



VILNIAUS UNIVERSITETAS  
FILOSOFIJOS FAKULTETAS  
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Sandra Beišinienė

**Šizofrenija sergančių suaugusiųjų gyvenimo socialinės globos namuose ir  
šeimose palyginimas: depresiškumo, nerimastingumo ir subjektyvios gyvenimo  
kokybės sąsajos**

Magistro darbas

Klinikinės psichologijos studijų programa

Darbo vadovė: doc. dr. Neringa Grigutytė

Vilnius, 2019

## TURINYS

SANTRAUKA .....	4
SUMMARY .....	5
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS .....	6
PRATARMĖ .....	7
1. ĮVADAS .....	9
1.1. Šizofrenija.....	9
1.1.1. Šizofrenijos samprata .....	9
1.1.2. Šizofrenijos simptomai ir pasekmės.....	10
1.1.3. Sergančiųjų šizofrenija gyvenamosios aplinkos reikšmingumas .....	12
1.2. Emocinė būseną sergant šizofrenija .....	14
1.2.1. Emocinė būseną ir su ja susiję veiksniai.....	14
1.2.2. Depresiško išreikštumas sergant šizofrenija.....	16
1.2.3. Nerimastingumo išreikštumas sergant šizofrenija .....	17
1.3. Gyvenimo kokybė sergant šizofrenija .....	19
1.3.1. Gyvenimo kokybės samprata.....	19
1.3.2. Ligos sukeltos pasekmės ir gyvenimo kokybė .....	21
1.4. Tyrimo tikslas ir hipotezės .....	24
2. TYRIMO METODIKA .....	25
2.1. Tyrimo dalyviai .....	25
2.2. Tyrimo instrumentai .....	27
2.3. Tyrimo eiga .....	31
2.4. Duomenų analizė .....	32
3. REZULTATAI .....	34
3.1. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų subjektyvios gyvenimo kokybės sąsajos su depresiško ir nerimastingumo simptomų išreikštumu.....	34
3.2. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo prognostavimas pagal depresiško, nevilties ir nerimastingumo išreikštumą .....	45
3.3. Paranoidinė šizofrenija sergančių suaugusiųjų gyvenančių socialinės globos namuose ir šeimose depresiško, nerimastingumo ir subjektyvios gyvenimo kokybės palyginimas .....	48
4. REZULTATŲ APTARIMAS .....	52
IŠVADOS.....	59
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS .....	60
LITERATŪRA.....	61
PRIEDAI .....	70

1 priedas. Sutikimas naudoti „PSO nustatyta gyvenimo kokybė – sutrumpinta forma“ lietuvišką klausimyno versiją .....	70
2 priedas. Demografinių duomenų anketa .....	71
3 priedas. Informuotas suaugusio asmens sutikimas dalyvauti tyrime.....	72

## SANTRAUKA

Sandra Beišiniienė. *Šizofrenija sergančių suaugusiųjų gyvenimo socialinės globos namuose ir šeimose palyginimas: depresiškumo, nerimastingumo ir subjektyvios gyvenimo kokybės sąsajos* / Mokslinė vadovė doc. dr. Neringa Grigutytė. Vilniaus universitetas, Filosofijos fakultetas, Psichologijos institutas. – Vilnius, Lietuva, 2019 – 72 psl.

Šizofrenija pakeičia asmenybę visam likusiam gyvenimui, reiškiasi liekamieji ligos reiškiniai, todėl jiems neišvengiamai reikalinga pagalba palengvinanti adaptaciją gyvenime, siekiant kiek įmanoma sumažinti jų nuolatinės pagalbos/slaugos poreikį, pagerinti gyvenimo kokybę bei emocinę būseną. Lietuvoje iki šiol nėra atliktų tyrimų apie šizofrenija sergančių asmenų subjektyviai patiriamos emocinės būsenos ir gyvenimo kokybės vertinimo ypatumus gyvenant socialinės globos namuose bei šeimose. Šioje srityje atliktos užsienio autorių studijos pateikia prieštarigus rezultatus.

Šiuo darbu siekiama atskleisti šizofrenija sergančių, gyvenančių socialinės globos namuose ir šeimose, depresiškumo, nerimastingumo ir subjektyvios gyvenimo kokybės sąsajas.

Tyrimo dalyvavo 56 paranoidine šizofrenija sergantys suaugusieji (moterų – 28, vyrų – 28), kurie pasiskirstė į dvi tiriamųjų grupes: 28 tyrimo dalyviai gyvenantys socialinės globos namuose ir 28 tyrimo dalyviai gyvenantys šeimose. Siekiant nustatyti subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą ir depresiškumo bei nerimastingumo išreikštumą naudota: Pasaulio sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės sutrumpintas klausimynas ir Beko depresijos, nevilties, suicidinių minčių, nerimo skalės bei tyrimo autorės sukurta anketa, skirta surinkti demografiniams duomenims.

Tyrimo rezultatai parodė, jog šizofrenija sergančių suaugusiųjų pozityvesnis subjektyvus gyvenimo kokybės vertinimas susijęs su geresne emocine būseną, t.y., kuo žemesnis depresiškumo, nevilties, suicidinių minčių ir nerimastingumo simptomų išreikštumas, tuo pozityviau vertinama subjektyvi gyvenimo kokybė, ir atvirkščiai. Taip pat paaiškėjo, jog depresiškumas, neviltis ir socialinės globos namai reikšmingai prognozuoja subjektyvią gyvenimo kokybę, o nerimastingumas nėra reikšmingas prediktorius, t.y., kuo žemesnis depresiškumo ir nevilties simptomų išreikštumas gyvenančių socialinės globos namuose, tuo labiau tikėtinas pozityvesnis subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas. Galiausiai paaiškėjo, jog socialinės globos namuose gyvenančių paranoidine šizofrenija sergančių suaugusiųjų depresiškumo simptomų išreikštumas žemesnis, o subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas aukštesnis nei gyvenančių šeimose.

*Prasminiai žodžiai:* šizofrenija, depresiškumas, neviltis, suicidinės mintys, nerimastingumas, subjektyvi gyvenimo kokybė.

## SUMMARY

Sandra Beišiniienė. *Comparison of Living in Nursing Home and Family in Adults with Schizophrenia: the Relationships between Depression, Anxiety and Subjective Quality of Life* / Research advisor doc. dr. Neringa Grigutytė. The Faculty of Philosophy, Institute of Psychology at Vilnius University. – Vilnius, Lithuania, 2019 – page 72.

Schizophrenia changes the personality of the rest of life, manifests of disease residual effect, so they will inevitably need help facilitate adaptation to life in order to minimize their ongoing support / care needs, improve the quality of life and emotional state. In Lithuania has not yet been carried out research on schizophrenia persons living in social care homes and families the subjectively experienced emotional status and quality of life assessment. In the field of foreign authors conducted studies provide conflicting results.

The aim of this work is to reveal the relation between of depression, anxiety and subjective quality of life of adults with schizophrenia living in social care homes and families.

The study involved 56 adults with paranoid schizophrenia (women – 28, men - 28), who were divided into two groups of subjects: 28 study participants living in social care homes and 28 study participants who live in families. In order to determine the subjective quality of life and depression and anxiety manifestation in this study were used: The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF and The Beck Depression Scale, The Beck Hopelessness Scale, The Beck Suicidal Thoughts Scale, The Beck Anxiety Scale and the study's author designed to collect demographic data.

The results showed that adults with schizophrenia more positive subjective quality of life are associated with better emotional state, i. e., the lower depression, hopelessness, suicidal thoughts, and anxiety symptoms of expression, the higher estimates of subjective quality of life, and vice versa. Also summed up that depression, hopelessness and social care homes predicts the subjective quality of life, and anxiety is not a significant predictor, i. e., the lower the symptoms of depression and hopelessness expression of living in social care homes, the more likely a more positive subjective assessment of quality of life. Finally summarized, that the adults with paranoid schizophrenia living in social care home the depression symptoms voice are lower and subjective quality of life are higher than living in families.

*Keywords:* schizophrenia, depression, hopelessness, suicidal thoughts, anxiety, subjective quality of life.

## SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

**Šizofrenija** – tai lėtinis psichozinis sutrikimas, kuriam būdingi esminiai ir specifiniai mąstymo bei suvokimo sutrikimai ir neadekvatus arba blankus afektas. Būdinga aiški sąmonė, intelektas paprastai išlieka, nors tam tikrų kognityvinių trūkumų, bėgant laikui, gali atsirasti. Svarbiausi psichopatologiniai fenomenai yra minčių skambėjimas, minčių įdėjimas ar atėmimas, minčių perdavimas, kliesesinis suvokimas, poveikio, įtakos ar pasyvumo kliesesiai, klausos haliucinacijos, pasireiškiančios balsais, komentuojančiais arba aptariančiais pacientą trečiuoju asmeniu, mąstymo sutrikimai ir negatyvūs simptomai (TLK-10, 2015).

**Depresiškumas** – tai iki klinikinių nuotaikos (afektyvių) būsenų tam tikras intensyvumas, kurio metu pasireiškia liūdesys, pesimizmas ir aktyvumo sumažėjimas. Depresiškumas lyginant su depresija suvokiamas kaip tarpinė būseną – nuotaika vertinama kaip kontinuumas, kurio viename krašte yra depresija, o kitame – normali nuotaika, o tarp jų pasireiškia pereinami depresiškumo lygiai (Šinkariova, 2000).

**Nerimastingumas** – tai nuolatinė būseną, kurios metu pasireiškia polinkis į daugelį situacijų reaguoti nerimu, subjektyviai suvokti ir įvertinti pavojaus nekeliančias situacijas kaip galimai grėsmingas. Simptomai yra tokie patys kaip ir nerimo, tačiau jų išreikštumas yra silpnesnis ir jų pasireiškimas yra pastovus. Nuolatinis nerimas virsta asmenybės bruožu - nerimastingumu (Mascarenhas & Smith, 2011).

**Subjektyvi gyvenimo kokybė** – tai subjektyvi asmens savivoka apie jo gyvenimo kokybę (arba apskritai gyvenimą, kuris remiasi patirtimi, išgyvenimais) kultūros ir vertybių sistemoje, atsižvelgiant į tikslus, lūkesčius, standartus ir rūpesčius. Tai plati sąvoka, kompleksiskai apimanti asmens fizinę sveikatą, psichologinę būseną, autonomiškumo lygį, socialinius santykius, asmeninius įsitikinimus ir jų ryšį su atskirais aplinkos aspektais (The WHOQOL-Group, 1998).

## PRATARMĖ

„Anksčiau gyvenau lyg avis.  
Kiekvieną dieną piemenys surinkdavo visus  
Iš skyriaus ir išgindavo kaimenę į lauką.  
Kaip ir daugelis, aviganių, jie bjauriai skalydavo,  
Jei kas nors spyriodavosi ir neidavo.  
Kartais aš žemu balsu mekendavau tempiamą  
Koridoriais,  
Bet niekas nė karto nepaklausė kodėl –  
Jei jau esi beprotis, gali sau mekenti (...)“

*Arnhild Lauveng*

*„Auštant aš virsdavau liūtu. Kaip man pavyko įveikti šizofreniją“*

Iš tiesų pasaulio vaizdas margas, tačiau kad ir kaip bebūtų visi žmonės labiau panašūs, nei skirtingi. Visi nori turėti viltį, artimuosius ir savo vietą po saule. Šizofrenijos sutrikimo paliesti žmonės neišimtis. Mano pasirinkimas gilintis į šizofrenija sergančių asmenų vidinio pasaulio išgyvenimus neatsitiktinis. Profesinės veiklos darbas socialinės globos namuose suteikė man galimybę ne tik iš arti susipažinti ir pajauti šizofrenija sergančių asmenų išgyvenamas vidinio pasaulio paslaptis, tačiau ir pajauti gyvenimo socialinės globos namuose atmosferą. Iš tiesų visi asmenys skirtingi, tačiau ir savotiškai panašūs, o tai natūraliai man sukėlė smalsumą, kurį realizavau šiame magistrantūros studijų užbaigimo darbe. Tyrinėjimo srities susisiaurinimą ir išsigryninimą paskatino vykstanti socialinės globos namų deinstitutionalizacija. Vykdoma programa vadovaujasi principu, jog stacionari ilgalaikė globa stumia su negalia esančius žmones į bendruomenės paraštes, atiboja nuo šeimos ir pažeidžia asmens teises. Vykdomos deinstitutionalizacijos tikslas – užtikrinti, kad negalią turintys asmenys galėtų gyventi savarankiškai ir dalyvauti bendruomenės gyvenime, planuojant stacionarinių ilgalaikės globos namų uždarymą. Programos įgyvendinimas vyksta Europos mastu, tačiau pasigedau Lietuvoje vykdytų mokslinių tyrimų atsigręžiančių į šizofrenija sergančių asmenų gyvenančių socialinės globos namuose emocinės būsenos ir pasitenkinimo įvairiomis gyvenimo sritimis įvertinimo. Kadangi deinstitutionalizacijos programos vykdymas neseniai prasidėjęs, todėl kontroline tiriamųjų grupe pasirinkau šizofrenija sergančius asmenis gyvenančius savo šeimos aplinkoje.

Šiuo metu didžioji dalis tyrimų yra orientuoti į šizofrenija sergančiojo asmens slaugančiųjų patyrimą, kiek toliau nuošalyje paliekant pačių sergančiųjų psichinės būsenos įvertinimą. Todėl tema tyrimui pasirinkta atsigręžiant į tai, kas atspindi pačių sergančiųjų šizofrenija emocinę būseną ir gyvenimo kokybės vertinimą. Tyrimų apžvalgoje stebima praraja tarp šizofrenija sergančių asmenų gyvenančių socialinės globos namuose ir gyvenančių savo šeimos aplinkoje patiriamos emocinės būsenos ir subjektyviai vertinamos gyvenimo kokybės. Tyrinėjimo lauką apima subjektyviai

vertinamas asmens patiriamas depresiškumas, nerimastingumas, nevilties išgyvenimas bei suicidinė rizika, taip pat siekiama įvertinti subjektyvų pasitenkinimą įvairiose gyvenimo srityse: fizinė sveikata, psichologinė savijauta, socialiniai santykiai bei aplinka.

Subjektyviai vertinamos emocinės būsenos ir gyvenimo kokybės išreikštumo skirtumas pagal gyvenamąją aplinką, šizofrenija sergančiųjų tyrimuose iki šiol Lietuvoje nebuvo taikytas. Atliekamas tyrimas patenka į akademinį šizofrenijos tyrimų lauką ir kelia apmąstymus apie tolimesnius praktinių intervencijų tyrimus. Iš gautų tyrimo rezultatų galimos nuorodos, kur reikalinga mobilizacija sergantiems šizofrenija, tam kad būtų pagerinta emocinė būsena ir jų gyvenimo kokybė. Įvertinta šizofrenija sergančiųjų emocinė būsena ir subjektyvi gyvenimo kokybė gali tapti ypač svarbiu faktoriumi kompleksinės reabilitacijos organizavimui. Siekiant asmens absoliučios reabilitacijos ir aukštos gyvenimo kokybės tikslas būtų kiek įmanoma sumažinti ligos simptomus ir požymius, sumažinti ligos paūmėjimų dažnį, kas tiesiogiai sąveikauja su patiriama emocine būsena ir subjektyviu gyvenimo kokybės vertinimu.

Manoma, kad šizofrenija pakeičia asmenybę visam gyvenimui, reiškiasi liekamieji ligos reiškiniai, todėl būtina jiems pagalba palengvinanti adaptaciją gyvenime, kad būtų galima kiek įmanoma sumažinti jų nuolatinės pagalbos/slaugos poreikį, pagerinti gyvenimo kokybę bei emocinę būseną. Tačiau, vis dar nėra aiškūs Lietuvoje šizofrenija sergančiųjų asmenų subjektyviai patiriamos emocinės būsenos ir gyvenimo kokybės vertinimo ypatumai gyvenant socialinės globos namuose, bei gyvenant šavo šeimos aplinkoje. Užsienio autorių šioje srityje atliktuose moksliniuose tyrimuose gaunami prieštaringi rezultatai.



## 1. ĮVADAS

### 1.1. Šizofrenija

#### 1.1.1. Šizofrenijos samprata

Šizofrenijos terminą 1911 metais pasiūlė E. Bleuleris manydamas, jog šis sutrikimas pasireiškia atskirų psichikos procesų vienovės nebuvimu. Šizofrenija (lot. schizophrenia, gr. schisis - skilimas, phrenos dvasia, protas) pripažįstama kaip lėtinis psichozinis sutrikimas, neturintis patognominių simptomų. Nėra nei vieno simptomo ar požymio, kuris būtų išimtinai būdingas tik šizofrenijai, todėl tiksliai diagnozės nustatymui reikalingas kompleksinis įvertinimas ir stebėjimas. Šizofrenija diagnozuojama, kai yra būdingas mąstymo, valios ir afekto sutrikimų derinys, tačiau nepakanka tik esamos psichikos būklės įvertinimo, būtina įvertinti anamnezę, stebėti ligos eigą ir simptomų kaitą, atsižvelgti į paciento kultūrinę aplinką, religinius įsitikinimus ir pasaulėžiūrą (Dembinskas, 2003).

Remiantis „Diagnostiniu ir statistiniu psichikos sutrikimų vadovu – 4 leidimas“ (DSM-IV) šizofrenijos sutrikimas skirstomas į penkis tipus: paranoidinę, disorganizuota (hebefreninė), katatoninė, nediferencijuota (paprastoji) ir rezidualinė (American Psychiatric Association, 1994). Iki šiol vienas iš labiausiai paplitusių pasaulyje šizofrenijos tipų – paranoidinė šizofrenija. Paranoidinės šizofrenijos diagnozės atveju stebimi gana stabilūs simptomai, dažniausiai pasireiškiantys paranojiškumu, kliesdėsi dažnai lydimi klausos haliucinacijų, reiškiasi suvokimo pakitimai; mažiau ryškūs būna afekto, valios ir kalbos sutrikimai, retai stebimos katatoninės būsenos. Paranoidinė šizofrenija ryškiausiai pažeidžia mąstymo procesus, kurie labiausiai atsispindi iškreiptame suvokime, paranojiniame elgesyje bei mąstyme. Šizofrenijos atveju vyrauja persekiojimo, poveikio, santykio ir didybės kliesdėsi (WHO, 2015; American Psychiatric Association, 1994). Nuo 2013 m. išleistas naujas pakoreguotas „Diagnostinis ir statistinis psichikos sutrikimų vadovas – 5 leidimas“ (DSM-V), kuriame šizofrenijos sutrikimas nebeiškiriamas į atskirus tipus, tai reiškia, jog pagal anksčiau diagnozuotą paranoidinę šizofreniją dabartinėje klasifikacijoje tai vertinama kaip šizofrenijos simptomas. Naujoje klasifikacijoje atsakyta šizofrenijos tipų integruojant juos į sutrikimo diagnozavimo simptomatiką (American Psychiatric Association, 2013).

Per 90 proc. atvejų, pirmojo psichozės epizodo metu, patiria paranoidinius (persekiojimo) kliesdesius. Freeman ir kiti (2005) atlikę išsamią bendros populiacijos apžvalgą teigia, jog paranoidiniai įsitikinimai gali būti ranguojami pagal sunkumo laipsnį – nuo retų ir sunkių paranoidinių kliesdesių iki įprastų ir standartinių. Pagal mokslininkų suskirstytą hierarchinį principą paranoidinius kliesdesius sudaro keturi pagrindiniai komponentai: tarpasmeninis jautrumas (nerimas dėl laukiamos grėsmės, tikėtinų asmenų piktų intencijų), nepasitikėjimas kitais, nepertraukiamos mintys, kad kiti juos stebi ir apie juos kalba bei mintys apie persekiojimą. Komponentai sudaro kontinuumą – retas ir sąmoningai valdomas pirmųjų komponentų pasireiškimas laikomas normaliu

procesu, tačiau paskutinių komponentų dažnumas ir nesąmoningas pasireiškimas rodo psichinio sutrikimo pasireiškimą. Paranoja sukelia socialinę izoliaciją, kuri savo ruožtu dar labiau paskatina neįprastų įsitikinimų (kliesių) aktualizavimą bei apsunkina galimybę normalizuoti jų keliamą poveikį (Bebbington et al., 2013).

Paranoja kaip reiškinys yra laikomas tam tikrų psichinių sutrikimų simptomu, vienas kaip reiškinys savaime nelaikomas liga. Paranoja kaip simptomas gali pasireikšti įvairiame kontekste kaip esant neurozei arba alkoholio sukkelto delyro metu, tačiau ryškiausiai ir dažniausiai paranojos simptomas pasireiškia psichozės metu. Paranoja apibrėžiama kaip būdas suvokti ir vertinti pasaulį, aplinkinius žmones priskiriant jiems tam tikrus įtarumus, nepasitikėjimą ar net priešišumą. Paranoja gali pasireikšti įvairiai, tačiau ryškiausias simptomas – nepasitikėjimas kitais žmonėmis, omenyje turint ne tik nepažįstamus žmones, tačiau ir artimuosius, kurie subjektyviai suvokiami kaip norintys pakenkti ar sužeisti sergantįjį (Cromby & Harper, 2009; Rhodes & Jakes, 2010). Paranojos atveju pasireiškia kompleksinės ir ilgalaikės idėjos bei fantazijos apie patiriamą agresiją ar kitu būdu gaunamą žalą adresuotą iš jų supančių asmenų (Rhodes & Jakes, 2010). Paranojos apimto žmogaus elgesys gali tapti agresyvus ir kerštingas, dažniausiai net neprognozuojamai. Mokslinių tyrimų pagrindu toks elgesys siejamas su asmens išgyvenamais pažeidžiamumo, silpnumo, nepilnavertiškumo ir gėdos jausmais (Freeman et al., 2008; Salvatore et al. 2012).

Tikėjimasis sulaukti skriaudos, tapti auka ir patirti kitus neigiamus įvykius tiesiogiai siejama su patologine paranoja (Brunet et al., 2012; Reid and Thorne, 2007), o tai pripažįstama kaip viena pagrindinių šizofrenijos charakteristikų (Pinkham et al., 2012; Salvatore et al., 2012; Lysaker & LaRocco, 2008). Kognityvinės krypties atlikti moksliniai tyrimai atskleidžia, jog paranojos išsivystymas gali būti susijęs su trauminių įvykių patirtimi. Praeities išgyventų stresinių įvykių poveikis gali iššaukti paranoją, pasireiškiant per neigiamus įsitikinimus ir įtarumus, kurie savo ruožtu gali iššaukti persekiojimo idėjas, išankstinį nuolatinį nerimą ir grėsmės laukimą (Freeman, 2007). Atliktas lyginamasis tyrimas patvirtino, jog asmenims patyrusiems sunkias traumas, skriaudas ar tapusiems aukomis yra labiau tikėtina išsivystyti paranojai, negu asmenims, neturintiems tokios patirties (Allen-Crooks & Ellett, 2014; Bentall et al., 2012).

### 1.1.2. Šizofrenijos simptomai ir pasekmės

„Diagnostiniame ir statistiniame psichikos sutrikimų vadove – 5 leidimas“ (DSM-V) šizofrenijos sutrikimas diagnozuojamas pagal penkis simptomus: 1) kliesiai, 2) haliucinacijos, 3) dezorganizuota kalba (dažnas minčių kaitaliojimas ir nenuoseklumas), 4) ryškiai dezorganizuotas arba katatoninis elgesys, 5) negatyvūs simptomai (sumažėjusi emocinė raiška ir/arba iniciatyvos stoka). Diagnozės patvirtinimui reikalingi du (ar daugiau) minėti simptomai, kurie tęsiasi mėnesį

laiko – būtinas bent vienas iš šių simptomų: kliesesiai, haliucinacijos, dezorganizuota kalba (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2016).

Remiantis E. Bleulerio teorija, šizofrenijos sutrikimui būdingi simptomai skirstomi į pozityvius ir negatyvius. Pozityvūs ir negatyvūs simptomai yra labai artimai tarpusavyje susiję, negatyvūs simptomai atsiranda dar prieš pasireiškiant pirmiesiems pozityviems simptomams (Arantes-Gonçalves et al., 2018). Pozityviais simptomais laikomi reiškiniai, kurie atsiranda papildomai ir anksčiau asmeniui nebūdavo būdingi: haliucinacijos, kliesesiai, mąstymo nenuoseklumas, keistas elgesys, neadekvatūs afektai. Negatyvūs simptomai apima susilpnėjusias arba išnykusias kai kurias funkcijas ir savybes: afektų blankumas, apatija, anhedonija, abulija, nesugebėjimas prisiziūrėti, apsileidimas, kontaktų su šeima nutrūkimas, socialinė izoliacija. Sutrikimo atveju pasireiškia ir dezorganizuoti simptomai, kurie neretai siejami su prasta ligos perspektyva – nerišli kalba, ypač keistas ir neadekvatus elgesys (Dembinskas, 2003).

Atlikta psichopatologinių simptomų analizė rodo, jog šizofrenijai būdingus pagrindinius simptomus galima suskirstyti į penkias kategorijas: 1) psichozė (apimanti kliesesius ir haliucinacijas), 2) varomosios jėgos ir valios pokyčiai (negatyvūs simptomai – motyvacijos sumažėjimas, spontaniškos kalbos nebuvimas, socialinis atsitraukimas), 3) neurokognityviniai pokyčiai (suprastėjusi atmintis, dėmesys, vykdomosios funkcijos), 4) ir 5) emocinė disreguliacija (depresiniai ir manijos simptomai) (Dominguez et al., 2009).

Sergantys šizofrenija asmenys realybę suvokia savaip, visiškai skirtingai nei ją suvokia juos supantys žmonės. Jų gyvenimo realybės suvokimą ryškiai pakeičia atsiradusios haliucinacijos ir kliesesiai, todėl natūraliai sergantieji gali jaustis išsigandę, sunerimę ir sumišę. Dėl pasikeitusio realybės suvokimo šizofrenija sergantys asmenys gali elgtis labai skirtingai, jų elgesys gali kisti neprognozuojamai. Kartais jie gali būti atitolę, atsiriboję, sujaudinti, sunerimę, kartais gali visiškai sustingti, o kartais nenusėdėti vietoje (Woodruff, 2004; Hugdahl et al., 2007). Haliucinacijos atsiranda ryškiai pakitus suvokimui, kurios atsiranda be ryšio su atitinkamu šaltiniu. Haliucinacijos gali pasireikšti bet kokia jutimo forma – klausos, regos, lytėjimo, uoslės ar skonio (Dembinskas, 2003). Woodruff (2004) teigimu šizofrenijos atveju dažniausiai pasireiškia klausos haliucinacijos, daugiau nei 70 proc. atvejų. Kita vertus, šizofrenijos atveju gali atsirasti ir iliuzijos, kurios yra susijusios su jutiminiu stimulu, tačiau jos yra neteisingai interpretuojamas (Dembinskas, 2003). Iliuzijos yra ženkliai mažiau intensyvios palyginus su haliucinacijomis ir kliesesiais. Šizofrenijos atveju kliesesiai aiškinami kaip klaidingi įsitikinimai, kurie neturi objektyvaus paaiškinimo, įrodymų ir to negalima paaiškinti asmens kultūriniais įsitikinimais. Kliesesiai gali apimti labai įvairias temas, būti susiję su įvairiais žmonėmis pradedant nuo šeimos narių iki visiškai nepažįstamų asmenų (Torrey, 2013). Kitas svarbus šizofrenijos simptomas mąstymo kryptingumo praradimas. Mintys gali kilti ir keistis labai sparčiai, sunku susikoncentruoti ilgesnį laiko tarpą ties viena mintimi, jie labai

greitai išsiblaško, sunkiai sutelkia dėmesį. Jiems gali būti sunku išskirti reikšmingus ir nereikšmingus aspektus situacijoje, apjungti mintis pagal loginę seką, todėl jų mintys gali būti dezorganizuotos ir suskaidytos. Šios ligos pasekmės gali ryškiai apsunkinti bendravimą su šizofrenija sergančiu asmeniu bei būti viena iš socialinės izoliacijos priežasčių (Torrey, 2013). Kita labai ryški simptomatika galimai prisidedanti prie socialinės izoliacijos – emocinis lėkštumas ir vangumas (Gur et al., 2006; Ciompi, 2015). Šizofrenija sergantis asmuo gali neparodyti socialiai tikėtinų ir priimtų emocijų, jie gali kalbėti monotonišku balsu, neišreikšti veido mimikų, negestikuluoti, būti apatiški ir vangūs. Socialinis atsiribojimas gali būti apspręstas jų pačių, dėl riboto kontakto palaikymo su kitais. Motyvacija domėtis malonumais ir apskritai pačiu gyvenimu ženkliai sumažėja. Esant sunkesniais atvejais asmuo gali ištisas dienas nieko neveikti, nepaisydamas net asmens higienos. Minėtos emocinės išraiškos ir valios sunkumai gali neigiamai paveikti sergančiojo artimuosius, ypačingai gyvenančius kartu, tačiau mokslininkai pabrėžia, jog šiuo atveju artimiesiems labai svarbu suprasti, kad tai yra ligos simptomai ir padariniai, o ne žmogaus charakterio ydos ar asmeniniai trūkumai.

Paranoidinės šizofrenijos atveju kliesdesiai natūraliai kelia sielvartą, glumina ir skatina socialinį atsitraukimą. Patiriantiems persekiojimo kliesdesius depresijos lygis būna aukštas, o savigarba ženkliai žema (Smith et al., 2006). Nustatyta, jog sergantys šizofrenija asmenys patiria aukštą savistigmos lygį (Brohan et al., 2010), o pozityvių simptomų pasireiškimas siejamas su žema subjektyvia psichologine gerove (Norman et al., 2000). Kuo stipriau pasireiškia paranoidiniai kliesdesiai, tuo žemesnė subjektyviai vertinama psichologinė gerovė, kuri tiesiogiai susijusi su paranoiška baime. Psichologinės gerovės žemi rodikliai taip pat siejami su išgyvenamu nerimastingumu ir depresiškumu (Freeman et al., 2013).

### 1.1.3. Sergančiųjų šizofrenija gyvenamosios aplinkos reikšmingumas

Šizofrenijos sutrikimas iš esmės pažeidžia visas asmens gyvenimo sritis. Koncentruojantis į psichosocialinius sunkumus ypač svarbus tyrinėjimų ir analizavimų atskleistas aspektas, jog psichosocialiniai sunkumai nėra vien tik tiesiogiai nulemtos šizofrenijos sutrikimo pasekmės, o tam reikšmingos įtakos taip pat turi ir aplinka. Į psichosocialinius sunkumus siūloma žvelgti biopsichosocialinio modelio supratimu (Świtaj et al., 2012). Laikantis šio požiūrio svarbu suprasti, kad sergančiojo sveikatos determinantais tampa ne tik biologiniai, tačiau ir socialiniai bei psichologiniai aspektai. Sergantįjį šizofrenija veikia sutrikimo sukelti psichinių funkcijų pažeidimai, veiklos ir įsitraukimo apribojimai (darbas, šeimos gyvenimas, laisvalaikis) bei aplinkos faktoriai – stigma, šeimos atmosfera, stresoriai, tarpasmeniniai santykiai, socialinis palaikymas, medicininė priežiūra, užimtumas ir kita. Siekiant kiek įmanoma maksimalaus sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo, medikamentinis gydymas nebetampa prioritetine sritimi, o tik apjungus ir susiejus

biologinius, psichologinius ir socialinius faktorius galima pasiekti maksimalių rezultatų sergančiojo šizofrenija gyvenimo kokybės gerinime.

Šizofrenija yra lėtinė liga, kuri pasireiškia nepakankamu savo būklės suvokimu ir ribotomis gydymo galimybėmis. Dėl to didžioji dalis šizofrenija sergančių asmenų gyvena su savo šeimomis, o psichotiniais periodais yra hospitalizuojami. Pripažįstama, jog šeima yra vienas svarbiausių faktorių, veikiančių sergančiojo būklę ir gyvenimo kokybę. Tačiau tai iš šeimos reikalauja labai daug pastangų, sukelia socialinių ir finansinių problemų, didina stresą ir kelia nevilties bei kančios jausmus (Tsiouri et al., 2016). Šizofrenija ir dėl jos kylanti stigmatizacija tampa visos šeimos našta. „Šeimos našta“ apibūdina emocinį distresą, finansines problemas ir socialinę stigmą, kuriuos patiria šeimos nariai; šis terminas įtraukia fizinę, ekonominę, psichologinę ir socialinę įtaką šeimai, kuri rūpinasi šizofrenija sergančiu šeimos nariu. Šizofrenija ir jos keliami našta stipriai paveikia ir pačią šeimos sistemą – tarpusavio santykius, emocinį reagavimą į vienas kitą, pasikeičia šeimos narių vaidmenys (Medianos & Economou, 1994). Po šizofrenijos sutrikimo diagnozavimo šeimos nariui ir to pasėkoje įvykusių pokyčių, tikėtinai pasireiškia šeimos narių izoliacija, slogių emocijų išgyvenimas, gali vystytis nerimo ir depresijos sutrikimai, ko pasėkoje labai nukenčia ar netgi suyra šeimos santykiai (Mizuno et al., 2012).

Šizofrenijos paūmėjimų dažnumas (Van Os et al., 2001) ir gydymo suteikimo delsimas siejamas su patiriamomis sąlygomis šeimoje, tokiomis kaip kritikavimas ir pernelyg aktyvus emocinis įsitraukimas (Carrà et al., 2012; Marom et al., 2005). Tyrimais įrodyta ir patvirtinta, jog šeimos atmosfera turi ypatingą vaidmenį sergančiajam šizofrenija. Aktyvių tyrinėjimų sritis ne tik šeimos atmosferos daroma įtaka sergančiajam šizofrenija, tačiau ir galimybės įsitraukti šeimai į artimojo ligos paveiktos gyvenimo kokybės gerinimą. Studijomis įrodyta, jog šeimos patirtis rūpinantis sergančiu šeimos nariu bei visapusiška šeimos gerovė tiesiogiai susijusi su sergančiojo psichologine gerove ir sveikata. Atliktų studijų pagrindu siūloma visapusiškai vertinti ne tik sergantįjį, tačiau ir jo gyvenamąją aplinką, besirūpinančių asmenų patyrimą, siekiant kad būtų kiek įmanoma labiau užtikrinta gyvenimo kokybė šizofrenija sergančiam asmeniui (Testart et al., 2013; Zendjidian et al., 2014). Studijos atskleidžia, jog vienas efektyviausių intervencijos būdų – šeimos terapija (psichoedukacija) (Mueser et al., 2013). Tyrimais įrodytas šeimos terapijos teigiamas efektyvumas ne tik sergančiajam šizofrenija, tačiau ir šeimos nariams bei bendrai šeimos psichologinei atmosferai.

Nors yra socialiai priimtina ir manoma, jog sergančiu šeimos nariu geriausiai pasirūpinti gali tik artimi šeimos nariai, tačiau skaudi patirties realybė atskleidžia, jog ne visada artimiesiems užtenka vidinių ir išorinių resursų globoti sunkia psichikos liga sergantį artimąjį. Nereti atvejai, kai sergantys šizofrenija kone nuolat gyvena ligoninėse, socialinės globos namuose, o kartais pasiryžta gyventi ir vieni. Atsigręžiant į globos poreikį sergančiajam šizofrenija ir nesant galimybei šeimos nariams rūpintis savo sergančiu artimuoju kaip analogiškas apgyvendinimas pasirenkami instituciniai globos

namai. Daugeliu atvejų šizofrenija sergančių asmenų apgyvendinimas socialinės globos namuose įvyksta ne pačių sergančiųjų savanorišku apsisprendimu, o šeimos narių išreikštu noru (Pat et al., 2006). Paradoksalu, tačiau net ir tokiais atvejais dauguma apsigyvenusių socialinės globos namuose pastebi teigiamus pokyčius po nuolatinės gyvenamosios aplinkos pakeitimo ir išreiškia norą pratęsti gyvenimo laikotarpį, socialinės globos namuose. Iš tyrime dalyvavusių šizofrenija sergančių asmenų, daugiau nei du trečdaliai pageidavo, kad jų socialinės globos namai liktų nuolatiniais jų gyvenamaisiais namais.

Tačiau ne visi moksliniai tyrimai atskleidžia aukštą pasitenkinimo lygį gyvenant socialinės globos namuose. Nors pastebimi mokslinių tyrimų skirtumai, tačiau kol kas nėra identifikuoti ir aiškiai apibrėžti skirtumą lemiantys veiksniai, todėl keliami tik hipotetiniai svarstymai. Vienoje iš atliktų mokslinių studijų išryškėjo, jog šizofrenija sergantys asmenys po hospitalizacijos apgyvendinti socialinės globos namuose patyrė ženkliai žemesnę su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, nei tie asmenys, kurie po hospitalizacijos grįžo gyventi pas artimuosius. Asmenų, kurie po hospitalizacijos sugrįžo gyventi į savo šeimos aplinką ir buvo slaugomi savo artimųjų, su laiku ženkliai gerėjo jų gyvenimo kokybės vertinimas, pasiekta geresnių rezultatų sveikatos atžvilgiu. Apsigyvenusių socialinės globos namuose gyvenimo kokybės vertinimas išliko tolygiai žemas, prireikė daugiau hospitalizacijų, sutrikimo simptomatika buvo mažiau kontroliuojama, reikėsi nerimo ir depresijos sutrikimai (Mihanović et al., 2015).

Tyrinėjant šizofrenija sergančių asmenų, gyvenančių socialinės globos namuose, gyvenimo kokybę lemiančius veiksnius atsižvelgiama į sergančiojo poreikių patenkinimą, socialinį palaikymą, vidinių ir išorinių resursų aktualizavimą. Teigiama, jog poreikių patenkinimas atsispindi visose srityse: fiziologinių, saugumo, priklausymo grupei, būti aplinkinių įvertintam ir pripažintam, taip pat sukuriamos savęs realizavimo galimybės. Socialinės globos namuose dirbantys asmenys yra suinteresuoti paremti sergančiuosius ir padėti jiems integruotis į visuomeninį gyvenimą. Tikimasi sergantiesiems suteikti kiek įmanoma nepriklausomo gyvenimo galimybes, po metų metus besitęsiančių hospitalizacijų ar nesėkmingo savarankiško gyvenimo (Piat et al., 2008).

## **1.2. Emocinė būseną sergant šizofrenija**

### **1.2.1. Emocinė būseną ir su ja susiję veiksniai**

Kiekvieną žmogaus gyvenimo akimirką lydi emocijos. Jas nulemia asmens santykio išgyvenimas su vidiniu ar išoriniu pasaulio objektu. Jų paskirtis – informuoti žmogų apie jo būseną, lyginant su jo poreikiais, tikslais, norais ir vertybėmis. Jos yra vienas iš elgesio vidinio reguliavimo procesų (Psichologijos žodynas, 1993). Emocijos yra dinamiškos sąveikos tarp žmonių ir jų aplinkos dalis, todėl emocijų reakcijos laikas (angl. timing) ir trukmė (angl. duration) priklauso nuo jas sukėlusio stimulo. Tačiau emocijos nėra apribotos stimulų dinamikos – iš tikro emocijos gali būti

patiriamos dar ilgą laiką po stimulo pabaigos (Grillo, 2018). Aukščiausia žmogaus emocijų forma yra ilgalaikiai jausmai, kuriuos sukelia dvasiniai poreikiai (Psichologijos žodynas, 1993). Išgyvenama emocinė būseną susideda iš fiziologinio sujaudinimo, psichologinio vertinimo, pažinimo procesų, subjektyvaus patyrimo ir išraiškingo elgesio.

Literatūroje pripažįstama, jog vienas iš labiausiai tikėtinų ir sunkiausiai išvengiamų veiksnių, apsunkinančių emocinę būseną yra fizinė sveikata ir su liga susiję simptomai. Šizofrenijos sutrikimo metu vieni ryškiausių simptomų – tai kliesėsiai, haliucinacijos ir paranojiškumas, kurie kelia stiprias emocijas ir jausmus, yra sunkiai kontroliuojami ir prognozuojami; jų pasireiškimas yra siejamas ne tik su socialiniu atsitraukimu, savęs izoliavimu, tačiau ir su emociniais sunkumais (Bebbington et al., 2013; Smith et al., 2006; Hugdahl et al., 2007). Taip pat savo vaidmenį emocinės būsenos atžvilgiu turi ir negatyvūs šizofrenijos simptomai, tokie kaip emocinis lėkštumas, vangumas, apatija, prastas socialinis funkcionavimas. Šių simptomų pasireiškimas artimai susijęs ne tik su asmens praradimais, bet ir su depresija, todėl ne tik kelia depresijos diagnozavimo sunkumų, tačiau ir reikšmingai sutrikdo asmens socialinį funkcionavimą (Ciompi, 2015; Krynicki et al., 2018). Teigiamų ir neigiamų ligos simptomų pasireiškimas pažeidžia asmens socialinio funkcionavimo galimybes, tačiau neužgožia įprastų poreikių, kurie sutrikus socialiniam sunkcionavimui tampa neišpildyti ir paraleliai sutrikdo asmens emocinės būsenos pusiausvyrą (Bellack et al., 2013). Kitas svarbus emocinės būsenos veiksnys, atliepantis ligos simptomų išreikštumo sunkumą – yra dažnos hospitalizacijos ir santykinai trumpas hospitalizacijos laikas. Atkreipiamas dėmesys, jog šizofrenijos simptomų pasireiškimo intensyvumas ir sunkumas susijęs ne tik su ligos progresyvumu, tačiau ir su psichosocialine parama, asmenybiniais resursais ir kitų sutrikimų komorbidiškumu (Alvarez-Jimenez et al., 2012; Emsley et al., 2013).

Kita veiksnių grupė, susijusi su reikšmingais emocinės būsenos sunkumais, atspindi labiau išorinių faktorių daromą įtaką. Šiuo metu mokslinių tyrimų akiratyje dominuoja šizofrenijos sutrikimo gydymo metodų efektyvumas, kuriuose vienas iš veiksmingiausių metodų pripažįstamas – šeimos terapija (Mueser et al., 2013). Neretai šeimos nariai šizofrenija sergančiam asmeniui tampa vienintelis atsvaros taškas sutrikusiame pasaulio suvokime. Artimų socialinių santykių palaikymas, psichosocialinė parama, stigmos mažinimas, pozityvi ir palaikanti šeimos atmosfera teigiamai veikia sergančiojo emocinę būseną, padeda sparčiau ir efektyviau atsistatyti po ligos paūmėjimų, sumažina ligos recidyvavimus ir progresavimą (Carrà et al., 2012; Zendjidjian et al., 2014). Psichosocialinė parama ir artimų santykių palaikymas šizofrenija sergančiam asmeniui veikia kaip vienas iš svarbiausių apsauginių veiksnių. Tačiau šis apsauginis veiksnys apsprendžiamas labiau kitų asmenų iniciatyva, o ne paties sergančiojo, dėl ligos sąlygoto socialinio funkcionavimo pažeidimo. Piat ir kiti (2008) pastebi, jog psichosocialinę palaikymo atsvarą gali suteikti ne tik šeimos nariai, tačiau ir kiti asmenys: gydymą suteikiantis personalas, gyvenant instituciniuose slaugos namuose artimais ir

reikšmingais asmenimis tampa jais besirūpinantys asmenys. Be abejonės personalas neatstoja šeimos narių ir jų emocinio artumo, tačiau jie rūpinasi sergančiojo poreikių išpildymu ne tik suteikiant socialinį palaikymą, tačiau atliepiant ir kitus sergančiojo poreikius. Nuo sergančiojo motyvacijos priimti teikiamą pagalbą ir personalo atkaklumo bei profesionalumo ne tik pozityviai paveikiama asmens emocinė būseną, tačiau kartu ir siekiama geresnės gyvenimo kokybės. Paradoksalu, tačiau nors ir institucionalizavimas gali sąlygoti ankstesnių socialinių santykių nutrūkimą, bet personalo profesionalumu ir bendradarbiavimu galima pasiekti pozityvių rezultatų sergančiojo ligos kelyje (Angell & Test, 2002).

### 1.2.2. Depresiškumo išreikštumas sergant šizofrenija

Vienas iš dažniausių, sunkiausių ir ilgalaikes pasekmes turinčių emocinių sunkumų yra depresija ir depresiškumas. Depresija diagnozuojama pasireiškiant depresijos epizodui, kurio metu yra būdinga liūdna nuotaika, sumažėjusi energija ir aktyvumas, ženkliai sumažėja pasitenkinimas bei interesų ratas, suprastėja dėmesio koncentracija, atsiranda stiprus nuovargis, sutrinka miegas ir apetitas, sumažėja savivertė ir pasitikėjimas savimi, kankina kaltės ir bevertiškumo idėjos (TLK-10, 2015). Tokia būseną patenka į klinikinį nuotaikos (afektyvių) sutrikimų lauką, o depresiškumas į klinikinį nuotaikos sutrikimų lauką nepatenka, nors pasireiškimo simptomatika panaši į depresijos sutrikimą. Taigi depresiškumas – tai iki klinikinių nuotaikos (afektyvių) būsenų tam tikras intensyvumas, kurio metu pasireiškia liūdesys, pesimizmas ir aktyvumo sumažėjimas. Depresiškumas lyginant su depresija suvokiamas kaip tarpinė būseną – nuotaika vertinama kaip kontinuumas, kurio viename krašte yra depresija, o kitame – normali nuotaika, o tarp jų pasireiškia pereinami depresiškumo lygiai (Šinkariova, 2000).

Šizofrenijos sutrikimo negatyvūs simptomai, kurie pasireiškia kaip normalaus funkcionavimo sumažėjimu ar išnykimu, tokie kaip sumažėjęs emocinių išgyvenimų intensyvumas, apatija, prastas socialinis funkcionavimas iš pirmo žvilgsnio gali būti panašūs į depresiškumo simptomatiką. Krynicki ir kiti (2018) tyrinėję šizofrenijos negatyvių simptomų pasireiškimo ir depresiškumo sąsajas priėjo prie išvados, jog reiškiniai yra glaudžiai tarpusavyje susiję ir yra reikalingos papildomos studijos detalesniam reiškinių atskyrimui. Autoriai atliktos studijos pagrindu vis tik atskyrė negatyvius simptomus nuo depresijos simptomų ir teigia, jog šizofrenijos sutrikimo metu pasireiškiantis žemas nuotaikos fonas, suicidinės mintys ir pesimizmas yra siejamas su specifisku depresiškumo pasireiškimu, o alogija ir blankus afektas labiau būdingas specifiskam negatyvių simptomų pasireiškimui. O anhedonija, energijos ir iniciatyvos stoka priskiriami tiek negatyvių simptomų pasireiškimui, tiek depresijos simptomatikai. Dėl simptomų persidengimo neretai šizofrenija sergantiems asmenims depresija nėra diagnozuojama lengvoje ar vidutinėje formoje, neretai gydantys gydytojai neatskiria depresijos simptomų nuo specifinių šizofrenijai būdingų



simptomų, todėl dažniausiai depresija diagnozuojama jau sunkioje formoje (Mulholland & Cooper, 2000).

Sergant šizofrenija depresiškumo pasireiškimas siejamas su patirtu distresu, ypač dėl ligos sąlygotų praradimų, išgyvenamų sielvarto ir beviltiškumo jausmų. Pabrėžiama, jog depresiškumo pasireiškimas nepriklauso nuo ligos etapų, tačiau aukštas depresiškumas gali būti susijęs su ligos paūmėjimais (Lako et al., 2012). Atliktų mokslinių tyrimų pagrindu depresija nustatyta kaip priežastinis veiksnys vienam iš pagrindinių šizofrenijos simptomų pasireiškimui – persekiojimo kliesdys (paranoja). Teigiama, jog depresinės idėjos apie save tiesiogiai atsiskleidžia kliesdiesiuose, o nuolatinis pažemintas nuotaikos fonas palaiko kliesdžių pasireiškimą (Freeman et al., 2002).

Moksliniais tyrimais įrodyta, jog depresiškumo simptomatikos pasireiškimas sergant šizofrenija yra susijęs su prastesne ligos eiga ir tolimesnėmis ligos prognozėmis (Upthegrove et al., 2010; Gardsjord et al., 2016). Stipriai išreikštas depresiškumas yra pripažįstamas kaip stipriausias rizikos veiksnys suicidiniams bandymams ir neretai jų įvykdymams; stipriai išreikštas depresiškumas pripažįstamas kaip aukštesnis rizikos veiksnys savižudybei įvykdyti nei haliucinacijų ir kliesdžių pasireiškimas (Dutta et al., 2011). Sergant šizofrenija depresiškumo pasireiškimas kelia ir ilgalaikių pasekmių, kurios siejamos su sutrikdytu funkcinio atsigavimu, destruktviu elgesiu nukreiptu į save ir kitus, psichoaktyvių medžiagų vartojimu, prastais socialiniais ir šeimos santykiais, motyvacijos praradimu, nereguliariu antipsichozinių medikamentų vartojimu, dažnesniais ligos paūmėjimais ir psichikos sveikatos paslaugų naudojimosi bei prastesne subjektyviai vertinama gyvenimo kokybe. Pabrėžiama, jog nepsichozinių simptomų pasireiškimo prevencijai ir intervencijai skiriamas ypač svarbus vaidmuo, siekiant šizofrenija sergančio asmens būklės stabilizavimo, atsigavimo; kitu atveju tai apsunkina ilgalaikio gydymo efektyvumą ir padidina ligos progresavimo riziką (Conley et al., 2007).

Atliktų studijų pagrindu atkreipiamas dėmesys, jog šizofrenija sergančių asmenų savižudybės rizika yra maždaug 13 kartų aukštesnė nei bendros populiacijos (Saha et al., 2007). Nors iki šiol nėra nustatytų aiškių sąsajų tarp šizofrenija sergančių asmenų depresijos simptomų pasireiškimo ir savižudybės (Hayes et al., 2012), tačiau bendroje populiacijoje depresijos simptomai išlieka svarbiausiais savižudybės determinantais, todėl neatmetama ir galima sąsaja tarp depresijos simptomų pasireiškimo ir suicidinių ketinimų sergant šizofrenija.

### 1.2.3. Nerimastingumo išreikštumas sergant šizofrenija

Kaip ir daugelis kitų emocijų nerimas yra gerai pažįstamas kiekvienam, tiek sveikam, tiek sergančiam. Patiriama nerimo būsena gali mobilizuoti arba kaustyti. Literatūroje nerimas apibrėžiamas kaip emocinė žmogaus būsena, neapibrėžtas grėsmės jausmas, kuris kyla dėl realaus arba įsivaizduojamo pavojaus. Nuo baimės, kaip reakcijos į konkretų pavojų, nerimo sukelta emocinė

būseną skiriasi pavojaus nekonkretumu, grėsmės difuziškumu. Teigiama, jog nerimą sukelia grėsminga, neįveikiama situacija, neįsisąmoninti konfliktai ar vienas kitam priešingi motyvai. Taigi situacinis nerimas atspindi žmogaus būseną tam tikru momentu (Psichologijos žodynas, 1993). Tačiau kai žmogus yra linkęs į daugelį situacijų reaguoti nerimu, subjektyviai suvokti ir įvertinti pavojaus nekeliančias situacijas kaip galimai grėsmingas, tokiu atveju tai įvardinama kaip nerimastingumu tapusiu asmens bruožu. Tai suvokiamas kaip polinkis dažniau nerimą patirti kaip nuolatinę būseną, o ne išgyventi laikiną situacinį nerimą (Psichologijos žodynas, 1993; Mascarenhas & Smith, 2011). Nerimastingumo simptomai yra tokie patys kaip ir nerimo, tačiau jų išreikštumas yra silpnesnis ir jų pasireiškimas yra pastovus. Tai nuolatinis silpnas nerimo jausmas, savybė nuolat ir intensyviai nerimauti, patirti proto neramumo būseną (Mascarenhas & Smith, 2011).

Nerimo simptomatikos pasireiškimas sergant šizofrenija labai dažnas. Remiantis mokslinėmis studijomis yra grindžiama, jog nerimo simptomų kontroliavimas padidina galimybę pasiekti optimalių rezultatų šizofrenijos sutrikimo eigoje. Tačiau nerimo simptomai ar net sutrikimai šizofrenijos atveju labai retai diagnozuojami, dėl sunkaus atskyrimo nuo įprastų šizofrenijos sutrikimui būdingų simptomų. Todėl nerimo simptomai ir nerimastingumas retai patenka į diagnostinį lauką iki tol, kol tai netampa kliniškai reikšminga (Bermanzohn et al., 2000; Buckley et al., 2009). Kliniškai reikšmingi nerimo sutrikimai neretai pasireiškia šizofrenijos sutrikimo pradžioje (Pokos & Castle, 2006), yra siejami su jaunesniu amžiumi ištikus psichozei (Malla et al., 2002) arba gali būti traktuojami kaip vienas iš pagrindinių šizofrenijos simptomų (kaip emocinis požymis arba šalutinis psichozės reiškinys – persekiojimo kliesdys) (Naidu et al., 2014). Atliktos studijos, analizuojančios nerimo sutrikimo pasireiškimą sergant šizofrenija nustatė, jog tai susiję su intensyvesniu priežiūros/globos reikalingumu sergančiajam ir padidėjusia negalia (ne tik iš esmės dėl šizofrenijos sutrikimo) (Birenheir et al., 2014) bei su prastesne gyvenimo kokybe ir žemais profesiniais pasiekimais (Bosanac et al., 2013).

Karpov ir kiti (2016) atlikę mokslinį tyrimą teigia, jog nerimo simptomatika pasireiškia visais šizofrenijos sutrikimo atvejais, tačiau simptomų pasireiškimo lygis būna skirtingas, bet daugiau nei pusę atvejų nerimo sutrikimai būna sunkūs. Nerimo simptomų pasireiškimas vertinamas kaip neatsiejama dalis nuo depresiškumo ir asmenybės savybių (ypatingai su neurotizmu), nepriklausomai nuo pagrindinės ligos diagnozės. Neurotizmas, kaip asmenybės bruožas, sudaro pagrindą vystytis nerimastingumui, kaip atskiram bruožui nuo šizofrenijos sutrikimo. Nerimastingumo pasireiškimas taip pat siejamas su žemu saviveiksmingumu (Richards et al., 2015) bei neigiamu patyrimu tarpasmeniniuose santykiuose (Marazziti et al., 2007).

Nagargoje ir Muthe (2015) atliktoje studijoje nustatė, jog nerimo simptomatikos pasireiškimas statistiškai reikšmingai (57,5 proc.) labiau būdingas paranoidine šizofrenija sergantiems asmenims, nei esant kitiems šizofrenijos tipams. Paranoidinės šizofrenijos atžvilgiu nerimo simptomatikos

pasireiškimo lygis sunkiausias, lyginant su kitomis šizofrenijos rūšimis. Paranoidiniai kludiesiai tiesiogiai siejami su nerimastingumu. Autorių gauti rezultatai atitinka ir kitų tyrimų gautus rezultatus (Achim et al., 2011; Buckley et al., 2009).

Atliktų daugelio studijų pagrindu teigiama, jog iki 65 proc. šizofrenija sergančių asmenų patiria nerimo simptomus. Sunkūs pozityvių šizofrenijos simptomų pasireiškimas gali būti susijęs su nerimo simptomatikos intensyvumu, tačiau nerimas gali pasireikšti ir nepriklausomai nuo psichotinių simptomų. Pabrėžiama, jog ne visais atvejais nerimo simptomatika peržengia klinikinę ribą ir tampa diagnozuojamu komorbidiniu sutrikimu. Padidintas nerimastingumas nebūtinai siejamas su šizofrenijos sutrikimo pasireiškimu, o gali būti susijęs ir su išoriniais veiksniais. Apie 38 proc. atvejų nerimo simptomatikos pasireiškimas diagnozuojamas sutrikimu, dažniausiai pasireiškia socialinio nerimo sutrikimas (Temmingh & Stein, 2015). Nerimastingumo pasireiškimas siejamas su depresiškumu, suicidinėmis idėjomis ir ketinimais, kognityviniais sunkumais ir medicinos paslaugų naudojimusi (Naidu et al., 2014). Nerimastingumo pasireiškimas labiau siejamas su internalizuotais sunkumais, o ne su eksternalizuotais. Nerimastingumo ir nerimo sutrikimų identifikavimas sergančiajam šizofrenija kelia iššūkių ir neretai lieka nepastebėti. Šizofrenijos teigiami simptomai užgožia nerimo simptomatiką, sumažėjusi emocinė raiška ir komunikacija taip pat apsunkina nerimo pasireiškimo atpažinimą. Taip pat neretai nerimo simptomatika neatpažįstama dėl galimai pasireiškiančio šalutinio medikamentų vartojimo poveikio akatizijos (Temmingh & Stein, 2015). Anhedonija – vienas iš pagrindinių neigiamų šizofrenijos simptomų, taip pat pripažįstamas kaip svarbus veiksnys trikdantis ne tik sergančiojo gydymo efektyvumą, atsistatymo galimybes, tačiau ir dalyvauja nerimo simptomatikos pasireiškime (Richards et al., 2015).

Ne vienoje studijoje įrodytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp nerimastingumo pasireiškimo ir žemos subjektyviai vertinamos gyvenimo kokybės, žemas pasitenkinimas pasireiškia pagrindinėse gyvenimo kokybės vertinimą sudarančiose srityse – fizinė sveikata, psichologinė savijauta, socialiniai santykiai ir aplinka (Nagaroje & Muthe, 2015; Dernovšek & Šprah, 2009).

Depresiškumo bei nerimastingumo pasireiškimas šizofrenijos atveju turi reikšmingą įtaką ligos eigai, emocinei būsenai, neigiamai paveikia kasdienį funkcionavimą bei bendrą ligos eigos prognozę. Pabrėžiama, jog depresiškumo bei nerimastingumo identifikavimas ir simptomų kontroliavimas neabejotinai padidintų ligos kontroliavimo efektyvumą (Karpov et al., 2016; Nechmad et al., 2003).

### **1.3. Gyvenimo kokybė sergant šizofrenija**

#### **1.3.1. Gyvenimo kokybės samprata**

Per ilgus metus gyvenimo kokybės koncepcijos formavimasis susidūrė ne tik su apibrėžimo kūrimo iššūkiu, tačiau ir su visuomenės nuostatų keitimu, jog geresnės gyvenimo kokybės tikslas ir siekimas yra realus ir įgyvendinamas ne tik fiziškai ir psichiškai sveikiems asmenims, tačiau ir

turintiems tam tikrą negalią. Pasiiekti rezultatai šiose srityse lėmė tam tikrus pokyčius ir naujoves ne tik akademinėje srityje, tačiau ir paslaugų teikimo sferoje (Schalock et al., 2002).

Gyvenimo kokybės samprata istoriškai nuolat keitėsi ir iki šiol yra išlikusi diskusijų objektu. Tačiau kaip bebūtų kiekvienas apibrėžimas orientuotas į skirtumą tarp normų ir galimybių. Nuo siauro gyvenimo kokybės suvokimo kaip bendros žmogaus sveikatos būklės iki vis platesnį kontekstą apimančios ir aiškinančios subjektyviai vertinamos gyvenimo kokybės sampratos. Vieną iš platesnių apibrėžimų pateikia Pasaulio Sveikatos Organizacija – gyvenimo kokybės vertinimas apibrėžiamas per tai, kaip asmuo suvokia savo paskirtį gyvenime kultūros ir vertybių kontekste, kuriame jis gyvena ir požiūriu siejasi su turimais tikslais, viltimis, standartais ir interesais (The WHOQOL Group, 1998). Tai viena plačiausių gyvenimo kokybės koncepcijų, kurios suvokimas aiškinamas kompleksiniu veikimu asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio bei socialinių ryšių ir kontakto su aplinka. Nors kai kurie autoriai kritikuoja per daug platų apibrėžimą dėl galimai apimančių gyvenimo sferų, kurios tiesiogiai nedaro jokios įtakos asmens sveikatai. Tačiau mokslininkai pripažįsta, jog plati gyvenimo kokybės koncepcija gali padėti holistiškai įvertinti ir suprasti šizofrenijos sutrikimo daromą poveikį asmens gyvenimui (Hewitt, 2007; Su et al., 2014).

Žvelgiant plačiai gyvenimo kokybės vertinimas gali būti atliktas tiek subjektyviu, tiek objektyviu požiūriu. Subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo instrumentai apima bendruosius pasitenkinimo gyvenimu rodiklius ir daugelį gyvenimo sričių, tokių kaip pasitenkinimas darbu, šeima, socialiniais santykiais, finansais ir gyvenamąją situaciją. Vertinamas subjektyvus asmens požiūris į savo gyvenimo kokybę. O objektyviosios gyvenimo kokybės vertinimo instrumentai orientuoti į išorines asmens gyvenimo sąlygas, sociodemografinius veiksnius, funkcionavimo visuomenėje vaidmenį (Fitzgerald et al., 2001). Ilgą laiką buvo keliamos diskusijos dėl gyvenimo kokybės vertinimo patikimumo šizofrenija sergantiems asmenims. Abejones dėl rezultatų patikimumo kėlė nuovokos ir savižvalgos stoka bei psichopatologinių simptomų pasireiškimas. Tačiau Vorunganti ir kiti (1998) įrodė, jog šizofrenija sergantys asmenys, esantys remisijos būsenoje ir išreiškę norą bendradarbiauti yra galintys adekvačiai įvertinti savo gyvenimo kokybę.

Tyrinėjant šizofrenija sergančių asmenų gyvenimo kokybę, atsižvelgiant į vertinimo tikslus, galimi du pasirinkimo variantai: bendras gyvenimo kokybės vertinimo instrumentas arba specifinis šizofrenijos sutrikimui skirtas gyvenimo kokybės vertinimo instrumentas. Naudojant bendrą gyvenimo kokybės vertinimo instrumentą galimas rezultatų palyginimas su kitų ligų paveiktomis sveikatos būklėmis arba su psichiškai sveikų žmonių gyvenimo kokybės vertinimo rodikliais (Lin et al., 2012). O pasirinkus specifinį šizofrenijos sutrikimui skirtą gyvenimo kokybės instrumentą siekiama įvertinti specifines šizofrenija sergančių asmenų gyvenimo sąlygas (vertinama kaip simptomai paveikia gyvenimo kokybę) (Bobes et al., 2005).

2005-2006 metais buvo atliktas didelės apimties longitudinalinis tyrimas, kuris orientavosi į socialinius ryšius ir izoliaciją, tačiau taip pat nagrinėjo ir subjektyviai vertinamą gyvenimo kokybę. Atliktame tyrime, socialiniame kontekste vertinant gyvenimo kokybę ir psichologinę sveikatą išsiaiškinta, jog su jomis artimai susiję septyni komponentai: keturi iš jų siejami su neigiamu poveikiu gyvenimo kokybei – nerimas, depresija, stresas ir vienišumas, likę trys siejami su pozityviu poveikiu – emocinė sveikta, laimė (džiaugsmas) ir savigarba. Komponentai nustatyti įvertinant socialinę izoliaciją, taip pat įskaitant ir socialinį susietumą, socialinį išitraukimą, socialinį palaikymą ir vienišumą. Iš viso analizuota septyniolika veiksnių, kurie apima du komponentus – vienas iš jų „socialinis nesusietumas“ (arba „fizinis atskirumas nuo kitų“), o kitas „sovokiama izoliacija, paremta vienatvės jausmu ir socialinės paramos stoka“. Pabrėžiama, jog abu komponentai nors ir tapusavyje susiję, tačiau kartu ir skiriasi. Teigiama, jog kai kurie asmenys, priklausantys dideliame ir dinamiškame socialiniam tinklui ir esant nuolat apsuptiems žmonių gali išgyventi stiprų vienatvės jausmą, ypač tuo atveju, jeigu santykiai nėra pilnai išpildyti ir nepatenkina asmens poreikių. Kitu atveju pastebima, jog turint ženkliai mažiau socialinių ryšių vienišumo jausmas gali nepasireikšti (Shiovitz-Ezra et al., 2009).

Šiandieną vienas iš dažniausiai naudojamų instrumentų bendrai gyvenimo kokybei vertinti yra Pasaulinės sveikatos organizacijos gyvenimo kokybės klausimynai („WHOQOL“ – ilgoji ir trumpoji versija). Klausimynais, atsižvelgiant į teigiamą ir neigiamą emocingumą, yra vertinamas bendras asmens pasitenkinimas gyvenimu ir kartu pasitenkinimas atskiromis gyvenimo sritimis. Taigi bendras gyvenimo kokybės vertinimas atspindi viso septyniuose komponentuose – įvertinama bendra gyvenimo kokybė ir sveikata bei atskiri šeši komponentai: fizinė, psichologinė, nepriklausomumo, socialinių santykių, aplinkos ir dvasingumo bei religinių įsitikinimų (The WHOQOL Group, 1993). Pastebima, jog šie gyvenimo kokybės klausimynai iš kitų išsiskiria skiriamu akcentu ties subjektyviu asmens patyrimu ir pasitenkinimu savo gyvenimu. Gyvenimo kokybės vertinimas yra subjektyvus, kuris remiasi vidiniais atskaitos taškais, o remiantis psichikos sveikatos komponentais įvertinama fizinė sveikata, socialiniai santykiai bei įvairūs aplinkos aspektai (Korkeila, 2000). Remiantis tuo galima teigti, jog minėti gyvenimo kokybės vertinimo klausimynai artimi pozityviosios psichikos sveikatos rodikliams.

### 1.3.2. Ligos sukeltos pasekmės ir gyvenimo kokybė

Šizofrenijos sutrikimas pripažįstamas kaip agresyvia ir itin sunkiai kontroliuojama psichikos liga. Akivaizdu, jog šizofrenija sergančių asmenų gyvenimo kokybė ženkliai žemesnė nei bendros populiacijos. Žvelgiant bendrai gyvenimo kokybės vertinimas siejamas su sociodemografiniais rodikliais, ekonominiais, klinikiniais ir socialiniais veiksniais. Studijos atskleidžia, jog daugiau negu 80 proc. atvejų ligos paūmėjimai vis atsinaujina po pirmojo hospitalizavimo, o apie 25 proc. pasiekia

remisiją (Chi et al., 2016). Ligos recidyvai siejami su pasireiškiančių simptomų intensyvumu ir sunkumu, šeimos parama, sergančiojo išvalgumu ir komorbidiškumu (Alvarez-Jimenez et al., 2012; Emsley et al., 2013).

Socialinis kontekstas vienas iš svarbiausių veiksnių atsispindinčių šizofrenija sergančiojo asmens subjektyviame gyvenimo kokybės vertinime. Nors psichinė liga riboja ir sukelia tam tikrų įgūdžių deficitą, tačiau noras realizuoti save ir patenkinti savo poreikius išlieka. Vienas iš socialinių veiksnių susijusių su šizofrenija sergančio asmens gyvenimo kokybės vertinime yra socialinis funkcionavimas. Atsižvelgiant į amžių prasidėjus šizofrenijos sutrikimui yra teigiama, jog kuo ankstesniame amžiuje prasideda sutrikimas, tuo didesnė tikimybė neįgyti tam tikrų socialinių įgūdžių. Kita vertus net ir įgyti socialiniai įgūdžiai gali būti prarasti dėl psichinės ligos pasireiškimo. Atsižvelgiant į tai yra manoma, jog ligos sąlygota socialinių įgūdžių stoka susijusi su patiriamais komunikavimo ir socialinių vaidmenų sunkumais. Todėl dauguma sergančių šizofrenija nesukuria šeimos ir turi ribotus socialinius kontaktus už šeimos ribų (Bellack et al., 2013). Kitas svarbus lemiamas socialinio konteksto veiksnys – socialinė parama. Teigiama, jog socialinės paramos poreikio patenkinimas yra susijęs ne tik su ligos paūmėjimais, tačiau ir su subjektyviai vertinama gyvenimo kokybe. Socialinė parama atlieka vaidmenį didinant sergančiojo šizofrenija gebėjimą prisitaikyti prie kasdienio gyvenimo ir atlaikyti stresinius įvykius. Remiantis atliktomis studijomis yra teigiama, jog stabilus ir kokybiškas socialinės paramos tinklas lemia geresnes šizofrenija sergančio asmens gyvenimo sąlygas, mažina stigmą, padidina savigarbą, sumažina ligos simptomų išreikštumą bei padidina subjektyviai vertinamą gyvenimo kokybę. Pabrėžiama, jog reikšmingiausias socialinės paramos teikimo vaidmuo skiriamas šeimos nariams (Gutiérrez-Maldonado et al., 2012).

Sergant šizofrenija depresiškumo ir depresijos sutrikimų pasireiškimas labai dažnas, tačiau neretai jie būna persidengę su pagrindiniais psichoziniais simptomais ir retai patenka į diagnostinį lauką. Nepaisant to yra pripažįstama, kad aukštas depresiškumo lygis ir depresijos sutrikimai padidina sergančiojo negalią ir gali būti savižudybės rizikos veiksnys. Subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo tyrimai atskleidžia, jog depresijos simptomų išreikštumas sergant šizofrenija yra stipriausias rodiklis subjektyviai žemos gyvenimo kokybės vertinimui (Fervaha et al., 2013; Tomotake, 2011). Tačiau viena atlikta studija, tyrinėjusi šizofrenija sergančių asmenų gyvenimo kokybės skirtumus, atsižvelgiant į komorbidišką depresijos sutrikimo pasireiškimą ir depresijos sutrikimo nebuvimą, reikšmingų gyvenimo kokybės vertinimo skirtumų nenustatė, t.y. gyvenimo kokybės vertinimas nesusijęs su depresijos pasireiškimu (Dan et al., 2011). Taip pat su žemu gyvenimo kokybės vertinimu susijęs nepakankamas socialinis funkcionavimas, aukštesnis nerimastingumo išreikštumas, teigiamų šizofrenijos simptomų pasireiškimas, apatija ir neigiamas požiūris į medikamentų vartojimą (Fervaha et al., 2013; Agid et al., 2012).

Tyrinėjant sociodemografinių duomenų sąsajas su gyvenimo kokybe atskleista, jog žemesnė gyvenimo kokybė labiau būdinga vyrams nei moterims, išsiskyrusiems arba tapusiems našliais, gyventiems kartu su tėvais, gyvenantiems prastomis gyvenimo sąlygomis ir esant prastai finansinei padėčiai, savižudybės bandymais praeityje, diagnozuotais nerimo ir depresijos sutrikimais, neigiamu šeimos narių požiūriu į sergantį ir jų gydymą, nedalyvavimu psichoedukaciniuose užsiėmimuose (Makara-Studzińska et al., 2012).

Kai kurie autoriai gyvenimo kokybės lygį sieja su šizofrenija sergančių asmenų poreikių nepatenkinimu. Teigiama, jog poreikių nepatenkinimas stipriai susijęs tiek su momentiniu gyvenimo kokybės vertinimu, tiek su aprėpiančiu ilgą laiką tarpą. Nepatenkintų poreikių identifikavimas ypač svarbus gydymo tikslams, siekiant pagerinti šizofrenija sergančių asmenų gyvenimo kokybę (Ritsner & Grinshpoon, 2015; Kulhara et al., 2010). Atliktos studijos pagrindu atskleista, jog labiausiai nepatenkinti poreikiai išryškėja šiose srityse: psichologinis distresas ir psichotiniai simptomai, seksualinė raiška, intymūs santykiai, priklausymas socialinei grupei, fizinė sveikata, dienos užimtumas, informuotumas apie būklę ir gydymą, gyvenamasis būstas ir finansinė padėtis (Ritsner et al., 2004). Autoriai pabrėžia, jog neatsižvelgus ir nepatenkinus šizofrenija sergančių asmenų poreikių neverta tikėtis pozityvių gydymo rezultatų ir sėkmingų prognozių. Tai įvardijama kaip spraga, kurios neužpildymas atsiliepija aukštais finansiniais kaštais teikiant pilnai neišpildytą gydymą.

Hansson ir kiti (2002) tvirtina ir atkreipia visuomenės dėmesį, jog apgyvendinimas šizofrenija sergantiems asmenims gali būti svarbus veiksnys susijęs ne tik su subjektyviai vertinama gyvenimo kokybe, tačiau ir su teikiamo gydymo efektyvumu ir psichinės sveikatos gerove. Sergant sunkia psichikos liga išlieka rizika priverstiniam, o kartais ir savanoriškam apgyvendinimui gaunant institucinę globą. Tačiau nerimsta diskusijos dėl tokio apgyvendinimo tinkamumo atsižvelgiant į gyventojų emocinę bei psichinę gerovę. Naujausi moksliniai tyrimai gilinasi į subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo skirtumus pagal ilgalaikės gyvenamosios vietos sąlygas. Kai kurios studijos atskleidžia, jog gyvenimas institucinę globą teikiančiuose namuose lemia subjektyviai žemą gyvenimo kokybės vertinimą lyginant su kitomis gyvenimo sąlygomis (Ertekin et al., 2015; Browne & Courtney, 2005). Manoma, jog gyvenamoji aplinka tiesiogiai susijusi su socialinio gyvenimo kokybiškumu; tyrimais atskleista, kad gyvenimas institucinės globos namuose labiausiai lemia buvusių socialinių santykių nutrūkimą, socialinio gyvenimo ribotumą – socialiniai santykiai apima tik institucijos aplinką (Angell & Test, 2002). O socialinis palaikymas ir socialiniai kontaktai pripažįstami kaip vieni reikšmingiausių gyvenimo kokybės rodiklių.

Žvelgiant iš kitos pusės, šizofrenija sergančių asmenų gyvenimas savo individualiuose namuose (esant pakankamai geroms gyvenimo sąlygomis) suteikia sąlyginai aukščiausią pasitenkinimo savo gyvenimu lygį lyginant su kitomis ilgalaikėmis gyvenimo vietomis (institucinės globos namai, ilgalaikės hospitalizacijos, nakvynės namai) (Browne & Courtney, 2005; ). Galėdami savarankiškai

gyventi jaučiasi atsakingi už savo gyvenimą, įgalinti priimti savarankiškai sprendimus, labiau pasitikintys savimi ir kompetentingi, jaučiasi labiau kontroliuojantys savo gyvenimą, išreiškia turintys daugiau galimybių pagerinti savo psichinę sveikatą nei gyvenant institucinės globos namuose.

#### **1.4. Tyrimo tikslas ir hipotezės**

##### **TYRIMO TIKSLAS:**

Nustatyti ir palyginti šizofrenija sergančiųjų, gyvenančių socialinės globos namuose ir šeimose, depresiškumo, nerimastingumo ir subjektyvios gyvenimo kokybės sąsajas.

##### **TYRIMO HIPOTEZĖS:**

1. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų pozityvesnis gyvenimo kokybės vertinimas susijęs su mažesniu depresiškumo ir nerimastingumo simptomų išreikštumu.
2. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų depresiškumas, neviltis ir nerimastingumas neigiamai prognozuos gyvenimo kokybę, t.y. mažesnis depresiškumo, nerimastingumo ir nevilties išreikštumas prognozuos aukštesnius gyvenimo kokybės įverčius.
3. Socialinės globos namuose gyvenančių paranoidine šizofrenija sergančių suaugusiųjų depresiškumo ir nerimastingumo simptomų išreikštumas aukštesnis, o subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas žemesnis nei gyvenančių savo šeimos aplinkoje.



## 2. TYRIMO METODIKA

### 2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimė dalyvavo 56 paranoidine šizofrenija sergantys suaugusieji, iš kurių 28 moterys ir 28 vyrai. Tyrimo dalyvių amžius svyruoja nuo 34 iki 56 metų (amžiaus vidurkis – 45,2). Tyrimo dalyviai pasiskirstė į dvi grupes: paranoidine šizofrenija sergantys suaugusieji gyvenantys socialinės globos namuose (28) ir gyvenantys šeimose (28).

Pirmosios tyrimo dalyvių grupės, paranoidine šizofrenija sergančiųjų suaugusiųjų gyvenančių socialinės globos namuose, tyrimo duomenys buvo renkami Telšių raj. esančiuose Dūseikių socialinės globos namuose. Tyrimo dalyviai – suaugę šizofrenija sergantys asmenys. Atsižvelgiant į globos institucijoje vyraujančią šizofrenijos diagnozės tipą bei siekiant užtikrinti tyrimo patikimumą (lyginant tiriamąją ir lyginamąją grupes) tiriamųjų diagnozė susiaurinta iki paranoidinės šizofrenijos (F20.0 – nustatyta naudojantis ligų klasifikacija pagal TLK–10). Remiantis Pope ir kitų (2013) atliktu moksliniu tyrimu teigiama, jog iš visų psichikos sutrikimų šizofrenijos diagnozė yra stabiliausia (92.1 proc.); atsižvelgiant į autoriaus atlikto mokslinio tyrimo rezultatus apibrėžtas atrankos kriterijus pagal diagnozės nustatymo trukmę – tyrimė dalyvavusių dalyvių diagnozė nustatyta ne vėliau kaip prieš trejus metus. Tyrimo dalyviai buvo atrenkami neatsitiktinai, o siūlant dalyvauti tyrimė visiems, kurie atitiko apibrėžtus atrankos kriterijus. Tyrimo dalyvių įtraukimo kriterijai: psichikos ligos diagnozė – paranoidinė šizofrenija (F20.0 – nustatyta naudojantis ligų klasifikacija pagal TLK–10); ši diagnozė nustatyta ne vėliau kaip prieš trejus metus; gyvenimo socialinės globos namuose trukmė ne trumpesnė kaip vieneri metai; savanoriškas sutikimas dalyvauti tyrimė. Atmetimo kriterijai: jei asmuo turi diagnozuotą depresijos ir/arba nerimo sutrikimą; jei asmuo turi protinį atsilikimą; turintys ryškių bendravimą apsunkinančių negalių (klausos, regos sutrikimai).

Tiriamųjų diagnozė ir kiti išsikelti atrankos kriterijai sužinoti konsultuojantis su institucijos vyr. med. slaugytoja ir analizuojant asmens medicininę knygelę. Duomenims analizuoti naudotos imties dydis – 28 institucijos gyventojai (14 moterų ir 14 vyrų). Amžius svyruoja nuo 34 m. iki 56 m. (amžiaus vidurkis – 46,5). Dalyvauti tyrimė atsisakė du dalyviai, išreikšdami pasitikėjimo ir motyacijos stoką. Į duomenų analizavimą neįtrauktas vieno dalyvio neatsakingai (atsitiktiniu būdu) užpildytas klausimynų paketas – netinkami klausimynai sunaikinti.

Siekiant tiksliau atsakyti į tyrimo hipotezes, buvo pasitelkta lyginamoji grupė. Šią grupę sudarė paranoidine šizofrenija sergantys suaugusieji, kurie gyvena savo šeimos aplinkoje. Tyrimo dalyvių antrankos kriterijai bei kontaktiniai duomenys rinkti iš Telšių bei Šiaulių miestų psichikos sveikatos centrų, bendradarbiaujant su gyd. psichiatru. Su tyrimo dalyviais susisiekti asmeniškai. Lyginamoji imtis buvo sudaryta remiantis tais pačiais kriterijais kaip ir pagrindinė tyrimo grupė, tik šiuo atveju tyrimo dalyvis turėjo kartu gyventi ne trumpiau kaip vieneri metai su giminystės ryšiais

susijusiais asmenimis. Pagal dabartinį lietuvių kalbos žodyną šeima – tai giminystės ryšiais susieta žmonių grupė, kurią sudaro tėvai ir vaikai, o plačiaja prasme – ir seneliai, anūakai bei kiti kartu gyvenantys giminaičiai.

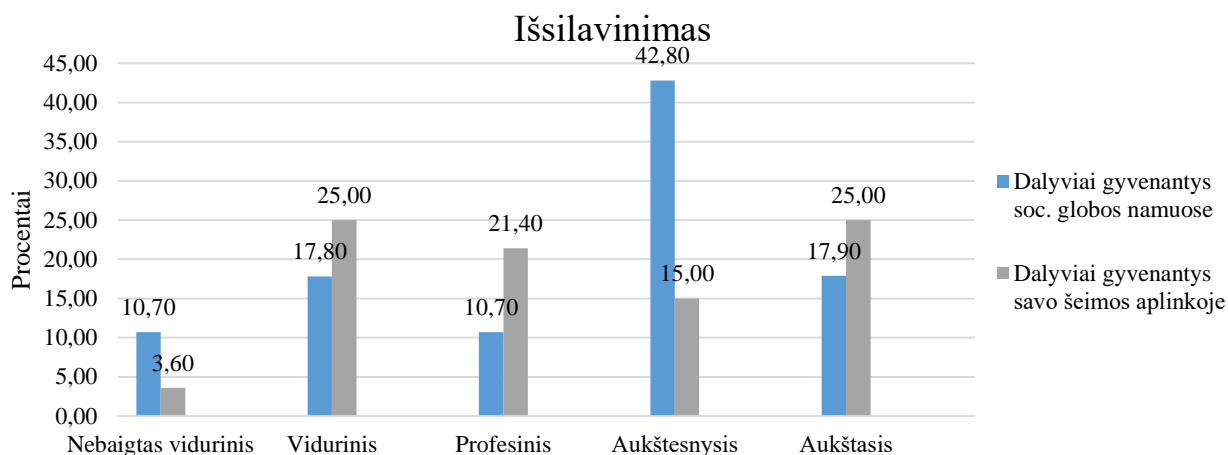
Lyginamosios grupės, duomenų analizavimui naudotos, imties dydis – 28 dalyviai (14 moterų ir 14 vyrų). Amžius svyruoja nuo 36 m. iki 55 m. (amžiaus vidurkis – 43,9). Tyrime dalyvauti atsisakė 14 dalyvių, vieni iš jų pateikė kategorišką atsisakymą be paaiškinimo, kiti atsisakymo priežastį įvardijo kaip bendravimo sunkumą, nenorą išeiti iš namų, kaustančią baimę ir motyvacijos stoką. Į duomenų analizavimą neįtraukti trijų dalyvių duomenys: vienas dalyvis klausimynų pildymo metu atsisakė užbaigti dalyvavimą tyrime, likę du tyrimo dalyviai nebendradarbiavo anketos pildymo metu bei neatsakingai (atsitiktiniu būdu) pildė klausimynus. Netinkami klausimynai buvo sunaikinti.

Pateikiant tyrimo dalyvių demografinius duomenis svarbu paminėti, jog pagal darbinę padėtį, kaip ir buvo tikėtasi, tyrimo dalyvių pasiskirstymas kardinaliai išsiskyrė: visi dalyviai, gyvenantys socialinės globos namuose, tyrimo atlikimo metu neturėjo oficialaus darbo, o tarp dalyvių, gyvenančių savo šeimos aplinkoje, darbo padėtis kiek išsiskyrė – 8 (28,57 proc.) dalyviai tyrimo atlikimo metu oficialiai dirbo, o 20 (71,43 proc.) dalyvių tuo metu neturėjo oficialaus darbo. Tyrimo atlikimo metu taip pat užfiksuota psichinės ligos (paranoidinė šizofrenija) sirgimo trukmė. Informacija apie tyrimo dalyvių pasiskirstymą pagal paranoidinės šizofrenijos sirgimo trukmę pateikta pirmoje lentelėje.

1 lent. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal psichinės ligos sirgimo trukmę metais.

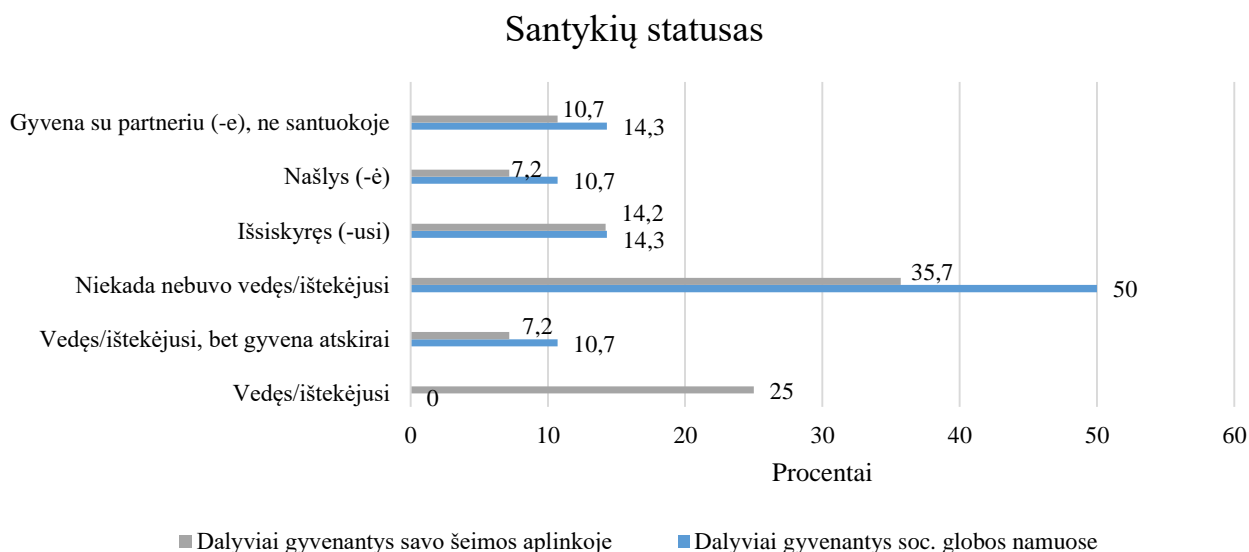
	<b>Minimali trukmė</b>	<b>Maksimali trukmė</b>	<b>Vidurkis</b>	<b>Std. nuokrypis</b>
Dalyviai gyvenantys soc. globos namuose	7	33	19,89	7,62
Dalyviai gyvenantys savo šeimos aplinkoje	7	30	18,39	6,88

Iš pirmame paveikslėlyje pateiktos informacijos apie tyrime dalyvavusių šizofrenija sergančių suaugusiųjų išsilavinimo pasiskirstymą matyti, jog gyvenantiems socialinės globos namuose būdingiausias aukštesnysis išsilavinimas, o gyvenantiems savo šeimos aplinkoje – vidurinis bei aukštasis išsilavinimas.



1 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirtymas pagal išsilavinimą.

Iš antrajame paveikslėlyje pateiktos grafinės informacijos matyti, kad šizofrenija sergančių suaugusiųjų imtyje, tiek gyvenančių socialinės globos namuose, tiek gyvenančių savo šeimos aplinkoje, būdingiausias santykių statusas – niekada nebuvo vedęs/ištekėjusi. Tikėtinai natūralu, jog tarp tyrimo dalyvių, gyvenančių socialinės globos namuose, nėra santykių statuso „vedęs/ištekėjusi“, nes tai reikštų, jog abu sutuoktiniai gyvena kartu.



2 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal santykių statusą.

## 2.2. Tyrimo instrumentai

Tyrimui atlikti buvo naudojamos šios metodikos: PSO nustatyta gyvenimo kokybė – sutrumpinta forma (angl. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF) ir Beko (angl. The Beck Scales) 4 skalės: depresijos (angl. Beck Depression Inventory), nevilties (angl. Beck Hopelessness Scale), suicidinių minčių (angl. Beck Scale for Suicide Ideation) ir nerimo (angl. Beck Anxiety Inventory) bei tyrimo autorės sukurta anketa, skirta surinkti demografiniams

duomenims. Anketos, klausimyno ir skalių pildymas buvo vykdomas individualiai. Tiriamojo demografiniai duomenys, psichikos ligos diagnozė, šios ligos sergamumo trukmė sužinota analizuojant asmens medicininę knygelę. Klausimyno ir skalių pildymą savarankiškai atliko tyrimo dalyviai su tyrimo autorės priežiūra.

1. PSO nustatyta gyvenimo kokybė – sutrumpinta forma (WHOQOL-BREF)

Pasaulio Sveikatos Organizacijos parengtas gyvenimo kokybės klausimynas WHOQOL-BREF yra plačiai pasaulyje naudojamas instrumentas, išverstas į daugiau nei 85 kalbas (WHOQOL Translations, 2014). Klausimynas yra išverstas ir į lietuvių kalbą bei sėkmingai naudojamas Lietuvos moksliniuose tyrimuose nuo 2000 metų. Pirminę lietuvišką klausimyno versiją 2000 m. parengė N. Goštautaitė Midttun ir A. Goštautas, trumpoji klausimyno versija WHOQOL-BREF adaptuota ilgojo klausimyno WHOQOL-100 pagrindu. Visos autorinės klausimyno teisės priklauso Pasaulio Sveikatos Organizacijai. Gautas Pasaulio Sveikatos Organizacijos raštiškas sutikimas tyrime naudoti lietuvišką klausimyno trumpąją versiją WHOQOL-BREF (žr. 1 priedą). Trumpasis gyvenimo kokybės klausimynas WHOQOL-BREF yra tinkamas naudoti įvairiose kultūrose, klausimyną galima naudoti siekiant nustatyti tiek sveikų, tiek sergančių asmenų gyvenimo kokybę (WHO, 1998).

2 lent. WHOQOL-BREF klausimyno struktūra (WHO, 1998).

<b>Gyvenimo kokybės sritys</b>	<b>Aspektai*</b>
Bendri įvertinimai	1. Bendra gyvenimo kokybė ( <i>WHOQOL-BREF – 1</i> )** 2. Sveikata ( <i>WHOQOL-BREF – 2</i> )
Fizinė	3. Skausmas ir diskomfortas ( <i>WHOQOL-BREF – 3</i> ) 4. Energija ir nuovargis ( <i>WHOQOL-BREF – 4</i> ) 5. Miegas ir poilsis ( <i>WHOQOL-BREF – 10</i> ) 6. Mobilumas (judrumas) ( <i>WHOQOL-BREF – 15</i> ) 7. Kasdienė veikla ( <i>WHOQOL-BREF – 16</i> ) 8. Priklausomybė nuo vaistų ar tam tikro gydymo ( <i>WHOQOL-BREF – 17</i> ) 9. Gebėjimas dirbti ( <i>WHOQOL-BREF – 18</i> )
Psichologinė	10. Teigiami jausmai ( <i>WHOQOL-BREF – 5</i> ) 11. Mąstymas, mokymasis, atmintis ir dėmesio koncentracija ( <i>WHOQOL-BREF – 6</i> ) 12. Pasitikėjimas savimi ( <i>WHOQOL-BREF – 7</i> ) 13. Išvaizda ( <i>WHOQOL-BREF – 11</i> ) 14. Neigiami jausmai ( <i>WHOQOL-BREF – 19</i> ) 15. Dvasingumas, religija, asmeniniai įsitikinimai ( <i>WHOQOL-BREF – 26</i> )
Socialinių santykių	16. Asmeniniai santykiai ( <i>WHOQOL-BREF – 20</i> ) 17. Socialinė parama ( <i>WHOQOL-BREF – 18</i> ) 18. Lytinis aktyvumas ( <i>WHOQOL-BREF – 17</i> )

2 lent. tęsinys.

---

Aplinkos	19. Fizinė sauga ir saugumas ( <i>WHOQOL-BREF – 8</i> )
	20. Namų aplinka ( <i>WHOQOL-BREF – 9</i> )
	21. Finansiniai ištekliai ( <i>WHOQOL-BREF – 12</i> )
	22. Sveikatos ir socialinė priežiūra: prieinamumas ir kokybė ( <i>WHOQOL-BREF – 13</i> )
	23. Galimybė gauti informacijos ( <i>WHOQOL-BREF – 14</i> )
	24. Dalyvavimas rekreacijos ir laisvalaikio užsiėmimuose ( <i>WHOQOL-BREF – 23</i> )
	25. Fizinė aplinka (tarša, triukšmas, eismas, klimatas) ( <i>WHOQOL-BREF – 24</i> )
26. Transportas ( <i>WHOQOL-BREF – 25</i> )	

---

\*Kiekvieną aspektą atitinka vienas klausimyno klausimas.

\*\*Aspektą atitinkančio klausimo eilės numeris klausimyne.

Multidimensinis WHOQOL-BREF yra sutrumpinta klausimyno WHOQOL-100 forma (WHO, 1998). Sutrumpintas klausimynas susideda iš 26 klausimų, kurių pirmieji du yra susiję su bendra asmens gyvenimo kokybe ir sveikata. Kiti 24 klausimai yra susiję su keturiomis gyvenimo kokybės sritimis: fizinė sveikatos sritis – apima klausimus apie aktyvumo ir energijos lygį, medicininės pagalbos poreikį, mobilumą, skausmo ir diskomforto patyrimą, miego bei poilsio kokybę ir darbingumą; psichologinio funkcionavimo sritis – apima klausimus apie asmens pasitenkinimą savo išvaizda, savęs vertinimą, negatyvių ir pozityvių jausmų patyrimą, gyvenimo prasmės suvokimą ir dėmesio koncentraciją; socialinio funkcionavimo sritis – apima klausimus apie asmens asmeninius ryšius, pasitenkinimą socialiniu palaikymu ir seksualiniu gyvenimu; aplinkos vertinimo sritis – apima klausimus apie pasitenkinimą finansine padėtimi ir gyvenamosios aplinkos sąlygomis, saugumo jausmą kasdieniniame gyvenime, galimybę ilsėtis ir gauti reikiamą informaciją, pasitenkinimą sveikatos priežiūros prieinamumu ir transporto priemonėmis (žr. 2 lentelę). Respondento yra prašoma pagal penkiabalę skalę nuo 1 iki 5 (likerto skalė) nurodyti savo sutikimo ar nesutikimo su kiekvienu klausimu laipsnį, pagal tai, kaip asmuo vertina tam tikrus gyvenimo kokybės aspektus per pastarąjį mėnesį (WHO, 1998). Trečiojo, ketvirtojo ir dvidešimt šeštojo klausimų atsakymai reversuojami. Aukštesni balai reiškia geresnę gyvenimo kokybę tam tikroje srityje. Suskaičiuavus kiekvienos srities balus skaičiuojami jų vidurkiai, kurie dauginami iš 4, kad galima būtų sutrumpinto klausimyno balus transformuoti į WHOQOL-100 balus. Maksimali balų suma 100.

Klausimynas pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis (The WHOQoL-Group, 1998), patvirtintas jo tinkamumas tirti psichikos ligomis sergančius žmones (Goštautas, Goštautaitė-Midttun, Žekas, 2004). Atliktas klausimyno psichometrinių savybių analizės tyrimas, su šizofrenija sergančiais asmenimis, atskleidė puikų vidinį klausimyno suderinamumą – bendras klausimyno vidinis suderinamumas siekė 0,88 (Cronbach alpha), o po pakartotino stebėjimo 0,89 (Cronbach alpha) (Mas-Expósito et al., 2011). Šiame tyrime bendras klausimyno vidinis suderinamumas siekia 0,955 (Cronbach alpha). Klausimyno atskirų sričių vidinis suderinamumas: fizinės sveikatos

Cronbacho  $\alpha=0,90$ , psichologinio funkcionavimo Cronbacho  $\alpha=0,80$ , socialinio funkcionavimo Cronbacho  $\alpha=0,75$  ir aplinkos veiksnių vertinimo skalės Cronbacho  $\alpha=0,90$ .

## 2. Beko skalės (The Beck Scales)

Šizofrenija sergančiųjų asmenų depresiškumui ir nerimastingumui matuoti pasirinktos šiuo metu Lietuvoje adaptuojamos Beko skalės (Aron Beck, 1961), tyrime naudojamos 4 skalės: depresijos (angl. Beck Depression Inventory), nevilties (angl. Beck Hopelessness Scale), suicidinių minčių (angl. Beck Scale for Suicide Ideation) ir nerimo (angl. Beck Anxiety Inventory). Nevilties ir suicidinių minčių skalės artimai susijusios su depresijos skale, todėl darbe minint depresiškumo sąvoką omenyje turima visas šias tris skales. Kadangi Vilniaus Universiteto Taikomosios psichologijos laboratorija vykdo šių skalių adaptaciją Lietuvoje, todėl buvo suteiktas leidimas tyrimo atlikime naudoti adaptuojamas Beko skales. Šios skalės pasirinktos tikslingai dėl atspindinčios psichoemocinės tiriamųjų būsenos. Pildant skales tiriamųjų prašoma galvoti apie pastarąsias 2 savaites.

Depresiškumui matuoti naudojamos trys Beko skalės – depresijos, nevilties ir suicidinių minčių:

- Beko depresijos skalė. Ši skalė apima 21 depresijos įvertinimo rodiklį. Kiekvieno iš rodiklių įvertinimui teikiamas atitinkamas klausimas su 4 atsakymais, kuris įvertinamas nuo 0 iki 3 balų, priklausomai nuo to kokį atsakymą skalėje pagal jų eilę pažymėjo respondentas. Įvertinimo diapazonas yra nuo 0 iki 63 balų. Depresijos pasireiškimo lygmuo vertinamas pagal surinktų balų skaičių klausimyne: jeigu jis siekia 0-13 balų tai atitinka minimalią depresiją (minimal depression) arba įprastus nuotaikos svyravimus, jei 14-19 balų – švelnią/lengvą depresiją (mild depression), jei 20-28 balus – vidutinė depresija (moderate depression), jei 29-63 balus – sunki depresija (severe depression). Šiame tyrime skalės vidinis suderinamumas siekia 0,950 (Cronbach alpha).
- Beko nevilties skalė. Skale vertinamas neigiamas (pesimizmo) požiūris į ateitį lygis, taip pat dažnai naudojamas suicidinei rizikai įvertinti. Skalę sudaro 20 teiginių, kiekvienas teiginys vertinamas 0 arba 1 balu (max. balų suma 20). Balas skiriamas jei respondentas teiginį vertina kaip teisingą arba neteisingą, priklausomai nuo teiginio eilės. Nevilties lygmuo vertinamas pagal surinktų balų skaičių klausimyne: jei surinkta 0-3 balai – minimalus nevilties lygis, jeigu surinkta 4-8 balai – lengvas nevilties lygis, jeigu surinkta 9-14 balai – vidutinis nevilties lygis, o jeigu surinkta 15-20 balų – nevilties lygis yra aukštas/sunkus. Įvertis 9 ir daugiau gali prognozuoti suicidinę riziką. Šiame tyrime skalės vidinis suderinamumas siekia 0,925 (Cronbach alpha).
- Beko suicidinio mąstymo skalė. Ši skalė skirta nustatyti ir įvertinti suicidinių minčių (planų ir norų) sunkumą, suicidinę riziką. Pirma respondentui pateikiamos 1-5 skalės teiginių grupės, jeigu 4 ir 5 klausimuose respondentas pasirenka 0 vertės atsakymą toliau pereina pildyti prie 20 klausimo, tačiau jeigu 4 ir 5 klausimuose pasirenka atsakymo

variantą vertės 1-2 balų, tuomet pildoma toliau pradedant ties 6 klausimu. Apskaičiuojama pirmų 19 teiginių grupių įverčių suma (20 ir 21 neįskaičiuojami), maksimali balų suma – 38. Nėra nustatytų atskaitos taškų, bet kuris teigiamas atsakymas reikalauja dėmesio ir rodo suicidinių minčių buvimą.

Nerimastingumui matuoti naudojama Beko nerimo skalė:

- Beko nerimo skalė. Ši skalė sukurta taip, kad nerimo simptomai kuo mažiau persidengtų su depresijos simptomais. Teiginiai vertinami 4 balų skale nuo 0 iki 3, maksimali balų suma – 63. Skalėje skiriami 4 simptomų klasteriai: neuropsichologiniai (teiginiai 1, 3, 6, 8, 12, 13, 19), subjektyvūs (4, 5, 9, 10, 14, 17), panikos (7, 11, 15, 16) ir autonominiai (2, 18, 20, 21). Nerimo lygmuo vertinamas pagal bendrą surinktų balų sumą: jeigu surinkta 0-7 balai – minimalus nerimo lygmuo, jeigu 8-15 balų – lengvas nerimo lygmuo, jeigu 16-25 – vidutinis nerimo lygmuo, o 26-63 balai – sunkus nerimo lygmuo. Šiame tyrime skalės vidinis suderinamumas siekia 0,907 (Cronbach alpha).

### 3. Sociodemografinių duomenų anketa

Siekiant surinkti tyrimo dalyvių sociodemografinius duomenis buvo sudaryta atitinkama anketa. Anketoje užfiksuojami: asmens inicialai, gyvenamoji aplinka (socialinės globos namai arba šeima), asmens amžius ir lytis, psichinės ligos diagnozė ir jos sirgimo trukmė, turimas išsilavinimas ir šiuo metu esama darbinė padėtis (šiuo metu dirba arba ne apmokamą darbą) bei santykių statusas (žr. 2 priedą).

## 2. 3. Tyrimo eiga

Tyrimo duomenų rinkimas vykdytas 2019 m. sausio ir vasario mėnesiais. Tyrimo eiga ir seka tapati kiekvienai tiriamųjų grupei. Su kiekvienu tyrimo dalyviu susisiekiama asmeniškai ir sutikus dalyvauti tyrime pakviesta susitikti neutralioje aplinkoje tyrimo atlikimui. Prieš atliekant tyrimą dalyviai informuoti, jog jų dalyvavimas apklausoje yra paremtas jų pačių asmeniniu apsisprendimu ir jie yra laisvi nedalyvauti tyrime arba nutraukti dalyvavimą tyrime bet kuriuo metu. Prieš atliekant tyrimą pateikiamas raštiškas informuotas sutikimas (žr. 3 priedą) apie dalyvavimą tyrime, kuris taip pat pristatomas ir žodžiu. Tyrimo dalyvis pasirašo dvi sutikimo dalyvauti tyrime formas – vienas egzempliorius liko tyrimo dalyviui, kitas tyrimo vykdytojui. Atsižvelgiant į tiriamąją grupę, tyrimo dalyviams pristatyta, pagal kokius kriterijus jie buvo parinkti dalyvauti šiame tyrime ir kodėl būtent jie pakviesti būti jo dalyviais. Dalyviai supažindinami su atliekamo tyrimo tikslu, konfidencialumu, pasakoma, kad duomenys bus naudojami tik moksliniais tikslais ir analizuojami apibendrintai, neidentifikuojuant asmens. Įvertinimo metodai pateikiami tokia tvarka: sociodemografinių duomenų anketa, pateikiamos respondentui pildyti Pasaulio Sveikatos Organizacijos gyvenimo kokybės klausimynas ir Beko skalės – depresijos, nevilties, suicidinių minčių ir nerimo. Sociodemografinių

duomenų anketa pildoma kartu su tyrimo dalyviu. Užpildžius tyrimo dalyvio anketą jo prašoma savarankiškai užpildyti likusius tyrimo klausimynus, esant poreikiui tyrimo dalyvis gali pasitikslinti dėl kilusių neaiškumų apie klausimyne esančius klausimus bei teiginius, pildymo neaiškumus. Dalyviui nuosekliai paaiškinamos klausimyno bei skalių pildymo instrukcijos. Kiekvienas dalyvis užtikrinamas, jog jam gali būti suteiktas grįžtamasis ryšys apie tyrimo rezultatus, jeigu jis to pageidautų. Su vienu tyrimo dalyviu viso tyrimo atlikimas vidutiniškai truko apie valandą. Kiekvienam dalyviui išreikšta padėka už dalyvavimą tyrime bei informuota apie galimybę esant poreikiui susipažinti su atlikto tyrimo rezultatais.

#### 2. 4. Duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojant programinį paketą SPSS (angl. Statistical Package for Social Science) 20.0 for Windows. Programos Microsoft Office Excel pagalba sudarytos lentelės bei braižytos diagramos. Prieš atliekant statistinę analizę patikrinti intervalų matavimo lygio kintamųjų duomenų skirstiniai (Shapiro-Wilk testu) ir klausimyno bei skalių vidinis suderinamumas (Cronbach'o alfa). Visų tyrime naudotų skalių ir klausimyno suderinamumas pakankamai aukštas, kad juos būtų galima laikyti patikimais. Atsižvelgiant į Shapiro-Wilk testu gautus kintamųjų skirstinių normalumo rezultatus, atitinkamai pasirinkti neparametriniai statistiniai kriterijai, nereikalaujantys normaliojo skirstinio.

Išskirti kintamieji įvertinti naudojantis aprašomosios statistikos metodais. Siekiant palyginti rangų ir intervalų skalių kintamųjų reikšmių vidurkius, atsižvelgiant į kintamųjų skalių nenormalųjį skirstinio pasiskirstymą, atitinkamai taikyti neparametriniai kriterijai: tarp dviejų nepriklausomų imčių palyginimas atliktas Mann-Whitney U testu ir Pearson Chi-kvadratu, o tarp trijų ir daugiau nepriklausomų imčių – Kruskal-Wallis testu. Rezultatai laikomi statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,01$  ir  $p < 0,05$ .

Siekiant nustatyti sąsajas tarp tyrimo kintamųjų atlikta koreliacinė analizė. Koreliacinė analizė skirta ryšio tarp kintamųjų egzistavimui, ryšio kryptčiai ir jo stiprumui nustatyti. Atsižvelgiant į duomenų nenormalųjį pasiskirstymą taikytas Spearman koreliacijos koeficientas. Statistinio reikšmingumo lygmuo kai  $p < 0,01$  ir  $p < 0,05$ . Ryšio tarp kintamųjų kryptties interpretavimas: teigiama koreliacija – požymiai kinta viena kryptimi, neigiama koreliacija – vieno požymio reikšmei didėjant, kito požymio reikšmė mažėja, ir atvirkščiai. Koreliacijos koeficiento ryšio stiprumo interpretavimas:

- 0,00–0,19 – labai silpnas tarpusavio ryšys;
- 0,20–0,39 – silpnas ryšys;
- 0,40–0,69 – vidutinis ryšys;
- 0,70–0,89 – stiprus ryšys;
- 0,90–1,00 – labia stiprus tarpusavio ryšys.



Siekiant įvertinti priežastinius ryšius tarp priklausomo ir nepriklausomų kintamųjų atlikta daugiamatė regresinė analizė pasirinkus *stepwise* metodą – statistinė žingsninė regresinė analizė. Tokiu būdu nepriklausomi kintamieji į regresijos lygtį įtraukiami tuo atveju, kai patvirtinamas jų statistinis reikšmingumas  $p < 0,01$  ir  $p < 0,05$ . Į regresinės analizės modelį įtraukti reikšmingi demografiniai rodikliai kaip kontroliuojami kintamieji bei nepriklausomi kintamieji, kuriais siekiama prognozuoti priklausomą kintamąjį. Analizėje atlikti du žingsniai – pirmame žingsnyje įtraukti kontroliuojami kintamieji, antrame – prijungti nepriklausomi kintamieji. Regresijos modelių tinkamumui įvertinti apskaičiuotas koreguotasis determinacijos koeficientas ir daugialypės koreliacijos koeficientas. Jei determinacijos koeficientas ( $R^2$ ) viršija 0,25, tokiu atveju regresijos modeliai laikomi tinkamais tolimesnei analizei. Kintamųjų priklausomybė įvertinama ANOVA kriterijaus reikšme ( $p$ ), kai  $p < 0,01$  ir  $p < 0,05$ . Pagal standartizuotą regresijos koeficientą ( $\beta$ ) nustatomas kintamųjų ryšio stiprumas ir kryptis. Kuo koeficientas aukštesnis, tuo įtaka didesnė. Jei regresijos koeficientas teigiamas ( $\beta$ ), tai didėjant nepriklausomam kintamajam, priklausomas irgi didėja. O jei koeficientas neigiamas ( $\beta$ ), tai didėjant nepriklausomam kintamajam, priklausomas mažėja.

### 3. REZULTATAI

#### 3.1. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų subjektyvios gyvenimo kokybės sąsajos su depresiškumo ir nerimastingumo simptomų išreikštumu

Šiame darbe kelta hipotezė, jog šizofrenija sergančių suaugusiųjų pozityvesnis gyvenimo kokybės vertinimas susijęs su mažesniu depresiškumo ir nerimastingumo simptomų išreikštumu. Siekiant patikrinti šią hipotezę, subjektyviai vertinama gyvenimo kokybė analizuota keliais aspektais:

- lyginant šizofrenija sergančių suaugusiųjų suvokiamos sveikatos, atskirų gyvenimo kokybės sričių ir bendros gyvenimo kokybės įverčius su depresiškumo, nevilties, suicidinės rizikos bei nerimastingumo simptomų išreikštumo sunkumo laipsniu, tokiu būdu siekiant nustatyti ar subjektyviai vertinama gyvenimo kokybė skiriasi atsižvelgiant į emocinės būsenos sunkumo laipsnį;
- analizuoti ryšiai tarp atskirų subjektyvios gyvenimo kokybės sričių (fizinės sveikatos, psichologinio ir socialinio funkcionavimo, aplinkos vertinimo) veiksnių ir emocinės būsenos, tokiu būdu siekiant nustatyti su gyvenimo kokybės vertinimu susijusius veiksnius.

Analizuojant tyrimo metu surinktus duomenis pirmuoju aspektu buvo siekiama nustatyti ar tyrinėtų reiškinių grupės yra panašios ar skirtingos, kitaip tariant buvo siekiama nustatyti, ar yra reikšmingų skirtumų tarp subjektyvaus gyvenimo kokybės vertinimo ir emocinės būsenos sunkumo. Taigi šizofrenija sergančių suaugusiųjų atskirų gyvenimo kokybės sričių, suvokiamos sveikatos ir bendros gyvenimo kokybės įverčių palyginimas pagal įvertintą tyrimo dalyvių depresiškumo, nevilties, nerimastingumo sunkumo laipsnį ir suicidinę riziką pateikti 3-6 lentelėse. Trijų ir daugiau nepriklausomų imčių kiekybinių rodiklių vidurkiams palyginti taikytas neparаметrinis Kruskal-Wallis testas. Dviejų nepriklausomų imčių kiekybinių rodiklių vidurkiams palyginti naudotas neparаметrinis Mann-Whitney U kriterijus. Abiem atvejais statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$  ir  $p < 0,01$ .

Pagal 3 lentelėje pateiktus duomenis matyti, jog didžioji dalis (51,79 proc.) tyrime dalyvavusių šizofrenija sergančių suaugusiųjų pagal depresiškumo simptomų išreikštumą patiria įprastus nuotaikos svyravimus. Lengvas, vidutinis ir sunkus depresiškumo pasireiškimas tyrimo dalyvių imtyje pasiskirstė apylygiai – 12,50 proc., 16,07 proc. ir 19,64 proc. Remiantis gautais tyrimo rezultatais nustatyta, kad šizofrenija sergančių suaugusiųjų suvokiamos sveikatos, visų atskirų gyvenimo kokybės sričių ir bendros gyvenimo kokybės įverčių vidurkiai, esant skirtingiems depresiškumo sunkumo laipsniams, statistiškai reikšmingai skiriasi ( $p < 0,01$ ). Pagal lentelėje pateiktus įverčių vidurkius galima matyti, jog subjektyviai aukščiau vertinamos gyvenimo kokybės

sritys ir bendra gyvenimo kokybė susijusi su žemesniu depresiškumo simptomų išreikštumu, ir atvirkščiai.

3 lent. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų suvokiamos sveikatos, atskirų gyvenimo kokybės sričių ir bendros gyvenimo kokybės įverčių vidurkių palyginimas pagal depresiškumo sunkumo laipsnį.

Bendra GK, suvokiama sveikata ir GK sritys	Depresiškumo sunkumo laipsnis	N	M	SD	p
<b>Bendra GK*</b>	Įprasti nuotaikos svyravimai	29	80,172	16,875	0,000
	Lengva depresija	7	71,428	22,493	
	Vidutinė depresija	9	58,333	21,65	
	Sunki depresija	11	36,363	17,188	
<b>Suvokiama sveikata**</b>	Įprasti nuotaikos svyravimai	29	63,793	15,791	0,000
	Lengva depresija	7	64,285	13,363	
	Vidutinė depresija	9	52,777	19,543	
	Sunki depresija	11	29,545	18,768	
<b>Fizinė sveikatos GK</b>	Įprasti nuotaikos svyravimai	29	72,906	10,079	0,000
	Lengva depresija	7	67,857	8,987	
	Vidutinė depresija	9	58,333	5,646	
	Sunki depresija	11	40,909	12,201	
<b>Psichologinės savijautos GK</b>	Įprasti nuotaikos svyravimai	29	68,247	9,923	0,000
	Lengva depresija	7	55,952	9,579	
	Vidutinė depresija	9	54,166	13,176	
	Sunki depresija	11	29,924	9,828	
<b>Socialinių santykių GK</b>	Įprasti nuotaikos svyravimai	29	74,137	12,666	0,000
	Lengva depresija	7	71,428	18,544	
	Vidutinė depresija	9	59,259	14,095	
	Sunki depresija	11	47,727	6,552	
<b>Aplinkos GK</b>	Įprasti nuotaikos svyravimai	29	86,206	9,686	0,000
	Lengva depresija	7	71,875	14,206	
	Vidutinė depresija	9	55,555	8,382	
	Sunki depresija	11	56,534	11,647	

Pastabos: GK – gyvenimo kokybė

\*Bendra GK – tiriamojo gyvenimo kokybės visumos suvokimas (WHOQOL-BREF, 1 klausimas)

\*\*Suvokiama sveikata – tiriamojo savo sveikatos būklės vertinimas (WHOQOL-BREF, 2 klausimas)

Iš 4 lentelėje pateiktų duomenų matyti, jog šizofrenija sergantiems suaugusiems, dalyvavusiems tyrime, būdingiausias lengvas nevilties lygmuo (35,71 proc.), o mažoji (16,07 proc.) tiriamųjų dalis patiria minimalius nevilties išgyvenimus. Pagal lentelėje pateiktus duomenis matyti, jog šizofrenija sergančių suaugusiųjų suvokiamos sveikatos, atskirų gyvenimo kokybės sričių ir bendros gyvenimo kokybės vertinimas statistiškai reikšmingai skiriasi pagal nevilties išreikštumo lygį ( $p < 0,05$ ). Atsižvelgiant į lentelėje pateiktus duomenis galima matyti, jog kuo aukščiau tyrimo dalyvių vertintos

gyvenimo kokybės sritys, bendra gyvenimo kokybė ir suvokiama sveikata, tuo silpniau išreiktas nevirties lygmuo, ir atvirkščiai.

4 lent. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų suvokiamos sveikatos, atskirų gyvenimo kokybės sričių ir bendros gyvenimo kokybės įverčių vidurkių palyginimas pagal nevirties sunkumo laipsnį.

<b>Bendra GK, suvokiama sveikata ir GK sritys</b>	<b>Nevirties sunkumo laipsnis</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
<b>Bendra GK*</b>	Minimalus nevirties lygmuo	9	86,111	18,162	0,000
	Lengvas nevirties lygmuo	20	81,250	17,908	
	Vidutinis nevirties lygmuo	11	56,818	22,613	
	Sunkus nevirties lygmuo	16	43,312	16,377	
<b>Suvokiama sveikata**</b>	Minimalus nevirties lygmuo	9	69,444	11,023	0,000
	Lengvas nevirties lygmuo	20	65,000	17,013	
	Vidutinis nevirties lygmuo	11	50,000	22,36	
	Sunkus nevirties lygmuo	16	39,062	18,185	
<b>Fizinė sveikatos GK</b>	Minimalus nevirties lygmuo	9	72,619	11,572	0,000
	Lengvas nevirties lygmuo	20	71,071	9,756	
	Vidutinis nevirties lygmuo	11	61,688	18,005	
	Sunkus nevirties lygmuo	16	50,669	13,998	
<b>Psichologinės savijautos GK</b>	Minimalus nevirties lygmuo	9	72,685	6,944	0,000
	Lengvas nevirties lygmuo	20	65,625	12,454	
	Vidutinis nevirties lygmuo	11	52,651	17,207	
	Sunkus nevirties lygmuo	16	40,104	13,426	
<b>Socialinių santykių GK</b>	Minimalus nevirties lygmuo	9	78,703	16,724	0,000
	Lengvas nevirties lygmuo	20	72,083	11,558	
	Vidutinis nevirties lygmuo	11	64,393	18,667	
	Sunkus nevirties lygmuo	16	53,125	10,485	
<b>Aplinkos GK</b>	Minimalus nevirties lygmuo	9	84,722	14,187	0,001
	Lengvas nevirties lygmuo	20	81,718	12,178	
	Vidutinis nevirties lygmuo	11	68,750	18,168	
	Sunkus nevirties lygmuo	16	60,742	15,179	

Pastabos: GK – gyvenimo kokybė

\*Bendra GK – tiriamojo gyvenimo kokybės visumos suvokimas (WHOQOL-BREF, 1 klausimas)

\*\*Suvokiama sveikata – tiriamojo savo sveikatos būklės vertinimas (WHOQOL-BREF, 2 klausimas)

Iš 5 lentelėje pateiktų duomenų matyti, jog didžioji dalis (80,36 proc.) tyrime dalyvavusių šizofrenija sergančių asmenų, tyrimo atlikimo metu, neturėjo išreikštos suicidinės rizikos, o likusieji tyrimo dalyviai (19,64 proc.) pasižymėjimo suicidine rizika. Pagal lentelėje pateiktą statistinį reikšmingumą matyti, kad šizofrenija sergančių asmenų suvokiamos sveikatos, bendros gyvenimo kokybės ir atskirų gyvenimo kokybės sričių vertinimas statistiškai reikšmingai skiriasi pagal suicidinės rizikos išreikštumą ( $p < 0,01$ ).

5 lent. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų suvokiamos sveikatos, atskirų gyvenimo kokybės sričių ir bendros gyvenimo kokybės įverčių vidurkių palyginimas pagal suicidinę riziką.

Bendra GK*, suvokiama sveikata ir GK sritys	Suicidinė rizika	N	M	SD	p
<b>Bendra GK</b>	Rizikos nėra	45	74,444	20,288	0,000
	Rizika yra	11	36,363	17,188	
<b>Suvokiama sveikata**</b>	Rizikos nėra	45	61,111	17,316	0,000
	Rizika yra	11	31,818	19,656	
<b>Fizinė sveikatos GK</b>	Rizikos nėra	45	68,73	11,245	0,000
	Rizika yra	11	42,857	14,638	
<b>Psichologinės savijautos GK</b>	Rizikos nėra	45	62,87	13,2	0,000
	Rizika yra	11	32,575	13,019	
<b>Socialinių santykių GK</b>	Rizikos nėra	45	70,555	15,138	0,000
	Rizika yra	11	48,484	6,256	
<b>Aplinkos GK</b>	Rizikos nėra	45	78,055	15,431	0,000
	Rizika yra	11	55,681	12,718	

Pastabos: GK – gyvenimo kokybė

\*Bendra GK – tiriamojo gyvenimo kokybės visumos suvokimas (WHOQOL-BREF, 1 klausimas)

\*\*Suvokiama sveikata – tiriamojo savo sveikatos būklės vertinimas (WHOQOL-BREF, 2 klausimas)

Iš 6 lentelėje pateiktų duomenų matyti, jog tyrimo dalyvių imtyje būdingiausias lengvas nerimo lygmuo (35,71 proc.), o rečiausiai pasireiškė sunkus nerimo lygmuo (10,71 proc.). Remiantis statistinio reikšmingumo lygmeniu daroma išvada, kad šizofrenija sergančių asmenų suvokiama sveikata, bendra gyvenimo kokybė ir atskiros gyvenimo kokybės sritys statistiškai reikšmingai skiriasi pagal nerimastingumo simptomų išreikštumo sunkumo lygmenį ( $p < 0,05$ ).

6 lent. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų suvokiamos sveikatos, atskirų gyvenimo kokybės sričių ir bendros gyvenimo kokybės įverčių vidurkių palyginimas pagal nerimastingumo sunkumo laipsnį.

<b>Bendra GK*, suvokiama sveikata ir GK sritys</b>	<b>Nerimastingumo sunkumo laipsnis</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
<b>Bendra GK</b>	Minimalus nerimo lygmuo	15	86,666	18,580	0,001
	Lengvas nerimo lygmuo	20	66,250	23,332	
	Vidutinis nerimo lygmuo	15	50,000	23,145	
	Sunkus nerimo lygmuo	6	62,500	13,693	
<b>Suvokiama sveikata**</b>	Minimalus nerimo lygmuo	15	70,000	10,350	0,000
	Lengvas nerimo lygmuo	20	61,259	15,120	
	Vidutinis nerimo lygmuo	15	38,333	24,760	
	Sunkus nerimo lygmuo	6	41,666	12,909	
<b>Fizinė sveikatos GK</b>	Minimalus nerimo lygmuo	15	72,619	9,888	0,004
	Lengvas nerimo lygmuo	20	65,892	12,123	
	Vidutinis nerimo lygmuo	15	51,428	17,795	
	Sunkus nerimo lygmuo	6	64,285	17,202	
<b>Psichologinės savijautos GK</b>	Minimalus nerimo lygmuo	15	70,555	6,767	0,000
	Lengvas nerimo lygmuo	20	57,708	15,370	
	Vidutinis nerimo lygmuo	15	42,222	18,356	
	Sunkus nerimo lygmuo	6	56,944	17,808	
<b>Socialinių santykių GK</b>	Minimalus nerimo lygmuo	15	77,222	13,163	0,001
	Lengvas nerimo lygmuo	20	65,833	15,972	
	Vidutinis nerimo lygmuo	15	54,444	9,893	
	Sunkus nerimo lygmuo	6	69,444	20,861	
<b>Aplinkos GK</b>	Minimalus nerimo lygmuo	15	85,500	15,526	0,044
	Lengvas nerimo lygmuo	20	71,093	17,933	
	Vidutinis nerimo lygmuo	15	66,250	13,935	
	Sunkus nerimo lygmuo	6	78,645	20,195	

Pastabos: GK – gyvenimo kokybė

\*Bendra GK – tiriamojo gyvenimo kokybės visumos suvokimas (WHOQOL-BREF, 1 klausimas)

\*\*Suvokiama sveikata – tiriamojo savo sveikatos būklės vertinimas (WHOQOL-BREF, 2 klausimas)

Taigi išanalizavus subjektyvios gyvenimo kokybės ir emocinės būsenos sunkumo laipsnių skirtumus prieita prie išvados, jog visais atvejais subjektyvus gyvenimo kokybės sričių vertinimas, bendra gyvenimo kokybė ir suvokiama sveikata, esant skirtingiems depresiškumo, nevilties, nerimastingumo sunkumo laipsniams ir suicidinės rizikos pasireiškimui, statistiškai reikšmingai skiriasi ( $p < 0,05$ ). Vadinasi tikslinga atlikti detalizuotą analizę, apskaičiuojant atskirų gyvenimo kokybės sričių veiksnių ir depresiškumo, nevilties, suicidinės rizikos bei nerimastingumo tarpusavio ryšį. Šiam tikslui pasiekti atlikta koreliacinė analizė, taikant neparimetrinio ryšio stiprumo matą – Spearman kriterijų. Statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$  ir  $p < 0,01$ .

Pradedant šia tema duomenų analizę visų pirma apskaičiuoti suminės subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo ir emocinės būsenos koreliacijų rezultatai (žr. 7 lentelę). Taigi iš septintoje lentelėje pateiktų rezultatų matyti, jog visais atvejais emocinės būsenos išreikštumas statistiškai reikšmingai koreliuoja su subjektyviu gyvenimo kokybės vertinimu ( $p < 0,01$ ). Atžiūrelgiant į neigiamus koreliacijos koeficientus daroma išvada, kad kuo prastesnė šizofrenija sergančio asmens emocinė būseną, tuo jis žemiau vertina savo gyvenimo kokybę. Rezultatai atskleidžia, jog tikėtina stipriausią neigiamą poveikį subjektyviam gyvenimo kokybės vertinimui turi aukštas depresiškumo ( $r=-0,815$ ,  $p < 0,01$ ) ir nevilties ( $r=-0,792$ ,  $p < 0,01$ ) simptomatikos išreikštumas. Suicidinė rizika ( $r=-0,635$ ,  $p < 0,01$ ) ir aukštas nerimastingumo ( $r=-0,567$ ,  $p < 0,01$ ) išreikštumas neigiamai vidutiniškai paveikia subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą. Toliau pateikiamos ir analizuojamos atskirų gyvenimo kokybės sričių vertinimo sąsajos su šizofrenija sergančių asmenų emocine būseną.

7 lent. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų bendros gyvenimo kokybės ir emocinės būsenos koreliacija.

	<b>r</b>	<b>p</b>
Depresiškumo išreikštumas	-0,815**	0,000
Nevilties išreikštumas	-0,792**	0,000
Suicidinė rizika	-0,635**	0,000
Nerimastingumo išreikštumas	-0,567**	0,000

\*\*Koreliacija reikšminga, kai  $p < 0,01$ .

Įvertinus bendrą fizinės gyvenimo kokybės srities vertinimo ir emocinės būsenos sunkumo išreikštumo priklausomumą, nustatyta, jog tikėtina didžiausią poveikį neigiamam fizinės gyvenimo kokybės srities vertinimui turi aukštas depresiškumo išreikštumas (stiprus koreliacinis ryšys,  $r=-0,749$ ,  $p < 0,01$ ), likę emocinės būsenos kintamieji pasižymi neigiamu vidutinio stiprumo ryšiu su bendru fizinės gyvenimo kokybės srities vertinimu. Vadinasi iš visų emocinės būsenos kintamųjų, depresiškumas stipriausiai susijęs su subjektyviu savo fizinės sveikatos vertinimu – kuo aukštesnis depresiškumo išreikštumas, tuo asmuo prasčiau vertina savo fizinę sveikatą. Toliau pateikiama detalizuota koreliacijų analizė tarp atskirų fizinės gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimo ir emocinės būsenos sunkumo išreikštumo.

8 lent. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų fizinės gyvenimo kokybės srities veiksnių ir emocinės būsenos koreliacija.

Fizinės GK srities veiksniai	Depresiškumo sunkumo laipsnis		Suicidinė rizika		Nevilties sunkumo laipsnis		Nerimastingumo sunkumo laipsnis	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Skausmas ir diskomfortas	-0,454**	0,000	-0,391**	0,003	-0,467**	0,000	-0,467**	0,000
Priklausomybė nuo vaistų	-0,584**	0,000	-0,567**	0,000	-0,489**	0,000	-0,429**	0,001
Enerija ir nuovargis	-0,637**	0,000	-0,404**	0,002	-0,433**	0,001	-0,254	0,059
Mobilumas (judrumas)	-0,558**	0,000	-0,472**	0,000	-0,382**	0,004	-0,267*	0,047
Miegas ir poilsis	-0,694**	0,000	-0,566**	0,000	-0,488**	0,000	-0,352**	0,008
Kasdienė veikla	-0,612**	0,000	-0,482**	0,000	-0,390**	0,003	-0,205	0,130
Gebėjimas dirbti	-0,605**	0,000	-0,472**	0,000	-0,476**	0,000	-0,198	0,143

\*Koreliacija reikšminga, kai  $p < 0,05$ .

\*\*Koreliacija reikšminga, kai  $p < 0,01$ .

Taigi visi fizinės gyvenimo kokybės srities veiksniai, pagal 8 lentelėje pateiktus duomenis, statistiškai reikšmingai koreliuoja su depresiškumu, neviltimi ir suicidine rizika ( $p < 0,05$ ). Neigiami koreliacijos koeficientai rodo, jog, didėjant depresiškumo ir nevilties sunkumo laipsniui bei pasireiškiant suicidinei rizikai fizinės gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimas prastėja. Didžiausią įtaką (vidutinio stiprumo ryšys) depresiškumo sunkumo išreikštumas turi miegui ir poilsiui ( $r=-0,694$ ,  $p < 0,01$ ), o mažiausiai įtakos (vidutinio stiprumo ryšys) turi skausmui ir diskomfortui ( $r=-0,454$ ,  $p < 0,01$ ). Gauti rezultatai taip pat atskleidžia, jog fizinės gyvenimo kokybės srities veiksniai statistiškai reikšmingai koreliuoja su nerimastingumo sunkumo laipsniais ( $p < 0,05$ ), tačiau koreliacija pasireiškia ne su visais veiksniais. Neigiami koreliacijos koeficientai rodo, jog tikėtina, kad didėjant nerimastingumo sunkumo laipsniui, fizinės gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimas blogėja. Koreliacijos ryšio stiprumas svyruoja nuo silpno iki vidutinio stiprumo. Nenustatyta reikšminga koreliacija tarp nerimastingumo ir tyrimo dalyvių energingumo, galimybės atlikti kasdienę veiklą ir gebėjimo dirbti ( $p > 0,05$ ).

Remiantis gautais duomenimis teigiama, jog šizofrenija sergančių asmenų atskirų fizinės gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimas priklauso nuo emocinės būsenos sunkumo laipsnio. Kitaip tariant tikėtina, kad kuo pozityviau šizofrenija sergantys asmenys vertina atskirus fizinės gyvenimo kokybės srities veiksnius, tuo žemesnis depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo simptomų išreikštumas jam būdingas bei nėra tikėtina suicidinė rizika.

Įvertinus psichologinės gyvenimo kokybės srities sąsajas su emocinės būsenos sunkumo išreikštumu nustatyta, jog tikėtina stipriausią poveikį neigiamam psichologiniam funkcionavimo vertinimui turi aukštas depresiškumo (stiprus koreliacinis ryšys,  $r=-0,794$ ,  $p < 0,01$ ) ir nevilties



(stiprus koreliacinis ryšys,  $r=-0,829$ ,  $p < 0,01$ ) išreikštumas. Vadinasi kuo labiau būdingas depresiškumo ir nevilties išgyvenimas šizofrenija sergantiems asmenims, tuo jie linkę prasčiau vertinti savo psichologinį funkcionavimą. Suicidinė rizika ir nerimastingumo išreikštumas su psichologinio funkcionavimo vertinimu susiję neigiamais vidutinio stiprumo ryšiais. Toliau pateikiama detalizuota korelacių analizė tarp atskirų psichologinės gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimo ir emocinės būsenos sunkumo išreikštumo.

9 lent. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų psichologinių gyvenimo kokybės srities veiksnių ir emocinės būsenos koreliacija.

Psichologinės GK srities veiksniai	Depresiškumo sunkumo laipsnis		Suicidinė rizika		Nevilties sunkumo laipsnis		Nerimastingumo sunkumo laipsnis	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Teigiami jausmai	-0,702**	0,000	-0,641**	0,000	-0,680**	0,000	-0,538**	0,000
Dvasingumas	-0,644**	0,000	-0,633**	0,000	-0,721**	0,000	-0,506**	0,000
Dėmesys	-0,301*	0,024	-0,140	0,303	-0,145*	0,028	0,085	0,531
Išvaizda	-0,581**	0,000	-0,401**	0,003	-0,497**	0,000	-0,265*	0,048
Pasitikėjimas savimi	-0,663**	0,000	-0,533**	0,000	-0,608**	0,000	-0,404**	0,002
Neigiamų jausmų nebuvimas	-0,578**	0,000	-0,547**	0,000	-0,514**	0,000	-0,482**	0,000

\*Koreliacija reikšminga, kai  $p < 0,05$ .

\*\*Koreliacija reikšminga, kai  $p < 0,01$ .

Iš devintoje lentelėje pateiktų rezultatų matyti, jog visi psichologinės gyvenimo kokybės srities veiksniai statistiškai reikšmingai koreliuoja su depresiškumo ir nevilties simptomų išreikštumo stiprumu ( $p < 0,05$ ). Neigiami korelacijos koeficientai atspindi atvirkštinį kintamųjų ryšį, tai reiškia, jog tikėtina, kad stipresnis depresiškumo ir nevilties simptomų pasireiškimas susijęs su žemesniu psichologinių gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimu. Pagal korelacijos stiprumo ryšį, didžiausią įtaką (stipri koreliacija) depresiškumo sunkumo laipsnis turi teigiamų jausmų išgyvenimui ( $r=-0,702$ ,  $p < 0,01$ ), tai reiškia, jog kuo stipresnis depresiškumo simptomų išreikštumas, tuo mažesnis džiaugimasis gyvenimu, ir atvirkščiai. Mažiausią įtaką (silpnas korelacijos ryšys) depresiškumo sunkumo laipsnis turi asmens mąstymui, mokymuisi, atminčiai ir dėmesiui ( $r=-0,301$ ,  $p < 0,05$ ), o suicidinė rizika ( $p > 0,05$ ) ir nerimastingumo išreikštumas ( $p > 0,05$ ) su šiuo veiksnio visai nekoreliuoja. Neišryškėjo esminių skirtumų tarp suicidinės rizikos pasireiškimo koreliacinio ryšio stiprumo ir psichologinės gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimo – visais atvejais vyrauja neigiami vidutinio stiprumo koreliaciniai ryšiai ( $-0,401 < r < -0,641$ ,  $p < 0,05$ ). Žvelgiant į nevilties simptomų išreikštumo sunkumo laipsnių įtaką psichologinės gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimui matyti, jog stipriausias ryšys (stipri koreliacija) yra su dvasingumu, religija ir asmeniniais įsitikinimais ( $r=-0,721$ ,  $p < 0,01$ ). Tai reiškia, jog kuo stipriau išreikštas nevilties jausmas, tuo

prasčiau asmuo vertina savo gyvenimo reikšmingumą. Kaip ir depresiškumo, nevilties išreikštumo sunkumas silpniausiai (labai silpnas ryšys) koreliuoja su mąstymo, mokymosi, atminties ir dėmesio psichologinės gyvenimo kokybės srities veiksniais ( $r=-0,145$ ,  $p < 0,05$ ). Nerimastingumo simptomų išreikštumo sunkumo laipsniai taip pat statistiškai reikšmingai koreliuoja su psichologinės gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimu ( $p < 0,05$ ). Nerimastingumo išreikštumas su psichologinės gyvenimo kokybės srities veiksniais koreliuoja atvirkštiniu ryšiu, t.y. kuo aukštesnis nerimastingumo simptomų išreikštumas, tuo prastesnis gyvenimo kokybės vertinimas. Nerimastingumo simptomatikos išreikštumo koreliacijoje su psichologinės gyvenimo kokybės srities veiksniais ryškių išskirčių koreliacijos ryšio stiprumo atžvilgiu neišryškėjo – dominuoja vidutinio stiprumo ryšiai ( $-0,404 < r > -0,538$ ,  $p < 0,05$ ). Tačiau atsiskleidė silpniausias (silpna koreliacija) ryšys tarp nerimastingumo simptomatikos išreikštumo sunkumo ir išvaizdos vertinimo ( $r=-0,265$ ,  $p < 0,05$ ).

Įvertinus socialinės gyvenimo kokybės srities sąsajas su emocinės būsenos sunkumo išreikštumu nustatyta, kad tikėtinai stipriausią poveikį neigiamam socialinio funkcionavimo vertinimui turi aukštas depresiškumo (vidutinio stiprumo ryšys,  $r=-0,661$ ,  $p < 0,01$ ) ir nevilties (vidutinio stiprumo ryšys,  $r=-0,662$ ,  $p < 0,01$ ) išreikštumas. Tai reiškia, jog kuo labiau šizofrenija sergančiam asmeniui būdingas depresiškumo ir nevilties išgyvenimas, tuo prasčiau jis vertina savo socialinį funkcionavimą. Kiek mažiau su neigiamu socialinio funkcionavimo vertinimu susiję aukštas nerimastingumo (vidutinio stiprumo ryšys,  $r=-0,454$ ,  $p < 0,01$ ) išreikštumas bei suicidinės rizikos (vidutinio stiprumo ryšys,  $r=-0,546$ ,  $p < 0,01$ ) pasireiškimas. Toliau pateikiama detalizuota koreliacijų analizė tarp atskirų socialinės gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimo ir emocinės būsenos sunkumo išreikštumo.

10 lent. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų socialinės gyvenimo kokybės srities veiksnių ir emocinės būsenos koreliacija.

Socialinės GK srities veiksniai	Depresiškumo sunkumo laipsnis		Suicidinė rizika		Nevilties sunkumo laipsnis		Nerimastingumo sunkumo laipsnis	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Asmeniniai santykiai	-0,596**	0,000	-0,539**	0,000	-0,603**	0,000	-0,439**	0,001
Lytinis gyvenimas	-0,529**	0,000	-0,302*	0,024	-0,631**	0,000	-0,331*	0,013
Socialinė parama	-0,551**	0,000	-0,462**	0,000	-0,489**	0,000	-0,193	0,154

\*Koreliacija reikšminga, kai  $p < 0,05$ .

\*\*Koreliacija reikšminga, kai  $p < 0,01$ .

Dešimtoje lentelėje atsispindi priklausomumo ryšiai tarp socialinės gyvenimo kokybės srities veiksnių ir depresiškumo, nevilties, nerimastingumo simptomatikos išreikštumo bei suicidinės rizikos. Tarp visų kintamųjų neigiami koreliacijos ryšiai atspindi galimą atvirštinį priklausomybės vienas nuo kito ryšį – kuo aukštesnis depresiškumo, nevilties bei nerimastingumo simptomų

išreikštumas bei suicidinės rizikos pasireiškimas, tuo prasčiau vertinami socialinės gyvenimo kokybės srities veiksniai. Atsižvelgiant į koreliacijos stiprumo išreikštumą, ryškių išskirčių nėra – koreliacijos apima vidutinio stiprumo ( $-0,439 < r > -0,631$ ,  $p < 0,05$ ) ryšius tarp pateiktų kintamųjų. Iš pateiktų koreliacijų silpnu priklausomybės ryšiu išsiskyrė nerimastingumo simptomatikos išreikštumo ( $r=-0,331$ ,  $p < 0,05$ ) bei suicidinės rizikos pasireiškimo ( $r=-0,302$ ,  $p < 0,05$ ) įtaka lytinio gyvenimo pasitenkinimui. Neišryškėjo statistiškai reikšmingas ryšys tarp nerimastingumo išreikštumo ir socialinės gyvenimo kokybės srities socialinės paramos veiksnių vertinimo ( $p > 0,05$ ). Tai reiškia, jog nerimastingumas nėra susijęs su gaunamos paramos pasitenkinimu.

Įvertinus aplinkos gyvenimo kokybės srities sąsajas su emocinės būsenos sunkumo išreikštumu nustatyta, jog tikėtinai stipriausią poveikį neigiamam aplinkos veiksnių vertinimui turi aukštas depresiškumo išreikštumas (stiprus koreliacinis ryšys,  $r=-0,830$ ,  $p < 0,01$ ). Tai reiškia, jog kuo stipriau šizofrenija sergančiam asmeniui būdingas depresiškumas, tuo jis mažiau yra patenkintas savo aplinka. Mažiausiai tikėtinas neigiamas poveikis subjektyvios aplinkos gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimui susijęs su nerimastingumo išreikštumu (silpnas koreliacinis ryšys,  $r=-0,301$ ,  $p < 0,05$ ) – aukštesnis nerimastingumo išreikštumas susijęs su žemesniu aplinkos veiksnių vertinimu. Toliau pateikiama detalizuota koreliacijų analizė tarp atskirų aplinkos gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimo ir emocinės būsenos sunkumo išreikštumo.

11 lent. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų aplinkos gyvenimo kokybės srities veiksnių ir emocinės būsenos koreliacija.

Aplinkos GK srities veiksniai	Depresiškumo sunkumo laipsnis		Suicidinė rizika		Nevilties sunkumo laipsnis		Nerimastingumo sunkumo laipsnis	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Fizinis saugumas	-0,742**	0,000	-0,589**	0,000	-0,611**	0,000	-0,376**	0,004
Fizinė aplinka	-0,699**	0,000	-0,475**	0,000	-0,632**	0,000	-0,378**	0,004
Finansiniai ištekliai	-0,585**	0,000	-0,282*	0,035	-0,299*	0,025	-0,175	0,198
Galimybė gauti informaciją	-0,557**	0,000	-0,273*	0,042	-0,390**	0,003	-0,075	0,583
Laisvalaikis	-0,644**	0,000	-0,300*	0,025	-0,413**	0,002	-0,071	0,604
Namų aplinka	-0,741**	0,000	-0,575**	0,000	-0,582**	0,000	-0,298*	0,026
Sveikatos ir socialinė priežiūra	-0,625**	0,000	-0,576**	0,000	-0,441**	0,001	-0,114	0,402
Transportas	-0,412**	0,002	-0,267*	0,047	-0,226	0,095	0,000	0,999

\*Koreliacija reikšminga, kai  $p < 0,05$ .

\*\*Koreliacija reikšminga, kai  $p < 0,01$ .

Iš vienuoliktoje lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad atskirų aplinkos gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimui didžiausią įtaką turi depresiškumo išreikštumas, o mažiausiai nerimastingumas. Duomenys atskleidžia, jog didėjant depresiškumo ir nevilties simptomų išreikštumui bei pasireiškiant suicidinei rizikai, atskiri aplinkos gyvenimo kokybės srities veiksniai

vertinami prasčiau ( $p < 0,05$ ). Tyrimo rezultatai atskleidžia, jog dominuoja neigiamas vidutinio stiprumo koreliacinis ryšys tarp depresiškumo bei nevilties simptomatikos išreikštumo ir atskirų aplinkos gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimo ( $p < 0,05$ ). Stipriu koreliaciniu ryšiu išsiskyrė tikėtina depresiškumo sunkumo laipsnių įtaka fizinio saugumo ( $r=-0,742$ ,  $p < 0,01$ ) ir namų aplinkos ( $r=-0,741$ ,  $p < 0,01$ ) veiksnių vertinimui. Tai reiškia, jog kuo stipriau išreikšas depresiškumas, tuo asmuo prasčiau vertina savo gyvenamosios aplinkos sąlygas ir stipriau išgyvena nesaugumo jausmą savo kasdieniame gyvenime. Iš pateiktų duomenų pastebima, jog nevilties išreikštumo sunkumo laipsniai silpnai koreliuoja su finansiniais ištekliais ( $r=-0,390$ ,  $p < 0,01$ ) ir galimybe gauti kasdienio gyvenimo informaciją ( $r=-0,299$ ,  $p < 0,05$ ), o koreliacija su transporto naudojimosi galimybėmis neišryškėjo ( $p > 0,05$ ). Gauti rezultatai rodo, jog tarp suicidinės rizikos pasireiškimo ir atsirų aplinkos gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimo dominuoja neigiami silpno ( $-0,273 < r > -0,300$ ,  $p < 0,05$ ) ir vidutinio ( $-0,475 < r > -0,589$ ,  $p < 0,05$ ) stiprumo koreliaciniai ryšiai. Pagal nerimastingumo simptomatikos išreikštumo koreliacinius ryšius su atskirų aplinkos gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimu išryškėjo daugiau nepriklausomumo nei priklausomumo vienas nuo kito kintamųjų ryšių. Iš aštuonių galimų, išryškėjo tik trys neigiami silpni koreliaciniai ryšiai tarp nerimastingumo išreikštumo ir fizinio saugumo ( $r=-0,376$ ,  $p < 0,01$ ), fizinės aplinkos ( $r=-0,378$ ,  $p < 0,01$ ) bei namų aplinkos ( $r=-0,298$ ,  $p < 0,05$ ) veiksnių vertinimo. Iš gautų duomenų galima matyti, jog nerimastinumo simptomatikos išreikštumas mažiausiai tikėtina, jog yra susijęs su atskirų aplinkos gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimu.

Siekiant palyginti šizofrenija sergančių suaugusiųjų bendrus subjektyvaus gyvenimo kokybės ir atskirų gyvenimo kokybės sričių įverčių vidurkius, pagal tyrimo dalyvių demografinius duomenis, taikyti neparimetriniai Mann-Whitney U ir Kurskal-Wallis testai, laikantis statistinio reikšmingumo lygmens  $p < 0,05$ . Rezultatai rodo, jog nėra statistiškai reikšmingų skirtumų tarp išsilavinimo, darbinio statuso, amžiaus, ligos trukmės ir atskirų gyvenimo kokybės sričių vertinimo bei bendros subjektyvios gyvenimo kokybės ( $p > 0,05$ ). Bendras gyvenimo kokybės vertinimas taip pat statistiškai reikšmingai nesiskiria ir pagal tyrimo dalyvių lytį bei santykių statusą ( $p > 0,05$ ), tačiau išryškėjo reikšmingų skirtumų tarp atskirų gyvenimo kokybės sričių vertinimo ( $p < 0,05$ ). Nustatyta, jog pagal tyrimo dalyvių lytį reikšmingai skiriasi fizinės ir aplinkos gyvenimo kokybės sričių veiksnių vertinimas – šizofrenija sergantys vyrai, priešingai nei moterys, pasižymi aukštesniu energingumu, gebėjimu dirbti, pasitenkinimu finansiniais ištekliais ir galimybe gauti kasdienę informaciją. Pagal tyrimo dalyvių santykių statusą subjektyvus gyvenimo kokybės vertimas išsiskyrė ties socialiniais gyvenimo kokybės srities veiksniais – šizofrenija sergantys asmenys, kurie yra vedę/ištekėję ir kartu gyvena bei tie kurie gyvena su partneriu ne santuokoje pasižymi aukštesniu pasitenkinimu asmeniniais santykiais.

### 3. 2. Šizofrenija sergančių suaugusiųjų subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo prognozavimas pagal depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo išreikštumą

Atliktos koreliacinės analizės rezultatai atskleidė šizofrenija sergančių suaugusiųjų subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo ryšį su emocine būseną. Todėl toliau siekiama patikrinti hipotezę, ar šizofrenija sergančių suaugusiųjų subjektyviai vertinamą gyvenimo kokybę galima prognozuoti pagal depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo išreikštumo sunkumą. Į analizę neįtraukta suicidinė rizika dėl pačios skalės prognostinio pobūdžio ir galimai labai stiprios koreliacijos su kitais tyrimo kintamaisiais. Išsikeltam tikslui pasiekti atliktas žingsninės regresijos modelis. Atliekant šį modelį nepriklausomi kintamieji yra įtraukiami į regresijos lygtį, jeigu pasitvirtina jų statistinis reikšmingumas ( $p < 0,05$ ).

Remiantis tuo, kad šiame darbe siekiame nagrinėti kaip depresiškumas, neviltis ir nerimastingumas prognozuoja subjektyvią gyvenimo kokybę, svarbu išsiaiškinti ar minėti tyrimo kintamieji skiriasi pagal demografinius rodiklius, kuriuos galėtų būti svarbu įtraukti į analizę kaip kontroliuojamus kintamuosius. Šiam tikslui pasiekti buvo naudojami neparimetriniai Mann-Whitney U ir Kurskal-Wallis testai, atsižvelgiant į tai, kad tyrimo kintamieji skiriasi nuo normaliojo skirstinio. Statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ .

Nagrinėti demografiniai rodikliai buvo: amžius, gyvenamoji aplinka, lytis, ligos trukmė, išsilavinimas, darbo statusas ir santykių statusas. Lyginant kintamuosius pagal amžių, ligos trukmę, išsilavinimą ir santykių statusą nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų nei viename kintamajame, todėl šie kintamieji nėra įtraukiami į regresinę analizę. Toliau aptariami kintamieji, kurie statistiškai reikšmingai skyrėsi pagal demografinius rodiklius (lytis, darbo statusas, gyvenamoji aplinka) ( $p < 0,05$ ).

Dvyliktoje lentelėje pateikti duomenys apie statistiškai reikšmingus skirtumus subjektyvaus gyvenimo kokybės vertinimo, depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo išreikštumo pagal tyrimo dalyvių gyvenamąją aplinką. Kadangi tyrimo dalyviai buvo suskirstyti į gyvenančius socialinės globos namuose ir šeimos aplinkoje, palyginimui buvo naudotas Mann-Whitney U testas. Rezultatai parodė, kad pagal gyvenamąją aplinką statistiškai reikšmingai skyrėsi gyvenimo kokybės ir depresiškumo rodikliai ( $p < 0,05$ ). Subjektyvios gyvenimo kokybės vidutiniai rangai buvo aukštesni tų tyrimo dalyvių, kurie gyvena socialinės globos namuose (32,82) lyginant su gyvenančiais šeimos aplinkoje (24,18). Tai reiškia, jog šizofrenija sergantys suaugusieji, gyvenantys socialinės globos namuose pozityviau vertina subjektyvią gyvenimo kokybę, nei gyvenantys savo šeimos aplinkoje. Depresiškumo vidutiniai rangai aukštesni gyvenančių savo šeimos aplinkoje (36,50), lyginant su gyvenančiais socialinės globos namuose (20,50). Pagal šiuos duomenis aišku, jog depresiškumas

būdingesnis šizofrenija sergantiems suaugusiems, kurie gyvena savo šeimos aplinkoje, o gyvenančių socialinės globos namuose depresiškumo išreikštumas ženkliai mažiau išreikštas.

12 lent. Subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo, depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo išreikštumo palyginimas pagal tyrimo dalyvių gyvenamąją aplinką.

	<b>U</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
Gyvenimo kokybė	201.50	-3.12	0.002
Depresiškumas	168.00	-3.68	0.000
Neviltis	348.50	-0.72	0.474
Nerimastingumas	341.00	-0.84	0.402

Tryliktoje lentelėje pateikti statistiškai reikšmingi subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo, depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo išreikštumo skirtumai pagal tyrimo dalyvių lytį. Palyginimui buvo naudotas Mann-Whitney U testas. Rezultatai atskleidė, kad pagal lytį skyrėsi tik subjektyvios gyvenimo kokybės rodikliai. Vyrų subjektyvios gyvenimo kokybės vidutiniai rangai (33,56) buvo aukštesni lyginant su moterų (24,70). Vadinasi, šizofrenija sergantys vyrai pozityviau vertina subjektyvią gyvenimo kokybę, nei šizofrenija sergančios moterys.

13 lent. Subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo, depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo išreikštumo palyginimas pagal tyrimo dalyvių lytį.

	<b>U</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
Gyvenimo kokybė	262.50	-2.01	0.044
Depresiškumas	273.00	-1.84	0.066
Neviltis	313.50	-1.17	0.242
Nerimastingumas	318.50	-1.09	0.277

Keturioliktoje lentelėje pateikti duomenys apie tyrimo dalyvių subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimo, depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo išreikštumo palyginimą pagal darbo statusą. Kadangi tyrimo dalyviai buvo suskirstyti į dirbančius ir nedirbančius, palyginimui buvo naudotas Mann-Whitney U testas. Rezultatai parodė, kad pagal darbo statusą skyrėsi tik nevilties išreikštumo rodikliai. Nevilties vidutiniai rangai buvo aukštesni nedirbančiųjų tyrimo dalyvių (30,69), lyginant su dirbančiais (15,38). Tai reiškia, jog šizofrenija sergančiųjų suaugusiųjų, kurie neturi oficialaus darbo nevilties išreikštumas yra ženkliai aukštesnis nei tų asmenų, kurie yra oficialiai dirbantys.

14 lent. Subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo, depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo išreikštumo palyginimas pagal tyrimo dalyvių darbo statusą.

	<b>U</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
Gyvenimo kokybė	174.50	-0.41	0.682
Depresiškumas	175.50	-0.39	0.699
Neviltis	142.00	-1.17	0.014
Nerimastingumas	87.00	-2.47	0.241

Atlikus ir išanalizavus statistiškai reikšmingų demografinių rodiklių skirtumus pagal subjektuvų gyvenimo kokybės vertinimą, depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo išreikštumą, reikšmingi kintamieji įtraukiami į regresinės analizės modelį. Siekiant prognozuoti subjektyvią gyvenimo kokybę buvo sudaromas žingsninės regresijos modelis. Remiantis atliktais palyginimais modelyje buvo kontroliuojama tyrimo dalyvių gyvenamoji aplinka, lytis ir darbo statusas. Pirmame žingsnyje įtraukti kontroliuojami kintamieji (demografiniai rodikliai), antrame žingsnyje – nepriklausomi kintamieji (depresiškumas, neviltis, nerimastingumas). Statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ .

Žingsninės regresijos rezultatai parodė (žr. 15 lentelę), kad 1 modelyje esantys kontroliuojami kintamieji (reikšmingi demografiniai rodikliai) paaiškina 26 proc. subjektyvios gyvenimo kokybės sklaidos. Gyvenamoji aplinka reikšmingai neigiamai prognozuoja gyvenimo kokybės sklaidą, kiti 1 modelyje esantys kintamieji nėra reikšmingi, tačiau bendras modelis išlieka reikšmingas. Tai reiškia, kad gyvenamoji aplinka, sukontroliavus likusius 1 modelio kintamuosius, unikaliai prognozuoja subjektyvios gyvenimo kokybės sklaidą ir tie tyrimo dalyviai, kurie gyvena socialinės globos namuose linkę pasižymėti aukštesniais gyvenimo kokybės įverčiais.

Prie modelio prijungus nepriklausomus kintamuosius (depresiškumas, neviltis, nerimastingumas) jie papildomai paaiškina 58 proc. subjektyvios gyvenimo kokybės sklaidos ir šis pokytis yra statistiškai reikšmingas. Gyvenamoji aplinka, depresiškumas ir neviltis reikšmingai neigiamai prognozuoja gyvenimo kokybę. Tai reiškia, kad gyvenantys socialinės globos namuose linkę pasižymėti aukštesniais gyvenimo kokybės įverčiais. Taip pat gyvenimo kokybės įverčiai aukštesni tų tyrimo dalyvių, kurie pasižymi žemesniais depresiškumo ir nevilties įverčiais. Galime matyti, kad modelyje stipriausiai gyvenimo kokybę prognozuoja depresiškumas. Kartu visi nepriklausomi kintamieji paaiškina 84 proc. subjektyvios gyvenimo kokybės sklaidos.

Papildomai buvo tikrinamos žingsninės regresijos prielaidos. Shapiro-Wilk testas parodė, kad likutinės paklaidos pasiskirsčiusios pagal normalųjį skirstinį ( $p=0,885$ ), o tai reiškia, kad homoskedastiškumo prielaida modelyje tenkinama. Vertinant multikolinearumą, visų kintamųjų VIF kolinearumo statistika neviršijo 4 ir tai reiškia, kad multikolinearumo problemos modelyje nėra.

15 lent. Žingsninės regresijos rezultatai prognozuojant subjektyvią gyvenimo kokybę.

Nepriklausomi kintamieji	B	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
<b>1 modelis</b>				<b>0.26</b>	
Konstanta	5.02		0.000		
Gyvenamoji aplinka	<b>-0.58</b>	<b>-0.49</b>	<b>0.000</b>		
Lytis	0.18	0.15	0.240		
Darbo statusas	-0.43	-0.25	0.060		
<b>2 modelis</b>				<b>0.84</b>	<b>0.58</b>
Konstanta	4.73		0.000		
Gyvenamoji aplinka	<b>-0.31</b>	<b>-0.26</b>	<b>0.000</b>		
Lytis	0.08	0.07	0.260		
Darbo statusas	0.02	0.01	0.850		
Depresiškumas	<b>-0.41</b>	<b>-0.46</b>	<b>0.000</b>		
Nerimastingumas	-0.15	-0.09	0.210		
Neviltis	<b>-0.73</b>	<b>-0.35</b>	<b>0.000</b>		

Pastaba. 1 modelis:  $F(3,52) = 6,086$ ,  $p < 0,01$ ; 2 modelis:  $F(6,49) = 43,443$ ,  $p < 0,01$ ,  $N = 56$ .

### 3. 3. Paranoidine šizofrenija sergančių suaugusiųjų gyvenančių socialinės globos namuose ir šeimose depresiškumo, nerimastingumo ir subjektyvios gyvenimo kokybės palyginimas

Darbe kelta hipotezė, jog socialinės globos namuose paranoidine šizofrenija sergančių asmenų depresiškumo ir nerimastingumo simptomų išreikštumas aukštesnis, o subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas žemesnis nei gyvenančių savo šeimos aplinkoje. Siekiant patikrinti šią hipotezę atliktas dviejų nepriklausomų imčių vidurkių palyginimas pagal Mann-Whitney U testą. Statistinis reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ .

Iš gautų duomenų matyti, jog pagal gyvenamąją aplinką statistiškai reikšmingai skiriasi subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas ir depresiškumo simptomų išreikštumas (žr. 16 lentelę). Subjektyvios gyvenimo kokybės vidutiniai rangai aukštesni socialinės globos namuose gyvenančių asmenų (32,82), nei gyvenančių savo šeimos aplinkoje (24,18). O tai reiškia, jog paranoidine šizofrenija sergantys suaugusieji, gyvenantys socialinės globos namuose, aukščiau vertina subjektyvią gyvenimo kokybę nei gyvenantys savo šeimos aplinkoje. Depresiškumo vidutiniai rangai aukštesni savo šeimos aplinkoje gyvenančių paranoidine šizofrenija sergančių suaugusiųjų (36,50), negu gyvenančių socialinės globos namuose (20,50). Vadinasi asmenims, gyvenantiems savo šeimos aplinkoje, būdingas stipriau išreikštas depresiškumas, nei gyvenantiems socialinės globos namuose.



16 lent. Paranoidine šizofrenija sergančių suaugusiųjų gyvenančių socialinės globos namuose ir šeimose subjektyvios gyvenimo kokybės, depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo simptomų išreikštumo palyginimas.

	<b>U</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
Gyvenimo kokybė	271,00	-1,98	0,047
Depresiškumas	168,00	-3,68	0,000
Neviltis	348,50	-0,72	0,474
Nerimastingumas	341,00	-0,84	0,402

Atsižvelgiant į išryškėjusius subjektyvios gyvenimo kokybės ir depresiškumo statistiškai reikšmingus skirtumus pagal gyvenamąją aplinką, siekiant išryškinti esminius skirtumus atliktas atskirų subjektyvios gyvenimo kokybės sričių, bendrai suvokiamos gyvenimo kokybės ir sveikatos palyginimas pagal gyvenamąją aplinką (žr. 17 lentelę). Palyginimui buvo naudotas Mann-Whitney U testas, statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ . Depresiškumo simptomų išreikštumo skirtumams išvelgti pateikta depresiškumo sunkumo laipsnių dažnių lentelė pagal tyrimo dalyvių gyvenamąją aplinką (žr. 18 lentelę).

Pagal 17 lentelėje pateiktus lyginamosios analizės duomenis matyti, kad ryškiausi skirtumai tarp paranoidine šizofrenija sergančių asmenų gyvenančių socialinės globos namuose ir savo šeimos aplinkoje atsiskleidė ties fizinės sveikatos ir aplinkos veiksnių subjektyvios gyvenimo kokybės sričių vertinimo. Fizinės sveikatos gyvenimo kokybės vidutiniai rangai aukštesnis socialinės globos namuose gyvenančių paranoidine šizofrenija sergančių asmenų (33,82), negu gyvenančių savo šeimos aplinkoje (23,18). Tai reiškia, jog asmenys gyvenantys socialinės globos namuose subjektyviai aukščiau vertina savo fizinę sveikatą ir fizinį pajėgumą, lyginant su asmenimis gyvenančiais savo šeimos aplinkoje. Siekiant konkretizuoti iškilusius skirtumus atlikta papildoma lyginamoji analizė pagal fizinės srities veiksnių vertinimą ir tyrimo dalyvių gyvenamąją aplinką, pritaikant Mann-Whitney U testą, statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ . Gauti rezultatai rodo, jog fizinės sveikatos gyvenimo kokybės vertinimas išsiskyrė ties energingumo ( $p < 0,05$ ), mobilumo ( $p < 0,05$ ) ir gebėjimo dirbti ( $p < 0,05$ ) veiksnių vertinimu. Tai reiškia, jog paranoidine šizofrenija sergantys suaugusieji gyvenantys socialinės globos namuose, priešingai nei gyvenantys šeimose, pasižymi aukštesniu energingumu, gebėjimu judėti iš vienos vietos į kitą ir pasitenkinimu darbo geba.

Šizofrenija sergančių suaugusiųjų pagal gyvenamąją aplinką reikšmingai išsiskyrė aplinkos gyvenimo kokybės veiksnių vertinimas ( $p < 0,01$ ) (žr. 17 lentelę). Aplinkos veiksnių subjektyvios gyvenimo kokybės vidutiniai rangai aukštesni socialinės globos namuose gyvenančių paranoidine šizofrenija sergančių suaugusiųjų (38,70), negu gyvenančių savo šeimos aplinkoje (18,30). Vadinasi asmenys gyvenantys socialinės globos namuose pozityviau vertina gyvenimo kokybę pagal aplinkos

veiksnius, palyginus su asmenimis gyvenančiais savo šeimos aplinkoje. Siekiant konkretizuoti išryškėjusius skirtumus atlikta papildoma lyginamoji analizė pagal aplinkos gyvenimo kokybės srities veiksnių vertinimą ir tyrimo dalyvių gyvenamąją aplinką, pritaikant Mann-Whitney U testą, statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ . Gauti rezultatai atskleidė, jog reikšmingai skyrėsi visų gyvenimo kokybės veiksnių vertinimas, išskyrus vieną – fizinės aplinkos (tarša, triukšmas, ekologija ir kt.) vertinimas panašus abiejų tyrimo dalyvių grupių. Reikšmingi skirtumai išryškėjo ties šiais aplinkos gyvenimo kokybės veiksniais: fizinė sauga ir saugumas, finansiniai ištekliai, galimybė gauti kasdienę informaciją, galimybė tureti laisvalaikį, pasitenkinimas gyvenimo sąlygomis, sveikatos ir socialinės priežiūros prieinamumas ir kokybė bei galimybė naudotis transportu. Visais atvejais minėtus aplinkos veiksnius pozityviau vertina paranoidine šizofrenija sergantys asmenys gyvenantys socialinės globos namuose. Vadinasi, paranoidine šizofrenija sergantys suaugusieji, gyvenantys socialinės globos namuose, priešingai nei gyvenantys šeimose, jaučiasi fiziškai saugesni, yra labiau patenkinti savo finansiniais ištekliais bei galimybe gauti kasdienę informaciją, taip pat yra labiau patenkinti galimybe užsiimti laisvalaikio veikla ir naudotis esamu transportu, išreiškia aukštesnę pasitenkinimą gyvenamosios aplinkos sąlygomis ir sveikatos bei socialinės priežiūros prieinamumu ir kokybe.

17 lent. Bendros gyvenimo kokybės visumos ir sveikatos suvokimo bei atskirų gyvenimo kokybės sričių palyginimas pagal gyvenamąją aplinką.

	<b>U</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
Bendra GK*	343,00	-0,84	0,401
Suvokiama sveikata**	379,00	-0,23	0,818
Fizinės sveikatos GK	243,00	-2,45	0,014
Psichologinės savijautos GK	294,50	-1,61	0,108
Socialinių santykių GK	285,00	-1,78	0,074
Aplinkos GK	106,50	-4,69	0,000

Pastabos: GK – gyvenimo kokybė

\*Bendra GK – tiriamojo gyvenimo kokybės visumos suvokimas (WHOQOL-BREF, 1 klausimas)

\*\*Suvokiama sveikata - tiriamojo savo sveikatos būklės vertinimas (WHOQOL-BREF, 2 klausimas)

Detaliau analizuojant depresiškumo simptomų išreikštumo skirtumus tarp paranoidine šizofrenija sergančių asmenų gyvenančių socialinės globos namuose ir gyvenančių savo šeimos aplinkoje išvelgiami ryškūs skirtumai iš pateiktos dažnių lentelės (žr. 18 lentelė). Pagal kiek anksčiau nustatytą statistiškai reikšmingai žemesnį depresiškumo simptomų išreikštumą socialinės globos namuose gyvenančių, paranoidine šizofrenija sergančių asmenų, matyti, jog didžioji dalis (78,60 proc.) suaugusiųjų patiria įprastus nuotaikos svyravimus, o vidutiniškai išreikštų depresiškumo simptomų šioje imtyje neišryškėjo. O tarp asmenų, gyvenančių savo šeimos aplinkoje, neišryškėjo esminių

skirtumų tarp depresiškumo sunkumo laipsnių pasireiškimo – šios imties tyrimo dalyviams būdingi visi depresiškumo sunkumo laipsniai.

18 lent. Subjektyviai vertinamo depresiškumo sunkumo laipsnio pasiskirstymas pagal gyvenamąją aplinką.

	Dalyviai gyvenantys soc. globos namuose		Dalyviai gyvenantys savo šeimos aplinkoje		Bendras dalyvių skaičius N
	N	Proc.	N	Proc.	
Įprasti nuotaikos svyravimai	22	78,60	7	25,00	29
Lengva depresija	1	3,60	6	21,40	7
Vidutinė depresija	-	0,00	9	32,10	9
Sunki depresija	5	17,90	6	21,40	11

Tyrimo dalyviai taip pat pildė prognostinę suicidiškumo rizikos skalę. Skale įvertinta suicidinių bandymų istorija ir suicidinė rizika. Rezultatų palyginimas pagal gyvenamąją aplinką atliktas Pearsono Chi-kvadrato kriterijumi. Įvertinus suicidinę istoriją ir riziką nenustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas pagal tyrimo dalyvių gyvenamąją aplinką ( $p > 0,05$ ). Tai reiškia, jog paranoidine šizofrenija sergantys asmenys gyvenantys socialinės globos namuose ir gyvenantys savo šeimos aplinkoje nesiskiria pagal suicidinių bandymų dažnį praeityje ir šiuo metu pasireiškiančia suicidinę riziką.

#### 4. REZULTATŲ APITARIMAS

Vis sparčiau, remiant moksliniais tyrinėjimais, atkreipiamas dėmesys į šizofrenija sergančių asmenų gyvenimo kokybės gerinimo galimybes. Remiamasi tuo, jog psichosocialiniai sunkumai nėra vien tik tiesiogiai nulemtos šizofrenijos sutrikimo pasekmės, o tam reikšmingos įtakos turi ir asmens gyvenamoji aplinka. Žvelgiant šiuo aspektu ypač svarbus tampa biopsichosocialinis modelis, kuris akcentuoja ne tik biologinius, tačiau ir socialinius bei psichologinius sergančiojo sveikatos determinantus (Świtaj et al., 2012). Šiame kontekste atsispindi ir šio darbo tikslas – atskleisti šizofrenija sergančių, gyvenančių socialinės globos namuose ir šeimose, depresiškumo, nerimastingumo ir subjektyvios gyvenimo kokybės sąsajas. Tikslo įgyvendinimui išsikeltos trys hipotezės, kurių patvirtinimo arba atmetimo ieškota tyrimo metu surinktų duomenų analizėje.

Iš tyrimo rezultatų buvo tikėtasi, jog šizofrenija sergančių suaugusiųjų pozityvesnis gyvenimo kokybės vertinimas susijęs su mažesniu depresiškumo ir nerimastingumo simptomų išreikštumu. Gauti tyrimo rezultatai patvirtino išsikeltą hipotezę ir leidžia teigti, jog kuo prastesnė šizofrenija sergančių asmenų emocinė būseną, tuo jie blogiau vertina subjektyvią gyvenimo kokybę, ir atvirkščiai – pozityvesnis subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas susijęs su geresne emocine būseną. Tyrinėtas nevilties sunkumo lygmuo bei suicidinės mintys neatsiejamai susijusios su depresiškumo išreikštumu bei laikomos jo sudėtine dalimi (Dutta et al., 2011); tikėtina, jog kuo stipriau išreikštas depresiškumas, tuo aukštesnis nevilties lygmuo ir didesnė tikimybė pasireikšti suicidinei rizikai. Remiantis tuo didžioji dalis analizuotų užsienio autorių atliktų mokslinių tyrimų po depresiškumo sąvoka talpina nevilties bei suicidinės rizikos pasireiškimą, todėl šiuo atveju nepavyko atrasti tyrimų, kurių pagrindu būtų galima atskirai palyginti nevilties bei suicidinių minčių išreikštumo lygį su subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimu.

Gauti atlikto tyrimo rezultatai sutampa su užsienio autorių atliktomis studijomis, kurios patvirtina žemos subjektyvios gyvenimo kokybės sąsajas su aukštu depresiškumu bei nerimastingumu, gauti rezultatai sutampa su Freeman ir kitų (2013) atliktos studijos rezultatais. Gauti rezultatai byloja, jog tikėtina stipriausią neigiamą poveikį subjektyviam gyvenimo kokybės vertinimui turi depresiškumo ir nevilties simptomų išreikštumas, šiek tiek mažiau, tačiau taip pat reikšmingai susiję nerimastingumo bei suicidinių minčių pasireiškimas. Moksliniais tyrimais įrodyta, jog aukštas depresiškumo išreikštumas sergant šizofrenija yra stipriausias veiksnys, lemiantis žemą subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimą (Tomotake, 2011; Fervaha et al., 2013). Kuo stipriau išreikštas depresiškumas, tuo prasčiau vertinama subjektyvi gyvenimo kokybė visose srityse. Remiantis šiais duomenimis patvirtinamas ir stiprus aukšto nevilties pasireiškimą ryšys su žemu gyvenimo kokybės vertinimu. Šiek tiek nustebino galimai silpnesnis suicidinės rizikos poveikis nei tikėtasi pagal depresiškumo išreikštumą. Galimai tai gali būti susiję su nepakankamu tyrimo dalyvių

pasiskirstymu pagal suicidinę riziką, galimai nenumatytų šalutinių kintamųjų įtaka. Tačiau Hayes ir kiti (2012) pabrėžia, jog nėra nustatytų aiškių sąsajų tarp šizofrenija sergančių asmenų depresiškumo simptomų pasireiškimo ir savižudybės dėl galimai šizofrenijos simptomų sukeltų pasekmių, lemiančių suicidinę riziką.

Atsižvelgiant į subjektyvios gyvenimo kokybės sričių vertinimą gauti rezultatai atskleidžia, jog aukštas depresiškumo ir nevilties išgyvenimas pažeidžia asmens psichologinį bei socialinį funkcionavimą. Pasiremiant šiais rezultatais tikėtina, jog kuo stipriau išreikštas depresiškumo ir nevilties išgyvenimas, tuo labiau tikėtina, jog šizofrenija sergantis asmuo išgyvena mažiau teigiamų jausmų ir patiria daugiau neigiamų, mažiau pasitiki savimi, mažiau įžvelgia gyvenimo prasmės ir daugiau patiria beprasmybės, stokoja pasitenkinimo asmeniniais santykiais, lytiniu gyvenimu ir socialinės paramos gavimu. Akivaizdu, jog esant geresniam psichologiniam ir socialiniam pasitenkinimui galima tikėtis geresnio šizofrenija sergančio asmens funkcionavimo bei pozityvesnio pasitenkinimo gyvenimo kokybe. Literatūros analizė atskleidė, jog asmens psichinei-socialinei būsenai ypatingos reikšmės turi gaunama psichosocialinė parama iš sergančiajam reikšmingų žmonių (Alvarez-Jimenez et al., 2012; Carrà et al., 2012; Emsley et al., 2013; Zendjidjian et al., 2014), tačiau šis vaidmuo nebūtinai suteikiamas tik šeimos nariams (Testart et al., 2013; Zendjidjian et al., 2014; Tsiouri et al., 2016), ypatingą vaidmenį šiuo atveju atlieka ir socialinių globos namų darbuotojai (Angell & Test, 2002; Piat et al., 2008). Teigiama, jog psichosocialinė parama ir artimų ryšių palaikymas šizofrenija sergančiam asmeniui veikia kaip vienas stipriausių apsauginių veiksnių, turintis reikšmingos įtakos sergančiojo emocinei būsenai, psichinės ligos kontroliavimui ir prevencijai bei tolimesnei prognozei. Socialinių kontaktų palaikymas ir gaunama socialinė parama siejama ne tik su socialiniu funkcionavimu, tačiau ir su psichologiniu (Lako et al., 2012). Remiantis gautais rezultatais manoma, jog šių subjektyvios gyvenimo kokybės sričių (psichologinė ir socialinė) vertinime lemia vaidmenį atlieka asmens išgyvenamas depresiškumas ir vienišumo jausmas socialinių kontaktų atžvilgiu (Shiovitz-Ezra et al., 2009).

Tęsiant temą apie subjektyvios gyvenimo kokybės sričių vertinimo pasiskirstymą iš duomenų paaiškėjo, jog fizinės sveikatos ir aplinkos veiksnių vertinimui didžiausią įtaką daro šizofrenija sergančio asmens depresiškumo išreikštumas. Kuo stipriau išgyvenamas depresiškumas, tuo asmuo prasčiau vertina savo fizinę sveikatą ir gyvenamąją aplinką; aukštas depresiškumas atsiliepia visuose subjektyvios gyvenimo kokybės fizinės sveikatos ir aplinkos veiksnių vertinime. Vadinasi tikėtina, jog kuo geresnė asmens emocinė būsena depresiškumo atžvilgiu, tuo jis geriau miega ir pailsi, turi daugiau energijos ir geba atlikti kasdienes veiklas, sparčiau ir efektyviau juda, yra labiau patenkintas sveikatos ir socialine priežiūra bei nesijaučia priklausomas nuo gydymo, jaučia fizinį saugumą ir pasitenkinimą namų sąlygomis, yra labiau patenkintas savo laisvalaikiu. Remiantis literatūros analize depresiškumo ir fizinės sveikatos bei aplinkos vertinimo glaudus ryšys nestebina – šių subjektyviai

vertinamos gyvenimo kokybės veiksnių vertinimas atspindi depresiškumo simptomatikos apibūdinime (TLK-10, 2015; Šinkariova, 2000). Be abejonės daugelyje šaltinių patvirtinamas glaudus ryšys tarp psichoemocinės būsenos ir fizinės sveikatos, kas šiuo atveju vertinant subjektyvią gyvenimo kokybę apima asmens pasitenkinimą atskiromis sritimis.

Atsigręžiant į nerimastingumo simptomų išreikštumo laipsnio skirtumus ir sąsajas su subjektyviu gyvenimo kokybės vertinimu, kaip ir buvo minėta kiek anksčiau, nustatytas kiek silpnesnis nei depresiškumo, tačiau taip pat reikšmingas poveikis – kuo stipresnis nerimastingumo simptomų išreikštumas, tuo šizofrenija sergantis asmuo blogiau vertina subjektyvią gyvenimo kokybę, sąlyginis ryšys atsiskleidė visose subjektyvios gyvenimo kokybės srityse. Remiantis šia tema iš analizuotos literatūros aišku tai, jog tyrimais įrodytas ir pagrįstas ryšys tarp aukšto nerimastingumo lygio ir žemos gyvenimo kokybės (Nagaroje & Muthe, 2015; Birenhei et al., 2014; Dernovšek & Šprah, 2009). Autoriai teigia, jog šizofrenija sergančio asmens aukštas nerimastingumo lygis lemia žemą asmens pasitenkinimą visose subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo srityse: fizinė sveikata, psichologinis ir socialinis funkcionavimas bei aplinkos vertinimas. Depresiškumas bei nerimastingumas šizofrenijos atveju reikšmingai paveikia ne tik asmens emocinę būseną, tačiau ir ligos eigą, fizinę sveikatą, socialinį bei kasdienį funkcionavimą, bendrą ligos eigos prognozę. Remiantis minėtų autorių studijų rezultatais ir išvadomis paaiškinami gauti reikšmingi skirtumai visose subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo srityse atsižvelgiant į emocinės būsenos sunkumo laipsnį. Taigi remiantis gautais rezultatais galima teigti, jog kuo pozityviau šizofrenija sergantis asmuo vertina subjektyvią gyvenimo kokybę, tuo mažiau tikėtinas nerimastingumo išreikštumas.

Pagal gautus rezultatus, vertinant bendrus rodiklius, šizofrenija sergančių asmenų emocinė būseną ir subjektyvi gyvenimo kokybė pagal amžių, ligos trukmę ir išsilavinimą nesiskiria, o pagal santykių statusą skiriasi sąlyginai. Reikšmingi skirtumai išvelgti pagal šizofrenija sergančių asmenų lytį, darbinę padėtį bei gyvenamąją aplinką. Skirtumai pagal gyvenamąją aplinką bus aptariami prie trečiosios hipotezės rezultatų aptarimo. Šizofrenija sergančių vyrų subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas aukštesnis nei moterų – ryškūs skirtumai išvelgti ties fizinės sveikatos ir aplinkos vertinimo veiksnių. Šizofrenija sergantys vyrai pasižymėjo aukštesniu energingumu, gebėjimu dirbti, pasitenkinimu finansiniais ištekliais ir galimybe gauti kasdienę informaciją. Gauti rezultatai prieštaringi užsienio autorių atliktai studijai kurioje gauti rezultatai, jog žemesnė gyvenimo kokybė reikšmingai labiau būdinga vyrams nei moterims (Makara-Studzińska et al., 2012). Prieštaringų rezultatų pasireiškimui reikšmingos įtakos galėjo turėti tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją aplinką – subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo reikšmingi skirtumai išryškėjo ir pagal šizofrenija sergančių suaugusiųjų gyvenamąją aplinką. Šizofrenija sergantys suaugusieji, kurie tyrimo atlikimo metu neturėjo oficialiai apmokamo darbo pasižymėjo aukštesniu nevilties išgyvenimu. Gauti rezultatai sutampa su prieš tai minėtų autorių duomenimis. Kaip ir buvo minėta,

remiantis bendrais rodikliais, emocinė būseną pagal šizofrenija sergančių asmenų santykių statusą nesiskyrė, tačiau atsiskleidė reikšmingi skirtumai ties socialinių subjektyvios gyvenimo kokybės veiksnių vertinimu – asmenys, kurie yra vedę/ištekėję ir gyvena kartu bei tie, kurie kartu gyvena su partneriu ne santuokoje pasižymi aukštesniu pasitenkinimu socialiniais santykiais. Gauti rezultatai atitinka ir minėtų autorių studijos metu gautus duomenis. Iš gautų rezultatų galima manyti, jog šizofrenija sergančių asmenų demografiniai duomenys sąlyginai sąveikauja su emocine būseną ir subjektyvia gyvenimo kokybe.

Taip pat iš tyrimo metu surinktų duomenų buvo tikėtasi, jog šizofrenija sergančių suaugusiųjų depresiškumas, neviltis ir nerimastingumas neigiamai prognozuos subjektyvią gyvenimo kokybę: t.y. mažesnis depresiškumo, nevilties ir nerimastingumo išreikštumas prognozuos aukštesnius subjektyvios gyvenimo kokybės įverčius. Atlikto tyrimo gauti rezultatai iš dalies patvirtina išsikeltą hipotezę – depresiškumas ir neviltis reikšmingai prognozuoja gyvenimo kokybės vertinimą, o nerimastingumas prisideda prie bendros subjektyvios gyvenimo kokybės sklaidos paaiškinimo, tačiau nėra reikšmingas prediktorius prognozuojant subjektyvią gyvenimo kokybę. Atliekant išsikeltos hipotezės tikrinimo skaičiavimus į procedūrą buvo įtraukti reikšmingi sociodemografiniai tyrimo dalyvių duomenys – lytis, darbo statusas ir gyvenamoji aplinka, kaip reikšmingi kontroliuojantys kintamieji. Duomenys atskleidė, jog minėti sociodemografiniai kintamieji paaiškina 26 proc. subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo sklaidos, o gyvenamoji aplinka, sukontroliavus likusius kintamuosius, unikaliai prognozuoja subjektyvios gyvenimo kokybės sklaidą: tie tyrimo dalyviai, kurie gyvena socialinės globos namuose linkę pasižymėti aukštesniais subjektyvios gyvenimo kokybės įverčiais. Taigi pagal gautus rezultatus, įvertinus kitus galimus kintamuosius, galima iš anksto nuspėti, jog šizofrenija sergantys suaugusieji, gyvenantys socialinės globos namuose tikėtinai pasižymės pozityvesniu subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimu nei tie asmenys, kurie gyvena šeimose. Kadangi ši išvada susisieja su keltos trečiosios hipotezės tikrinimą aiškinančiais duomenimis, todėl šie gauti rezultatai plačiau bus aptariami kiek vėliau. Grįžtant prie subjektyvios gyvenimo kokybės prognozavimo pagal emocinę būseną gauta išvada atskleidžia, jog depresiškumas, neviltis ir nerimastingumas papildomai paaiškina 58 proc. subjektyvios gyvenimo kokybės sklaidos, tačiau nerimastingumas nėra reikšmingas subjektyvios gyvenimo kokybės prognozavimo prediktorius. Iš tyrimo rezultatų buvo tikėtasi, jog nerimastingumas, kaip ir depresiškumas bei neviltis, reikšmingai prognozuos subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą, tačiau gauti rezultatai netikėtai nustebino. Keliamą prielaidą, jog neišryškėjęs prognostinis nerimastingumo ryšys gali būti susijęs su santykinai žemais nerimastingumo rodikliais, nesukontroliuotais tyrimo dalyvių sociodemografiniais rodikliais arba dėl santykinai nepakankamo tyrimo dalyvių skaičiaus. Kiek anksčiau aptarti rezultatai, jog nerimastingumas silpniausiai susijęs su bendru subjektyvios gyvenimo kokybės ir atskirų sričių vertinimu, atsispindi ir šiuose rezultatuose – anksčiau nustatytas silpnas

nerimastingumo ir subjektyvios gyvenimo kokybės tarpusavio ryšys nepatvirtina galimo prognozavimo pagal nerimastingumo išreikštumą, dėl per silpnos koreliacijos pasireiškimo. Atliktos studijos atkreipia dėmesį, jog stipriausias nerimastingumas pasireiškia šizofrenijos sutrikimo pradžioje (Pokos & Castle, 2006), todėl atsižvelgiant į tyrimo dalyvių pakankamai ilgą sergamumo laiką (vid. 19,14 sergamumo metų) neatmetama prielaida, jog tai gali būti susiję su tikėtinų ir realiai gautų rezultatų neatitikimu. Taip pat aukštas nerimastingumo išreikštumas ir jo stiprus ryšys su žemu subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimu siejamas su šizofrenija sergančių asmenų neigiamu patyrimu tarpasmeniniuose santykiuose (Marazziti et al., 2007), o šiuo atveju tyrinėtose imties asmenų santykių statusas natūraliai susidėliojo pagal santykinai pozityvesnį tarpasmeninių santykių patyrimą. Remiantis tuo galima prielaida, jog tai gali būti susiję su tuo, jog šiuo atveju pagal nerimastingumo išreikštumą negalima nuspėti šizofrenija sergančių asmenų subjektyvios gyvenimo kokybės.

Pagal gautus rezultatus, galimas pozityvesnio subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo prognozavimas pagal žemą depresiškumo ir nevilties simptomų išreikštumą. Vadinasi, šizofrenija sergantys asmenys, kuriems nėra būdingas aukštas depresiškumo ir nevilties išreikštumas gali būti prognozuojamas pozityvesnis subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas, nei tų asmenų, kurie pasižymi aukštu depresiškumo ir nevilties išreikštumu. Šis gautas rezultatas sutampa su užsienio autorių atliktomis studijomis (Freeman et al., 2013; Fervaha et al., 2013; Tomotake, 2011; Conley et al., 2007) ir leidžia ne tik tikėtis, tačiau ir sąlyginai nuspėti šizofrenija sergančių asmenų subjektyvią gyvenimo kokybę atsižvelgiant į depresiškumo ir nevilties išreikštumą. Taip pat paaiškėjo, jog stipriausią vaidmenį subjektyvios gyvenimo kokybės prognozavime atlieka depresiškumas – kuo silpniau išreikštas depresiškumas, tuo labiau gali būti pranašaujama pozityvesnė subjektyvi gyvenimo kokybė. Tapačius rezultatus atskleidžia ir kitos studijos, pripažindamos depresiškumą kaip stipriausią prediktorių subjektyviai gyvenimo kokybei (Fervaha et al., 2013; Tomotake, 2011).

Pagal paskutinę darbe keltą hipotezę buvo tikėtasi, jog socialinės globos namuose gyvenančių paranoidine šizofrenija sergančių suaugusiųjų depresiškumo ir nerimastingumo simptomų išreikštumas aukštesnis, o subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas žemesnis, nei gyvenančių savo šeimos aplinkoje. Gauti rezultatai nesutampa su tikėtaisiais. Rezultatai iš dalies prieštaringi: aukštesnis depresiškumo simptomų išreikštumas būdingas paranoidine šizofrenija sergantiems asmenims gyvenantiems šeimose, aukštesnis subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas būdingesnis paranoidine šizofrenija sergantiems asmenims gyvenantiems socialinės globos namuose, o pagal nevilties, suicidinės rizikos ir nerimastingumo išreikštumą reikšmingų skirtumų neužfiksuota. Taigi, remiantis gautais rezultatais manoma, jog asmenys gyvenantys socialinės globos namuose jaučiasi geriau, nei asmenys gyvenantys šeimose. Svarstant apie išryškėjusius skirtumus pagal gyvenamąją aplinką, kyla prielaida apie socialinių veiksnių susietumą su depresiškumu ir subjektyvia gyvenimo kokybe. Anot šių sritį tyrinėjančių autorių socialinis kontekstas pripažįstamas kaip vienas svarbiausių



veiksnių atspindinčių šizofrenija sergančių asmenų depresiškumo ir subjektyvios gyvenimo kokybės vertinime (Bellack et al., 2013). Yra manoma, jog gyvenimas socialinės globos namuose labiausiai lemia buvusių socialinių santykių nutrūkimą, socialinio gyvenimo ribotumus – socialiniai santykiai apima tik institucijos aplinką (Angell & Test, 2002). Laikantis šios nuostatos, gauti tyrimo rezultatai turėtų būti priešingi, bet šiuo atveju panašu, jog ši hipotezė nepasitvirtina. Tačiau žvelgiant kiek kitu kampu, socialinis palaikymas ir artimi socialiniai kontaktai pripažįstami kaip vieni reikšmingiausių depresiškumo ir gyvenimo kokybės rodiklių. Ypač svarbus veiksnys šiuo atžvilgiu tai, jog siekiant, kad psichosocialinė parama ir artimų santykių palaikymas taptų sergančiojo apsauginiu veiksmu, tuo pasirūpinti turi sergantįjį supantys žmonės, dėl šizofrenija sergančio asmens sąlygoto socialinio funkcionavimo pažeidimo. Neveltui yra pastebima, jog šeimos rūpinimasis ir slaugymas namuose šizofrenija sergantį asmenį iš šeimos pareikalauja labai daug pastangų, kelia socialinių ir finansinių problemų, didina stresą ir kelia nevilties bei kančios jausmus šeimos nariams (Tsiouri et al., 2016). Nors tyrimo atlikimo metu nebuvo kontroliuojama ir fiksuojama tarpasmeninių santykių šeimoje kokybė, netyrinėta šeimos narių emocinė būseną, tačiau neatmetama prielaida, jog su aukštu depresiškumo pasireiškimu ir žema subjektyvia gyvenimo kokybe gali būti susiję neišpildyti tarpasmeniniai santykiai paranoidine šizofrenija sergančio asmens šeimoje. Tačiau literatūroje aptinkami ir prieštaringi pastebėjimai, kurie šiuo atžvilgiu galimai pagrįstų gautus rezultatus. Piat ir kiti (2008) pastebi, jog psichosocialinę palaikymo atsvarą gali suteikti ne tik šeimos nariai, tačiau ir kiti asmenys: gydymą suteikiantis personalas, gyvenantiems socialinės globos namuose artimais ir reikšmingais asmenimis tampa jais besirūpinantys asmenys. Be abejonės socialinės globos namų personalas neatstoja šeimos ir jų emocinio artumo, tačiau jie rūpinasi sergančiojo poreikių išpildymu ne tik suteikiant socialinį palaikymą, tačiau ir atliepiant kitus poreikius. Atkaklus, profesionalus ir bendradarbiavimu grįstas socialinės globos namų personalo darbas siekia ne tik geresnės sergančiojo emocinės būsenos, tačiau ir pozityvesnės gyvenimo kokybės (Angell & Test, 2002). Grįžtant prie minėtų poreikių patenkinimo, šią sritį tyrinėjantys autoriai pastebi, jog nors liga ir sukelia tam tikrų įgūdžių deficitą, tačiau noras realizuoti save ir patenkinti savo poreikius išlieka. Labiausiai nepatenkinti poreikiai šizofrenija sergančių asmenų atspindi šiose srityse: psichologinis distresas ir psichotiniai simptomai, seksualinė raiška, intymūs santykiai, priklausymas socialinei grupei, fizinė sveikata, dienos užimtumas, informuotumas apie būklę ir gydymą, gyvenamasis būstas ir finansinė padėtis (Ritsner et al., 2004). Kalbant šiuo aspektu, svarbu įvardinti išryškėjusius detalesnius skirtumus tarp šizofrenija sergančių asmenų gyvenamosios aplinkos ir subjektyvios gyvenimo kokybės sričių vertinimo – paranoidine šizofrenija sergantys suaugusieji, gyvenantys socialinės globos namuose, pasižymėjo aukštesniu energingumu, gebėjimu judėti iš vienos vietos į kitą ir aukštesniu pasitenkinimu darbo geba, jaučiasi fiziškai saugesni, yra labiau patenkinti savo finansais bei galimybe gauti kasdienę informaciją, labiau patenkinti galimybe

užsiimti laisvalaikio veikla ir naudotis esamu transportu, išreiškia aukštesnį pasitenkinimą gyvenamosios aplinkos sąlygomis ir sveikatos bei socialinės priežiūros prieinamumu ir kokybe. Dauguma išvardintų veiksnių atspindi minėtų dažniausiai nepatenkinamų šizofrenija sergančių asmenų poreikių, tik šiuo atveju panašu, jog dauguma minėtų poreikių yra patenkinami ir paraleliai atsispindi sergančiųjų pozityvesnėje emocinėje būsenoje bei subjektyvioje gyvenimo kokybėje.

Apibendrinant norisi paminėti keletą svarbių pastebėjimų iš atliktos literatūros analizės. Manau, jog gauti atlikto tyrimo rezultatai bent minimaliai atliepia ir patvirtina kai kurių autorių siūlymus visapusiškai vertinti ne tik šizofrenija sergantįjį, jo poreikių išpildymą, tačiau ir gyvenamąją aplinką, juo besirūpinančių asmenų patyrimą, siekiant kad būtų kiek įmanoma labiau užtikrinta pozityvesnė subjektyvi gyvenimo kokybė ir emocinė būsena (Zendjidjian et al., 2014; Testart et al., 2013). Neveltui naujausi tyrimai atskleidžia, jog vienas šiuolaikinių efektyviausių intervencijos būdų – šeimos terapija, kurios efektyvumas įrodytas ne tik sergančiajam šizofrenija, tačiau ir šeimos nariams bei bendrai šeimos psichologinei atmosferai (Muser et al., 2013). Nors gauti rezultatai apie geresnę emocinę būseną ir pozityvesnę subjektyvią gyvenimo kokybę šizofrenija sergančių asmenų gyvenančių socialinės globos namuose nustebimo, tačiau įsigilinus į galimai su tuo susijusias priežastis nuostabos nebekelia Pat ir kitų (2006) atlikto tyrimo metu gauti rezultatai apie šizofrenija sergančių asmenų gyvenančių socialinės globos namuose aukštą pasitenkinimą gyvenimo kokybe, išreiškiamą norą pratęsti gyvenimo laikotarpį šiuose namuose arba pasilikti juose visam laikotarpiui, išsakant daug ką pasakančius žodžius „tai mano namai ir šeima“.

Pastebint ir įvardinant atlikto tyrimo trūkumus, į juos svarbu būtų atsižvelgti planuojant panašaus pobūdžio tyrimą ar kuriant šizofrenija sergančių asmenų emocinės būsenos ir subjektyvios gyvenimo kokybės intervencijas. Visų pirma tyrimas atliktas tik su vienuose socialinės globos namuose gyvenančiais šizofrenija sergančiais asmenimis, todėl gauti rezultatai turėtų būti atsargiai interpretuojami, darant apibendrinimus ir pritaikant rekomendacijas platesniu mastu, tačiau gauti rezultatai gali būti labai naudingi šiuose socialinės globos namuose dirbančiam psichologui. Pastebima, jog siekiant išsamesnių bei tikslesnių išvadų, tyrimo dalyvių grupės turėtų būti didesnės, padidinus tyrimo dalyvių skaičių grupėse galbūt išryškėtų suicidinės rizikos ir nerimastingumo prognostinis ryšys subjektyviai gyvenimo kokybei. Šiame darbe nebuvo gilintasi į šizofrenija sergančių asmenų tarpasmeninių santykių patyrimą šeimose bei socialinės globos namuose, sergančiuosius slaugančių ir besirūpinančių asmenų emocinę būseną ir subjektyvią gyvenimo kokybę. Tikėtina, jog sukontroliavus minėtus ribotumus gali pasikeisti tyrimo rezultatai, ypatingai tai reikšmės gali turėti tyrimo dalyvių grupių palyginimui (socialinės globos namuose ir šeimose gyvenantys) pagal emocinės būsenos išreikštumą ir subjektyvią gyvenimo kokybę, minėti ribotumai galimai leistų aiškiai ir konkrečiai įvardinti gautų rezultatų priežastingumą ir sukonkretinti galimą rezultatų praktinį pritaikomumą.

## IŠVADOS

1. Paranoidine šizofrenija sergančių suaugusiųjų pozityvesnis subjektyvus gyvenimo kokybės vertinimas susijęs su geresne emocine būseną, t.y., kuo žemesnis depresiškumo, nevilties, suicidinių minčių ir nerimastingumo simptomų išreikštumas, tuo aukštesnis subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas, ir atvirkščiai.
2. Kuo žemesnis depresiškumo ir nevilties simptomų išreikštumas paranoidine šizofrenija sergančiųjų suaugusiųjų, tuo labiau tikėtina pozityvesnė subjektyvi gyvenimo kokybė. Gyvenančių socialinės globos namuose, priešingai nei gyvenančių šeimose, numatoma pozityvesnė gyvenimo kokybė. Depresiškumas patikimiausiai pranašauja paranoidine šizofrenija sergančiųjų suaugusiųjų subjektyvią gyvenimo kokybę – kuo silpniau išreikštas depresiškumas, tuo labiau prognozuojama pozityvesnė subjektyvi gyvenimo kokybė. Nerimastingumo išreikštumas neleidžia nuspėti subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimo.
3. Paranoidine šizofrenija sergantys suaugusieji, gyvenantys socialinės globos namuose, pozityviau vertina subjektyvią gyvenimo kokybę nei gyvenantys savo šeimos aplinkoje. Gyvenantys socialinės globos namuose, pagal subjektyvios gyvenimo kokybės sričių vertinimą, pasižymi aukštesniu aplinkos vertinimo ir fizinės sveikatos pasitenkinimo lygiu. Asmenims, kurie gyvena šeimose būdingas stipriau išreikštas depresiškumas nei tiems, kurie gyvena socialinės globos namuose. Gyvenančių socialinės globos namuose ir šeimose nevilties, suicidinės rizikos ir nerimastingumo simptomų išreikštumas reikšmingai nesiskiria.

## PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Tyrimo rezultatai rodo, jog kuo stipriau išreikšti depresiškumo, nevilties, suicidalinių minčių ir nerimastingumo simptomai, tuo paranoidine šizofrenija sergantis asmuo blogiau vertina subjektyvią gyvenimo kokybę. Klinikiniame darbe tai reikštų, kad norėdami pagerinti paranoidine šizofrenija sergančiųjų suaugusiųjų subjektyvią gyvenimo kokybę, turėtume pirmiausia pagerinti jų emocinę būseną. Stengtis kiek įmanoma anksčiau išvelgti emocinės būsenos blogėjimą ir suteikti reikiamą pagalbą, kad užkirsti kelią ir paraleliai blogėjančiai subjektyviai gyvenimo kokybei.
2. Tyrime nustatyta, jog aukštas depresiškumo ir nevilties simptomų išreikštumas nuspėja žemą subjektyvią gyvenimo kokybę. Klinikiniame darbe tai reikštų, kad, siekdami pagerinti subjektyvią gyvenimo kokybę, psichikos sveikatos specialistai pirmiausia turėtų sumažinti depresiškumo ir nevilties simptomų išreikštumą, kurie pripažįstami kaip pagrindinėmis kliūtimis, trukdančiomis pasiekti pozityvesnę gyvenimo kokybę. Skatinti paranoidine šizofrenija sergančio asmens viltį, mokymąsi pažinti save, ieškoti gyvenimo prasmės ir tikslų, plėsti ir stiprinti saviveiksmingumą, nepaisant ligos apribojimų.
3. Gauti rezultatai atskleidžia, jog paranoidine šizofrenija sergantiems suaugusiems, gyvenantiems šeimose, labiau būdingas stipriau išreikštas depresiškumas ir blogesnė subjektyvi gyvenimo kokybė. Gyvenantiems šeimose reikalingas didesnis dėmesys siekiant pagerinti jų fizinę sveikatą ir pajėgumą bei gyvenamosios aplinkos sąlygų gerinime ir poreikių patenkinime. Klinikiniame darbe tai turėtų atsispindėti psichikos sveikatos specialistų lankstesniu ir atidesniu reagavimu ne tik į sergančiojo būklę, tačiau ir artimųjų emocinę būseną bei poreikius, susijusius su sergančiojo supratimu ir palaikymu. Paranoidine šizofrenija sergančiojo asmens atsistatymas siekiamas žingsnis po žingsnio sutelkiant dėmesį į sergančiojo galimybes, stiprybes ir atsparumą.
4. Gautais tyrimo rezultatais būtų naudinga pasinaudoti kuriant subjektyvios gyvenimo kokybės stacionarios ilgalaikės socialinės globos įstaigoje užtikrinimo mechanizmus ir individualiai dirbant su paranoidine šizofrenija sergančiais suaugusiais.

## LITERATŪRA

1. Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Mérette, C., & Roy M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull*, 37, 811-21. doi:10.1093/schbul/sbp148
2. Agid, O., McDonald, K., Siu, C., Tsoutsoulas, C., Wass, C., Zipursky, R., ... Remington, G. (2012). Happiness in first-episode schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 141 (1), 98-103. doi: org/10.1016/j.schres.2012.07.012
3. Allen-Crooks, R., & Ellett, L. (2014). Naturalistic change in nonclinical paranoid experiences. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42 (5), 634-639. doi: 10.1017/S1352465813001148
4. Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., ... Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr. Res*, 139 (1-3), 116-28. doi: 10.1016/j.schres.2012.05.007
5. American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
6. American Psychiatric Association, (2013). *Schizophrenia*.
7. Angell, B., & Test, M. (2002). The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28 (2), 259-271. doi: org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006936
8. Arantes-Gonçalves, F., Marques, J. G., & Telles-Correia, D. (2018). Bleuler's Psychopathological Perspective on Schizophrenia Delusions: Towards New Tools in Psychotherapy Treatment. *Front Psychiatry*, 9 (306). doi: 10.3389/fpsy.2018.00306
9. Australijos klasifikacijos kūrimo konsorciumas (2015). *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtasias pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM) – Sisteminių ligų sąrašas*. Independent Hospital Pricing Authority.
10. Bebbington, P. E., McBride, O., Steel, C., Kuipers, E., Radovanovič, M., Brugha, T., ... Freeman, D. (2013). The structure of paranoia in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 6, 419-427. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119032
11. Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2013). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide. 2nd ed.* New York: Guilford.
12. Bentall, R. P., Wickham, S., Shevlin, M., & Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the Adult

- Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4), 734-740. doi: 10.1093/schbul/sbs049
13. Bermanzohn, P. C., Porto, L., Arlow, P. B., Pollack, S., Stronger, R., & Siris S. G. (2000). At issue: Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: A clinical study of co-occurring syndromes. *Schizophr Bull*, 26, 517–525. doi: 10.1016/S0920-9964(00)90392-X.
  14. Bobes, J., García-Portilla, P., Sáiz, P. A., Bascarán, T., & Bousoño, M. (2005). Quality of life measures in schizophrenia. *European Psychiatry*, 20, S313–S317. doi:10.1016/S0924-9338(05)80182-8
  15. Bosanac, P., Mancusco, S., & Castle, D. (2013). SHIP study: Schizophrenia and comorbid anxiety. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 18, 1–22.
  16. Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G., (2010). Selfstigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries. *Schizophr Res*, 122, 232–238. doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1065
  17. Browne, G., & Courtney, M. (2005). Exploring the experience of people with schizophrenia who live in boarding houses or private homes: A grounded theory study. *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*, 18(3), 233-46. doi: 10.5172/conu.18.3.233
  18. Brunet, K., Birchwood, M., Upthegrove, R., Michail, M., & Ross, K. (2012). A prospective study of PTSD following recovery from first-episode psychosis: the threat from persecutors, voices, and patienthood. *British Journal of Clinical Psychology*, 51 (4), 418-433. doi: 10.1111/j.2044-8260.2012.02037.x
  19. Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull*, 35, 383-402. doi: 10.1093/schbul/sbn135
  20. Carrà, G., Cazzullo, C. L., & Clerici, M. (2012). The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. *BMC Psychiatry*, 12 (140). doi: 10.1186/1471-244X-12-140
  21. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, (2016). *Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
  22. Chi, M. H., Hsiao, C. Y., Chen, K. C., Lee, L. T., Tsai, H. C., Hui Lee, I., ... Yang Y. K. (2016). The readmission rate and medical cost of patients with schizophrenia after first hospitalization - A 10-year follow-up population-based study. *Schizophr Res*, 170, 184-90. doi: 10.1016/j.schres.2015.11.025

23. Ciompi, L., (2015). The Key Role of Emotions in the Schizophrenia Puzzle. *Schizophr Bull*, 41 (2), 318–322. doi: 10.1093/schbul/sbu158
24. Conley, R. R., Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D., & Kinon B. J. (2007). The Burden of Depressive Symptoms in the Long-Term Treatment of Patients With Schizophrenia. *Schizophr Res*, 90 (1-3), 186–197. doi: 10.1016/j.schres.2006.09.027
25. Cromby, J., & Harper, D. (2009). Paranoia: A social account. *Theory & Psychology*, 19 (3), 335-61.
26. Dan, A., Kumar, S., Avasthi, A., & Grover, S. (2011). A comparative study on quality of life of patients of schizophrenia with and without depression. *Psychiatry Res*, 189 (2), 185–189. doi: 10.1016/j.psychres.2011.02.017
27. Dembinskas, A. (2003). *Psichiatrija*. Vilnius: UAB „Vaistų žinios“.
28. Dernovšek, M. Z., & Šprah, L. (2009). Comorbid anxiety in patients with psychosis. *Psychiatr Danub*, 21, 43-50.
29. Dominguez, M., Viechtbauer, W., Simons, C. J., Os, J., & Krabbendam, L., (2009). Are psychotic psychopathology and neurocognition orthogonal? A systematic review of their associations. *Psychol Bull*, 135 (1), 157-71. doi: 10.1037/a0014415
30. Dutta, R., Murray, R. M., Allardyce, J., Jones, P. B., & Boydell J. (2011). Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophr Res*, 126,11–19. doi: 10.1016/j.schres.2010.11.021
31. Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13 (50). doi: 10.1186/1471-244X-13-50
32. Ertekin, H., Mehmet, Er M., Ozayhan, H. I., Yayla, S., Akyol, E., & Sahin, B. (2015). Quality of Life and Depression in Schizophrenia Patients Living in a Nursing Home. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28, 213-221. doi: 10.5350/DAJPN2015280304
33. Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G., & Remington, G. (2013). Clinical determinants of life satisfaction in chronic schizophrenia: data from the CATIE study. *Schizophr Res*, 151, 203-8. doi: org/10.1016/j.schres.2013.10.021
34. Fitzgerald, P. B., Williams, C. L., Corteling, N., Filia, S. L., Brewer, K., Adams, A., ... Kulkarni, J. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 103 (5), 387–392. doi: org/10.1034/j.1600-0447.2001.00254.x
35. Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27 (4), 425-457. doi: 10.1016/j.cpr.2006.10.004

36. Freeman, D., Garety, P. A., & Fowler, D. (2008). *The puzzle of paranoia*. In D. Freeman, R. Bentall, P. A. Garety (Eds.). *Persecutory delusions: Assessment theory and treatment*. Pp. 121–142, Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
37. Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., ... Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in an anon clinical population. *British Journal of Clinical Psychology*, 186, 427–435. doi:org/10.1192/bjp.186.5.427
38. Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331–347. doi:10.1348/014466502760387461
39. Freeman, D., Startup, H., Dunn, G., Wingham, G., Černis, E., Evans, N., ... Kingdon, D. (2013). Persecutory delusions and psychological well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49 (7), 1045-50. doi: 10.1007/s00127-013-0803-y
40. Gardsjord, E. S., Romm, K. L., Friis, S., Barder, H. E., Evensen, J., Haahr, U., ... Rössberg, J. I. (2016). Subjective quality of life in first-episode psychosis. A ten year follow-up study. *Schizophr Res*, 172, 23–38. doi: 10.1016/j.schres.2016.02.034
41. Goštautas, A., Goštautaitė-Midttun, ir N., Žekas, R. (2004). Relationship between low subjective assessment of living conditions and quality of life. *Proceedings of the 2<sup>nd</sup> WHO International Housing and Health Symposium*, Vilnius, Lithuania, 581-587.
42. Grillo, L. (2018). A Possible Link between Anxiety and Schizophrenia and a Possible Role of Anhedonia. *Schizophrenia Research and Treatment*, 45. doi: org/10.1155/2018/5917475
43. Gur, E. R., Kohler, C. G., Ragland, J. D., Siegel, S. J., Lesko, K., Bilker, W. B., & Gur, R. C. (2006). Flat Affect in Schizophrenia: Relation to Emotion Processing and Neurocognitive Measures. *Schizophr Bull*, 32 (2), 279–287. doi: 10.1093/schbul/sbj041
44. Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M., & Fernández-Dávila, P. (2012). Influence of perceived social support and functioning on the quality of life of patients with schizophrenia and their caregivers. *Psicothema*, 24 (2), 255-62.
45. Hayes, R. D., Chang, C. K., Fernandes, A., Begum, A., To, D., Broadbent, ... Stewart, R. (2012). Associations between symptoms and all-cause mortality in individuals with serious mental illness. *J. Psychosom Res*, 72, 114-119. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.09.012
46. Hewitt, J. (2007). Critical evaluation of the use of research tools in evaluating quality of life for people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 2–14. doi:10.1111/j.1447-03492006.00438.x



47. Hugdahl, K., Løberg, E., Specht, K., Steen, V. M., Wagnenigen, H., & Jørgensen, H. A. (2007). *Auditory Hallucinations in Schizophrenia: The Role of Cognitive, Brain Structural and Genetic Disturbances in the Left Temporal Lobe*. *Front Hum Neurosci*, 1 (6). doi: 10.3389/neuro.09.006.2007
48. Huppert, J. D., & Smith, T. E. (2005). Anxiety and schizophrenia: The interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectrums*, 10 (9), 721–731.
49. Karpov, B., Joffe, G., Aaltonen, K., Suvisaari, J., Baryshnikov, I., Näätänen, P., ... Isometsä, E. (2016). Anxiety symptoms in a major mood and schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry*, 37, 1-7. doi: org/10.1016/j.eurpsy.2016.04.007
50. Korkeila, J. J. A. (2000). *Measuring aspects of mental health*. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES). National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki.
51. Kulhara, P., Avasthi, A., Grover, S., Sharan, P., Sharma, P., Malhotra, S., & Gill, S. (2010). Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45 (8), 809-818. doi: 10.1007/s00127-009-0126-1
52. Lako, I. M., Taxis, K., Bruggeman, R., Knegteringa, K., Burgera, H., Wiersmaa, D., & Slooffa, C. J. (2012). The course of depressive symptoms and prescribing patterns of antidepressants in schizophrenia in a one-year follow-up study. *Eur Psychiatry*, 27, 240-244. doi: org/10.1016/j.eurpsy.2010.10.007
53. Lin, C. Y., Luh, W. M., Yang, A. L., Su, C. T., Wang, J. D., & Ma, H. I. (2012). Psychometric properties and gender invariance of the Chinese version of the self-report Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0: Short form is acceptable. *Quality of Life Research*, 21, 177–182. doi: 10.1007/s11136-011-9928-1
54. Lysaker, P. H., & LaRocco, V. A. (2008). The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (4), 330-334. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.12.003
55. Makara –Studzińska, M., Wołyniak, M., & Partyka, I. (2012). Sociodemographic determinants of the quality of life in patients with schizophrenia. *Family Medicine & Primary Care Review*, 14 (1), 52–57.
56. Malla, A., Norman, R., Manchanda, R., Ahmed, M. R., Scholten, D., Harricharan, R., ... Takhar, J. (2002). One year outcome in first episode psychosis: Influence of DUP and other predictors. *Schizophr Res*, 54, 231–242. doi: org/10.1016/S0920-9964(01)00254-7
57. Marazziti, D., Dell'osso, B., Catena Dell'Osso, M., Consoli, G., Del Debbio, A., Mungai, F., ... Dell'Osso, L. (2007). Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr*, 12 (10), 751-756. doi: org/10.1017/S1092852900015431

58. Marom, S., Munitz, H., Jones, P. B., Weizman, A., & Hermesh, H. (2005). Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr Bull*, 31, 751-758. doi: 10.1093/schbul/sbi016
59. Mascarenhas, D. R. D, & Smith, N. C. (2011). *Developing the performance brain: decision making under pressure*. Performance Psychology, 245-267. In D. Collins, A. Button, & H. Richards (EDS.), Performance psychology: A practitioner's guide. Edinburgh: Church Livingstone.
60. Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J., & Lalucat-Jo, L. (2011). The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version: a validation study in patients with schizophrenia. *Qual Life Res*, 20 (7), 1079-89. doi: 10.1007/s11136-011-9847-1
61. Mihanović, M., Restek-Petrović, B., Bogović, A., Ivezić, E., Bodor, D., & Požgain, I. (2015). Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11, 585–595. doi: 10.2147/NDT.S73582
62. Mizuno, E., Iwasaki, M., Sakai, I., & Kamizawa, N. (2012). Sense of coherence and quality of life in family caregivers of persons with schizophrenia living in the community. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26, 295–306. doi: 10.1016/j.apnu.2012.01.003
63. Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*, 9, 465-497. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620
64. Mulholland, C., & Cooper, S. (2000). The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Access Advances in Psychiatric Treatment*, 6 (3), 169-177. doi: org/10.1192/apt.6.3.169
65. Naidu, K., van Staden, W. C., & van der Linde, M. (2014). Severity of psychotic episodes in predicting concurrent depressive and anxiety features in acute phase schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 14 (166). doi: 10.1186/1471-244X-14-166
66. Nechmad, A., Ratzoni, G., Poyurovsky, M., Meged, S., Avidan, G., Fuchs, C., ... Weizman, R. (2003). Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. *Am J Psychiatry*, 160, 1002-4. doi: 10.1176/appi.ajp.160.5.1002
67. Norman, R., Malla, A., Mclean, T., Voruganti, L., Cortese, L., McIntosh, E., ... Rickwood, A., (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general well-being and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 303–309. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102004303.x

68. Piat, M., Ricard, N., & Lesage, A. (2006). Evaluating life in foster homes for persons with serious mental illness: Resident and caregiver perspectives. *J Ment Health*, 15 (2), 227-242. doi: 10.1080/09638230600608784
69. Piat, M., Ricard, N., Sabetti, J., & Beauvais, L. (2008). Building Life Around Foster Home Versus Moving On: The Competing Needs of People Living in Foster Homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32 (1), 32–39. doi: 10.2975/32.1.2008.32.39
70. Pinkham, A. E., Sasson, N. J., Beaton, D., Abdi, H., Kohler, C. G., & Penn, D. L. (2012). Qualitatively distinct factors contribute to elevated rates of paranoia in autism and schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 121 (3), 767-777. doi: 10.1037/a0028510
71. Pokos, V., & Castle, D. J. (2006). Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia spectrum disorders: A literature review. *Current Psychiatry Reviews*, 2 (3), 285-307. doi: org/10.2174/157340006778018193
72. *Psichologijos žodynas*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla, 1993.
73. Reid, W. H., & Thorne, S. A. (2007). Personality disorders and violence potential. *Journal of Psychiatric Practice*, 13 (4), 261-268. doi: 10.1097/01.pra.0000281488.19570.f8
74. Rhodes, J., & Jakes, S. (2010). Perspectives on the onset of delusions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 136–146. doi:10.1002/cpp.675
75. Richards, J. C., Richardson, V., & Pier, C. (2015). The relative contributions of negative cognitions and self-efficacy to severity of panic attacks in panic disorder. *Behav Change*, 19 (2), 102-111. doi: org/10.1375/bech.19.2.102
76. Ritsner, M. S., & Grinshpoon, A. (2015). Ten-Year Quality-of-Life Outcomes of Patients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders: The Relationship with Unmet Needs for Care. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 9 (3), 125-34. doi: 10.3371/CSRP.RIGR.030813
77. Saha S., Chant D., McGrath J. (2007). *A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?* Arch Gen Psychiatry, 64: 1123-1131, doi: 10.1001/archpsyc.64.10.1123.
78. Salvatore, G., Dimaggio, G., Lysaker, P. H., Popolo, R., Carcione, A., & Procacci, M. (2012). Vulnerable self, poor understanding of others' minds, threat anticipation and cognitive biases as triggers for delusional experience in schizophrenia: A Theoretical model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 247–259. doi:10.1002/cpp.746
79. Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., ... Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: results of an international panel of experts.

- Mental Retardation*, 40, 457–70. doi:10.1352/0047-6765(2002)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2
80. Shiovitz-Ezra, S., Leitsch, S., Graber, J., & Karraker, A. (2009). Quality of Life and Psychological Health Indicators in the National Social Life, Health, and Aging Project. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 64B (1), 30–37. doi: 10.1093/geronb/gbn020
81. Smith, B., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P., ... Dunn, G. (2006). Emotion and psychosis: direct links between schematic beliefs, emotion and delusions and hallucinations. *Schizophr Res*, 86, 181–188. doi: 10.1016/j.schres.2006.06.018
82. Stonkus, S. (2002). *Sporto terminų žodynas*. Kaunas: LKKA.
83. Su, C., Ng, H., Yang, A., & Lin, C. (2014). Psychometric Evaluation of the Short Form 36 Health Survey (SF-36) and the World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version (WHOQOL-BREF) for Patients With Schizophrenia. *Psychological Assessment*, 26 (3), 980–989. doi: org/10.1037/a0036764
84. Świtaj, P., Anczewska, M., Chrostek, A., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J., & Chatterji, S., (2012). Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry*, 12 (193). doi: 10.1186/1471-244X-12-193
85. Šinkariova, L. (2000). *Vyresnių Kauno miesto gyventojų depresiškumo ir išeminės širdies ligos bei jos rizikos veiksnių sąsajos* (Daktaro disertacija). Biomedicinos mokslai, medicina (07B): Kauno medicinos universitetas.
86. Temmingh, H., & Stein, D. J. (2015). Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*, 10, 819–832. doi: 10.1007/s40263-015-0282-7
87. Testart, J., Richieri, R., Caqueo-Urizar, A., Lancon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2013). Quality of life and other outcome measures in caregivers of patients with schizophrenia. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 13 (5), 641–9. doi: 10.1586/14737167.2013.838022
88. The WHOQOL Group, (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153–159. doi:10.1007/BF00435734
89. The WHOQOL Group, (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*, 28 (3), 551-8. doi: org/10.1017/S0033291798006667.
90. Tomotake, M. (2011). Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *J Med Invest*, 58 (3–4), 167–174. doi: 10.2152/jmi.58.167

91. Torrey, E. F. (2013). *Surviving Schizophrenia*. 6th Edition, Harper Perennial.
92. Tsiouri, I., Gena, A., Economou, M. P., Bonotis, K. S., & Mouzas, O. (2016). Does Long-Term Group Psychoeducation of Parents of Individuals with Schizophrenia Help the Family as a System? A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Mental Health*, 44, 316–331. doi: 10.1080/00207411.2015.1076294
93. Tsiouri, I., Gena, A., Economou, M. P., Bonotis, K. S., & Mouzas, O. (2015). Does long-term group psychoeducation of parents of individuals with schizophrenia help the family as a system? A quasi-experimental study. *International Journal of Mental Health*, 44 (4), 316-331. doi: 10.1080/00207411.2015.1076294
94. Upthegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R., & Jones, L. (2010). The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 122, 211–218. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x
95. Van Os, J., Marcelis, M., Germeys, I., Graven, S., & Delespaul, P. (2001). High expressed emotion: marker for a caring family? *Compr Psychiatry*, 42, 504 – 507. doi: 10.1053/comp.2001.27899
96. Voruganti, L., Heslegrave, R., Awad, A. G., & Seeman, M. V. (1998). Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychol Med*, 28, 165–172. doi: 10.1017/S0033291797005874
97. Woodruff, P. V. (2004). Auditory hallucinations: Insights and questions from neuroimaging. *Cogn Neuropsychiatry*, 9 (1-2), 73-91. doi: 10.1080/13546800344000165
98. Zendjidjian, X. Y., & Boyer, L. (2014). Challenges in measuring outcomes for caregivers of people with mental health problems. *Dialogues Clin Neurosci*, 16 (2), 159–69.
99. Pope, M. A., Joober, R., & Malla, A. K. (2013). Diagnostic stability of first-episode psychotic disorders and persistence of comorbid psychiatric disorders over 1 year. *Can J Psychiatry*, 58 (10), 588-94. doi: 10.1177/070674371305801008.

## **Priedai**

1 priedas. Sutikimas naudoti “PSO nustatyta gyvenimo kokybė – sutrumpinta forma“ lietuvišką klausimyno versiją

### **WORLD HEALTH ORGANIZATION**

#### **Non-exclusive licence to use selected WHO published materials**

You submitted a request, through WHO’s online platform, for permission to reprint and reproduce certain WHO copyrighted material (the “Licensed Materials”). This is a legal agreement (the “Agreement”) between you and WHO, granting you a licence to use the Licensed Materials subject to the terms and conditions herein.

**Read this Agreement in its entirety before using the Licensed Materials.**

**By using the Licensed Materials, you enter into, and agree to be bound by, this Agreement.**

**This licence is granted only for original materials belonging to WHO. If any part of the WHO published materials you wish to reproduce are credited by WHO to a source other than WHO, those materials are not covered by this Agreement and are not part of the Licensed Materials. You are responsible for determining if this is the case, and if so, you are responsible for obtaining any necessary permission from the source of those third-party materials prior to their use.**

If you enter into this Agreement on behalf of an organization, by using the Licensed Materials you confirm (represent and warrant) that you are authorized by your organization to enter into this Agreement on the organization’s behalf. In such a case, the terms “you” and “your” in this Agreement refer to, and this Agreement applies to, the organization.

WHO grants this licence to you based on the representations and warranties you made in the licence request you submitted through WHO’s online platform. If any of those representations and/or warranties are or become false or inaccurate, this licence agreement shall automatically terminate with immediate effect, without prejudice to any other remedies which WHO may have.

Catalina GRADIN  
Technical Assistant  
WHO Press  
Department of Strategy, Policy and Information  
World Health Organization  
Geneva, Switzerland  
Office: +41 (0)22 791 1696  
Web: [www.who.int](http://www.who.int)

Klausimynų pildymo data \_\_\_\_\_

Dalyvio inicialai/kodas \_\_\_\_\_

Psichinės ligos diagnozė: \_\_\_\_\_

Kiek metų sergama šia psichine liga: \_\_\_\_\_

Amžius \_\_\_\_\_

Lytis:

- a) Moteris
- b) Vyras

Išsilavinimas:

- a) Nebaigtas vidurinis
- b) Vidurinis
- c) Profesinis
- d) Aukštesnysis
- e) Nebaigtas aukštasis
- f) Aukštasis
- g) Kita \_\_\_\_\_

Darbinė padėtis – ar šiuo metu dirbate apmokamą darbą?

- a) Taip. *Kiek laiko?* \_\_\_\_\_
- b) Ne. *Kiek laiko nedirbate?* \_\_\_\_\_

Vedybinis statusas:

- a) Vedęs/ištekėjusi.
- b) Vedęs/ištekėjusi, tačiau gyvena atskirai.
- c) Niekada nebuvo vedęs/ištekėjusi.
- d) Išsiskyres (-usi).
- e) Našlys (-ė).
- f) Gyvena su partneriu (-e), ne santuokoje.

## **Informuotas suaugusio asmens sutikimas dalyvauti tyrime**

Tai yra informuoto sutikimo dalyvauti tyrime forma. Joje pateikta svarbi informacija apie atliekamą tyrimą. Prašome nuodugniai susipažinti su šia informacija, kad galėtumėte išreikšti savo sutikimą arba nesutikimą dalyvauti tyrime.

Tyrimą vykdo Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Klinikinės psichologijos magistrantūros studijų programos 2 kurso studentė *Sandra Beišiniene*. Tyrimu siekiama nustatyti kaip depresiško, nerimastingumo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės lygis skiriasi šizofrenija sergančių asmenų, gyvenančių socialinės globos namuose ir gyvenančių su savo šeimomis. Tyrimui vadovauja doc. dr. Neringa Grigutyte.

Tyrimo metu Jūs turėsite suteikti informaciją apie savo sociodemografinius duomenis, atsakyti į tyrėjos užduodamus klausimus apie Jūsų šeimą, bendravimą su artimaisiais, artimųjų psichinių ligų istoriją, Jūsų gyvenamąją aplinką, ligos paūmėjimus ir savarankiškai užpildyti pateiktus klausimynus.

Dalyvavimas tyrime yra savanoriškas. Net sutikus dalyvauti, Jūs galėsite pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu. Tyrėjai nenumato, kad dalyvavimas tyrime Jums galėtų sukelti didesnius išgyvenimus nei patiriami kasdieniame gyvenime. Visgi jei taip nutiktų yra galimybė apie tai pasikalbėti su tyrėja.

Bet kokia informacija, kuri bus surinkta tyrimo metu ir kuri galėtų būti tiesiogiai susieta su Jumis išliks konfidenciali, t.y. slapta, ir bus prieinama tik pačiai tyrėjai, mokslinio darbo vadovei ir recenzentui. Tyrimo duomenys bus saugomi tyrėjos ir vėliau sunaikinami. Tyrimo metu surinkti duomenys bus naudojami moksliniais tikslais ir viešinami tik apibendrintai.

## **SUTIKIMAS**

Su dokumentu susipažinau, supratau pateiktą informaciją ir sutinku dalyvauti tyrime, kurio metu gauti duomenys bus naudojami moksliniais tikslais, laikantis konfidencialumo ir asmens duomenų apsaugos reikalavimų.

Parašas \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



