi^2$ skirtumo įvertinimas
15 teiginių modelis	378,420	87	< 0,001	0,105	0,773	0,686	-
11 teiginių modelis	115,542	41	< 0,001	0,078	0,926	0,881	$\Delta\chi^2 = 262,878$ ; $\Delta df = 46$ ; $p < 0,050^a$
11 teiginių modelis su liekamųjų paklaidų koreliacijomis	65,730	38	0,003	0,049	0,972	0,952	$\Delta\chi^2 = 49,812$ ; $\Delta df = 3$ ; $p < 0,050^b$

*Pastaba:* <sup>a</sup> – lyginant 15 teiginių ir 11 teiginių modelį; <sup>b</sup> – lyginant 11 teiginių ir 11 teiginių modelį su liekamųjų paklaidų koreliacijomis.

Patvirtinus galutinę klausimyno struktūrą buvo įvertintas klausimyną sudarančių faktorių vidinis suderinamumas (6 lentelė), visų 3 išskirtų faktorių teiginių vidinis suderinamumas yra geras ( $> 0,70$ ).

6 lentelė. Ligos suvokimo faktorių vidinio suderinamumo rodikliai

<b>Faktorius</b>	Cronbach alfa reikšmė
Ligos rizika sveikatai	0,707
Ligos keliami sunkumai	0,784
Ligos kontrolė	0,767

Apibendrinant, šiam tyrimui parengtas Ligos suvokimo klausimyno konstrukto validumas buvo patvirtintas pasitelkus patvirtinamosios analizės metodą, nustatytas geras gautų klausimyno faktorių patikimumas, įvertinus faktorius sudarančių teiginių vidinį suderinamumą. Remiantis anksčiau išvardytomis prielaidomis, galima teigti, jog šis klausimynas yra tinkamas ligos suvokimui įvertinti ir jį pasitelkus gauti rodikliai gali būti naudojami tolimesnei analizei.

Nustačius galutinę ligos suvokimo klausimyno faktorių struktūrą buvo apskaičiuoti kiekvieną faktorių sudarančių teiginių suminiai įverčiai. Šiame klausimyne didesni įverčiai rodo, kad tiriamasis savo ligą ir jos eigą

suvokia kaip labiau kontroliuojamą, keliančią didesnę riziką sveikatai arba daugiau sunkumų.

Remiantis ligos reprezentacijų modeliu bei jo autorių pateiktomis praktinėmis rekomendacijomis (Diefenbach & Leventhal, 1996), be anksčiau minėtų ligos suvokimo aspektų, tiriamųjų buvo prašoma nurodyti, kiek ilgai, jų nuomone, tęsis jų liga. *Suvokiamai ligos trukmei* įvertinti buvo naudojama 10 balų Likert tipo skalė, kai 1 – „labai trumpai“, 10 – „visą gyvenimą“.

*Įsitikinimų apie gydymą klausimynas.* Planuoto elgesio teorija teigia, kad asmuo turi tam tikrų įsitikinimų apie elgesio pasekmes bei vertina jų palankumą (Montaño & Kasprzyk, 2008), tuo tarpu socialinis-kognityvinis įsitikinimų apie sveikatą ir patikslintas saugos motyvacijos modeliai aiškiau išskiria potencialią veiksmų naudą / veiksmingumą bei kliūtis (Bandura, 2004; Champion & Sugg Skinner, 2008; Floyd et al., 2000). Galiausiai šios kognityvinę perspektyvą atstovaujančios teorijos daro prielaidą, jog asmuo pasirenka didžiausią teigiamą rezultatą žadantį elgesį, atsižvelgdamas į elgesio kaštus (Munro et al., 2007), t. y. įvertina naudos ir kliūčių balansą. Remiantis minėtų teorijų idėjomis ir siekiant įvertinti sergančiųjų įsitikinimus apie gydymą, šiam tyrimui atlikti buvo parengtas 39 teiginių klausimynas, kurio teiginiai skirti aprašyti sergančiojo įsitikinimus apie gydymo privalumus, galimą naudą ir gydymo keliamas arba gydymui kylančias kliūtis. Taip pat atsižvelgiant į tai, kad sergantieji skirtingai vertina medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų veiksmingumą (Broadbent et al., 2011), įsitikinimų apie gydymą klausimynas buvo formuojamas numatant, kad sergančiojo įsitikinimai apie medikamentinį gydymą, arba, kitaip tariant, vaistų vartojimo nauda / kliūtys, sudarys atskirus nuo nemedikamentinio gydymo (savo būklės stebėjimo, fizinio aktyvumo ir mitybos rekomendacijų) faktorius. Todėl parinktų teiginių turinys atspindi tiek su vaistų vartojimu susijusią naudą (pavyzdžiui, „Vaistai man padeda jaustis geriau“) bei kliūtis (pavyzdžiui, „Mano vartojami vaistai nėra tiek veiksmingi, kiek tikėjau“), tiek su nemedikamentiniu gydymu susijusią naudą (pavyzdžiui, „Mankšta ir kiti

fiziniai pratimai turi teigiamą poveikį mano sveikatai“) bei galimas kliūtis (pavyzdžiui, „Sveikas maistas dažniausiai būna neskanus“). Kiekvienas teiginys vertinamas 5 balų Likert tipo skale, kai 1 – „visiškai nesutinku“, o 5 – „visiškai sutinku“. Visi įsitikinimų apie gydymą klausimyne naudoti teiginiai pateikiami 5 priede.

Siekiant įvertinti, ar įsitikinimų apie gydymą klausimyno struktūra sudaro 4 numatytus faktorius, naudojant Mplus 6.12 programinį paketą, buvo testuojamas patvirtinamosios faktorių analizės modelis. Kadangi ne visų klausimyno kintamųjų pasiskirstymas atitiko normalųjį, analizės metu buvo naudojamas MLR įvertinimo metodas, kuris taikomas nuo normalumo nukrypusiems duomenims (Pakalniškienė, 2012). Pirminio modelio testavimo rezultatai parodė, kad tik vienas koeficientas rodo pakankamą modelių tinkamumą duomenims ( $RMSEA < 0,08$ , 7 lentelė), tačiau kiti tinkamumo rodikliai neatitiko minimalių reikalavimų. Be to, 9 modelyje naudojamų teiginių mažas faktorių svoris ( $< 0,3$ ), o 2 teiginiai nereikšmingai susiję su numatytu faktoriumi. Mažo faktorių svorio teiginių turinio analizė parodė, kad parinkti teiginiai galėjo nepakankamai tiksliai atspindėti numatyto faktoriaus turinį arba jų formuluotės galėjo būti dviprasmiškai vertinamos tyrimo dalyvių, todėl teiginiai po vieną buvo šalinami kartojant patvirtinamosios analizės procedūrą.

Toliau pateikti keli pašalintų teiginių pavyzdžiai:

- 1 teiginys: „Prie daugumos vaistų yra priprantama“. Pagal teorines prielaidas, šis teiginys turėjo atspindėti ilgalaikio vaistų vartojimo metu išsivystančią toleranciją veikliosioms medžiagoms ir patekti į medikamentinio gydymo kliūčių faktorių, tačiau naudota teiginio formuluotė galėjo taip pat būti tiriamųjų suprata kaip pripratimas prie neigiamo vaistų poveikio, o tai savo ruožtu neatspindi su medikamentiniu gydymu susijusių kliūčių. Šio teiginio svoris numatytame faktoriuje buvo lygus 0,180.
- 23 teiginys: „Dauguma vaistų yra saugūs“. Buvo numatoma, kad šio teiginio vertinimai neigiamai siesis su medikamentinio gydymo kliūčių

faktoriumi, tačiau mažas faktoriaus svoris (-0,148) neleidžia teiginio palikti numatytame faktoriuje, o pagal turinį teiginys netinka ir medikamentinio gydymo naudos faktoriui.

- 26 teiginys: „Reguliarus kraujospūdžio / gliukozės kiekio kraujyje matavimas neduoda jokios naudos“. Šis teiginys suformuluotas priešingai negu kiti nemedikamentinio gydymo naudos faktoriuje esantys teiginiai ir atspindi naudos nebuvimą. Teiginio svoris numatytame faktoriuje yra neigiamas, tačiau pernelyg mažas ir lygus -0,270. Kadangi teiginio formuluotė yra pakankamai sudėtinga, dalis tiriamųjų galėjo ne visai tiksliai jį suprasti.
- 28 teiginys: „Valgydamas (-a) sveiką maistą nesijaučiu nei geriau, nei blogiau“. Viena vertus, šis teiginys galėtų būti vertinamas kaip naudos nebuvimas, t. y. neigiamai sietis su nemedikamentinio gydymo naudos faktoriumi. Kita vertus, naudos nebuvimas šiuo atveju gali būti traktuojamas kaip kliūtis. Numatytame faktoriuje jo faktoriaus svoris mažas (-0,261).

7 lentelė. Įsitikinimų apie gydymą klausimyno patvirtinamosios faktorių analizės tinkamumo rodikliai ir modelių palyginimo indeksai

<b>Modelis</b>	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\chi^2$ skirtumo įvertinimas
39 teiginių modelis	1278,461	696	< 0,001	0,053	0,702	0,682	-
29 teiginių modelis	612,377	371	< 0,001	0,047	0,834	0,818	$\Delta\chi^2 = 666,084$ ; $\Delta df = 325$ ; $p < 0,050^a$
29 teiginių modelis su liekamųjų paklaidų koreliacijomis	474,019	359	< 0,001	0,033	0,921	0,911	$\Delta\chi^2 = 138,358$ ; $\Delta df = 12$ ; $p < 0,050^b$

*Pastaba:* <sup>a</sup> – lyginant 39 teiginių ir 29 teiginių modelį; <sup>b</sup> – lyginant 29 teiginių ir 29 teiginių modelį su liekamųjų paklaidų koreliacijomis.

Pašalinus mažo faktorių svorio teiginius modelio tinkamumas duomenims, palyginti su pirminiu modeliu (7 lentelė), statistiškai reikšmingai

pagerėjo, tačiau dar netenkino visų modelio tinkamumui keliamų reikalavimų. Remiantis modifikacijos indeksais modelis buvo patikslintas naudojant liekamųjų paklaidų koreliacijas, po atliktos korekcijos modelis ne tik statistiškai reikšmingai pagerėjo ( $\Delta\chi^2 = 138,358$ ;  $\Delta df = 12$ ;  $p < 0,050$ ), bet ir atitiko tinkamumo duomenims reikalavimus (RMSEA = 0,033, CFI = 0,921, TLI = 0,911), tuo patvirtindamas numatytą keturių faktorių klausimyno struktūrą. Visi Įsitikinimų apie gydymą klausimyno galutinio 29 teiginių modelio faktorių svoriai nurodyti 10 priede.

8 lentelė. Įsitikinimų apie gydymą faktorių vidinio suderinamumo rodikliai

<b>Faktorius</b>	<b>Cronbach alfa reikšmė</b>
Medikamentinio gydymo nauda	0,613
Nemedikamentinio gydymo nauda	0,810
Medikamentinio gydymo kliūtys	0,618
Nemedikamentinio gydymo kliūtys	0,773

Patvirtinus galutinę klausimyno struktūrą buvo įvertinti gautų faktorių vidinio suderinamumo rodikliai. Medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių faktorių vidinis suderinamumas yra pakankamas ( $> 0,60$ ) ir gali būti naudojamas tyrimuose (Pakalniškienė, 2012), o nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių faktorių vidinis suderinamumas yra  $> 0,70$  (8 lentelė). Galiausiai buvo apskaičiuoti bendri nustatytų faktorių įverčiai, kurie pagal duomenų apdorojimo skyrelyje nurodytą formulę buvo perskaičiuoti į standartines  $z$  reikšmes. Didesni medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo naudos faktorių įverčiai rodo, kad sergantysis paskirtą gydymą vertina kaip labiau naudingą ir palankiai veikiančią, tuo tarpu didesni medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo kliūčių faktorių įverčiai rodo, kad sergantysis išvelgia daugiau gydymo keliamų arba gydymui kylančių kliūčių.

Gauti Įsitikinimų apie gydymą klausimyno faktorių įverčiai buvo naudojami medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansui nustatyti. N-Kb buvo apskaičiuojamas nustatant medikamentinio arba nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių faktorių įverčių skirtumą. Didesni N-Kb įverčiai rodo, kad gydymo nauda atsveria su gydymu susijusias arba dėl gydymo kylančias kliūtis.

### 2.2.3 Subjektyviai vertinami sergančiojo mikroaplinkos veiksniai

#### *Sergančiojo požiūrio į gydantį gydytoją vertinimas.*

Siekiant nustatyti, kaip sergantieji vertina jiems gydymą skiriančią gydytoją, buvo parengta Požiūrio į gydantį gydytoją skalė, kurią sudarė 13 teiginių, apimančių tiek gydytojo kompetencijos vertinimą (pavyzdžiui, „Gydytojas turi pakankamai žinių apie mano ligą ir jos gydymą“), tiek bendravimo su gydytoju vertinimą (pavyzdžiui, „Gydytojas su manimi elgiasi mandagiai ir pagarbiai“). Kiekvienas teiginys vertinamas 5 balų Likert tipo skale, kai 1 – „visiškai nesutinku“, o 5 – „visiškai sutinku“. Visi Požiūrio į gydantį gydytoją skalėje naudoti teiginiai pateikiami 6 priede.

Naudojant žvalgomojo tyrimo metu gautus duomenis atlikta Požiūrio į gydantį gydytoją skalės tiriamoji principinių komponenčių faktorių analizė, kurios rezultatai parodė, kad duomenys gerai tiko faktorių analizei: KMO 0,856, o Bartlett sferiškumo testas  $< 0,001$ . Skirtingai negu buvo tikėtasi, faktorių analizės metu gautas tikrinių reikšmių grafikas parodė, kad skalės teiginiai sudaro vieną faktorių ir paaiškina 57 proc. duomenų išsibarstymo. 9 teiginių faktorių svoriai svyravo nuo 0,531 iki 0,886, tačiau 4 teiginių faktorių svoriai buvo maži ( $< 0,3$ ). Patikrinus pakankamo faktorių svorio teiginių vidinį suderinamumą Cronbach alfa reikšmė buvo aukšta – 0,895. Mažo faktorių svorio teiginių formuluotės buvo koreguojamos.

Siekiant įvertinti, ar žvalgomojo tyrimo metu nustatyta 1 faktoriaus skalės struktūra atitinka pagrindinio tyrimo duomenis, atlikta patvirtinamoji faktorių analizė naudojant AMOS22 programinį paketą. Pirminio 13 teiginių modelio rodikliai rodo prastą modelio atitikimą duomenims (9 lentelė). Įvertinus faktorių sudarančių teiginių faktorių svorius nustatyta, kad vienas teiginys nereikšmingai susijęs su faktoriumi ( $p > 0,050$ ), o vieno faktoriaus svoris santykinai mažas ( $< 0,4$ ). Išanalizavus mažo faktorių svorio teiginių turinį pastebėta, kad nereikšmingai su faktoriumi susijęs teiginys (4 teiginys: „Man būna sunku atvirai kalbėti su gydytoju apie savo sveikatos problemas“) gali labiau atspindėti sergančiajam būdingą drovumą negu gydytojo sukurtą atmosferą arba elgesį, tuo tarpu mažesnio faktorių svorio teiginys (5 teiginys:



„Gydytojas nėra kompetentingas“) yra sudėtingai ir priešingai suformuluotas, ir tai gali klaidinti tiriamuosius, todėl teiginiai po vieną buvo šalinami kartojant patvirtinamosios analizės procedūrą.

9 lentelė. Požiūrio į gydantį gydytoją skalės patvirtinamosios faktorių analizės tinkamumo rodikliai ir modelių palyginimo indeksai

<b>Modelis</b>	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\chi^2$ skirtumo įvertinimas
13 teiginių modelis	280,832	65	< 0,001	0,105	0,886	0,841	-
11 teiginių modelis	232,669	44	< 0,001	0,119	0,897	0,846	$\Delta\chi^2 = 48,163$ ; $\Delta df = 21$ ; $p < 0,050^a$
11 teiginių modelis su liekamųjų paklaidų koreliacijomis	81,507	39	< 0,001	0,060	0,977	0,961	$\Delta\chi^2 = 151,162$ ; $\Delta df = 5$ ; $p < 0,050^b$

*Pastaba:* <sup>a</sup> – lyginant 13 teiginių ir 11 teiginių modelį; <sup>b</sup> – lyginant 11 teiginių ir 11 teiginių modelį su liekamųjų paklaidų koreliacijomis.

Pašalinus mažo faktoriaus svorio teiginius ir palyginus gautą modelį su pirminiu nustatyta, kad modelio tinkamumas duomenims statistiškai reikšmingai pagerėjo (9 lentelė), bet neatitiko keliamų modelio tinkamumo reikalavimų. Remiantis modifikacijos indeksais, modelis buvo papildytas liekamųjų paklaidų koreliacijomis. Įvertinus gauto modelio tinkamumą duomenims, nustatyta, kad jis atitinka modelių tinkamumui keliamus reikalavimus (RMSEA = 0,060; CFI = 0,977, TLI = 0,961), o palyginus 11 teiginių modelį ir 11 teiginių modelį su liekamųjų paklaidų koreliacijomis nustatyta, kad pastarasis statistiškai reikšmingai geriau tinka turimiems duomenims ( $\Delta\chi^2 = 151,162$ ;  $\Delta df = 5$ ;  $p < 0,050$ ). Visi Požiūrio į gydantį gydytoją skalės galutinio 11 teiginių modelio faktorių svoriai nurodyti 11 priede.

Apskaičiavus gautą faktorių sudarančių teiginių vidinį suderinamumą nustatyta, kad faktorių sudarantys teiginiai gerai tarpusavyje suderinti (Cronbach alfa > 0,07).

10 lentelė. Požiūrio į gydantį gydytoją skalės vidinio suderinamumo rodikliai

<b>Faktorius</b>	<b>Cronbach alfa reikšmė</b>
Požiūris į gydantį gydytoją	0,915

Nustačius galutinę Požiūrio į gydantį gydytoją skalės struktūrą buvo apskaičiuotas suminis visų faktorių sudarančių teiginių įvertis, kuris ir buvo naudojamas tolimesnėje analizėje. Didesni įverčiai rodo, kad sergantysis palankiau vertina savo gydytojo kompetenciją bei bendravimo pobūdį.

*Suvokiama artimųjų parama ir subjektyvios normos.*

Remiantis Norwood (1996) prielaida, kad socialinė parama yra ne daugiamatis konstruktas, o greičiausiai paramos gavėjo suvokiamas kaip vienmatis reiškinys, bei Webster ir bendraautorių (2000) rekomendacijomis, sergančiųjų subjektyviai suvokiamai artimųjų paramai įvertinti buvo naudojami 5 teiginiai (pavyzdžiui, „Mano artimieji (draugai ir / arba giminaičiai) visapusiškai mane palaiko“). Kiekvienas teiginys vertinamas 5 balų Likert tipo skale, kai 1 – „tikrai ne“, o 5 – „tikrai taip“.

Naudojant žvalgomojo tyrimo metu gautus duomenis atlikta Suvokiamos artimųjų paramos skalės tiriamoji principinių komponentų faktorių analizė, kurios rezultatai parodė, kad duomenys gerai tiko faktorių analizei: KMO = 0,683, Bartlett sferiškumo testas < 0,001, o vienas išskirtas faktorius paaiškina 46 proc. duomenų išsibarstymo. Teiginių faktorių svoriai svyruoja nuo 0,467 iki 0,788, o išskirto faktoriaus teiginių vidinis suderinamumas buvo pakankamas (Cronbach alfa – 0,700) (Zamalijeva ir Jusienė, 2013).

Pagrindiniam tyrimui atlikti Suvokiamos artimųjų paramos skalė buvo papildyta teiginiais, kurių tikslas buvo įvertinti sergančiųjų subjektyvias normas, t. y. suvokimą, kiek kiti reikšmingi asmenys mano, kad sergantysis turėtų atlikti tam tikrą veiksmą (Ajzen & Fishbein, 2000; McEachan et al., 2011). Subjektyvioms normoms įvertinti parinkti 5 teiginiai (pavyzdžiui, „Artimieji (draugai ir / arba giminaičiai) mano, kad turėčiau griežtai laikytis gydymo rekomendacijų“). Kiekvienas teiginys vertinamas 5 balų Likert tipo

skale, kai 1 – „tikrai ne“, o 5 – „tikrai taip“. Visi Suvokiamos artimųjų paramos ir subjektyvių normų skalėje naudoti teiginiai pateikiami 7 priede.

Siekiant įvertinti, ar Suvokiamos artimųjų paramos ir subjektyvių normų skalė sudaro 2 numatytus faktorius – subjektyvios artimųjų paramos ir subjektyvių normų, buvo testuojamas patvirtinamosios faktorių analizės modelis naudojant AMOS22 programinį paketą. Pirminio 10 teiginių modelio testavimo metu gauti suderinamumo rodikliai rodo prastą tinkamumą duomenims (11 lentelė).

11 lentelė. Suvokiamos artimųjų paramos ir subjektyvių normų skalės patvirtinamosios faktorių analizės tinkamumo rodikliai ir modelių palyginimo indeksai

<b>Modelis</b>	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\chi^2$ skirtumo įvertinimas
10 teiginių modelis	117,546	34	< 0,001	0,090	0,894	0,828	-
10 teiginių modelis su metodologiniu faktoriumi	61,295	31	0,001	0,057	0,962	0,932	$\Delta\chi^2 = 56,251$ ; $\Delta df = 3$ ; p < 0,050 <sup>a</sup>
7 teiginių modelis	24,204	13	0,029	0,053	0,984	0,966	$\Delta\chi^2 = 37,091$ ; $\Delta df = 18$ ; p < 0,050 <sup>b</sup>

*Pastaba:* <sup>a</sup> – lyginant 10 teiginių ir 10 teiginių su metodologiniu faktoriumi modelį; <sup>b</sup> – lyginant 10 teiginių su metodologiniu faktoriumi ir 7 teiginių modelį.

Įvertinus atskirų teiginių faktorių svorius nustatyta, kad 3 teiginių faktorių svoriai maži (< 0,3), o vienas iš jų nereikšmingai susijęs su numatytu faktoriumi (p > 0,050). Pastebėta, kad visi mažo faktorių svorio teiginiai, skirtingai negu pakankamo faktorių svorio teiginiai, buvo priešingai suformuluoti. Priešingos formuluotės teiginiai klausimyne ne tik mažina skalių vidinį suderinamumą (Eys, Carron, Bray, & Brawley, 2007), bet ir neretai „suformuoja“ atskirą mažai prasmingą faktorių ir mažina konstrukto validumą, t. y. sumažina atliktos patvirtinamosios faktorių analizės tinkamumą duomenims (Podsakoff et al., 2003; Woods, 2006). Siekiant įvertinti, kiek prastas patvirtinamosios faktorių analizės tinkamumas duomenims buvo

nulemtas neigiamos teiginių formuluočių, buvo įvestas metodologinis faktorius, kurių sudarė neigiamą formuluočių turintys teiginiai.

Palyginus pirminio 10 teiginių ir 10 teiginių modelio su metodologiniu faktoriumi patvirtinamosios faktorių analizės rodiklius nustatyta, kad metodologinio faktoriaus įvedimas statistiškai reikšmingai pagerino modelio tinkamumą duomenims:  $\chi^2$  skirtumas yra statistiškai reikšmingas ( $\Delta\chi^2 = 56,251$ ;  $\Delta df = 3$ ;  $p < 0,050$ ), kiti rodikliai taip pat atitinka keliamus reikalavimus (11 lentelė). Visi priešingai suformuluoti teiginiai statistiškai reikšmingai siejasi su metodologiniu faktoriumi (faktoriaus svoriai svyruoja nuo 0,457 iki 0,560), tačiau šių teiginių faktorių svoriai numatytuose faktoriuose neviršija net 0,2. Šis rezultatas patvirtina prielaidą, kad patvirtinamosios faktorių analizės metu tikrinto modelio nesuderinamumas su duomenimis yra susijęs su metodologiniais artefaktais, atsiradusiais dėl priešingai suformuluotų teiginių.

Neretai priešingai suformuluotų teiginių nulemtas metodologinių faktorių atsiradimas yra siejamas su tiriamojo atsakinėjimo stiliumi (angl. *response-style*), kuris, anot kai kurių autorių, gali turėti asmenybinį komponentą (DiStefano & Molt, 2006; DiStefano & Molt, 2009), yra nekintantis per laiką ir neturėtų būti traktuojamas kaip nereikšmingas metodologinis reiškinys (Horan, DiStefano, & Molt, 2003). Be to, viena iš priežasčių, kuri siejama su priešingai suformuluotų teiginių nulemtomis metodologinėmis problemomis, gali būti nedėmesingas arba nerūpestingas atsakinėjimas į klausimus (Kam & Meyer, 2015; Schmitt & Stults, 1985). Woods (2006) simuliacija parodė, kad vien dešimčiai procentų tiriamųjų nerūpestingai atsakius į priešingai suformuluotus teiginius, tai gali turėti lemiamos reikšmės klausimyno struktūrai. Priešingai suformuluotų teiginių problematiką tyrinėjantys autoriai rekomenduoja šių teiginių vengti arba visai atsisakyti (Barnette, 2000).

Atsižvelgiant į Barnette (2000) rekomendacijas bei tai, kad trys šiame tyrime naudojamos Suvokiamos artimųjų paramos ir subjektyvių normų skalės priešingai suformuluoti teiginiai mažina patvirtinamosios faktorių

analizės tinkamumą duomenims, sudaro atskirą metodologinį faktorių ir gali būti siejami su atsakinėjimo stiliumi arba nerūpestingu atsakinėjimu, nutarta priešingai suformuluotus teiginius pašalinti. Pašalinus 3 teiginius buvo kartojama patvirtinamosios faktorių analizės procedūra, kurios rezultatai parodė, kad 7 teiginių modelis yra statistiškai reikšmingai geresnis nei 10 teiginių modelis su metodologiniu faktoriumi ( $\Delta\chi^2 = 37,091$ ;  $\Delta df = 18$ ;  $p < 0,050$ ; 11 lentelė), o visų likusių teiginių faktorių svoris numatytae faktoriuje yra pakankamas ir svyruoja nuo 0,453 iki 0,848 (12 priedas).

Patvirtinus galutinę Suvokiamos artimųjų paramos ir subjektyvių normų skalės faktorių struktūrą buvo įvertintas išskirtų faktorių teiginių vidinis suderinamumas. Abiejų faktorių vidinio suderinamumo rodikliai yra pakankami ( $> 0,70$ , 12 lentelė), o tai rodo, kad nustatyti faktoriai gali būti naudojami tolimesnei analizei.

12 lentelė. Suvokiamos artimųjų paramos ir subjektyvių normų skalės faktorių vidinio suderinamumo rodikliai

<b>Faktorius</b>	<b>Cronbach alfa reikšmė</b>
Suvokiama artimųjų parama	0,747
Subjektyvios normos	0,720

Bendri subskalių įverčiai išvedami apskaičiuojant faktorių sudarančių teiginių suminį balą. Didesni suvokiamos artimųjų subskalės įverčiai rodo, kad tiriamasis jaučia gaunantis didesnę artimųjų (draugų ir / arba giminaičių) paramą, o kuo didesni subjektyvių normų skalės įverčiai, tuo stipresni sergančio asmens įsitikinimai, kad artimieji mano, jog jis turėtų laikytis gydymo nurodymų.

#### **2.2.4 Sergančiojo asmenybiniai veiksniai**

Tiriamųjų asmenybės bruožams įvertinti buvo naudojamas Didžiojo penketo klausimynas (angl. *Big Five Inventory, BFI*) (Benet-Martinez & John, 1998; John, Donahue, & Kentle, 1991; John, Naumann, & Soto, 2008; John & Srivastava, 1999), kurį pasitelkiant gali būti matuojami 5 pagrindiniai asmenybės bruožai: ekstravertiškumas, neurotiškumas, sutarumas, atvirumas, sąmoningumas. Klausimyną sudaro 44 trumpos frazės, kurių pagrindą sudaro

prototipiniai bruožų būdvardžiai pridėjus aiškinančią arba kontekstinę informaciją, pavyzdžiui, „Atsipalaidavęs (-usi), lengvai susitvarkantis su stresu“ (John et al., 2008); frazės yra vertinamos 5 balų Likert tipo skale, kai 1 – „visiškai nesutinku“, o 5 – „visiškai sutinku“. Klausimynas buvo išverstas ir pirmą kartą Lietuvoje pritaikytas VDU Psichologijos padaliniuose (Endriulaitienė ir Ševelytė, 2009; Markšaitytė, Endriulaitienė ir Šeibokaitė, 2009; Paulauskaitė, Šeibokaitė ir Endriulaitienė, 2010).

JAV ir Kanados imtyse gauti geri skalių vidinio suderinamumo rodikliai – Cronbach  $\alpha$  variuoja nuo 0,75 iki 0,90, o instrumento validumą patvirtina nustatytas konvergentinis ir divergentinis ryšys su kitais Didžiojo penketo instrumentais (John et al., 2008). Lietuviškos BFI versijos skalių vidinio suderinamumo rodikliai Cronbach  $\alpha$  skirtingose imtyse variuoja nuo 0,54 iki 0,87 (Endriulaitienė, Šeibokaitė, Markšaitytė, Žardeckaitė-Matulaitienė, Pranckevičienė ir Stelmokienė, 2013; Paulauskaitė ir kiti, 2010; Seibokaite ir Endriulaitiene, 2012; Stelmokienė, Endriulaitienė, Markšaitytė, Pranckevičienė, Šeibokaitė ir Žardeckaitė-Matulaitienė, 2013; Šeibokaitė, Endriulaitienė, Markšaitytė, Žardeckaitė-Matulaitienė ir Pranckevičienė, 2014), dažniausiai tyrimai yra atliekami su jaunais žmonėmis ar studentais (tiriamųjų amžiaus vidurkis neviršija 42 m.). Taip pat yra teigiama, kad ankstesniuose moksliniuose tyrimuose, kuriuose naudojama lietuviškoji BFI versija, atlikta tiriamaoji faktorių analizė ir įrodytas klausimyno tinkamumas asmenybės bruožams vertinti mokslinio tyrimo tikslais (Endriulaitienė ir kiti, 2013), tačiau autorių nurodomose publikacijose faktorių analizės rezultatai nėra pristatomi.

Klausimyno autorių siūloma skalės struktūra, naudojant pagrindinio tyrimo duomenis, buvo patikrinta patvirtinamąja faktorių analize. Nustatyti patvirtinamosios analizės suderinamumo rodikliai rodo prastą pasirinktos faktorių struktūros tinkamumą duomenims (13 lentelė). Teiginių analizė parodė, kad 8 teiginių faktorių svoriai maži ( $< 0,3$ ), o 3 iš jų nėra reikšmingai susiję su numatytu faktoriumi, todėl buvo nuspręsta juos pašalinti po vieną ir po kiekvieno teiginio šalinimo buvo kartojama faktorių analizė.

13 lentelė. Didžiojo penketo klausimyno patvirtinamosios faktorių analizės tinkamumo rodikliai ir modelių palyginimo indeksai

<b>Modelis</b>	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\chi^2$ skirtumo įvertinimas
44 teiginių modelis (John, Donahue, & Kentle, 1991)	2353,533	892	< 0,001	0,077	0,617	0,594	-
36 teiginių modelis	1501,588	584	< 0,001	0,076	0,716	0,694	$\Delta\chi^2 =$ 851,945; $\Delta df = 308$ ; $p < 0,050^a$
36 teiginių modelis su liekamųjų paklaidų koreliaci- jomis	1350,022	579	< 0,001	0,070	0,762	0,741	$\Delta\chi^2 =$ 151,556; $\Delta df = 5$ ; $p$ < 0,050 <sup>b</sup>

*Pastaba:* <sup>a</sup> – lyginant 44 teiginių ir 36 teiginių modelį; <sup>b</sup> – lyginant 36 teiginių ir 36 teiginių modelį su liekamųjų paklaidų koreliacijomis.

Pašalinus visus nereikšmingai su faktoriumi susijusius ir mažo faktorių svorio (< 0,3) teiginius modelio tinkamumas duomenims statistiškai reikšmingai pagerėjo, bet vis dar neatitiko minimalių tinkamumo rodiklių reikalavimų (CFI, TLI < 0,90, 13 lentelė). Pagal modifikacijos indeksus buvo atliktas modelio taisymas, t. y. pridėtos liekamųjų paklaidų koreliacijos. Nors modelio patikslinimas statistiškai reikšmingai pagerino modelio tinkamumą duomenims, palyginti su ankstesniu 36 teiginių modeliu ( $\Delta\chi^2 = 151,556$ ;  $\Delta df = 5$ ;  $p < 0,050$ ), tačiau gauto 36 teiginių modelio su liekamųjų paklaidų koreliacijomis tinkamumo rodikliai vis dar neatitiko minimalių reikalavimų (CFI, TLI < 0,90, 13 lentelė), tad tolimesnės modelio modifikacijos nebebuvo prasmingos.

Nors autoriai teigia, kad Didžiojo penketo klausimyno struktūra yra panaši skirtingose kultūrose (Benet-Martinez & John, 1998), tačiau ne visuomet autorių siūlomą struktūrą pavyksta patvirtinti naudojant patvirtinamąją faktorių analizę (pvz., Atmoko, 2013; Leung, Wong, Chan, & Lam, 2013). Leung ir bendraautorių tyrime (2013) iš Didžiojo penketo

klausimyno buvo pašalinta 15 teiginių, tačiau modelis atitiko tik minimalius tinkamumo reikalavimus ( $R\text{-RMSEA} = 0,054$ ,  $\text{SRMR} = 0,075$ ). Be to, neretai yra diskutuojama, kad patvirtinamosios faktorių analizės metodas nėra tinkamiausias Penkių faktorių arba Didžiojo penketo teorija paremtų asmenybės klausimynų konstruktui nustatyti, o vertingiau yra pasitelkti tiriamuosius metodus (Chiorri, Marsh, Ubbiali, & Donati, 2015; McCrae, Bond, & Paunonen, 1996). Šią prielaidą patvirtina ir tai, kad dauguma atliktų Didžiojo penketo klausimyno adaptacijos tyrimų, kurie naudoja tiriamąją principinių komponentių faktorių analizę su *Varimax* sukiniu klausimyno struktūrai įvertinti, gauna 5 faktorių struktūrą su žymiais faktorių svoriais numatytuose faktoriuose ir minimaliais faktorių svorių persidengimais (Chiorri et al., 2015).

Remiantis anksčiau minėtomis prielaidomis, šiame tyrime taip pat atlikta tiriamoji principinių komponentių faktorių analizė su *Varimax* sukiniu. Analizės rezultatai parodė, kad duomenys gerai tinka faktorių analizei:  $\text{KMO} = 0,82$ , Bartlett sferiškumo testo  $p < 0,001$ . Tačiau įvertinus atskirų teiginių patekimą į atitinkamus faktorius, nustatyta, kad ne visi Didžiojo penketo klausimyno teiginiai buvo pakankamo faktorių svorio numatytaime faktoriuje, tačiau buvo didesnio faktorių svorio kitame ar keliuose kituose faktoriuose.

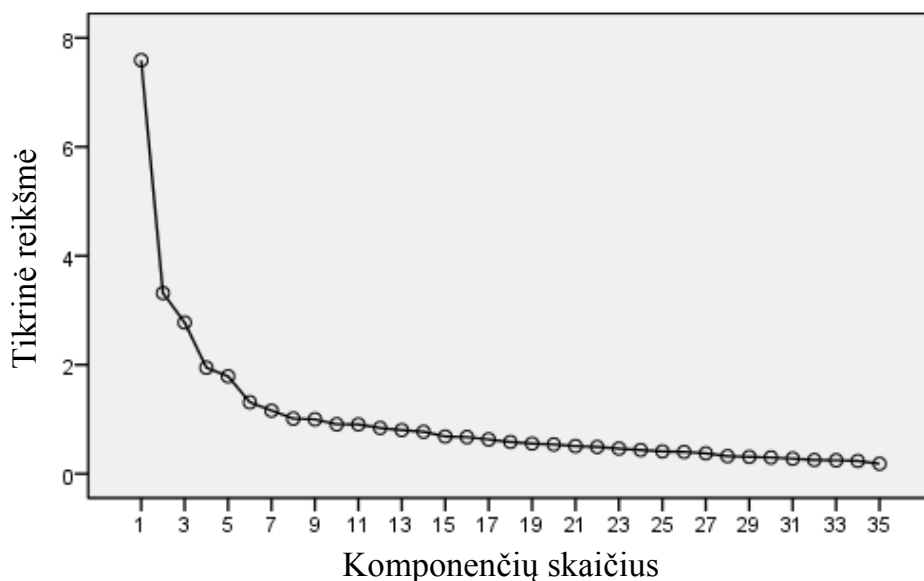
Buvo įvertinta, ar mažo faktorių svorio numatytaime faktoriuje teiginiai pagal turinį gali būti priskirti kitam faktoriui. Tais atvejais, kai teiginio priskyrimas kitam faktoriui nebuvo logiškas, nuspręsta juos pašalinti po vieną ir po kiekvieno teiginio šalinimo buvo kartojama faktorių analizė. Toliau bus pateikti keli pašalintų teiginių pavyzdžiai:

- 12 teiginys: „Žmogus, kuris pradeda ginčus su kitais“. Anot klausimyno autorių, šis teiginys priskiriamas Sutarumo bruožui. Atlikus pirmąją tiriamąją faktorių analizę šis teiginys didžiausiu svoriu pasižymi Sąmoningumo faktoriuje (0,488), o Sutarumo faktoriuje faktoriaus svoris nepakankamai didelis (–0,254). Pagal teiginio turinį jis negali būti priskiriamas Sąmoningumo bruožui, todėl šalinamas.



- 33 teiginys: „Savo darbus dirbu efektyviai“. Originalioje versijoje šis teiginys priskiriamas Sąmoningumo faktoriui. Tačiau šiame tyrime teiginys didžiausiu faktoriaus svoriu (0,658) pasižymi Ekstravertiškumo faktoriuje, o numatytame faktoriuje tik  $-0,114$ . Kadangi šio teiginio priskyrimas Ekstravertiškumo bruožui pagal turinį nėra logiškas, jis buvo pašalintas.
- 35 teiginys: „Teikiu pirmenybę pagal nusistovėjusią tvarką atliekamam darbui“. Šis teiginys priskiriamas Atvirumo bruožui, tačiau šiame tyrime didžiausiu faktoriaus svoriu pasižymi Ekstravertiškumo faktoriuje (0,458) ir mažu svoriu numatytame faktoriuje ( $-0,056$ ). Kadangi jo perkėlimas į kitą faktorių nėra prasmingas, teiginys buvo pašalintas.

Galutinę šio tyrimo Didžiojo penketo klausimyno versiją sudarė 35 teiginiai. Tiriamosios principinių komponentių faktorių analizės rezultatai parodė, kad duomenys gerai tinka faktorių analizei:  $KMO = 0,83$ , Bartlett sferiškumo testo  $p < 0,001$ . Tikrinių reikšmių grafikas rodo 5 faktorių struktūrą, kuri paaiškina 50 proc. duomenų dispersijos. Išskyrus 28 ir 10 teiginį, kurių faktoriaus svoriai yra atitinkamai 0,359 ir 0,385, kitų teiginių svoriai yra  $> 0,4$ . Teiginių faktorių svoriai pateikiami 13 priede.



2 pav. 35 teiginių Didžiojo penketo klausimyno tiriamosios faktorių analizės tikrinių reikšmių grafikas

Skirtingai negu rekomenduojama autorių, 41 klausimyno teiginys, apskaičiuojant bendrą Atvirumo skalės įvertį, nebuvo perkoduojamas, kadangi jo ryšys su numatytu faktoriumi yra teigiamas (0,771; 13 priedas). Tai gali būti susiję su tuo, kad lietuviškas vertimas (*Turiu keletą meninių pomėgių*) ne visai tiksliai atspindėjo originalaus teiginio turinį (angl. *Has few artistic interests*). Šiuo atveju „few“ turėjo būti verčiamas „mažai“.

14 lentelė. 35 teiginių Didžiojo penketo klausimyno faktorių vidinio suderinamumo rodikliai

<b>Faktorius</b>	<b>Cronbach alfa reikšmė</b>
Ekstravertiškumas	0,678
Sutarumas	0,763
Sąmoningumas	0,656
Neurotiškumas	0,796
Atvirumas	0,836

Nevisiškas šiame tyrime naudotos Didžiojo penketo klausimyno versijos atitikimas originaliai struktūrai gali būti susijęs su vertimo netikslumais (pavyzdžiui, 41 teiginys) arba su šio tyrimo imties specifika. Šiame tyrime dalyvavo vyresnio amžiaus respondentai (amžiaus vidurkis – 58,2 metai), tuo metu, kai Lietuvoje šis instrumentas buvo naudojamas didžiąja dalimi su jaunesniais tiriamaisiais arba studentais (pavyzdžiui, Paulauskaitė ir kiti, 2010; Šeibokaitė ir kiti, 2014). Nepaisant to, kad šiame tyrime naudotą Didžiojo penketo klausimyną teko modifikuoti, tai nepakenkė faktorių teiginių vidiniam suderinamumui (14 lentelė), o 35 teiginių versiją pakankamai gerai atitiko 5 faktorių struktūra pritaikius tiriamąją principinių komponentių faktorių analizę su *Varimax* sukiniu.

### **2.2.5 Sociodemografiniai, sveikatos būklės ir gydymo veiksniai**

Sociodemografinių klausimų bloką sudaro 7 klausimai, kurie apima tokius sociodemografinius kintamuosius kaip: amžius, lytis, gyvenamoji vieta, darbinis statusas, šeiminė padėtis, išsilavinimas, subjektyviai vertinama finansinė padėtis (žr. 1 priedą).

Faktinė informacija apie sveikatos būklę apima informaciją apie tai, kokiomis lėtinėmis ligomis sergama ir prieš kiek laiko buvo diagnozuota

kiekviena lėtinė liga (žr. 2 priedą). Tuo atveju, jei tiriamajam diagnozuotos kelios lėtinės ligos, faktinė lėtinės ligos trukmė buvo fiksuojama nuo tos tikslinės lėtinės ligos, kuri buvo diagnozuota anksčiau (vidutinė ligos trukmė – 12,47 metų, SD – 9,28). Taip pat tiriamųjų buvo prašoma įvertinti savo sveikatos būklę. Subjektyvus sergančiųjų sveikatos būklės vertinimas buvo atliekamas naudojant 10 balų skalę, kai 1 – „labai prasta“, o 10 – „puiki“

Be to, tiriamųjų buvo prašoma nurodyti, koks dažniausiai būna jų sistolinis ir diastolinis kraujospūdis, gliukozės kiekis kraujyje prieš ir po valgio, glikozilinto hemoglobino (HbA1c) ir bendras cholesterolio kiekis kraujyje, ūgis, svoris bei svorio pokyčiai (žr. 2 priedą). Įvertinus tiriamųjų atsakymus, pastebėta, kad atsakydami į kai kuriuos klausimus nuo trečdalis iki pusės tiriamųjų nurodė, kad informacijos nežino, klausimą praleido arba pateikė neapibrėžtą atsakymą (pavyzdžiui, nurodė, kad rodikliai yra „normalūs“ arba „norma“, nurodė apytikslį rodiklio intervalą ir pan.). Dėl didelio trūkstamų reikšmių kiekio ir informacijos nepatikimumo, šių kintamųjų įverčiai tolimesnėje analizėje nebus naudojami.

Siekiant įvertinti sergančiojo gydymo ypatumus, tiriamųjų buvo prašoma nurodyti, kiek skirtingų vaistų rūšių vartoja kasdien, kiek kartų per dieną turi išgerti paskirtus vaistus ir kaip dažnai pasireiškia vartojamų vaistų šalutinis poveikis (žr. 2 priedą). Šalutinio poveikio dažnumą tiriamieji vertino naudodami 4 balų Likert tipo skalę, kai 1 – „niekada“, o 4 – „visada“.

### **2.3 Duomenų pasiskirstymas ir transformacija**

Gautų skalių normalumas buvo vertinamas remiantis keliais rodikliais: asimetrijos ir Q-Q grafiko nuokrypiais (angl. *detrended Q-Q plot*). Kolmogorov-Smirnov testas didesnėse nei 300 tiriamųjų imtyse gali būti nepatikimas (Kim, 2013), todėl šio tyrimo metu į jo rodiklius atsižvelgiama nebuvo. Asimetrijos koeficientai, patenkantys į  $\pm 0,80$  intervalą, priskiriami normaliam duomenų pasiskirstymui (Pakalniškienė, 2012; Pallant, 2003), tačiau gali būti taikomi ir liberalesni kriterijai, kada normaliam pasiskirstymui priskiriami asimetrijos koeficientai, patenkantys į  $\pm 2$  intervalą (Cameron,

2004; Kim, 2013; Munro, 2001), Q-Q grafiko nuokrypiai nuo nulinės reikšmės nėra dideli ir neviršija  $\pm 1$  intervalo (Pallant, 2003).

Kintamųjų pasiskirstymo analizė parodė, kad beveik pusė kintamųjų neatitinka normaliam prilyginamo pasiskirstymo reikalavimų (15 lentelė).

15 lentelė. Kintamųjų pasiskirstymo rodikliai prieš ir po transformacijos

Kintamojo pavadinimas	Kolmogorov-Smirnov testo p reikšmė	Asimetrijos koeficientas	Q-Q grafiko nuokrypiai	Taikyta transformacija	Asimetrijos koeficientas po transformacijos	Q-Q grafiko nuokrypiai po transformacijos
Netyčinis vaistų neavartojimas	< 0,001	0,443	< $\pm 1$	-	-	-
Tyčinis vaistų neavartojimas	< 0,001	1,286	> $\pm 1$	LOG10(X)	0,797	< $\pm 1$
Savo būklės stebėjimas	< 0,001	-0,174	< $\pm 1$	-	-	-
Fizinis aktyvumas	< 0,001	0,416	< $\pm 1$	-	-	-
Mitybos ypatumai	0,002	-0,315	< $\pm 1$	-	-	-
Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	0,004	-0,062	< $\pm 1$	-	-	-
Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	0,010	0,323	< $\pm 1$	-	-	-
Ligos rizika sveikatai	< 0,001	-0,935	> $\pm 1$	SQRT(K-X)	0,182	< $\pm 1$
Ligos keliami sunkumai	< 0,001	-0,179	< $\pm 1$	-	-	-
Ligos kontrolė	< 0,001	-1,513	> $\pm 1$	LOG10(K-X)	-0,017	< $\pm 1$
Suvokiama ligos trukmė	< 0,001	-2,212	> $\pm 1$	LOG10(K-X)	1,405	< $\pm 1$
Medikamentinio gydymo nauda	< 0,001	-1,437	> $\pm 1$	LOG10(K-X)	0,460	< $\pm 1$
Medikamentinio gydymo kliūtys	0,002	-0,043	< $\pm 1$	-	-	-
Nemedikamentinio gydymo nauda	< 0,001	-0,829	< $\pm 1$	SQRT(K-X)	0,184	< $\pm 1$
Nemedikamentinio gydymo kliūtys	0,200	0,005	< $\pm 1$	-	-	-

Medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas	< 0,001	0,713	< ± 1	-	-	-
Nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas	0,200	-0,200	< ± 1	-	-	-
Požiūris į gydantį gydytoją	< 0,001	-0,999	< ± 1	SQRT(K-X)	-0,430	< ± 1
Artimųjų parama	< 0,001	-1,011	< ± 1	SQRT(K-X)	-0,472	< ± 1
Subjektyvios normos	< 0,001	-1,007	< ± 1	SQRT(K-X)	-0,302	< ± 1
Ekstravertiškumas	0,200	0,040	< ± 1	-	-	-
Sutarumas	< 0,001	-0,916	> ± 1	SQRT(K-X)	-0,105	< ± 1
Sąmoningumas	< 0,001	-0,119	> ± 1	SQRT(K-X)	0,645	< ± 1
Neurotiškumas	0,035	-0,065	< ± 1	-	-	-
Atvirumas	0,089	-0,035	< ± 1	-	-	-
Amžius	0,001	0,442	> ± 1	SQRT(X)	0,154	< ± 1
Finansinė padėtis	< 0,001	0,509	< ± 1	-	-	-
Sveikatos būklės vertinimas	< 0,001	-0,164	< ± 1	-	-	-
Lėtinių ligų skaičius	< 0,001	1,964	> ± 1	LOG10(X)	0,553	< ± 1
Faktinė ligos trukmė	< 0,001	1,034	< ± 1	SQRT(X)	0,129	< ± 1
Vartojamų vaistų rūšių kiekis	< 0,001	1,499	> ± 1	LOG10(X)	0,201	< ± 1
Vaistų vartojimo dažnis	< 0,001	2,171	> ± 1	LOG10(X)	0,395	< ± 1
Šalutinio poveikio dažnumas	< 0,001	-0,080	< ± 1	-	-	-

Remiantis Tabachnick ir Fidel (2013) rekomendacijomis, normalaus pasiskirstymo neatitinkantys kintamieji buvo transformuoti. Transformacijos pobūdis buvo parenkamas pagal asimetrijos laipsnį ir kryptį, t. y. teigiamą ar neigiamą asimetriją. Įvertinus kintamųjų pasiskirstymą po atliktos transformacijos nustatyta, kad visų kintamųjų asimetrijos koeficientai sumažėjo ir, išskyrus suvokiamos ligos trukmės rodiklį, patenka į  $\pm 0,8$  intervalą, o Q-Q grafiko nuokrypiai neviršija  $\pm 1,0$ , todėl transformuoti kintamieji gali būti prilyginami normaliai pasiskirsčiusiems ir naudojami tolimesnėje analizėje. Suvokiamos ligos trukmės rodiklio pasiskirstymas remiantis liberalesniais kriterijais (Kim, 2013) ir Q-Q grafiko nuokrypiais taip pat atitinka normalų pasiskirstymą.

## 2.4 Duomenų apdorojimas

### 2.4.1 Pirminė duomenų analizė

Pirminė statistinė duomenų analizė atlikta naudojant IBM SPSS Statistics 22 programinį paketą. Šia programa buvo apskaičiuoti aprašomosios statistikos rodikliai, tokie kaip įverčių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, asimetriškumo koeficientai bei procentinis pasiskirstymas. Dviejų grupių vidurkiams palyginti taikytas Student t kriterijus nepriklausomoms imtims. Koreliaciniams ryšiams tarp kintamųjų nustatyti apskaičiuotas Pearson koreliacijos koeficientas.

Siekiant nustatyti, kelis konstruktus sudaro tyrime taikytų vertinimo instrumentų kintamieji, naudota tiriamoji principinių komponenčių faktorių analizė su maksimalios sklaidos *Varimax* sukiniu. Duomenų tinkamumas tiriamajai faktorių analizei nustatomas remiantis Kaiser, Meyer ir Olkin mato (KMO) bei Bartlett sferiškumo testo rodikliais. KMO rodo pakankamą tiriamosios faktorių analizės tinkamumą, kai jo koeficientas yra ne mažesnis kaip 0,60 (Beavers, Lounsbury, Richards, Huck, Skolits, & Esquivel, 2013; Pakalniškienė, 2012), o Bartlett sferiškumo testas yra statistiškai reikšmingas, t. y.  $p < 0,050$  (Beavers et al., 2013). Faktorių kiekis nustatomas remiantis tikrinių reikšmių grafiku (angl. *scree plot*) (Williams, Brown, & Onsman, 2010). Išskirtos faktorių struktūros tinkamumas buvo taip pat vertinamas pagal tai, kiek duomenų dispersijos paaiškina nustatyti faktoriai. Nors kartais yra rekomenduojama, kad išskirti faktoriai paaiškintų ne mažiau kaip 75–90 proc. dispersijos, socialiniuose moksluose bendras 50–60 procentų dispersijos paaiškinamumas yra laikomas pakankamu (Beavers et al., 2013; Williams et al., 2010). Kintamasis gerai identifikuoja faktorių, kai jo faktoriaus svoris yra 0,70 arba didesnis – tai rodo, jog faktorius aiškina apie 50 proc. kintamojo dispersijos, o svoris kitame faktoriuje yra ne didesnis kaip 0,40 (Beavers et al., 2013). Anot kitų autorių, faktoriaus svoris gali būti laikomas stipriu, kai jis yra 0,50 arba didesnis, minimalus leistinas svoris lygus 0,32 (Costello & Osborne, 2005).

Faktorius sudarančių kintamųjų vidiniam suderinamumui nustatyti buvo apskaičiuojamas Cronbach alfa ( $\alpha$ ) koeficientas. Nors dažniausiai reikalavimai Cronbach alfa koeficientui yra  $> 0,70$ , tačiau šis rodiklis yra stipriai priklausomas nuo teiginių kiekio (Schmitt, 1996), todėl vidinis suderinamumas laikomas tinkamu tyrimui, kai Cronbach alfa koeficientas yra ne mažesnis kaip 0,60 (Pakalniškienė, 2012).

Gydymo nurodymų laikymosi galimiems prognostiniams veiksniams nustatyti buvo taikomas tiesinės hierarchinės regresijos metodas. Gauto regresinio modelio tikimas duomenims vertinamas determinacijos koeficientu ( $R^2$ ), kurio reikšmė neturėtų būti mažesnė kaip 0,20, o ANOVA p reikšmė yra  $< 0,050$  (Čekanavičius, 2011).

Standartiniai z balai apskaičiuoti pagal formulę:

$$z = \frac{x - \bar{x}}{s}$$

Čia:  $x$  – kintamojo žalias balas,  $\bar{x}$  – kintamojo vidurkis;  $s$  – standartinis nuokrypis.

#### **2.4.2 Trūkstamos reikšmės ir jų užpildymas**

Trūkstamos reikšmės užpildyti buvo taikytas daugiareikšmio įrašymo metodas (angl. *multiple imputation*). Šis būdas yra laikomas vienu tinkamiausiu trūkstamų reikšmių užpildymo metodų bei pranašesniu negu tradiciškai taikomi vienareikšmio įrašymo metodai, pavyzdžiui, užpildymas kintamojo vidurkiu (Fichman & Cummings, 2003; Sterne et al., 2009). Daugiareikšmis trūkstamų reikšmių įrašymas atliktas naudojant Mplus 6.12 programinį paketą, užpildymo metu buvo naudojamas Bayesian įvertinimo metodas, kuris, kaip ir maksimalios tikimybės (angl. *maximum-likelihood*) metodas (Muthén & Muthén, 1998-2010), leidžia pasiekti lygiavertį rezultatą, o konvergencijos kriterijus lygus 0,05. Atlikus daugiareikšmį įrašymą buvo suformuota 50 duomenų rinkinių, kurie buvo naudojami antrinėje analizėje.

### 2.4.3 Antrinė analizė

Antrinė statistinė duomenų analizė atlikta naudojant Mplus 6.12 programinį paketą. Patvirtinamosios faktorių analizės ir struktūrinių lygčių modelių analizės tinkamumui nustatyti buvo remiamasi 3 pagrindiniais modelio tinkamumo rodikliais: aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida (RMSEA), palyginimo koeficientu (CFI) bei Tucker ir Lewis indeksu (TLI) (Schreiber, Nora, Stage, Barlow, & King, 2006). Dažniausiai geras modelio tinkamumas nustatomas, kai RMSEA rodiklis patenka į intervalą tarp 0,00 ir 0,05, RMSEA reikšmės nuo 0,05 iki 0,08 rodo pakankamą, o nuo 0,08 iki 1,00 – prastą modelio tinkamumą (Hooper et al., 2008). Tačiau kai kurie autoriai rekomenduoja griežtesnius RMSEA rodiklius modelio tinkamumui nustatyti. Steiger (2007) rekomenduoja viršutine leistina modelio tinkamumo RMSEA riba laikyti 0,07. Tada, kai modelyje yra naudojami kategoriniai kintamieji, RMSEA neturėtų viršyti 0,06 (Hu & Bentler, 1999; Schreiber et al., 2006). CFI ir TLI indeksai interpretuojami kaip pakankami, kai jie yra didesni nei 0,90, arba geri, kai viršija 0,95 (Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1999; Lance, Butts, & Michels, 2006; Marsh, Hau, & Wen, 2004). Kadangi  $\chi^2$  testas yra ypač jautrus duomenų normalumui ir imties dydžiui (Hooper et al., 2008), jo rezultatai šiame tyrime nebus naudojami modelio tinkamumui įvertinti. Duomenys bus panaudoti tik dviejų patvirtinamosios faktorių analizės arba struktūrinių lygčių modelių palyginimui (Pakalniškienė, 2012).

Tikrinant visas hipotezes statistinio reikšmingumo lygmuo lygus 0,050 (Čekanavičius, 2011).



### 3. REZULTATAI

#### 3.1 Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi raiškos modelis

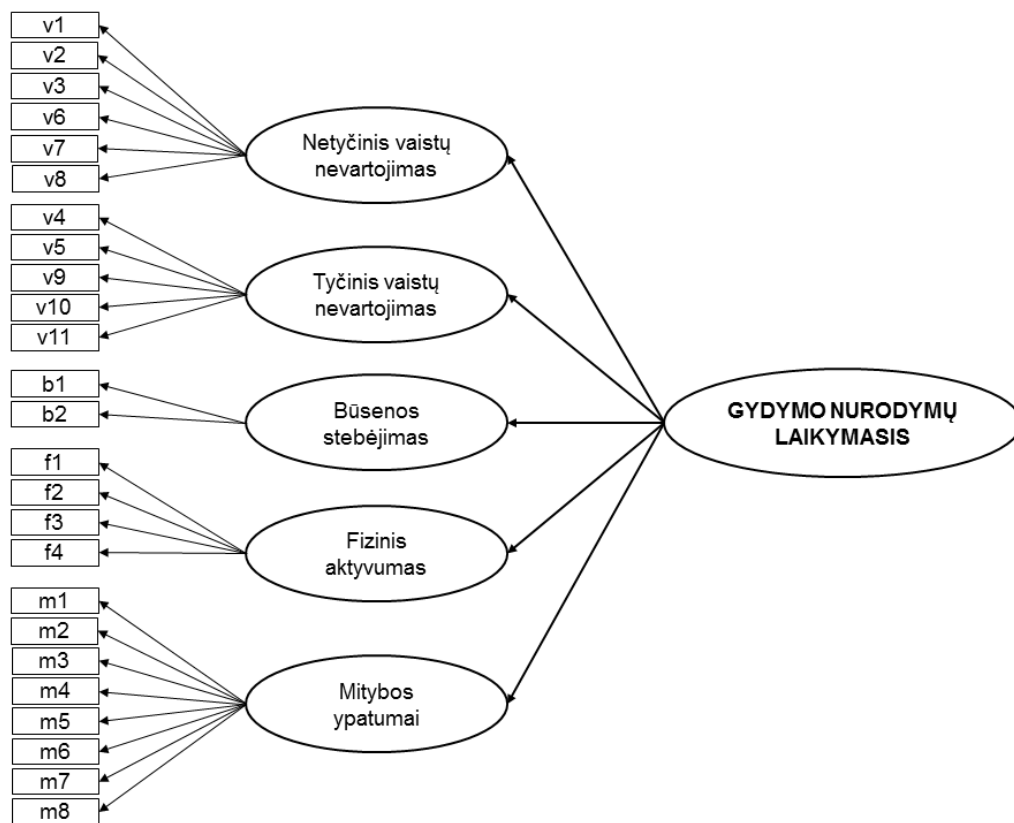
Pasaulio sveikatos organizacija (WHO, 2003) apibrėžia gydymo nurodymų laikymąsi kaip konstrukta, apibūdinantį daugelį su sveikata susijusių elgesio apraiškų, kurios apima ne vien reguliarų ir tinkamą vaistų vartojimą bei receptinių vaistų papildymą, bet ir kitų gyvenamosios pokyčių įgyvendinimą. Nors nėra apibrėžtas galutinis gydymo nurodymų laikymąsi apimančio elgesio sąrašas, dažniausiai, be vaistų vartojimo, yra minimi tokie veiksmai kaip medicininės pagalbos paieška, lankymasis pas gydytoją, nuolatinis savo būklės stebėjimas ir savirūpa, sveika arba pagal ligos specifiką pritaikyta mityba, fizinis aktyvumas ir pan. Tačiau nėra iki galo aišku, ar skirtingi GNL aspektai, t. y. skirtingos su sveikata susijusios elgsenos, turi būti traktuojami kaip atskiri ar vis dėlto gali būti suprantami kaip tam tikras bendras lėtinė liga sergančiojo elgesį apibūdinantis konstruktas.

Siekiant įvertinti, ar šiam tyrimui pasirinkti GNL aspektai gali būti traktuojami kaip vienas konstruktas, buvo testuojamas hierarchinis faktorių modelis. Hierarchinė patvirtinamoji faktorių analizė buvo atlikta naudojant AMOS 22 programinį paketą. Konceptinis bendro gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus hierarchinis modelis pateikiamas 3 paveiksle.

Patvirtinamosios faktorių analizės rezultatai parodė, kad koncepcinio modelio tinkamumas duomenims yra pakankamas (16 lentelė), t. y. visi modelio tinkamumo rodikliai tenkina minimalius reikalavimus: RMSEA < 0,05, CFI > 0,90, TLI > 0,90 (Hooper et al., 2008).

16 lentelė. Bendro gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus hierarchinio modelio tinkamumo rodikliai

Modelis	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI
Vieno antro lygmens faktoriaus modelis	416,024	265	< 0,001	0,043	0,932	0,916



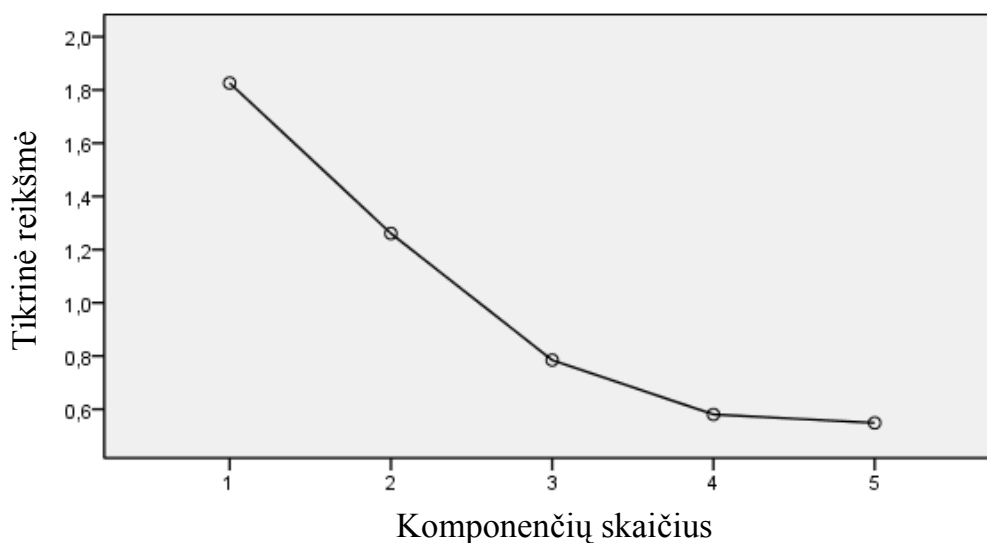
3 pav. Konceptinis bendro gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus hierarchinis modelis

Be pagrindinių modelio tinkamumo rodiklių, taip pat buvo įvertinti bendrą GNL faktorių sudarančių kintamųjų faktorių svoriai, jie pristatomi 17 lentelėje. Šie rezultatai rodo, kad tik savo būklės stebėjimo kintamasis gerai identifikuoja bendrą faktorių, t. y. faktoriaus svoris  $> 0,70$  (Beavers et al., 2013), netyčinio vaistų neįvertinimo ir mitybos ypatumų kintamųjų faktorių svoriai yra pakankami ( $> 0,40$ ), o tyčinio vaistų neįvertinimo ir fizinio aktyvumo kintamųjų svoriai, nors ir viršija minimalią leistiną ribą, tačiau yra gana maži ( $< 0,40$ ). Visi bendro gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus hierarchinio modelio parametrų įverčiai, įskaitant žemesnio lygmens faktorius sudarančius kintamuosius, pristatomi 14 priede.

17 lentelė. Bendro gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus hierarchinio modelio parametrų įverčiai

	Nestandarti- zuoti parametrų įverčiai	Standartinė paklaida	Parametrų įverčių ir standartinės paklaidos santykis	Standarti- zuotas įvertis	p
<b>Bendrą gydymo nurodymų laikymosi faktorių sudaro</b>					
Netyčinis vaistų neavartojimas	-0,753	0,216	-3,492	-0,435	< 0,001
Tyčinis vaistų neavartojimas	-0,834	0,244	-3,412	-0,367	< 0,001
Savo būklės stebėjimas	1,493	0,375	3,977	0,746	< 0,001
Fizinis aktyvumas	0,824	0,233	3,539	0,387	< 0,001
Mitybos ypatumai	1,000	0,000	0,000	0,649	< 0,001

Norėdami įvertinti, ar galimas kitas modelis, kuris geriau paaiškintų GNL konstrukta ir būtų geriau suderintas su duomenimis, buvo atlikta tiriamoji principinių komponentių faktorių analizė su *Varimax* sukiniu. Analizėje buvo naudojami suminiai penkių gydymo nurodymų laikymosi faktorių įverčiai ir neribojamas galimų faktorių skaičius. Tiriamosios faktorių analizės rezultatai parodė, kad duomenys tinka faktorių analizei: KMO = 0,60, Bartlett sferiškumo testo  $p < 0,001$ . Faktorių analizės rezultatai leidžia teigti, kad GNL sudaro 2 faktoriai, kurie paaiškina 62 proc. duomenų dispersijos. Dviejų faktorių struktūrą taip pat patvirtina ir tikrinių reikšmių grafikas (4 pav.), kuris rodo, kad trečio ir daugiau faktorių tikrinės reikšmės yra  $< 1,0$ .



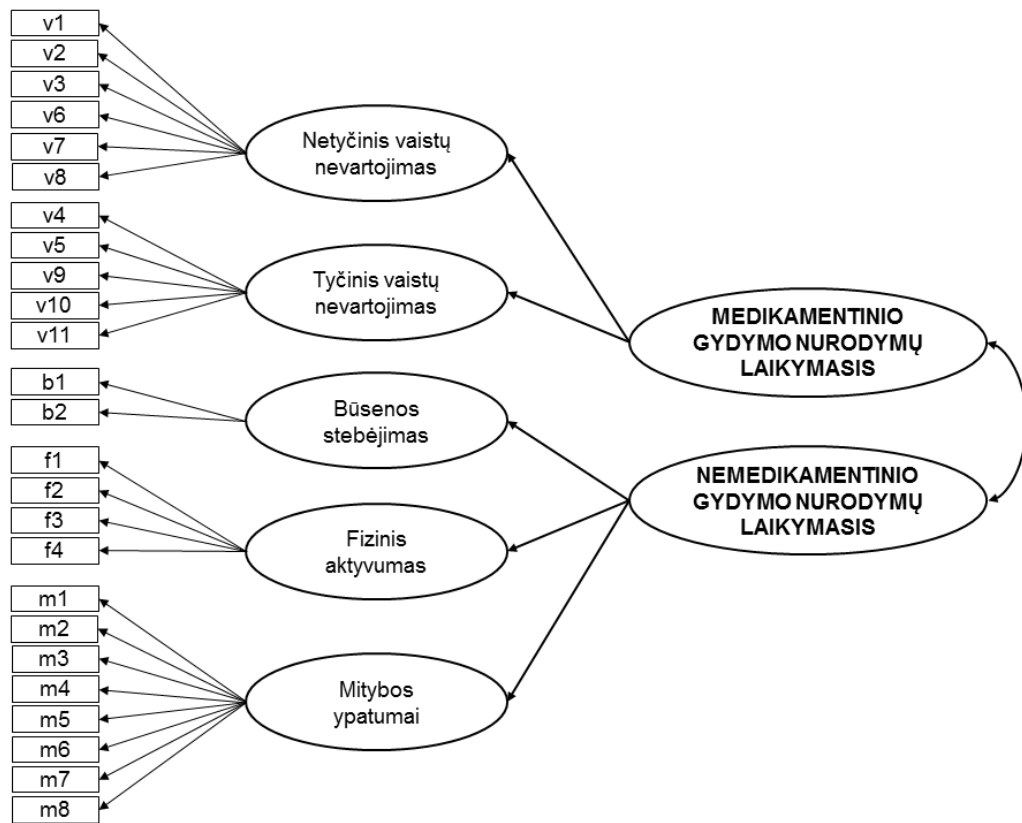
4 pav. Gydomo nurodymų klausimyno antro lygmens tiriamosios faktorių analizės tikrinių reikšmių grafikas

Tiriamosios faktorių analizės rezultatai taip pat rodo, kad pirmą faktorių sudaro netyčinis ir tyčinis vaistų nevartojimas, kitaip tariant, faktoriaus turinys aprašo medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi. Medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorius yra gerai identifikuotas, kadangi abiejų faktorių sudarančių kintamųjų faktorių svoriai yra didesni nei 0,70 (Beavers et al., 2013). Antrą faktorių sudaro savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas ir mitybos ypatumai – faktoriaus turinys aprašo nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi. Šis faktorius taip pat yra gerai identifikuotas, nes 2 faktorių sudarančių kintamųjų faktorių svoriai yra  $> 0,70$ , o likusio tik viena tūkstantąja nesiekia 0,70 ribos. Medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi kintamųjų faktorių svoriai pateikiami 18 lentelėje.

18 lentelė. Tiriamosios gydymo nurodymų laikymosi antro lygmens faktorių analizės svoriai po *Varimax* sukinio

	Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis
Netyčinis vaistų nevartojimas	<b>0,830</b>	-0,091
Tyčinis vaistų nevartojimas	<b>0,851</b>	-0,047
Savo būklės stebėjimas	-0,179	<b>0,699</b>
Fizinis aktyvumas	0,087	<b>0,704</b>
Mitybos ypatumai	-0,118	<b>0,791</b>

Remiantis tiriamosios faktorių analizės rezultatais, hierarchinis GNL faktorių modelis buvo patikslintas. Tiriamosios faktorių analizės išskirti 2 antro lygmens faktoriai buvo testuojami pasitelkus patvirtinamosios analizės metodą. Patikslintas koncepcinis gydymo nurodymų laikymosi hierarchinis modelis pristatomas 5 paveiksle.



5 pav. Koncepcinis dviejų (medikamentinio ir nemedikamentinio) gydymo nurodymų laikymosi faktorių hierarchinis modelis

Patvirtinamosios dviejų gydymo nurodymų laikymosi antro lygmens faktorių analizės rezultatai rodo, kad modelis, kaip ir vieno gydymo nurodymų laikymosi antro lygmens faktoriaus modelis, gerai tinka duomenims.  $RMSEA < 0,05$ ,  $CFI > 0,95$ , ir tai rodo gerą, o TLI pakankamą ( $> 0,90$ ) modelio suderinamumą su duomenimis (Hooper et al., 2008; Marsh et al., 2004). Patikslinto modelio tinkamumo rodikliai pateikiami 19 lentelėje.

19 lentelė. Dviejų gydymo nurodymų laikymosi faktorių hierarchinio modelio tinkamumo rodikliai

<b>Modelis</b>	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI
Dviejų antro lygmens faktorių modelis	370,369	261	< 0,001	0,037	0,952	0,941

Medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus modelio parametrų reikšmės pateikiamos 20 lentelėje. Įvertinus medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi faktorius sudarančių kintamųjų faktorių svorius nustatyta, kad netyčinis vaistų neįvertinimas gerai identifikuoja medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių ( $> 0,70$ ); tyčinio vaistų neįvertinimo faktoriaus svoris kaip pat yra pakankamai didelis ( $> 0,40$ ). Visų nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių sudarančių kintamųjų faktorių svoriai pakankami ( $> 0,40$ ), o mitybos ypatumų faktorius geriausiai jį identifikuoja, t. y. faktoriaus svoris  $> 0,70$  (Beavers et al., 2013). Visos dviejų GNL antro lygmens faktorių, įskaitant žemesnio lygmens faktorius sudarančius kintamuosius, modelio parametrų reikšmės pristatomos 15 priede.

20 lentelė. Medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus modelio parametrų reikšmės

	Nestandarti- zuoti parametrų įverčiai	Standartinė paklaida	Parametrų įverčių ir standartinės paklaidos santykis	Standarti- zuotas įvertis	p
<b>Medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių sudaro</b>					
Netyčinis vaistų neįvertinimas	1,000	0,000	0,000	0,882	< 0,001
Tyčinis vaistų neįvertinimas	1,048	0,422	2,484	0,690	0,013
<b>Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių sudaro</b>					
Savo būklės stebėjimas	1,227	0,336	3,655	0,687	< 0,001
Fizinis aktyvumas	0,788	0,221	3,566	0,435	< 0,001
Mitybos ypatumai	1,000	0,000	0,000	0,763	< 0,001
Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis koreliuoja su					
Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymusi	-0,061	0,023	-2,605	-0,304	0,009

Pastebėtina ir tai, kad medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriai tarpusavyje reikšmingai koreliuoja (20 lentelė). Nustatyta koreliacija rodo, kad kuo geriau sergantysis laikosi medikamentinio gydymo nurodymų, tuo geriau jis laikosi ir nemedikamentinio gydymo nurodymų, tačiau šis ryšys nėra labai stiprus, kadangi koreliacijos koeficientas vos siekia apatinę vidutinio stiprumo koreliacijos ribą (Pallant, 2003).

Siekiant įvertinti, kuri – vieno ar dviejų – hierarchinė faktorių struktūra yra tinkamesnė duomenims, apskaičiuotas abiejų modelių  $\chi^2$  skirtumas. Modelių palyginimas parodė, kad skirtumas tarp vieno ir dviejų antro lygmens modelių yra statistiškai reikšmingas ( $\Delta\chi^2 = 45,655$ ;  $\Delta df = 4$ ;  $p < 0,010$ ), t. y. nors vieno bendro antro lygmens faktoriaus modelis yra įmanomas, dviejų antro lygmens faktorių modelis yra reikšmingai geriau suderintas su tyrimo duomenimis.

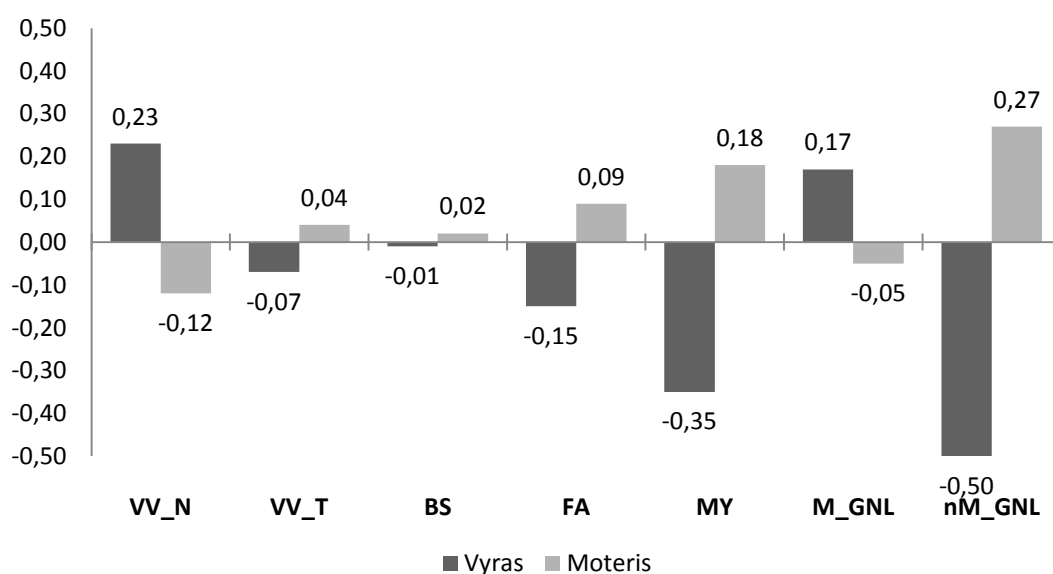
Apibendrinant tiriamosios ir patvirtinamosios faktorių analizės rezultatus galima teigti, kad GNL konstrukta geriausiai paaiškina hierarchinę struktūrą, kurią sudaro du antro lygmens faktoriai – medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis, kurių kiekvieną sudaro pirmo lygmens faktoriai. Medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi sudaro tyčinis ir netyčinis vaistų neįvartojimas, o nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių – savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas ir mitybos ypatumai. Remiantis šiais rezultatais buvo apskaičiuoti antro lygmens medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorius sudarančių kintamųjų suminiai įverčiai (medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus didesni įverčiai rodo mažiau tinkamą vaistų vartojimą, o didesni nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi – priešingai, tinkamesnį savo būklės stebėjimo, fizinio aktyvumo ir mitybos rekomendacijų vykdymą). Šie kartu su pirmo lygmens faktoriais bus naudojami tolimesnėje analizėje.

## 3.2 Pirminė gydymo nurodymų laikymosi veiksnių analizė

### 3.2.1 Gydymo nurodymų laikymosi ryšys su sociodemografiniais veiksniais

Siekiant įvertinti, ar sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL susijęs su sociodemografiniais kintamaisiais, tyčinio ir netyčinio vaistų neįvartojimo, savo būklės stebėjimo, fizinio aktyvumo, mitybos ypatumų bei medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių įverčių vidurkiai buvo palyginti pagal tiriamųjų lytį, gyvenamąją vietą, šeimines padėtis, darbinį statusą, išsilavinimą bei apskaičiuoti koreliacijos koeficientai su tiriamųjų amžiumi ir subjektyviai suvokiama finansine padėtimi.

Palyginus GNL faktorių įverčių vidurkius vyrų ir moterų grupėse, nustatyti reikšmingi skirtumai trijose gydymo nurodymų laikymosi faktoriuose. Gydymo nurodymų laikymosi faktorių vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 6 paveiksle.



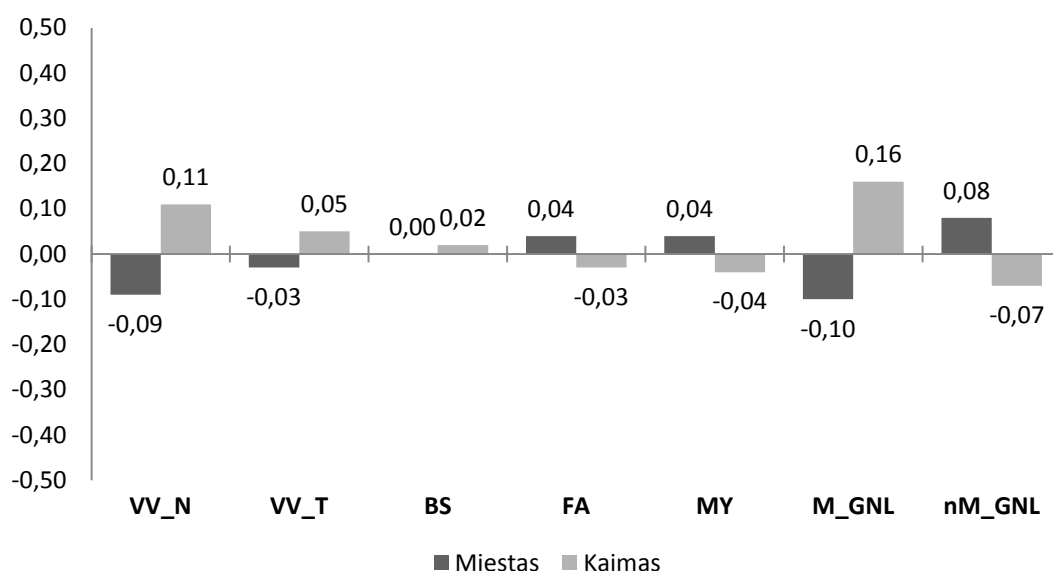
Čia *VV\_N* – netyčinis vaistų neįvartojimas; *VV\_T* – tyčinis vaistų neįvartojimas; *FA* – fizinis aktyvumas; *BS* – savo būklės stebėjimas; *MY* – mitybos ypatumai; *M\_GNL* – medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis; *nM\_GNL* – nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis.

6 pav. Gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių vidurkių palyginimas vyrų ir moterų grupėse



Studento testo rezultatai parodė, kad lyginant vyrus ir moteris reikšmingai skiriasi netyčinio vaistų nevartojimo ( $t = 2,80$ ,  $df = 294,00$ ,  $p = 0,005$ ), mitybos ypatumų ( $t = -4,31$ ,  $df = 274,00$ ,  $p < 0,001$ ) bei nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ( $t = -2,97$ ,  $df = 271,00$ ,  $p = 0,006$ ) įverčių vidurkiai. Šis vidurkių palyginimas rodo, kad moterys reikšmingai rečiau negu vyrai neišgeria paskirtų vaistų dėl užmaršumo ar kitų iš anksto nesuplanuotų priežasčių. Tyčinio vaistų nevartojimo, savo būklės stebėjimo ir fizinio aktyvumo įverčių vidurkiai tarp vyrų ir moterų nesiskiria ( $p > 0,05$ ). Nors netyčinio vaistų nevartojimo atveju nustatytas reikšmingas skirtumas, lyginant bendrus medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi įverčių vidurkius reikšmingo skirtumo tarp vyrų ir moterų neišryškėjo ( $p > 0,05$ ).

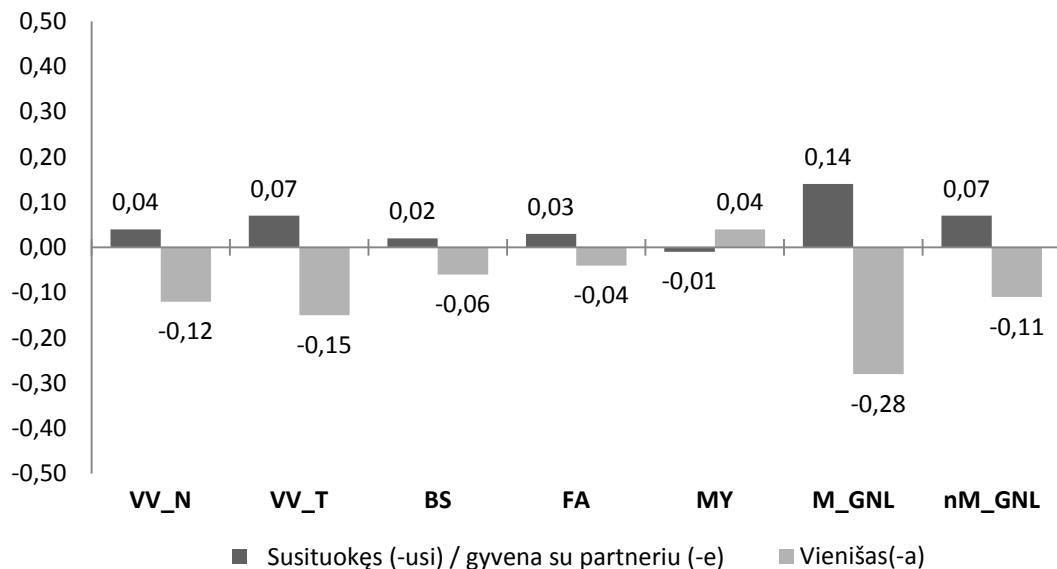
Palyginus GNL faktorių įverčių vidurkius mieste ir kaimo vietovėse gyvenančių tiriamųjų grupėse, nei vieno reikšmingo ryšio nebuvo nustatyta ( $p > 0,05$ ). Studento testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 7 paveiksle.



Čia VV\_N – netyčinis vaistų nevartojimas; VV\_T – tyčinis vaistų nevartojimas; FA – fizinis aktyvumas; BS – savo būklės stebėjimas; MY – mitybos ypatumai; M\_GNL – medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis; nM\_GNL – nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis.

7 pav. Gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių vidurkių palyginimas mieste ir kaime gyvenančių sergančiųjų grupėse

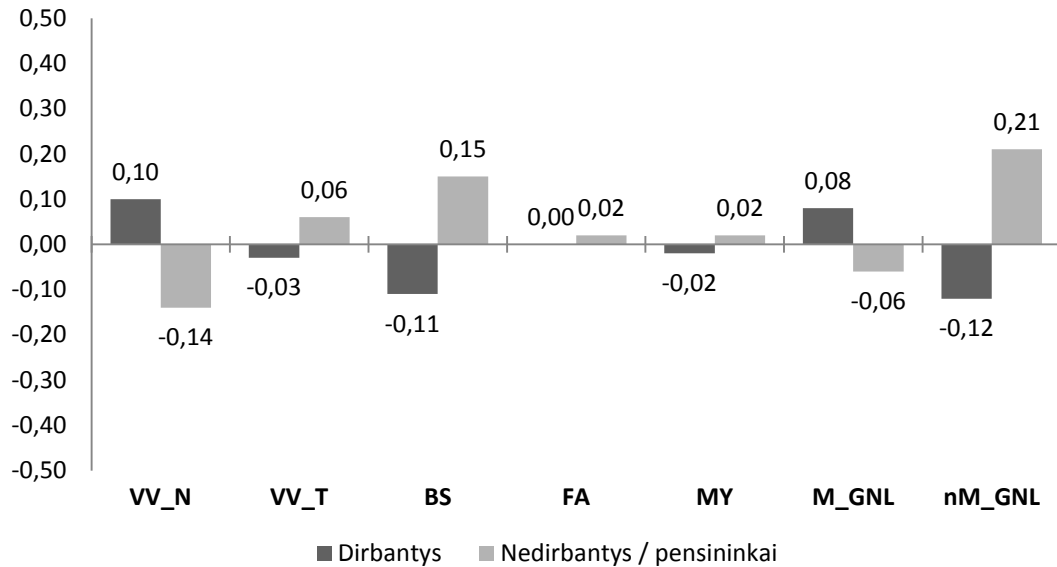
Kaip ir gyvenamosios vietos atveju, palyginus gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių vidurkius susituokusių / su partneriu gyvenančių ir vienišų tiriamųjų grupėse reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta ( $p > 0,05$ ). Skirtingos šeiminės padėties tiriamųjų Studento testo vidurkių palyginimo rezultatai pateikiami 8 paveiksle.



Čia *VV\_N* – netyčinis vaistų neavartojimas; *VV\_T* – tyčinis vaistų neavartojimas; *FA* – fizinis aktyvumas; *BS* – savo būklės stebėjimas; *MY* – mitybos ypatumai; *M\_GNL* – medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis; *nM\_GNL* – nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis.

8 pav. Gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių vidurkių palyginimas susituokusių / su partneriu gyvenančių ir vienišų sergančiųjų grupėse

Palyginus gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių vidurkius dirbančių ir nedirbančių / į pensiją išėjusių tiriamųjų grupėse, nustatyti reikšmingi skirtumai dviejuose GNL faktoriuose. Skirtingo darbinio statuso gydymo nurodymų laikymosi faktorių įverčių palyginimui naudoto Studento testo rezultatai pateikiami 9 paveiksle.

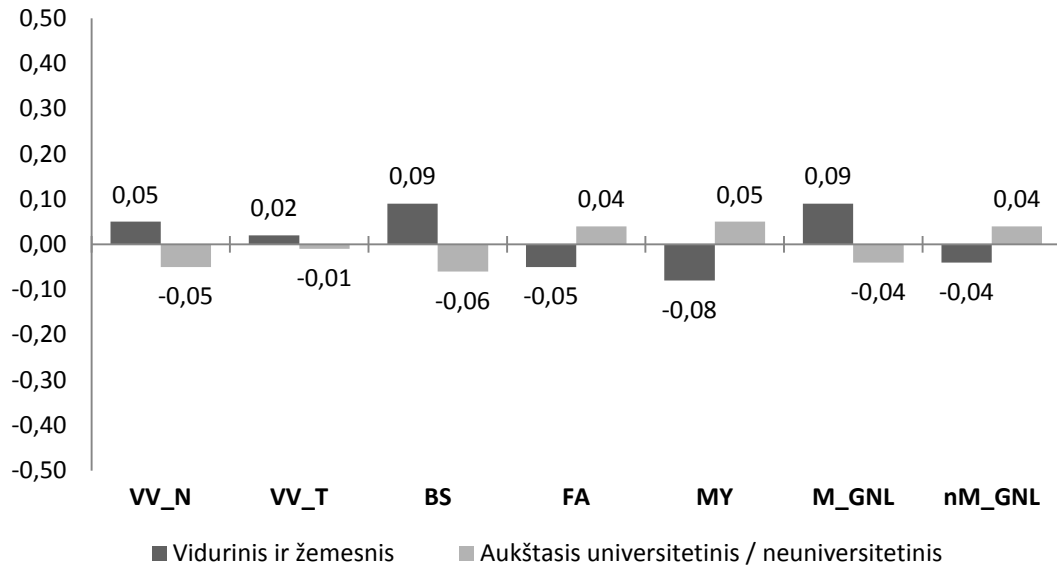


Čia *VV\_N* – netyčinis vaistų neavartojimas; *VV\_T* – tyčinis vaistų neavartojimas; *FA* – fizinis aktyvumas; *BS* – savo būklės stebėjimas; *MY* – mitybos ypatumai; *M\_GNL* – medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis; *nM\_GNL* – nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis.

9 pav. Gydomo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių vidurkių palyginimas dirbančių ir nedirbančių / į pensiją išėjusių sergančiųjų grupėse

Dirbančių ir nedirbančių / į pensiją išėjusių sergančiųjų grupių palyginimo rezultatai rodo, kad reikšmingai skiriasi tik netyčinio vaistų neavartojimo ( $t = 2,11$ ,  $df = 292,00$ ,  $p = 0,036$ ) ir savo būklės stebėjimo faktorių įverčių vidurkiai ( $t = -2,19$ ,  $df = 291,00$ ,  $p = 0,029$ ). Šie rezultatai leidžia teigti, kad dirbantys tiriamieji dažniau neapgalvotai ar netyčia neišgeria jiems paskirtų vaistų bei ne taip reguliariai stebi savo būseną palyginti su nedirbančiais ir pensininkais.

Skirtingo išsilavinimo grupių medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių vidurkių palyginimo rezultatai pristatomi 10 paveiksle. GNL faktorių įverčių vidurkių palyginimas skirtingo išsilavinimo grupėse parodė, kad nei pirmo, nei antro lygmens gydymo nurodymų laikymosi faktorių įverčių vidurkiai statistiškai reikšmingai nesiskiria ( $p > 0,05$ ).



Čia *VV\_N* – netyčinis vaistų neįvertinimas; *VV\_T* – tyčinis vaistų neįvertinimas; *FA* – fizinis aktyvumas; *BS* – savo būklės stebėjimas; *MY* – mitybos ypatumai; *M\_GNL* – medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis; *nM\_GNL* – nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis.

10 pav. Gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių vidurkių palyginimas skirtingo išsilavinimo lygio sergančiųjų grupėse

Be skirtingų grupių palyginimo, taip pat buvo apskaičiuoti Pearson koreliacijų koeficientai tarp gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių ir tiriamųjų amžiaus bei sergančiųjų subjektyviai vertinamos finansinės padėties. Koreliacinės analizės rezultatai pristatomi 21 lentelėje.

21 lentelė. Gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių ir amžiaus bei subjektyvios suvokiamos finansinės padėties ryšys

	Amžius	Subjektyvi finansinė padėtis
Netyčinis vaistų neįvertinimas	-0,21**	-0,02
Tyčinis vaistų neįvertinimas	-0,07	0,06
Savo būklės stebėjimas	0,09	0,01
Fizinis aktyvumas	-0,06	0,02
Mitybos ypatumai	0,06	0,05
Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	-0,16**	0,03
Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	0,03	0,01

Pastaba. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Apskaičiuoti Pearson koreliacijos koeficientai rodo, kad reikšmingas ryšys egzistuoja tik tarp sergančiųjų amžiaus ir netyčinio vaistų neįvartojimo ( $r = -0,21$ ,  $p < 0,01$ ) bei medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ( $r = -0,16$ ,  $p < 0,01$ ). Nors nustatyti koreliacijų koeficientai nėra labai aukšti ir priskiriami silpnam koreliaciniam ryšiui (Pallant, 2003), jie rodo, kad kuo vyresni yra sergantieji, tuo rečiau jie be išankstinio apgalvojimo neišgeria jiems paskirtų vaistų ir geriau laikosi medikamentinio gydymo nurodymų. Reikšmingas ryšys nebuvo nustatytas tarp tiriamųjų amžiaus ir kitų GNL aspektų. Subjektyviai vertinama finansinė padėtis reikšmingai nesusijusi nei su vienu iš gydymo nurodymų laikymosi faktorių.

### 3.2.2 Gydymo nurodymų laikymosi ryšys su sveikatos būklės bei gydymo veiksniais

Siekiant įvertinti, ar GNL faktorių įverčiai siejasi su sveikatos būklės ir gydymo veiksniais, buvo apskaičiuoti šių kintamųjų Pearson koreliacijos koeficientai. Gydymo nurodymų laikymosi faktorių ir sveikatos būklės kintamųjų koreliacinės analizės rezultatai pristatomi 22 lentelėje.

22 lentelė. Gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių ryšys su sveikatos būklės kintamaisiais

	Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas	Lėtinių ligų skaičius	Faktinė ligos trukmė
Netyčinis vaistų neįvartojimas	-0,02	-0,11*	-0,12*
Tyčinis vaistų neįvartojimas	-0,08	-0,08	< 0,00
Savo būklės stebėjimas	-0,04	0,22**	0,16*
Fizinis aktyvumas	0,06	0,08	0,09
Mitybos ypatumai	-0,06	0,19**	0,19**
Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	-0,06	-0,11	-0,07
Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	-0,01	0,23**	0,19**

Pastaba. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Koreliacinė analizė rodo, kad kuo daugiau tiriamiesiems nustatyta lėtinių ligų arba kuo ilgiau jie serga, tuo rečiau jie netyčia neišgeria paskirtų

vaistų, reguliariau stebi savo būseną, tinkamiau laikosi mitybos rekomendacijų ir nemedikamentinio gydymo nurodymų. Tačiau dauguma nustatytų reikšmingų koreliacijos koeficientų yra labai žemi ( $< 0,2$ ), o reikšmingo ryšio tarp subjektyvaus sveikatos būklės vertinimo ir GNL faktorių nenustatyta.

Gydymo nurodymų laikymosi faktorių ir gydymo veiksmių koreliacinės analizės rezultatai pateikiami 23 lentelėje.

23 lentelė. Gydymo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių ryšys su gydymo kintamaisiais

	Vartojamų vaistų rūšių kiekis	Vaistų vartojimo dažnis	Šalutinio poveikio dažnumas
Netyčinis vaistų nevartojimas	-0,09	-0,06	0,09
Tyčinis vaistų nevartojimas	-0,14*	-0,11	0,18**
Savo būklės stebėjimas	0,20**	0,23**	0,19**
Fizinis aktyvumas	0,00	0,12*	0,02
Mitybos ypatumai	0,16*	0,23**	0,13*
Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	-0,14*	-0,10	0,15*
Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	0,17**	0,27**	0,19**

Pastaba. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Analizės rezultatai rodo, kad netyčinio vaistų nevartojimo įverčiai nėra reikšmingai susiję nei su vienu iš gydymo veiksmių ( $p > 0,05$ ), o tyčinis vaistų nevartojimas ir medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis reikšmingai siejasi su vartojamų vaistų rūšių kiekiu bei šalutinio poveikio dažnumu (23 lentelė). Kuo daugiau vaistų rūšių sergantiesiems būna paskirta ir kuo rečiau jie patiria šalutinį poveikį, tuo rečiau jie apgalvotai neišgeria vaistų. Visi GNL kintamieji reikšmingai ir teigiamai susiję su savo būklės stebėjimu, mitybos ypatumais ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymusi, o fizinis aktyvumas reikšmingai, bet labai silpnai koreliuoja su vaistų vartojimo dažniu (23 lentelė). Dalis nustatytų reikšmingų koreliacinių ryšių yra labai silpni ( $< 0,2$ ).

### 3.2.3 Gydomo nurodymų laikymosi ryšys su sergančiojo kognityviniais veiksniais

Siekiant įvertinti, ar sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL susijęs su sergančiųjų kognityviniais veiksniais, buvo apskaičiuotos koreliacijos tarp tyčinio ir netyčinio vaistų nevartojimo, savo būklės stebėjimo, fizinio aktyvumo, mitybos ypatumų, medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi bei ligos suvokimo ir įsitikinimų apie gydymą kintamųjų. Pearson koreliacijos koeficientai pateikti 24 lentelėje.

24 lentelė. Gydomo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių ryšys su ligos suvokimo ir įsitikinimų apie gydymą kintamaisiais

	Ligos keliami sunkumai	Ligos rizika sveikatai	Ligos kontrolė	Suvokiama ligos trukmė	Medikamentinio gydymo N-Kb	Nemedikamentinio gydymo N-Kb
Netyčinis vaistų nevartojimas	-0,03	-0,01	-0,13*	-0,22**	-0,24**	-0,14*
Tyčinis vaistų nevartojimas	0,03	-0,07	-0,04	-0,22**	-0,32**	-0,12*
Savo būklės stebėjimas	0,18**	0,28**	0,11	0,09	0,08	0,17**
Fizinis aktyvumas	0,04	0,05	0,09	-0,07	-0,01	0,21**
Mitybos ypatumai	0,13*	0,16**	0,06	0,09	0,13*	0,31**
Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	0,01	-0,05	-0,09	-0,26**	-0,33**	-0,16**
Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	0,15*	0,24**	0,12	0,05	0,08	0,32**

Pastaba. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Nustatyti koreliaciniai ryšiai rodo, kad stipriausiai medikamentinio gydymo N-Kb yra susijęs su medikamentinio gydymo nurodymų laikymusi ( $r = -0,33$ ,  $p < 0,01$ ), ir kartu su tyčiniu ir netyčiniu vaistų nevartojimu. Šie rezultatai rodo, kad kuo labiau sergančiojo išivaizduojama gydymo nauda atsveria su vaistų vartojimu susijusias arba dėl jo kylančias kliūtis, tuo rečiau asmuo neišgeria jam paskirtų vaistų. Panašūs rezultatai gauti ir

nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balanso atveju. Kuo labiau nemedikamentinio gydymo nauda atsveria kliūtis, tuo tinkamesnis yra sergančiojo nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,01$ ), reguliariesnis savo būklės stebėjimas, aukštesnis fizinio aktyvumo lygis ir, galiausiai, tinkamesnė mityba.

Rezultatai taip pat rodo, kad suvokiama ligos trukmė reikšmingai siejasi tik su medikamentinio gydymo nurodymų laikymusi ( $r = -0,26$ ,  $p < 0,01$ ), tyčiniu ( $r = -0,22$ ,  $p < 0,01$ ) ir netyčiniu ( $r = -0,22$ ,  $p < 0,01$ ) vaistų neįvartojimu. Šie rezultatai rodo, kad kuo ilgiau, anot sergančiojo, tęsis jo liga, tuo tinkamiau jis vartos vaistus. Suvokiamos ligos kontrolės atveju nustatytas tik vienas silpnas reikšmingas ryšys su netyčiniu vaistų neįvartojimu. Savo būklės stebėjimas, mitybos ypatumai ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis reikšmingai susijęs su ligos keliamais sunkumais ir kiek stipresnis ryšys nustatytas tarp jau minėtų kintamųjų ir suvokiamos ligos rizikos sveikatai (24 lentelė), t. y. kuo didesnę riziką sveikatai ir kuo daugiau sunkumų liga kelia, tuo geresni savo būklės stebėjimo, mitybos ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi rodikliai.

Vėlgi, svarbu atkreipti dėmesį ir į tai, kad nemaža dalis nustatytų reikšmingų ryšių yra gana silpni ( $< 0,2$ ).

### **3.2.4 Gydymo nurodymų laikymosi ryšys su asmenybiniais veiksniais**

Siekiant įvertinti, ar sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL susijęs su asmenybiniais veiksniais, apskaičiuotos penkių asmenybės bruožų ir visų GNL faktorių įverčių koreliacijos. Šios analizės Pearson koreliacijos koeficientai pristatomi 25 lentelėje.



25 lentelė. Gydomo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių ryšys su asmenybiniais veiksniais

	Ekstravertiškumas	Sutarumas	Sąmoningumas	Neurotiškumas	Atvirumas
Netyčinis vaistų neįvertinimas	-0,01	-0,03	-0,26**	-0,02	-0,06
Tyčinis vaistų neįvertinimas	-0,04	0,00	-0,09	0,06	0,03
Savo būklės stebėjimas	0,07	0,10	0,11	0,03	-0,03
Fizinis aktyvumas	0,01	0,09	0,21**	-0,04	0,23**
Mitybos ypatumai	0,04	0,16**	0,15*	0,01	0,07
Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	-0,03	-0,02	-0,21**	0,03	-0,02
Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	0,07	0,16*	0,20**	0,01	0,13*

Pastaba. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Koreliacinės analizės rezultatai leidžia teigti, kad ekstravertiškumo ir neurotiškumo bruožai nėra reikšmingai susiję su GNL faktoriais ( $p > 0,05$ ). Sutarumo bruožas yra labai silpnai susijęs su mitybos ypatumų ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių įverčiais. Tačiau sąmoningumo bruožas reikšmingai susijęs su netyčiniu vaistų neįvertinimu, fiziniu aktyvumu, mitybos ypatumais, medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriais, taigi, kuo sergantysis sąmoningesnis, tuo geresni jo medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi rodikliai, jis rečiau netyčia neišgeria vaistų, labiau paiso fizinio aktyvumo ir mitybos reikalavimų. Kuo sergantysis atviresnis patirčiai, tuo geriau jis laikosi fizinio aktyvumo rekomendacijų ir nemedikamentinio gydymo nurodymų. Dalies nustatytų ir 25 lentelėje pateikiamų koreliacijos koeficientų reikšmės nors ir reikšmingos, tačiau labai mažos ( $< 0,2$ ).

### 3.2.5 Gydomo nurodymų laikymosi ryšys su sergančiojo mikroaplinkos veiksniais

Siekiant įvertinti, ar sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL susijęs su mikroaplinkos veiksniais, apskaičiuotos sergančiojo požiūrio į gydantį gydytoją, suvokiamos artimųjų paramos, subjektyvių normų ir visų GNL faktorių Pearson koreliacijos. 26 lentelėje pristatomi šios analizės rezultatai.

26 lentelė. Gydomo nurodymų laikymosi pirmo ir antro lygmens faktorių įverčių ryšys su mikroaplinkos veiksniais

	Požiūris į gydantį gydytoją	Suvokiama artimųjų parama	Subjektyvios normos
Netyčinis vaistų nevartojimas	0,01	-0,06	-0,10
Tyčinis vaistų nevartojimas	-0,08	-0,16**	-0,23**
Savo būklės stebėjimas	0,17**	0,29**	0,26**
Fizinis aktyvumas	0,03	0,07	-0,01
Mitybos ypatumai	0,17**	0,17**	0,16**
Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	-0,04	-0,14*	-0,20**
Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	0,17**	0,23**	0,18**

Pastaba. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Nustatyti koreliaciniai ryšiai leidžia teigti, kad suvokiama artimųjų parama ir subjektyvios normos, net ir minimaliai skirtingai stipriai, bet reikšmingais ryšiais siejasi su medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymusi, ir taip pat su tyčiniu vaistų nevartojimu, savo būklės stebėjimu ir mitybos ypatumais (26 lentelė). Šie rezultatai rodo, kad kuo labiau sergantis jaučia savo artimųjų (draugų ir / ar giminaičių) palaikymą bei suvokia griežtesnius jų lūkesčius dėl savo su gydymu susijusio elgesio, tuo geriau asmuo laikosi medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų, be to, rečiau tyčia neišgeria paskirtų vaistų, reguliariau stebi savo būklę, tinkamiau maitinasi.

Analizės rezultatai taip pat rodo, kad sergančiojo požiūris į gydantį gydytoją yra reikšmingai susijęs su nemedikamentinio gydymo nurodymų

laikymusi bei jį sudarančiais savo būklės stebėjimo ir mitybos ypatumų faktoriais, t. y. kuo geriau sergantysis vertina savo gydytoją, tuo geriau jis laikosi tam tikrų gydymo rekomendacijų. Nors gauti ryšiai yra tikėtini ir logiški, tiek požiūrio į gydantį gydytoją, tiek artimųjų paramos ir subjektyvių normų atvejais nemažai nustatytų reikšmingų koreliacijos koeficientų reikšmės yra labai mažos ( $< 0,2$ ).

Grupių palyginimo ir koreliacinė analizė leido įvertinti pavienius įvairių kintamųjų ir GNL faktorių ryšius. Ši analizė leidžia pamatyti, kurie veiksniai nėra reikšmingai susiję, todėl negali prognozuoti gydymo nurodymų laikymosi, tačiau neleidžia daryti prielaidų apie kintamųjų prognostinę reikšmę, ypač tuo atveju, kai nekontroliuojami kiti kintamieji, arba parodyti netiesioginius prognostinius ryšius. Tolimesnė analizė leis įvertinti, kurie tam tikrų kintamųjų grupių veiksniai galėtų prognozuoti GNL faktorius, kai kontroliuojami kiti veiksniai, o svarbiausia, įvertinti, kiek tam tikros kintamųjų grupės veiksniai leistų paaiškinti gydymo nurodymų laikymosi faktorių įverčių variaciją.

### **3.2.6 Sociodemografinių, asmenybinių, sveikatos būklės, gydymo ypatumų, kognityvinių ir sergančiojo mikroaplinkos veiksnių reikšmė medikamentinio gydymo nurodymų laikymuisi ir jo faktoriams**

Šiame tyrime naudojamos prognozuojančių kintamųjų grupės yra kokybiškai skirtingos, todėl svarbu išsiaiškinti, kokią reikšmę skirtingi kintamųjų blokai turi skirtingiems GNL aspektams.

Siekiant įvertinti, kokią dalį bendro medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi bei jį sudarančių faktorių įverčių variacijos prognozuoja skirtingos kintamųjų grupės, buvo atlikta hierarchinė tiesinė regresinė analizė. Priklausomais kintamaisiais regresijos lygtyje buvo bendro medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi arba jį sudarančių faktorių įverčiai. Nepriklausomų kintamųjų grupės į lygtį buvo įtrauktos keliais etapais, t. y. į regresinę lygtį iš pradžių buvo įtrauktas sociodemografinių kintamųjų blokas, tada sveikatos būklės veiksnių blokas, paskui gydymo veiksniai, asmenybiniai

veiksniai, kognityviniai veiksniai ir galiausiai modelis buvo papildytas sergančiojo mikroaplinkos veiksnių bloku. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad prognozuojant medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi ir jo faktorius į kognityvinių veiksnių bloką buvo įtrauktas tik medikamentinio gydymo N-Kb įvertis.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojamas bendro medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorius, pateikiami 27 lentelėje. Analizės rezultatai rodo, kad vien sociodemografiniai veiksniai paaiškina 3,8 proc. visų medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi įverčių variacijos, o papildžius modelį sveikatos būklės veiksniais prognozės tikslumas padidėja tik iki 5,6 procento. Nei vienas iš sociodemografinių arba, po modelio patikslinimo, nei vienas iš sveikatos būklės bloko veiksnių reikšmingai neprognozuoja medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi rodiklių. Tačiau 3 modelyje, kai į regresinę lygtį buvo įtrauktas gydymo veiksnių blokas, paaiškinamos variacijos procentas padidėja iki 9,5 proc. ir regresiniame modelyje išryškėja 1 reikšmingas prediktorius – šalutinio poveikio dažnumas ( $\beta = 0,18$ ,  $p < 0,05$ ): kuo dažniau sergantieji jaučia vaistų šalutinį poveikį, tuo dažniau jie neišgeria jiems skirtų vaistų.

Ketvirtas modelis, kuriame be sociodemografinių sveikatos būklės ir gydymo veiksnių buvo įvesta dar ir asmenybinių veiksnių grupė, paaiškina 13,6 proc. duomenų variacijos. Be šalutinio poveikio dažnumo, atsirado dar vienas reikšmingas prediktorius – sąmoningumas, tačiau šis modelis nuo ankstesnio statistiškai reikšmingai nesiskiria. Kognityvinių veiksnių grupės įtraukimas reikšmingai pagerina ankstesnio modelio prognostinį tikslumą ( $R^2$  pokytis = 0,12,  $F$  pokytis = 5,50,  $p < 0,001$ ) (30 lentelė). Iš kognityvinių veiksnių medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi reikšmingai prognozuoja suvokiama ligos trukmė ir medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas.

27 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi

<i>Medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi prognozuoją</i>	1	2	3	4	5	6	
	modelis	modelis	modelis	modelis	modelis	modelis	
	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	
<b>Sociodemografiniai veiksniai</b>							
Amžius	-0,16	-0,14	-0,11	-0,10	-0,06	-0,04	
Lytis	< 0,01	-0,01	-0,05	-0,02	-0,02	-0,05	
Darbinis statusas	0,01	0,02	0,01	< 0,01	-0,05	-0,04	
Išsilavinimas	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01	-0,02	
Šeiminė padėtis	-0,10	-0,11	-0,10	-0,10	-0,09	-0,08	
Gyvenvietė	0,01	< 0,01	0,01	0,03	0,04	0,03	
Finansinė padėtis	0,06	0,04	0,02	0,02	0,03	0,03	
<b>Sveikatos būklės veiksniai</b>							
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas		-0,11	-0,11	-0,10	-0,10	-0,10	
Lėtinių ligų skaičius		-0,10	-0,08	-0,08	-0,06	-0,05	
Faktinė ligos trukmė		-0,03	-0,02	-0,02	< 0,01	-0,01	
<b>Gydymo veiksniai</b>							
Vartojamų vaistų rūšių kiekis			-0,10	-0,10	-0,05	-0,05	
Vaistų vartojimo dažnis			-0,06	-0,03	-0,02	0,01	
Šalutinio poveikio dažnumas			<b>0,18*</b>	<b>0,18*</b>	<b>0,15*</b>	0,13	
<b>Asmenybiniai veiksniai</b>							
Ekstravertiškumas				-0,02	< 0,01	-0,02	
Sutarumas				0,05	0,09	0,11	
Sąmoningumas				<b>-0,22**</b>	<b>-0,23**</b>	<b>-0,23**</b>	
Neurotiškumas				-0,01	-0,04	-0,04	
Atvirumas				0,03	-0,01	-0,03	
<b>Kognityviniai veiksniai</b>							
Ligos keliami sunkumai					-0,01	-0,02	
Ligos rizika sveikatai					< 0,01	0,03	
Ligos kontrolė					0,05	0,03	
Ligos trukmė					<b>-0,18*</b>	<b>-0,18*</b>	
Medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas					<b>-0,31***</b>	<b>-0,32***</b>	
<b>Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai</b>							
Požiūris į gydantį gydytoją						0,09	
Suvokiama artimųjų parama						0,08	
Subjektyvios normos						<b>-0,22*</b>	
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,04	0,06	0,10	0,14	0,25	0,28
	<b>F</b>	1,08	1,10	1,48	1,57	2,58***	2,57***

*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir sveikatos būklės veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės ir gydymo veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, gydymo ir asmenybiniai veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, gydymo, asmenybiniai ir kognityviniai veiksniai; 6 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, gydymo, asmenybiniai, kognityviniai ir mikroaplinkos veiksniai.

Šeštas modelis, kuriame į regresinę lygtį įtraukti sociodemografiniai, sveikatos būklės, medikamentinio gydymo, asmenybiniai,

kognityviniai ir mikroaplinkos veiksniai, paaiškina 28,1 procento nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus įverčių variacijos, o kontroliuojant visus šiame tyrime matuojamus kintamuosius, modelyje nustatyti 4 reikšmingi prediktoriai – sąmoningumas, ligos trukmė, medikamentinio gydymo N-Kb ir subjektyvios normos, tačiau dar 5 modelyje reikšmingas šalutinio poveikio dažnumas paskutiniame modelyje tapo nebereikšmingu. Šešto modelio rezultatai leidžia teigti, kad kuo sergančiajam labiau būdingas išreikštas sąmoningumo bruožas, kuo savo ligą jis suvokia kaip ilgiau besitęsiančią, kuo gydymą vertina kaip teikiančią daugiau naudos nei keliančią kliūčių ir kuo stipresnius įsitikinimus turi apie artimųjų lūkesčius dėl tinkamo gydymo nurodymų laikymosi, tuo rečiau jis nepaiso medikamentinio gydymo rekomendacijų.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojamas netyčinis vaistų neįvertinimas, pateikiami 28 lentelėje. Pirmame modelyje į netyčinio gydymo nurodymų laikymosi prognozę buvo įtraukti tik sociodemografiniai kintamieji, kurie paaiškina 6,4 procento netyčinio vaistų neįvertinimo įverčių variacijos, bet nei vienas iš kintamųjų nepasižymėjo reikšmingu prognostiniu ryšiu. Įvedus į regresinę lygtį sveikatos būklės ir gydymo veiksnius modelio prognostinis tikslumas pagerėjo labai nežymiai – 1,2 ir 1,9 proc. atitinkamai, be to, modelyje taip ir neatsirado nei vieno reikšmingo prediktoriaus. Trečias modelis, kuris apima sociodemografinius, sveikatos būklės ir gydymo veiksnius, bendrai paaiškina tik 9,5 proc. netyčinio gydymo nurodymų laikymosi įverčių variacijos.

Tuo tarpu papildžius modelį asmenybiniais veiksniais modelio prognostinis tikslumas ne tik reikšmingai pagerėjo ( $R^2$  pokytis = 0,07, F pokytis = 2,88,  $p = 0,016$ ), bet ir tarp asmenybinių veiksnių buvo nustatytas vienas reikšmingas prediktorius – sąmoningumo bruožas. Kuo sąmoningesnis yra sergantis, tuo rečiau jis pamiršta ar dėl kitų iš anksto nesuplanuotų priežasčių neišgeria paskirtų vaistų.

28 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant netyčinių vaistų neįvertinimą

	1	2	3	4	5	6	
<i>Netyčinių vaistų neįvertinimą prognozuojama</i>	modelis	modelis	modelis	modelis	modelis	modelis	
	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	
<b>Sociodemografiniai veiksniai</b>							
Amžius	-0,14	-0,12	-0,10	-0,09	-0,06	-0,05	
Lytis	-0,12	-0,12	-0,15	-0,12	-0,11	-0,12	
Darbinis statusas	-0,08	-0,07	-0,09	-0,10	-0,14	-0,13	
Išsilavinimas	-0,04	-0,04	-0,03	-0,02	-0,03	-0,03	
Šeiminė padėtis	-0,02	-0,03	-0,03	-0,04	-0,03	-0,02	
Gyvenvietė	0,05	0,04	0,05	0,07	0,07	0,07	
Finansinė padėtis	0,02	0,01	< 0,01	< 0,01	0,01	0,01	
<b>Sveikatos būklės veiksniai</b>							
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas		-0,09	-0,07	-0,07	-0,07	-0,07	
Lėtinių ligų skaičius		-0,07	-0,07	-0,07	-0,06	-0,05	
Faktinė ligos trukmė		-0,05	-0,06	-0,06	-0,05	-0,06	
<b>Gydymo veiksniai</b>							
Vartojamų vaistų rūšių kiekis			-0,04	-0,07	-0,03	-0,03	
Vaistų vartojimo dažnis			0,01	0,05	0,06	0,07	
Šalutinio poveikio dažnumas			0,14	0,13	0,09	0,08	
<b>Asmenybiniai veiksniai</b>							
Ekstravertiškumas				0,01	0,02	< 0,01	
Sutarumas				0,10	0,13	0,14	
Sąmoningumas				-0,28***	-0,28***	-0,28***	
Neurotiškumas				-0,03	-0,06	-0,05	
Atvirumas				-0,04	-0,06	-0,08	
<b>Kognityviniai veiksniai</b>							
Ligos keliami sunkumai					-0,05	-0,06	
Ligos rizika sveikatai					0,08	0,10	
Ligos kontrolė					-0,01	-0,03	
Ligos trukmė					-0,14	-0,14	
Medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas					-0,25***	-0,27***	
<b>Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai</b>							
Požiūris į gydantį gydytoją						0,10	
Suvokiama artimųjų parama						0,08	
Subjektyvios normos						-0,16	
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,06	0,08	0,10	0,16	0,24	0,26
	<b>F</b>	1,86	1,54	1,48	1,92*	2,41**	2,28**

*Pastaba.* \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir sveikatos būklės veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės ir gydymo veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, gydymo ir asmenybiniai veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, gydymo, asmenybiniai ir kognityviniai veiksniai; 6 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, gydymo, asmenybiniai, kognityviniai ir mikroaplinkos veiksniai.

Penktame modelyje, be anksčiau aprašytų veiksnių, buvo įtraukti kognityviniai veiksniai. Šis modelis nuo ankstesnio skiriasi statistiškai reikšmingai ( $R^2$  pokytis = 0,08, F pokytis = 3,66,  $p = 0,004$ ) ir bendrai paaiškina 24,2 proc. netyčinio vaistų nevartojimo faktoriaus įverčių variacijos. Be to, kognityvinių kintamųjų grupėje išryškėjo ir vienas reikšmingas prognostinis veiksnys – medikamentinio gydymo N-Kb: kuo daugiau sergantieji mato medikamentinio gydymo kliūčių nei naudos, tuo dažniau jie netyčia neišgeria vaistų. Papildžius penktą modelį mikroaplinkos veiksniais nežymiai – tik 1,6 proc. – pagerėjo netyčinio vaistų nevartojimo prognozė bei neišryškėjo nei vienas reikšmingas prediktorius (28 lentelė).

Apibendrinant šios hierarchinės tiesinės regresijos rezultatus nustatyta, kad net kontroliuojant visus sociodemografinius, sveikatos būklės, medikamentinio gydymo ir kitus kintamuosius, sergančiojo sąmoningumas ir medikamentinio gydymo N-Kb leidžia reikšmingai prognozuoti netyčinį vaistų nevartojimą.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojamas tyčinis vaistų nevartojimas, pateikiami 29 lentelėje. Analizės rezultatai leidžia teigti, kad pirmas prognostinis modelis, kuriame prediktoriais įtraukti vien sociodemografiniai veiksniai, paaiškina tik 3,6 proc. tyčinio vaistų nevartojimo faktoriaus įverčių variacijos ir jame nėra nei vieno reikšmingo prediktoriaus. Papildžius modelį sveikatos būklės veiksniais, prie priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimo šie veiksniai prisidėjo labai mažai ir nereikšmingai ( $R^2$  pokytis = 0,01, F pokytis = 0,91,  $p = 0,381$ ) (30 lentelė).

Trečiame modelyje, kur be sociodemografinių ir sveikatos būklės veiksnių į regresinę lygtį buvo įtraukti medikamentinio gydymo kintamieji, nustatytas vienas reikšmingas prediktorius – šalutinio poveikio dažnumas, kuris rodo, kad kuo dažniau sergantysis jaučia šalutinį vaistų poveikį, tuo dažniau jis sąmoningai praleidžia ar sumažina vartojamų vaistų dozę. Įvedus gydymo veiksnius taip pat reikšmingai pagerėjo regresinio modelio prognostinis tikslumas ( $R^2$  pokytis = 0,05, F pokytis = 3,10,  $p = 0,028$ ). Trečias modelis buvo patikslintas ir papildytas asmenybiniais veiksniais, tačiau ši



kintamųjų grupė nežymiai pagerino modelio prognozinę vertę bei neišryškino nei vieno reikšmingo prediktoriaus.

29 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant tyčinį vaistų nevartojimą

	1	2	3	4	5	6	
<i>Tyčinį vaistų nevartojimą prognozuoja</i>	modelis	modelis	modelis	modelis	modelis	modelis	
	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	
<b>Sociodemografiniai veiksniai</b>							
Amžius	-0,13	-0,12	-0,10	-0,08	-0,03	-0,02	
Lytis	0,11	0,10	0,06	0,07	0,06	0,04	
Darbinis statusas	0,10	0,11	0,10	0,10	0,05	0,06	
Išsilavinimas	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	
Šeiminė padėtis	-0,13	-0,13	-0,12	-0,13	-0,11	-0,10	
Gyvenvietė	-0,02	-0,02	-0,01	< 0,01	0,01	-0,01	
Finansinė padėtis	0,07	0,05	0,02	0,02	0,02	0,02	
<b>Sveikatos būklės veiksniai</b>							
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas		-0,09	-0,10	-0,10	-0,09	-0,09	
Lėtinių ligų skaičius		-0,10	-0,06	-0,07	-0,05	-0,03	
Faktinė ligos trukmė		< 0,01	0,02	0,02	0,04	0,04	
<b>Gydymo veiksniai</b>							
Vartojamų vaistų rūšių kiekis			-0,10	-0,09	-0,04	-0,04	
Vaistų vartojimo dažnis			-0,10	-0,10	-0,10	-0,06	
Šalutinio poveikio dažnumas			<b>0,18*</b>	<b>0,18*</b>	<b>0,17*</b>	<b>0,15*</b>	
<b>Asmenybiniai veiksniai</b>							
Ekstravertiškumas				-0,06	-0,03	-0,05	
Sutarumas				0,01	0,05	0,07	
Sąmoningumas				-0,09	-0,11	-0,11	
Neurotiškumas				0,02	-0,01	< 0,01	
Atvirumas				0,10	0,05	0,02	
<b>Kognityviniai veiksniai</b>							
Ligos keliami sunkumai					0,01	< 0,01	
Ligos rizika sveikatai					-0,08	-0,05	
Ligos kontrolė					0,08	0,08	
Ligos trukmė					<b>-0,17*</b>	<b>-0,18*</b>	
Medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas					<b>-0,28**</b>	<b>-0,28*</b>	
					*	*	
<b>Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai</b>							
Požiūris į gydantį gydytoją						0,050	
Suvokiama artimųjų parama						0,068	
Subjektyvios normos						<b>-0,21*</b>	
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,04	0,05	0,10	0,11	0,22	0,24
	<b>F</b>	1,01	0,98	1,50	1,23	2,08**	2,07**

*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir sveikatos būklės veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės ir gydymo veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, gydymo ir asmenybiniai veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, gydymo, asmenybiniai ir kognityviniai veiksniai; 6 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, gydymo, asmenybiniai, kognityviniai ir mikroaplinkos veiksniai.

Penktame modelyje, kurio prediktorių sąrašas buvo papildytas kognityviniais veiksniais, be šalutinio poveikio dažnumo, nustatyti dar 2 reikšmingi prediktoriai. Šio modelio rezultatai leidžia teigti, kad kuo sergantysis savo ligą suvokia kaip ilgiau besitęsiančią, o medikamentinį gydymą vertina kaip teikiantį daugiau naudos nei keliantį kliūčių, tuo rečiau pasireiškia netyčinis vaistų neįvertinimas. Įvedus kognityvinius veiksnius reikšmingai pagerėjo modelio prognostinis tikslumas ( $R^2$  pokytis = 0,11, F pokytis = 4,71,  $p < 0,001$ ) (30 lentelė), o bendrai visi modelyje naudojami prognostiniai kintamieji paaiškina 21,6 proc. tyčinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus įverčių variacijos.

Galiausiai į regresinę lygtį buvo įtraukti sergančiojo mikroaplinkos veiksniai, kurie nežymiai pagerino priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimą iki 23,9 proc., tačiau šiame modelyje buvo nustatytas dar vienas reikšmingas prognostinis veiksnys – subjektyvios normos ( $\beta = -0,21$ ,  $p < 0,05$ ). Apibendrinant šešto modelio rezultatus galima teigti, kad dažnesnį netyčinių vaistų neįvertinimą prognozuoja dažnesnės šalutinio vaistų poveikio apraiškos, trumpesnė suvokiama ligos trukmė, mažesnė medikamentinio gydymo nauda atsižvelgiant į galimas kliūtis ir mažesni suvokiami artimųjų lūkesčiai dėl sergančiojo elgesio, kuris susijęs su GNL.

Netyčinio ir tyčinio vaistų neįvertinimo bei medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostiniuose modeliuose naudojamų kintamųjų grupių paaiškinamos variacijos rodikliai pristatomi 30 lentelėje.

30 lentelė. Determinacijos koeficiento pokyčiai prognozuojant medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi ir jį sudarančius faktorius

Prognozuojantys veiksniai		Priklausomi kintamieji		
		Netyčinis vaistų neįvartojimas	Tyčinis vaistų neįvartojimas	Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis
Sociodemografiniai veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	0,06	0,04	0,04
	F pokytis	1,86	1,01	1,08
	F pokyčio p reikšmė	0,079	0,423	0,381
Sveikatos būklės veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	0,01	0,01	0,02
	F pokytis	0,81	0,91	1,17
	F pokyčio p reikšmė	0,491	0,436	0,324
Gydymo veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	0,02	<b>0,05</b>	0,04
	F pokytis	1,26	3,10	2,65
	F pokyčio p reikšmė	0,290	0,028	0,050
Asmenybiniai veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	<b>0,07</b>	0,01	0,04
	F pokytis	2,88	0,57	1,70
	F pokyčio p reikšmė	0,016	0,726	0,136
Kognityviniai veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	<b>0,08</b>	<b>0,11</b>	<b>0,12</b>
	F pokytis	3,66	4,71	5,50
	F pokyčio p reikšmė	0,004	< 0,001	< 0,001
Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	0,02	0,02	0,03
	F pokytis	1,21	1,77	2,14
	F pokyčio p reikšmė	0,309	0,154	0,097

Apibendrinant medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ir jį sudarančių faktorių hierarchinės tiesinės regresinės analizės rezultatus galima teigti, kad kognityviniai veiksniai prognozuoja didžiausią dalį visų trijų priklausomų kintamųjų variacijos, t. y. R<sup>2</sup> pokytis yra nuo 8 iki 11,8 procento (30 lentelė). Tačiau išryškėja skirtumai tarp netyčinio ir tyčinio vaistų neįvartojimo faktorių – reikšmingą dalį netyčinio vaistų neįvartojimo variacijos paaiškina asmenybiniai veiksniai, o tyčinio vaistų neįvartojimo atveju kitas po kognityvinių veiksnių didžiausią variacijos procentą paaiškina gydymo veiksnių blokas. Pastebėtina ir tai, kad analizuojant bendrą medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi įverčių sklaidą, nei asmenybinių, nei gydymo veiksnių grupės reikšmingai neprideda prie variacijos paaiškinimo.

### **3.2.7 Sociodemografinių, asmenybinių, sveikatos būklės, kognityvinių ir mikroaplinkos veiksnių reikšmė nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriams**

Siekiant įvertinti, kokią dalį bendro nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi bei jį sudarančių faktorių įverčių variacijos prognozuoja skirtingos kintamųjų grupės, buvo atlikta hierarchinė tiesinė regresinė analizė. Priklausomais kintamaisiais regresijos lygtyje buvo bendro nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi arba jį sudarančių faktorių – savo būklės stebėjimo, fizinio aktyvumo ir mitybos įverčiai. Nepriklausomų kintamųjų grupės į lygtį buvo įtrauktos keliais etapais, pradedant nuo sociodemografinių kintamųjų bloko, kuris paskui buvo papildytas sveikatos būklės veiksnių bloku, tada penkiais asmenybės bruožais, kognityviniais veiksniais ir galiausiai į modelį buvo įtraukti sergančiojo mikroaplinkos veiksniai. Prognozuojant nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi ir jo faktorius kognityvinių veiksnių bloke kaip vienas iš prediktorių buvo naudojamas nemedikamentinio gydymo N-Kb įvertis.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojamas bendras nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorius, pateikiami 31 lentelėje.

Pirmajame modelyje, kuriame buvo įtraukti tik sociodemografiniai veiksniai, nustatytas vienas nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantis veiksnys – sergančiojo lytis ( $\beta = 0,20$ ,  $p < 0,01$ ). Šis rezultatas rodo, kad moterys daug geriau paiso nemedikamentinio gydymo nurodymų. Bendrai visi sociodemografiniai veiksniai gali paaiškinti tik 4,8 proc. priklausomo kintamojo variacijos. Modelį papildžius sveikatos būklės kintamaisiais nustatytas dar vienas reikšmingas prediktorius, kuris rodo, kad kuo daugiau lėtinių ligų diagnozuota sergančiajam ( $\beta = 0,23$ ,  $p < 0,01$ ), tuo jis geriau laikosi nemedikamentinio gydymo nurodymų. Antras modelis yra statistiškai reikšmingai geresnis nei pirmas, kadangi sveikatos būklės kintamieji reikšmingai pagerino modelio prognostinį tikslumą ( $R^2$  pokytis = 0,07, F pokytis = 5,18,  $p = 0,002$ ) (35 lentelė).

Trečias modelis, kuriame, be sociodemografinių ir sveikatos būklės veiksnių, regresinė lygtis buvo papildyta asmenybiniais veiksniais, taip pat išryškėjo vienas papildomas reikšmingas prediktorius – sąmoningumo bruožas. Šie rezultatai leidžia teigti, kad kuo sergantysis sąmoningesnis, tuo mažiau jis nesilaiko nemedikamentinio gydymo nurodymų. Nors įvedus asmenybinius veiksnius išskirtas dar vienas reikšmingas prediktorius, prognozės tikslumas statistiškai reikšmingai nepadidėjo (35 lentelė).

Kognityviniai kintamieji, įtraukti į regresinę analizę, labiausiai iš visų kitų veiksnių grupių prisidėjo prie nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi modelio prognostinio tikslumo ( $R^2$  pokytis = 0,11, F pokytis = 5,38,  $p < 0,001$ ), o bendras modelio variacijos paaiškinimas padidėjo iki 26,4 proc. Tarp kognityvinių veiksnių nustatyti net 2 prediktoriai, kurie leidžia reikšmingai prognozuoti priklausomą kintamąjį. Ketvirtuo modelio rezultatai leidžia teigti, kad kai sergantysis suvokia didesnę ligos riziką savo sveikatai, o nemedikamentinį gydymą traktuoja kaip teikiantį daugiau naudos nei keliantį kliūčių, tuo jis geriau laikosi nemedikamentinio gydymo nurodymų.

Galiausiai prognostinis modelis buvo papildytas sergančiojo mikroaplinkos veiksniais, kurie nors ir nedaug, bet reikšmingai pagerino nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi įverčių variacijos paaiškinimą ( $R^2$  pokytis = 0,03, F pokytis = 2,91,  $p = 0,036$ ), o bendras modelio tikslumas padidėjo beveik iki 30 proc. (31 ir 35 lentelės). Tarp mikroaplinkos veiksnių būtent artimųjų paramos kintamasis buvo reikšmingas nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prediktorius. Pastebėtina, kad įvedus mikroaplinkos veiksnius, prognostinis ryšys tarp amžiaus ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi taip pat tapo reikšmingas, t. y. kuo sergantieji vyresni, tuo mažiau jų elgesys atitinka nemedikamentinio gydymo rekomendacijas.

31 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi

<i>Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi prognozuoja</i>	1	2	3	4	5	
	modelis	modelis	modelis	modelis	modelis	
	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	
<b>Sociodemografiniai veiksniai</b>						
Amžius	-0,07	-0,16	-0,15	-0,15	<b>-0,19*</b>	
Lytis	<b>0,20**</b>	<b>0,19**</b>	<b>0,16*</b>	<b>0,15*</b>	<b>0,20**</b>	
Darbinis statusas	0,13	0,07	0,08	0,08	0,09	
Išsilavinimas	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	
Šeiminė padėtis	-0,09	-0,05	-0,04	-0,05	-0,04	
Gyvenvietė	-0,07	-0,09	-0,10	-0,13	-0,12	
Finansinė padėtis	-0,01	< 0,01	< 0,01	0,03	0,02	
<b>Sveikatos būklės veiksniai</b>						
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas		0,06	0,03	0,01	0,01	
Lėtinių ligų skaičius		<b>0,23**</b>	<b>0,21**</b>	<b>0,18*</b>	<b>0,18*</b>	
Faktinė ligos trukmė		0,15	0,15	0,12	0,12	
<b>Asmenybiniai veiksniai</b>						
Ekstravertiškumas			-0,01	0,01	< 0,01	
Sutarumas			0,03	-0,01	-0,06	
Sąmoningumas			<b>0,15*</b>	0,13	<b>0,14*</b>	
Neurotiškumas			0,01	< 0,01	0,02	
Atvirumas			0,07	0,04	0,06	
<b>Kognityviniai veiksniai</b>						
Ligos keliama sunkumai				0,03	0,02	
Ligos rizika sveikatai				<b>0,20*</b>	<b>0,19*</b>	
Ligos kontrolė				-0,03	-0,04	
Ligos trukmė				-0,09	-0,09	
Nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas				<b>0,29***</b>	<b>0,24**</b>	
<b>Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai</b>						
Požiūris į gydantį gydytoją					0,08	
Suvokiama artimųjų parama					<b>0,19*</b>	
Subjektyvios normos					-0,03	
	R <sup>2</sup>	0,05	0,12	0,16	0,26	0,30
	F	1,39	2,59**	2,27**	3,25***	3,30***

*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir sveikatos būklės veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės ir asmenybiniai veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, asmenybiniai ir kognityviniai veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, asmenybiniai, kognityviniai ir mikroaplinkos veiksniai.

Apibendrinant nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi hierarchinio regresijos modelio rezultatus galima teigti, kad nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi prognozuoja sergančiojo amžius, lytis, diagnozuotų lėtinių ligų skaičius, sąmoningumo bruožas, suvokiama ligos

rizika sveikatai, nemedikamentinio gydymo N-Kb ir suvokiama artimųjų parama.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojamas savo būklės stebėjimas, pateikiami 32 lentelėje. Šios analizės rezultatai rodo, kad sociodemografiniai veiksniai prognozuoja tik 2,3 procento priklausomo kintamojo variacijos, be to, šioje kintamųjų grupėje nenustatyta nei vieno reikšmingo prediktoriaus.

Antrame modelyje, į kurį, be sociodemografinių veiksnių, buvo įtraukti sveikatos būklės kintamieji, išryškėjo vienas reikšmingas prediktorius – lėtinių ligų skaičius ( $\beta = 0,18$ ,  $p < 0,05$ ). Šis rezultatas rodo, kad kuo daugiau lėtinių ligų sergančiajam diagnozuota, tuo kruopščiau jis stebi savo būseną. Įvedus į regresinę lygtį sveikatos būklės kintamuosius, nors ir nedaug, bet reikšmingai pagerėjo modelio prognostinis tikslumas ( $R^2$  pokytis = 0,04, F pokytis = 2,38,  $p = 0,045$ ) (35 lentelė). Papildžius modelį asmenybiniais veiksniais labai nežymiai padidėjo paaiškinamos variacijos procentas ( $R^2$  pokytis = 0,02, F pokytis = 0,95,  $p = 0,450$ ), o bendras paaiškintos savo būklės stebėjimo įverčių variacijos procentas siekė vos 8,6 proc.

Ketvirtajame modelyje, kuris be sociodemografinių sveikatos būklės ir asmenybinių kintamųjų, apėmė dar ir kognityvinius veiksnius, nustatytas vienas reikšmingas prediktorius. Modelio rezultatai rodo, kad nemedikamentinio gydymo N-Kb reikšmingai prognozuoja savo būklės stebėjimą. Lyginant trečią ir ketvirtą modelį nustatyta, kad įvedus kognityvinius veiksnius reikšmingai pagerėjo modelio prognostinė vertė ( $R^2$  pokytis = 0,07, F pokytis = 2,81,  $p = 0,018$ ) (35 lentelė) – bendras paaiškinamos variacijos procentas sudarė 15,2 proc., bet sumažėjo lėtinių ligų skaičiaus kintamojo reikšmė savo būklės stebėjimui.

Paskutiniame modelyje įtraukus mikroaplinkos veiksnius taip pat nustatytas tik vienas prediktorius – suvokiama artimųjų parama, kuris rodo, kad kuo labiau sergantysis jaučiasi palaikomas savo artimųjų, tuo geriau jis stebi savo būseną. Įtraukus sergančiojo mikroaplinkos veiksnius sumažėjo

nemedikamentinio gydymo N-Kb reikšmė savo būklės stebėjimui, bet reikšmingai pagerėjo modelio prognostinė vertė ( $R^2$  pokytis = 0,05, F pokytis = 3,59,  $p = 0,015$ ) (35 lentelė). Penktas modelis paaiškina 20 proc. savo būklės stebėjimo faktoriaus įverčių variacijos.

32 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant savo būklės stebėjimą

<i>Savo būklės stebėjimą prognozuoja</i>	1	2	3	4	5	
	modelis Beta ( $\beta$ )	modelis Beta ( $\beta$ )	modelis Beta ( $\beta$ )	modelis Beta ( $\beta$ )	modelis Beta ( $\beta$ )	
<b>Sociodemografiniai veiksniai</b>						
Amžius	0,04	-0,02	-0,01	-0,02	-0,07	
Lytis	0,02	0,02	-0,01	-0,02	0,04	
Darbinis statusas	0,10	0,06	0,06	0,05	0,07	
Išsilavinimas	-0,05	-0,04	-0,02	-0,02	-0,02	
Šeiminei padėtis	-0,04	-0,01	< 0,01	-0,02	-0,01	
Gyvenvietė	0,02	< 0,01	-0,01	-0,03	-0,02	
Finansinė padėtis	-0,04	-0,03	-0,03	-0,01	-0,01	
<b>Sveikatos būklės veiksniai</b>						
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas		0,03	0,03	0,02	0,02	
Lėtinių ligų skaičius		<b>0,18*</b>	<b>0,17*</b>	0,13	0,13	
Faktinė ligos trukmė		0,09	0,09	0,06	0,06	
<b>Asmenybiniai veiksniai</b>						
Ekstravertiškumas			0,09	0,10	0,09	
Sutarumas			0,08	0,04	-0,03	
Sąmoningumas			0,08	0,07	0,08	
Neurotiškumas			0,05	0,03	0,050	
Atvirumas			-0,105	-0,12	-0,08	
<b>Kognityviniai veiksniai</b>						
Ligos keliami sunkumai				0,04	0,02	
Ligos rizika sveikatai				0,18	0,16	
Ligos kontrolė				-0,01	-0,02	
Ligos trukmė				-0,03	-0,02	
Nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas				<b>0,20*</b>	0,13	
<b>Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai</b>						
Požiūris į gydantį gydytoją					0,08	
Suvokiama artimųjų parama					<b>0,20*</b>	
Subjektyvios normos					0,02	
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,02	0,06	0,09	0,15	0,20
	<b>F</b>	0,65	1,29	1,18	1,63	1,94**

*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir sveikatos būklės veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės ir asmenybiniai veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, asmenybiniai ir kognityviniai veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, asmenybiniai, kognityviniai ir mikroaplinkos veiksniai.



Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojamas sergančiųjų fizinis aktyvumas, pateikiami 33 lentelėje. Pirmame modelyje (tik sociodemografiniai kintamieji) nenustatyta nei vieno reikšmingo prediktoriaus, o pats modelis paaiškina tik 3,3 proc. sergančiųjų fizinio aktyvumo faktoriaus variacijos. Papildžius pirmą modelį sveikatos būklės kintamaisiais, sergančiojo amžius išryškėjo kaip reikšmingas prediktorius, kuris rodo, kad kuo vyresni sergantieji, tuo žemesnis yra jų fizinio aktyvumo lygis; tačiau tarp sveikatos būklės kintamųjų reikšmingų veiksnių nenustatyta, o bendras modelio variacijos paaiškinimo procentas padidėjo iki 5,9 procento.

Trečiame modelyje į analizę buvo įtraukti asmenybiniai veiksniai, kurie reikšmingai pagerino fizinio aktyvumo modelio prognostinę vertę ( $R^2$  pokytis = 0,09,  $F$  pokytis = 3,81,  $p = 0,003$ ) (35 lentelė), t. y. paaiškintos variacijos procentas padidėjo 8,7 procento. Taip pat trečiame modelyje išryškėjo 2 reikšmingi prediktoriai. Nustatytų reikšmingų prognostinių veiksnių rodikliai leidžia teigti, kad kuo sergantieji sąmoningesni ir atviresni patyrimui, tuo geresni jų fizinio aktyvumo rodikliai (33 lentelė).

Sergančiųjų fizinio aktyvumo prognostinį modelį papildžius kognityviniais arba mikroaplinkos veiksniais modelio prognostinis tikslumas reikšmingai nepagerėjo – papildomai paaiškino tik atitinkamai 3,5 ir 0,7 proc. variacijos. Bendras penkto modelio variacijos paaiškinimo procentas yra 18,8 proc. ir jame išliko 3 reikšmingi fizinio aktyvumo prognostiniai veiksniai: amžius, sąmoningumas ir atvirumas.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojami mitybos ypatumų įverčiai, pateikiami 34 lentelėje. Pirmame modelyje, kuris analizuoja sociodemografinių veiksnių reikšmę mitybos ypatumams ir paaiškina 7,1 procento priklausomo kintamojo variacijos, nustatytas vienas reikšmingas prognostinis veiksnys. Šio modelio rezultatai rodo, sergančios moterys reikšmingai geriau laikosi mitybos rekomendacijų.

33 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant fizinį aktyvumą

	1	2	3	4	5	
	modelis	modelis	modelis	modelis	modelis	
<i>Fizinį aktyvumą prognozuoja</i>	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	Beta ( $\beta$ )	
<b>Sociodemografiniai veiksniai</b>						
Amžius	-0,13	<b>-0,18*</b>	<b>-0,18*</b>	<b>-0,19*</b>	<b>-0,20*</b>	
Lytis	0,15	0,15	0,13	0,13	0,13	
Darbinis statusas	0,08	0,06	0,07	0,07	0,08	
Išsilavinimas	0,03	0,03	-0,02	-0,01	-0,01	
Šeiminė padėtis	-0,06	-0,04	-0,04	-0,03	-0,04	
Gyvenvietė	-0,08	-0,08	-0,09	-0,12	-0,12	
Finansinė padėtis	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	
<b>Sveikatos būklės veiksniai</b>						
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas		0,09	0,06	0,04	0,04	
Lėtinių ligų skaičius		0,10	0,09	0,09	0,09	
Faktinė ligos trukmė		0,11	0,11	0,11	0,11	
<b>Asmenybiniai veiksniai</b>						
Ekstravertiškumas			-0,15	-0,14	-0,14	
Sutarumas			-0,09	-0,11	-0,13	
Sąmoningumas			<b>0,19*</b>	<b>0,18*</b>	<b>0,18*</b>	
Neurotiškumas			-0,05	-0,06	-0,05	
Atvirumas			<b>0,27**</b>	<b>0,24**</b>	<b>0,24**</b>	
<b>Kognityviniai veiksniai</b>						
Ligos keliami sunkumai				0,03	0,02	
Ligos rizika sveikatai				0,10	0,10	
Ligos kontrolė				0,02	0,03	
Ligos trukmė				-0,13	-0,13	
Nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas				0,13	0,12	
<b>Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai</b>						
Požiūris į gydantį gydytoją					-0,02	
Suvokiama artimųjų parama					0,12	
Subjektyvios normos					-0,08	
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,03	0,06	0,15	0,18	0,19
	<b>F</b>	0,94	1,21	2,14*	2,02**	1,81*

*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir sveikatos būklės veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės ir asmenybiniai veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, asmenybiniai ir kognityviniai veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, asmenybiniai, kognityviniai ir mikroaplinkos veiksniai.

Antrame modelyje, be sociodemografinių veiksnių, buvo įtraukti sveikatos būklės rodikliai, kurie reikšmingai pagerino modelio prognostinį tikslumą ( $R^2$  pokytis = 0,06, F pokytis = 4,21,  $p = 0,007$ ) (35 lentelė). Šiame modelyje tarp sveikatos būklės veiksnių nustatytas vienas reikšmingas

prediktorius – lėtinių ligų skaičius, kuris rodo, kad kuo daugiau asmeniui diagnozuota ligų, tuo geriau jis laikosi mitybos rekomendacijų.

Mitybos ypatumų prognostinį modelį papildžius asmenybinių veiksnių bloku neatsiskleidė nei vienas reikšmingas prediktorius tarp asmenybės bruožų bei nebuvo reikšmingai paaiškinta mitybos ypatumų faktoriaus įverčių variacija (35 lentelė), tačiau įvedus į regresinę lygtį asmenybinius kintamuosius nelabai stipriai, bet reikšmingu mitybos ypatumų prediktoriumi tapo sveikatos būklės veiksnys faktinė ligos trukmė. Šis reikšmingas prognostinis ryšys rodo, kad kuo ilgiau tiriamasis serga, tuo labiau jo mitybos ypatumai atitinka gydymo rekomendacijas.

Ketvirto modelio rezultatai, kai prognozuojant mitybos ypatumus, be sociodemografinių, sveikatos būklės ir asmenybinių veiksnių, į modelį buvo įtraukti ir kognityviniai veiksniai, atskleidė, kad kognityviniai kintamieji reikšmingai pagerina modelio prognostinį tikslumą ( $R^2$  pokytis = 0,09, F pokytis = 4,18,  $p = 0,001$ ) (35 lentelė), o nemedikamentinio gydymo N-Kb ( $\beta = 0,31$ ,  $p < 0,001$ ) reikšmingai prognozuoja priklausomą kintamąjį. Šis rezultatas rodo, kad kuo daugiau nemedikamentinio gydymo naudos, įvertindamas galimas kliūtis, sergantysis išvelgia, tuo labiau jis paiso mitybos rekomendacijų. Be to, įtraukus kognityvinius veiksnius į regresinę lygtį sumažėjo faktinės ligos trukmės reikšmė mitybos ypatumams.

Galiausiai, papildžius ketvirtą modelį mikroaplinkos veiksniais (5 modelis) nebuvo nustatyta nei vieno papildomo reikšmingo mitybos ypatumų prediktoriaus, o prie priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimo prisidėjo tik 2,0 proc. Pastebėtina yra ir tai, kad papildžius modelį mikroaplinkos veiksniais sumažėjo ligų skaičiaus reikšmė sergančiojo mitybos ypatumų faktoriui.

Apibendrinant mitybos ypatumų prognostinio hierarchinės tiesinės regresijos modelio rezultatus nustatyta, kad iš visų kintamųjų mitybos ypatumus reikšmingai prognozuoja tik lytis ir nemedikamentinio gydymo N-Kb, o paskutinis, visų grupių kintamuosius apimantis modelis paaiškina 25,8 procento prognozuojamo kintamojo variacijos (34 lentelė).

34 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant mitybos ypatumus

<i>Mitybos ypatumus prognozuoja</i>	1	2	3	4	5	
	modelis Beta ( $\beta$ )	modelis Beta ( $\beta$ )	modelis Beta ( $\beta$ )	modelis Beta ( $\beta$ )	modelis Beta ( $\beta$ )	
<b>Sociodemografiniai veiksniai</b>						
Amžius	-0,02	-0,11	-0,10	-0,08	-0,11	
Lytis	<b>0,26**</b>	<b>0,24**</b>	<b>0,21**</b>	<b>0,19**</b>	<b>0,23**</b>	
Darbinis statusas	0,04	-0,02	-0,03	-0,03	-0,02	
Išsilavinimas	0,04	0,05	0,06	0,05	0,05	
Šeiminė padėtis	-0,05	-0,01	-0,01	-0,02	-0,01	
Gyvenvietė	-0,06	-0,09	-0,09	-0,10	-0,09	
Finansinė padėtis	0,04	0,04	0,04	0,06	0,06	
<b>Sveikatos būklės veiksniai</b>						
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas		< 0,01	-0,04	-0,05	-0,05	
Lėtinių ligų skaičius		<b>0,18*</b>	<b>0,17*</b>	<b>0,15*</b>	0,14	
Faktinė ligos trukmė		0,15	<b>0,16*</b>	0,13	0,13	
<b>Asmenybiniai veiksniai</b>						
Ekstravertiškumas			-0,01	0,03	0,01	
Sutarumas			0,11	0,08	0,04	
Sąmoningumas			0,08	0,06	0,07	
Neurotiškumas			-0,02	-0,01	-0,01	
Atvirumas			-0,01	-0,06	-0,03	
<b>Kognityviniai veiksniai</b>						
Ligos keliami sunkumai				0,07	0,07	
Ligos rizika sveikatai				0,07	0,06	
Ligos kontrolė				-0,06	-0,07	
Ligos trukmė				-0,03	-0,03	
Nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas				<b>0,31***</b>	<b>0,26**</b>	
<b>Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai</b>						
Požiūris į gydantį gydytoją					0,10	
Suvokiama artimųjų parama					0,06	
Subjektyvios normos					0,06	
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,07	0,13	0,15	0,24	0,26
	<b>F</b>	2,12*	2,82**	2,20**	2,84***	2,71***

*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir sveikatos būklės veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės ir asmenybiniai veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, asmenybiniai ir kognityviniai veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, sveikatos būklės, asmenybiniai, kognityviniai ir mikroaplinkos veiksniai.

Savo būklės stebėjimo, fizinio aktyvumo, mitybos ypatumų ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostiniuose modeliuose naudojamų kintamųjų grupių paaiškinamos variacijos rodikliai pristatomi 35 lentelėje.

35 lentelė. Determinacijos koeficiento pokyčiai prognozuojant nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi ir jį sudarančius faktorius

		Priklausomi kintamieji			
Prognozuojantys veiksniai		Savo būklės stebėjimas	Fizinis aktyvumas	Mitybos ypatumai	Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis
Sociodemografiniai veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	0,02	0,03	<b>0,07</b>	0,05
	F pokytis	0,65	0,94	2,12	1,39
	F pokyčio p reikšmė	0,713	0,474	0,043	0,210
Sveikatos būklės veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	<b>0,04</b>	0,03	<b>0,06</b>	<b>0,07</b>
	F pokytis	2,74	1,81	4,21	5,18
	F pokyčio p reikšmė	0,045	0,146	0,007	0,002
Asmenybiniai veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	0,02	<b>0,09</b>	0,02	0,04
	F pokytis	0,95	3,81	0,96	1,56
	F pokyčio p reikšmė	0,450	0,003	0,444	0,175
Kognityviniai veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	<b>0,07</b>	0,04	<b>0,09</b>	<b>0,11</b>
	F pokytis	2,81	1,56	4,18	5,38
	F pokyčio p reikšmė	0,018	0,174	0,001	< 0,001
Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai	R <sup>2</sup> pokytis	<b>0,05</b>	0,01	0,02	<b>0,03</b>
	F pokytis	3,59	0,51	1,65	2,91
	F pokyčio p reikšmė	0,015	0,674	0,180	0,036

Apibendrinant nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ir jį sudarančių faktorių hierarchinės tiesinės regresinės analizės rezultatus galima teigti, kad išskyrus fizinio aktyvumo faktorių, didžiausią reikšmingą variacijos procentą paaiškina kognityviniai ir sveikatos būklės veiksniai. Ne mažiau svarbu yra ir tai, kad į prognostinius modelius įtraukus kognityvinius veiksnius sumažėdavo sveikatos būklės veiksmų prognostinė reikšmė. Be pastebimų panašumų, išryškėja ir tam tikri skirtumai. Mitybos ypatumams ir bendram nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriui svarbios prognostinės reikšmės turi sociodemografiniai veiksniai, o savo būklės stebėjimui – sergančiojo mikroaplinkos. Pastebėtina, kad sergančiojo fiziniam aktyvumui didžiausios reikšmės turi asmenybiniai veiksniai: skirtingai negu

kitų kintamųjų, įvedus asmenybinių veiksnių grupę į regresinę lygtį reikšmingai pagerėdavo prognozės tikslumas. Fizinio aktyvumo faktorius buvo vienintelis, kurio variaciją reikšmingai paaiškintų asmenybiniai veiksniai.

Tiek medikamentinio, tiek nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ir juos sudarančių faktorių prognostinių modelių tikslumą rodantis determinacijos koeficientas ( $R^2$ ), nors beveik visais atvejais gali būti laikomas pakankamu, tačiau, nepaisant prognostinių veiksnių gausos, nėra aukštas, t. y. priklausomų kintamųjų duomenų sklaidos paaiškinimo procentas varijuoja tarp 19 ir 30 procentų (27–35 lentelės). Viena vertus, šis rezultatas gali rodyti, kad egzistuoja kiti šiuose modeliuose neanalizuojami veiksniai, kurie yra svarbesni tokiam su sveikata susijusiam elgesiui kaip GNL. Kita vertus, šis rezultatas taip pat leidžia daryti prielaidą apie tai, kad kai kurie šiuose modeliuose naudojami kintamieji yra labiau nutolę nuo gydymo nurodymų laikymosi raiškos, todėl sąsaja su jais yra sunkiai indentifikuojama ir / arba jų ryšys su gydymo nurodymų laikymusi nėra tiesioginis, bet ne mažiau svarbus norint plačiau analizuoti GNL problematiką.

### **3.2.8 Gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančių veiksnių tarpusavio ryšys**

Teoriniame šio tyrimo modelyje keliamą prielaidą, kad tam tikri kintamieji ne tik gali būti susiję tiesioginiu prognostiniu ryšiu su GNL, bet taip pat ir leistų paaiškinti kitus prognostinius veiksnius. Sergančiojo sveikatos būklės veiksniai kartu su gydymo ypatumais gali būti reikšmingai susiję su tokiais veiksniais kaip sergančiojo ligos suvokimo aspektai bei įsitikinimai apie medikamentinį ir nemedikamentinį gydymą. Ligos suvokimo aspektai ir įsitikinimai apie gydymą taip pat gali būti reikšmingai susiję su mikroaplinkos veiksniais. Siekiant įvertinti ryšius tarp anksčiau minėtų veiksnių buvo apskaičiuoti Pearson koreliacijos koeficientai, jie pristatomi 36 lentelėje.

36 lentelė. Ligos suvokimo, įsitikinimų apie gydymą, sergančiojo mikroaplinkos, sveikatos būklės veiksnių ir gydymo ypatumų koreliacijos koeficientai

	1. Ligos keliami sunkumai	2. Ligos rizika sveikatai	3. Ligos kontrolė	4. Suvokiama ligos trukmė	5. Nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas	6. Medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas	7. Požiūris į gydantį gydytoją	8. Suvokiama artimųjų parama	9. Subjektyvios normos	10. Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas	11. Lėtinių ligų skaičius	12. Faktinė ligos trukmė	13. Vartojamų vaistų rūšių kiekis	14. Vaistų vartojimo dažnis	15. Šalutinio poveikio dažnumas
1.	1	0,57**	0,08	0,22**	-0,16**	-0,15**	-0,08	0,13*	0,17**	-0,40**	0,35**	0,32**	0,34**	0,32**	0,25**
2.		1	0,20**	0,28**	-0,01	0,00	0,00	0,16**	0,26**	-0,24**	0,36**	0,32**	0,31**	0,28**	0,28**
3.			1	0,08	0,28**	0,25**	0,24**	0,07	0,08	0,08	0,04	0,04	-0,05	0,01	-0,06
4.				1	0,05	0,10	-0,03	0,05	0,09	-0,15*	0,23**	0,26**	0,29**	0,26**	0,15*
5.					1	0,40**	0,31**	0,18**	0,15*	0,21**	-0,05	-0,04	-0,10	-0,10	-0,03
6.						1	0,38**	0,24**	0,16**	0,11	-0,01	-0,04	0,02	-0,03	-0,16**
7.							1	0,26**	0,23**	0,12*	-0,04	-0,05	-0,07	-0,04	-0,05
8.								1	0,71**	0,05	0,09	0,04	0,11	0,11	-0,05
9.									1	-0,01	0,17**	0,08	0,18**	0,19**	-0,01
10.										1	-0,23**	-0,21**	-0,25**	-0,28**	-0,20**
11.											1	0,33**	0,43**	0,37**	0,17**
12.												1	0,34**	0,39**	0,20**
13.													1	0,57**	0,12
14.														1	0,22**
15.															1

Pastaba. \* p < 0,05; \*\* p < 0,01.

Koreliacinės analizės rezultatai rodo, kad tarp sveikatos būklės, medikamentinio gydymo, sergančiojo mikroaplinkos ir kognityvinių kintamųjų yra nemažai reikšmingų koreliacinių ryšių. Toliau bus aprašytos tik reikšmingos ir labiausiai šiam tyrimui naudingos koreliacijos.

Analizės rezultatai leidžia teigti, kad kuo geriau sergantysis vertina savo sveikatos būklę, tuo mažiau sunkumų ir rizikos sveikatai kelianti bei trumpiau trunkanti jam atrodo jo liga, o kuo daugiau lėtinių ligų asmeniui diagnozuota ir kuo ilgiau jis serga, tuo stipriau suvokia savo ligą kaip rizikingą sveikatai bei sunkumus keliančią ir ilgiau trunkančią. Išskyrus suvokiamą galimybę kontroliuoti ligą, sergančiojo požiūris į gydantį gydytoją nėra reikšmingai susijęs su ligos suvokimo aspektais ( $p > 0,05$ ), bet reikšmingos vidurinio stiprumo koreliacijos nustatytos su medikamentinio ( $r = 0,38$ ,  $p < 0,01$ ) ir nemedikamentinio ( $r = 0,33$ ,  $p < 0,01$ ) gydymo N-Kb įverčiais – kuo geriau sergantysis vertina savo gydytoją, tuo labiau suvokiama gydymo nauda atsveria gydymui kylančias kliūtis. Panašus ryšys nustatytas ir su artimųjų paramos įverčiais, t. y. kuo daugiau sergantysis jaučia gaunantis artimųjų paramos, tuo naudingesnis jam atrodo medikamentinis ir nemedikamentinis gydymas, net atsižvelgus į kliūtis. Galiausiai matome, kad didesnis vartojamų vaistų rūšių kiekis ir vaistų vartojimo dažnis asocijuojasi su ilgesne ligos trukme, didesne ligos rizika sveikatai ir ligos keliamais sunkumais, koreliacijos koeficientai varijuoja nuo 0,26 iki 0,34.

Pastebėtina ir tai, kad suvokiama ligos kontrolė reikšmingai susijusi tik su medikamentinio ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,01$ ) ir nemedikamentinio ( $r = 0,28$ ,  $p < 0,01$ ) gydymo N-Kb bei požiūrio į gydantį gydytoją ( $r = 0,24$ ,  $p < 0,01$ ) įverčiais, t. y. kuo geriau asmuo vertina savo gydytojo kompetenciją ir bendravimą su juo, tuo labiau kontroliuojama jam atrodo jo liga, tuo tarpu kuo sergantysis savo ligą suvokia kaip labiau kontroliuojamą, tuo labiau medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nauda atsveria gydymo kliūtis.

Pirminė rezultatų analizė parodė, kad ne visi tyrime naudoti kintamieji reikšmingai prognozuoja GNL aspektus, o kai kurie ne tik



nepasižymi reikšmingu prognostiniu ryšiu, bet ir nėra reikšmingai susiję su kitais gydymo nurodymų laikymosi faktorių prediktoriais. Šie rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad šie kintamieji neturi ne tik tiesioginės reikšmės, bet ir nėra netiesiogiai susiję su GNL aspektais, arba jų reikšmė yra labai maža ir pratiškai neidentifikuojama naudojant savistata grįstus tyrimo metodus. Iš tolimesnės analizės buvo pašalinti tokie sociodemografiniai kintamieji kaip sergančiųjų išsilavinimas, gyvenamoji vieta, šeiminė ir finansinė padėtis bei asmenybiniai veiksniai – ekstravertiškumas, sutarumas, neurotiškumas, kadangi šie kintamieji neturi reikšmingo ryšio su bent vienu iš GNL aspektų arba nėra reikšmingai susiję su kitais gydymo nurodymų laikymuisi svarbiais veiksniais.

### **3.3 Antrinė gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančių veiksnių analizė**

Remiantis pirminės analizės rezultatais, teorinis modelis buvo patikslintas, kitaip tariant, į modelio testavimą nebuvo įtraukti nereikšmingi prediktoriai, o trūkstamos reikšmės užpildytos naudojant daugiareikšmio įrašymo metodą.

Antrinės analizės metu buvo testuojami trys modeliai. Pirmame modelyje buvo įtraukti antro lygmens medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriai. Antrame modelyje buvo analizuojami medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių sudarantys kintamieji – tyčinis ir netyčinis vaistų neįėjimas, o trečiame – nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi kintamieji – savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas ir mitybos ypatumai. Struktūrinių lygčių modelių testavimas atliktas naudojant Mplus 6.12 programinį paketą.

#### **3.3.1 Medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinis modelis**

Pirminio medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinio modelio testavimas parodė, kad modelis gerai tiko tyrimo duomenims ir visi tinkamumo rodikliai atitiko aukščiausius keliamus tinkamumo reikalavimus, t. y.  $RMSEA < 0,05$ ,  $CFI > 0,95$ ,  $TLI > 0,95$  (Hu &

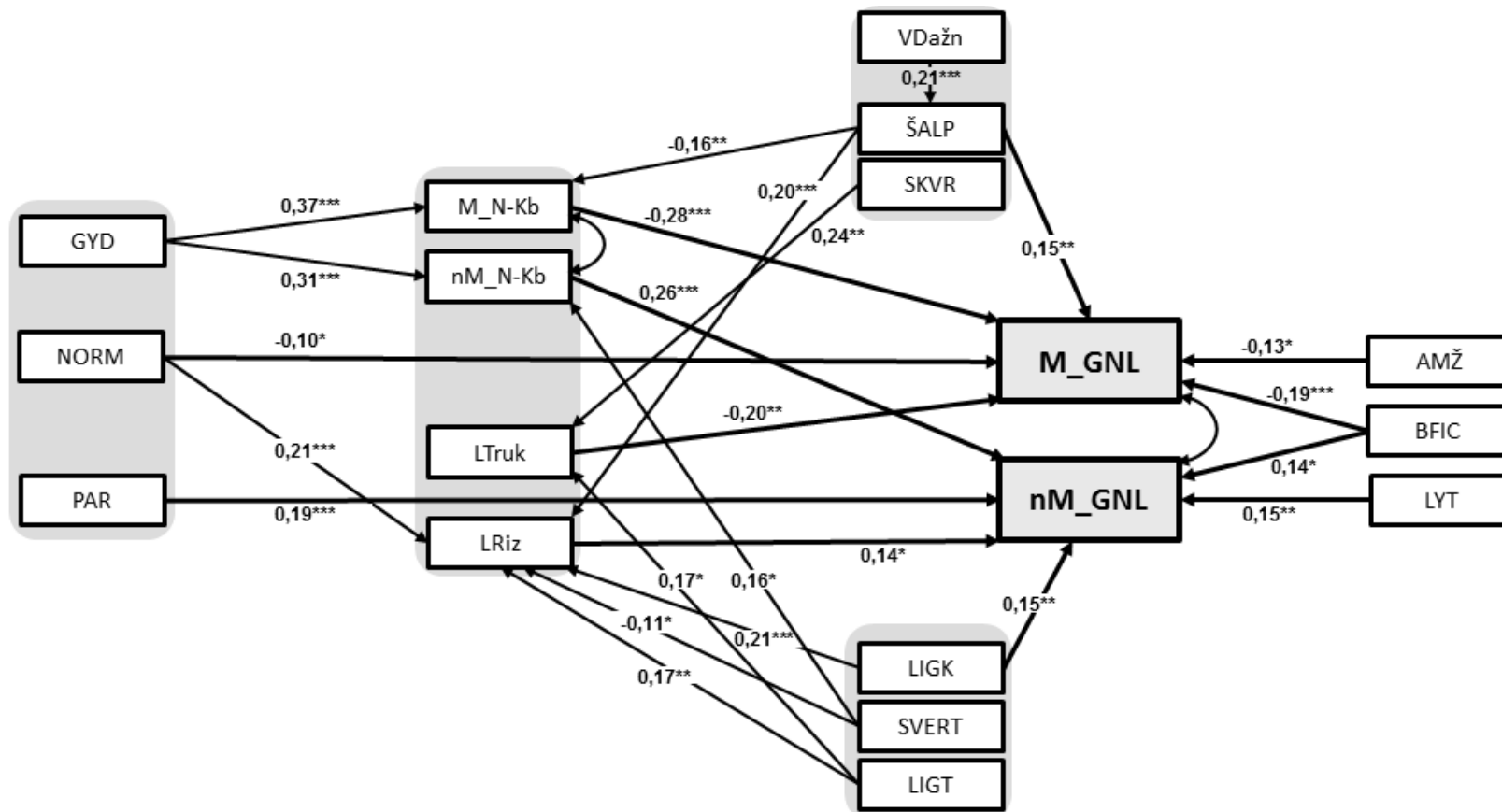
Bentler, 1999). Tačiau atskirų kelių analizė parodė, kad ne visi šio modelio keliai yra reikšmingi, todėl buvo nuspręsta nereikšmingus prediktorius po vieną šalinti iš modelio, kaskart kartojant struktūrinių lygčių analizės procedūrą. Pašalinus iš modelio nereikšmingus kelius buvo gautas galutinis medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinis modelis, kurio tinkamumo rodikliai taip pat atitiko visus aukščiausius modeliams keliamus tinkamumo reikalavimus, t. y.  $RMSEA < 0,05$ ,  $CFI > 0,95$ ,  $TLI > 0,95$  (Hu & Bentler, 1999).

Pirminio ir galutinio medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinių modelių tinkamumo rezultatai bei šių modelių palyginimo rezultatai pristatomi 37 lentelėje.

37 lentelė. Pirminio ir galutinio medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinio modelio tinkamumo ir modelių palyginimo rodikliai

<b>Modelis</b>	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\chi^2$ skirtumo įvertinimas
Pirminis	84,163	74	0,197	0,021	0,979	0,965	$\Delta\chi^2 = 3,970$ ; $\Delta df = 2$ ; $p > 0,050$
Galutinis	80,193	72	0,238	0,019	0,976	0,968	

Palyginus pirminio ir galutinio medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinių modelių  $\chi^2$  reikšmes nustatyta, kad pirminis ir galutinis modeliai tarpusavyje reikšmingai nesiskiria ( $\Delta\chi^2 = 3,970$ ;  $\Delta df = 2$ ;  $p > 0,050$ ). Šie rezultatai rodo, kad nereikšmingų kelių šalinimas iš modelio nesumažino jo tinkamumo duomenims. Galutinis medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinis modelis pristatomas 11 paveiksle.



*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . Čia *M\_GNL* – medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis; *nM\_GNL* – nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis; *AMŽ* – amžius; *LYT* – lytis; *BFIC* – sąmoningumas; *VDažn* – vaistų vartojimo dažnis; *ŠALP* – vaistų šalutinio poveikio dažnumas; *SKVR* – vartojamų vaistų rūšių kiekis; *LIGK* – lėtinių ligų skaičius; *SVERT* – subjektyvus sveikatos būklės vertinimas; *LIGT* – faktinė ligos trukmė; *M\_N-Kb* – medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas; *nM\_N-Kb* – nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas; *LTruk* – suvokiama ligos trukmė; *LRiz* – suvokiama ligos rizika sveikatai; *GYD* – požiūris į gydantį gydytoją; *NORM* – subjektyvios normos; *PAR* – suvokiama artimųjų parama.

11 pav. Galutinis medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinis modelis

Galutinio modelio rezultatai rodo, kad medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi reikšmingai prognozuoja tiriamųjų amžius, vartojamų vaistų šalutinio poveikio dažnumas, medikamentinio gydymo N-Kb, subjektyvios normos ir suvokiama ligos trukmė. Kitaip tariant, kuo sergantysis yra vyresnis, rečiau jaučia vartojamų vaistų šalutinį poveikį, suvokia savo ligą kaip ilgiau besitęsiančią, kuo stipresnius turi įsitikinimus apie artimųjų lūkesčius dėl jo elgesio, o medikamentinio gydymo nauda, jo manymu, labiau atsveria galimas kliūtis, tuo rečiau jis neišgeria paskirtų vaistų. Tuo tarpu nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis gali būti prognozuojamas sergančiojo lyties, lėtinių ligų skaičiaus, artimųjų paramos, nemedikamentinio gydymo N-Kb ir suvokiamos ligos keliamos rizikos sveikatai. Šie rezultatai rodo, kad kuo stipriau tiriamieji suvokia savo ligos keliamą riziką sveikatai, kuo labiau jaučiasi palaikomi savo artimųjų, kuo daugiau lėtinių ligų serga, o nemedikamentinio gydymo nauda, anot jų, labiau atsveria galimas kliūtis, tuo geresni yra jų nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi įverčiai. Rezultatai taip pat leidžia teigti, kad moteriška lytis prognozuoja geresnį nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi. Galiausiai, tiek medikamentinio, tiek nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi paaiškina sąmoningumas, t. y. kuo sergantysis sąmoningesnis, tuo geriau jis laikosi medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų.

Nors tiesioginio ryšio tarp sergančiojo požiūrio į gydantį gydytoją ir GNL kintamųjų nenustatyta, šis rodiklis leidžia paaiškinti medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansą, t. y. kuo palankiau sergantysis vertina savo gydytoją, tuo labiau suvokiama gydymo nauda atsveria galimas kliūtis tiek medikamentinio, tiek nemedikamentinio gydymo atveju. Medikamentinio gydymo N-Kb taip pat gali būti paaiškintas vaistų šalutinio poveikio dažnumo – kuo dažniau pasireiškia šalutinis vaistų poveikis, tuo labiau kliūtys atsveria naudą; o nemedikamentinio gydymo N-Kb prognozuojamas subjektyvaus sveikatos būklės vertinimo – kuo geriau

sergantysis vertina savo sveikatą, tuo daugiau jis įžvelgia nemedikamentinio gydymo naudos nei kliūčių.

Ligos suvokimo aspektai, tokie kaip ligos keliami rizika sveikatai ir ligos trukmė, didžiąja dalimi gali būti prognozuojami sveikatos būklės kintamųjų ir gydymo ypatumų. Suvokiamą ligos trukmę prognozuoja vartojamų vaistų rūšių kiekis ir faktinė ligos trukmė. Šis rezultatas rodo, kad kuo ilgiau tiriamasis serga ir kuo daugiau skirtingų vaistų rūšių jam tenka vartoti, tuo ilgiau, jo manymu, tęsis ši liga. Suvokiama ligos rizika sveikatai prognozuojama tokių sveikatos būklės rodiklių kaip lėtinių ligų kiekis, faktinė ligos trukmė ir subjektyvus sveikatos būklės vertinimas, t. y. kuo prasčiau tiriamieji vertina savo sveikatą, ilgiau ir daugiau ligų serga, tuo labiau ligą jie vertina kaip keliančią didesnę riziką sveikatai. Be to, modelio rezultatai rodo, kad kuo daugiau skirtingų vaistų rūšių sergančiajam yra išrašyta, tuo didesnę riziką sveikatai kelianti jam atrodo jo liga. Suvokiamą ligos keliamą riziką sveikatai taip pat prognozuoja subjektyvios normos, t. y. kuo labiau sergančiajam atrodo, kad artimieji iš jo tikisi geresnio gydymo nurodymų laikymosi, tuo didesnę riziką sveikatai jis suvokia.

Galiausiai, galutinis medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi modelis atskleidžia, kad vaistų šalutinio poveikio dažnumą reikšmingai prognozuoja vartojamų vaistų dažnumas, tai reiškia, kad kuo daugiau kartų per dieną sergantysis turi išgerti paskirtus vaistus, tuo dažniau jis jaučia šių vaistų šalutinį poveikį.

### **3.3.2 Medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinis modelis**

Pirminio medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinio modelio testavimas parodė, kad modelis gerai tiko tyrimo duomenims ir visi tinkamumo rodikliai atitinka aukščiausius keliamus tinkamumo reikalavimus, t. y.  $RMSEA < 0,05$ ,  $CFI > 0,95$ ,  $TLI > 0,95$  (Hu & Bentler, 1999). Tačiau atskirų kelių analizė parodė, kad ne visi šio modelio keliai yra reikšmingi, todėl buvo nuspręsta nereikšmingus prediktorius po

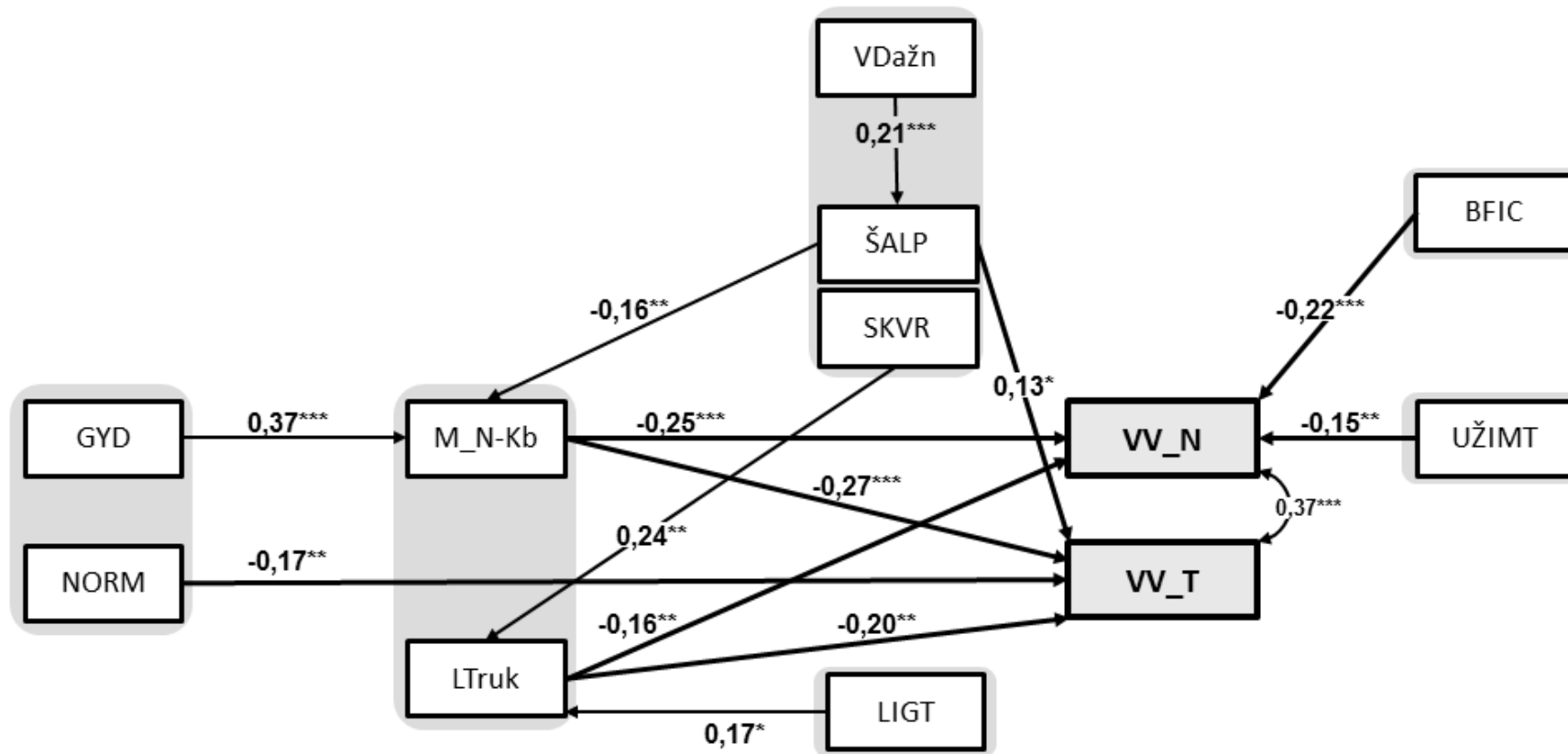
vieną šalinti iš modelio, kaskart kartojant struktūrinių lygčių analizės procedūrą. Pašalinus iš modelio nereikšmingus kelius buvo gautas galutinis medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinis modelis, kurio tinkamumo rodikliai taip pat atitiko visus aukščiausius modeliams keliamus tinkamumo reikalavimus, t. y.  $RMSEA < 0,05$ ,  $CFI > 0,95$ ,  $TLI > 0,95$  (Hu & Bentler, 1999).

Pirminio ir galutinio medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinių modelių tinkamumo rezultatai bei šių modelių palyginimo rezultatai pristatomi 38 lentelėje.

38 lentelė. Pirminio ir galutinio medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinio modelio tinkamumo ir modelių palyginimo rodikliai

<b>Modelis</b>	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\chi^2$ skirtumo įvertinimas
Pirminis	42,253	48	0,706	< 0,001	1,000	1,000	$\Delta\chi^2 = 11,493$ ;
Galutinis	30,760	31	0,478	< 0,001	1,000	1,002	$\Delta df = 17$ ; $p > 0,050$

Palyginus pirminio ir galutinio medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinių modelių  $\chi^2$  reikšmes nustatyta, kad pirminis ir galutinis modeliai tarpusavyje reikšmingai nesiskiria (38 lentelė). Šis rezultatas rodo, kad nereikšmingų kelių šalinimas iš modelio nesumažino jo tinkamumo duomenims. Galutinis medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinis modelis pristatomas 12 paveiksle.



*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . Čia *VV\_N* – netyčinis vaistų nevartojimas; *VV\_T* – tyčinis vaistų nevartojimas; *UŽIMT* – darbinis statusas; *BFIC* – sąmoningumas; *VDažn* – vaistų vartojimo dažnis; *ŠALP* – vaistų šalutinio poveikio dažnumas; *SKVR* – vartojamų vaistų rūšių kiekis; *LIGT* – faktinė ligos trukmė; *M\_N-Kb* – medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas; *LTruk* – suvokiama ligos trukmė; *GYD* – požiūris į gydantį gydytoją; *NORM* – subjektyvios normos.

12 pav. Galutinis medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinis modelis

Kaip ir bendrame medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostiniame modelyje, medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansą reikšmingai prognozuoja požiūris į gydantį gydytoją ir vaistų šalutinio poveikio dažnumas, suvokiamą ligos trukmę – faktinę ligos trukmę ir vartojamų vaistų rūšių kiekis, o šalutinis poveikis yra reikšmingai prognozuojamas vartojamų vaistų dažnumo. Tačiau analizuojant medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi sudarančių faktorių prognostinius veiksnius išryškėja šių dviejų vaistų vartojimo aspektų bendrumai ir skirtumai.

Galutinio medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinio modelio rezultatai leidžia teigti, kad tyčinis ir netyčinis vaistų neįvertinimas gali būti reikšmingai prognozuojamas kognityvinių kintamųjų medikamentinio gydymo N-Kb bei suvokiamos ligos trukmės. Šie rezultatai rodo, kad sergantieji, kurie savo ligą suvokia kaip ilgiau besitęsiančią, rečiau be išankstinio planavimo arba apgalvotai neišgeria paskirtų vaistų, tuo tarpu kuo stipriau medikamentinio gydymo nauda atsveria galimas kliūtis, tuo rečiau tarp sergančiųjų pasireiškia netyčinis ir tyčinis paskirtų vaistų neįvertinimas. Be ligos trukmės ir medikamentinio gydymo N-Kb, netyčinių vaistų neįvertinimą taip pat reikšmingai prognozuoja darbinis statusas ir sąmoningumo įverčiai. Nedarbingas arba į pensiją išėjęs asmenys bei asmenys su labiau išreikštu sąmoningumo bruožu yra reikšmingai rečiau linkę pamiršti arba dėl kitų, iš anksto neapgalvotų priežasčių nesuvartoti paskirtų vaistų. Skirtingai negu netyčinis, vaistų neįvertinimas dėl sergančiojo apsisprendimo reikšmingai prognozuojamas subjektyvių normų ir vaistų šalutinio poveikio dažnumo. Minėtas rezultatas reiškia, kad kuo dažniau sergantysis patiria vartojamų vaistų šalutinį poveikį arba kuo mažiau jis yra įsitikinęs, kad artimieji puoselėja lūkesčius dėl tinkamo gydymo nurodymų laikymosi, tuo dažniau jis sąmoningai neišgeria paskirtų vaistų ar keičia gydytojo nustatytą jų dozę.



### 3.3.3 Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinis modelis

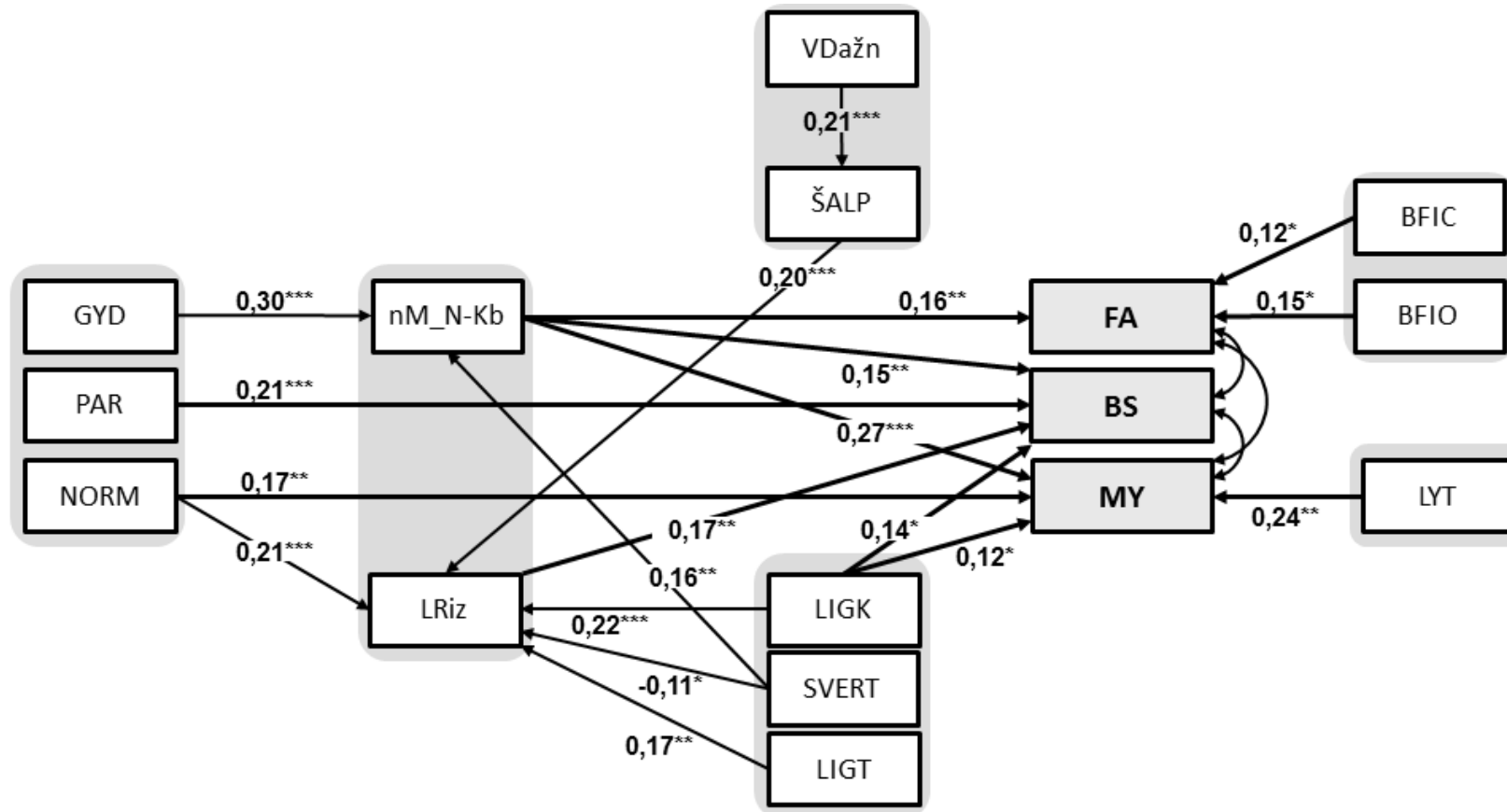
Pirminio nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinio modelio testavimas parodė, kad modelis tik iš dalies tiko tyrimo duomenims. Tik RMSEA rodiklis rodo gerą pirminio modelio tinkamumą duomenims, t. y.  $RMSEA < 0,05$  (Hu & Bentler, 1999, Schreiber et al., 2006), CFI ir TLI indeksai nesiekia net minimaliausios leistinos tinkamumo ribos, t. y.  $CFI < 0,90$ ,  $TLI < 0,90$  (Hooper et al., 2008; Lance et al., 2006; Marsh et al., 2004). Be to, atskirų kelių analizė parodė, kad ne visi šio modelio keliai yra reikšmingi, todėl buvo nuspręsta nereikšmingus prediktorius po vieną šalinti iš modelio, kaskart kartojant struktūrinių lygčių analizės procedūrą. Pašalinus iš modelio nereikšmingus kelius buvo gautas galutinis nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinis modelis, kurio tinkamumo rodikliai atitiko visus modeliams keliamus tinkamumo reikalavimus, t. y.  $RMSEA < 0,05$ ,  $CFI > 0,90$ ,  $TLI > 0,90$  (Hooper et al., 2008).

Pirminio ir galutinio nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinių modelių tinkamumo rezultatai bei šių modelių palyginimo rezultatai pristatomi 39 lentelėje.

39 lentelė. Pirminio ir galutinio medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinio modelio tinkamumo ir modelių palyginimo rodikliai

Modelis	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\chi^2$ skirtumo įvertinimas
Pirminis	144,251	83	< 0,001	0,049	0,864	0,783	$\Delta\chi^2 = 76,616$ ; $\Delta df = 30$ ; $p < 0,050$
Galutinis	67,635	53	0,085	0,030	0,951	0,931	

Palyginus pirminio ir galutinio nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinių modelių  $\chi^2$  reikšmes nustatyta, kad pirminis ir galutinis modeliai tarpusavyje reikšmingai skiriasi ( $\Delta\chi^2 = 76,616$ ;  $\Delta df = 30$ ;  $p < 0,050$ ). Šie rezultatai rodo, kad nereikšmingų kelių šalinimas iš modelio pagerino jo tinkamumą duomenims. Galutinis nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinis modelis pristatomas 13 paveiksle.



*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . Čia *FA* – fizinis aktyvumas; *BS* – savo būklės stebėjimas; *MY* – mitybos ypatumai; *LYT* – lytis; *BFIC* – sąmoningumas; *BFIO* – atvirumas; *VDažn* – vaistų vartojimo dažnis; *ŠALP* – vaistų šalutinio poveikio dažnumas; *LIGK* – lėtinių ligų skaičius; *SVERT* – subjektyvus sveikatos būklės vertinimas; *LIGT* – faktinė ligos trukmė; *nM\_N-Kb* – nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas; *LRiz* – suvokiama ligos rizika sveikatai; *GYD* – požiūris į gydančią gydytoją; *NORM* – subjektyvios normos; *PAR* – suvokiama artimųjų parama.

13 pav. Galutinis nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognostinis modelis

Galutinio modelio rezultatai leidžia teigti, kad vienintelis bendras nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių prognozuojantis veiksnys yra nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas. Šis prognostinis ryšys rodo, kad kuo labiau nemedikamentinio gydymo laukiama nauda atsveria galimas kliūtis, tuo labiau sergantiesiems būdingas aukštesnis fizinio aktyvumo lygis, reguliaresnis savo būklės stebėjimas ir tinkamesnė mityba. Be nemedikamentinio gydymo N-Kb fizinį aktyvumą reikšmingai prognozuoja asmenybiniai veiksniai sąmoningumas ir atvirumas, t. y. kuo sergantis sąmoningesnis ir atviresnis patyrimui, tuo aukštesnis yra jo fizinio aktyvumo lygis; reguliaresnis ir tinkamesnis savo būklės stebėjimas gali būti numatomas labiau išreikštos suvokiamos artimųjų paramos, didesnės suvokiamos rizikos sveikatai ir didesnio lėtinių ligų skaičiaus; ir galiausiai, mitybos ypatumai gali būti reikšmingai prognozuojami lyties, subjektyvių normų ir lėtinių ligų skaičiaus, t. y. tinkamesnė mityba labiau būdinga moterims, tiriamiesiems, sergantiems daugiau lėtinių ligų ir turintiems stipresnius įsitikinimus apie artimųjų lūkesčius dėl sergančiojo elgesio.

Kognityvinių veiksnių prognostiniai ryšiai antrina bendrame medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostiniame modelyje nustatytiems ryšiams. Suvokiama ligos keliamą riziką sveikatai prognozuojama subjektyvaus sveikatos būklės vertinimo, faktinės ligos trukmės, lėtinių ligų skaičiaus, šalutinio poveikio dažnumo ir subjektyvių normų, o nemedikamentinio gydymo naudos ir žalos balansas – sergančiojo požiūrio į gydantį gydytoją ir subjektyvaus sveikatos būklės vertinimo.

Apibendrinant antrinės analizės rezultatus galima teigti, kad vienu stipriausiu ir stabiliausiu GNL prediktoriumi nustatytas medikamentinio ar nemedikamentinio gydymo N-Kb, kuris reikšmingai prognozuoja visus gydymo nurodymų laikymosi aspektus. Nors pavyko nustatyti bendrą GNL faktorius prognozuojančių veiksnių, labiausia prognostinių veiksnių skirtumai išryškėjo pirmo lygmens gydymo nurodymų laikymosi faktorių analizėje.

Galiausiai, remiantis šio tyrimo rezultatais buvo išskirti kintamieji, kurie neturi tiesioginio prognostinio ryšio su GNL, bet leidžia paaiškinti kitus gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančius veiksnius. Pavyzdžiui, gydymo ypatumų ir sveikatos būklės rodikliai turi daug svarbesnės reikšmės ligos suvokimui nei gydymo nurodymų laikymuisi, o sergančiojo požiūris į gydantį gydytoją, nors ir neturi tiesioginio prognostinio ryšio su GNL aspektais, tačiau reikšmingai prisideda prie medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balanso formavimo.

## 4. REZULTATŲ APITARIMAS

Pagrindinis šio tyrimo tikslas – išskirti sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančius sociodemografinius, asmenybinius, kognityvinius, socialinės mikroaplinkos, sveikatos būklės bei gydymo veiksnius, atskleisti šių veiksnių tarpusavio sąsajas bei netiesioginius prognostinius ryšius su sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymusi. Šio tikslo įgyvendinimas būtų neįmanomas neišanalizavus GNL konstrukto ir jo raiškos lėtinėmis ligomis sergančiųjų imtyje. Todėl pirmiausia bus aptartas sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi konstrukto modelis, o tuomet – empirinio tyrimo rezultatais pagrįsti gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai bei gydymo nurodymų laikymosi prognostiniai modeliai.

### 4.1 Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi raiška

Pasaulio sveikatos organizacija (WHO, 2003) siūlo skėtinę įvairias elgsenas apimančią GNL sąvoką, ir tai savo ruožtu leidžia daryti prielaidą, kad skirtingo su sveikata susijusio elgesio, tokio kaip vaistų vartojimas, savo būklės stebėjimas savarankiškai ar padedant sveikatos priežiūros specialistui, dietos rekomendacijų laikymasis, intensyvesnis fizinis aktyvumas ir pan., rodikliai sudaro vieną bendrą konstruklą. Tačiau šio tyrimo rezultatai parodė, kad geriausiai GNL paaiškina hierarchinė dviejų faktorių – medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi – struktūra, kurią patvirtina tiek tiriamoji, tiek patvirtinamoji analizė, o išskirtų antro lygmens faktorių tarpusavio ryšys nėra labai stiprus, tai yra kintant vienam, kitas kinta tik iš dalies.

Nors nepavyko rasti tyrimų, kurie analizuotų sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL konstrukto struktūrą, galima rasti netiesioginių argumentų šiame tyrime nustatytai hierarchinei dviejų faktorių struktūrai paremti. Yra nemažai tyrimų, patvirtinančių, kad skirtingos su sveikata susijusios elgsenos siejasi tarpusavyje, kitaip tariant, jeigu asmeniui būdingas tam tikras sveikatą

puoselėjantis arba sveikatai žalingas elgesys, didėja tikimybė, kad kartu pasireikštų ir kitas panašaus pobūdžio su sveikata susijęs elgesys. Ši elgesio klasterių formavimosi tendencija buvo patvirtinta analizuojant jaunų asmenų rizikingą elgseną (pavyzdžiui, Jackson et al., 2012) bei daugumos tyrimų, analizuojančių suaugusiųjų ir vyresnio amžiaus asmenų sveikata puoselėjantį elgesį, kuriuose buvo nustatytas reikšmingas ryšys tarp fizinio aktyvumo ir mitybos ypatumų (Chou, 2008; Poortinga, 2007; Pruncho & Wilson-Genderson, 2012), o asmenys, kuriems būdingos daugiau sveikatai žalingos elgsenos, įskaitant netinkamą mitybą ir mažą fizinį aktyvumą, rečiau atlieka profilaktinius sveikatos būklės patikrinimus, tokius kaip kraujospūdžio ir cholesterolio kiekio kraujyje tyrimai (Galán et al., 2006). Šie tyrimų nustatomi su sveikata susijusio elgesio klasteriai, kurie būdingi suaugusiems ir vyresnio amžiaus asmenims, nors ir nebuvo analizuojami ligos kontrolės kontekste, bet primena nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių, nustatytą šiame tyrime.

Skirtingai negu sveikų suaugusiųjų atveju, ilgalaikis vaistų vartojimas yra būtent lėtinėmis, ilgą laiką trunkančiomis ligomis sergantiesiems būdingas elgesys, o medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi atskyrimas sufleruojamas tiek sergančiųjų, tiek tyrėjų požiūriu. Broadbent ir bendraautorių (2011) tyrimas parodė, kad sergantieji medikamentinį gydymą vertina kaip svarbesnį ir efektyvesnį palyginti su mitybos ir fizinio aktyvumo rekomendacijomis, be to, medikamentinio gydymo nurodymų nesilaikymas minėtame tyrime buvo kelis kartus retesnis nei mitybos ir fizinio aktyvumo rekomendacijų nepaisymas. Tai rodo, kad sergantieji tendencingai diferencijuoja gydymo nurodymus. Neretai ir patys tyrėjai analizuoja vien vaistų vartojimą, net tuo atveju, kai ligos kontrolei užtikrinti rekomenduojama ir gyvenamosios korekcija, jį vadindami gydymo nurodymų laikymusi (pavyzdžiui, Gascón et al., 2004; Vermeire et al., 2005) arba naudodami medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi terminą (pavyzdžiui, Chen, Lee, Liang, & Liao, 2014; Gellad et al., 2011; Grigoryan, Pavlik, & Hyman, 2013). Kai kurie autoriai vaistų vartojimą priskiria gydymui,

o su mityba ir fiziniu aktyvumu susijusias rekomendacijas – antrinei prevencijai (Byrne, Walsh, & Murphy, 2005; Mosleh & Almalik, 2014). Taigi, medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi atskyrimas, kuris neretai naudojamas kitų tyrėjų, buvo empiriškai patvirtintas šio tyrimo rezultatais.

Dviejų medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių išskyrimas atrodo logiškas ir pakankamai pagrįstas, tačiau atsakyti į klausimą, kiek nustatyta struktūra gali būti pritaikoma kitų lėtinių ligų arba specifinio gydymo rekomendacijų atveju, nėra taip paprasta. Nei Pasaulio sveikatos organizacija, nei kiti autoriai nesiūlo baigtinio GNL apibūdinančios elgsenos sąrašo, kadangi tai, kokie gydymo nurodymų aspektai turėtų būti vertinami, labiausiai priklauso nuo lėtinei ligai keliamų gydymo reikalavimų. Pavyzdžiui, epilepsijos atveju sergantiesiems rekomenduojama laikytis stabilaus būdravimo ir miego režimo (Wolf, 2002). Tai reiškia, kad GNL struktūra gali kisti priklausomai nuo lėtinės ligos, o tiksliau – nuo lėtinės ligos ypatumų nulemtos gydymo rekomendacijų struktūros.

Apibendrinant, remiantis šio tyrimo rezultatais galima teigti, kad kai gydymo rekomendacijos apima ne tik ilgalaikį vaistų vartojimą, bet ir reguliarių savo būklės stebėjimą, fizinio aktyvumo skatinimą ir mitybos apribojimus, sergančiųjų GNL atspindės 2 elgsenos atitikimo rekomendacijoms faktorius, tačiau kitokio pobūdžio gydymo nurodymai gali tiek papildyti nustatytą GNL struktūrą – tapti medikamentinio ar nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių dalimi, tiek formuoti atskirą (-us) gydymo nurodymų laikymosi faktorių (-ius).

#### **4.2 Medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai**

Hierarchinės regresinės analizės rezultatai rodo, kad medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi geriausiai paaiškina kognityviniai veiksniai. Pasitelkus struktūrinių lygčių modelį šioje kintamųjų grupėje buvo nustatyti du reikšmingi prognostiniai veiksniai – suvokiama ligos

trukmė ir medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas. Gautas rezultatas iš dalies patvirtina įsitikinimą apie sveikatą, saugos motyvacijos ir socialinio kognityvinio modelių prielaidas, kurios teigia, kad asmuo pasveria numatomą veiksmų naudingumą ir galimus kaštus bei kliūtis, o galiausiai šis vertinimas nulemia tai, imsis asmuo ar nesiims su sveikatos puoselėjimu susijusių veiksmų (Bandura, 2004; Champion & Sugg Skinner, 2008; Floyd et al., 2000). Kita vertus, skirtingai negu numato anksčiau minėtų modelių šalininkai, tarp suvoktos rizikos sveikatai ir medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi reikšmingo prognostinio ryšio nenustatyta, tačiau šį GNL aspektą prognozavo suvokiama ligos trukmė. Neabejotina, kad suvokiama ligos keliami rizika sveikatai gali formuoti ketinimą arba paskatinti imtis apsauginių veiksmų ir inicijuoti elgesio pokyčius, tačiau kai sergančiajam kurį laiką reikia palaikyti tam tikrą elgesio modelį, rizikos suvokimas tampa ne tiek svarbus (Schwarzer, 2008), o kaip rodo šio tyrimo rezultatai, medikamentinio gydymo atveju kaip reikšmingas prediktorius išryškėja sergančiojo suvokimas apie tai, kaip ilgai tęsis jo liga. Ligos trukmės suvokimo svarbą labiausiai pabrėžia savireguliacijos modelio atstovai (Diefenbach & Leventhal, 1996; Leventhal et al., 1998, Petrie & Weinman, 2005) bei patvirtina empiriniai tyrimai, atliekami įvairiomis lėtinėmis ligomis sergančiųjų grupėse (Bucks et al., 2009; Chen et al., 2014; Lamiani et al., 2015; Mann, et al., 2009). Kai sergantis savo ligą suvokia kaip lėtinę, ilgai besitęsiančią, gydymasis tampa ilgalaikiu įsipareigojimu, tai motyvuoja sergantįjį tęsti vaistų vartojimą jo nenutraukiant. Turint omenyje tai, kad suvokiamą ligos trukmę prognozuoja faktinė ligos trukmė, t. y. kuo ilgiau asmuo serga, tuo labiau jis savo ligą suvokia kaip ilgai besitęsiančią, galima daryti prielaidą, kad suvokiama ligos trukmė rodo asmens susitaikymą su lėtine liga ir jos priėmimą, o galiausiai ir atsakomybės už jos kontrolę prisiėmimą. Taigi, gauti rezultatai nepaneigia rizikos suvokimo svarbos, bet leidžia daryti prielaidą, kad suvokiama ligos keliami rizika sveikatai skatina sergantįjį pradėti vartoti vaistus, o ilgesnė suvokiama ligos trukmė skatina tinkamai ir pastoviai vartoti vaistus ligai tęsiantis.



Tolimesnės medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi sudarančių faktorių prognostinių veiksnių analizės metu išryškėjo tyčinio ir netyčinio vaistų neįvartojimo bendrumai ir skirtumai. Hierarchinės regresinės analizės rezultatai parodė, kad be kognityvinių veiksnių, tyčiniam vaistų neįvartojimui svarbiausios reikšmės turi gydymo veiksniai, o netyčinio vaistų neįvartojimo sklaidą geriausiai paaiškina asmenybiniai veiksniai. Pasitelkus struktūrinių lygčių analizę nustatyti prediktoriai taip pat bent iš dalies atspindi šių skirtingų medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių ypatumus. Iš pradžių aptarsime tyčiniam ir netyčiniam vaistų neįvartojimui specifinius, o paskui – bendrus prognostinius veiksnius.

Tyčinis vaistų neįvartojimas siejamas su labiau apgalvotu ir pasvertu sergančiojo sprendimu pakeisti vaistų dozę arba nutraukti jų vartojimą, o netyčinis yra labiau pasyvus ir greičiausiai nulemtas demografinių charakteristikų (Clifford et al., 2008; Lehane & McCarthy, 2007a; Molloy et al., 2014; Wroe, 2002). Šio tyrimo rezultatai rodo, kad apgalvotą sprendimą sumažinti dozę ar nutraukti vaistų vartojimą, kuris atspindi tyčinį vaistų neįvartojimo aspektą, sergantysis priima atsižvelgdamas į šalutinio poveikio dažnumą bei suvoktus artimųjų lūkesčius dėl jo elgesio – subjektyvias normas. Dažnas šalutinis vaistų poveikis išties siejamas su prastesniu vaistų vartojimu (Barbosa et al., 2012; Gellad et al., 2011), kadangi pasikartojantys ir nemalonūs su šalutiniu poveikiu susiję patyrimai ne tik skatina sergantįjį vengti vaistų, bet, kaip rodo šio tyrimo rezultatai, taip pat prognozuoja labiau neigiamus sergančiojo įsitikinimus apie medikamentinį gydymą. Nustatytas subjektyvių normų ir tyčinio vaistų neįvartojimo ryšys iš dalies antrina planuoto elgesio teorijos prielaidoms apie šio socialiniam kontekstui priskiriamo veiksnio svarbą asmens elgesiui (Armitage & Conner, 2001; Hagger & Chatzisarantis, 2009; McEachan et al., 2011). Anot planuoto elgesio teorijos, subjektyvias normas ir elgesį sieja mediacinis ryšys, kurį paaiškina asmens ketinimas atlikti tam tikrą veiksmą, tačiau neretai metaanalizės, nors to ir neakcentuoja, rodo, kad galima ir tiesioginė subjektyvių normų ir su sveikata susijusio elgesio sąsaja (Hagger & Chatzisarantis, 2009; Rich et al., 2015).

Subjektyvios normos gali būti traktuojamos kaip savotiškas socialinis spaudimas (Armitage & Conner, 2001; Mirkuzie et al., 2011), o tai sergančiųjų lėtinėmis ligomis medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi kontekste reiškia, kad sergantysis tęsia vaistų vartojimą, norėdamas patenkinti suvokiamus reikšmingų asmenų lūkesčius, arba vengia numatomo artimųjų priekaištavimo dėl jų lūkesčius neatitinkančio elgesio, t. y. prieš priimdamas sprendimą dėl vaistų vartojimo sergantysis atsižvelgia ir į suvokiamą artimųjų nuomonę.

Skirtingai negu tyčinio vaistų nevartojimo atveju, subjektyvios normos ar šalutinio poveikio dažnumas netyčinio vaistų nevartojimo neprognozavo, tačiau reikšmingais šio medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktoriais prediktoriais nustatyti sergančiojo sąmoningumo bruožas ir darbinis statusas. Dažniausiai tyrimų rezultatai rodo, kad vaistų vartojimas siejamas su sergančiojo amžiumi (Brown & Park, 2003; Neupert, Patterson, Davis, & Allaire, 2011; Wroe, 2002). Prognozuojant bendrą medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi, šiame tyrime taip pat nustatyta, kad kuo vyresni sergantieji, tuo geriau jie laikosi medikamentinio gydymo nurodymų. Tačiau analizuojant amžiaus reikšmę tyčiniam ir netyčiniam vaistų nevartojimui, amžius nebuvo reikšmingai susijęs su tyčiniu vaistų nevartojimu, o prognostiniame struktūrinių lygčių modelyje būtent darbinis statusas išryškėjo kaip reikšmingas netyčinio vaistų nevartojimo prediktorius. Šis rezultatas patvirtina Park ir bendraautorių (1999) prielaidą, kad ne amžius, o kiti įsipareigojimai ir užimtumas blaško ir trukdo sergančiajam griežtai laikytis vaistų vartojimo grafiko, tad dirbantys sergantieji dažniau pamiršta ir laiku neišgeria vaistų. Be to, kaip rodo šio tyrimo rezultatai, silpniau išreikštas sąmoningumo bruožas prognozuoja dažnesnį netyčinį vaistų nevartojimą. Nors asmenybės kintamųjų vaidmuo daug rečiau negu kiti veiksniai analizuojamas gydymo nurodymų laikymosi kontekste, būtent sąmoningumas pripažįstamas kaip vienas svarbiausių GNL prediktorių (Axelsson et al., 2011). Netyčinis vaistų nevartojimas apibūdinamas kaip labiau nerūpestingas, užmaršumo nulemtas reiškinys (Iihara et al., 2014). Todėl, atsižvelgdami į lėtinę ligos

pobūdį ir ilgalaikiškumą, labiau išreikštu sąmoningumo bruožu pasižymintys sergantieji, gebantys atkakliai siekti ilgalaikių tikslų ir mokantys įveikti proceso metu atsirandančias pagundas (Costa ir McCrae, 2012), sugeba atsakingiau laikytis vaistų vartojimo grafiko ir nepamiršta laiku jų išgerti. Be to, sąmoningumo bruožas taip pat apima asmeniui būdingą organizuotumą ir planavimo gebėjimus (Costa ir McCrae, 2012), tad labiau išreikštu sąmoningumu pasižymintiems sergantiesiems lengviau įveikti su darbu ir užimtumu susijusius trukdžius tinkamai vartoti vaistus.

Nors galima būtų tikėtis, kad įsitikinimai apie gydymą yra svarbūs tik tyčinio vaistų neįvartojimo atveju, šiame tyrime medikamentinio gydymo N-Kb reikšmingai prognozavo tiek tyčinį, tiek netyčinį vaistų neįvartojimą, o tai iš dalies prieštarauja tiek teoriniam apibrėžimui, tiek kitų tyrėjų gautiems rezultatams. Tyrimai rodo, kad tyčinis vaistų neįvartojimas yra nulemtas su elgesiu susijusių teigiamų ir neigiamų aspektų pasvėrimo, įsitikinimų apie medikamentinio gydymo būtinumą arba susirūpinimo dėl galimos vaistų žalos, o netyčinis labiausiai priklauso nuo sergančiojo amžiaus bei nėra susijęs su įsitikinimais apie gydymą (de Vries et al., 2014; Lehane & McCarthy, 2007a, 2007b; Wroe, 2002). Viena vertus, galima daryti prielaidą, kad netyčiniu vaistų neįvartojimo atveju yra dalis tyčinio elgesio. Tyrimuose naudojant savistata grįstus metodus neretai pasireiškia socialinio pageidaujiamumo efektas: sergantieji, vertinantys vaistų vartojimo ypatumus ir vengdami smerkimo dėl „nepaklusnaus“ ir netinkamo elgesio, praleistų išgerti vaistų priežastimi greičiau nurodo užmaršumą, o ne apgalvotą pasirinkimą, taip save pateisindami. Šios prielaidos patvirtinimą galima išvelgti ir tyrimų rezultatuose, kurie rodo, kad tiriamieji kelis kartus dažniau teigia, jog neišgėrė vaistų dėl to, kad pamiršo, o ne dėl to, kad apgalvotai nusprendė jų negerti (Molloy et al., 2014). Kita vertus, rezultatai gali būti paaiškinti planuoto elgesio teorijos autorių išsakyta, labiau tikėtina ir teoriškai pagrįsta prielaida, kad esant dažnai pasikartojančiam, įprastam elgesiui kognityvinis vertinimo procesas netampa visiškai nereikšmingu, o greičiau vyksta automatiškai, nenaudojant didelių mąstymo resursų (Ajzen, 2002; Ajzen, 2011; Ajzen &

Fishbein, 2000). Netyčinio vaistų neįvertinimo atveju tai reikštų, kad sergantysis automatiškai ir to neįsisąmonindamas pasveria vaistų vartojimo teigiamus ir neigiamus aspektus, ir jei numatomas paskirtų vaistų vartojimo rezultatas nepateisina pastangų, sergantysis nesuformuoja ketinimo ir neišgeria paskirtų vaistų ir šį veiksmą, o tiksliau – veiksmo neatlikimą, priskiria užmaršumui.

Kaip buvo minėta anksčiau, gydymo ypatumai paaiškina reikšmingą tyčinio vaistų neįvertinimo įverčių variacijos procentą. Yra manoma, kad sudėtingo medikamentinio gydymo atveju, kada paskiriama daug skirtingų vaistų rūšių, kuriuos tenka gerti daug kartų per dieną, sergančiajam būna sunku susiorientuoti įgyvendinant vaistų vartojimo grafiką, kyla daug nepatogumų ir galiausiai tai nulemia prastesnį medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi (Grégoire et al., 2001; Ingersoll & Cohen, 2008; WHO, 2003). Techninės į medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi gerinimą orientuotos intervencijos, kurių metu parenkamas toks medikamentinis gydymas, kad vaistų vartojimo dažnis būtų kuo mažesnis, yra pripažintos kaip vienos efektyviausių (Dasgupta et al., 2014; Iskedjian et al., 2002; Van Dulmen et al., 2007). Tačiau iki šiol nėra iki galo aišku, koks vis dėlto mechanizmas paaiškina šių intervencijų sėkmę, kadangi vartojamų vaistų dažnumo sumažinimas nuo 6 kartų per dieną iki 5 yra tiek pat efektyvus kaip sumažinimas nuo 2 iki 1 (Van Dulmen et al., 2007). Šiame tyrime, remiantis pirmine duomenų analize, kai ryšys tarp šalutinio poveikio ir medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi buvo stipresnis nei vaistų vartojimo dažnio, buvo padaryta prielaida, kad šalutinio poveikio patyrimas paaiškina ryšį tarp vaistų vartojimo grafiko ypatumų ir jų vartojimo. Ši prielaida buvo patvirtinta atlikus medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinio struktūrinio lygčių modelio analizę. Taigi, galime pagrįstai teigti, kad sergantieji, kuriems tenka dažniau vartoti vaistus, dėl to dažniau jaučia šių vaistų šalutinį poveikį, ir tai prognozuoja jų apsisprendimą dėl vartojamų vaistų dozės mažinimo arba vaistų vartojimo nutraukimo ir prisideda prie labiau neigiamų sergančiojo įsitikinimų apie medikamentinį gydymą formavimo. Nors šiame tyrime nebuvo

bandoma atskirti, kiek nemalonūs sergančiojo patyrimai iš tiesų nulemti vartojamų vaistų ir kiek nemaloniūs kūno pojūčius sergantysis nepagrįstai priskiria šalutiniam vaistų poveikiui, galime tvirtai teigti, kad net tuo atveju, kai šalutinio poveikio dažnumo vertinimas nėra objektyvus, sergančiojo sprendimui dėl vaistų vartojimo daug didesnės reikšmės turės suvoktas šalutinio poveikio pasireiškimas.

Apibendrinami medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinių modelių rezultatus, galime teigti, kad nepaisant susidariusios tyrėjų nuomonės, tyčinio vaistų nevartojimo, kai priimami apgalvoti sprendimai, ir netyčinio vaistų nevartojimo, siejamo su pasyvumu ir užmaršumu, atvejais sergančiojo ligos suvokimas ir įsitikinimai apie gydymą yra vienodai svarbūs. Tiek vienu, tiek kitu atveju sergantysis įvertina gydymo naudą, atsižvelgia į galimas kliūtis ir sunkumus, įvertina ir tai, kiek laiko jam reikės vartoti vaistus, priklausomai nuo numatomos ligos trukmės. Tačiau kai sergantysis netyčia neišgeria vaistų, šie vertinimo procesai, tikėtina, vyksta automatiškai. Tyrimo rezultatai taip pat išryškino šių medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių skirtumus. Prie labiau apgalvoto sergančiojo sprendimo keisti vaistų dozę ar nutraukti vaistų vartojimą prisideda gydymo ypatumai, ypač šalutinio poveikio dažnumas, ir suvokiami artimųjų lūkesčiai dėl sergančiojo elgesio. Rūpestingesnis vaistų vartojimas sietinas su sergančiajam būdingu sąmoningumu ir mažesniu užimtumu.

#### **4.3 Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai**

Kaip jau aptarėme anksčiau, nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi sudaro tokie svarbiausi aspektai kaip savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas ir mitybos ypatumai. Pirminės statistinės analizės rezultatai parodė, kad didžiausią nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi duomenų variaciją paaiškina kognityviniai – ligos suvokimo ir įsitikinimų apie gydymą – veiksniai. Mažiau, bet reikšmingai prie paaiškinimo prisideda sveikatos būklės ir mikroaplinkos veiksniai. Analizuojant atskirų kognityvinių veiksnių reikšmę,

prognostinis ryšys nustatytas tarp nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ir suvokiamos rizikos sveikatai bei nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balanso. Šis rezultatas visai atitinka įsitikinimų apie sveikatą, saugos motyvacijos ir socialinio-kognityvinio teorinių modelių prielaidas (Bandura, 2004; Champion & Sugg Skinner, 2008; Floyd et al., 2000), kurios teigia, kad suvokiama rizika sveikatai ir sveikatai puoselėti skirtų veiksmų vertinimas skatina su sveikata, o šio tyrimo atveju – su nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymusi susijusį elgesį. Be ligos suvokimo ir įsitikinimų apie gydymą, struktūrinių lygčių analizė parodė, kad moterys bei sergantieji ne viena, o daugiau lėtinių ligų, pasižymintys sąmoningumu ir savo artimuosius vertinantys kaip labiau paremiančius ir palaikančius, linkę laikytis nemedikamentinio gydymo nurodymų. Kadangi nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi sudarančių faktorių prognostinių veiksnių analizė atskleidė prognostinių veiksnių įvairovę, todėl skirtingų nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi sudarančių faktorių bei su ligos suvokimu ir įsitikinimais apie gydymą nesusijusių prognostinių veiksnių ryšiai bus aptariami atskirai.

Neskaitant įsitikinimų apie gydymą, sergančiajam būdingas savo būklės stebėjimas taip pat gali būti prognozuojamas suvokiamos artimųjų paramos, suvokiamos ligos keliamos rizikos sveikatai ir lėtinių ligų skaičiaus. Nustatyta suvokiamos rizikos sveikatai reikšmė savo būklės stebėjimui ne tik antrina su sveikata susijusį elgesį aiškinančių modelių prielaidoms (Munro et al., 2007). Suvokiamos rizikos sveikatai ir savo būklės stebėjimo ryšys atrodytų savaime suprantamas. Kuo didesnę ligos keliamą riziką sveikatai sergantysis suvokia, tuo dažniau jis siekia įsivertinti savo būklę, kad galėtų kuo anksčiau pastebėti neigiamus sveikatos pokyčius ir imtis atitinkamų veiksmų. Tęsiant savo būklės stebėjimo prognostinių veiksnių analizę, matyti, kad ne tik šiame, bet ir kituose tyrimuose randamas reikšmingas lėtinių ligų skaičiaus ir savo būklės stebėjimo ypatumų ryšys. Pavyzdžiui, gretutinės ligos cukriniu diabetu sergančiųjų grupėje siejamos su dažnesniu savarankišku gliukozės kiekio kraujyje stebėjimu (Adams et al., 2003). Kaip teigia patys tyrimo

autoriai, šie rezultatai gali būti nulemti to, kad prastesnės sveikatos būklės sergantiesiems rekomenduojama atidžiau ir reguliariau stebėti savo sveikatos būklę. Be to, gretutinių ligų ir savo būklės stebėjimo ryšį gali paaiškinti ir sergančiojo ligos suvokimo veiksniai. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad, be tiesioginio ryšio su savo būklės stebėjimu, nustatytas reikšmingas ryšys tarp suvokiamos rizikos sveikatai ir lėtinių ligų skaičiaus, ir tai reiškia, jog esant gretutinėms ligoms padidėja suvokiama rizika sveikatai, o kaip jau buvo aptarta anksčiau, kuo didesnę grėsmę ir riziką sveikatai sergantysis suvokia, tuo reguliariau įsivertina savo sveikatos rodiklius ir apsilanko pas gydytoją. Galiausiai, tinkamesnį savo būklės stebėjimą prognozuoja didesnė suvokiama artimųjų parama. Tyrimai neretai sieja sergančiųjų nesilankymą pas gydytoją su transporto priemonės neturėjimu, sunkumais prisiskambinant į sveikatos priežiūros įstaigos registratūrą ir užmiršimu, kad yra užsirašę pas gydytoją (Alhamad, 2013; El-Din et al., 2008; George & Rubin, 2003; Martin, Perfect, & Mantle, 2005; Murdock, Rodgers, Lindsay, & Tham, 2002). Kaip parodė van Houtum ir kolegų tyrimas (2014), būtent stebint savo sveikatos būklę sergantieji labiausiai tikisi artimųjų pagalbos. Nors šiame tyrime nebuvo vertinama, kokio pobūdžio pagalbą ar paramą artimieji teikia sergančiajam, bet jei sergančiajam vis dėlto būtų padedama nukeliauti iki sveikatos priežiūros įstaigos, užsirašyti pas gydytoją, primenama apie numatytą vizitą, nenuostabu, kad sergančiojo apsilankymai pas sveikatos priežiūros specialistą būtų reguliaresni. Taip pat galime tikėtis, kad sergantysis daug reguliariau pasimatuos kraujospūdį ar gliukozės kiekį kraujyje, jeigu artimieji jam padės arba primins jam tai padaryti. Net tuo atveju, jei artimieji padeda sergančiajam susidoroti su kasdieniais rūpesčiais, nesusijusiais su liga, tai suteikia sergančiajam galimybę daugiau laiko skirti savo sveikatos priežiūrai ir savirūpai. Taigi, galime teigti, kad jeigu artimieji rūpinasi sergančiuoju, jis ir pats geriau rūpinasi savimi.

Prognostinių veiksnių analizė taip pat rodo, kad svarbiausi fizinio aktyvumo prediktoriai yra įsitikinimai apie gydymą ir asmenybės bruožai. Nemedikamentinio gydymo N-Kb, kurio teorinis pagrindas buvo aptartas

anksčiau, reikšmingai prognozuoja visus nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorius, o asmenybės bruožai, kurie paaiškina didžiausią fizinio aktyvumo įverčių variacijos procentą, yra labiausiai specifiniai būtent šiam nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi aspektui. Pasitelkus struktūrinių lygčių analizę buvo nustatyti du reikšmingi prognostiniai asmenybiniai veiksniai – sąmoningumas ir atvirumas. Atsakyti į klausimą, kodėl fizinio aktyvumo atveju būtent sąmoningumas ir atvirumas išryškėja kaip svarbiausi prediktoriai, išties nėra lengva, juolab kad dažniausiai fizinis aktyvumas įvairiose tiriamųjų populiacijose siejamas su ekstravertiškumu (Rhodes & Smith, 2006; Wheeler et al., 2012; Žugelj et al., 2010). Hilliard ir bendraautorių (2014) tyrimas parodė, kad labiau išreikštas atvirumo bruožas reikšmingai prognozuoja sėkmingesnį įsitraukimą į sporto reabilitacinę programą po kojų raiščių rekonstrukcijos. Kaip pripažįsta ir minėto straipsnio autoriai, dėl tyrimų, siejančių atvirumo bruožą su fiziniu aktyvumu vykdant gydymo nurodymus, stokos sunku daryti pagrįstas šio ryšio interpretacijas, bet gali būti, kad fizinio aktyvumo siūloma veiklos įvairovė labiau patraukia žmones, kuriems svarbi nauja ar įvairi veikla (Hilliard et al., 2014). Skirtingai negu atvirumo atveju, reikšmingas ryšys tarp fizinio aktyvumo ir sąmoningumo bruožo nustatomas kiek dažniau (Chatzisarantis & Hagger, 2008; Conner, Rodgers, & Murray, 2007; de Bruijn, de Groot, van den Putte, & Rhodes, 2009). Remiantis labiau išreiktu sąmoningumu pasižyminčių asmenų charakteristikomis (Costa ir McCrae, 2012), galima teigti, kad valingesni ir savo tikslų atkakliau siekiantys sergantieji gali ne tik pradėti sportuoti, bet ir ilgesnį laiką palaikyti reikiamą fizinio aktyvumo lygį, ypač tuo atveju, kai mano, jog ši veikla gali būti naudinga jų sveikatai. Skirtingai negu galima būtų tikėtis, atsižvelgiant į kitų autorių gaunamus rezultatus (Wheeler et al., 2012; Žugelj et al., 2010), ekstravertiškumo bruožas nebuvo reikšmingai susijęs su fizinio aktyvumo rodikliais. Šis ryšio nebuvimas gali būti paaiškintas tuo, kad vyresnio amžiaus asmenys ar sergantieji gali būti mažiau linkę įsitraukti į komandinius sportinius žaidimus, kurie, tikėtina, labiausiai patraukia dideliu ekstravertiškumu pasižyminčius asmenis. Taigi, remdamiesi



šio tyrimo ir jam antrinančių tyrimų nustatytais rezultatais galime teigti, kad lėtinėmis ligomis sergančiųjų fizinį aktyvumą prognozuoja nemedikamentinio gydymo N-Kb bei sąmoningumo ir atvirumo bruožai.

Be įsitikinimų apie nemedikamentinį gydymą, sergančiojo mitybos ypatumų gydymo rekomendacijoms atitikimą geriausiai prognozuoja sociodemografiniai ir sveikatos būklės veiksniai. Iš sveikatos būklės veiksnių reikšmingai sergančiųjų mitybos ypatumus prognozavo lėtinių ligų skaičius. Gretutinių susirgimų buvimas dėl padidėjusios ligų naštos ir griežtesnių reikalavimų sergančiojo elgesiui, kai dėl kelių ligų ir gydymas tampa daug sudėtingesnis, siejamas su prastesniu GNL (WHO, 2003). Tačiau yra ir tyrimų, rodančių, kad gretutinių ligų vaidmuo gydymo nurodymų laikymuisi gali skirtis priklausomai nuo lėtinės ligos, o hipertenzijos atveju, kada sergančiajam diagnozuojamas dar ir cukrinis diabetas, gali net padidėti (Briesacher et al., 2008). Šio tyrimo rezultatai rodo teigiamą komorbidiškumo laipsnio ir mitybos ypatumų ryšį, kada sirgimas gretutinėmis ligomis siejamas su labiau rekomendacijas atitinkančia mityba. Gauti rezultatai gali būti paaiškinti šio tyrimo imties ypatumais. Didžiajai daugumai šiame tyrime dalyvavusių sergančiųjų, kuriems nustatyta viena lėtinė liga, buvo diagnozuota būtent hipertenzija, o tais atvejais, kai tiriamasis sirgo 2 ir daugiau ligų, dažniausiai viena iš gretutinių ligų buvo II tipo cukrinis diabetas. Šio ir Briesacher ir bendraautorių (2008) tyrimų rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad atitinkama mityba, nors ir svarbi abiejų ligų gydymo procese, skirtingomis ligomis sergančiųjų asmenų vertinama skirtingai. Labai tikėtina, kad asmenys, sergantys gretutiniu cukriniu diabetu, su mityba susijusius nurodymus vertina kaip rimtesnius, labiau privalomus, todėl esant hipertenzijos ir cukrinio diabeto komorbidiškumui, sergantieji griežčiau laikosi su mityba susijusių rekomendacijų, palyginti su vien hipertenzija sergančiaisiais.

Taip pat struktūrinių lygčių analizė parodė, kad iš visų sociodemografinių veiksnių mitybos ypatumus reikšmingai prognozuoja sergančiojo lytis – nustatyta, kad vyrų mitybos ypatumai kur kas prasčiau atitinka gydymo rekomendacijas. Panašius rezultatus gauna ir kiti tyrėjai

(Chung et al., 2006; Mattioli, Pennella, Pedrazzi, & Farinetti, 2013; Szymczyk, Wojtyna, Lukas, Kępa, & Pawlikowska, 2013). Lenkijos tyrėjai su mitybos ypatumais siejamus lyčių skirtumus aiškina kultūriniais ypatumais, o tiksliau, išlikusiomis konservatyvios patriarchalinės sistemos nuostatomis apie socialinius vyro ir moters vaidmenis (Szymczyk et al., 2013). Minėtų autorių teigimu, kadangi moteris yra paklusni, atsakinga už namų ūkio ir šeimos narių gerovės puoselėjimą, ji privalo atsisakyti pagundų ir išlaikyti savo sveikatą, kad galėtų efektyviau vykdyti vaikų ir vyro apsauginę funkciją. Nors Lietuvos ir Lenkijos artima kaimynystė leistų šį paaiškinimą pritaikyti ir šiame tyrime, tačiau lyties skirtumams, nustatomiems mitybos ypatumų atitikimo gydymo rekomendacijoms kontekste, gali būti naudojamas ir paprastesnis paaiškinimas, kuriame atsispindi ir socialiniai vaidmenys. Moterų mityba geriau atitinka gydymo rekomendacijas greičiausiai ne tik dėl to, kad moterims apskritai labiau įprasta laikytis dietos, bet ir todėl, kad moterys yra labiau atsakingos už savo mitybą ir gali laisviau rinktis, nes dažniau nei vyrai užsiima maisto gamyba. Šie rezultatai iš dalies persidengia ir su subjektyvių normų reikšme su mityba susijusiam GNL.

Nors sergančiojo mikroaplinkos veiksniai paaiškina tik nedidelę dalį sergančiajam būdingų mitybos ypatumų variacijos, vienas iš šių veiksnių – subjektyvios normos – struktūrinių lygčių analizės metu išryškėjo kaip reikšmingas mitybos ypatumų prediktorius. Šis rezultatas antrina planuoto elgesio teorijos prielaidoms apie psichosocialinių veiksnių reikšmę asmens elgesiui (Ajzen, 2011; McEachan et al., 2011) ir rodo, kad kaip ir tyčinis vaistų neįtvėrimas, taip ir sergančiojo mityba yra paveiki suvokiamam socialiniam spaudimui. Nors ne visada pavyksta patvirtinti reikšmingą mitybos ypatumų ir subjektyvių normų sąsają (Conner et al., 2002), yra ir reikšminga su mityba susijusio elgesio ir subjektyvių normų ryšį patvirtinančių tyrimų (Didarloo et al., 2014; Kothe & Mullan, 2015; Rich et al., 2015). Be to, tyrimai rodo, kad sergantieji geriau paiso mitybos rekomendacijų, kada kiti šeimos nariai laikosi panašių mitybos principų (Chung, Lennie, Mud-Martin, & Moser, 2015). Tiek teorinės prielaidos, tiek kitų tyrėjų gauti empirinių tyrimų rezultatai leidžia

pripažinti, kad suvokti artimųjų lūkesčiai leidžia prognozuoti sergančiajam būdingą mitybos ypatumų atitikimą gydymo rekomendacijoms ir tuo atveju, kai sergantieji įsivaizduoja, kad jiems svarbūs asmenys tikisi griežtesnio GNL, jie tinkamiau laikosi mitybos rekomendacijų. Be to, šis rezultatas iš dalies susisieja su nustatytais lyčių skirtumais, išryškinančiais didesnę tikimybę, kad vyrams bus būdingi prastesni mitybos ypatumų rodikliai. Galima būtų daryti prielaidą, kad tais atvejais, kai sergančiojo šeimoje neatsižvelgiama į sergančiojo mitybos rekomendacijas ir nėra manoma, kad sergantysis turėtų maitintis kitaip negu kiti šeimos nariai, o pats sergantysis nėra atsakingas už maisto paruošimą, galime tikėtis, kad tai atsispindės ir jo mitybos ypatumai.

Apibendrinami galime teigti, kad nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi sudarantys faktoriai pasižymi prognozuojančių veiksnių įvairove. Kognityviniai veiksniai leidžia paaiškinti didžiausią nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi variacijos procentą. Vienu stabiliausiu prediktoriumi nustatytas nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas, t. y. sergančiojo įsitikinimai apie gydymą prognozuoja ne tik bendrą nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi, bet ir kiekvieną iš jų sudarančių faktorių atskirai. Iš visų vertinamų ligos suvokimo aspektų būtent suvokiama rizika sveikatai buvo nustatyta kaip vienintelis reikšmingas nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prediktorius, o atskirų faktorių lygmenyje prognozavo tik savo būklės stebėjimo rodiklius. Fizinis aktyvumas buvo vienintelis nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorius, kurį, be įsitikinimų apie gydymą, prognozavo asmenybės veiksniai, kada sąmoningesni ir patirčiai atviresni sergantieji pasižymėjo aukštesniu fizinio aktyvumo lygiu. Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai taip pat išryškėjo kaip svarbūs nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prediktoriai: suvokiama socialinė parama prognozavo savo būklės stebėjimą, o subjektyvios normos – mitybos ypatumus. Be to, moterys ir sergantieji ne viena, o daugiau ligų pasižymėjo tinkamesne mityba. Nors gretutinių ligų buvimas prognozuoja geresnį sergančiojo mitybos ypatumų atitikimą gydymo nurodymams, labai

tikėtina, kad šis ryšys yra specifiskas hipertenzijos ir cukrinio diabeto komorbidiškumui, o kitų lėtinių ligų atveju gali būti priešingas.

#### **4.4 Netiesiogiai su medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymusi susiję veiksniai**

Analizuojant medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognostinius veiksnius nustatyti tiesioginio ryšio neturintys, bet prie medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi paaiškinimo prisidedantys veiksniai.

Skirtingai negu buvo numatoma, tarp sergančiojo požiūrio į gydymą skiriantį gydytoją ir medikamentinio bei nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi nebuvo nustatyta reikšmingo prognostinio ryšio. Tačiau šio tyrimo rezultatai nesumenkina gydančio gydytojo reikšmės GNL, o greičiau rodo, koks yra gydytojo vaidmuo ir kokiais aspektais gydytojas prisideda prie sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL. Kai gydymą skiriantis ir ligos eigą prižiūrintis gydytojas sergančiojo vertinamas kaip labiau kompetentingas ir geranoriškas sergančiojo atžvilgiu, gydytojo teikiamos rekomendacijos, susijusios su medikamentiniu ar nemedikamentiniu gydymu, lengviau priimamos jomis neabejojant (Barnoy et al., 2012), o tai savo ruožtu formuoja GNL palankesnius sergančiojo įsitikinimus apie gydymą. Nors yra teigiama, kad ne asmens patirties, o antrinių šaltinių formuojami įsitikinimai yra dažniau neatitinkantys tikrovės, mažiau stabilūs ir turintys mažesnės reikšmės elgesiui (Ajzen & Fishbein, 2000), o tai savo ruožtu gali būti paaiškinta tuo, kad laikui bėgant antrinių šaltinių suformuoti ir ne visai tikslūs įsitikinimai yra koreguojami tiesioginės patirties, tačiau šiame tyrime sergančiojo požiūris į gydantį gydytoją buvo stipresnis nei kiti įsitikinimų apie gydymą prediktoriai. Minėti autoriai neanalizuoja antrinio šaltinio patikimumo, o lėtine liga sergančiojo atveju sveikatos priežiūros specialisto teikiama informacija, skirtingai negu kitų antrinių šaltinių, gali būti traktuojama kaip pakankamai patikimas, tikrovę atitinkančios informacijos šaltinis, leidžiantis formuoti stabilius įsitikinimus. Taigi, šiame tyrime gauti rezultatai leidžia daryti

prielaidą, kad kai sergantysis pripažįsta savo gydytojo kompetenciją ir yra patenkintas bendravimu, jis lengviau pripažįsta rekomenduojamų tiek medikamentinių, tiek nemedikamentinių gydymo būdų efektyvumą, jų potencialią naudą savo sveikatai ir poreikį, arba mažiau dėmesio kreipia į galimus su gydymu susijusius sunkumus ir gydymui kylančias kliūtis; tuo tarpu sergančiojo įsitikinimai apie gydymą jau tiesiogiai prognozuoja visus GNL aspektus.

Sergančiojo įsitikinimai apie gydymą, kurie šiame tyrime atspindi medikamentinio ar nemedikamentinio gydymo N-Kb, bei ligos suvokimas gali būti prognozuojami gydymo ypatumų ir sveikatos būklės veiksnių. Šie tyrimo rezultatai patvirtina prielaidą, kad asmens įsitikinimai formuojami tiesioginės patirties (Ajzen & Fishbein, 2000; Hagger & Orbell, 2003; Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992; Leventhal et al., 1998), bei parodo, kokie patirties veiksniai išryškėja kaip svarbiausi. Remiantis šio tyrimo rezultatais, galime teigti, kad kuo rečiau sergantysis patiria šalutinį vaistų poveikį, tuo palankiau jis vertina medikamentinį gydymą, o kuo geriau vertina savo sveikatos būseną, tuo labiau nauda atsveria kliūtis nemedikamentinio gydymo atveju. Be to, dažniau šalutinį vaistų poveikį patiriantys, ilgiau ir daugiau ligų sergantys bei prasčiau savo sveikatos būklę vertinantys sergantieji suvokia savo lėtinę ligą kaip keliančią didesnę riziką sveikatai; tuo tarpu suvokiamą ilgesnę ligos trukmę prognozuoja faktinė ligos trukmė ir vartojamų vaistų rūšių kiekis. Kaip buvo minėta ankstesniuose skyriuose, prognozuojant medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi nei vienas iš sveikatos būklės veiksnių neišryškėjo kaip reikšmingas tiesioginis prediktorius, o prognozuojant nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi bei jį sudarančius faktorius nustatyta, kad iš sveikatos būklės veiksnių tik lėtinių ligų skaičius tiesiogiai prognozuoja kai kuriuos GNL aspektus. Pastebėtina yra tai, kad prognostiniuose tiesinės hierarchinės regresijos modeliuose įvedus kognityvinius – sergančiojo ligos suvokimo bei įsitikinimų apie gydymą – veiksnius, lėtinių ligų skaičiaus prognostinė vertė nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymuisi ir mitybos ypatumams sumažėjo, o savo būklės

stebėjimo atveju ryšys tapo nereikšmingu. Apibendrinant, minėti rezultatai rodo, kad sveikatos būklės ir gydymo veiksmų vaidmuo GNL kontekste išlieka labai svarbus, tačiau ne gydymo ar sveikatos būklės charakteristikos savaime turi reikšmės sergančiojo elgesiui, o jų pagrindu suformuoti sergančiojo įsitikinimai apie gydymą ir ligos suvokimas, kurie tiesiogiai prognozuoja sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi.

Pasitaiko atvejų, kai ryšys tarp GNL ir suvokiamos ligos kontrolės nėra nustatomas (pavyzdžiui, Platt et al., 2014), nemažai autorių teigia, kad suvokiama ligos kontrolė reikšmingai prognozuoja su GNL susijusį elgesį (Broadbent et al., 2011; Griva, et al., 2000; Mann et al., 2009; Mosleh & Almalik, 2014; Ross et al., 2004). Nors šiame tyrime reikšmingas prognostinis ryšys tarp suvoktos ligos kontrolės ir GNL faktorių nustatytas nebuvo, tai dar neleidžia griežtai teigti, kad ligos kontrolės suvokimas neveikia lėtine liga sergančiojo gydymo nurodymų laikymosi. Analizuojant GNL prognozuojančių veiksmų tarpusavio ryšius, pastebėta, kad tarp suvoktos ligos kontrolės ir medikamentinio bei nemedikamentinio gydymo N-Kb egzistuoja reikšmingas ryšys. Šis ryšys sunkiai paaiškinamas teorinėmis prielaidomis, kadangi teoriniai modeliai dažniausiai neanalizuoja prognostinių veiksmų tarpusavio ryšio, tačiau jis atrodo logiškas. Neretai asmens įsitikinimai būna nenuoseklūs, tačiau tuo atveju, kai asmuo savo ligą suvokia kaip nekontroliuojamą, vargu ar galima tikėtis, jog gydymo rekomendacijas jis vertintų kaip galinčias pagerinti jo sveikatos būklę ir naudingas. Suvoktos ligos kontrolės ir įsitikinimų apie gydymą nustatyta sąsaja leidžia daryti prielaidą, kad suvokta ligos kontrolė sudaro savotišką pamatą gydymo veiksmingumui vertinti, ir tokiu būdu netiesiogiai siejasi su GNL, tačiau šios prielaidos pagrindimas reikalauja papildomos analizės ir nuodugnesnių tyrimų.

Apibendrinami galime teigti, jog šiame tyrime gauti rezultatai dera su kitų tyrėjų gautais duomenimis ir gali būti pagrįsti su sveikata susijusį elgesį aiškinančių modelių teorinėmis prielaidomis. Duomenų rinkimui buvo naudojami gerą konstrukto validumą turintys ir patikimi vertinimo

instrumentai, o tyrime dalyvavusių sergančiųjų imtis yra pakankamai įvairi: be hipertenzijos ir II tipo cukrinio diabeto, penktadaliui tiriamųjų buvo diagnozuotos kitos lėtinės ligos, be to, pagal sociodemografines charakteristikas tiriamųjų imtis nelabai nutolusi nuo vyresnio – priešpensinio ir pensinio – amžiaus Lietuvos gyventojų. Tyrimo rezultatai rodo, kad sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi geriausiai paaiškina dviejų antro lygmens faktorių struktūra, kuri apima medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi. Rezultatai taip pat patvirtina tyčinio ir netyčinio vaistų neįvertinimo išskyrimo svarbą. Netyčinis vaistų neįvertinimas gali būti prognozuojamas sergančiojo sąmoningumo ir darbinio statuso, o tyčinis – vaistų šalutinio poveikio dažnumo ir subjektyvių normų, tačiau skirtingai negu galima būtų tikėtis, tiek tyčinis, tiek netyčinis vaistų neįvertinimas yra prognozuojami sergančiojo įsitikinimų apie gydymą ir ligos suvokimo, ir tai rodo, kad netyčinis vaistų neįvertinimas nėra nulemtas vien sergančiojo užmaršumo. Be to, tyrimo metu buvo nustatyta, kad mikroaplinkos veiksniai reikšmingai prisideda prie sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi paaiškinimo. Skirtingai negu artimųjų parama ir subjektyvios normos, sergančiojo požiūris į gydytoją neturi tiesioginio poveikio jo elgesiui, tačiau, kai sergantysis teigiamai vertina gydytojo kompetenciją ir bendravimo pobūdį, jis išvelgia daugiau gydymo naudos ir mažiau kliūčių. Galiausiai, rezultatai rodo, kad iš asmenybinių veiksnių gydymo nurodymų laikymuisi svarbiausias yra sergančiojo sąmoningumo bruožas. Taip pat svarbu paminėti, kad tyrimo metu nustatyti prognostiniai veiksniai neleidžia dideliu tikslumu prognozuoti su GNL susijusio sergančiojo elgesio, kadangi duomenų variacijos paaiškinimo procentas nei viename iš gautų prognostinių modelių neviršijo 30 proc. Tačiau net tuo atveju, kai prognostinis modelis gali paaiškinti tik mažą procentą momentinės duomenų sklaidos, jis gali būti efektyvus prognozuojant bendrą elgesio lygį (Weinstein & Rothman, 2005). Todėl manome, kad gauti rezultatai yra naudingi ir praturtina žinias sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL srityje.

#### 4.5 Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams

Nors šiame tyrime pavyko patvirtinti sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi konstrukto struktūrą bei nustatyti logiškus šį konstrukta sudarančių faktorių prediktorius, neišvengta ir tam tikrų tyrimo ribotumų. Visi tyrime analizuoti veiksniai buvo įvertinti remiantis vien sergančiųjų suteiktais duomenimis, o kaip parodė suvokiamos artimųjų paramos klausimyno faktorių analizė, galima įtarti, kad ne į visus klausimus, ypač į tyrimo pabaigą, tiriamieji atsakinėjo labai atidžiai. Be to, yra duomenų, kad sergančiųjų savistata grįstų vertinimo instrumentų gauti GNL rodikliai būna geresni, palyginti su tiesioginio ir netiesioginio sergančiojo elgesio stebėjimo metodais (Kronish & Ye, 2013), o tai leidžia manyti, kad sergančiojo pateikti atsakymai yra veikiami socialinio pageidaujimumo. Dėl šių priežasčių ateities tyrimuose, siekiant pagerinti prognostinį tikslumą bei kontroliuoti tiriamųjų atsakymų šališkumą, rekomenduotume kombinuoti objektyvesnius ir savistata grįstus gydymo nurodymų laikymosi vertinimo metodus, o esant galimybei apklausti ir sergančiojo artimuosius, kurie gali betarpiškai stebėti sergančiojo su GNL susijusį elgesį.

Prie ribotumų verta paminėti ir tai, kad šio tyrimo imtyje nebuvo nei vieno sergančiojo, kuris visai nedalyvautų gydymo procese arba teigtų, kad visiškai nesilaiko gydymo nurodymų, kadangi visi tiriamieji, kurie buvo kviečiami dalyvauti tyrime, buvo arba ambulatoriniai sveikatos priežiūros įstaigos pacientai, arba priklausė pacientų organizacijai ir galiausiai nurodė, kad su gydymu susijusių rekomendacijų paiso bent iš dalies. Tolimesniuose tyrimuose ši problema galėtų būti išspręsta pasitelkus netikimybinės atsitiktinės atrankos metodą.

Šiame tyrime taip pat nepavyko surinkti patikimų duomenų apie sergančiųjų sveikatos rodiklius. Nors negalima kelti prielaidų, kad specifiniai sveikatos būklės rodikliai, tokie kaip sistolinis / diastolinis kraujospūdis arba glikozilinto hemoglobino rodikliai, prognozuoja gydymo nurodymų laikymąsi, o greičiau turėtų būti traktuojami kaip GNL pasekmė, šių kintamųjų įtraukimas



į analizę galėtų suteikti papildomos informacijos apie gydymo nurodymų laikymuisi svarbiausių prediktorių – ligos suvokimo ir įsitikinimų apie gydymą – galimas determinantes. Gydymo nurodymų laikymąsi tyrinėjančių psichologų glaudesnis bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais padėtų išspręsti sveikatos būklės duomenų patikimumo klausimą.

Be to, į tyrime atliekamą analizę nebuvo įtraukti tokie veiksniai kaip piktnaudžiavimas alkoholiu arba kiti sveikatai žalingi įpročiai. Nors yra daroma prielaida, kad piktnaudžiavimas alkoholiu ar kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis neturėtų būti traktuojamas kaip GNL dalis, ši prielaida nebuvo patikrinta šiame tyrime, nebuvo analizuojamos žalingų įpročių sąsajos nei su sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi aspektais, nei su juos prognozuojančiais veiksniais.

Kaip dažnai pasitaiko psichologiniuose elgesio tyrimuose naudojant savistata grįstus vertinimo instrumentus, išskirti prognostiniai veiksniai neleidžia paaiškinti visos ar net didžiosios dalies gydymo nurodymų laikymuisi priskiriamos elgsenos variacijos. Todėl natūraliai kyla klausimas: kokie dar kintamieji, kurie nebuvo analizuojami šiame tyrime, galėtų pagerinti nustatyto GNL aiškinančio modelio prognostinį tikslumą ir vertę? Ekologinio modelio atstovai sakytų, kad neverta apsiriboti vien sergančiojo ir jo mikroaplinkos veiksniais, o reikia plėsti kintamųjų ratą – įtraukti sveikatos priežiūros įstaigų ar sveikatos priežiūros sistemos ir politikos veiksnius (Berben et al., 2012) arba sutelkti dėmesį į kontekstui specifinius fizinės aplinkos veiksnius (Giles-Corti, Timperio, Bull, & Pikora, 2005). Ir šie siūlymai yra ne be pagrindo. Pavyzdžiui, tarpkultūrinis palyginimas parodė, kad šalyse, kuriose išlaidos vaistams yra kompensuojamos tik iš dalies arba ribotą laiką, medikamentinio gydymo nurodymų nesilaikymo atvejai yra kur kas dažnesni (Denhaerynck et al., 2006; Dew et al., 2007). O kalbant apie fizinės aplinkos veiksnius, empiriškai patvirtinta, kad atstumas iki sportui skirtos vietos tiek tiesiogiai, tiek netiesiogiai veikia suaugusiųjų ir paauglių fizinį aktyvumą (pavyzdžiui, Amazaki & Kemuriyama, 2014; Barr-Anderson, Hannan, Neumark-Sztainer, Bauer, & Story, 2014). Apibendrinant anksčiau išsakytas prielaidas, galima

pagrįstai manyti, kad ekologinio modelio atstovų siūlomų veiksnių analizė ir sisteminis požiūris gali suteikti papildomo aiškumo sergančiųjų lėtinėmis ligomis GNL kontekste.

Be ekologinio modelio šalininkų sufleruojamų visa apimančių sisteminių analizių, ateities tyrimuose potencialių gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojančių veiksnių sąrašą galima būtų papildyti ir tokiu labiau psichologijoje įprastu kintamuoju kaip sergančiojo keliami tikslai. Buvo nustatyta, kad aiškių asmeninių tikslų neturėjimas prognozuoja priešlaikinį svorio mažinimo programų nutraukimą II tipo cukriniu diabetu sergančių asmenų grupėje (Huisman, Maes, De Gucht, Chatrou, & Haak, 2010), o gyvensenos pokyčius skatinančios intervencinės programos, kurių metu sergantiesiems padedama išsikelti su sveikata susijusius tikslus, yra ne tik pakankamai ilgai efektyvios, bet ir yra veiksmingesnės nei tos, kurių metu su sergančiojo tikslais nėra dirbama (Janssen, De Gucht, Dusseldorp, & Maes, 2012). Taigi, sergančiųjų tikslų vertinimas ir jų turinio analizė galėtų prisidėti ir prie GNL paaiškinimo. Labai tikėtina, kad sergančiųjų tikslai yra labai individualūs ir specifiniai, o jų įvertinimas reikalautų giluminių kokybinių metodų, todėl derinant kiekybinius ir kokybinius tyrimo metodus tolimesniuose tyrimuose galima būtų ne tik nustatyti, kokio pobūdžio tikslai prisideda prie tinkamesnio GNL, bet taip pat įvertinti jų reikšmę kitų prognozuojančių veiksnių kontekste.

Galiausiai, ateities tyrimuose svarbu atsakyti į gydymo nurodymų laikymosi stabilumo klausimą. Empirinių duomenų apie GNL stabilumą ar kitimą laiko atžvilgiu lėtinių ir ilgai besitęsiančių ligų atveju iš tiesų yra nepakankamai. Nors yra tyrimų, rodančių, kad ankstesnis elgesys geriausiai prognozuoja GNL (Molfenter et al., 2012), tai leidžia tik labai atsargiai spėlioti apie reiškinių stabilumą. Net darant prielaidą, kad gydymo nurodymų laikymasis laikui bėgant kinta, skirtingos dinamikos grupių išskyrimas gali padėti nustatyti rizikos veiksnis, kurie lemia GNL rodiklių prastėjimą.

## 4.6 Praktinės rekomendacijos

Remiantis tyrimo rezultatais buvo parengtos rekomendacijos, skirtos sveikatos priežiūros specialistams ir sveikatos psichologams, dirbantiems su lėtinėmis ligomis sergančiais pirminės sveikatos priežiūros ar reabilitacijos įstaigose, planuojantiems ir vykdančioms sveikatos stiprinimą skatinančias bei lėtinių ligų komplikacijų prevencijos programas. Rekomendacijose taip pat aptariama, kokie veiksniai padėtų išskirti prasto gydymo nurodymų laikymosi rizikos pacientų grupes bei kokių veiksnių korekcijų reikia pirmiausiai imtis, siekiant pagerinti sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi.

1. Siekiant užtikrinti tinkamesnį tiek medikamentinio, tiek nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi, sveikatos priežiūros specialistai bei šioje srityje dirbantys psichologai turėtų didžiausią dėmesį skirti sergančiojo įsitikinimams apie gydymą. Sergančiajam svarbu ne tik detaliai papasakoti, kokius veiksmus ir kaip jam rekomenduojama savarankiškai atlikti norint pagerinti savo sveikatą ir išvengti ligos komplikacijų, bet taip pat kiek įmanoma daugiau dėmesio skirti išaiškinimui, kokie yra minėtų rekomendacijų tikslai ir kaip nuoseklus šių rekomendacijų vykdymas prisideda užtikrinant jų ligos kontrolę, taip praplečiant sergančiojo žinias ir formuojant jo įsitikinimus apie gydymo naudą. Ne mažiau svarbu yra aptarti ir galimas elgesiui kilsiančias kliūtis. Nors dažniausiai kliūčių išvengti arba jų sumažinti neįmanoma, gali būti labai naudinga kartu su sergančiuoju numatyti galimus sunkumus ir aptarti kliūčių įveikimo planą. Su gydymu susijusių kliūčių numatymas ir jų įveikos priemonių aptarimas gali suteikti sergančiajam didesnę kontrolės jausmą, o tai savo ruožtu padėtų sumažinti suvoktą kliūčių reikšmę gydymo naudos ir kliūčių balansui ir pakreiptų gydymo naudos ir kliūčių „svarstyklės“ gydymo nurodymų laikymuisi palankia linkme. Siekiant pagerinti arba paskatinti ir tolimesnį sergančiojo nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi, be gydymo naudos ir kliūčių įveikimo plano

aptarimo, su sergančiaisiais dirbantys specialistai turėtų skirti dėmesio detalaus ir lengvai suprantamo grįžtamojo ryšio apie sergančiojo sveikatos būklę ir jos pokyčius teikimui. Ši informacija neturėtų apsiriboti vien neigiamais aspektais. Patikima ir aiški informacija apie sveikatos būklės prastėjimą gali prisidėti prie ligos keliamos rizikos sveikatai suvokimo, o tai savo ruožtu gali paskatinti sergantįjį daugiau dėmesio skirti savo būklės stebėjimui, kadangi sveikatos vertinimas tiesiogiai prognozuoja su savo būklės stebėjimu susijusią suvokiamą riziką sveikatai. Svarbu pastebėti ir atkreipti sergančiojo dėmesį ir į atsiradusius teigiamus sveikatos pokyčius, pabrėžiant sergančiojo pastangas, kadangi sergančiojo sveikatos vertinimas taip pat prisideda prie nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balanso, kuris tiesiogiai susijęs su visais nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi aspektais. O siekiant pagerinti medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi, kai sergantysis dažnai pamiršta ar nutraukia vaistų vartojimą, svarbu išsiaiškinti, kaip sergantysis suvokia ligos trukmę, ir jeigu sergančiajam atrodo, kad liga yra trumpalaikė arba tik kartkartėmis pasikartojanti, bet ne nuolatinė – aptarti su sergančiuoju lėtinės ligos ypatumus ir realią ligos trukmę.

2. Sergančiojo požiūris į gydantį gydytoją, kuris apima ne tik suvokiamą gydytojo kompetenciją, bet ir bendravimo su sergančiuoju pobūdį, yra vienas svarbiausių sergančiojo įsitikinimų apie gydymą veiksmių. Todėl gydytojo komunikacijos ir bendradarbiavimo su sergančiuoju gerinimas galėtų prisidėti prie geresnio gydymo nurodymų laikymosi. Vėlgi, bendravimo įgūdžių lavinimas neturėtų apsiriboti vien kontakto užmezgimo, pasitikėjimu grįsto santykio formavimo, atidaus, empatiško ir neteisiančio klausymosi aspektais, kurie padėtų sergančiajam išsakyti su gydymu susijusius rūpesčius. Labai svarbus sveikatos priežiūros srityje yra ir su sveikata susijusios informacijos teikimo (angl. *health communication*) įgūdžių lavinimas, kuris padėtų specialistams sudėtingą su sveikata ir gydymu susijusią informaciją

teikti paprasta, skirtingoms pacientų grupėms ir jų artimiesiems suprantama kalba; tinkamai paaiškinti su rizika sveikatai susijusią informaciją (pavyzdžiui, rekomenduojama naudoti tiek skaitinę, tiek žodinę tikimybės išraišką); priklausomai nuo tikslo formuoti atitinkamą žinutę, tinkamai sudėlioti akcentus (pavyzdžiui, svarbiausią informaciją pateikiant pradžioje didėja jos išiminimo tikimybė) ir pan. Ne mažiau svarbu sveikatos priežiūros specialistus supažindinti su motyvacinio pokalbio pagrindais, kurių taikymas padėtų ne tik motyvuoti sergantįjį laikytis gydymo rekomendacijų, tinkamai paskatinti jo pastangas, bet taip pat kartu su sergančiuoju suformuoti konkrečius artimuosius ir tolimuosius gydymo tikslus, padėti sergančiajam numatyti individualizuotą veiksmų ir sunkumų įveikimo planą, o tai padėtų sveikatos priežiūros specialistams efektyviau formuoti GNL palankesnius sergančiojo įsitikinimus apie gydymą. Bendravimo ir motyvacinio pokalbio įgūdžius lavinantys kursai gali būti naudingi tiek jau dirbantiems, tiek rengiant jaunos sveikatos priežiūros specialistus.

3. Esant galimybei, sergančiojo artimųjų įtraukimas į gydymo procesą gali teigiamai paveikti sergančiojo gydymo nurodymų laikymąsi. Viena vertus, sergančiojo artimieji gali būti svarbiu paramos ir pagalbos šaltiniu, tad jų skatinimas palaikyti sergantįjį gali palengvinti gydymo nurodymų laikymąsi, ypač nemedikamentinio gydymo atveju. Kita vertus, kai sergančiojo artimųjų nuostatos apie gydymą prieštarauja gydymo rekomendacijoms, tai gali formuoti gydymo nurodymų laikymuisi nepalankias subjektyvias normas, todėl svarbiu tampa ne tik sergančiojo, bet ir jo artimųjų švietimas. Tuomet, kai dėl ribotų galimybių tiesioginis darbas su sergančiojo artimaisiais yra neįmanomas, galima skatinti patį sergantįjį kreiptis į savo artimuosius paramos bei rekomenduoti kartu su savo artimaisiais papildomai pasidomėti liga ir jos gydymu arba parengti artimiesiems skirtus informacinius bukletus, kurie akcentuotų GNL svarbą sergant lėtine

liga ir aprašytų galimus būdus, kaip jie galėtų padėti ir palaikyti sergantį (pavyzdžiui, priminti išgerti paskirtus vaistus; padėti užsirašyti ir nuvykti pas sveikatos priežiūros specialistą), sukurti sveikatą puoselėjančią aplinką sergančiajam (pavyzdžiui, skatinti aktyvesnį laisvalaikio praleidimą; domėtis sveikesnio maisto receptais ar kartu gaminti tinkamesnį maistą).

4. Neabejotinai svarbiausias gydymo tikslas medicininio požiūriu yra pasiekti terapinį efektą ir palaikyti stabilią sergančiojo būklę, tačiau skirdami vaistus sveikatos priežiūros specialistai turėtų atsižvelgti į tai, kad pasirenkant sudėtingą vaistų vartojimo grafiką, kai sergančiajam tenka daugelį kartų per dieną gerti vaistus, didėja tikimybė, kad sergantysis prastai laikysis gydymo nurodymų ir paskirtų vaistų tiesiog negers, ypač tais atvejais, kai sergantysis patiria šalutinį vaistų poveikį. Kai sudėtingos vaistų vartojimo schemas ir dažno vaistų vartojimo išvengti neįmanoma dėl neigiamo poveikio terapiniam efektui, sveikatos priežiūros specialistas turėtų daugiau dėmesio skirti gydymo naudingumui pabrėžti bei įvertinti pasireiškiantį ir aptarti galimą šalutinį poveikį.
5. Dirbant su jaunesniais, o svarbiausia, dirbančiais asmenimis, kurių dienotvarkė yra labiau užimta, specialistai turėtų atsižvelgti į tai, kad šie sergantieji gali dažniau pamiršti išgerti vaistų. Be to, vyrai, nepriklausomai nuo amžiaus ar užimtumo, yra mažiau linkę paisyti mitybos rekomendacijų. Dėl šių priežasčių, dirbant su šiais sergančiais svarbu reguliariai įvertinti, kaip vyksta gydymo procesas, nemoralizuojant ir nepriekaištaujant teirautis, kaip sergančiajam sekasi laikytis gydymo rekomendacijų, o nustačius nepakankamą gydymo nurodymų laikymąsi atkreipti sergančiojo dėmesį į gydymo svarbą bei esant galimybei paskatinti sergantį imtis pagalbinių priemonių (pavyzdžiui, nusistatyti priminimus telefone apie tai, kad laikas išgerti vaistus; naudoti išmaniausias vaistų dėžutes, kurios ne tik primena, kada reikia išgerti vaistus, bet taip pat praneša,

kada artėja laikas papildyti vaistų atsargas; naudoti pedometrą arba kitas programėles, kurios leidžia įsivertinti fizinio aktyvumo lygį; naudoti programėles, kurios padeda sužinoti maisto sudėtį bei pasirinkti labiau gydymo rekomendacijas atitinkančius maisto produktus) arba kreiptis į artimuosius padėti sukurti sveikata puoselėjančią aplinką.

## 5. IŠVADOS

1. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi geriausiai apibūdina hierarchinė 2 faktorių struktūra: medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis. Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis apima tyčinį ir netyčinį vaistų nevartojimą, nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis apima savo būklės stebėjimą, fizinį aktyvumą ir mitybos ypatumus.
2. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis įsitikinimai apie gydymą, kuriuos atspindi suvoktų gydymo naudos ir kliūčių balansas, prognozuoja jiems būdingą gydymo nurodymų laikymąsi. Sergantieji, kurie paskirtą gydymą vertina kaip veiksmingesnį, naudingesnį jų sveikatai ir / arba gydymo nurodymų vykdymo procese išvelgia mažiau sunkumų ir kliūčių, linkę geriau laikytis gydymo rekomendacijų.
  - 2.1. Medikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas leidžia prognozuoti medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi bei jį sudarančius faktorius.
  - 2.2. Nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas leidžia prognozuoti nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi bei jį sudarančius faktorius.
3. Tam tikri sergančiųjų lėtinėmis ligomis ligos suvokimo aspektai prognozuoja jų gydymo nurodymų laikymąsi. Sergantieji, kurie suvokia savo ligą kaip ilgiau trunkančią, linkę tinkamiau paisyti medikamentinio gydymo nurodymų, rečiau apgalvotai nutraukia vaistų vartojimą, pamiršta išgerti arba išgeria mažiau vaistų, nei buvo paskirta, nepasitarę su sveikatos priežiūros specialistu. Sergantiesiems, kurie savo ligą suvokia kaip keliančią didesnę riziką sveikatai, būdingas geresnis nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis bei jie reguliariau įsivertina savo sveikatos būseną savarankiškai ar padedami sveikatos priežiūros specialisto.
4. Asmenybiniai veiksniai, tokie kaip lėtine liga sergančiojo sąmoningumo ir atvirumo bruožai, leidžia prognozuoti tam tikrus gydymo nurodymų



laikymosi rodiklius. Sąmoningesni sergantieji griežčiau laikosi medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų, rečiau pamiršta išgerti arba neapgalvotai neišgeria paskirtų vaistų, palaiko aukštesnį fizinio aktyvumo lygį. Labiau išreikštas atvirumas patyrimui taip pat siejasi su tinkamesniais fizinio aktyvumo rodikliais.

5. Sociodemografiniai veiksniai, tokie kaip amžius, darbinis statusas ir lytis, leidžia prognozuoti tam tikrus sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymosi aspektus. Moterys linkusios geriau laikytis nemedikamentinio gydymo nurodymų ir labiau paiso su mityba susijusių rekomendacijų. Kita vertus, vyresnio amžiaus asmenys tinkamiau laikosi medikamentinio gydymo nurodymų, o nedirbantys arba į pensiją išėję sergantieji rečiau pamiršta išgerti paskirtus vaistus.
6. Sergančiojo mikroaplinkos veiksniai, tokie kaip suvokiama artimųjų parama, subjektyvios normos ir požiūris į gydantį gydytoją, tiesiogiai ir netiesiogiai prognozuoja sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi.
  - 6.1. Sergantieji, kurie mano gaunantys daugiau artimųjų palaikymo ir pagalbos, linkę geriau laikytis nemedikamentinio gydymo nurodymų bei reguliariau tikrinasi sveikatą.
  - 6.2. Kai lėtinėmis ligomis sergantieji įsivaizduoja, kad artimieji tikisi griežtesnio gydymo nurodymų laikymosi, jie geriau paiso medikamentinio gydymo rekomendacijų, rečiau apgalvotai nustoja gerti vaistus arba sumažina vartojamų vaistų kiekį, geriau laikosi mitybos apribojimų ir suvokia savo ligą kaip keliančią didesnę riziką sveikatai.
  - 6.3. Sergančiojo požiūris į gydantį gydytoją neturi tiesioginio ryšio su gydymo nurodymų laikymosi rodikliais, tačiau palankiau savo gydytoją vertinantys sergantieji paskirtą gydymą vertina kaip naudingesnę ir / arba susijusį su mažesnėmis kliūtimis – formuojamas teigiamas gydymo naudos ir kliūčių balansas, o tai savo ruožtu prognozuoja visus gydymo nurodymų laikymosi aspektus.

7. Sveikatos būklės ir gydymo ypatumai tiesiogiai ir netiesiogiai prognozuoja sergančiųjų lėtinėmis ligomis medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi.

7.1. Dažniau pasireiškiantis šalutinis vaistų poveikis, kuris savo ruožtu siejasi su vaistų vartojimo dažniu, prognozuoja prastesnį medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi bei dažnesnį apgalvotą vaistų vartojimo nutraukimą arba vartojamų vaistų kiekio sumažinimą. Be to, dažnesnis šalutinis poveikis prognozuoja didesnę suvokiamą riziką sveikatai, kuri tiesiogiai prognozuoja nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi. Didesnis skirtingų vaistų rūšių kiekis, kuris prognozuoja ilgesnę suvokiamą ligos trukmę, prisideda prie medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi prognozės tik netiesiogiai.

7.2. Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas ir faktinė ligos trukmė neturi tiesioginio ryšio su gydymo nurodymų laikymosi aspektais, tačiau prisideda prie tokių gydymo nurodymų laikymuisi svarbių veiksnių kaip suvokta rizika sveikatai ir nemedikamentinio gydymo naudos ir kliūčių balansas paaiškinimo, t. y. ilgiau sergantys ir prasčiau savo sveikatos būklę vertinantys sergantieji savo ligą suvokia kaip keliančią didesnę riziką sveikatai, o geriau savo sveikatos būseną vertinantys palankiau vertina nemedikamentinį gydymą. Sergantieji, kurie, be hipertenzijos ir kitų širdies kraujagyslių ligų, serga dar ir cukriniu diabetu, geriau laikosi nemedikamentinio gydymo nurodymų, labiau paiso mitybos rekomendacijų bei savo ligą suvokia kaip keliančią didesnę riziką sveikatai.

## LITERATŪRA

- Adams, A. S., Mah, C., Soumerai, S. B., Zhang, F., Barton, M. B., & Ross-Degnan, D. (2003). No Title. *BMC Health Services Research*, 3(1), 6. doi: 10.1186/1472-6963-3-6.
- Ahmadipour, H., Farajzadegan, Z., Kachoei, A., & Pirdehghan, A. (2010). Secondary Prevention by Enhancing Adherence in Diabetic Patients. *International Journal of Preventive Medicine*, 1(1), 50–55.
- Ahmed, A. T., Karter, A. J., & Liu, J. (2006). Alcohol consumption is inversely associated with adherence to diabetes self-care behaviours. *Diabet Med.*, 23(7), 795–802. doi: 10.1111/j.1464-5491.2006.01878.x.
- Ahola, J., & Groop, P.-H. (2013). Barriers to self-management of diabetes. *Diabetic Medicine*, 30, 413–420. doi: 10.1111/dme.12105.
- Ajzen, I. (2002). Residual Effects of Past on Later Behavior: Habituation and Reasoned Action Perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 107–122.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113–1127. doi: 10.1080/08870446.2011.613995.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the Attitude-Behavior Relation: Reasoned and Automatic Processes. *European Review of Social Psychology*, 11(1), 1–33. doi: 10.1080/14792779943000116.
- AlGhurair, S. A., Hughes, C. A., Simpson, S. H., & Guirguis, L. M. (2012). A systematic review of patient self-reported barriers of adherence to antihypertensive medications using the world health organization multidimensional adherence model. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, 14(12), 877–886. doi: 10.1111/j.1751-7176.2012.00699.x.
- Alhamad, Z. (2013). Reasons for missing appointments in general clinics of primary health care center in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2(2), 258–267. doi: 10.5455/ijmsph.2013.2.256-265.
- AlHewiti, A. (2014). Adherence to Long-Term Therapies and Beliefs about Medications. *International Journal of Family Medicine*, 1–8. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/479596>.
- Allen, M. S., & Vella, S. A. (2015). Longitudinal determinants of walking, moderate, and vigorous physical activity in Australian adults. *Preventive Medicine*, 78, 101–104. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.07.014.

- Amazaki, M., & Kemuriyama, C. (2014). *The influence of environmental factors on physical activity among Japanese exercisers: An application of the health action process approach*. 28th International congress of applied psychology, Paris, France. Paimta iš <https://b-com.mci-group.com/Abstract/Statistics/AbstractStatisticsViewPage.aspx?AbstractID=184175>.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, *40*, 471–499.
- Aronson, J. K. (2007). Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *63*(4), 383–384.
- Atmoko, D. D. (2013). *Testing Construct Validity of the Big Five Inventory (Indonesian Adaptation) Using Confirmatory Factor Analysis* (April 1, 2013). Paimta iš <http://ssrn.com/abstract=2242747>.
- Axelsson, M. (2013). Report on personality and adherence to antibiotic therapy: a population-based study. *BMC Psychology*, *1*, 24. doi: 10.1186/2050-7283-1-24.
- Axelsson, M., Brink, E., Lundgren, J., & Lötvall, J. (2011). The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An Epidemiological Study in West Sweden. *PLoS One*, *6*(3), e18241. doi: 10.1371/journal.pone.0018241.
- Axelsson, M., Cliffordson, C., Lundbäck, B., & Lötvall, J. (2013). The function of medication beliefs as mediators between personality traits and adherence behavior in people with asthma. *Patient Preference and Adherence*, *7*, 1101–1109. doi: 10.2147/PPA.S49725.
- Baghianimoghadam, M. H., Rahaee, Z., Morowatisharifabad, M. A., Sharifirad, G., Andishmand, A., & Azadbakht, A. (2010). Effects of education on self-monitoring of blood pressure based on BASNEF model in hypertensive patients. *Journal of Research in Medical Science*, *15*(2), 70–77.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, *31*(2), 143–164. doi: 10.1177/1090198104263660.
- Bandura, A. (2005). The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion. *Applied Psychology: An International Review*, *54*(2), 245–254. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x.
- Barbosa, C. D., Balp, M.-M., Kulich, K., Germain, N., & Rofail, D. (2012). A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Preference and Adherence*, *6*, 39–48.

- Barnette, J. J. (2000). Effects of stem and Likert response option reversals on survey internal consistency: If you feel the need, there is a better alternative to using those negatively worded stems. *Educational and Psychological Measurement, 60*, 361–370.
- Barnoy, S., Ofra, L., & Bar-Tal, Y. (2012). What makes patients perceive their health care worker as an epistemic authority? *Nursing Inquiry, 19*(2), 128–133. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00562.x.
- Bar-Tal, Y., Stasiuk, K., & Maksymiuk, R. A. (2013). Patients' Perceptions of Physicians' Epistemic Authority When Recommending Flu Inoculation. *Health Psychology, 32*(6), 706–709. doi: 10.1037/a0027356.
- Barr-Anderson, D. J., Hannan, P. J., Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., & Story, M. (2014). Perception vs Reality: Is Perceived or Objective Proximity to Physical Activity Opportunities in the Environment More Associated With Recent Use Among Adolescent Girls? *Women in Sport and Physical Activity, 22*, 107–112. doi: 10.1123/wspaj.2014-0009.
- Batulevičienė, V., Gaidimaukaitė, S., ir Batulevičius, D. (2013). Lietuvos gyventojų II tipo cukrinio diabeto valdymas. *Sveikatos mokslai, 23*(4), 78–83. doi: 105200/sm-hs.2013.095.
- Beavers, A. S., Lounsbury, J. W., Richards, J. K., Huck, S. W., Skolits, G. J., & Esquivel, S. L. (2013). Practical Considerations for Using Exploratory Factor Analysis in Educational Research. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 18*(6), 1–13.
- Bekke-Hansen, S., Weinman, J., Thastum, M., Thygesen, K., & Zachariae, R. (2014). Psycho- social factors are important for the perception of disease in patients with acute coronary disease. *Danish Medical Journal, 61*(8):A4885.
- Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). *Los Cinco Grandes* across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 729–750.
- Berben, L., Dobbels, F., Engberg, S., Hill, M. N., & De Geest, S. (2012). An ecological perspective on medication adherence. *Western Journal of Nursing Research, 34*(5), 635–653. doi: 10.1177/0193945911434518.
- Bogg, T., & Robert, B. W. (2013). The Case for Conscientiousness: Evidence and Implications for a Personality Trait Marker of Health and Longevity. *Ann Behav Med, 45*(3), 278–288. doi: 10.1007/s12160-012-9454-6.
- Breaux-Shropshire, T. L., Brown, K. C., Pryot, E. R., & Maples, E. H. (2012). Relationship of Blood Pressure Self-Monitoring, Medication Adherence, Self-Efficacy, Stage of Change, and Blood Pressure Control Among Municipal Workers With Hypertension. *Workplace Health Saf, 60*(7), 1–18. doi: 10.3928/21650799-20120625-04.

- Bretzel, R. G. (2007). Comorbidity of Diabetes Mellitus and Hypertension in the Clinical Setting: A review of Prevalence, Pathophysiology, and Treatment Perspectives. *Clinical Therapeutics*, 29(Supplement B), 35–43.
- Briesacher, B. A., Andrade, S. E., Fouayzi, H., & Chan, K. A. (2008). Comparison of Drug Adherence Rates Among Patients with Seven Different Medical Conditions. *Pharmacotherapy*, 28(4), 437–443. doi: 10.1592/phco.28.4.437.
- Broadbent, E., Donkin, L., & Stroh, J. C. (2011). Illness and Treatment Perceptions Are Associated With Adherence to Medications, Diet, and Exercise in Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 34, 338–340. doi: 10.2337/dc10-1779.
- Brown, S. C., & Park, D. C. (2003). Theoretical Models of Cognitive Aging and Implications for Translational Research in Medicine. *The Gerontologist*, 43(1), 57–67. doi: 10.1093/geront/43.suppl\_1.57.
- Bruce, J. M., Hancock, L. M., Arnett, P., & Lynch, S. (2010). Treatment adherence in multiple sclerosis: association with emotional status, personality, and cognition. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 219–227. doi: 10.1007/s10865-010-9247-y.
- Bucks, R. S., Hawkins, K., Skinner, T. C., Horn, S., Seddon, P., & Horne, R. (2009). Adherence to Treatment in Adolescents with Cystic Fibrosis: The Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs. *J. Pediatr. Psychol.*, 34(8), 893–902. doi: 10.1093/jpepsy/jsn135.
- Byrne, M., Walsh, J., & Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 403–415. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.11.010.
- Cameron, A. (2004). Kurtosis. In M. S. Lewis-Beck, A. Bryman, & T. F. Liao (Eds.), *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods* (pp. 544–546). Thousand Oaks: John SAGE Publications.
- Car, J., Gurol-Urganci, I., de Jongh, T., Vodopivec-Jamsek, V., & Atun, R. (2012). Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database Syst Rev.*, 11(7), CD007458. doi: 10.1002/14651858.CD007458.pub2.
- Carpenter, C. J. (2010). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior. *Health Communication*, 25, 661–669. doi: 10.1080/10410236.2010.521906.
- Champion, V. L., & Sugg Skinner, C. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (pp. 45–65). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

- Chatterjee, J. S. (2006). From compliance to concordance in diabetes. *J Med Ethics*, *32*, 507–510. doi: 10.1136/jme.2005.012138.
- Chatzisarantis, N. L. D., & Hagger, M. S. (2008). Influences of personality traits and continuation intentions on physical activity participation within the theory of planned behaviour. *Psychology & Health*, *23*, 347–367.
- Chen, S. L., Tsai, J. C., & Chou, K. R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, *48*, 235–245. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.07.005.
- Chen, S-L., Lee, W-L., Liang, T., & Liao, I.-C. (2014). Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(9), 2031–2040. doi: 10.1111/jan.12361.
- Chiorri, C., Marsh, H. W., Ubbiali, A., & Donati, D. (2015). Testing the Factor Structure and Measurement Invariance Across Gender of the Big Five Inventory Through Exploratory Structural Equation Modeling. *Journal of Personality Assessment*, 1–12. doi: 10.1080/00223891.2015.1035381.
- Chou, K. L. (2008) The Prevalence and Clustering of Four Major Lifestyle Risk Factors in Hong Kong Chinese Older Adults. *Journal of Aging and Health*, *20*(7), 788–803. doi: 10.1177/0898264308321082.
- Choudhry, N. K., Patrick, A. R., Antman, E. M., Avorn, J., & Shrank, W. H. (2008). Cost-effectiveness of providing full drug coverage to increase medication adherence in post-myocardial infarction Medicare beneficiaries. *Circulation*, *117*, 1261–1268.
- Choudhry, N. K., Setoguchi, S., Levin, R., Winkelmayr, W. C., & Shrank, W. H. (2008). Trends in adherence to secondary prevention medications in elderly post-myocardial infarction patients. *Pharmacotherapy and Drug Safety*, *17*, 1189–1196. doi: 10.1002/pds.1671.
- Christensen, A. J., & Simth, T. W. (1995). Personality and Patient Adherence: Correlates of the Five-Factor Model in Renal Dialysis. *Journal of Behavioral Medicine*, *18*(3), 305–313.
- Chun, C., Kam, S., & Meyer, J. P. (2015). How Careless Responding and Acquiescence Response Bias Can Influence Construct Dimensionality: The Case of Job Satisfaction. *Organizational Research Methods*, *18*(3), 512–541. doi: 10.1177/1094428115571894.
- Chung, M. L., Lennie, T. A., Mudd-Martin, G., & Moser, D. K. (2015). Adherence to a Low-Sodium Diet in Patients With Heart Failure Is Best When Family Members Also Follow the Diet. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, *30*(1), 44–50. doi: 10.1097/JCN.0000000000000089.

- Chung, M. L., Moser, D. K., Lennie, T. A., Worrall-Carter, L., Bentley, B., Trupp, R., & Armentano, D. S. (2006). Gender Differences in Adherence to the Sodium-Restricted Diet in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure, 12*(8), 628–634. doi: 10.1016/j.cardfail.2006.07.007.
- Clifford, S., Barber, N., & Horne, R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the Necessity-Concerns Framework. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(1), 41–46. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.05.004.
- Cohen, A. D., Kaplan, D. M., Shapiro, J., Levi, I., Vardy, D. A. (2005). Health provider determinants of nonattendance in pediatric otolaryngology patients. *Laryngoscope, 115*(10), 1804–1808.
- Cohn, S. E., Jiang, H., Mccutchan, J. E., Koletar, S. L., Murphy, R. L., Robertson, K. R., ..., Williams, P. L. (2011). Association of Ongoing Drug and Alcohol Use with Non-Adherence to Antiretroviral Therapy and Higher Risk of AIDS and Death: Results from ACTG 362. *AIDS Care, 23*(6), 775–785. doi: 10.1080/09540121.2010.525617.
- Conner, M., & Abraham, C. (2011). Conscientiousness and Theory of Planned Behavior: Toward a More Complete Model of Antecedents of Intention and Behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(11), 1547–1561.
- Conner, M., Norman, P., & Bell, R. (2002). The Theory of Planned Behavior and Healthy Eating. *Health Psychology, 21*(2), 194–201. doi: 10.1037//0278-6133.21.2.194.
- Conner, M., Rodgers, W., & Murray, T. (2007). Conscientiousness and the intention-behaviour relationship: Predicting exercise behaviour. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 29*, 518–533.
- Costa, P. T. ir McCrae, R. R. (2012). *Taisyto NEO asmenybės (NEO PI-R) ir NEO penkių faktorių (NEO-FFI) klausimynų vadovas*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation, 10* (7), 1–9.
- Courneya, K. S., Friedenreich, C. M., Sela, R. A., Quinney, A., & Rhodes, R. E. (2002). Correlates of Adherence and Contamination in a Randomized Controlled Trial of Exercise in Cancer Survivors: An Application of the Theory of Planned Behavior and the Five Factor Model of Personality. *Annals of Behavioral Medicine, 24*(4), 257–268.



- Čekanavičius, V. (2011). Taikomoji regresinė analizė socialiniuose tyrimuose. Kaunas. Paimta iš [http://www.lidata.eu/files/mokymai/trast/Regresine\\_Analize\\_soc\\_tyrimuose.pdf](http://www.lidata.eu/files/mokymai/trast/Regresine_Analize_soc_tyrimuose.pdf).
- Day, D. S., van Dort, P., & Tay-Teo, K. (2010) Improving participation in cancer screening programs: a review of social cognitive models, factors affecting participation, and strategies to improve participation. *Victorian Cytol Serv, 1*, 8–10.
- Danilevičiūtė, V., Adomaitienė, V., Sveikata, A., Mačiulaitis, R., Kaduševičius, E., ir Volbeckas, V. Gydytojo nurodymų laikymosi problema: pacientų, sergančių depresija ir vartojančių disperguojamąją burnoje tablete, apklausos duomenys. *Medicina, 42*(12), 1006–1012.
- Dasgupta, K., Quinn, R. R., Zarnke, K. B., Rabi, D. M., Ravani, P., Daskalopoulou, S. S., & Poirier, L. (2014). The 2014 Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *The Canadian Journal of Cardiology, 30*(5), 485–501. doi: 10.1016/j.cjca.2014.02.002.
- De Bruijn, G. J., de Groot, R., van den Putte, B., & Rhodes, R. (2009). Conscientiousness, Extroversion, and Action Control: Comparing Moderate and Vigorous Physical Activity. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 31*, 724–742.
- De Geest, S., Ruppard, T., Berben, L., Schönfeld, S., & Hill, M. N. (2014). Medication non-adherence as a critical factor in the management of presumed resistant hypertension: a narrative review. *EuroIntervention : Journal of EuroPCR in Collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology, 9*(9), 1102–1109. doi: 10.4244/EIJV9I9A185.
- De Jongh, T., Gurol-Urganci, I., Vodopivec-Jamsek, V., Car, J., & Atun, R. (2012). Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses. *Cochrane Database Syst Rev, 12*, CD007459. doi: 10.1002/14651858.CD007459.pub2.
- De Ridder, D. T. D., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M., & Baumeister, R. F. (2012). Taking stock of self-control: a meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review, 16*, 76–99. doi: 10.1177/1088868311418749.
- De Vries, S. T., Keers, J. C., Visser, R., de Zeeuw, D., Haaijer-Ruskamp, F. M., Voorham, J., & Denig, P. (2014). Medication beliefs, treatment complexity, and non-adherence to different drug classes in patients with type 2 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research, 76*, 134–138. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.11.003.

- Denhaerynck, K., Desmyttere, A., Dobbels, F., Moons, P., Young, J., Siegal, B., ..., Geest, S. (2006). Nonadherence with immunosuppressive drugs: US compared with European kidney transplant recipients. *Progress in Transplantation*, *16*(3), 206–214.
- Dew, M. A., DiMartini, A. F., De Vito Dabbs, A., Myaskovsky, L., Steel, J., ..., Greenhouse, J. B. (2007). Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. *Transplantation*, *83*(7), 858–73.
- Didarloo, A., Shojaeizadeh, D., Gharaaghaji, R., Niknami, S., & Khorami, A. (2014). Psychosocial Correlates of Dietary Behaviour in Type 2 Diabetic Women, Using a Behaviour Change Theory. *Journal of Health, Population and Nutrition*, *32*(2), 335–341.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, *5*(1), 11–38. doi: 10.1007/BF02090456.
- DiMatteo, M. R. (2004a). Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative Review of 50 Years of Research. *Medical Care*, *42*(3), 200–209.
- DiMatteo, M. R. (2004b). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, *23*(2), 207–218. doi: 10.1037/0278-6133.23.2.207.
- DiMatteo, M. R., Haskard, K. B., & Williams, S. L. (2007). Health Beliefs, Disease Severity, and Patient Adherence: A Meta-Analysis. *Medical Care*, *45*(6), 521–528. doi: 10.1097/MLR.0b013e318032937e.
- DiStefano, C., & Molt, R. W. (2006). Further Investigating Method Effects Associated With Negatively Worded Items on Self-Report Surveys. *Structural Equation Modeling*. *13*(3), 440–464.
- DiStefano, C., & Molt, R. W. (2009). Personality correlates of method effects due to negatively worded items on the Rosenberg Self-Esteem scale. *Personality and Individual Differences*, *46*, 309–313.
- Domeikienė, A., Vaivadaitė, J., Ivanauskienė, R., & Padaiga, Ž. (2014). Direct cost of patients with type 2 diabetes mellitus healthcare and its complications in Lithuania. *Medicina*, *50*(1), 54–60. doi: 10.1016/j.medici.2014.05.007.
- DuMontier, C., Rindfleisch, K., Pruszynski, J., & Frey III, J. J. (2013). A Multi-Method Intervention to Reduce No-Shows in an Urban Residency Clinic. *Family Medicine*, *45*(9), 634–641.
- El-Din, N. M. M., Al-Shakhs, F. N., & Al-Oudah, S. S. (2008). Missed appointments at a university hospital in Eastern Saudi Arabia: magnitude and association factors. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, *83*(5-6), 415–433.

- Elfhag, K., & Morey, L. C. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors, 9*(3), 285–293. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.10.003.
- Elis, A., Lisher, M., & Melamed, S. (2011). Treatment beliefs and attending follow-up visits in a lipid clinic. *British Journal of Health Psychology, 16*, 61–71. doi: 10.1348/135910710X510232.
- Emilsson, M., Berndtsson, I., Lötval, J., Millqvist, E., Lundgren, J., Johansson, A., & Brink, E. (2011). The influence of personality traits and beliefs about medicines on adherence to asthma treatment. *Prim Care Respir J, 20*(2), 141–147. doi: 10.4104/pcrj.2011.00005.
- Endriulaitienė, A. ir Ševelytė, R. (2009). *Studentų asmenybės bruožų ir polinkio rizikingai vairuoti sąsajos*. Proceedings of the 13<sup>th</sup> international conference Transport Means – 2009, Kaunas, 95–99.
- Endriulaitienė, A., Šeibokaitė, L., Markšaitytė, R., Žardeckaitė-Matulaitienė, K., Pranckevičienė, A., ir Stelmokienė, A. (2013). Skirtingų grupių vairuotojų savižina vertinamo rizikingo vairavimo ir asmenybės bruožų sąsajos. *Psichologija, 48*, 20–38.
- Erickson, S. R., Williams, B. C., & Gruppen, L. D. (2004). Relationship Between Symptoms and Health-Related Quality of Life in Patients Treated for Hypertension. *Pharmacotherapy, 24*(3), 344–350.
- Eys, M. A., Carron, A. V., Bray, S. R., & Brawley, L. R. (2007). Item wording and internal consistency of a measure of cohesion: The Group Environment Questionnaire. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 29*, 395–402.
- Fichman, M., & Cummings, J. M. (2003). Multiple Imputation for Missing Data: Making the Most of What you Know. *Organizational Research Methods, 6*(3), 282–308.
- Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of reserach of protection motivation theory. *Journal of applied social psychology, 30*(2), 407–429.
- French, D. P., Cooper, A., & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(6), 757–767. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.07.029.
- Friedman, H. S. (2000). Long-Term Relations of Personality and Health: Dynamism, Mechanisms, Tropisms. *Journal of Personality, 68*(6), 1089–1107.

- Galán, I., Rodríguez-Artalejo, F., Díez-Gañán, L., Tobías, A., Zorrilla, B., & Gandarillas, A. (2006). Clustering of behavioural risk factors and compliance with clinical preventive recommendations. *Spain Preventive Medicine*, 42(5), 343–347. doi: 10.1016/j.ypped.2006.01.018.
- Ganiyu, A. B., Mabuza, L. H., Malete, N. H., Govender, I., & Ogunbanjo, G. A. (2013). Non-adherence to diet and exercise recommendations amongst patients with type 2 diabetes mellitus attending Extension II Clinic in Botswana. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 5(1), 2–7. <http://doi.org/10.4102/phcfm.v5i1.457>.
- Garcia-Aymerich, J., Lange, P., Benet, M., Schnohr, P., & Antó, J. M. (2006). Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax*, 61, 772–778. doi: 10.1136/thx.2006.060145.
- Gascón, J. J., Sánchez-Ortuño, M., Llor, B., Skidmore, D., & Saturno, P. J. (2004). Why hypertensive patients do not comply with the treatment: Results from a qualitative study. *Family Practice*, 21(2), 125–130. doi: 10.1093/fampra/cmh202.
- Gellad, W. F., Grenard, J. L., & Marcum, Z. A. (2011). A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. *Am J Geriatr Pharmacother*, 9(1): 11–23. doi: 10.1016/j.amjopharm.2011.02.004.
- George, A., & Rubin, G. (2003). Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Family Practice*, 20(2), 178–184. doi: 10.1093/fampra/20.2.178.
- Gherman, A., Schnur, J., Montgomery, G., Sassu, R., Veresiu, I., & David, D. (2011). How Are Adherent People More Likely to Think? A Meta-Analysis of Health Beliefs and Diabetes Self-Care. *The Diabetes EDUCATOR*, 37(3), 392–408. doi: 10.1177/0145721711403012.
- Giles-Corti, B., Timperio, A., Bull, F., & Pikora, T. (2005). Understanding Physical Activity Environmental Correlates: Increased Specificity for Ecological Models. *Exerc. Sport Sci. Rev.*, 33(4), 175–181.
- Giunta, D., Briatore, A., Baum, A., Luna, D., Waisman, G., & de Quiros, F. G. B. (2013). Factors associated with nonattendance at clinical medicine scheduled outpatient appointments in a university general hospital. *Patient Preference and Adherence*, 7, 1163–1170. doi: 10.2147/PPA.S51841.
- Glasgow, R. E., & Anderson, R. M. (1999). In Diabetes Care: Moving From Compliance to Adherence Is Not Enough. *Diabetes Care*, 22(12), 2090–2091.

- Goodwin, R. D., & Friedman, H. S. (2006). Health Status and the Five-factor Personality Traits in a Nationally Representative Sample. *Journal of Health Psychology, 11*(5), 643–654. doi: 10.1177/1359105306066610.
- Grégoire, J., Moisan, J., Guibert, R., Ciampi, A., Milot, A., Côté, I., & Gaudet, M. (2001). Tolerability of antihypertensive drugs in a community-based setting. *Clinical Therapeutics, 23*(5), 715–726. doi: 10.1016/S0149-2918(01)80021-7.
- Grigoryan, L., Pavlik, V. N., & Hyman, D. J. (2013). Characteristics, drug combinations and dosages of primary care patients with uncontrolled ambulatory blood pressure and high medication adherence. *Journal of the American Society of Hypertension, 7*(6), 471–476. doi: 10.1016/j.jash.2013.06.004.
- Griva, K., Myers, L. B., & Newman, S. (2000). Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology & Health, 15*(6), 733–750. doi: 10.1080/08870440008405578.
- Gurol-Urganci, I., de Jongh, T., Vodopivec-Jamsek, V., Atun, R., & Car, J. (2013). Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database Syst Rev., 5*(12), CD007458. doi: 10.1002/14651858.CD007458.pub3.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The Relationship Between Self-Reported Received and Perceived Social Support: A Meta-Analysis Review. *American Journal of Community Psychology, 39*, 133–144.
- Hagger, M. S., & Chatzisarantis, N. L. D. (2009). Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology, 14*, 275–302. doi: 10.1348/135910708X373959.
- Hagger, M. S. (2013). The multiple pathways by which self-control predicts behavior. *Frontiers in Psychology, 4*:849, 1–3. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00849.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health, 18*(2), 141–184. doi: 10.1080/088704403100081321.
- Hagger, M. S., Wood, C. W., Stiff, C., & Chatzisarantis, N. L. D. (2009). Self-regulation and self-control in exercise: the strength-energy model. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 3*(1), 62–86. doi: 10.1080/17509840903322815.
- Haskard Zolnierok, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care, 47*(8), 826–834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.
- Herttua, K., Tabák, A. G., Martikainen, P., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2013). Adherence to antihypertensive therapy prior to the first presentation of stroke in hypertensive adults: population-based study. *European Heart Journal*, 34(38), 2933–2939. doi: 10.1093/eurheartj/eh219.
- Hilliard, R. C., Brewer, B. W., Cornelius, A. E., & Van Raalte, J. L. (2014). Big Five Personality Characteristics and Adherence to Clinic-Based Rehabilitation Activities After ACL Surgery: A Prospective Analysis. *The Open Rehabilitation Journal*, 7, 1–5.
- Hofmann, W., Schmeichel, B. J., & Baddeley, A. D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(3), 174–180. doi: 10.1016/j.tics.2012.01.006.
- Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). Mediation adherence: its importance in Cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119(23), 3028–3035. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986.
- Holmes, E. A. F., Hughes, D. A., & Morrison, V. L. (2014). Predicting Adherence to Medication Using Health Psychology Theories: A Systematic Review of 20 Years of Empirical Research. *Value in Health*, 17, 863–876. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.2671>.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationship and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53–60.
- Horan, P. M., DiStefano, C., & Molt, R. W. (2003). Wording Effects in Self-Esteem Scales: Methodological Artifact or Response Style? *Structural Equation Modeling*. 10(3), 435–455.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., & Elliott, R. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. *Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*, 1–331. doi: 10.1007/SpringerReference\_64584.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. doi: 10.1080/10705519909540118.

- Huisman, S. D., Maes, S., De Gucht, V. M. J., Chatrou, M., & Haak, H. (2010). Low goal ownership predicts drop-out from a weight intervention study in overweight patients with type 2 diabetes, *International Journal of Behavioral Medicine* 17, 176–181. doi: 10.1007/s12529-009-9071-3.
- Iihara, N., Nishio, T., Okura, M., Anzai, H., Kagawa, M., Houchi, H., & Kirino, Y. (2014). Comparing patient dissatisfaction and rational judgment in intentional medication non-adherence versus unintentional non-adherence. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39, 45–52. doi: 10.1111/jcpt.12100.
- Ingersoll, K. S., & Cohen, J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 213–224. doi: 10.1007/s10865-007-9147-y.
- Iskedjian, M., Einarson, T. R., MacKeigan, L. D., Shear, N., Addis, A., Mittmann, N., & Ilersich, A. L. (2002). Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: Evidence from a meta-analysis. *Clinical Therapeutics*, 24(2), 302–316. doi: 10.1016/S0149-2918(02)85026-3.
- Jackson, C., Sweeting, H., & Haw, S. (2012). Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. *BMJ Open*, 2, e000661. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000661.
- Janssen, V., Gucht, V. D., Dusseldorp, E., & Maes, S. (2013). Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(4), 620–640. <http://doi.org/10.1177/2047487312462824>.
- Jin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M. S., & Li, S. Ch. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *The Clin Risk Manag*, 4(1), 269–286.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102–138). New York: Guilford Press.
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory--Versions 4a and 54*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm Shift to the Integrative Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Conceptual Issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 114–158). New York, NY: Guilford Press.

- Johnson, R. E., Rosen, C. C., & Djurdjevic, E. (2011). Assessing the Impact of Common Method Variance on Higher Order Multidimensional Constructs. *Journal of Applied Psychology, 96*(4), 744–761. doi: 10.1037/a0021504.
- Kairys, A. (2010). *Laiko perspektyva: sąsajos su asmenybės bruožais, amžiumi ir lytimi* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Kalibatiėnė, D., Biliukas, M., ir Kalibataitė, I. (2013). Lėtinėmis kardiovaskulinėmis ligomis sergančių pacientų vaistų vartojimo analizė. *Medicinos teorija ir praktika, 19*(1), 23–30.
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod, 38*(1), 52–54. doi: 10.5395/rde.2013.38.1.52.
- Kothe, E. J., & Mullan, B. A. (2015). Interaction effects in the theory of planned behaviour: Predicting fruit and vegetable consumption in three prospective cohorts. *British Journal of Health Psychology, 20*(3), 549–562. doi: 10.1111/bjhp.12115.
- Kripalani, S., Yao, X., & Haynes, B. (2007). Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions A Systematic Review. *Arch Intern Med., 167*, 540–550.
- Kronish, I. M., & Ye, S. (2013). Adherence to Cardiovascular Medications: Lessons Learned and Future Directions. *Prog Cardiovasc Dis, 55*(6), 590–600. doi: 10.1016/j.pcad.2013.02.001.
- Lacy, N. I., Paulman, A., Reuter, M. D., & Lovejoy, B. (2004). Why We Don't Come: Patients Perceptions on No-Shows. *Annals of Family Medicine, 2*(6), 541–454. doi: 10.1370/afm.123.
- Lamiani, G., Strada, I., Mancuso, M. E., Coppola, A., Vegni, E., & Moja, E. A. (2015). Factors influencing illness representations and perceived adherence in haemophilic patients: a pilot study. *Haemophilia, n/a*–n/a. doi: 10.1111/hae.12654.
- Lance, C. E., Butts, M. M., & Michels, L. C. (2006). The Sources of Four Commonly Reported Cutoff Criteria: What Did They Really Say? *Organizational Research Methods, 9*(2), 202–220. doi: 10.1177/1094428105284919.
- Leech, R. M., McNaughton, S. A., & Timperio, A. (2014). The clustering of diet, physical activity and sedentary behavior in children and adolescents: a review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 11*(4), 1–9. doi: 10.1186/1479-5868-11-4.
- Lehane, E., & McCarthy, G. (2007a). Intentional and unintentional medication non-adherence: A comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *Internantional Journal of Nursing Studies, 44*, 1468–1477. doi: 10.1016/j.ijnurtsu.2006.07.010.



- Lehane, E., & McCarthy, G. (2007b). An examination of the intentional and unintentional aspects of medication non-adherence in patients diagnosed with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 698–706. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01538.x.
- Leung, D. Y. P., Wong, E. M. L., Chan, S. S. C., & Lam, T. H. (2013). Psychometric properties of the Big Five Inventory in a Chinese sample of smokers receiving cessation treatment: A validation study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(6), 1–10. doi: 10.5430/jnep.v3n6p1.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behavior* (pp. 42–65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143–163.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Selfregulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health*, 13(4), 717–733. doi: 10.1080/08870449808407425.
- Lewin, A. B., LaGreca, A. M., Geffken, G. R., Williams, L. B., Duke, D. C., Stoch, E. A., & Silverstein, J. H. (2009). Validity and reliability of an Adolescent and Parent Rating Scale of Type I Diabetes Adherence Behaviors: The Self-Care Inventory (SCI). *Juornal of Pediatric Psychology*, 34(9), 999–1007. doi: 10.1093/jpepsy/jsp032.
- Lietuvos statistikos departamentas (2012). Lietuvos gyventojai 2011 metais. 2011 m. gyventojų surašymo rezultatai. Paimta iš [https://osp.stat.gov.lt/documents/10180/217110/Lietuvos\\_gyventojai\\_2011.pdf/8321a3c1-c8b9-4468-825c-52a7b753f281](https://osp.stat.gov.lt/documents/10180/217110/Lietuvos_gyventojai_2011.pdf/8321a3c1-c8b9-4468-825c-52a7b753f281).
- Lietuvos statistikos departamentas (2013). Gyventojai pagal išsilavinimą ir kalbų mokėjimą. Lietuvos Respublikos 2011 metų visuotinio gyventojų ir būstų surašymo rezultatai. Paimta iš [https://osp.stat.gov.lt/documents/10180/217110/Gyv+pagal+i%C5%A1silavinima\\_ir\\_kalbu\\_mokejima.pdf/b75c5e7a-e733-48fa-95e4-83d485c6726a](https://osp.stat.gov.lt/documents/10180/217110/Gyv+pagal+i%C5%A1silavinima_ir_kalbu_mokejima.pdf/b75c5e7a-e733-48fa-95e4-83d485c6726a).
- Long, A. N., & Dagogo-Jack, S. (2011). The Comorbidities of Diabetes and Hypertension: Mechanisms and Approach to Target Organ Protection. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 13(4), 244–251. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00434.x.
- Lutfey, K. E., & Wischner, W. J. (1999). Beyond „Compliance“ is „Adherence“: improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care*, 22(4), 635–639.

- Madar, H., & Bar-Tal, Y. (2009). The experience of uncertainty among patients having peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(8), 1664–1669. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05013.x.
- Maddigan, S. L., Majumdar, S. R., & Johnson, J. A. (2005). Understanding the complex associations between patient-provider relationships, self-care behaviours, and health-related quality of life in type 2 diabetes: A structural equation modeling approach. *Quality of Life Research*, *14*, 1489–1500. doi: 10.1007/s11136-005-0586-z.
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. *Applied Psychology: an International Review*, *54*(2), 267–299. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x.
- Mahtani, K. R., Heneghan, C. J., Glasziou, P. P., & Perera, R. (2011). Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *9*, 1–61. doi: 10.1002/14651858.CD005025.pub3.
- Mann, D. M., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E. A. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med*, *32*, 278–284. doi: 10.1007/s10865-009-9202-y.
- Markšaitytė, R., Endriulaitienė A., ir Šeibokaitė, L. (2009). *Asmenybės savybių svarba aiškinant lietuvių ketinimus emigruoti bei emigracinį elgesį*. IV pasaulio lietuvių psichologų konferencijos medžiaga, 48–53.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., & Wen, Z. (2004). In Search of Golden Rules: Comment on Hypothesis-Testing Approaches to Setting Cutoff Values for Fit Indexes and Dangers in Overgeneralizing *Structural Equation Modeling*, *11*(3), 320–341. doi: 10.1207/s15328007sem1103\_2.
- Martin, C., Perfect, T., & Mantle, G. (2005). Non-attendance in primary care: the views of patients and practices on its causes, impact and solutions. *Family Practice*, *22*, 638–643. doi: 10.1093/fampra/cmi076.
- Mattioli, A. V., Pennella, S., Pedrazzi, P., & Farinetti, A. (2013). Gender differences in adherence to Mediterranean Diet and risk of atrial fibrillation. *Hypertension and Cardiology*, *1*(4), 4–13. doi: 10.14302/issn.2329-9487.jhc-13-210.
- McCrae, R. R., Zonderman, A. B., Costa, P. T., Bond, M. H., & Paunonen, S. V. (1996). Evaluating Replicability of Factors in the Revised NEO Personality Inventory: Confirmatory Factor Analysis Versus Procrustes Rotation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(3), 552–566.
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, *5*(2), 97–144. doi: 10.1080/17437199.2010.521684.

- Milne, S., Sheeran P., & Orbell, S. (2000). Prediction and Intervention in Health Related Behavior: A Meta-Analytic Review of Protection Motivation Theory. *Journal of applied social psychology, 30*(1), 106–143.
- Mirkuzie, A. H., Sisay, M. M., Moland, K., & Åstrøm, A. N. (2011). Applying the theory of planned behaviour to explain HIV testing in antenatal settings in Addis Ababa - a cohort study. *BMC Health Services Research, 11*(1), 196. doi: 10.1186/1472-6963-11-196.
- Mirties priežasčių registras (2015). Mirties priežastys 2014. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Vilnius. Paimta iš [http://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/MPR/Mirties\\_priežastys\\_2014\\_1.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/MPR/Mirties_priežastys_2014_1.pdf).
- Molfenter, T. D., Bhattacharya, A., & Gustafson, D. H. (2012). The roles of past behavior and health beliefs in predicting medication adherence to a statin regimen. *Patient Prefer Adherence, 6*, 643–651. doi: 10.2147/PPA.S34711.
- Molloy, G. J., Messerli-Bürgy, N., Hutton, G., Wikman, A., Perkins-Porras, L., & Steptoe, A. (2014). Intentional and unintentional non-adherence to medications following an acute coronary syndrome: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research, 76*, 430–432. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.02.007.
- Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (pp. 67–96). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension, 10*(5), 348–354. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
- Morris, A. B., Li, J., Kroenke, K., Bruner-England, T. E., Young, J. M., & Murray, M. D. (2006). Factors Associated with Drug Adherence and Blood Pressure Control in Patients with Hypertension. *Pharmacotherapy, 26*(4), 483–492.
- Mosleh, S. M., & Almalik, M. M. (2014). Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 1*-8. doi: 10.1177/1474515114563885.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie K., J., Horne R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1–16. doi: 10.1080/08870440290001494.

- Mueller, L., Myers, J., Kottman, W., Oswald, U., Boesch, C., Arbrol, N., & Dubach, P. (2007). Exercise capacity, physical activity patterns and outcomes six years after cardiac rehabilitation in patients with heart failure. *Clinical Rehabilitation*, 21(10), 923–931.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical Methods for Health Care Research*. Philadelphia: Lippincott.
- Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, 7(104), 1–16. doi: 10.1186/1471-2458-7-104.
- Murdock, A., Rogers, C., Lindsay, H., & Tham, T. C. K. (2002). Why do patients do not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *Journal of royal society medicine*, 95, 284–286.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2010). *Mplus User's Guide. Sixth Edition*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (2013). Your Guide to Diabetes: Type1 and Type2. Paimta iš [http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/Diabetes/your-guide-diabetes/Documents/YourGuide2Diabetes\\_508.pdf](http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/Diabetes/your-guide-diabetes/Documents/YourGuide2Diabetes_508.pdf).
- Neal, R. D., Lawlor, D. A., Allgar, V., Colledge, M., Ali, S., Hassey, A., ..., Wilson, A. (2001). Missed appointments in general practice: Retrospective data analysis from four practices. *British Journal of General Practice*, 51(471), 830–832.
- Neupert, S. D., Patterson, T. R., Davis, A. A., & Allaire, J. C. (2011). Age Differences In Daily Predictors Of Forgetting To Take Medication: The Importance Of Context And Cognition. *Experimental Aging Research*, 37, 435–448. doi: 10.1080/0361073X.2011.590757.
- Ngwenya, B. T., van Zyl, D. G., & Webb, E. M. (2009). Factors influencing non-attendance of clinic appointments in diabetic patients at a Gauteng hospital in 2007/2008. *JEMDSA*, 14(2), 106–109.
- Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research. Theory & Practice*, 20(3), 275–290. doi: 10.1093/her/cyg113.
- Norkus, A., Ostrauskas, R., ir Šulcaitė, R. (2005). Laiku diagnozuoto 2 tipo cukrinio diabeto ir anksti pradėto gydymo ekonominis įvertinimas. *Medicina*, 41(10), 877–884.
- Norwood, S. L. (1996). The Social Support Appgar: Instrument Development and Testing. *Research in Nursrng & Health*, 19, 143–152.

- Nouwen, A., Law, G. U., Hussain, S., McGovern, S., & Napier, H. (2009). Comparison of the role of self-efficacy and illness representations in relation to dietary self-care and diabetes distress in adolescents with type 1 diabetes. *Psychology and Health, 24*(9), 1071–1084. doi: 10.1080/08870440802254597.
- Nwabuo, C. C., Dy, S. M., Weeks, K., & Young, J. H. (2014). Factors Associated with Appointment Non-Adherence among African-Americans with Severe, Poorly Controlled Hypertension. *PLoS ONE, 9*(8), e103090. doi: 10.1371/journal.pone.0103090.
- Ogedegbe, G., & Schoenthaler, A. (2006). A Systematic Review of the Effects of Home Blood Pressure Monitoring on Medication Adherence. *The Journal of Clinical Hypertension, 8*(3), 174–180.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine, 353*(5), 487–97. doi: 10.1056/NEJMr050100.
- Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Pallant, J. (2003). *SPSS Survival Manual*. Philadelphia: Open University Press.
- Park, D., Hertzog, C., Leventhal, H., Morrell, R. W., Leventhal, E., & Birchmor, D. (1999). Medication adherence in rheumatoid arthritis patients: older is wiser. *Journal of American Geriatric Society, 47*, 172–183.
- Paulauskaitė, E., Šeibokaitė, L., & Endriulaitienė, A. (2010). Big five personality traits linked with migratory intentions in lithuanian student sample. *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach, 7*, 41–58.
- Perreault, S., Dragomir, A., Roy, L., White, M., Blais, L., Lalonde, L., & Bérard, A. (2010). Adherence level of antihypertensive agents in coronary artery disease. *British Journal of Clinical Pharmacology, 69*(1), 74–84. doi: 10.1111/j.1365-2125.2009.03547.x.
- Perron, N. J., Dao, M. D., Kossovsky, M. P., Miserez, V., Chuard, C., Calmy, A., & Gaspoz, J.-M. (2010). Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. *BMC Family Practice, 11*, 79. doi: 10.1186/1471-2296-11-79.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). Why Illness representations matter. *Clinical Medicine, 6*(6), 536–539. doi: 10.7861/clinmedicine.6-6-536.
- Platt, I., Green, H. J., Jayasinghe, R., & Morrissey, S. A. (2014). Understanding Adherence in Patients With Coronary Heart Disease: Illness Representations and Readiness to Engage in Healthy Behaviours. *Australian Psychologist, 49*, 127–137. doi: 10.1111/ap.12038.

- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. doi: 10.1037/0021-9010.88.5.879.
- Pollock, K. (2005). *Concordance in Medical Consultations: a critical review*. Abington: Radcliffe Publishing Ltd.
- Poortinga, W. (2007). The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. *Preventive Medicine*, 44(2), 124–128. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.10.006.
- Porteous, T., Francis, J., Bond, C., & Hannaford P. (2010). Temporal stability of beliefs about medicines: Implications for optimising adherence. *Patient Education and Counseling*, 79, 225–230. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.037.
- Pruchno, R., & Wilson-Genderson, M. (2012). Adherence to clusters of health behaviors and successful aging. *J Aging Health*, 24(8), 1279–1297. doi: 10.1177/0898264312457412.
- Quittner, A. L., Modi, A. C., Lemanek, K. L., Ievers-Landis, C. E., & Rapoff, M. A. (2008). Evidence-based Assessment of Adherence to Medical Treatments in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 916–936. doi: 10.1093/jpepsy/jsp064.
- Rhodes, R. E., & Smith, N. E. I. (2006). Personality correlates of physical activity: a review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 40(12), 958–965. doi: 10.1136/bjsm.2006.028860.
- Rich, A., Brandes, K., Mullan, B., & Hagger, M. S. (2015). Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis. *J Behav Med*, 38, 673–688. doi: 10.1007/s10865-015-9644-3.
- Rosenbaum, L. (2015). Beyond Belief – How People Feel about Taking Medications for Heart Disease. *The New England Journal of Medicine*, 372(2), 184–187.
- Ross, S., Walker, A., & MacLeod, M. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens*, 18, 607–613.
- Sergin, C., & Domschke, T. (2011). Social Support, Loneliness, Recuperative Processes, and Their Direct and Indirect Effects on Health. *Health Communication*, 26(3), 221–232. doi: 10.1080/10410236.2010.546771.
- Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and Health: Advantages and Limitations of Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 60(2), 395–423.
- Schmitt, N. (1996). Uses and Abuses of Coefficient Alpha. *Psychological Assessment*, 8(4), 350–353.

- Schmitt, N., & Stults, D. M. (1985). Factors defined by negatively keyed items: The result of careless respondents? *Applied Psychological Measurement*, *9*, 367–373.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow E. A., & King, J. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*, *99*(6), 323–338. doi: 10.3200/JOER.99.6.323-338.
- Schroeder, K., Fahey, T., & Ebharim, S. (2004). How Can We Improve Adherence to Blood Pressure Lowering medication: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Archives of Internal Medicine*, *164*, 722–732.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, *57* (1), 1–29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x.
- Seibokaite, L., & Endriulaitiene, A. (2012). The role of personality traits, work motivation and organizational safety climate in risky occupational performance of professional drivers. *Baltic Journal of Management*, *7*(1), 103–118. doi: 10.1108/17465261211195892.
- Senior, V., Marteau, T. M., & Weinman, J. (2004). Self-Reported Adherence to Cholesterol-Lowering Medication in Patients with Familial Hypercholesterolaemia: The Role of Illness Perceptions. *Cardiovascular Drugs and Therapy*, *18*, 475–481.
- Shams, M. E. E., & Barakat, E. A. M. E. (2010). Measuring the rate of therapeutic adherence among outpatients with T2DM in Egypt. *Saudi Pharmaceutical Journal*, *18*(4), 225–232. doi: 10.1016/j.jsps.2010.07.004.
- Smith, T. W. (2011). Measurement in health psychology research. In H. Friedman (Ed.), *Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 42–72). New York: Oxford University Press.
- Sowers, J. R., Epstein, M., & Frohlich, E. D. (2001). Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease: An Update. *Hypertension*, *37*, 1053–1059.
- Spring, B., Moller, A. C., & Coons, M. C. (2012). Multiple health behaviours: overview and implications. *Journal of Public Health* *34*(S1), i3–i10. doi: 10.1093/pubmed/fdr111.
- Stasiuk, K., Masymiuk, R., & Bar-Tal, Y. (2014). Medical expertise bias. 28th International congress of applied psychology, Paris. Paimta iš <https://b-com.mci-group.com/Abstract/Statistics/AbstractStatisticsViewPage.aspx?AbstractID=183318>.

- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences. Special issue on Structural Equation Modeling*, 42(5), 893–898. doi: 10.1016/j.paid.2006.09.017.
- Stelmokienė, A., Endriulaitienė, A., Markšaitytė, R., Pranckevičienė, A., Šeibokaitė, L., ir Žardeckaitė-Matulaitienė, K. (2013). Lietuviškosios vairuotojų elgesio klausimyno versijos psichometrinių rodiklių analizė. *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach*, 13, 139–158. doi: 10.7220/1941-7233.13.7.
- Step toe, A., Kerry, S., Rink, E., & Hilton, S. (2001). The Impact of Behavioral Counseling on Stage of Change in Fat Intake, Physical Activity, and Cigarette Smoking in Adults at Increased Risk of Coronary Heart Disease. *Am J Public Health*, 91(2), 265–269.
- Stephens, C., Alpass, F., Towers, A., & Stevenson, B. (2011). The Effects of Types of Social Networks, Percieved Social Support, and Loneliness on the Health of Older People: Accounting for the Social Context. *Journal of Ageing and Health*, 23(6), 887-911. doi: 10.1177/0898264311400189.
- Sterne, J. A. C., White, I. R., Carlin, J. B., Spratt, M., Royston, P., Kenward, M. G., ..., Carpenter, J. R. (2009). Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ*, 338(jun29 1), b2393–b2393. doi: 10.1136/bmj.b2393.
- Stevens, L. A., Coresh, J., Feldman, H. I., Greene, T. I., Lash, J. P., Nelson, R. G., ..., Levey, A. S. (2007). Evaluation of the Modification of Diet in Renal Disease Study Equation in a Large Diverse Population. *Journal of the American Society of Nephrology*, 18(10), 2749–2757. doi: 10.1681/ASN.2007020199.
- Sutton, S. (2004). Determinants of Health-Related Behaviours: Theoretical and Methodological Issues. In S. Sutton, A. Baum, M. Johnston (Eds.), *The Sage Handbook of Health Psychology*. London: Sage.
- Szymczyk, I., Wojtyna, E., Lukas, W., Kępa J., & Pawlikowska, T. (2013). How does gender influence the recognition of cardiovascular risk and adherence to self-care recommendations?: a study in polish primary care. *BMC Family Practice*, 14(165), 1–10. doi: 10.1186/1471-2296-14-165.
- Šeibokaitė, L., Endriulaitienė, A., Markšaitytė, R., Žardeckaitė-Matulaitienė, K., & Pranckevičienė, A. (2014). Aggressiveness as Proximal and Distal Predictor of Risky Driving in the Context of Other Personality Traits. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 4(2), 57–69. doi: 10.5923/j.ijpbs.20140402.01.
- Tabachnick, B. G., & Fidel, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics (6th ed.)*. Boston: Pearson.



- Thomas, N., Alder, E., & Leese, G. P. (2004). Barriers to physical activity in patients with diabetes. *Postgrad Med J*, 80, 287–291. doi: 10.1136/pgmj.2003.010553.
- Thorpe, C. T., Oddone, E. Z., & Bosworth, H. B. (2008). Patient and Social Environment Factors Associated With Self Blood Pressure Monitoring by Male Veterans With Hypertension. *The Journal Of Clinical Hypertension*, 10(9). doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.00005.x.
- Tran, N., Coffman, J. M., Sumino, K., & Cabana, M. D. (2014). Patient reminder systems and asthma medication adherence: a systematic review. *J Asthma*, 51(5), 536–543. doi: 10.3109/02770903.2014.888572.
- Tremblay, M. S., Warburton, D. E. E., Janssen, I., Paterson, D. H., Latimer, A. E., Rhodes, R. E., ..., Duggan, M. (2011). New Canadian Physical Activity Guidelines. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 36(1), 36–46. doi: 10.1139/H11-009.
- Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman D., & Bosworth, H. B. (2008). The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 489–497. doi: 10.1007/s10865-008-9173-4.
- Troits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journals of Helath and Social Behavior*, 52, 145–161. doi: 10.1177/0022146510395592.
- Turiano, N. A., Pitzer, L., Armour, C., Karlamangla, A., Ryff, C. D., & Mroczek, D. K. (2011). Personality trait level and change as predictors of health outcomes: findings from a national study of americans (midus). *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 1–9. doi: 10.1093/geronb/gbr072.
- Turner, B. J., Hollenbeak, C., Weiner, M. G., Ten Have, T., & Roberts, C. (2009). Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18(8), 672–681. doi: 10.1002/pds.1766.
- Valinskaitė-Barščiėvienė, R. (2014, birželis). *Valstybinės ligonių kasos informacija cukriniu diabetu sergantiesiems aktualiais klausimais*. Pranešimas pristatytas Lietuvos diabeto asociacijos organizuotoje konferencijoje „Gera cukrinio diabeto kontrolė – komplikacijų prevencija“, Jonavoje.
- Van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R., & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*, 7, 55. doi: 10.1186/1472-6963-7-55.

- Van Houtum, L., Rijken, M., Heijmans, M., & Groenewegen, P. (2014). Patient-Perceived Self-Management Tasks and Support Needs of People with Chronic Illness: Generic or Disease Specific? *Annals of Behavioral Medicine*, 49, 221–229. doi: 10.1007/s12160-014-9649-0.
- Vermeire, E. I., Wens, J., Van Royen, P., Biot, Y., Hearnshaw, H., & Lindenmeyer, A. (2005). Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. In E. I. Vermeire (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003638.pub2>.
- Veronesi, M., Cicero, A., Prandin, M. G., Dormi, A., Cosentino, E., Strocchi, E., & Borghi C. (2007). A prospective evaluation of persistence on antihypertensive treatment with different antihypertensive drugs in clinical practice. *Vascular Health and Risk Management*, 3(6), 999–1005.
- Vervloet, M., Linn, A. J., van Weert, J. C. M., de Bakker, D. H., Bouvy, M. L., & van Dijk, L. (2012). The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of literature. *J Am Med Inform Assoc*, 19, 696–704. doi: 10.1136/amiajnl-2011-000748.
- Webster, J., Linnane, J., W, Dibley, L. M., Hinson, J. K., Starrenburg, S. E., & Roberts, J. A. (2000). Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth*, 27(2), 97–101. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00097.x.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12(4), 324–333.
- Weinstein, N. D., & Rothman, A. J. (2005). Commentary: Revitalizing research on health behavior theories. *Health Education Research*, 20(3), 294–297. doi: 10.1093/her/cyg125.
- Weinstein, N. D. (2007). Misleading Tests of Health Behavior Theories. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 1–10.
- Wheeler, K., Wagaman, A., & McCord, D. (2012). Personality Traits as Predictors of Adherence in Adolescents With Type I Diabetes. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 66–74. doi: 10.1111/j.1744-6171.2012.00329.x.
- Williams, B. (2010). The Year in Hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(1), 65–73. doi: 10.1016/j.jacc.2009.08.037.
- Williams, B., Brown, T., & Onsmann, A. (2012). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Journal of Emergency Primary Health Care (JEPHC)*, 8(3), 1–13.

- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting Autonomy to Motivate Patients With Diabetes for Glucose Control. *Diabetes Care*, *21*(10), 1644–1651.
- Williams, L., O'Connor, R. C., Grubb, N., & O'Carroll, R. (2011). Type D personality predicts poor medication adherence in myocardial infarction patients. *Psychol Health*, *26*(6), 703–712. doi: 10.1080/08870446.2010.488265.
- Williams, L., O'Connor, R. C., Howard S., Hughes, B. M., Johnston, D. W., Hay, J. L., O'Connor, D. B., ..., O'Carroll, R. E. (2008). Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(1), 63–69. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.06.008.
- Wolf, P. (2002). The Role of Nonpharmaceutic Conservative Interventions in the Treatment and Secondary Prevention of Epilepsy. *Epilepsia*, *43*(Suppl. 9), 2–5.
- Woods, C. M. (2006). Careless Responding to Reverse-Worded Items: Implications for Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *28*(3), 186–191. <http://doi.org/10.1007/s10862-005-9004-7>.
- World Health Organization [WHO] (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2012). *World health statistics 2012*. WHO Press: Switzerland.
- World Health Organization [WHO] (2013). *Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. WHO Press: Switzerland.
- World Health Organization [WHO] (2014a). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. WHO Press: Switzerland.
- World Health Organization [WHO] (2014b). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014*. WHO Document Production Services: Geneva, Switzerland.
- Wroe, A. L. (2002). Intentional and unintentional nonadherence: a study of decision making. *Journal of Behavioral Medicine*, *25*(4), 355–372. doi: 10.1023/A:1015866415552.
- Yang, Y. C., Boen, C., & Harris, K. M. (2015). Social Relationship and Hypertension in Late Life: Evidence From a Nationally Representative Longitudinal Study of Older Adults. *Journal of Ageing and Health*, *27*(3), 403-431. doi: 10.1177/0898264314551172.

- Yue, Z., Li, C., Weilin, Q., & Bin, W. (2015). Application of the Health Belief Model to Improve the Understanding of Antihypertensive Medication adherence among Chinese Patients. *Patient Education & Counseling*, 98(5), 669–673. doi: 10.1016/j.pec.2015.02.007.
- Zamalijeva, O., ir Jusienė, R. (2013). Gydomo nurodymų laikymasis: socialinės paramos vaidmuo sergant hipertenzija. *Sveikatos mokslai*, 23(6), 10–14. doi: 10.5200/sm-hs.2013.125.
- Žugelj, U., Zupančič, M., Komidar, L., Kenda, R., Varda, N. M., & Gregorič, A. (2010). Self-reported Adherence Behavior in Adolescent Hypertensive Patients: The Role of Illness Representations and Personality. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(9), 1049–1060. doi: 10.1093/jpepsy/jsq027.

## PRIEDAI

### 1 priedas. Sociodemografinė anketa

i1. **Jūsų amžius** \_\_\_\_\_

i2. **Jūsų lytis**

- Vyras
- Moteris

i4. **Šiuo metu** (*galite pažymėti kelis atsakymus*):

- Mokatės / studijuojate
- Dirbate
- Nedirbate, nes nerandate darbo
- Nedirbate dėl neįgalumo
- Kita (*įrašykite*)  
\_\_\_\_\_

i6. **Jūsų išsilavinimas:**

- Pradinis
- Pagrindinis
- Vidurinis, profesinis
- Aukštasis neuniversitetinis, aukštesnysis
- Aukštasis universitetinis

i3. **Gyvenate:**

- Didmiestyje
- Rajono centre
- Miestelyje
- Kaime

i5. **Jūsų šeiminei padėtis:**

- Vedęs / ištekėjusi
- Gyvenu su partneriu (-e)
- Išsiskyręs (-usi)
- Našlys (-ė)
- Nevedęs / neištekėjusi

i7. **Jūsų finansinė padėtis:**

- Labai gera
- Geresnė nei daugumos Lietuvos gyventojų
- Vidutinė, panaši į daugumos Lietuvos gyventojų
- Prastesnė nei daugumos Lietuvos gyventojų
- Labai prasta

## 2 priedas. Informacija apie sveikatos būklę ir gydymo ypatumus

### s1. Kokia lėtine liga sergate:

- I tipo cukriniu diabetu (įrašykite, kada buvo diagnozuota) \_\_\_\_\_ m.  
 II tipo cukriniu diabetu (įrašykite, kada buvo diagnozuota) \_\_\_\_\_ m.  
 Hipertenzija (padidintas kraujospūdis) (įrašykite, kada buvo diagnozuota) \_\_\_\_\_ m.  
 Kita lėtine liga (įrašykite ligos pavadinimą) \_\_\_\_\_ (įrašykite, kada buvo diagnozuota) \_\_\_\_\_ m.

### Koks dažniausiai būna Jūsų kraujospūdis:

Sistolinis („viršutinis“): \_\_\_\_\_ mmHg  Nežinau

Diastolinis („apatinis“): \_\_\_\_\_ mmHg  Nežinau

### Koks dažniausiai būna Jūsų gliukozės („cukraus“) kiekis kraujyje?

Prieš valgį: \_\_\_\_\_ mmol/l  Nežinau

2 val. po valgio: \_\_\_\_\_ mmol/l  Nežinau

### Kiek glikozilinto hemoglobino (HbA1c) buvo Jūsų kraujyje paskutinio patikrinimo metu? \_\_\_\_\_ % Nežinau

### Koks buvo bendras cholesterolio kiekis Jūsų kraujyje paskutinio patikrinimo metu? \_\_\_\_\_ mmol/l Nežinau

Jūsų ūgis (įrašykite) \_\_\_\_\_ cm

Jūsų svoris (įrašykite) \_\_\_\_\_ kg

### Per pastaruosius 6 mėnesius:

- Jūsų svoris nepasikeitė  
 Priaugote svorio  
 Numetėte svorio

### s2. Įvertinkite savo sveikatos būseną skalėje nuo 1 (labai prasta) iki 10 (puiki). Apibraukite labiausiai tinkantį atsakymą.

*Labai prasta*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Puiki*

### s3. Nurodykite, kiek skirtingų vaistų rūšių vartojate kasdien (pvz., jei vartojate tik NEBILET, įrašykite „1“; jei naudojate NEBILET, BETALOC ir DIAPREL, įrašykite „3“): \_\_\_\_\_

### s4. Nurodykite, kiek kartų per dieną turite išgerti vaistus (įrašykite): \_\_\_\_\_ kartą (-us)

### s5. Ar laikotės gydymo rekomendacijų ir nurodymų?

- Nesilaikau  
 Laikaisi tik iš dalies  
 Laikaisi visų

	Niekada	Kartais	Dažnai	Visada
s6. Kaip dažnai jaučiate Jūsų vartojamų vaistų šalutinį poveikį?	1	2	3	4

3 priedas. Gydomo nurodymų laikymosi klausimynas

v1.	<b>Kiek kartų per pastarąją savaitę pamiršote arba dėl kitų priežasčių neišgėrėte Jums išrašytų (gliukozės kiekį mažinančių / kraujospūdį mažinančių / kitų) vaistų? (įrašykite) _____</b>					
<i>Įvertinkite, kaip dažnai pasireiškia žemiau nurodytos situacijos, kai: 1 – niekada; 2 – kartais; 3 – dažnai; 4 – nuolat.</i>						
v2.	Pasitaiko, kad pamirštu laiku išgerti vaistus	1	2	3	4	
v3.	Pasitaiko, kad būnu taip užsiėmęs, kad neišgeriu vaistų numatytu laiku	1	2	3	4	
v4.	Kuomet pasijuntu geriau, nutraukiu vaistų vartojimą	1	2	3	4	
v5.	Kuomet pavartojęs (-usi) vaistų jaučiuosi prasčiau, nustoju juos gerti (arba geriu mažesnę dozę)	1	2	3	4	
v6.	Prisimenu, kad reikėtų apsilankyti pas gydytoją dėl recepto vaistams tik tuomet, kai vaistai pasibaigia	1	2	3	4	
v7.	Pasitaiko, kad neišgeriu vaistų ne dėl to, kad pamiršau, o dėl kitų priežasčių	1	2	3	4	
v8.	Išvažiuojant arba išeinant iš namų ilgesniam laikui pamirštu pasiimti vaistus su savimi	1	2	3	4	
v9.	Kuomet pasijuntu geriau, geriu mažiau vaistų, nei buvo paskirta	1	2	3	4	
v10.	Pasitaiko, kad tiesiog nenoriu gerti vaistų	1	2	3	4	
v11.	Pasitaiko, kad vaistų vartojime padarau ilgesnę pertrauką	1	2	3	4	
<i>Įvertinkite žemiau pateiktus teiginius skalėje nuo 1 iki 5, kai: 1 – tikrai ne; 2 – dažniau ne; 3 – kartais taip, kartais ne; 4 – dažniau taip; 5 – tikrai taip</i>						
b1.	Nuolatos stebiu savo būseną matuodama (-s) gliukozės kiekį kraujyje / kraujospūdį	1	2	3	4	5
b2.	Reguliariai apsilankau pas gydytoją specialistą (pvz., endokrinologą, kardiologą, oftalmologą ir pan.)	1	2	3	4	5
f1.	Reguliariai sportuoju / atlieku fizinio aktyvumo pratimus (pvz., darau mankštą, atlieku tempimo pratimus, plaukiuju baseine, atlieku raumenis stiprinančius pratimus, važinėju dviračiu ir pan.)	1	2	3	4	5
<b>f2. Kiek vidutiniškai kartų per savaitę atliekate įvairius fizinio aktyvumo pratimus?</b> <input type="checkbox"/> Niekada <input type="checkbox"/> Rečiau nei kartą per savaitę <input type="checkbox"/> 1–2 kartus per savaitę <input type="checkbox"/> 3–4 kartus per savaitę <input type="checkbox"/> 5 ir daugiau kartų per savaitę		<b>f3. Kiek vidutiniškai laiko skirate fizinio aktyvumo pratimams?</b> <input type="checkbox"/> Iki 10 min. <input type="checkbox"/> Nuo 10 iki 20 min. <input type="checkbox"/> Nuo 20 iki 30 min. <input type="checkbox"/> Nuo 30 iki 60 min. <input type="checkbox"/> Daugiau nei 60 min.				
<b>f4. Kiek kartų per savaitę einate pasivaikščioti ne mažiau kaip 20 min.?</b> <input type="checkbox"/> Niekada <input type="checkbox"/> Rečiau nei kartą per savaitę <input type="checkbox"/> 1–2 kartus per savaitę <input type="checkbox"/> 3–4 kartus per savaitę <input type="checkbox"/> 5 ir daugiau kartų per savaitę						





## 5 priedas. Įsitikinimų apie gydymą klausimynas

<i>Įvertinkite žemiau pateiktus teiginius skalėje nuo 1 iki 5, kai 1 – Visiškai nesutinku; 2 – Labiau nesutinku, nei sutinku; 3 – Nei sutinku, nei nesutinku; 4 – Labiau sutinku, nei nesutinku; 5 – Visiškai sutinku</i>						
n1.	Prie daugumos vaistų yra priprantama	1	2	3	4	5
n2.	Sveikas maistas dažniausiai būna neskanus	1	2	3	4	5
n3.	Segant lėtine liga fiziniai pratimai gali pabloginti sveikatą	1	2	3	4	5
n4.	Nerimauju prieš gaudamas (-a) naują informaciją apie savo sveikatą	1	2	3	4	5
n5.	Ilgą laiką vartojami vaistai tampa mažiau veiksmingi	1	2	3	4	5
n6.	Sveika mityba padeda palaikyti tinkamą kūno svorį	1	2	3	4	5
n7.	Reguliari mankšta ir fiziniai pratimai suteikia žmonėms papildomų jėgų	1	2	3	4	5
n8.	Reguliarūs sveikatos patikrinimai yra naudingi	1	2	3	4	5
n9.	Vaistų vartojimas sukelia nepatogumų	1	2	3	4	5
n10.	Teisingai paruošti sveiką maistą yra sudėtinga	1	2	3	4	5
n11.	Sportas reikalauja daug finansinių sąnaudų	1	2	3	4	5
n12.	Mano vartojami vaistai nėra tiek veiksmingi, kiek tikėjausi	1	2	3	4	5
n13.	Jaučiuosi geriau, kai valgau sveiką maistą	1	2	3	4	5
n14.	Mankšta ar kiti fiziniai pratimai gerina savijautą	1	2	3	4	5
n15.	Jei žinau, koks yra mano kraujospūdis / gliukozės kiekis kraujyje, galiu atitinkamai reaguoti	1	2	3	4	5
n16.	Dauguma vaistų sukelia šalutinį poveikį	1	2	3	4	5
n17.	Sveikas maistas dažniausiai būna brangus	1	2	3	4	5
n18.	Mankšta ar kiti fiziniai pratimai labai išvargina	1	2	3	4	5
n19.	Vaistai man padeda jaustis geriau	1	2	3	4	5
n20. (-)	Mano savijauta mažai priklauso nuo mitybos	1	2	3	4	5
n21.	Mankštos ar kitų fizinių pratimų nauda būna mažesnė už įdėtas pastangas	1	2	3	4	5
n22.	Reguliarūs sveikatos patikrinimai gali užkirsti kelią sunkioms komplikacijoms	1	2	3	4	5
n23. (-)	Dauguma vaistų yra saugūs	1	2	3	4	5
n24.	Man sunku atsispirti mano sveikatai netinkamam maistui, kai valgau su kitais žmonėmis (šeima, draugais ir pan.)	1	2	3	4	5
n25.	Netinkamai atliekami fiziniai pratimai gali pakenkti	1	2	3	4	5
n26. (-)	Reguliarus kraujospūdžio / gliukozės kiekio kraujyje matavimas neduoda jokios naudos	1	2	3	4	5
n27.	Jei nevirtosi vaistų, mano sveikata pablogės	1	2	3	4	5
n28. (-)	Valgydamas (-a) sveiką maistą nesijaučiu nei geriau, nei blogiau	1	2	3	4	5
n29.	Mankšta ar kiti fiziniai pratimai turi teigiamą poveikį mano sveikatai	1	2	3	4	5
n30.	Reguliarių sveikatos patikrinimų rezultatai manęs nedomina	1	2	3	4	5

*Pastaba:* (-) – priešingai suformuluoti teiginiai, kurie skaičiuojant faktoriaus suminį įvertį turi būti atgręžiami.

5 priedas. Įsitikinimų apie gydymą klausimynas (*tęsinys*)

n31. (-)	Nuo vaistų daugiau žalos nei naudos	1	2	3	4	5
n32.	Šeimoje sunku gaminti atskirą maistą vienam žmogui	1	2	3	4	5
n33.	Reguliarus sportavimas atima daug laiko	1	2	3	4	5
n34.	Gydytojai paskiria daugiau vaistų, negu iš tikrųjų reikia	1	2	3	4	5
n35.	Sunku atskirti sveiką maistą nuo nesveiko	1	2	3	4	5
n36.	Fiziniai pratimai ir mankšta gerina kraujo cirkuliaciją	1	2	3	4	5
n37.	Geriau nežinoti, jei su mano sveikata kas nors yra labai negerai	1	2	3	4	5
n38.	Vaistai padeda išvengti arba atidėti galimas ligos komplikacijas	1	2	3	4	5
n39.	Sveika mityba padeda išlikti sveikesniam (-ei)	1	2	3	4	5

*Pastaba:* (-) – priešingai suformuluoti teiginiai, kurie skaičiuojant faktoriaus suminį įvertį turi būti atgrežiami.

6 priedas. Požiūrio į gydantį gydytoją skalė

	<i>Įvertinkite teiginius galvodami apie gydytoją, kuris skiria gydymą ir su kuriuo dažniausiai tariatės gydymo klausimais, skalėje nuo 1 iki 5, kai 1 – Visiškai nesutinku; 2 – Labiau nesutinku, nei sutinku; 3 – Nei sutinku, nei nesutinku; 4 – Labiau sutinku, nei nesutinku; 5 – Visiškai sutinku</i>					
d1.	Gydytojas turi pakankamai žinių apie mano ligą ir jos gydymą	1	2	3	4	5
d2.	Gydytojas su manimi elgiasi mandagiai ir pagarbiai	1	2	3	4	5
d3.	Gydytojo rekomendacijos pateikiamos atsižvelgiant į mano poreikius	1	2	3	4	5
d4. (-)	Man būna sunku atvirai kalbėti su gydytoju apie savo sveikatos problemas	1	2	3	4	5
d5.	Gydytojas nėra kompetentingas	1	2	3	4	5
d6.	Gydytojas skiria pakankamai laiko, kad gaučiau geriausią įmanomą priežiūrą	1	2	3	4	5
d7.	Gydytojas aiškiai su manimi aptaria gydymosi galimybes	1	2	3	4	5
d8.	Aš pasitikiu savo gydytoju	1	2	3	4	5
d9. (-)	Gydytojas yra abejingas mano ligai ir jos eigai	1	2	3	4	5
d10.	Esu patenkintas (-a) bendravimu su gydytoju	1	2	3	4	5
d11.	Gydytojas yra aukštos kvalifikacijos	1	2	3	4	5
d12.	Rekomenduočiau savo gydytoją šeimai ar draugams	1	2	3	4	5
d13.	Gydytojas su manimi kalba lengvai suprantama kalba ir nenaudoja man nepažįstamų terminų	1	2	3	4	5

*Pastaba:* (-) – priešingai suformuluoti teiginiai, kurie skaičiuojant faktoriaus suminį įvertį turi būti atgrežiami.

7 priedas. Suvokiamos artimųjų paramos ir subjektyvių normų skalė

<i>Ivertinkite žemiau pateiktus teiginius skalėje nuo 1 iki 5, kai:</i> <b>1</b> – tikrai ne; <b>2</b> – dažniau ne; <b>3</b> – kartais taip, kartais ne; <b>4</b> – dažniau taip; <b>5</b> – tikrai taip						
p1.	Mano artimieji (draugai ir / arba giminaičiai) visapusiškai mane palaiko	1	2	3	4	5
p2. (-)	Artimųjų (draugų ir / arba giminaičių) patarimai prieštarauja tam, ką rekomenduoja gydytojas	1	2	3	4	5
p3. (-)	Su savo artimaisiais (draugais ir / arba giminaičiais) konfliktuoju	1	2	3	4	5
p4.	Artimieji (draugai ir / arba giminaičiai) skatina mane stebėti savo būseną ir reguliariai lankytis pas gydytoją	1	2	3	4	5
p5.	Mano artimieji (draugai ir / arba giminaičiai) man padeda	1	2	3	4	5
p6.	Artimieji (draugai ir / arba giminaičiai) mano, kad turėčiau griežtai laikytis gydymo rekomendacijų	1	2	3	4	5
p7.	Artimųjų (draugų ir / arba giminaičių) parama ir paskatinimai padeda man tinkamai vartoti vaistus, rūpintis savimi ir kontroliuoti savo ligą	1	2	3	4	5
p8.	Artimieji (draugai ir / arba giminaičiai) mano, kad turėčiau būti fiziškai aktyvus (-i) ir sveikai maitintis	1	2	3	4	5
p9. (-)	Jaučiuosi kontroliuojamas (-a) ar varžomas (-a) savo artimųjų (draugų ir / arba giminaičių)	1	2	3	4	5
p10.	Artimieji (draugai ir / arba giminaičiai) mano, kad negalima keisti vaistų dozės be gydytojo leidimo	1	2	3	4	5

*Pastaba:* (-) – priešingai suformuluoti teiginiai, kurie skaičiuojant faktoriaus suminį įvertį turi būti atgręžiami.

8 priedas. Gydomo nurodymų laikymosi klausimyno galutinio 5 faktorių modelio parametrų reikšmės

	Nestandarti- zuoti parametrų įverčiai	Standar- tinė paklaida	Parametrų įverčių ir standartinės paklaidos santykis	Standartizuo- tas įvertis	p
<b>Netyčinio vaistų neįvartojimo faktorių sudaro</b>					
v1	1,000	0,000	0,000	0,580	< 0,001
v2	1,093	0,159	6,854	0,635	< 0,001
v3	0,798	0,146	5,485	0,464	< 0,001
v6	0,709	0,136	5,199	0,412	< 0,001
v7	0,962	0,151	6,379	0,557	< 0,001
v8	0,860	0,143	5,999	0,500	< 0,001
<b>Tyčinio vaistų neįvartojimo faktorių sudaro</b>					
v4	1,000	0,000	0,000	0,774	< 0,001
v5	0,598	0,086	6,944	0,463	< 0,001
v9	0,958	0,089	10,728	0,741	< 0,001
v10	0,757	0,088	8,627	0,585	< 0,001
v11	0,842	0,087	9,670	0,653	< 0,001
<b>Savo būklės stebėjimo faktorių sudaro</b>					
b1	1,000	0,000	0,000	0,688	< 0,001
b2	0,971	0,169	5,736	0,668	< 0,001
<b>Fizinio aktyvumo faktorių sudaro</b>					
f1	1,000	0,000	0,000	0,724	< 0,001
f2	1,174	0,106	11,099	0,849	< 0,001
f3	1,021	0,096	10,622	0,739	< 0,001
f4	0,497	0,092	5,407	0,359	< 0,001
<b>Mitybos ypatumų faktorių sudaro</b>					
m1	1,000	0,000	0,000	0,523	< 0,001
m2	1,456	0,177	8,221	0,762	< 0,001
m3	1,340	0,170	7,893	0,701	< 0,001
m4	1,070	0,155	6,902	0,559	< 0,001
m5	1,486	0,179	8,304	0,778	< 0,001
m6	1,118	0,157	7,103	0,582	< 0,001
m7	1,430	0,176	8,143	0,747	< 0,001
m8	1,222	0,163	7,510	0,637	< 0,001
Netyčinis vaistų neįvartojimas koreliuoja su					
Tyčiniu vaistų neįvartojimu	0,272	0,052	5,267	0,606	< 0,001
Savo būklės stebėjimu	-0,111	0,039	-2,867	-0,278	0,004
Fiziniu aktyvumu	-0,026	0,033	-0,803	-0,063	0,422
Mitybos ypatumais	-0,054	0,025	-2,154	-0,178	0,031
Tyčinis vaistų neįvartojimas koreliuoja su					
Savo būklės stebėjimu	-0,122	0,046	-2,651	-0,230	0,008
Fiziniu aktyvumu	0,009	0,041	0,210	0,015	0,833
Mitybos ypatumais	-0,065	0,031	-2,115	-0,160	0,034

8 priedas. Gydomo nurodymų laikymosi klausimyno galutinio 5 faktorių modelio parametrų reikšmės (*tęsinys*)

Savo būklės stebėjimas koreliuoja su					
Fiziniu aktyvumu	0,140	0,044	3,202	0,282	0,001
Mitybos ypatumais	0,184	0,040	4,664	0,514	< 0,001
Fizinis aktyvumas koreliuoja su					
Mitybos ypatumais	0,134	0,032	4,179	0,357	< 0,001
v1 koreliuoja su					
v4	0,120	0,042	2,847	0,233	0,004
v2 koreliuoja su					
v3	0,203	0,056	3,653	0,298	< 0,001
v10 koreliuoja su					
v11	0,198	0,048	4,124	0,323	< 0,001
m8 koreliuoja su					
m6	0,436	0,051	8,611	0,693	< 0,001
b2	0,100	0,030	3,297	0,174	< 0,001

9 priedas. Ligos suvokimo klausimyno galutinio 11 teiginių modelio parametrų reikšmės

	Nestandarti- zuoti parametrų įverčiai	Standar- tinė paklaida	Parametrų įverčių ir standartinės paklaidos santykis	Standartizuo- tas įvertis	p
<b>Ligos rizikos sveikatai faktorių sudaro</b>					
c5	1,000	0,000	0,000	0,812	< 0,001
c8	0,611	0,069	8,862	0,595	< 0,001
c9	0,587	0,071	8,238	0,558	< 0,001
c15	0,613	0,088	6,947	0,457	< 0,001
<b>Ligos keliamų sunkumų faktorių sudaro</b>					
c2	1,000	0,000	0,000	0,453	< 0,001
c4	1,475	0,189	7,815	0,660	< 0,001
c7	1,779	0,256	6,964	0,736	< 0,001
c10	1,672	0,235	7,126	0,817	< 0,001
<b>Ligos kontrolės faktorių sudaro</b>					
c11	1,000	0,000	0,000	0,780	< 0,001
c12	1,146	0,111	10,337	0,805	< 0,001
c13	0,885	0,092	9,620	0,640	< 0,001
Ligos rizika sveikatai koreliuoja su					
Ligos keliamais sunkumais	0,481	0,082	5,856	0,791	< 0,001
Ligos keliami sunkumai koreliuoja su					
Ligos kontrole	0,042	0,029	1,468	0,151	0,142
Ligos kontrolė koreliuoja su					
Ligos rizika sveikatai	0,179	0,048	3,714	0,320	< 0,001
c2 koreliuoja su					
c4	0,370	0,090	4,120	0,289	< 0,001
c9 koreliuoja su					
c10	0,115	0,047	2,469	0,182	0,014
c8	0,220	0,050	4,398	0,316	< 0,001

10 priedas. Įsitikinimų apie gydymą galutinio 29 teiginių modelio parametru reikšmės

	Nestandarti- zuoti parametru iverčiai	Standartinė paklaida	Parametru iverčiu ir standartinės paklaidos santykis	Standartizuo- tas ivertis	p
<b>Medikamentinio gydymo naudos faktoriu sudaro</b>					
n19	1,000	0,000	0,000	0,554	< 0,001
n27	1,148	0,260	4,412	0,613	< 0,001
n38	1,285	0,348	3,696	0,596	< 0,001
<b>Medikamentinio gydymo kliuciu faktoriu sudaro</b>					
n5	1,000	0,000	0,000	0,423	< 0,001
n9	1,657	0,349	4,749	0,592	< 0,001
n12	1,395	0,357	3,910	0,537	< 0,001
n16	1,025	0,225	4,547	0,407	< 0,001
n34	1,261	0,406	3,104	0,463	< 0,001
<b>Nemedikamentinio gydymo naudos faktoriu sudaro</b>					
n6	1,000	0,000	0,000	0,529	< 0,001
n7	1,168	0,158	7,385	0,671	< 0,001
n8	0,710	0,115	6,160	0,512	< 0,001
n13	1,173	0,169	6,938	0,523	< 0,001
n14	1,230	0,189	6,496	0,654	< 0,001
n15	1,016	0,150	6,784	0,560	< 0,001
n22	0,734	0,129	5,681	0,394	< 0,001
n29	0,935	0,209	4,466	0,407	< 0,001
n36	0,908	0,159	5,709	0,531	< 0,001
n39	1,138	0,153	7,427	0,619	< 0,001
<b>Nemedikamentinio gydymo kliuciu faktoriu sudaro</b>					
n2	1,000	0,000	0,000	0,455	< 0,001
n3	0,856	0,187	4,585	0,404	< 0,001
n10	1,365	0,221	6,172	0,571	< 0,001
n11	1,318	0,239	5,511	0,561	< 0,001
n17	1,113	0,160	6,952	0,523	< 0,001
n18	1,220	0,212	5,745	0,547	< 0,001
n21	0,712	0,207	3,435	0,364	< 0,001
n32	1,289	0,211	6,097	0,541	< 0,001
n33	1,135	0,204	5,552	0,508	< 0,001
n35	1,250	0,225	5,567	0,522	< 0,001
n37	0,876	0,222	3,952	0,346	< 0,001

10 priedas. Įsitikinimų apie gydymą galutinio 29 teiginių modelio parametru reikšmės (*tęsinys*)

Medikamentinio gydymo kliūtys koreliuoja su					
Medikamentinio gydymo nauda	-0,011	0,031	-0,359	-0,051	0,718
Nemedikamentinio gydymo nauda koreliuoja su					
Medikamentinio gydymo nauda	0,135	0,034	3,911	0,649	< 0,001
Medikamentinio gydymo kliūtimis	0,012	0,029	0,420	0,050	0,656
Nemedikamentinio gydymo kliūtys koreliuoja su					
Medikamentinio gydymo nauda	0,024	0,024	0,997	0,094	0,299
Medikamentinio gydymo kliūtimis	0,221	0,062	3,564	0,753	< 0,001
Nemedikamentinio gydymo nauda	-0,002	0,023	-0,107	-0,009	0,915
n22 koreliuoja su					
n8	0,138	0,050	2,760	0,298	0,000
n13 koreliuoja su					
n7	-0,109	0,036	-2,987	-0,193	0,002
n8	-0,066	0,030	-2,160	-0,127	0,028
n8 koreliuoja su					
n7	0,113	0,043	2,657	0,323	0,001
n6	0,100	0,052	1,930	0,230	0,015
n7 koreliuoja su					
n6	0,147	0,070	2,101	0,313	0,006
n18 koreliuoja su					
n14	-0,143	0,059	-2,411	-0,193	0,005
n14 koreliuoja su					
n13	0,141	0,067	2,103	0,228	0,015
n34 koreliuoja su					
n12	0,199	0,118	1,697	0,151	0,064
n35 koreliuoja su					
n34	0,370	0,104	3,568	0,257	< 0,001
n38 koreliuoja su					
n10	0,213	0,060	3,560	0,246	< 0,001
n37 koreliuoja su					
n14	-0,194	0,074	-2,627	-0,205	0,004

11 priedas. Požiūrio į gydantį gydytoją skalės galutinio 11 teiginių modelio parametrų reikšmės

	Nestandartizuoti parametrų įverčiai	Standartinė paklaida	Parametrų įverčių ir standartinės paklaidos santykis	Standartizuotas įvertis	p
<b>Požiūris į gydantį gydytoją</b>					
d1	1,000	0,000	0,000	0,584	< 0,001
d2	0,951	0,102	9,352	0,718	< 0,001
d3	1,327	0,135	9,855	0,790	< 0,001
d6	1,333	0,159	8,365	0,610	< 0,001
d7	1,393	0,152	9,186	0,702	< 0,001
d8	1,511	0,146	10,369	0,852	< 0,001
d9	-1,166	0,161	-7,223	-0,503	< 0,001
d10	1,646	0,170	9,679	0,885	< 0,001
d11	1,304	0,136	9,584	0,747	< 0,001
d12	1,724	0,171	10,101	0,814	< 0,001
d13	1,137	0,128	8,855	0,661	< 0,001
d12 koreliuoja su					
d11	0,183	0,032	5,802	0,431	< 0,001
d7 koreliuoja su					
d6	0,265	0,046	5,798	0,363	< 0,001
d8	0,135	0,026	5,114	0,345	< 0,001
d9 koreliuoja su					
d3	-0,115	0,022	-5,243	-0,430	< 0,001
d1	-0,111	0,027	-4,041	-0,308	< 0,001

12 priedas. Suvokiamos artimųjų paramos ir subjektyvių normų galutinio 7 teiginių modelio parametrų reikšmės

	Nestandartizuoti parametrų įverčiai	Standartinė paklaida	Parametrų įverčių ir standartinės paklaidos santykis	Standartizuotas įvertis	p
<b>Suvokiamos artimųjų paramos faktorių sudaro</b>					
p1	1,000	0,000	0,000	0,525	< 0,001
p5	1,730	0,209	8,298	0,733	< 0,001
p7	2,437	0,276	8,820	0,848	< 0,001
<b>Subjektyvių normų faktorių sudaro</b>					
p4	1,000	0,000	0,000	0,699	< 0,001
p6	1,037	0,089	11,629	0,778	< 0,001
p8	0,897	0,092	9,767	0,640	< 0,001
p10	0,748	0,107	6,968	0,453	< 0,001
Suvokiama artimųjų parama koreliuoja su					
Subjektyviomis normomis	0,371	0,056	6,643	0,983	< 0,001



13 priedas. 35 teiginių Didžiojo penketo klausimyno tiriamosios faktorių analizės svoriai

	Faktoriai				
	Ekstraver- tiškumas	Sutarumas	Sąmonin- gumas	Neurotiškumas	Atvirumas
bfi1	<b>0,602</b>	0,196	0,100	0,063	0,013
bfi6	<b>-0,422</b>	0,355	0,302	0,130	0,170
bfi11	<b>0,424</b>	0,176	0,240	0,432	0,251
bfi16	<b>0,652</b>	0,202	0,009	0,065	0,489
bfi21	<b>-0,598</b>	0,212	0,068	-0,132	-0,004
bfi26	<b>0,525</b>	0,191	0,303	0,219	0,268
bfi31	-	-	-	-	-
bfi36	<b>0,418</b>	0,567	0,190	0,070	0,159
bfi2	-	-	-	-	-
bfi7	-0,007	<b>0,703</b>	0,179	0,079	0,089
bfi12	-	-	-	-	-
bfi17	-0,100	<b>0,754</b>	0,057	0,013	0,092
bfi22	-0,063	<b>0,596</b>	-0,065	0,065	0,085
bfi27	-	-	-	-	-
bfi32	0,165	<b>0,657</b>	0,180	0,047	0,137
bfi37	-	-	-	-	-
bfi42	0,321	<b>0,513</b>	0,041	0,043	0,239
bfi3	0,126	0,446	<b>0,555</b>	-0,102	0,075
bfi8	0,090	0,306	<b>-0,700</b>	0,079	-0,100
bfi13	0,172	0,286	<b>0,448</b>	0,052	0,181
bfi18	0,030	-0,110	<b>-0,679</b>	-0,089	0,061
bfi23	-0,085	-0,140	<b>-0,612</b>	0,002	0,037
bfi28	0,222	0,314	<b>0,359</b>	0,112	0,239
bfi33	-	-	-	-	-
bfi38	-	-	-	-	-
bfi43	-	-	-	-	-
bfi4	-0,275	-0,002	-0,065	<b>-0,665</b>	0,014
bfi9	0,267	0,251	-0,019	<b>0,652</b>	0,088
bfi14	-0,045	0,243	0,075	<b>-0,507</b>	-0,039
bfi19	-0,053	-0,008	0,079	<b>-0,742</b>	0,016
bfi24	0,143	0,173	-0,102	<b>0,576</b>	0,063
bfi29	0,158	0,038	-0,200	<b>-0,643</b>	-0,007
bfi34	0,114	0,243	0,087	<b>0,594</b>	0,099
bfi39	0,198	0,007	-0,038	<b>-0,728</b>	-0,025
bfi5	0,454	-0,001	0,110	0,153	<b>0,455</b>
bfi10	0,161	0,260	0,035	0,282	<b>0,385</b>
bfi15	0,440	0,103	0,145	-0,051	<b>0,559</b>
bfi20	0,358	0,102	-0,013	-0,012	<b>0,654</b>
bfi25	0,325	0,135	0,076	0,211	<b>0,693</b>
bfi30	-0,189	0,181	0,093	-0,047	<b>0,706</b>
bfi35	-	-	-	-	-
bfi40	0,282	0,135	-0,125	0,031	<b>0,622</b>
bfi41	-0,074	0,040	0,000	0,039	<b>0,771</b>
bfi44	-0,103	0,088	0,103	0,033	<b>0,735</b>

14 priedas. Bendro gydymo nurodymų laikymosi faktoriaus hierarchinio modelio parametrų reikšmės

	Nestandarti- zuoti parametrų įverčiai	Standartinė paklaida	Parametrų įverčių ir standartinės paklaidos santykis	Standartizuo- tas įvertis	p
<b>Bendrą gydymo nurodymų laikymosi faktorių sudaro</b>					
Netyčinis vaistų neįvertinimas	-0,753	0,216	-3,492	-0,435	< 0,001
Tyčinis vaistų neįvertinimas	-0,834	0,244	-3,412	-0,367	< 0,001
Savo būklės stebėjimas	1,493	0,375	3,977	0,746	< 0,001
Fizinis aktyvumas	0,824	0,233	3,539	0,387	< 0,001
Mitybos ypatumai	1,000	0,000	0,000	0,649	< 0,001
<b>Netyčinio vaistų neįvertinimo faktorių sudaro</b>					
v1	1,000	0,000	0,000	0,587	< 0,001
v2	1,260	0,182	6,926	0,733	< 0,001
v3	0,893	0,161	5,560	0,521	< 0,001
v6	0,667	0,133	5,026	0,388	< 0,001
v7	0,853	0,142	6,000	0,496	< 0,001
v8	0,704	0,134	5,252	0,410	< 0,001
<b>Tyčinio vaistų neįvertinimo faktorių sudaro</b>					
v4	1,000	0,000	0,000	0,769	< 0,001
v5	0,604	0,088	6,835	0,461	< 0,001
v9	0,980	0,094	10,369	0,747	< 0,001
v10	0,764	0,091	8,420	0,582	< 0,001
v11	0,831	0,090	9,221	0,635	< 0,001
<b>Savo būklės stebėjimo faktorių sudaro</b>					
b1	1,000	0,000	0,000	0,672	< 0,001
b2	1,016	0,177	5,747	0,682	< 0,001
<b>Fizinio aktyvumo faktorių sudaro</b>					
f1	1,000	0,000	0,000	0,718	< 0,001
f2	1,182	0,108	10,935	0,849	< 0,001
f3	1,035	0,098	10,573	0,743	< 0,001
f4	0,499	0,093	5,368	0,358	< 0,001
<b>Mitybos ypatumų faktorių sudaro</b>					
m1	1,000	0,000	0,000	0,518	< 0,001
m2	1,473	0,181	8,138	0,764	< 0,001
m3	1,356	0,173	7,820	0,703	< 0,001
m4	1,082	0,158	6,854	0,560	< 0,001
m5	1,502	0,183	8,215	0,779	< 0,001
m6	1,128	0,160	7,038	0,581	< 0,001
m7	1,440	0,179	8,046	0,745	< 0,001
m8	1,232	0,166	7,437	0,637	< 0,001
<b>v1 koreliuoja su</b>					
v4	0,155	0,041	3,749	0,305	< 0,001
<b>v2 koreliuoja su</b>					
v3	0,115	0,060	1,912	0,200	0,056
<b>v10 koreliuoja su</b>					
v11	0,212	0,049	4,285	0,338	< 0,001
<b>m8 koreliuoja su</b>					
m6	0,436	0,051	8,611	0,694	< 0,001
b2	0,101	0,030	3,340	0,179	< 0,001

15 priedas. Dviejų gydymo nurodymų laikymosi faktorių hierarchinio modelio parametrų reikšmės

	Nestandarti- zuoti parametrų įverčiai	Standartinė paklaida	Parametrų įverčių ir standartinės paklaidos santykis	Standartizuo- tas įvertis	p
<b>Medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių sudaro</b>					
Netyčinis vaistų neįvertinimas	1,000	0,000	0,000	0,882	< 0,001
Tyčinis vaistų neįvertinimas	1,048	0,422	2,484	0,690	0,013
<b>Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi faktorių sudaro</b>					
Savo būklės stebėjimas	1,227	0,336	3,655	0,687	< 0,001
Fizinis aktyvumas	0,788	0,221	3,566	0,435	< 0,001
Mitybos ypatumai	1,000	0,000	0,000	0,763	< 0,001
<b>Netyčinio vaistų neįvertinimo faktorių sudaro</b>					
v1	1,000	0,000	0,000	0,574	< 0,001
v2	1,094	0,161	6,778	0,630	< 0,001
v3	0,799	0,147	5,428	0,460	< 0,001
v6	0,715	0,138	5,173	0,412	< 0,001
v7	0,983	0,154	6,383	0,564	< 0,001
v8	0,877	0,146	5,998	0,504	< 0,001
<b>Tyčinio vaistų neįvertinimo faktorių sudaro</b>					
v4	1,000	0,000	0,000	0,770	< 0,001
v5	0,606	0,087	6,980	0,467	< 0,001
v9	0,961	0,090	10,656	0,740	< 0,001
v10	0,764	0,089	8,618	0,588	< 0,001
v11	0,848	0,088	9,640	0,655	< 0,001
<b>Savo būklės stebėjimo faktorių sudaro</b>					
b1	1,000	0,000	0,000	0,709	< 0,001
b2	0,915	0,165	5,560	0,648	< 0,001
<b>Fizinio aktyvumo faktorių sudaro</b>					
f1	1,000	0,000	0,000	0,722	< 0,001
f2	1,175	0,106	11,036	0,848	< 0,001
f3	1,025	0,097	10,599	0,740	< 0,001
f4	0,498	0,092	5,392	0,359	< 0,001
<b>Mitybos ypatumų faktorių sudaro</b>					
m1	1,000	0,000	0,000	0,522	< 0,001
m2	1,458	0,178	8,198	0,762	< 0,001
m3	1,342	0,171	7,869	0,701	< 0,001
m4	1,072	0,156	6,890	0,559	< 0,001
m5	1,492	0,180	8,287	0,779	< 0,001
m6	1,121	0,158	7,088	0,582	< 0,001
m7	1,432	0,176	8,121	0,747	< 0,001
m8	1,222	0,163	7,486	0,637	< 0,001

15 priedas. Dviejų gydymo nurodymų laikymosi faktorių hierarchinio modelio parametrų reikšmės (*tėsinys*)

Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis koreliuoja su					
Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymusi	-0,061	0,023	-2,605	-0,304	0,009
v1 koreliuoja su					
v4	0,126	0,043	2,958	0,241	0,003
v2 koreliuoja su					
v3	0,208	0,056	3,737	0,303	< 0,001
v10 koreliuoja su					
v11	0,195	0,048	4,070	0,321	< 0,001
m8 koreliuoja su					
m6	0,435	0,051	8,609	0,693	< 0,001
b2	0,100	0,030	3,289	0,171	0,001