

VILNIAUS UNIVERSITETAS

MEDICINOS FAKULTETAS

Baigiamasis darbas

**ŠIZOFRENIJA SERGANČIŲ PACIENTŲ GYDYMO KOKYBĖS VERTINIMO
OBJEKTYVIZAVIMAS**

Objectification of Treatment Quality Assessment in Patients with Schizophrenia

Studentė **Rugilė Marcinkevičiūtė** VI kursas, 11 gr.

**Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos
klinika**

Darbo vadovas

Lekt. Laurynas Bukelskis

Klinikos vadovas

Prof. med. dr. Sigita Lesinskienė

2024-05-08

Studento elektroninio pašto adresas: rugile.marcinkeviciute@mf.stud.vu.lt

TURINYS

TRUMPINIAI	3
SANTRAUKA	3
SUMMARY.....	4
ĮVADAS.....	5
1. LITERATŪROS APŽVALGA	7
1.1. Šizofrenijos problemos kompleksiskumas	7
1.2. Gydomo kokybės vertinimo objektyvumas.....	8
1.3. Gydomo kokybės objektyvizavimo instrumentai	10
2. METODOLOGIJA.....	14
2.1. Anketos	14
3. TYRIMO REZULTATAI.....	15
3.1. Aprašomoji statistika	15
4. REZULTATŲ APTARIMAS	21
5. IŠVADOS	23

TRUMPINIAI

BPRS – Trumpa psichiatrinė vertinimo skalė (*angl. Brief Psychiatric Rating Scale*)

CGI – Klinikinės Būklės Įvertinimo skalė (*angl. Clinical Global Impression*)

CGI-SCH – Klinikinės Būklės Įvertinimo Šizofrenijos skalė (*angl. Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale*)

GAF – Bendro Veiklos Vertinimo skalė (*angl. Global Assessment of Functioning*)

PANSS – Pozityvaus ir negatyvaus sindromo skalė (*angl. Positive and Negative Syndrome Scale*)

PSO – Pasaulio Sveikatos Organizacija

WHOQOL – Pasaulio Sveikatos Organizacijos gyvenimo kokybės klausimynas (*angl. The World Health Organization Quality of Life*)

SANTRAUKA

Šio darbo tikslas – apžvelgti priemones, kurios gali būti naudojamos šizofrenija sergančių pacientų gydymo kokybei vertinti. Pateikiama trumpa literatūros apžvalga, kur, analizuojant su šia tema susijusius mokslinius straipsnius, aptariami dabartiniai šizofrenijos gydymo vertinimo iššūkiai. Apžvelgiami subjektyvūs klinikinio šizofrenijos diagnostikos ir gydymo vertinimo elementai, taip pat gydymo vertinimo objektyvizavimo svarba ne tik moksliniams tyrimams, bet ir kasdieniui klinicinei praktikai. Palyginami gydymo vertinimo kokybės objektyvizavimo bendrai bei konkrečiomis skalėmis privalumai ir trūkumai kasdienėje klinikinėje praktikoje. Aptariamos patvirtintos skalės – Klinikinės Būklės Įvertinimo skalė, Pasaulio sveikatos organizacijos gyvenimo kokybė ir Bendro Veiklos Vertinimo skalė naudojamos šizofrenijos gydymo kokybei vertinti. Palyginami jų skirtumai, panašumai, privalumai, trūkumai ir vertinamieji aspektai.

Tyrimo dalyje apžvelgiamas statistinis trijų skalių pritaikymas klinikinėje praktikoje: Klinikinės Būklės Įvertinimo – Šizofrenijos skalė (*angl. Clinical Global Impression (CGI)*), Pasaulio Sveikatos Organizacijos Gyvenimo Kokybės klausimynas (*angl. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*) bei Bendro Veiklos Vertinimo (*angl. Global Assessment of Functioning (GAF)*) skalė. Šie instrumentai buvo panaudoti siekiant objektyviai įvertinti Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro Ūmios psichiatrijos skyriaus Vyrų ir Moterų

poskyrių šizofrenija sergančiųjų pacientų gydymo kokybę. Vertinant pagal Pasaulio Sveikatos Organizacijos Gyvenimo Kokybės skalę, pagerėjo pacientų bendras pasitenkinimas asmenine sveikata, jautėsi labiau patenkinti po gydymo skyriuje. Taip pat pagal Bendro Veiklos Vertinimo skalę gautas statistiškai reikšmingas tiriamųjų psichosocialinių funkcijų pagerėjimas, lyginant hospitalizacijos pradžią ir pabaigą. Gydytojų specialistų užpildyta ir Klinikinės Būklės Įvertinimo Šizofrenijai adaptuota skalė, kurioje vertinami pozityvūs, negatyvūs, depresiniai ir kognityviniai simptomai, bendras ligos sunkumas. Statistiškai reikšmingai pagerėjimas, palyginus hospitalinio gydymo pradžią ir pabaigą, buvo stebimas pozityvių, negatyvių ir bendro ligos sunkumo dalyse. Apibendriant, šios skalės, nors ir kiekviena jų matuoja skirtingus, tačiau labai svarbius šizofrenijos aspektus, parodė statistiškai reikšmingą svarbiausių ligos sričių pagerėjimą per visą gydymo laikotarpį.

RAKTAŽODŽAI: šizofrenija, gydymo kokybės objektyvizavimas, vertinimo skalės, gydymo vertinimas.

SUMMARY

The aim of this paper is to provide an overview of tools that can be used to assess the quality of treatment for schizophrenic patients. A brief literature review is presented, where the current challenges of assessing the treatment of schizophrenia are discussed by analysing the scientific articles related to this topic. The subjective elements of the clinical assessment of diagnosis and treatment of schizophrenia are reviewed, as well as the importance of objectifying treatment assessment, not only for research but also for everyday clinical practice. The advantages and disadvantages of objectifying the quality of treatment assessment in general and with specific scales in everyday clinical practice are compared. Validated scales – the Clinical Global Impression, the World Health Organisation Quality of Life Scale and the Global Assessment of Functioning scale – used to assess the quality of schizophrenia treatment are discussed. Their differences, similarities, strengths, weaknesses and evaluative aspects are compared.

The study reviews the statistical application of three scales in clinical practice: the Clinical Global Impression (CGI), the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) and the Global Assessment of Functioning (GAF). These instruments were used to objectively assess the quality of treatment of patients with schizophrenia in the Male and Female Units of the Acute Psychiatric Unit of the Vilnius City Mental Health Centre. According to the World Health Organisation Quality of Life Scale, patients' overall satisfaction with their personal health

improved and they felt more satisfied overall after treatment in the unit. There was also a statistically significant improvement in the psychosocial functioning of the subjects according to the Global Assessment of Functioning scale. Improvement at baseline and at the end of hospitalisation. The Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale was also completed by the clinicians, assessing positive, negative, depressive and cognitive symptoms, as well as the overall severity of illness. Statistically significant improvements were observed in the positive, negative and overall severity of illness subscales when comparing the start and end of hospital treatment.

Taken together, these scales, although each measuring different but very important aspects of schizophrenia, showed statistically significant improvements in the most important areas of the illness over the treatment period.

KEYWORDS: schizophrenia, objectification of treatment quality, rating scales, treatment evaluation.

ĮVADAS

Šizofrenija yra heterogeniškas susirgimas, kuriam būdingi simptomai skirstomi į tris grupes: pozityvius, negatyvius ir kognityvinę disfunkciją. Paprastai ši liga yra lėtinė recidyvuojanti su dalinėmis remisijomis, galinti lemti reikšmingus daugelio veiklos sričių sutrikimus (1). 2022 metų Pasaulio Sveikatos Organizacijos (toliau – PSO) duomenimis pasaulyje šizofrenija serga apie 24 milijonai žmonių. Higienos instituto duomenimis Lietuvoje tais pačiais metais šis rodiklis siekė 14 368. Tai yra ir didelė ekonominė našta – Jungtinėse Amerikos Valstijose (toliau – JAV) šizofrenijos diagnostikos ir gydymo išlaidos siekia 155 mlrd. JAV dolerių per metus. Nepakankamai efektyvus gydymas, gydymo režimo nesilaikymas padidina recidyvo bei pakartotinės hospitalizacijos riziką, o tai lemia suprastėjusią gyvenimo kokybę bei didesnę finansinių išteklių poreikį (2).

Šiuolaikinė medicina tampa vis labiau orientuota į paciento bei ligos individualumą, jo gerbūvį, o ne į ligą, kaip atskirą nuo sergančiojo vienetą. Ne išimtis ir modernioji psichiatrija. PSO psichikos sveikatą apibrėžia kaip „Psichikos gerovę, kuri leidžia žmonėms susidoroti su gyvenimo sunkumais, realizuoti savo gebėjimus, gerai mokytis ir dirbti bei prisidėti prie bendruomenės gyvenimo“ (3). Skirtingose pasaulio valstybėse įvairios šizofrenijos vertinimo skalės vis dažniau tampa kasdieninės klinikinės praktikos dalimi. Skalės yra naudojamos ir gyvenimo kokybės, simptomų, psychosocialinio statuso įvertinimui diagnozės metu bei vertinant gydymo efektyvumą (4). Paciento, sergančio šizofrenija, būklės objektyvus vertinimas gydymo metu yra labai svarbi gydymo proceso dalis, nes būtent tai leidžia identifikuoti paskirto farmacinio gydymo bei

psichosocialinių intervencijų efektyvumą (5). Naujausi straipsniai įvardija paciento gerovę kaip kritinį šizofrenijos gydymo ir prevencijos momentą, tokį pat svarbų kaip ir simptomų bei psichopatologijos vertinimas (6).

Lietuvoje, 2024 metų gegužės mėnesio duomenimis, bendra šizofrenijos gydymo objektyvizavimo sistema nėra taikoma. Pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymą „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygio psichiatrijos paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų patvirtinimo“ Nr.V-1999,2022-12-30, šizofrenijos (F.20.0;F20.3;F20.6;F20.9) ir katatoninės šizofrenijos (F20.2) diagnostika turi būti kompleksinė ir vienas iš jos elementų – „Psichikos būsenos įvertinimas vartojant standartizuotas psichiatrines skales“ (7). Tačiau šis punktas yra įvardijamas tik prie diagnostinių priemonių, todėl lieka neaišku, kaip objektyviai įvertinti gydymo efektyvumą bei išėitis. Tikėtina, jog yra nesistematizuotų, atskirų gydytojų pavienių iniciatyvų vertinti bei lyginti paciento būklę nustatant diagnozę bei jos dinamiką gydymo metu, tačiau tai yra vienietinės ir nenuoseklios praktikos. Objektyvizuojant šizofrenijos gydymo efektyvumą galima būtų ne tik įvertinti gydymo bei psichologinių intervencijų efektyvumą simptomų atžvilgiu, bet ir suprasti labai svarbų faktorių – paciento gyvenimo kokybės pokytį, taip palengvinant finansinę valstybės naštą sumažinant dažnų recidyvų, pakartotinių hospitalizacijų skaičių bei organizuoti bendrą objektyvią komunikaciją tarp sveikatos sistemos specialistų (2,5,6).

Darbo tikslas: įvertinti instrumentus, skirtus šizofrenijos gydymo kokybės vertinimo objektyvizavimui.

Uždaviniai:

1. Palyginti šizofrenijai skirtų skalių privalumus, trūkumus bei įvertinti skirtumus.
2. Apžvelgti skalių pritaikymą kasdieninėje klinikinėje praktikoje.
3. Įvertinti pačių pacientų atliktą savo gyvenimo kokybės vertinimo pokytį po gydymo.
4. Vertinti sveikatos specialistų atliktą paciento psichikos būsenos įvertinimą prieš ir po gydymo.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

Literatūros šaltinių atrankos kriterijai

Išrinktos ir analizuotos aktualios „PubMed“ ir „Google mokslinčius“ (*angl. „Google Scholar“*) duomenų bazių publikacijos. Paieškai naudota sistema su angliškais paieškos žodžiais, terminais bei jų deriniais: „Schizophrenia“, „Rating Scales“, „Quality of Life“, „Objectification“.

1.1. Šizofrenijos problemos kompleksiskumas

Šizofrenija yra heterogeniškas klinikinis sutrikimas – tai galima pasakyti ne tik vertinant skirtingas simptomų grupes, bet ir genetiką, aplinkos veiksnius, gydymo parinkimą bei jo veiksmingumą kiekvienam sergančiajam individualiai (1). Dėl daugialypių ir skirtingų šizofrenijos požymių nuolatos vyksta profesionalų diskusijos apie diagnostikos bei gydymo įvairovę, kokios pagrindinės jos priežastys bei patofiziologiniai procesai. Ši kompleksiskumą nulemia platus šio sutrikimo simptomų ir ligos pasireiškimo spektras, kuris apsunkina standartizuotų diagnostikos kriterijų nustatymą bei visuotinį naudojimą (8).

Kalbėdami apie šią ligą vertiname pozityvius ir negatyvius simptomus bei kognityvinę disfunkciją. Pozityvūs simptomai psichiatrijoje vertinami kaip neįprastas elgesys ar patirtis – tai įvairaus tipo, dažniausiai regos ar klausos haliucinacijos, kludiesiai, sutrikęs, nenuoseklus mąstymas, psichomotorinis sutrikimas. Jų sunkumas gali būti labai įvairus. Neigiamų simptomų diagnozavimas gali būti sudėtingas, tačiau jie turi svarbų vaidmenį paciento emocinei būsenai, elgesiui bei socialiniam funkcionavimui. Pagrindiniai negatyvūs simptomai apima blankų afektą, valios sumažėjimą, alogiją, anhedoniją ir kt. Pagrindiniai kognityvinės disfunkcijos simptomai yra susiję su sutrikusiu mąstymu, pavyzdžiui, paviršutinišku, nenuosekliu, padriku, aplinkybišku ir kt., kalbos skurdumu, dėmesio koncentracijos sunkumais, kurie gerokai apsunkina asmens bendravimo gebėjimus (8).

Dėl paminėtų priežasčių gydymo parinkimas bei atsakas į jį taip pat yra heterogeniškas. Dažniausiai pirmo pasirinkimo vaistai, gydant naujai diagnozuotą šizofrenijos atvejį, yra antros kartos (ne klopapinas) antipsichotikai. Tačiau statistiškai patikimai maždaug trečdaliui pacientų nėra pakankamo klinikinio atsako į antros kartos antipsichotikus, todėl reikia ieškoti alternatyvos, kuri dažniausiai yra klopapinas arba elektroimpulsinė terapija (EIT). Be to, net ir pirmos eilės antipsichotikai skiriasi tarp savęs įvairiomis savybėmis ir turi būti parenkami individualizuotai

kiekvienam asmeniui. Taigi, itin svarbu nustatyti, ar yra kliniškai reikšmingas simptomų pokytis nuo gydymo pradžios (9).

Šizofrenijai įtakos turi ne tik genetika, tačiau ir įvairūs paciento vidiniai ir aplinkos veiksniai. Pirmiausia yra matomas skirtumas tarp lyčių bei tarp amžiaus grupių. Dalis autorių nurodo, jog susirgimo dažnis didesnis tarp vyrų (10). Pastebimi ir simptomų pasireiškimo skirtumai tarp vyrų, kurių stipriau išreikšti negatyvūs simptomai, ir moterų, tarp kurių vyrauja stipresnė depresyvių simptomų ir afekto raiška. Stebimas skirtumas ir tarp kai kurių etninių grupių, tačiau šizofrenijos paplitimas visame pasaulyje yra gana panašus. Vertinamas ir kiekvieno paciento individualus kultūrinis bei socialinis kontekstas, nes būtent jis gali turėti įtakos kliesių ar haliucinacijų turiniui (11).

Apibendrinant galima teigti, kad sudėtinga ir heterogeniška šizofrenijos prigimtis kelia didelių iššūkių ją diagnozuojant, gydant ir valdant. Simptomų įvairovė apsunkina diagnostiką bei gydymo vertinimą. Be to, skirtinga reakcija į gydymą, pradedant pirmos eilės antipsichotikais ir baigiant alternatyviais gydymo būdais, tokiais kaip klozapinas ir elektroimpulsinė terapija, pabrėžia individualizuotų gydymo metodų poreikį. Norint veiksmingai spręsti šiuos uždavinius, labai svarbu sukurti objektyvesnę ir vientisą specialistų naudojamą paciento būklės vertinimo sistemą. Ši sistema turėtų atsižvelgti į šizofrenijos sindromo kompleksiskumą, šitaip palengvinant tikslesnę diagnozę ir efektyvesnes gydymo strategijas bei užtikrinant pacientų gyvenimo kokybę.

1.2. Gydymo kokybės vertinimo objektyvumas

Dalis šizofrenijos simptomų yra subjektyvios prigimties. Tyrimai rodo, jog vis dar yra nemažai skirtumų tarp to, kaip ligą ir gydymą vertina gydytojas ir kaip tai daro pats pacientas (12). Dažniausiai pacientui svarbiausi tampa negatyvūs šizofrenijos simptomai, tokie kaip valios sutrikimai, socialiniai sunkumai, atminties ir dėmesio deficitas bei kt., o gydytojui – pozityvūs šizofrenijos simptomai (12–14). Šizofrenijos diagnostika ir paciento būklės vertinimas gydymo proceso metu yra paciento ir sveikatos priežiūros specialisto sąveika, todėl skirtumai diagnostikoje susiję ne tik su pacientu, bet ir su klinicisto subjektyviomis patirtimis (15). Kaip minėta, šizofrenija yra heterogeniška ir įvairiais simptomais pasireiškianti liga. Būtent toks, jau aptartas šizofrenijos kompleksiskumas, gali palikti vietos interpretacijai bei subjektyviam požiūriui. Norint tiksliai įvertinti šizofrenijos gydymo efektyvumą, būtina objektyvizuoti iki šiol subjektyviai apžvelgiamus klinikinės praktikos šizofrenijos aspektus. Juos galima iš dalies objektyvizuoti

naudojant skales, skirtas tiek paciento savęs, tiek gydytojo vertinimui būklės diagnozės metu ir gydymo efektyvumui.

Modernus medicinos mokslas skatina matų įvedimą – tam tikrais matavimais remiamasi sudarant diagnostinius kriterijus bei gydymo gaires, tačiau psichiatrija čia išsiskiria. Ne išimtis ir šizofrenija – pasaulyje, Europoje ar Lietuvoje nėra taikomi nuoseklūs, pagrįsti ir patikimi klinikinio matavo metodai, pavyzdžiui, klausimų skalės. Įvertinus visą šizofrenijos problemos kompleksiskumą bei klinikinėje praktikoje vyraujančią subjektyvumą, tyrimai rodo, jog dalį šių problemų galima sumažinti standartizuojant diagnostikos bei gydymo išeičių vertinimus (16). Norint pagerinti pacientų, sergančių šizofrenija, priežiūrą, būtina kruopščiai peržiūrėti, kaip gydymas veikia pacientų sveikatą. Nors objektyviai vertinti padedančios priemonės, t.y. skalės, yra įprasta praktika moksliniuose tyrimuose, jos rečiau taikomos kasdienėje klinikinėje praktikoje. Vystantis naujam farmakologiniam šizofrenijos gydymui ir atsirandant inovatyvioms kitoms intervencinėms priemonėms, kurios, tikimasi, padės veiksmingiau gydyti pacientus, tampa vis svarbiau normintai vertinti šių intervencijų rezultatus. Gydymo vertinimo objektyvizavimas yra itin svarbus siekiant pagerinti šizofrenija sergančių asmenų būklės supratimą ir gydymo strategijas (16, 17).

Šiandienos šizofrenijos diagnostikos bei gydymo objektyvių fiziologinių matų, t.y. laboratorinių, instrumentinių ir kitų tyrimų, kurie būtų taikomi kasdieninėje klinikinėje praktikoje, neturime. Būtent ši ligos specifika sudaro terpę subjektyvumo, klaidos galimybei, nuoseklios ir bendrai sutartinos praktikos, dokumentacijos nebuvimui, suteikiant galimybę antipsichiatriniam judėjimams kritikuoti psichiatrijos mokslą. Įvertinus mokslinių tyrimų bei dalies sveikatos priežiūros įstaigų praktiką taikant skales, galima vertinti ir jų privalumus bei trūkumus, pritaikant juos klinikinėje praktikoje (1 lentelė) (17).

1 lentelė. Matavimais pagrįstų metodų privalumai ir trūkumai juos įgyvendinant psichiatrijoje

Vertinimu pagrįstų metodų privalumai	Vertinimu pagrįstų metodų trūkumai
Indėlis į diagnostikos procesą	Nepakankamas įvertinta klinikinė nauda
Bazinio ligos sunkumo nustatymas	Pasikliovimas bendru klinikiu vertinimu
Gydymo tikslų įvertinimas	Papildomų laiko išteklių poreikis
Gydymo efektyvumo vertinimas	Tinkamų instrumentų trūkumas

Tolerancijos gydymui bei šalutinių reiškinių vertinimas	Nepakankamas specialistų parengimas
Poveikis sveikatos priežiūros lygiui	Su kompensavimu susijusios problemos
Medicininė istorijos dokumentacija	

Kiti skalių naudojimo privalumai apima paciento įsitraukimą į gydymo procesą, gyvenimo bei sveikatos priežiūros kokybės gerinimą, komandinį specialisto bei sergančiojo darbą ir individualizuotą gydymo parinkimą.

Kasdienės klinikinės praktikos kliūtys taikyti objektyvų požiūrį yra nepakankama skalių adaptacija gydymo įstaigų sveikatos priežiūros specialistams, paciento kaip sistemos dalies matymas, bendro sutarimo tarp sveikatos priežiūros specialistų trūkumas bei pacientų poliligtumas (18). Tačiau, nepaisant visų iššūkių, objektyvizuotų instrumentų naudojimas parodė pranašumą gerinant psichikos sutrikimų turinčių pacientų gydymo rezultatus (19). Svarbu pažymėti, jog tyrimai rodo pozityvią pačių pacientų poziciją skalių naudojimo atžvilgiu (20).

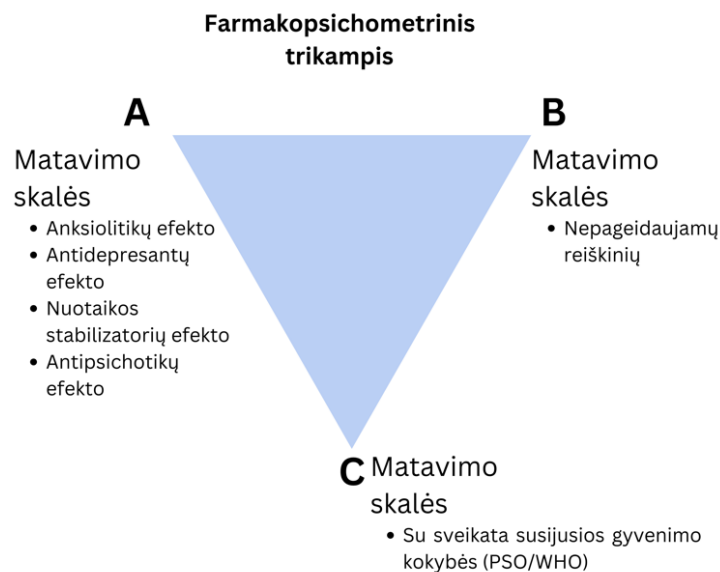
Kaip ir kiti įvairūs medicininiai metodai, gydymo kokybės vertinimo objektyvizavimas turi savų privalumų bei trūkumų. Verta pripažinti ir tai, jog ne visi šizofrenijos aspektai gali būti pilnai objektyvizuoti. Tačiau per kelis pastaruosius dešimtmečius atliktų tyrimų duomenys rodo, jog objektyvizuotų instrumentų naudojimas šizofrenijos gydymo vertinimui turi teigiamą vertę pacientų gydymo rezultatui.

1.3. Gydymo kokybės objektyvizavimo instrumentai

Svarbus šizofrenijos komponentas yra „Šizofrenijos išeičių įvertinimas, nes tik taip galima apspręsti, ar sveikatos priežiūros specialistų siūlomos gydymo intervencijos yra efektyvios“ (5). Jau 2009 metais Per Bech (21) sukūrė farmakopsichometrinį trikampį (1 pav.), kuris yra pritaikytas psichikos sveikatos sutrikimų gydymo efektyvumo objektyviam vertinimui. Remiantis šiuo metodu, jis pateikė rekomendacijas klinacistams:

- Psichiatrinių vaistų atsako vertinimui objektyvizavimo instrumentai yra būtina moderniosios psichiatrinės praktikos dalis.
- Klinikistai, vertindami nepageidaujamas reakcijas į vaistą, kiekvieną elementą turi įvertinti atskirai.

- Farmakopsichometrinis trikampis nurodo norimą ir nepageidaujamą farmakoterapinį vaistų poveikį bei paciento suvokiamą gyvenimo kokybę (21).



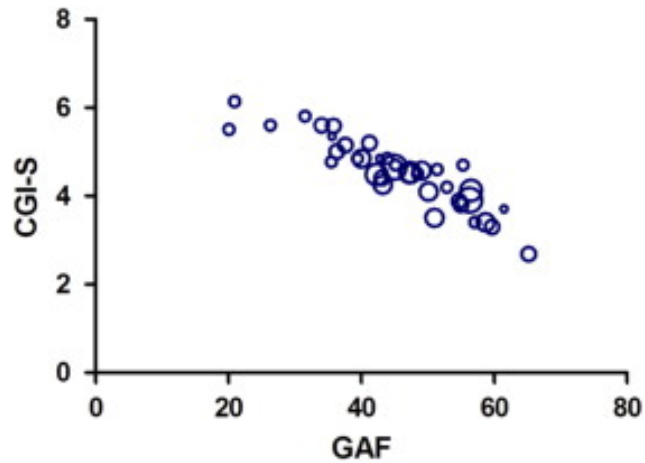
1 pav. Adaptuotas Per Bech farmakopsichometrinis trikampis (pagal Applied psychometrics in clinical psychiatry: the pharmacopsychometric triangle by Per Bech (21))

Objektyvumo aspektas aptariamasis jau kelis dešimtmečius. Dažniausiai minimos šios vertinimo skalės:

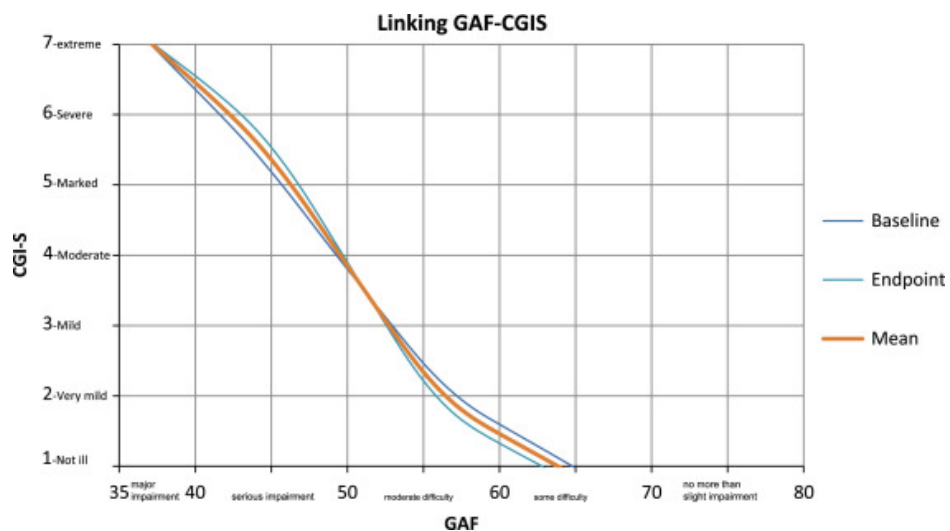
- Trumpa Psichiatrinė Vertinimo skalė (*angl. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*)
- Pozityvaus ir Negatyvaus sindromo skalė (*angl. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*)
- Bendro Veiklos Vertinimo skalė (*angl. Global Assessment of Functioning (GAF)*)
- Klinikinės Būklės Įvertinimo skalė (*angl. Clinical Global Impression (CGI)*)
- Paciento savęs vertinimui Pasaulio Sveikatos Organizacijos Gyvenimo Kokybės Vertinimo skalė (*angl. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)*) (4,5,22,23).

Šioje literatūros apžvalgos dalyje plačiau aptarsiu tris skales, kurios vėliau bus naudojamos tyrimui: CGI, GAF ir WHOQOL.

Šios trys aptiriamos skalės pasirinktos neatsitiktinai – jos turi statistiškai patikimų sąsajų. Tyrimas, kuriame buvo vertinamas GAF skalės santykis su kitomis, būtent GAF parodė stipriausią ryšį su CGI skale (2 pav.). GAF ir CGI balai susiję neigiama koreliacija, t.y. kuo mažesnis ligos sunkumo laipsnis, tuo geresnė bendra paciento psichosocialinė būklė (3 pav.). Glaudų šių skalių sąryšį mokslininkai įvardino kaip pranašumą kasdieninėje praktikoje (24,25).



2 pav. GAF (balai) ir CGI-SCH (balai) skerspjūvio ryšys. Nustatytas reikšmingas ryšys tarp GAF ir CGI-SCH tyrimo pradžioje (38 tyrimai; n=11 315; Pearson $r=-0,893$, $p<0,0001$). Apskritimo dydis proporcingas tyrimo logaritminiam imties dydžiui. Originalus šaltinis : 24.



3 pav. GAF (balai) ir CGI (balai) ryšys, rodantis neigiamą koreliaciją. Originalus šaltinis : 25.

CGI yra trumpas bei nesudėtingas instrumentas, padedantis įvertinti psichikos susirgimo sunkumą. Šis instrumentas apima kelis pagrindinius objektyvios diagnostikos ir gydymo kokybės vertinimo aspektus:

- Ligos sunkumą, t.y. vertinamas simptomų pasireiškimas;
- Paciento būklės pokyčius po gydymo, t.y. vertinamas pagerėjimo ar pablogėjimo laipsnis;

- Veiksmingumo indeksą, t.y. terapinio farmakologinių intervencijų bei šalutinių reakcijų laipsnius (26,27).

Specialiai šizofrenijai yra sukurtas adaptuotas Klinikinės būklės vertinimas – Šizofrenijos skalė, (*angl. Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale*). Būtent ši skalė yra statistiškai tinkama bei patikima naudoti klinikinėje praktikoje. Šis instrumentas skirtas paprastai ir greitai įvertinti šizofrenijos sunkumo laipsnį bei atsaką į gydymą. CGI-SCH skalė apima penkis aspektus: pozityvius bei negatyvius, depresinius šizofrenijos simptomus, kognityvikos sutrikimus bei bendrą paciento būklės sunkumą hospitalizacijos metu bei baigus stacionarinį gydymą (26). Taip pat Klinikinės būklės įvertinimo Šizofrenijos skalė yra patikimas įrankis šizofrenijos simptomams ir bendrai klinikinei būklei vertinti (28). Svarbus aspektas yra ir tai, jog CGI-SCH turi statistiškai pagrįstai stipresnį patikimumą palyginus su viena labiausiai paplitusių skalių šizofrenijos vertinimui psichiatrijoje – PANSS (4).

Kita vertinimo skalė, naudojama psichikos sveikatos susirgimų sunkumui vertinti, yra GAF (29). Žmonės, sergantys šizofrenija, neretai patiria sunkumų socialiniame bei profesiniame gyvenime (30). Šis instrumentas apima psichosocialinį šizofrenijos aspekto vertinimą bei simptomų įtaką kasdienėms paciento veikloms (31). GAF skalė yra suskirstyta į 100 lygių, bendra balų suma siekia 100. Atitinkamai, pagal surinktą balų skaičių, vertinamas šizofrenijos psichosocialinio sutrikimo laipsnis (32). Šio instrumento vertinamos socialinės ir kognityvinės funkcijos leidžia prognozuoti realaus gyvenimo už ligoninės ribų paciento psichosocialinį funkcionavimą. Ši skalė yra taikoma ir Lietuvoje, vertinti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų gavėjus (33). Taip pat GAF rekomenduojama Lietuvos Sveikatos Apsaugos Ministerijos vartoti „*Diagnozuojant šizofreninius sutrikimus suaugusiesiems ir sprendžiant dėl jų gydymo vaistais <...>*“ (34). Tiesa, nors tai paplitusi skalė tarp klinikistų, mokslininkai išvelgia tam tikrų trūkumų: subjektyviąją pildančiojo sveikatos priežiūros specialisto pusę, pozityvios ir negatyvios simptomatikos įtaką ir kt. (35). Nepaisant egzistuojančių trūkumų, GAF šizofrenijos mokslininkų ir klinikistų yra vertinama kaip itin svarbi gydymo rezultatų išraiška ir realaus pasaulio euristinis rodiklis, nes būtent psichosocialiniai sunkumai yra dažna kliūtis integracijai į visuomenę (24).

Šizofrenijos gydymo kokybei labai svarbiu aspektu tampa ir paciento gyvenimo kokybė (36). Gyvenimo kokybės vertinimas, kaip šizofrenijos gydymo išeitis, nėra sena praktika – ją paskatino moderniosios medicinos persiorientavimas į pacientą kaip unikalų individą, su savo kasdieninio gyvenimo patirtimis (37).

Viena dažniausiai objektyvizavimui naudojamų skalių yra WHOQOL. Dėl savo pritaikymo įvairioms kalboms ir kultūroms bei daugiadimensiškumo ji yra patogi gyvenimo kokybės vertinimui

sveikatos sistemoms visame pasaulyje. Šis instrumentas yra patikimas sveikatos išraiškos rodiklis pacientams, kuriems diagnozuota šizofrenija, savęs vertinimui (38). WHOQOL klausimyną sudaro 100 klausimų, kurie apima šiuos gyveno kokybės aspektus: teigiamus išgyvenimus, kasdieninius jausmus, neigiamus bei teigiamus jausmus, gebėjimą užsiimti savo pagrindine veikla bei fizinius sugebėjimus judėti ar atlikti veiklas (39). 2019 metų metaanalizė patvirtino, jog šizofrenija sergančiųjų pacientų gyvenimo kokybė yra statistiškai reikšmingai prastesnė visuose domenuose lyginant su sveika kontroline grupe (40). Be to, mokslinių tyrimų duomenimis, didžiausią įtaką gyveno kokybei šizofrenijos atveju turi neigiami šio sindromo simptomai (41,42). Taigi, nors vertinant šizofreniją labiausiai atsižvelgiama į simptomatiką, psichikos sveikatos specialistai sutaria, jog gyvenimo kokybė ir bendras funkcionavimas yra ne mažiau svarbūs gydymo kokybės sėkmės vertinimo rodikliai (43).

CGI-SCH skalės vertinimas yra glaudžiai susijęs su pacientų gyvenimo kokybe. Pacientams, pasiekusiems objektyvią simptominę remisiją, vertinamą pagal CGI-SCH skalę, gyvenimo kokybė pagerėjo. Tęstinis simptominis ir funkcinis pagerėjimas koreliuoja su tolesniu gyvenimo kokybės pagerėjimu (44). Be to, su šizofrenija sergančiųjų pacientų gyvenimo kokybe glaudžiai susijęs ir GAF skalės balas – kuo geresnis paciento psichosocialinis funkcionavimas, tuo geresne kokybe pasižymi jo gyvenimas (45).

2. METODOLOGIJA

2.1. Anketos

WHOQOL skalė naudota iš oficialios Pasaulio sveikatos organizacijos internetinės svetainės. Gautas leidimas iš Pasaulio sveikatos organizacijos anketos naudojimui šiame tyrime. *GAF* skalė gauta kaip originalus dokumentas iš Valstybinės ligonių kasos. CGI-SCH skalė panaudota iš pirmo straipsnio apie CGI-SCH (26) autorių straipsnio anglų kalba (26). Ši anketa buvo išversta į lietuvių kalbą, o tada lietuviškas anketos variantas buvo išverstas į anglų kalbą. Originalus ir išverstas anketos variantai buvo palyginti, norint įsitikinti, jog nepakito klausimų prasmės, taip buvo patikrintas anketos patikimumas.

Anketos buvo pildomos Vilniaus miesto Psichikos Sveikatos Centro Ūmios psichiatrijos skyriaus Vyrų ir Moterų poskyrių pacientų bei gydytojų. WHOQOL skalė pacientams, turintiems šizofrenijos spektro sutrikimą, pateikta du kartus – atvykus hospitalizacijai ir išvykstant iš ligoninės. CGI-SCH bei GAF skales pildė gydantys pacientų, sergančių šizofrenijos spektro

sutrikimu, gydytojai. GAF skalės balas pildytas prieš ir po gydymo, o CGI-SCH pirma grafa – prieš gydymą, o antroji – po hospitalinio gydymo.

2.2. Statistinės analizės metodai

Duomenų analizė atlikta naudojant Microsoft Office Excel ir IBM SPSS Statistics bei R+ statistinį duomenų analizės paketą. Naudoti aprašomosios statistikos metodai, siekiant įvertinti rodiklių skaitines charakteristikas (imties dydį (n), procentinę vertę (%), vidurkį (M), standartinis nuokrypį (SN)). Ryšys tarp ranginių ar kiekybinių kintamųjų, turinčių nenormalų skirstinį, tikrintas taikant Spirmeno (Spearman) koeficientą. Kokybinių požymių tarpusavio priklausomybė tikrinta taikant Chi kvadrato (χ^2) požymių homogeniškumo kriterijų. Skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$ ar $p < 0,001$.

Statistinėje analizėje buvo palyginti pacientų savo atlikti gyvenimo kokybės vertinimai prieš ir po hospitalinio gydymo pasitelkiant PSO QOL.

Sveikatos specialistų paciento objektyvų įvertinimas buvo lyginamas prieš ir po gydymo atsižvelgianti į dvi skales – CGI-SCH ir GAF.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Aprašomoji statistika

Šiame tyrime dalyvavo 29 šizofrenijos spektro sutrikimu sergantys asmenys, kurių buvo 16 moterų ir 13 vyrų. Pacientų amžius varijavo nuo 18 iki 65 metų (vidurkis $37,6 \pm 12,0$ metų) (2 lent.). Tyrimo dalyvių tarpe dominavo vidurinę išsilavinimą įgiję asmenys ($n = 15$), mažiau buvo aukštesnįjį ($n = 8$) bei aukštąjį universitetinį ($n = 5$) išsilavinimą turinčių pacientų, tuo tarpu pradinį išsilavinimą turintis teigė vos vienas respondentas (3 lent.).

2 lentelė. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal amžių (SN – standartinis nuokrypis)

<i>Amžiaus</i>		<i>Minimalus amžius</i>	18 metų
<i>vidurkis ±</i>	$37,6 \pm 12,0$ metų	<i>Maksimalus amžius</i>	65 metai
<i>SN</i>			

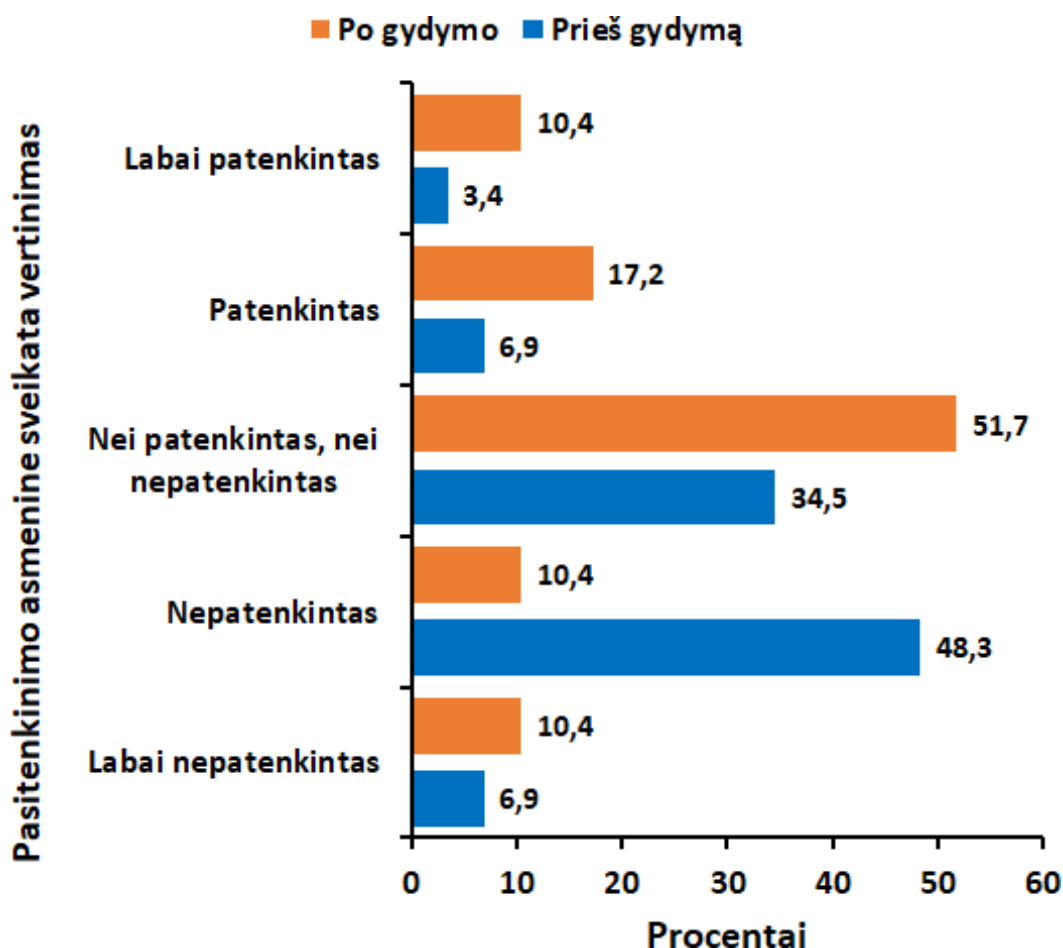
3 lentelė. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal lytį, įgytą išsilavinimo laipsnį, šeiminių padėčių bei turimas ne psichinės kilmės (somatinės) ligas

Kintamieji ir jų grupės		Apklaustų pacientų skaičius	Dalis apskaičiuota nuo visos imties proc.
Lytis	Moteris	16	55,2
	Vyras	13	44,8
Išsilavinimas	Pradinis	1	3,4
	Vidurinis	15	51,7
	Aukštesnysis	8	27,6
	Aukštasis universitetinis	5	17,2
Šeiminė padėtis	Vedęs/Ištekėjusi	2	6,9
	Išsiskyręs (-usi)	4	13,8
	Vienišas (-a)	16	55,2
	Gyvena su partneriu (-e)	3	10,3
	Našlys (-ė)	2	6,9
	Neatsakė	2	6,9
Turimos ne psichinės kilmės ligos	Aukštas kraujospūdis	7	24,1
	Artritas/reumatas	3	10,469
	Diabetas	3	10,4
	Lėtiniai pėdų susirgimai	2	6,9
	Širdies ligos	1	3,4
	Insultas	1	3,4
	Efizema	1	3,4
	Nėra	18	62,1

Didžioji dauguma tirtų šizofrenijos spektro sutrikimą besigydančių pacientų teigė esantys vieniši (n = 16), o išsiskyrusių (n = 4), su partneriu (-e) gyvenančių (n = 3), vedusių/ištekėjusių, našlaujančių ir savo šeiminių padėties neįvardinusių respondentų kiekis buvo sąlyginai nedidelis (visais atvejais n = 2) (3 lentelė). Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių neturėjo jokių gretutinių ne

psichinės kilmės ligų (n = 18), tačiau pasitaikė asmenų, kuriems pasireiškėdavo aukštas kraujo spaudimas (n = 7), artritas/reumatas, diabetas (abiem atvejais n = 3), lėtiniai pėdų susirgimai (n = 2), širdies ligos, insultas bei efizema (visais atvejais n = 1).

Tyrimo metu nustatyta, kad prieš gydymą didžioji dalis pacientų buvo nepatenkinti (n = 14) ar nei patenkinti, nei nepatenkinti (n = 10) savo sveikatos būkle, o po gydymo stebėtas žymus nepatenkintų asmenine sveikatos būkle respondentų sumažėjimas (n = 3) bei nei patenkintų, nei nepatenkintų (n = 15), patenkintų (n = 5) ir labai patenkintų (n = 3) esama sveikatos būkle asmenų kiekio padidėjimas (4 pav.). Atlikus statistinę analizę paaiškėjo, kad gydytų šizofrenijos spektro sutrikimu sergančių tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal pasitenkinimą asmeninės sveikatos būkle prieš ir po atlikto gydymo reikšmingai skyrėsi tarpusavyje ($\chi^2 = 10,60$; p = 0,03).



4 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal pasitenkinimą sveikatos būkle prieš ir po gydymo.

Išanalizavus surinktus duomenis paaiškėjo, kad tyrime dalyvavusiems šizofrenijos spektro sutrikimų turintiems asmenims gyvenimo kokybę nusakančio WHOQOL klausimyno subskalių tarpe tiek prieš, tiek ir po atlikto gydymo labiausiai pasireiškė asmeninių įsitikinimų (atitinkamai

3,1 ± 1,0 balo ir 3,2 ± 1,0 balo) bei jų poveikio gyvenimo kokybei ir jautimosi patenkintu, laimingu įvairiais požiūriais (3,0 ± 0,6 balo ir 3,3 ± 0,6 balo) subskales nusakantys požymiai, o gebėjimo užsiimti savo pagrindine veikla (2,5 ± 1,1 balo ir 2,8 ± 1,1 balo) ir patiriamų neigiamų jausmų dažnio (2,8 ± 0,5 balo ir 2,7 ± 0,3 balo) skales apibūdinantys požymiai pacientams pasireikšdavo rečiausiai (4 lent.).

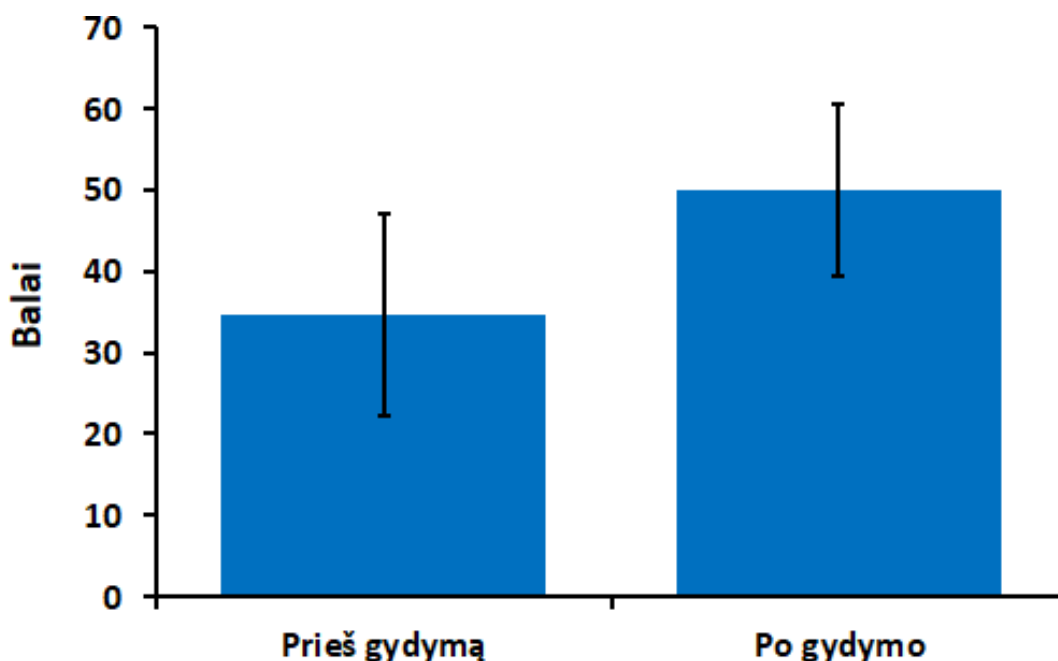
4 lentelė. Tyrimo dalyvių gyvenimo kokybę charakterizuojančių WHOQOL klausimyno subskalių vertinimas (M – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis) prieš ir po taikyto gydymo

Subskalės	Prieš gydymą		Po gydymo		p vertė
	M	SN	M	SN	
Per pastarąsias 2 savaites patirti teigiami išgyvenimai (laimė, pasitenkinimas)	2,9	0,3	2,8	0,3	0,33
Kasdieniniai pojūčiai ir veiksmai (prausimasis, rengimasis, valgymas)	2,9	0,7	3,2	0,6	0,18
Jautimasis patenkintu, laimingu įvairiais požiūriais (šeimyniniu gyvenimu, turima energija)	3,0	0,6	3,3	0,6	0,04
Patiriami neigiami jausmai ir jų dažnis (kaip dažnai jautė artimųjų ar draugų paramą arba neigiamus jausmus, kaip antai nesaugumą)	2,8	0,5	2,7	0,3	0,38
Gebėjimas užsiimti savo pagrindine veikla (kaip antai: savanoriškas darbas, studijos, namų ruošą, vaikų priežiūra, kitoks apmokamas arba neapmokamas darbas)	2,5	1,0	2,8	1,1	0,17
Fizinis sugebėjimas judėti ir atlikti tai, ką nori ar reikia padaryti	2,9	0,4	2,8	0,4	0,40
Asmeniniai įsitikinimai bei jų poveikis gyvenimo kokybei (teiraujamas apie	3,1	1,0	3,2	1,0	0,65

religinius, dvasinius ir kitokius įsitikinimus)					
---	--	--	--	--	--

Lyginant tirtų pacientų gyvenimo kokybės parametrus prieš ir po gydymo paaiškėjo, jog tyrimo eigoje pagerėjo šie tyrimo dalyvių kasdieniai pojūčiai ir veiksmai: jautimasis laimingu ir patenkintu įvairiais požiūriais, gebėjimas užsiimti savo pagrindine veikla ir asmeninius įsitikinimus bei jų poveikį gyvenimo kokybei nusakančių subskalių požymiai. Tačiau suprastėjo per pastarąsias 2 savaites patirti teigiami išgyvenimai, patiriamus neigiamus jausmus ir jų dažnį bei fizinį sugebėjimą judėti ir atlikti tai, ką nori ar, reikia padaryti, charakterizuojančių WHOQOL klausimyno subskalių balai. Atlikus statistinę analizę paaiškėjo, kad jautimosi patenkintu ir laimingu įvairiais požiūriais vertinimo balai pritaikius gydymą reikšmingai padidėjo vidutiniškai nuo 3 iki 3,3 (statistinis nuokrypis 0,6) ($p = 0,03$), o kitų gyvenimo kokybę nusakančių WHOQOL klausimyno subskalių pokyčiai nebuvo statistiškai patikimi (visais atvejais $p > 0,05$) (4 lentelė).

Apskaičiavus šizofrenijos spektro sutrikimų turinčių pacientų bendros (psichologinės, socialinės ir darbinės) veiklos skalės (GAF) įverčius prieš ir po taikyto gydymo paaiškėjo, kad prieš prasidedant gydymui GAF vertės buvo žymiai mažesnės ($34,7 \pm 12,5$ balų) lyginant su po gydymo užfiksuotomis vertėmis ($49,9 \pm 10,6$ balų), o nustatyti skirtumai buvo statistiškai reikšmingi ($p < 0,001$) (5 pav.).



5 pav. Tyrimo dalyvių GAF skalės įverčiai prieš ir po gydymo.

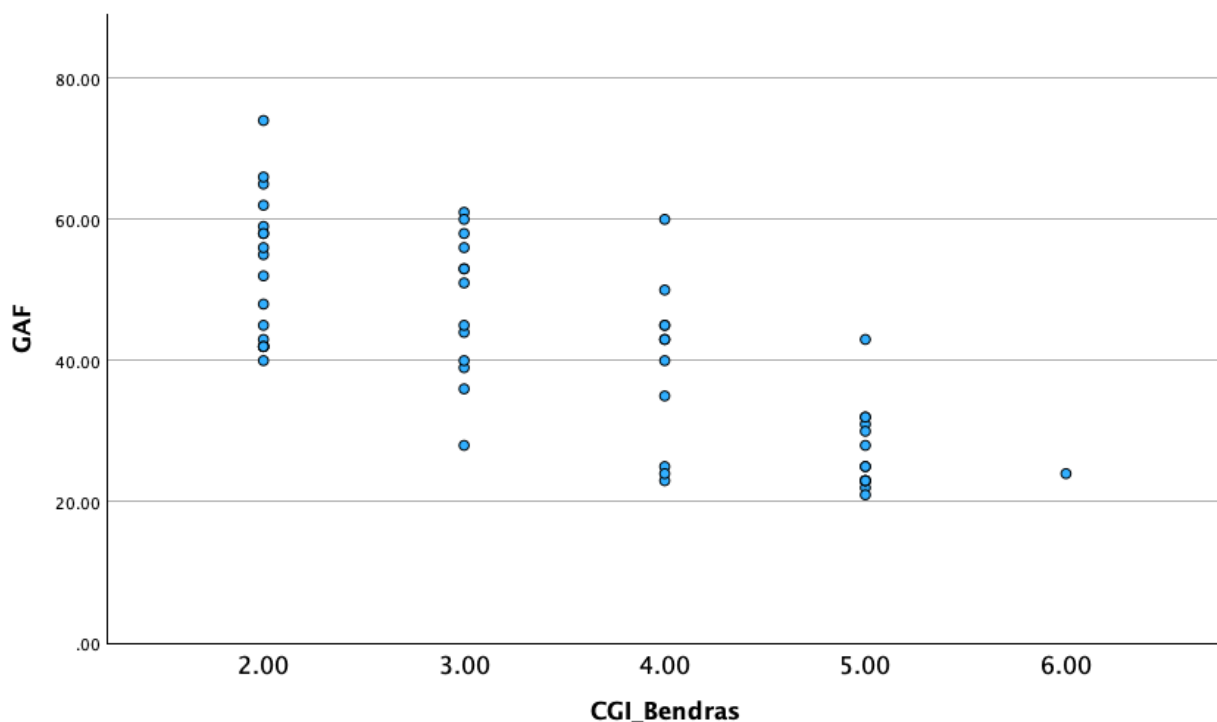
Duomenų analizės rezultatai parodė, kad prieš gydymą šizofrenijos spektro sutrikimu sergantiems asmenims labiausiai buvo išreikštas bendras ligos sunkumas ($4,4 \pm 0,7$ balo) ir pozityvūs ($4,2 \pm 1,3$ balo) bei negatyvūs ($4,2 \pm 1,1$ balo) ligos simptomai, tuo tarpu po taikyto gydymo labiausiai tyrimo dalyviams būdingi buvo negatyvūs ($3,1 \pm 0,6$ balo) ir kognityviniai ($3,0 \pm 0,7$ balo) šizofrenijos simptomai (5 lentelė).

5 lentelė. Tyrimo dalyvių klinikinę būklę charakterizuojančių pozityvių, negatyvių, depresinių bei kognityvinių simptomų ir bendro ligos sunkumo vertinimas (M – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis) prieš ir po taikyto gydymo

Simptomai	Prieš gydymą		Po gydymo		p vertė
	M	SN	M	SN	
Pozityvūs	4,2	1,3	2,4	0,8	<0,001
Negatyvūs	4,2	1,1	3,1	0,6	<0,001
Depresiniai	3,5	1,6	2,8	0,9	0,12
Kognityviniai	3,4	1,4	3,0	0,7	0,09
Bendras ligos sunkumas	4,4	0,7	2,3	0,5	<0,001

Po atlikto tyrimo stebėtas visų šizofrenijos spektro sutrikimų simptomų bei bendro ligos sunkumo pagerėjimas; nepaisant to, pokyčiai statistiškai patikimi buvo tik pozityvių ($p < 0,001$) ir negatyvių ($p < 0,001$) ligos simptomų ir bendro ligos sunkumo ($p < 0,001$) atvejais, tuo tarpu depresinių ($p = 0,12$) ir kognityvinių ($p = 0,09$) simptomų vertinimas išliko reikšmingai nepakitęs (5 lent.).

Taip pat buvo apskaičiuota statistinė koreliacija tarp CGI ir GAF balų (6 pav). Koreliacijos koeficientas tarp CGI bendros ligos sunkumo dalies ir GAF balų yra $-0,684$, ši reikšmė rodo stiprią statistiškai reikšmingą ($p < 0,0001$) neigiamą koreliaciją t.y., aukštesni CGI balai yra susiję su žemesniais GAF balais. Taigi galima teigti, kad analizė patvirtina reikšmingą atvirkštinį ryšį tarp CGI ir GAF pabrėžiant klinikinio sunkumo įtaką funkciniam rezultatams tirtoje populiacijoje.



6 pav. GAF (balai) ir CGI-SCH (balai) koreliacija. (n=29, Pearson $r=-0,684$, $p<0,0001$).

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo metu vertinta 29 dalyvių, sergančių šizofrenijos spektro sutrikimais, grupė, subalansuota abiejų lyčių ir įvairaus amžiaus (nuo 18 iki 65 metų). Gauti rezultatai parodė, kad po gydymo pagerėjo dalyvių sveikatos būklė jų pačių vertinimu. Ypač pastebima, kad sumažėjo nepatenkintųjų savo sveikatos būkle dalyvių – nuo 14 prieš gydymą iki 3 po gydymo. Metodologinis požiūris į pasitenkinimo lygių palyginimą prieš gydymą ir po jo, taikant statistinę analizę yra patikimas, o tai didina išvadų patikimumą.

Pacientų savo gyvenimo kokybės įsivertinimas pagal PSO parengtą klausimyną rodo skirtingus rezultatus. Pagerėjo jautimasis laimingu kasdienybėje, o tai yra svarbi sritis asmenims, kenčiantiems nuo psichikos sveikatos sutrikimų. Tačiau statistinė analizė rodo, kad ne visais aspektais sveikatos būklė statistiškai patikimai pagerėjo po gydymo. Kitos subskalės – teigiamų išgyvenimų, kasdieninių pojūčių ir veiksmų, patiriamų neigiamų jausmų, kasdieninės veiklos, fizinio judumo bei asmeninių įsitikinimų – reikšmingai nepasikeitė. Tai gali reikšti, kad nors gydymo metu teikiama psichinė ir emocinė parama buvo veiksminga, tačiau gali prireikti išsamesnių metodų įvairiems šizofrenijos aspektams spręsti. Šie rezultatai atliepia ir kitus atliktus

tyrimus bei mokslininkų išvadas, jog nors šizofrenija yra proto ir minčių liga, jos poveikis jaučiamas ir fiziniuose, socialiniuose bei aplinkos domenuose(40,46).

Kiti du objektyvizuojantys instrumentai, vertinti sveikatos priežiūros specialistų, buvo GAF ir CGI. Prieš gydymą GAF balai buvo gerokai mažesni, tai reiškia tam tikro laipsnio funkcijų sutrikimą. Po gydymo GAF balai stipriai statistiškai reikšmingai pagerėjo ($p < 0,001$), t.y. GAF balai padidėjo, o tai rodo geresnį psichosocialinį funkcionavimą. Visose užpildytose anketose GAF balai pakilo lyginant hospitalizacijos pradžią ir pabaigą, kas patvirtina, jog skalė kliniškai lengva ir greitai pildyti, nes reikia nurodyti tik vieną balą, ir itin jautri pokyčiui (47). Verta paminėti, jog nors ir viena plačiausiai taikomų klinikiniame gydytojo darbe, naujausi tyrimai rodo, kad GAF balai yra jautrūs klinikinių simptomų sunkumo svyravimams, tačiau statistiškai nėra jautrūs socialinių funkcijų pokyčiui, kuris irgi yra svarbus šios skalės vertinamasis (35).

Verta paminėti, kad įtakos gyvenimo kokybės vertinimui gali turėti ir turimos gretutinės somatinės ligos, ypač lėtinės (48). Somatinės ligos gali turėti įtakos ir GAF vertinimui, todėl pildant skalę vertėtų į tai atsižvelgti (49).

Išanalizavus CGI-SCH iš penkerių analizuotų sričių statistiškai itin reikšmingai ($p < 0,001$) pagerėjo trys – pozityvūs ir negatyvūs simptomai bei bendra pacientų būklė. Depresinių bei kognityvinių funkcijų pokytis buvo statistiškai nereikšmingas. Tokie rezultatai iš esmės koreliuoja ir su kitų tyrimų duomenimis – kognityvinių simptomų kitimas yra mažai statistiškai reikšmingas, tačiau depresinių simptomų statistinis patikimumas vertinant pagal CGI-SCH varijuoja (4,26).

Taip pat vertinta sveikatos specialistų pildytų skalų – CGI ir GAF – koreliacija. Gauta statistiškai patikima koreliacija tarp šių dviejų skalių balų įverčių. Tai pilnai atliepia tyrimus, kurie taip pat parodo, jog tarp CGI ir GAF egzistuoja neigiama koreliacija t.y., kuo mažesnis bendras ligos sunkumas pagal CGI, tuo didesnis GAF psichosocialinio funkcionavimo balas (26,27).

Tyrimo metu sudėtingiausia buvo surinti WHOQOL anketas – nemaža dalis pacientų atsisakė jas pildyti, dalis neužpildė iki galo ar sugadino anketas. Paskutiniame anketos puslapyje pateiktoje tuščioje grafoje „Jūsų mintys ir pastabos apie šią anketą“ pacientai pasidalino į dvi dalis: vieniems anketa pasirodė išsami, o kitiems atvirkščiai – per ilga.

GAF ir CGI skalės, pildžiusių gydytojų nuomone, buvo lengvai ir greitai pildomos. Būtent šių pildymo paprastumo ir trumpumo laiko aspektai yra pabrėžiami ir įvairiuose moksliniuose tyrimuose (4,26,47,50).

Apibendrinant galima teigti, kad šis tyrimas parodė, jog objektyvus, metodologiškai pagrįstas požiūris į šizofrenijos gydymo kokybės vertinimą gali padėti gauti patikimų ir naudingų išvalgų. Žymus sveikatos būklės pagerėjimas po gydymo – tai rodo nepatenkintų savo sveikatos

būkle dalyvių skaičiaus sumažėjimas nuo 14 iki 3 – patvirtina taikytų intervencijų veiksmingumą. Be to, po gydymo reikšmingai padidėjęs GAF balų skaičius pabrėžia pagerėjusį funkcionalumą įvairiose gyvenimo srityse, o tai taip pat svarbus objektyvus rodiklis, vis dėlto nevienareikšmiai WHOQOL vertinimo rezultatai rodo, kad nors laimės jausmo atsirado daugiau gydymo metu, tačiau šios skalės aspektams vertinti gali prireikti papildomų strategijų kitiems, ne tik dėl gydymo kintantiems veiksniams, tokiems kaip patogi gyvenamoji vieta ar pan. Taip pat labai svarbu atsižvelgti į gretutinių somatinių susirgimų įtaką gyvenimo kokybės ir bendro funkcionavimo vertinimams, nes jie gali turėti įtakos gydymo ir vertinimo rezultatams.

Laikantis griežtų objektyvumo standartų ir naudojant patvirtintas skales, tokias kaip CGI, WHOQOL ir GAF, šis tyrimas ne tik pateikia aiškų gydymo rezultatų vaizdą, bet ir prisideda prie platesnio tikslo – didinti šizofrenijos gydymo protokolų tikslumą ir veiksmingumą, siekiant pagerinti visapusišką šizofrenija sergančių pacientų priežiūrą.

5. IŠVADOS

1. Lyginant literatūroje aptariamų šizofrenijai skirtų skalų privalumus, trūkumus bei skirtumus matoma, kad privalumai yra objektyvizuotas diagnostikos bei gydymo kokybės vertinimas. Tačiau nėra universaliai geros skalės ir juose išlieka su ištekiais susijusių neigiamų aspektų.
2. Skalų pritaikymas klinikinėje praktikoje Lietuvoje šiuo metu nėra plačiai paplitęs.
3. Naudojant pacientų savo atliktą gyvenimo kokybės vertinimą pagal Pasaulio sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės klausimyną prieš ir po hospitalinio gydymo, stebėtas geresnis savo būklės vertinimas po gydymo daugumai pacientų. Taip pat statistiškai reikšmingai pagerėjo jautimasis laimingu.
4. Sveikatos specialistai atliko paciento objektyvų įvertinimą, naudodami Bendros veiklos vertinimo skalę, kuris statistiškai patikimai parodė, jog kasdienis pacientų gyvenimas pagerėjo dėl simptomų redukcijos. Taip pat gydytojų pildytas Klinikinės būklės įvertinimo šizofrenijai instrumentas įrodė, jog pozityvūs, negatyvūs simptomai bei bendra klinikinė būklė turi statistiškai patikimą pagerėjimą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Radhakrishnan R.; Ganesh S.; Meltzer H.Y.; Bobo V.W.; Heckers S.H.; Fatemi H.S.; D'Souza D.C. Chapter 15: Schizophrenia. In: Current Diagnosis and Treatment, Psychiatry.
2. Wander C. Schizophrenia: opportunities to improve outcomes and reduce economic burden through managed care. *Am J Manag Care*. 2020 Mar;26(3 Suppl):S62–8.
3. WHO. World Health Organization, Health topics, Mental Health, Mental Health definition as on 2024-05-02. Available from: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
4. Kumari S, Malik M, Florival C, Manalai P, Sonje S. An Assessment of Five (PANSS, SAPS, SANS, NSA-16, CGI-SCH) commonly used Symptoms Rating Scales in Schizophrenia and Comparison to Newer Scales (CAINS, BNSS). *J Addict Res Ther*. 2017;8(3):324.
5. Mortimer AM. Symptom rating scales and outcome in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007 Aug;50:s7-14.
6. Valiente C, Espinosa R, Trucharte A, Nieto J, Martínez-Prado L. The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2019 Jun;208:16–24.
7. LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS ĮSAKYMAS DĖL PIRMINIO, ANTRINIO IR TRETINIO LYGIŲ PSICHIATRIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO SUAUGUSIESIEMS REIKALAVIMŲ PATVIRTINIMO. 1999.
8. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. *P T*. 2014 Sep;39(9):638–45.
9. McCutcheon RA, Pillinger T, Mizuno Y, Montgomery A, Pandian H, Vano L, et al. The efficacy and heterogeneity of antipsychotic response in schizophrenia: A meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2021 Apr;26(4):1310–20.
10. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 2010 Oct;22(5):417–28.
11. Maietta JE, Paul NB, Allen DN. Cultural Considerations for Schizophrenia Spectrum Disorders Part I: Symptoms, Diagnosis, and Prevalence. In: Benuto LT, Gonzalez FR, Singer J, editors. *Handbook of Cultural Factors in Behavioral Health* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2024 Jan 31]. p. 363–80. Available from: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-32229-8_26
12. Moritz S, Berna F, Jaeger S, Westermann S, Nagel M. The customer is always right? Subjective target symptoms and treatment preferences in patients with psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2017 Jun;267(4):335–9.
13. Law H, Shryane N, Bentall RP, Morrison AP. Longitudinal predictors of subjective recovery in psychosis. *Br J Psychiatry*. 2016 Jul;209(1):48–53.

14. Butcher I, Berry K, Haddock G. Understanding individuals' subjective experiences of negative symptoms of schizophrenia: A qualitative study. *British J Clinic Psychol*. 2020 Sep;59(3):319–34.
15. Pallagrosi M, Fonzi L, Picardi A, Biondi M. Association between Clinician's Subjective Experience during Patient Evaluation and Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology*. 2016;49(2):83–94.
16. Harding KJK, Rush AJ, Arbuckle M, Trivedi MH, Pincus HA. Measurement-based care in psychiatric practice: a policy framework for implementation. *J Clin Psychiatry*. 2011 Aug;72(8):1136–43.
17. Correll CU, Kishimoto T, Nielsen J, Kane JM. Quantifying Clinical Relevance in the Treatment of Schizophrenia. *Clinical Therapeutics*. 2011 Dec;33(12):B16–39.
18. Aboraya A, Nasrallah HA, Elswick DE, Ahmed E, Estephan N, Aboraya D, et al. Measurement-based Care in Psychiatry-Past, Present, and Future. *Innov Clin Neurosci*. 2018 Nov 1;15(11–12):13–26.
19. Ahmed Aboraya, MD, DrPH Henry A. Nasrallah, MD. It's time to implement measurement-based care in psychiatric practice. *Current Psychiatry Vol 18, No 6*. :6–8.
20. Cuperfain AB, Hui K, Berkhout SG, Foussias G, Gratzer D, Kidd SA, et al. Patient, family and provider views of measurement-based care in an early-psychosis intervention programme. *BJPsych open*. 2021 Sep;7(5):e171.
21. Bech P. Applied psychometrics in clinical psychiatry: the pharmacopsychometric triangle. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Nov;120(5):400–9.
22. Bobes J, García-Portilla P, Sáiz PA, Bascarán T, Bousoño M. Quality of life measures in schizophrenia. *Eur psychiatr*. 2005 Oct;20(S3):S313–7.
23. Suzuki T, Uchida H, Sakurai H, Ishizuki T, Tsunoda K, Takeuchi H, et al. Relationships between global assessment of functioning and other rating scales in clinical trials for schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2015 Jun;227(2–3):265–9.
24. Suzuki T, Uchida H, Sakurai H, Ishizuki T, Tsunoda K, Takeuchi H, et al. Relationships between global assessment of functioning and other rating scales in clinical trials for schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2015 Jun;227(2–3):265–9.
25. Samara MT, Engel RR, Millier A, Kandenwein J, Toumi M, Leucht S. Equipercenile linking of scales measuring functioning and symptoms: Examining the GAF, SOFAS, CGI-S, and PANSS. *European Neuropsychopharmacology*. 2014 Nov;24(11):1767–72.
26. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression–Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 May;107(s416):16–23.
27. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007 Jul;4(7):28–37.

28. Pinna F, Deriu L, Diana E, Perra V, Randaccio RP, Sanna L, et al. Clinical Global Impression-severity score as a reliable measure for routine evaluation of remission in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Ann Gen Psychiatry*. 2015 Dec;14(1):6.
29. Aas IM. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10(1):2.
30. Bellack AS, Green MF, Cook JA, Fenton W, Harvey PD, Heaton RK, et al. Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophr Bull*. 2007 May;33(3):805–22.
31. Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2007 Dec;116(6):403–18.
32. Cao X, Chen S, Xu H, Wang Q, Zhang Y, Xie S. Global functioning, cognitive function, psychopathological symptoms in untreated patients with first-episode schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*. 2022 Jul;313:114616.
33. LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO ĮSAKYMAS, DĖL PSICHOSOCIALINĖS REABILITACIJOS PASLAUGŲ PSICHIKOS SUTRIKIMŲ TURINTIEMS ASMENIMS TEIKIMO TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO. 2012.
34. LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO ĮSAKYMAS DĖL ŠIZOFRENIJOS, ŠIZOTIPINIO IR KLIEDESINIŲ SUTRIKIMŲ AMBULATORINIO GYDYMO KOMPENSUOJAMAJAIS VAISTAIS TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO. 2012.
35. Robertson DA, Hargreaves A, Kelleher EB, Morris D, Gill M, Corvin A, et al. Social dysfunction in schizophrenia: An investigation of the GAF scale's sensitivity to deficits in social cognition. *Schizophrenia Research*. 2013 May;146(1–3):363–5.
36. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2007 Jul 17;33(5):1225–37.
37. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad Saúde Pública*. 2005 Oct;21(5):1338–40.
38. Örsel S, Akdemir A, Dağ İ. The sensitivity of quality-of-life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2004 Jan;45(1):57–61.
39. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):551–8.
40. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang YS, Ng CH, Ungvari GS, et al. Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *Psychiatr Q*. 2019 Sep;90(3):519–32.
41. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2008 Jan;98(1–3):201–8.

42. Novick D, Montgomery W, Cheng Y, Moneta V, Haro J. Impact of Negative Symptoms on Quality of Life in Patients with Schizophrenia. *Value in Health*. 2015 Nov;18(7):A836–7.
43. Fagiolini A, De Bartolomeis A, Vaggi M, Vampini C. Targets, attitudes, and goals of psychiatrists treating patients with schizophrenia: key outcome drivers, role of quality of life, and place of long-acting antipsychotics. *NDT*. 2016 Jan;99.
44. Haro JM, Novick D, Perrin E, Bertsch J, Knapp M. Symptomatic remission and patient quality of life in an observational study of schizophrenia: Is there a relationship? *Psychiatry Research*. 2014 Dec;220(1–2):163–9.
45. Hosseini SH, Karkhaneh Yousefi M. Quality of Life and GAF in Schizophrenia Correlation Between Quality of Life and Global Functioning in Schizophrenia. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2011;5(2):120–5.
46. Chan S, Yu IW. Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 2004 Jan;45(1):72–83.
47. Burlingame GM, Dunn TW, Chen S, Lehman A, Axman R, Earnshaw D, et al. Special Section on the GAF: Selection of Outcome Assessment Instruments for Inpatients With Severe and Persistent Mental Illness. *PS*. 2005 Apr;56(4):444–51.
48. Megari K. Quality of life in chronic disease patients. *Health Psych Res*. 2013 Sep 23;1(3):27.
49. Aas IM. Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry*. 2010 Dec;9(1):20.
50. Pinna F, Deriu L, Lepori T, Maccioni R, Milia P, Sarritzu E, et al. Is it true remission? A study of remitted patients affected by schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*. 2013 Dec;210(3):739–44.

PRIEDAI

Klinikinės Būklės Įvertinimas – Šizfrenijos skalė (angl. Clinical Global Impression – Schizophrenia scale (CGI-SCH))

Tiriamąjį kodas:

--	--	--	--

Skyrius:.....

Vertino gydytoja (-s):.....

1 DALIS

Ligos sunkumas

Atsižvelgdami į visą savo klinikinę patirtį su šizofrenija sergančiais pacientais, kaip sunkiai pacientas sirgo per pastarąją savaitę?

	Norma, neserga	Minimaliai serga	Lengvai serga	Vidutiniškai serga	Sunkiai serga	Itin sunkiai serga	Priklauso tarp itin sunkiai sergančių pacientų
1. Pozityvūs simptomai (pvz., haliucinacijos, klaidėsiai ar keistas elgesys).	1	2	3	4	5	6	7
Negatyvūs simptomai (pvz., blankus afektas, valios sutrikimai arba anhedonija).	1	2	3	4	5	6	7
Depresiniai simptomai (pvz., liūdesys, prislėgta nuotaika ar beviltiškumas).	1	2	3	4	5	6	7
Kognityviniai simptomai (pvz., sutrikęs dėmesys, koncentracija ar atmintis).	1	2	3	4	5	6	7
Bendras sunkumas	1	2	3	4	5	6	7

2 DALIS

Paciento būklės pokyčio įvertinimas po gydymo

Kiek pacientas pasikeitė, palyginti su ankstesniu vertinimu? Įvertinkite pagerėjimą, ar, jūsų nuomone, jis atsirado tik dėl gydymo? 29

	Labai stipriai pagerėjo	Stipriai pagerėjo	Minimaliai pagerėjo	Be pokyčio	Minimaliai pablogėjo	Stipriai pablogėjo	Labai stipriai pablogėjo	Nevertintas
1. Pozityvūs simptomai (pvz., halucinacijos, kliesiai ar keistas elgesys).	1	2	3	4	5	6	7	9
Negatyvūs simptomai (pvz., blankus afektas, valios sutrikimai arba anhedonija).	1	2	3	4	5	6	7	9
Depresiniai simptomai (pvz., liūdesys, prislėgta nuotaika ar beviltiškumas).	1	2	3	4	5	6	7	9
Kognityviniai simptomai (pvz., sutrikęs dėmesys, koncentracija ar atmintis).	1	2	3	4	5	6	7	9
Bendras sunkumas	1	2	3	4	5	6	7	9

Ačiū Jums už skirtą laiką!

BENDRO VEIKLOS VERTINIMO SKALĖ*(angl. GAF Scale — Global Assessment of Functioning Scale)*

Atsižvelgiant į paciento psichikos būklę, įvertinama jo psichologinė, socialinė ir darbinė veikla. Dėl fizinių (aplinkos) apribojimų sutrikusi veikla nevertinama.

Galima naudoti tarpinius įvertinimus (pvz., 45, 68, 72 balai). Vertinamas laikotarpis – 1 mėnuo.

Balai	Funkcionavimo sutrikimo vertinimas
91–100	Asmuo gyvena visavertį gyvenimą. Sugeba pats spręsti savo problemas, dėl daugelio asmeninių savybių aplinkiniai sutrikusios veiklos nepastebi. Nėra jokių simptomų.
81–90	Sutrikimo nėra arba simptomai menki (nedidelis nerimas prieš egzaminą), gera veikla visose srityse, asmuo domisi įvairiais dalykais, visuomenine veikla, jaučia pasitenkinimą gyvenimu, didesnių problemų už kasdienes problemas nėra (atsitiktiniai ginčai su šeimos nariais).
71–80	Simptomai pasireiškia kaip adekvati reakcija į psichosocialinius stresorius (sunku susikoncentruoti po konflikto šeimoje), nedidelis socialinės, darbinės veiklos ar mokymosi sutrikimas (laikinas atsilikimas moksle).
61–70	Būdingi kai kurie neryškūs simptomai (prislėgta nuotaika arba nesunki nemiga (insomnija) ar nedideli sunkumai socialinėje, darbinėje veikloje, moksle (atsitiktinis, savavališkas užsiėmimų praleidimas, vagystės iš namų), tačiau apskritai veikla ir tarpasmeniniai santykiai geri.
51–60	Pasireiškia vidutinio sunkumo simptomai (blankus afektas ir smulkmeniška kalba, atsitiktiniai panikos priepuoliai) arba vidutinio sunkumo socialinės, darbinės bei mokslo veiklos sutrikimas (nedaug draugų, konfliktai su bendradarbiais).
41–50	Ryškūs simptomai (suicidinės mintys, sunkūs įkyrumų ritualai, dažnos vagystės) arba ryškus socialinės, darbinės veiklos sutrikimas, sutrikęs mokymasis (pvz., neturi draugų, nesugeba dirbti).
31–40	Sutrikęs realybės suvokimas ar sumažėjęs gebėjimas bendrauti (kalba retkarčiais alogiška, nesuprantama, nerišli) arba ryškus darbo, mokslo veiklos sutrikimas, sunku bendrauti šeimoje; sutrikęs gebėjimas spręsti, galvoti, sutrikusi nuotaika (pvz., depresiškas žmogus vengia draugų, šeimos, nepajėgia dirbti; vaikas dažnai muša jaunesnius, yra neklusnus, blogai mokosi).
21–30	Elgesiui didelę įtaką turi kliesdėsiai bei haliucinacijos arba sutrikęs gebėjimas bendrauti, sutrikęs mąstymas (pvz., inkoherentiškas mąstymas, aiškiai neadekvatus elgesys, suicidiniai ketinimai) arba prarastas gebėjimas atlikti bet kokią veiklą (visą dieną praleidžia lovoje, neturi darbo, namų, draugų).
11–20	Yra pavojus sužeisti kitus ar pačiam susižeisti (suicidiniai bandymai be aiškios nuostatos mirti, dažnas įniršis, maniakinis sujaudinimas), retkarčiais nesugeba laikytis minimalių higienos reikalavimų (tepliojasi išmatomis) arba yra itin sutrikęs gebėjimas bendrauti (inkoherencija ar mutizmas).
1–10	Yra nuolatinis pavojus sunkiai sužeisti arba pačiam susižeisti (pasikartojantis smurtinis elgesys) arba nuolatinis nesugebėjimas laikytis minimalių higienos reikalavimų. Rimti suicidiniai veiksmai turint tikslą numirti.

BALAS

PSOGK-100¹

1995 vasaris

Instrukcija

Šiame klausimyne teiraujamasi apie jūsų gyvenimo kokybę, sveikatą ir kitas jūsų gyvenimo sritis. Prašome atsakyti į visus klausimus. Jeigu dėl kurio nors atsakymo abejojate, pasirinkite tą, kuris atrodo teisingiausias. Toks dažniausiai ir būna pirmas, jums į galvą atėjęs atsakymas.

Atsakydami į klausimus pergalkvokite savo gyvenimo būdą, lūkesčius, džiaugsmus ir rūpesčius. Prašytume įvertinti, kaip jūs jautėtės **pastarąsias dvi gyvenimo savaites**.

Pavyzdžiui, klausama apie pastarąsias 2 savaites:

Ar daug rūpesčių jums kelia sveikata?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

Iš nurodytų atsakymų pasirinkite tinkamiausią pagal tai, kiek rūpesčio jums kėlė jūsų sveikata per pastarąsias 2 savaites. Taigi, jeigu sveikata teko rūpintis “Labai”, apibraukite 4, o jeigu “Visiškai ne” apibraukite 1.

Dėkojame už bendradarbiavimą

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version.

1 Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės –100 klausimynas (WHOQOL-100) lietuviškas variantas 2000 metai: parengtas, pagal PSO vertimo ir adaptavimo reikalavimus. Parengė: N. Goštautaitė Midtun (Vilniaus Universiteto Psichiatrijos Klinika), A. Goštautas (Kauno VDU Psichologijos katedra). Konsultavo: P. Kaufman, J. Kastis, J. Mažulytė, L. Dobeliene.

Prašome nurodyti, **kiek** paminėtų dalykų patyrėte per pastarąsias 2 savaites, pavyzdžiui, teigiamų išgyvenimų, kaip antai laimė, pasitenkinimas. Jeigu jutote ypatingai daug apibraukite atsakymo "Ypatingai" skaičių. Jeigu nurodytų išgyvenimų visai nebuvo, apibraukite atsakymo "Visiškai ne" skaičių. Jeigu labiausiai tinka tarpiniai atsakymai, pasirinkite vieną iš jų. Klausama apie **pastarąsias 2 savaites**.

F1.2 (F1.2.1) Ar jus vargino skausmas arba kitokie nemalonūs pojūčiai?

Nei kiek 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai 5
---------------	----------------	-------------------	------------	----------------

F1.3 (F1.2.3) Ar jums labai sunku iškęsti bet kokį skausmą ar nemalonius pojūčius?

Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai 5
------------------	----------------	-------------------	------------	----------------

F1.4 (F1.2.5) Ar labai skausmas kūne trukdo jums atlikti tai, ką manote esant reikalinga?

Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai 5
------------------	----------------	-------------------	------------	----------------

F2.2(F2.1.3) Ar greitai pavargstate?

Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai 5
------------------	----------------	-------------------	------------	----------------

F2.4 (F2.2.4) Ar jums labai trukdo nuovargis?

Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai 5
------------------	----------------	-------------------	------------	----------------

F3.2 (F4.1.3) Ar turite kokių nors miego problemų ?

Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai daug 4	Ypač daug 5
------------------	----------------	-------------------	-----------------	----------------

F3.4(F4.2.3) Ar jus labai vargina miego sutrikimai?

Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai 5
------------------	----------------	-------------------	------------	----------------

F4.1 (F6.1.2) Ar džiaugiatės gyvenimu?

Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai 5
------------------	----------------	-------------------	------------	----------------

F4.3 (F6.1.4) Ar jūs optimistiškai ir palankiai žiūrite į ateitį?

Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai 5
------------------	----------------	-------------------	------------	----------------

1 Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės –100 klausimynas (WHOQOL-100) lietuviškas variantas 2000 metai, parengtas, pagal PSO vertimo ir adaptavimo reikalavimus. Parengė: N. Goštautaitė Midtun (Vilniaus Universiteto Psichiatrijos Klinika), A. Goštautas (Kauno VDU Psichologijos katedra). Konsultavo: P. Kaufman, J. Kastis, J. Mažulytė, L. Dobelienė.

F4.4 (F6.1.6) Ar daug jums tenka patirti teigiamų išgyvenimų?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai daug	Ypač daug
1	2	3	4	5

F5.3(F7.1.6) Ar jūs pajėgiate susikaupti?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai gerai	Ypač gerai
1	2	3	4	5

F6.1(F8.1.1) Kaip jūs vertinate save?

Visiškai nevertinu	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai gerai	Ypatingai gerai
1	2	3	4	5

F6.2(F8.1.3) Ar pasitikite savimi?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F7.2(F9.1.3) Ar drovitės savo išvaizdos?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F7.3(F9.1.4) Ar kokie nors jūsų išvaizdos ypatumai kelia jums nepatogumą?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F8.2(F10.1.3) Ar esate labai susirūpinęs?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F8.3(F10.2.2) Ar labai jūsų kasdieniniam gyvenimui trukdo liūdesys ir depresija?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F8.4(F10.2.3) Ar labai jus vargina depresija?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F10.2(F12.1.3) Ar jums sunku atlikti įprastus kasdieninius darbus?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

1 Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės –100 klausimynas (WHOQOL-100) lietuviškas variantas 2000 metai, parengtas, pagal PSO vertimo ir adaptavimo reikalavimus. Parengė: N. Goštautaitė Midttun (Vilniaus Universiteto Psichiatrijos Klinika), A. Goštautas (Kauno VDU Psichologijos katedra). Konsultavo: P. Kaufman, J. Kastis, J. Mažulytė, L. Dobilienė.

F10.4(F12.2.4) Ar labai pergyvenate, kad ne visus kasdieninius darbus pajėgiate atlikti?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F11.2(F13.1.3) Ar įprastam gyvenimui užtikrinti jums reikia daug vaistų?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai daug	Ypač daug
1	2	3	4	5

F11.3(F13.1.4) Ar jums reikia daug medicinos pagalbos, kad galėtumėte gyventi įprastą gyvenimą?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai daug	Ypač daug
1	2	3	4	5

F11.4(F13.2.2) Ar jūsų gyvenimo kokybė labai priklauso nuo vaistų bei medicinos pagalbos?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai daug	Ypač daug
1	2	3	4	5

F13.1(F17.1.3) Ar gyvenime jūs jaučiatės labai vieniša (s)?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F15.2(F3.2.1) Ar patenkinami jūsų seksualiniai poreikiai?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai gerai	Ypač gerai
1	2	3	4	5

F15.4(F3.2.3) Ar jus vargina kokie nors seksualinio gyvenimo nesklaidumai?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F16.1(F20.1.2) Ar kasdieniniame gyvenime jaučiatės saugus (i)?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F16.2(F20.1.3) Ar jūsų gyvenamoji aplinka yra saugi?

Visiškai ne	Iš dalies	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F16.3(F20.2.2) Ar jums daug rūpesčių kelia jūsų saugumas?

Nei kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai daug	Ypatingai daug
1	2	3	4	5

1 Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės –100 klausimynas (WHOQOL-100) lietuviškas variantas 2000 metai
parengtas, pagal PSO vertimo ir adaptavimo reikalavimus. Parengė: N. Goštautaitė Midttun (Vilniaus Universiteto Psichiatrijos
Klinika), A. Goštautas (Kauno VDU Psichologijos katedra). Konsultavo: P. Kaufman, J. Kastis, J. Mažulytė, L. Dobelienė.

***F17.1 (F21.1.1) Ar patogi jūsų gyvenamoji vieta?**

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F17.4(F21.2.4) Ar jums patinka jūsų gyvenamoji vieta?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F18.2(F23.1.5) Ar turite finansinių sunkumų?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai daug	Ypač daug
1	2	3	4	5

F18.4(F23.2.4) Ar jums kelia rūpesčių pinigai?

Nei kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai daug	Ypač daug
1	2	3	4	5

F19.1(F24.1.1) Ar jums lengvai prieinama gera medicinos pagalba?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F21.3(F26.2.2) Ar laisvalaikis teikia jums malonumą?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

***F22.1(F27.1.2) Ar jūsų fizinė aplinka yra palanki jūsų sveikatai ?**

Visiškai ne	Truputį	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F22.2(F27.2.4) Ar jūsų gyvenamojoje vietoje triukšmas kelia jums rūpesčių ?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač daug
1	2	3	4	5

F23.2(F28.1.4) Ar turite transporto sunkumų?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai daug	Ypač daug
1	2	3	4	5

F23.4(F28.2.3) Ar transporto problemos labai varžo jūsų gyvenimą?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

Toliau klausama apie jūsų kasdieninius pojūčius ir veiksmus, kaip antai: prausimasis, rengimasis, valgymas. Jeigu jums pavyko **visiškai (iki galo)** šiuos veiksmus atlikti apibraukite skaičių ties atsakymu „Visiškai“. Jeigu visiškai negalėjote atlikti, tada apibraukite “Visiškai ne”. Jeigu priimtinausias tarpinis atsakymas, apibraukite vieną iš tinkamiausių atsakymų. Klausama apie pastąsias dvi savaites.

F2.1(F2.1.1) Ar jums pakanka energijos kasdieniniam gyvenimui?

Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai 5
------------------	----------------	-------------------	---------------------	---------------

F7.1(F9.1.2) Ar jus patenkina jūsų išvaizda?

Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai 5
------------------	----------------	-------------------	---------------------	---------------

F10.1 (F12.1.1) Ar sugebate atlikti kasdieninius darbus ?

Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai 5
------------------	----------------	-------------------	---------------------	---------------

F11.1 (F13.1.1) Ar esate labai priklausoma (s) nuo vaistų?

Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai 5
------------------	----------------	-------------------	---------------------	---------------

F14.1(F18.1.2) Ar gaunate reikiamą palaikymą iš kitų žmonių?

Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai 5
------------------	----------------	-------------------	---------------------	---------------

F14.2(F18.1.5) Ar esant reikalui galite pasikliauti savo draugais?

Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai 5
------------------	----------------	-------------------	---------------------	---------------

F17.2(F21.1.2) Ar jūsų būstas atitinka jūsų poreikius?

Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai 5
------------------	----------------	-------------------	---------------------	---------------

F18(F23.1.1) Ar jums pakanka pinigų jūsų poreikiams patenkinti?

Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai 5
------------------	----------------	-------------------	---------------------	---------------

1 Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės –100 klausimynas (WHOQOL-100) lietuviškas variantas 2000 metai¹ parengtas, pagal PSO vertimo ir adaptavimo reikalavimus. Parengė: N. Goštautaitė Midtun (Vilniaus Universiteto Psichiatrijos Klinika), A. Goštautas (Kauno VDU Psichologijos katedra). Konsultavo: P. Kaufman, J. Kastis, J. Mažulytė, L. Dobilienė.

F20.1(F25.1.1) Ar jums prieinama informacija, reikalinga kasdieniniame gyvenime ?

Visiškai ne	Iš dalies	Vidutiniškai	Apskritai taip	Visiškai
1	2	3	4	5

F20(F25.1.2) Ar turite galimybę gauti jums reikalingą informaciją?

Visiškai ne	Iš dalies	Vidutiniškai	Apskritai taip	Visiškai
1	2	3	4	5

F21.1(F26.1.2) Ar turite laisvalaikio, kurį galite praleisti kaip tinkami?

Visiškai ne	Iš dalies	Vidutiniškai	Apskritai taip	Visiškai
1	2	3	4	5

F21.2(F26.1.3) Ar galite atsipalaiduoti ir pasilinksinti?

Visiškai ne	Iš dalies	Vidutiniškai	Apskritai taip	Visiškai
1	2	3	4	5

F23.1(F28.1.2) Ar prieinamos jums reikalingos transporto priemonės ?

Visiškai ne	Iš dalies	Vidutiniškai	Apskritai taip	Visiškai
1	2	3	4	5

Toliau klausama apie tai, ar jautėtės **patenkintas, laimingas** įvairiais požiūriais pastarąsias 2 savaites. Pavyzdžiui, ar buvote patenkintas savo šeimyniniu gyvenimu arba turima energija. Nuspręskite, ar buvote patenkintas, ar nepatenkintas nurodytais jūsų gyvenimo aspektais ir apibraukite tinkamiausią atsakymą. Klausama apie **pastarąsias 2 savaites**.

G2(G2.1) Ar esate patenkinta (s) savo gyvenimo kokybe?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

G3(G2.2) Ar apskritai esate patenkinta (s) savo gyvenimu?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

G4(G2.3) Ar esate patenkinta (s) savo sveikata?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

1 Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės –100 klausimynas (WHOQOL-100) lietuviškas variantas 2000 metai parengtas, pagal PSO vertimo ir adaptavimo reikalavimus. Parengė: N. Goštautaitė Midttun (Vilniaus Universiteto Psichiatrijos Klinika), A. Goštautas (Kauno VDU Psichologijos katedra). Konsultavo: P. Kaufman, J. Kastis, J. Mažulytė, L. Dobelienė.

F2.3(F2.2.1) Ar esate patenkinta (s) savo energija?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F3.3(F4.2.2) Ar esate patenkinta (s) savo miegu?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F5.2(F7.2.1) Ar esate patenkinta (s) savo sugebėjimu įsisavinti naują informaciją?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F5.4(F7.2.3) Ar esate patenkinta (s) savo sugebėjimu ką nors nuspręsti?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F6.3(F8.2.1) Ar esate patenkinta (s) savimi?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F6.4(F8.2.2) Ar esate patenkinta (s) savo sugebėjimais?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F7.4(F9.2.3) Ar esate patenkinta (s) savo kūno išvaizda?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F10.3(F12.2.3) Ar esate patenkinta (s) savo sugebėjimu atlikti kasdieninius darbus?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

1 Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės –100 klausimynas (WHOQOL-100) lietuviškas variantas 2000 metai parengtas, pagal PSO vertimo ir adaptavimo reikalavimus. Parengė: N. Goštautaitė Midttun (Vilniaus Universiteto Psichiatrijos Klinika), A. Goštautas (Kauno VDU Psichologijos katedra). Konsultavo: P. Kaufman, J. Kastis, J. Mažulytė, L. Dobilienė.

F13.3(F17.2.3) Ar esate patenkinta (s) savo santykiais su kitais žmonėmis?

Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas 5
--------------------------	--------------------	--	------------------	------------------------

F15.3(F3.2.1) Ar esate patenkinta (s) savo seksualiniu gyvenimu?

Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas 5
--------------------------	--------------------	--	------------------	------------------------

F14.3(F18.2.2) Ar esate patenkinta (s) šeimoje gaunamu palaikymu?

Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas 5
--------------------------	--------------------	--	------------------	------------------------

F14.4(F18.2.5) Ar esate patenkinta (s) savo draugų palaikymu?

Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas 5
--------------------------	--------------------	--	------------------	------------------------

F13.4(F19.2.1) Ar esate patenkinta (s) savo sugebėjimu aprūpinti arba paremti kitus?

Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas 5
--------------------------	--------------------	--	------------------	------------------------

F16.4(F20.2.3) Ar esate patenkinta (s) savo fiziniu saugumu?

Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas 5
--------------------------	--------------------	--	------------------	------------------------

F17.3(F21.2.2) Ar esate patenkinta (s) savo gyvenimo sąlygomis?

Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas 5
--------------------------	--------------------	--	------------------	------------------------

F18.3(F23.2.3) Ar esate patenkinta (s) savo finansine padėtimi?

Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas 5
--------------------------	--------------------	--	------------------	------------------------

F19.3(F24.2.1) Ar esate patenkinta (s) sveikatos paslaugų prieinamumu?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F19.4(F24.2.5) Ar esate patenkinta (s) socialinių tarnybų paslaugomis?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F20.3(F25.2.1) Ar esate patenkinta (s) savo galimybėmis įgyti naujų įgūdžių?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F20.4(F25.2.2) Ar esate patenkinta (s) galimybėmis sužinoti naujos informacijos?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F21.4(F26.2.3) Ar esate patenkinta (s) savo laisvalaikiu?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F22.3(F27.2.1) Ar esate patenkinta (s) fizine jūsų gyvenamosios vietos aplinka (pvz., užterštumu, klimatu, triukšmu, vietos patrauklumu)?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F33.4(F27.2.3) Ar esate patenkinta (s) savo gyvenamos vietos klimatu?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F23.3(F28.2.2) Ar jūs patenkinta (s) savo transporto priemonėmis ?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F13.2(F17.2.1) Ar jūs patenkinta (s) santykiais su savo šeimos nariais ?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

G1(G1.1) Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę?

Labai bloga	Bloga	Nei bloga nei gera	Gera	Labai gera
1	2	3	4	5

F15.1(F3.1.1) Kaip vertinate savo seksualinį gyvenimą?

Labai blogas	Blogas	Nei blogas nei geras	Geras	Labai geras
1	2	3	4	5

F3.1(F4.1.1) Ar gerai miegate?

Labai blogai	Blogai	Nei blogai nei gerai	Gerai	Labai gerai
1	2	3	4	5

F5.1(F7.1.3) Kaip vertinate savo atmintį?

Labai bloga	Bloga	Nei bloga nei gera	Gera	Labai gera
1	2	3	4	5

F19.2(F24.1.5) Kaip vertinate jums teikiamų socialinių paslaugų kokybę?

Labai bloga	Bloga	Nei bloga nei gera	Gera	Labai gera
1	2	3	4	5

Toliau klausiama apie jūsų patyrimą ir kaip **dažnai** tai buvo. Pavyzdžiui, kaip dažnai jautėte artimųjų ar draugų paramą arba neigiamus jausmus, kaip antai nesaugumą. Jeigu nieko nurodyto nejutote per pastarąsias 2 savaites apibraukite skaičių prie atsakymo “Niekada”, jeigu patyrėte, nurodykite kaip dažnai tai atsitikdavo apibraudami atitinkamą skaičių. Pavyzdžiui, jeigu jūs ištiesas pastarąsias 2 savaites jautėte skausmą, apibraukite skaičių prie atsakymo “Visą laiką”. Klausinama apie **pastarąsias 2 savaites**.

F1.1(F1.1.1) Ar dažnai kenčiate fizinį skausmą?

Niekada	Retai	Gan dažnai	Labai dažnai	Visą laiką
1	2	3	4	5

F4.2(F6.1.3) Ar apskritai dažniausiai jaučiatės patenkinta (s)?

Niekada	Retai	Gan dažnai	Labai dažnai	Visą laiką
1	2	3	4	5

F8.1(F10.1.2) Ar dažnai jus užvaldo neigiami jausmai: prasta nuotaika, neviltis, nerimas, depresija?

Niekada	Retai	Gan dažnai	Labai dažnai	Visą laiką
1	2	3	4	5

Toliau klausiama apie jūsų **“darbą”**. Darbu vadinamas jūsų pagrindinis užsiėmimas, kaip antai: savanoriškas darbas, studijos, namų ruoša, vaikų priežiūra, kitoks apmokamas arba neapmokamas darbas. Čia teirujamasi apie pagrindinį užsiėmimą, kuriam jus skiriate daugiausia savo laiko ir energijos. **Klausiama apie pastarąsias 2 savaites.**

F12.1(F16.1.1) Ar įstengiate dirbti?

Visiškai ne	Iš dalies	Vidutiniškai	Apskritai taip	Visiškai
1	2	3	4	5

F12.2(F16.1.2) Ar pajėgiate atlikti savo pareigas?

Visiškai ne	Iš dalies	Vidutiniškai	Apskritai taip	Visiškai
1	2	3	4	5

F12.4(F16.2.1) Ar esate patenkintas savo darbingumu?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

F12.3(F16.1.3) Kaip vertinate savo darbingumą?

Labai blogai	Blogai	Nei blogai nei gerai	Gerai	Labai gerai
1	2	3	4	5

Toliau teirujamasi apie jūsų sugebėjimą judėti per **pastarąsias 2 savaites**. Atsakymai parodo jūsų fizinį sugebėjimą judėti ir atlikti tai, ką jūs norite ar jums reikia padaryti.

F9.1(F11.1.1) Ar galite laisvai judėti?

Labai blogai	Blogai	Nei blogai nei gerai	Gerai	Labai gerai
1	2	3	4	5

F9.3 (F11.2.2) Ar jus labai vargina judėjimo sunkumai?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F9.4(F11.2.3) Ar negalėjimas laisvai judėti labai įtakoja jūsų gyvenimo būdą?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F9.2(F11.2.1) Ar esate patenkinta (s) savo gebėjimu judėti?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
1	2	3	4	5

Toliau klausama apie jūsų asmeninius įsitikinimus ir kokią įtaką jie daro jūsų gyvenimo kokybei. Teiraujamasi apie religinius, dvasinius ir kitokius įsitikinimus. Klausama apie **pastarąsias 2 savaites**.

F24.1(F29.1.1) Ar jūsų asmeniniai įsitikinimai suteikia jūsų gyvenimui prasmę?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai daug	Ypač daug
1	2	3	4	5

F24.2(F29.1.3) Ar jūsų gyvenimas prasmingas?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

F24.3(F29.2.2) Ar asmeniniai įsitikinimai suteikia tvirtybės susidūrus su sunkumais?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai daug	Ypač daug
1	2	3	4	5

F24.4(F29.2.3) Ar jūsų asmeniniai įsitikinimai padeda jums suprasti gyvenimo sunkumus?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai
1	2	3	4	5

Apie Jus Lytis: Vyras
Moteris

Gimimo data -----/-----/-----
DIENA/MĖNUO/METAİ

Išsilavinimas:

- Pradinis
 Vidurinis
 Aukštesnysis
 Universitetinis (aukštasis)
 Pouniversitetinis (ordinatūra, doktorantūra)

Šeimyninė padėtis:

- Vienišas (viengungis)
 Vedęs/ištekėjusi
 Gyvename kaip sutuoktiniai (susidėję)
 Neformaliai išsiskyre
 Išsiskyres/usi
 Našlys/ė

Kokia jūsų sveikata? (G1.2)**

Labai bloga	Bloga	Nei bloga nei gera	Gera	Labai gera
1	2	3	4	5

Kokias sveikatos problemas, negalavimus, sutrikimus turite šiuo metu (pažymėkite atitinkamą)

- Širdies ligos
 Aukštas kraujo spaudimas
 Artritas arba reumatas
 Vėžys
 Emfizema arba lėtinis bronchitas
 Diabetas
 Katarakta
 Insultas
 Lūžę arba skilę kaulai
 Lėtinės nervinio arba emocinio pobūdžio problemos
 Lėtiniai pėdų susirgimai: pėdos nykščio išaugos, skauduliai, nuospaudos, įaugę nagai
 Rektaliniai augliai arba kraujavimas
 Parkinsono liga
 Kitos (prašome nurodyti)

Ar šiuo metu sergate?

Jeigu taip, kokia nustatyta liga, diagnozė?-----

Jūsų mintys ir pastabos apie šią anketą.

.....

