

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Baigiamasis darbas

**Ūmios psichiatrijos skyriuje gydomų pacientų socioekonominės būklės įvertinimas
Evaluation of Socioeconomic Status of Patients Treated in the Department for Acute
Disorders**

Gabrielė Petrauskaitė VI kursas, 11 gr.

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos klinika

Darbo vadovas

Lekt. Laurynas Bukelskis

Katedros arba Klinikos vadovas

Prof. med. dr. Sigita Lesinskienė

2024-05-10

Studento elektroninio pašto adresas: gabriele.petrauskaite@mf.stud.vu.lt

Turinys	
SANTRAUKA	3
RAKTAŽODŽIAI	3
SUMMARY	3
KEYWORDS	4
TRUMPINIAI	4
ĮVADAS	5
TIKSLAS	6
UŽDAVINIAI	6
1. LITERATŪROS APŽVALGA	6
1.1. Literatūros apžvalgos atrankos kriterijai	6
1.2. Socioekonominis statusas ir jo komponentai	6
1.3. Šizofrenija ir socioekonominis statusas	8
1.4. Gyvenimo kokybės vertinimas remiantis WHOQOL-BREF klausimynu	10
2. TYRIMO METODIKA	10
3. REZULTATAI	11
3.1. Bendrosios charakteristikos	11
3.2. Lyties ir amžiaus sąsajos su gyvenimo kokybe	16
3.3. Ligos pradžios amžiaus ir buvusių hospitalizacijų skaičiaus sąsaja su gyvenimo kokybe	17
3.4. Išsilavinimo ir gyvenimo kokybės sąsaja	18
3.5. Užimtumo ir gyvenimo kokybės sąsaja	19
3.6. Mėnesinių pajamų ir rūkymo, ligos pradžios amžiaus, gyvenimo kokybės ryšys	20
3.7. Darbingumo lygis	20
3.8. Rūkymas, vaisių ir daržovių vartojimas	21
REZULTATŲ APTARIMAS	21
IŠVADOS	24
ŠALTINIAI	25
PRIEDAI	33

SANTRAUKA

Socioekonominis statusas yra vienas iš svarbių sveikatos prognozės rodiklių, jo aktualumas psichiatrijoje tyrinėjamas jau ilgą laiką. Yra žinoma, kad socioekonominiai veiksniai yra svarbūs psichikos sveikatos sutrikimų paplitimui, gyvenimo kokybei ir gydymo rezultatams. Šiame darbe siekiama įvertinti Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro Ūmios psichiatrijos skyriuje gydomų pacientų, kuriems yra diagnozuota šizofrenija, socioekonominę būklę, gyvenimo kokybę ir jų sąsają. Socioekonominis statusas susideda iš trijų pagrindinių komponentų – išsilavinimo, užimtumo ir pajamų. Literatūros duomenimis, šizofrenija sergantys asmenys dažniau yra bedarbiai, rečiau siekia aukštojo išsilavinimo ir turi mažesnes pajamas. Taip pat nustatyta, kad žemesnis socioekonominis statusas yra vienas iš šizofrenijos rizikos veiksnių. Literatūroje stebima, kad šizofrenija turi įtakos gyvenimo kokybei – pacientai gyvenimo kokybę vertina prasčiau, negu sveiki kontroliniai asmenys. Šiame darbe, naudojant anoniminę apklausą, buvo vertinama šizofrenija sergančių asmenų socioekonominė būklė ir gyvenimo kokybė, pagal PSO nustatytą gyvenimo kokybės sutrumpintą klausimyną (WHOQOL-BREF). Rezultatuose stebima, kad 53,33 % pacientų yra įgiję vidurinį išsilavinimą, tik 26,67 % – aukštąjį ar aukštesnįjį išsilavinimą. 53,33 % yra bedarbiai, o didžioji dauguma per mėnesį gauna 201-600 Eur pajamų. Įvertinus WHOQOL-BREF klausimyno rezultatus gauta, kad fizinės sveikatos balo vidurkis buvo $59,05 \pm 20,27$, psichinės sveikatos – $53,19 \pm 25,68$, socialinių ryšių – $50,14 \pm 24,48$, o aplinkos – $58,38 \pm 18,47$. Nustatyta, kad žemesniems WHOQOL-BREF balams įtakos turi jaunesnis amžius, jaunesniame amžiuje diagnozuota liga, žemesnis išsilavinimas, bedarbystė ir mažesnės pajamos ($p < 0,05$). Palyginus Lietuvos statistikos duomenis ir mūsų gautus rezultatus nustatyta, kad Ūmios psichiatrijos skyriuje gydomi pacientai, kuriems diagnozuota šizofrenija, dažniau yra bedarbiai, gauna ženkliai mažesnes pajamas ir mažesnė dalis jų yra įgiję aukštąjį išsilavinimą. Apklausti pacientai savo gyvenimo kokybę linkę vertinti prastai, tokios pat tendencijos stebimos ir užsienio literatūroje.

RAKTAŽODŽIAI

Šizofrenija; socioekonominis statusas; gyvenimo kokybė; ūmios psichiatrijos skyrius.

SUMMARY

Socioeconomic status is one of the predictors of health and its relevance in psychiatry has been studied for a long time. Socioeconomic factors are known to be important for the prevalence

of mental health disorders, quality of life and treatment outcomes. The aim of this paper is to assess the socioeconomic status, quality of life and their association of patients with schizophrenia treated at the Department for Acute Disorders of the Vilnius City Mental Health Centre. Socioeconomic status consists of three main components: education, employment, and income. According to the literature, people with schizophrenia are more likely to be unemployed, less likely to have completed higher education and have lower incomes. Lower socio-economic status has also been identified as a risk factor for schizophrenia. The literature shows that schizophrenia has an impact on quality of life, with patients rating their quality of life lower than healthy controls. In this study, the socioeconomic status and quality of life of people with schizophrenia were assessed using an anonymous questionnaire, consisting of WHO Quality of Life Questionnaire Short Form (WHOQOL-BREF). The results show that 53.33% of the patients had completed secondary education, while only 26.67% had completed higher education. 53.33% are unemployed and the vast majority have a monthly income of 201-600 EUR. The WHOQOL-BREF questionnaire showed a mean score of 59.05 ± 20.27 for physical health, 53.19 ± 25.68 for mental health, 50.14 ± 24.48 for social relationships and 58.38 ± 18.47 for environment. Younger age, being diagnosed with a disease at a younger age, lower education, unemployment, and lower income were found to be associated with lower WHOQOL-BREF scores ($p < 0.05$). Comparison of Lithuanian statistics and our results shows that patients with schizophrenia treated in the Department for Acute Disorders are more likely to be unemployed, have significantly lower incomes, and a lower proportion of them have completed higher education. Patients surveyed tend to rate their quality of life as poor, a trend also observed in the international literature.

KEYWORDS

Schizophrenia; socioeconomic status; quality of life; Department for Acute Disorders.

TRUMPINIAI

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

WHOQOL-BREF – PSO nustatyta gyvenimo kokybė – sutrumpinta versija

DALY – Negalios pakoreguoti gyvenimo metai

YLD – Metai, nugyventi su negalia

YLL – Metai, prarasti dėl priešlaikinio mirtingumo

IVADAS

Socioekonominis statusas yra daugialypis terminas, apimantis tiek objektyvias savybes, tiek subjektyvų paties žmogaus vertinimą apie jo vietą socialiniame ir ekonominiame kontekste. Įprastai šis terminas apima tris pagrindines sritis: išsilavinimą, darbo statusą ir pajamas (1). Socioekonominis statusas yra svarbus sveikatos prognozės veiksnys. Tyrimais įrodyta, kad buvimas nepalankioje socioekonominėje padėtyje didina riziką sirgti įvairiomis ligomis, pvz.: kardiovaskulinėmis, II tipo cukriniu diabetu ir kt., taip pat skatina neįgalumą ir globalią ligų naštą (1–3). Aukštesnio socioekonominio statuso asmenys savo sveikatos saugojimui įprastai turi ir gali panaudoti daugiau išteklių, tokių kaip žinios, lėšos ir prestižas (4). Psichiatrijoje etiologinis socialinių veiksnių vaidmuo psichikos sutrikimams nagrinėjamas jau ilgą laiką. Tyrimai patvirtina ryšį tarp psichikos sutrikimų ir mažesnių pajamų, nepalankios socialinės ir ekonominės padėties bei benamystės (5). Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis 2019 m. kas aštuntas žmogus sirgo psichikos ir elgesio sutrikimais, dažniausi iš jų buvo depresiniai ir nerimo sutrikimai. Šiais duomenimis 2019 m. šizofrenija sirgo maždaug 24 milijonai žmonių arba 1 iš 300 žmonių visame pasaulyje (6). Lietuvoje Higienos instituto duomenimis 2022 m. metais 340 562 asmenims, tai yra vienam iš aštuonių Lietuvos gyventojų, buvo diagnozuotas bent vienas psichikos ir elgesio sutrikimas. Ligtumas šizofrenijos, šizotipinio ir kliesdinių sutrikimų grupės sutrikimais (F20-F29 pagal TLK) 2022 m. siekė 7,9 tūkstančiui Lietuvos gyventojų (7). Šizofrenija yra kompleksinis psichikos sveikatos sutrikimas, kuriam būdingas teigiamų simptomų (haliucinacijos, kliesdėsiai), neigiamų simptomų (socialinė izoliacija, afektų blankumas, apatija), pažintinių funkcijų sutrikimo (dėmesio, atminties sutrikimai) ir motorikos sutrikimų (katatonija) derinys, dėl kurių stipriai pablogėja gyvenimo kokybė (8). Nepaisant to, jog šizofrenijos paplitimas nėra didelis, 2016 m. Vašingtono universiteto sveikatos rodiklių ir vertinimo instituto (angl. *Institute for Health Metrics and Evaluation*) globalinės ligų naštos tyrimo duomenimis šizofrenija užėmė 12-tą vietą tarp 310 ligų, sukeliančių didžiausią negalią (9). Sergant šizofrenija vidutiniškai prarandama 14,8 potencialių gyvenimo metų, o Jungtinėse Amerikos Valstijose šis skaičius yra dar didesnis ir siekia 28,5 metus (10,11). Be to, šizofrenija lemia didžiausią ekonominę naštą iš visų psichikos ir elgesio sutrikimų. Tyrimų duomenimis, bendros su šizofrenija susijusios tiesioginės išlaidos, tenkančios vienam asmeniui per metus, siekia 4394–31 798 JAV dolerių, o didžiausią dalį jų sudaro stacionarinio gydymo išlaidos (nuo 20 iki 99 %) (8). Yra tyrimų, nurodančių galimą socioekonominio statuso reikšmę sergamumui šizofrenija, pvz., socialinė nelygybė, t. y. žemesnė socialinė ir ekonominė padėtis gimimo metu, buvo susijusi su didesne psichozės išsivystymo rizika. Taip pat pirmojo psichozės epizodo metu pacientai dažniau gyveno vieni, buvo vieniši, bedarbiai, gyveno nuomojamame būste, perpildytose patalpose ir gavo mažesnes nei oficialiai nustatytas skurdo lygio pajamas, ši tendencija taip pat buvo stebima ir pacientams

penkerius metus iki pirmojo psichozės epizodo pasireiškimo (12). Tačiau Lietuvoje tyrimų šia tema yra nepakankamai, taigi, šiame darbe bus stengiamasi išsiaiškinti Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro Ūmios psichiatrijos skyriuje gydomų pacientų, sergančių šizofrenija, socioekonominę būklę ir jos įtaką gyvenimo kokybei.

TIKSLAS: įvertinti Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro Ūmios psichiatrijos skyriuje gydomų pacientų, kuriems yra diagnozuota šizofrenija, socioekonominę būklę ir gyvenimo kokybę.

UŽDAVINIAI

1. Įvertinti skyriuje gydomų pacientų, sergančių šizofrenija, socioekonominę būklę.
2. Nustatyti apklaustų pacientų gyvenimo kokybę pagal PSO nustatytą gyvenimo kokybės sutrumpintą klausimyną (WHOQOL-BREF) bei įvertinti socioekonominių veiksnių reikšmę jai.
3. Aprašyti skyriuje gydomų pacientų rūkymo, alkoholio, vaisių bei daržovių vartojimo ypatumus.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Literatūros apžvalgos atrankos kriterijai

Mokslinių straipsnių paieška atlikta *Pubmed* ir *Google Scholar* duomenų bazėse, naudojant raktažodžius (ir jų derinius) – socioekonominis statusas, pajamos, išsilavinimas, šizofrenija, psichikos sveikata, gyvenimo būdas, gyvenimo kokybė (angl. *socioeconomic status, income, education, schizophrenia, mental health, lifestyle, quality of life*). Atlikus tyrimų pavadinimo ir santraukos analizę, į literatūros apžvalgą buvo įtraukti visateksčiai moksliniai straipsniai, parašyti anglų kalba ir atitinkantys tematiką.

1.2. Socioekonominis statusas ir jo komponentai

Socioekonominis statusas yra terminas, turintis ne vieną apibrėžimą. Dažniausiai ši sąvoka naudojama apibūdinti individo arba individų grupės socialinę padėtį ir yra matuojama pagal išsilavinimą, darbo statusą ir pajamas (13). Kitų autorių duomenimis, tai yra plati sąvoka, kuri nurodo asmenų, šeimų, namų ūkių ar kt. žmonių grupių gebėjimą kurti ar vartoti mūsų visuomenėje vertinamus išteklius (14). Vienas iš išteklių yra sveikatos priežiūra ir apsauga (15). Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Europos šalyse atlikti tyrimai patvirtino, kad žmonių grupėse su aukštesniu

socioekonominiu statusu, sveikatos būklė yra akivaizdžiai geresnė nei žemesnio socioekonominio statuso grupėse. Šiems rezultatams paaiškinti mokslininkai pasiūlė dvi skirtingas perspektyvas: socialinio priežastingumo teoriją ir sveikatos atrankos teoriją. Pirmoji teigia, kad socioekonominio statuso skirtumai yra pagrindinė sveikatos netolygumų priežastis. Antroji, priešingai, nurodo, kad gerą sveikatą turintys žmonės yra linkę tobulėti, siekti karjeros, todėl pasiekia aukštesnį socioekonominį statusą (16).

Kaip ir minėta, viena iš socioekonominio statuso sudedamųjų dalių yra žmogaus pajamos, t. y. asmens ar šeimos gaunama pinigų suma per tam tikrą laiko tarpą (pvz., per mėnesį). Tyrimų duomenimis, yra įrodymų, siejančių pajamų nelygybę su neigiamomis pasekmėmis sveikatai, įskaitant didesnę mirtingumą, didesnę lėtinių ligų, tokių kaip širdies ir kraujagyslių ligos, II tipo cukrinis diabetas taip pat ir psichikos sveikatos sutrikimų, pvz., depresija ir šizofrenija, paplitimą (17–19). Viena iš priežasčių yra ta, jog pajamų nelygybė sukelia psichosocialinį stresą, t. y. ji susijusi su mažesne socialine sanglauda ir pasitikėjimu bendruomene, o tai rodo, kad nelygybė veikia kaip socialinis stresorius. Lėtinis stresas blogina atmintį ir didina depresijos riziką, silpnina imunitetą, didina arterinį kraujo spaudimą ir širdies bei kraujagyslių ligų riziką, veikia įvairias hormonų sistemas, o smegenų vaizdiniai tyrimai parodė, kad socialinė atskirtis suaktyvina tas pačias smegenų sritis kaip ir fizinis skausmas (17). Kita priežastis – mažesnes pajamas gaunantys žmonės turi mažiau galimybių sumokėti už kokybišką sveikatos priežiūrą, maistą, būstą ir poilsį (15).

Antroji socioekonominio statuso dedamoji dalis yra išsilavinimas, t. y. žinių įgijimas mokantis pagal oficialią mokymosi programą, kuris yra skirstomas į pakopas (pagrindinis, vidurinis, aukštesnysis ir aukštasis). Yra nustatyta, kad aukštesnį išsilavinimą turintys suaugusieji gyvena sveikesnį, ilgesnį gyvenimą ir turi geresnę psichikos sveikatą negu bendraamžiai su žemesniu išsilavinimu, kurių sergamumas lėtinėmis ligomis yra didesnis, vidutinė gyvenimo trukmė mažesnė, jie dažniau turi nustatytą neįgalumą ir prasčiau vertina savo sveikatą (20–22). Žemas išsilavinimas taip pat siejamas su didesne daugumos psichikos sutrikimų, psichoaktyvių medžiagų vartojimo ir savęs žalavimo rizika (23). Be to, žemesnį išsilavinimą turintys asmenys turi ribotą sveikatos raštingumą (24). Sveikatos raštingumo įgūdžiai yra laikomi svarbia priemone, padedančia išsaugoti ar pagerinti sveikatą. Žemi sveikatos raštingumo įgūdžiai gali būti kliūtis gauti informaciją apie sveikatos priežiūros paslaugas, tinkamą vaistų vartojimą, ligų prevenciją (25). Švietimas suteikia žmonėms galimybę išsiugdyti įgūdžius ir savybes, įskaitant kognityvinius ir problemų sprendimo gebėjimus, asmeninę kontrolę, o tai taip pat gali lemti geresnę sveikatos būklę (21).

Trečiasis socioekonominio statuso komponentas yra darbo statusas, kuris atspindi tiek žmogaus išsilavinimo lygį, tiek pajamas bei socialinę padėtį. Ryšys tarp sveikatos ir profesijos yra dvilypis, nes profesija gali būti tiek sveikatą stiprinančių veiksmų, tiek žalingo poveikio šaltinis (26). Literatūroje yra aptariamas ryšys tarp bedarbystės ir sveikatos. Visų pirma, tikimybė, kad sergantys

asmenys taps bedarbiais, yra didesnė (27). Netekdami darbo asmenys praranda ir pajamų šaltinį, o tai gali turėti įtakos jų sveikatai. Literatūroje taip pat nurodoma, kad pati bedarbystė gali turėti neigiamą įtaką sveikatai, bedarbiai prasčiau įvertina savo savijautą ir psichikos sveikatą, dažniau jaučia psichologinį stresą (28).

1.3. Šizofrenija ir socioekonominis statusas

Šizofrenija yra sudėtingas ir lėtinis psichikos sveikatos sutrikimas, kuris pagal TLK-10 priskiriamas šizofrenijos, šizotipinio ir kludiesinių sutrikimų grupei (8). Šizofrenijos paplitimas pasaulyje siekia maždaug 1 %, sergančių vyrų ir moterų santykis yra 1,4:1 (29). Nors šizofrenija yra mažai paplitęs sutrikimas, ligos našta yra didelė. Pagrindinis rodiklis, naudojamas vertinant šią naštą pagal *Global Burden of Disease Study*, yra negalios pakoreguoti gyvenimo metai (angl. *disability adjusted life year*, DALY). Vienas DALY atitinka vienerius dėl ligos prarastus sveiko gyvenimo metus. DALY apskaičiuojamas sumuojant gyvenimo metus, nugyventus su negalia (angl. *years lived with disability*, YLD), ir gyvenimo metus, prarastus dėl priešlaikinio mirtingumo (angl. *years of life lost from mortality*, YLL) nuo tam tikros ligos (30). 2016 m. duomenimis, pasaulyje šizofrenija sudaro 1,7 % visų metų, nugyventų su YLD (9). Apie 20 % šizofrenija sergančių pacientų bando nusižudyti, o per visą gyvenimą apie 10 % jų ir nusižudo, todėl galima teigti, kad šis sutrikimas kelia pavojų gyvybei (29,31). Visgi, dauguma šizofrenija sergančių asmenų miršta dėl natūralių priežasčių, o jų mirtingumo rodiklis yra du-tris kartus didesnis nei bendrosios populiacijos, kadangi šizofrenija sergantys pacientai yra labiau linkę sirgti tokiais ligomis kaip II tipo cukrinis diabetas, metabolinis sindromas, širdies ir kraujagyslių ligos (pvz.: lėtinis koronarinis sindromas, insultas ir kt.), kvėpavimo takų ligos ir vėžys (29,32). 2013 m. Šiaurės šalyse atliktas tyrimas nustatė, kad vyrų, kuriems yra diagnozuota šizofrenija, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra 12-20 metų trumpesnė, o moterų 11-17 metų trumpesnė, lyginant su bendra populiacija (33). Įrodyta, kad tokių pacientų gyvenimo kokybė taip pat yra prastesnė ne tik lyginant su bendra populiacija, bet ir su sergančiais kitomis psichikos ar fizinės sveikatos ligomis (34). Šizofrenija lemia ir didžiausią ekonominę naštą iš visų psichikos ir elgesio sutrikimų (8). Pasaulinė sveikatos organizacija apskaičiavo, kad tiesioginės išlaidos šizofrenijai Vakarų šalyse sudaro nuo 1,6 % iki 2,6 % visų sveikatos priežiūros išlaidų (35). Šizofrenijos ekonominę naštą galima suskirstyti į tiesiogines (medicines ir nemedicines), netiesiogines ir nematerialias išlaidas. Tiesioginės išlaidos apima stacionarinį ir ambulatorinį paciento gydymą, apsilankymus skubios pagalbos skyriuje, slaugą, reabilitaciją, diagnostinius tyrimus, receptinius vaistus, medicininius reikmenis ir kt. Tiesioginės nemedicininės išlaidos yra išlaidos ne sveikatos priežiūros ištekliams, pavyzdžiui, transportui, maistui ir apgyvendinimui, patirtos apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje metu, taip pat ir socialinės paslaugos.

Netiesioginės išlaidos apibrėžiamos kaip produktyvumo nuostoliai, susiję su sergamumu ir ankstyvu mirtingumu. Trečioji išlaidų kategorija vadinama nematerialiosiomis išlaidomis, kurias yra sunku apskaičiuoti. Jos susijusios su pacientų bei jų artimųjų gyvenimo kokybės pablogėjimu dėl tokių veiksnių kaip kančia ar skausmas (35). Tyrimų duomenimis, vidutinės metinės išlaidos vienam šizofrenija sergančiam pacientui Jungtinėje Karalystėje siekė 23 241 eurų, 30 % jų buvo tiesioginės išlaidos, Italijoje ši suma siekė 7506 eurų, o tiesioginės išlaidos sudarė 88 % (36).

Šizofrenija yra polietiologinė liga, vienas iš komponentų yra paveldimumas. Dvynių tyrimų duomenimis paveldimumas siekia net 81 % (37). Yra pripažinta, kad aplinkos veiksniai taip pat turi įtakos šizofrenijos etiologijai. Šiai kategorijai priskiriama gimimo vieta ir sezonas, motinos akušerinės komplikacijos, tėvų amžius, naujagimio vitamino D kiekis, prenatalinė infekcija, taip pat ir socioekonominis statusas, kuris gali būti ir šizofrenijos rizikos veiksnys, ir pasekmė. Tyrimai rodo, kad rizika sirgti šizofrenija didėjo esant nepalankioms tėvų socioekonominėms sąlygoms (38). 2013 m. buvo publikuota sisteminė analizė, kurioje 26 pasaulio valstybėse buvo vertintas šizofrenijos paplitimas ir Gini koeficientas, parodantis žmonių pajamų pasiskirstymą šalyse. Šis tyrimas nustatė teigiamą ryšį tarp pajamų netolygumo ir didesnio sergamumo šizofrenija (39). 2019 m. Kinijoje atlikta analizė parodė, kad šizofrenijos paplitimas tarp tiriamųjų mažėjo esant aukštesniam individualiam socioekonominiam statusui (40). Išsilavinimo lygis yra svarbus šizofrenijos atsiradimui, duomenys rodo, kad žemesnis išsilavinimas ir prasti mokykliniai pažymiai buvo susiję su didesne šizofrenijos rizika (41). 2021 m. atliktas tyrimas nustatė, kad tiek didesnis intelekto koeficientas, tiek aukštesnis išsilavinimas buvo susiję su vėlesne ligos pradžia. Geresnis išsilavinimas taip pat buvo susijęs su mažiau elgesio problemų ir geresniu kasdieniu funkcionavimu (42). 2020 m. publikuota meta analizė pademonstravo, kad 16 metų ir jaunesni asmenys, kuriems vėliau išsivystė šizofrenija, pasiekė gerokai prastesnius bendrųjų akademinį pasiekimų rezultatus nei tie, kuriems šis sutrikimas nepasireiškė. Rezultatai taip pat parodė, kad šizofrenija sergantys asmenys, žymiai rečiau stojo į aukštąsias mokyklas (43). Įvairiose šalyse atliktuose tyrimuose nurodoma, kad šizofrenija sergančių pacientų dalyvavimas profesiniame gyvenime paprastai yra labai mažas ir siekia nuo 10 iki 30 %. Taip pat nustatyta, kad pirmojo psichozės epizodo metu užimtumo lygis yra aukštesnis, tačiau ilgiau sergant jis mažėja (44). Svarbu paminėti, kad dėl socialinės stigmatos ir nepakankamo informuotumo apie šį sutrikimą, šizofrenija sergantiems pacientams kyla sunkumų ieškant darbo vietos net remisijos metu. Tačiau teigiama, kad darbas yra svarbus šizofrenijos reabilitacijai, jis gerina gyvenimo kokybę, mažina hospitalizacijų skaičių bei tiesiogines ir netiesiogines stacionarinio gydymo išlaidas (45).

Taigi, apžvelgus literatūrą galima teigti, kad šizofrenija sergančių pacientų socioekonominis statusas linkęs būti žemesnis, o tyrimai nurodo, kad žemo socioekonominio statuso

pacientams būdingi sunkesni simptomai, prastesnės pažintinės funkcijos, mažesnė socialinė ir bendruomenės parama.

1.4. Gyvenimo kokybės vertinimas remiantis WHOQOL-BREF klausimynu

Literatūroje nurodoma, kad šizofrenija turi įtakos gyvenimo kokybei (46). PSO gyvenimo kokybę apibrėžia kaip asmens suvokimą apie savo padėtį kultūros ir vertybių sistemos, kurioje jis gyvena, kontekste, atsižvelgiant į savo tikslus, lūkesčius, standartus ir rūpesčius. PSO yra paskelbę du klausimynus gyvenimo kokybei įvertinti – PSO nustatyta gyvenimo kokybė (WHOQOL) ir PSO nustatyta gyvenimo kokybė – sutrumpinta versija (WHOQOL-BREF) (47). WHOQOL-BREF klausimyną sudaro 26 elementai, kuriais vertinamos keturios gyvenimo kokybei svarbios sritys, t. y. fizinė sveikata, psichikos sveikata, socialiniai ryšiai ir aplinka bei 2 atskiri klausimai (t. y. „Kaip įvertintumėte savo gyvenimo kokybę?“ ir „Ar esate patenkintas savo sveikata?“) (48). Tai yra vienas žinomiausių klausimynų gyvenimo kokybei vertinti tiek sveikų, tiek sergančių žmonių populiacijose, jis gali būti naudojamas klinikinėje praktikoje ir moksliniuose tyrimuose (49,50). 2019 m. atliktoje meta analizėje buvo vertinta gyvenimo kokybė pagal WHOQOL ir WHOQOL-BREF sveikų kontrolių ir šizofrenija sergančių pacientų grupėse, nustatyta, kad rezultatai šizofrenijos grupėje buvo reikšmingai mažesnis visose keturiose gyvenimo kokybės srityse (46).

2. TYRIMO METODIKA

Naudojant apklausą 2023 m. lapkričio – 2024 m. kovo mėn. buvo atliktas anoniminis anketinis tyrimas, kuriame dalyvavo 69 pacientai, gydomi Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro Ūmios psichiatrijos skyriuje, kuriems yra diagnozuota šizofrenija (F20) ir kurie sutiko užpildyti anoniminę anketą. 9 anketos buvo atmestos dėl netinkamo arba nepilno užpildymo.

Pirma anketos dalis (žr. priedai) buvo sudaryta iš bendrųjų demografinių ir socioekonominių klausimų, informacijos apie ligos trukmę, hospitalizacijos skaičių, vaisių ir daržovių pirkimą ir vartojimą, rūkymą, alkoholio ir kt. psichoaktyvių medžiagų vartojimą. Antra anketos dalis buvo skirta respondentų gyvenimo kokybei įvertinti, tam buvo naudojamas WHOQOL-BREF klausimynas (žr. priedai), kurį sudaro 26 klausimai – pirmi du skirti subjektyviai gyvenimo kokybei ir sveikatos būklei įvertinti, likusieji – apibendrintam keturių sričių (t. y. fizinės sveikatos, psichikos sveikatos, aplinkos ir socialinių ryšių) įvertinimui. Kad būtų lengviau interpretuoti ir lyginti gautus rezultatus, keturių sričių gauti gryni balai buvo konvertuoti į 0-100 taškų formatą naudojant formulę:

$$\text{transformuotas balas (0-100)} = \left[\frac{\text{gautas grynas balas} - \text{mažiausias galimas grynas balas}}{\text{didžiausias galimas grynas balas} - \text{mažiausias galimas grynas balas}} \right] \times 100.$$

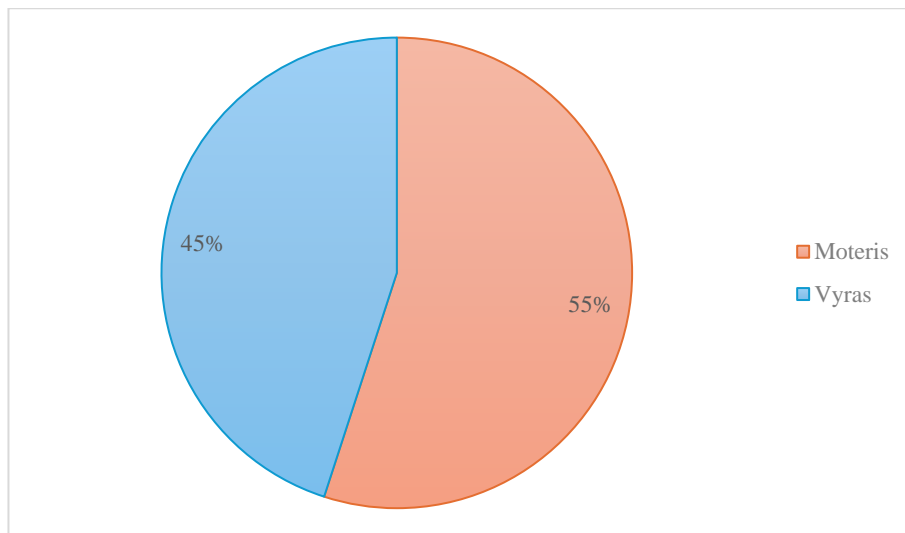
Gautas aukštesnis balas rodo geresnę gyvenimo kokybę.

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojantis Microsoft Excel 365, R ir R Commander programomis. Gautų kintamųjų įvertinimui naudoti aprašomosios statistikos metodai. Kokybiniai duomenys aprašyti taikant absoliučius duomenų skaičius (n) ir jų procentinę išraišką (%), kiekybiniai duomenys pateikti aritmetiniu vidurkiu (\bar{x}) bei standartiniu nuokrypiu (SN). Kokybinio požymio pasiskirstymas lyginamosiose grupėse vertintas taikant Chi kvadrato (X^2) kriterijų, o esant bent vienam tikėtinam stebėjimų skaičiui mažiau penkių, buvo skaičiuojamas tikslusis Fišerio kriterijus (angl. *Fisher's exact test*). Kintamųjų normalumo prielaidai įvertinti buvo naudojamas *Shapiro-Wilk* testas, homogeniškumui – *Levene's* testas. Koreliacijai nustatyti naudotas Spearmano koeficientas (ρ). Kiekybinio požymio reikšmės dviejose grupėse buvo vertintos naudojant Stjudento t testą (t), o neatitinkant normalumo prielaidos, buvo taikomas *Wilcoxon'o* testas (W). Kiekybinio požymio reikšmės daugiau nei dviejose grupėse lygintos taikant ANOVA, o neatitinkant normalumo ir homogeniškumo prielaidų, buvo taikomas *Kruskal-Wallis* testas. Gavus statistiškai reikšmingus rezultatus, taikant ANOVA, įvertinti konkrečius statistiškai reikšmingus analizuojamų grupių skirtumus, papildomai buvo taikomas *Tukey HSD* testas (angl. *Honest Significant Difference*). Grupių skirtumai po *Kruskal-Wallis* testo buvo vertinami naudojant *Dunn* testą ir koregavus p vertę pagal *Bonferroni*. Statistiškai reikšmingi rezultatai buvo vertinami, jeigu gauta p reikšmė buvo mažiau 0,05 ($p < 0,05$).

3. REZULTATAI

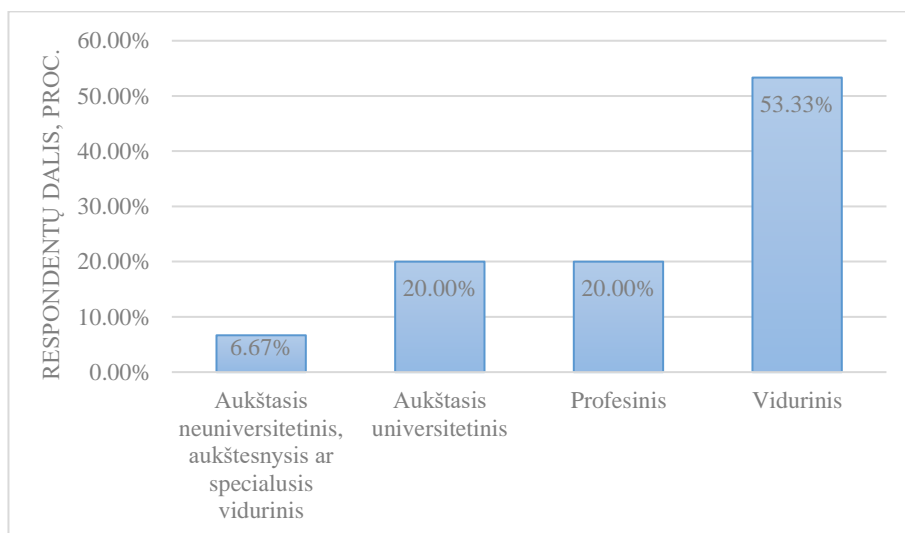
3.1. Bendrosios charakteristikos

Iš visų tyrime dalyvavusių pacientų 55 % (n=33) buvo moterys ir 45 % (n=27) vyrai (1 pav.). Amžiaus vidurkis buvo $35,17 \pm 10,67$ metai, mediana 34 metai. Jauniausias respondentas buvo 18 metų, o vyriausias – 63 metų.



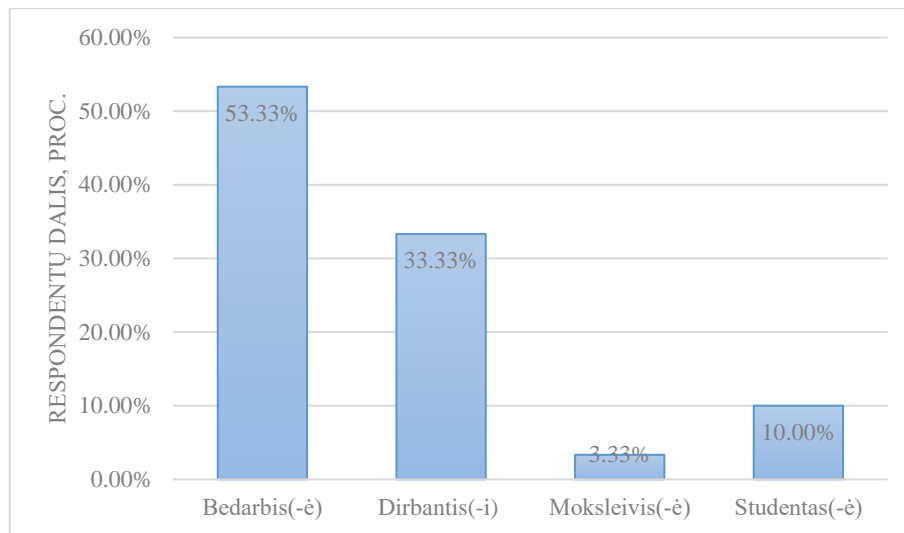
1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Daugiausiai apklaustųjų yra įgiję vidurinį išsilavinimą, t. y. 53,33 % (n=32), 20,00 % (n=12) profesinį išsilavinimą, toks pats procentas ir aukštąjį universitetinį išsilavinimą (n=12), o aukštąjį neuniversitetinį, aukštesnįjį ar specialųjį vidurinį tik 6,67 % (n=4) (2 pav.).



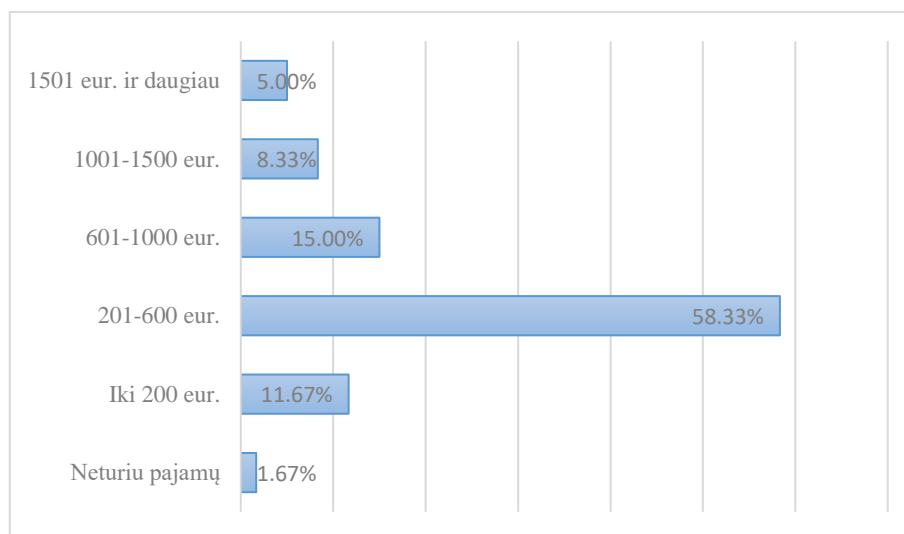
2 pav. Respondentų išsilavinimo rodikliai

48,33 % (n=29) respondentų gyvena mieste, 38,33 % (n=23) didmiestyje, o kaime ir miestelyje po 6,67 % (n=4). Daugiau nei pusė apklaustųjų yra vieniši, t. y. 56,67 % (n=34), 18,33 % (n=11) – turi partnerį, 13,33 % (n=8) yra susituokę, 10,00 % (n=6) – išsiskykę, tik vienas respondentas pažymėjo esąs našlys. 53,33 % (n=32) yra bedarbiai, 33,33 % (n=20) dirbantys, 13,33 % (n=8) studentai ir moksleiviai (3 pav.).



3 pav. Respondentų darbo statuso rodikliai

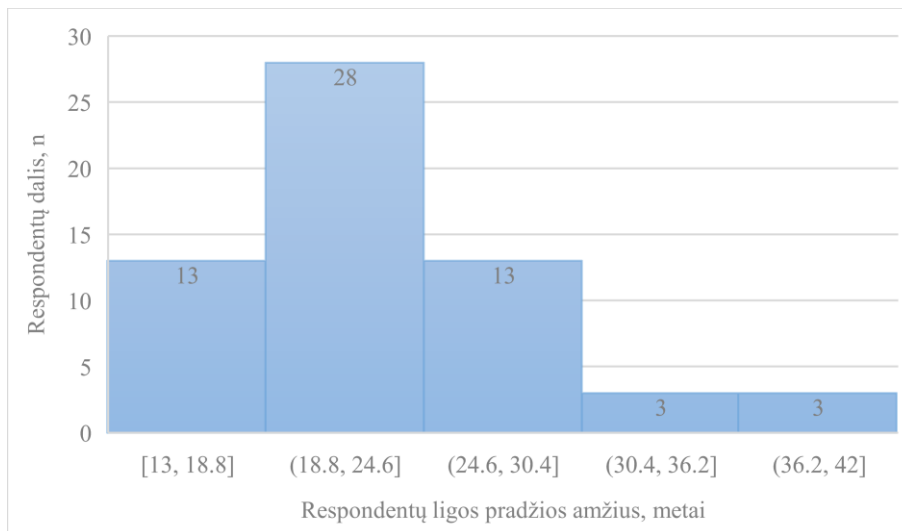
46,67 % (n=28) pacientų turi nustatytą 30-40 % darbingumo lygį, 13,33 % (n=8) – 45-55 % darbingumo lygį, 8,33 % (n=5) – 0-25 % darbingumo lygį, 31,67 % (n=19) apklaustųjų darbingumo lygis nėra nustatytas. Didžioji dauguma respondentų gauna nuo 201 iki 600 Eur per mėnesį (58,33 % (n=35)), 15,00 % (n=9) gauna nuo 601 iki 1000 Eur, 11,67 % (n=7) iki 200 Eur, 8,33 % (n=5) nuo 1001 iki 1500 Eur, tik 5,00 % (n=3) 1501 ir daugiau Eur, o vienas asmuo nurodė, jog jokių pajamų negauna (4 pav.).



4 pav. Respondentų mėnesinių pajamų pasiskirstymas

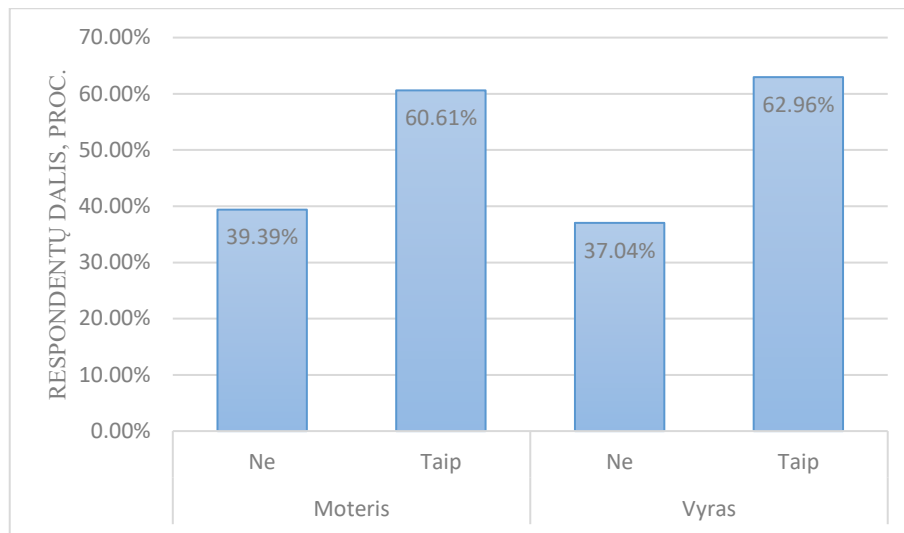
30,00 % (n=18) apklaustųjų nurodo, kad jų mėnesiniai finansiniai įsipareigojimai siekia nuo 101 iki 200 Eur, 18,33 % (n=11) nuo 10 iki 50 Eur, 15,00 % (n=9) nuo 201 iki 500 Eur, 13,33 % (n=8) nuo 51 iki 100 Eur, 3,33 % (n=2) virš 501 Eur, o 20,00 % (n=12) jokių finansinių įsipareigojimų neturi. 23,33 % (n=14) apklaustųjų yra pasiskolinę pinigų iš privačių asmenų (nuo 10 iki 1000 Eur), 18,33 % (n=11) turi pasiėmę kreditą arba paskolą (nuo 330 iki 15000 Eur). 53,34 % (n=31) respondentų nurodo, kad jiems gaunamų pajamų užtenka visada arba dažniau užtenka, negu neužtenka. 46,64 % (n=29) nurodo, kad pajamų neužtenka arba dažniau neužtenka, negu užtenka.

Dauguma (75,00 % (n=45)) apklaustųjų teigia, kad jiems užtenka lėšų vaistams įsigyti. Vidutinis respondentų ligos pradžios amžius yra $23,02 \pm 6,52$ metai, mediana 21 metai (5 pav.), o vidutinė ligos trukmė apklaustųjų tarpe yra $12,27 \pm 9,98$ metų, dviem respondentams liga buvo diagnozuota tik šiais metais, o ilgiausiai sergantis pacientas nurodė 40 metų ligos trukmę. Apklaustieji vidutiniškai buvo hospitalizuoti $7,63 \pm 6,81$ kartų.



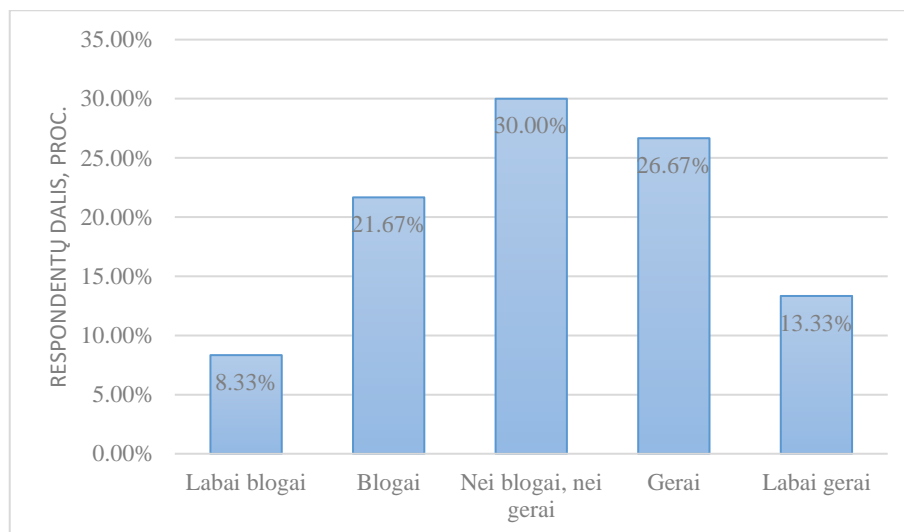
5 pav. Respondentų ligos pradžios amžiaus pasiskirstymo histograma

40,00 % (n=24) respondentų nurodo, kad vartoja alkoholį, 11,67 % (n=7) jį vartodavo anksčiau, 48,33 % (n=29) alkoholio nevartoja. 61,67 % (n=37) respondentų yra rūkantys – 60,60 % (n=20) moterų ir 62,96 % (n=17) vyrų (6 pav.). Iš rūkančiųjų 40,54 % (n=15) surūko po daugiau negu 10 cigarečių, 27,03 % (n=10) po kelias cigaretes, 18,92 % (n=7) po vieną cigarečių pakelį, o 13,51 % (n=5) po daugiau negu vieną cigarečių pakelį per dieną. Tik 10,00 % (n=6) apklaustųjų nurodė, kad vartoja kitas psichoaktyvias medžiagas, 13,33 % (n=8) narkotines medžiagas vartodavo anksčiau. Dauguma respondentų (88,34 % (n=53)) nurodė, kad parduotuvėje perka vaisius ir daržoves, 51,67 % (n=31) per dieną suvalgo 1-2 vienetus vaisių ir daržovių, 28,33 % (n=17) 3-4 vienetus, tik 10,00 % (n=6) 5-6 vienetus ir 5,00 % (n=3) daugiau negu 7 vienetus.

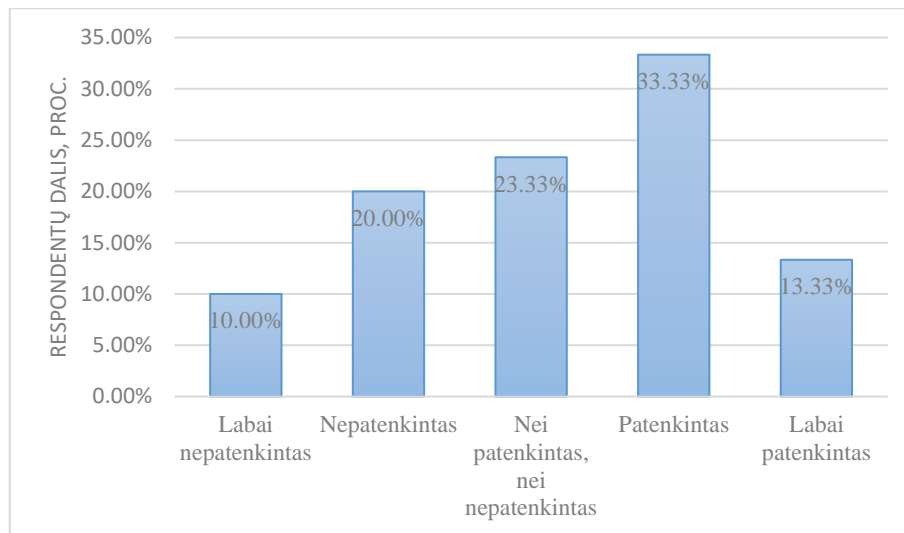


6 pav. Rūkančių pacientų pasiskirstymas priklausomai nuo lyties

Respondentų WHOQOL-BREF fizinės sveikatos balo vidurkis buvo $59,05 \pm 20,27$, psichikos sveikatos – $53,19 \pm 25,68$, socialinių ryšių – $50,14 \pm 24,48$, o aplinkos – $58,38 \pm 18,47$. 30,00 % (n=18) apklaustų pacientų savo gyvenimo kokybę vertina nei gerai, nei blogai, 40,00 % (n=26) gerai arba labai gerai, 30,00 % (n=18) blogai arba labai blogai (7 pav.). Savo sveikata 46,66 % (n=28) respondentų yra labai patenkinti arba patenkinti, 30,00 % (n=18) labai nepatenkinti arba nepatenkinti, 23,33 % (n=14) nei patenkinti, nei nepatenkinti (8 pav.).



7 pav. Respondentų subjektyvus gyvenimo kokybės vertinimas

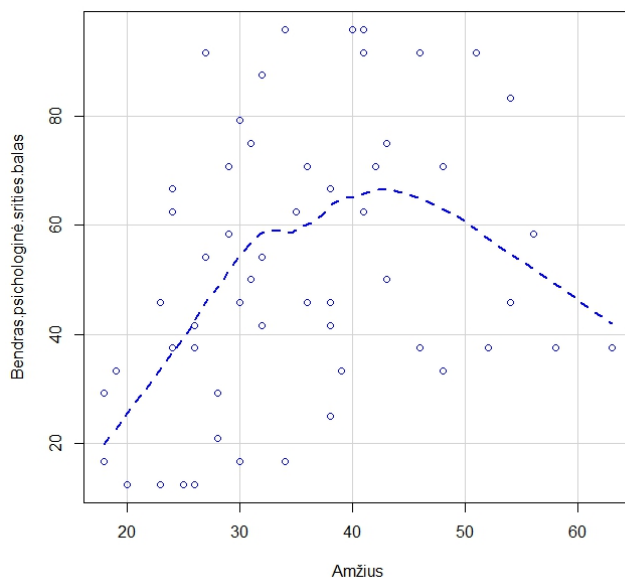


8 pav. Respondentų subjektyvus sveikatos vertinimas

3.2. Lyties ir amžiaus sąsajos su gyvenimo kokybe

Naudojant tikslųjį Fišerio kriterijų buvo gautas statistiškai reikšmingas ryšys tarp lyties ir šeiminės padėties – moterys žymiai dažniau yra ištekėjusios ar turi partnerį, o vyrai dažniau yra vieniši ($p < 0,05$). Moterys taip pat statistiškai reikšmingai dažniau perka vaisius ir daržoves negu vyrai (*Fisher's Exact Test*, $p < 0,05$), tačiau reikšmingo skirtumo tarp vaisių ir daržovių vartojimo nestebima. Vidutinis bendras WHOQOL-BREF aplinkos balas moterų tarpe buvo $60,21 \pm 17,66$, vyrų $56,13 \pm 19,50$, moterų fizinės sveikatos – $58,66 \pm 23,61$, vyrų – $59,52 \pm 15,69$, moterų socialinių ryšių – $55,05 \pm 24,10$, vyrų – $44,14 \pm 24,00$, moterų psichikos sveikatos – $55,18 \pm 28,67$, vyrų – $50,77 \pm 21,74$, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nei vienoje srityje nebuvo rasta (Stjudento t testas/Wilxono testas $p > 0,05$).

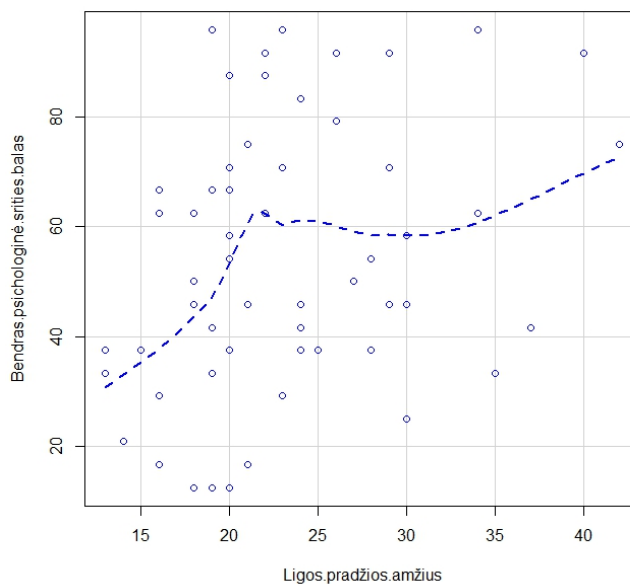
Nustatytas teigiamas ryšys tarp amžiaus ir narkotinių medžiagų vartojimo (ANOVA, $df(2, 57) = 7,165$, $p < 0,05$), pacientai, kurie vartoja narkotikus yra vidutiniškai 11,45 metais jaunesni už pacientus, kurie jų nevarvoja (*Tukey's test*, $p < 0,05$). Vertinant WHOQOL-BREF klausimyno atsakymus ir jų ryšį su amžiumi, gautas statistiškai teigiamas ryšys tarp amžiaus ir pacientų kūno išvaizdos vertinimo – vyresni pacientai savo kūno išvaizdą vertina palankiau ($\rho = 0,33$, $p < 0,05$), jie taip pat yra labiau patenkinti savimi ($\rho = 0,32$, $p < 0,05$), geriau įvertina savo miegą ($\rho = 0,27$, $p < 0,05$), yra linkę savo gyvenimą laikyti prasmingesniu ($\rho = 0,26$, $p < 0,05$) bei labiau džiaugtis gyvenimu ($\rho = 0,37$, $p < 0,05$). Gautas vidutinis statistiškai teigiamas ryšys tarp amžiaus ir bendro psichikos sveikatos WHOQOL-BREF balo – t. y. vyresni pacientai linkę savo psichikos sveikatą vertinti geriau, negu jaunesni respondentai ($\rho = 0,39$, $p < 0,05$), o grafikas atskleidžia, kad psichikos sveikatos balas didėja iki tam tikro amžiaus ribos, po kurios vėl ima mažėti. (9 pav.).



9 pav. Ryšys tarp amžiaus ir bendro psichikos sveikatos balo – punktyrinė linija žymi tendenciją nurodančią, kad šis balas didėja iki maždaug 40 metų amžiaus, po to vėl ima mažėti

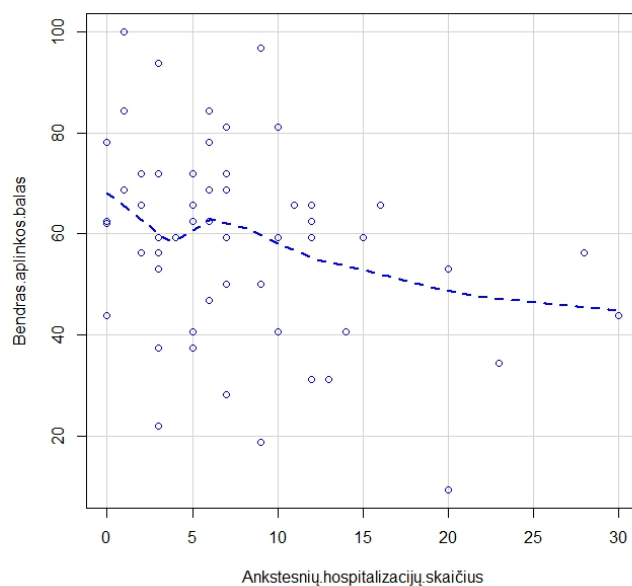
3.3. Ligos pradžios amžiaus ir buvusių hospitalizacijų skaičiaus sąsaja su gyvenimo kokybe

Pacientai, kuriems šizofrenija diagnozuota vėliau, surenka statistiškai reikšmingai daugiau WHOQOL-BREF psichikos sveikatos srities balų ($\rho=0,34$, $p<0,05$) (10 pav.).



10 pav. Ryšys tarp ligos pradžios amžiaus ir bendro psichikos sveikatos balo – punktyrinė linija demonstruoja, kad psichikos sveikatos balas didėja, kai šizofrenija yra diagnozuojama vėliau.

Analizė rodo vidutinį neigiamą ryšį tarp hospitalizacijų skaičiaus ir bendro aplinkos srities balo, t. y. didėjant hospitalizacijų skaičiui, aplinkos srities balas mažėja ($\rho=-0,32$, $p<0,05$). (11 pav.)



11 pav. Ryšys tarp hospitalizacijų skaičiaus ir bendro aplinkos balo – punktyrinė linija rodo, kad pacientų aplinkos balas mažėja, didėjant hospitalizacijų skaičiui

3.4. Išsilavinimo ir gyvenimo kokybės sąsaja

Gautas statistiškai teigiamas ryšys tarp išsilavinimo ir mėnesinių pajamų (*Fisher's exact test*, $p<0,05$), pacientai su viduriniu išsilavinimu dažniausiai gauna iki 600 Eur per mėnesį, profesinį išsilavinimą turintys asmenys daugiausia patenka į 201-600 Eur pajamų grupę, aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgiję asmenys tolygiau pasiskirsto aukštesnėse pajamų grupėse. Tačiau pacientai su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu nurodė turintys didesnius mėnesinius finansinius įsipareigojimus, o su viduriniu išsilavinimu statistiškai dažniau neturėjo jokių finansinių įsipareigojimų (*Fisher's exact test*, $p<0,05$). Pacientai su viduriniu ir profesiniu išsilavinimu dažniau turi nustatytą nedarbingumo lygį (30-40 % ir 45-55 %), negu pacientai su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu (*Fisher's exact test*, $p<0,05$). Gautas statistiškai teigiamas amžiaus pradžios skirtumas skirtingose išsilavinimo grupėse (*Kruskal-Wallis* $X^2=12,437$, $df=3$, $p<0,05$), pacientų su viduriniu išsilavinimų ligos pradžios amžiaus mediana buvo 19,5 metai, o su aukštuoju išsilavinimu 28,5 metai (pagal *Bonferroni* koreguota p reikšmė, $p<0,05$). Pacientai su žemesniu išsilavinimu (viduriniu ir profesiniu) taip pat statistiškai reikšmingai dažniau rūko, negu pacientai su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu (*Fisher's exact test*, $p<0,05$).

Analizė parodė statistiškai reikšmingą ryšį tarp išsilavinimo ir bendro WHOQOL-BREF aplinkos balo (ANOVA, $F(3,56)=4,898$, $p<0,05$), pacientų su viduriniu išsilavinimu vidurkis

yra 18,47 vienetų mažesnis negu pacientų įgijusių aukštąjį universitetinį išsilavinimą (*Tukey's test*, $p<0,05$), o pacientų įgijusių profesinį išsilavinimą – 24,74 balais mažesnis negu apklaustųjų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu (*Tukey's test*, $p<0,05$). Bendras fizinės sveikatos balas taip pat statistiškai reikšmingai skiriasi skirtingose išsilavinimo grupėse (ANOVA, $F(3,56)=3,948$, $p<0,05$) – pacientų su profesiniu išsilavinimu vidutiniškai 25,61 balais mažesnis negu su aukštuoju universitetiniu (*Tukey's test*, $p<0,05$), o su viduriniu 16,71 balais mažesnis, tačiau statistiškai teigiamo ryšio negauta (*Tukey's test* $p=0,055$). Psichologinės sveikatos balas taip pat priklauso nuo išsilavinimo (*Kruskal-Wallis* $X^2=8,8334$, $df=3$, $p<0,05$) – pacientų su viduriniu išsilavinimu bendras psichikos sveikatos balas yra statistiškai reikšmingai mažesnis nei pacientų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu (pagal Bonferoni koreguotas $p<0,05$). Statistiškai reikšmingo skirtumo socialinių ryšių srityje nebuvo stebėta (*Kruskal-Wallis* $X^2=2,0531$, $df=3$, $p>0,05$).

3.5. Užimtumo ir gyvenimo kokybės sąsaja

Didžioji dauguma bedarbių pacientų patenka į 201-600 Eur mėnesinių pajamų grupę, o dirbantys tolygiai pasiskirsto aukštesnėse pajamų kategorijose (*Fisher's Exact Test*, $p<0,05$). Analizėje gauti statistiškai reikšmingi šeiminių padėties pasiskirstymo skirtumai tarp skirtingų darbo padėties grupių – bedarbiai dažniau būna vieniši, o dirbantys asmenys dažniau yra susituokę (*Fisher's Exact Test*, $p<0,05$). Analizė atskleidė reikšmingus ankstesnių hospitalizacijų medianos skirtumus tarp skirtingų darbinės padėties grupių (*Kruskal-Wallis* $X^2=10,099$, $df=3$, $p<0,05$) – bedarbių hospitalizacijų skaičius (mediana 8) yra statistiškai reikšmingai didesnis negu dirbančių asmenų (mediana 3) (pagal *Bonferroni* koreguotas $p<0,05$). Taip pat stebimas statistiškai reikšmingas amžiaus pradžios skirtumas tarp skirtingų grupių (*Kruskal-Wallis* $X^2=22,439$, $df=3$, $p<0,05$), bedarbių mediana (20,5 metai) yra statistiškai reikšmingai mažesnė negu dirbančiųjų (28,5 metai) (pagal *Bonferroni* koreguotas $p<0,05$). Dirbantys asmenys statistiškai reikšmingai dažniau yra labai patenkinti ir patenkinti savo sveikata, o bedarbiai dažniau nurodo, kad yra nepatenkinti savo sveikata (*Fisher's Exact Test*, $p<0,05$). Gautas statistiškai teigiamas ryšys tarp darbinės padėties ir bendro WHOQOL-BREF aplinkos balo (ANOVA, $F(3,57)=3,492$, $p<0,05$) – dirbančių vidurkis vidutiniškai yra 12,82 vienetų didesnis negu bedarbių, tačiau atlikus papildomą analizę, nustatyta, kad skirtumas nėra statistiškai reikšmingas (*Tukey's test*, $p=0,058$). Fizinės sveikatos balas taip pat statistiškai reikšmingai skiriasi skirtingose užimtumo grupėse (ANOVA, $F(3,56)=6,617$, $p<0,05$), dirbančių pacientų vidurkis yra 28,70 balų didesnis už studentų (*Tukey's test*, $p<0,05$) ir 13,22 balų didesnis už bedarbių (statistiškai nereikšminga) (*Tukey's test*, $p=0,057$). Analizė rodo statistiškai reikšmingą ryšį tarp darbinės padėties ir psichikos srities balo (*Kruskal-Wallis* $X^2=15,237$, $df = 3$, $p<0,05$) –

dirbančiųjų mediana yra 70,30, o bedarbių 47,92. Statistiškai teigiamo ryšio tarp darbinės padėties ir bendro socialinių ryšių balo negauta (*Kruskal-Wallis* $X^2=4,8515$, $df=3$, $p>0,05$).

3.6. Mėnesinių pajamų ir rūkymo, ligos pradžios amžiaus, gyvenimo kokybės ryšys

Analizė atskleidė statistiškai reikšmingą ryšį tarp mėnesinių pajamų ir rūkymo (*Fisher's Exact Test*, $p<0,05$), pacientai uždirbantys iki 600 Eur per mėnesį dažniau yra rūkantys, o apklaustieji kurių pajamos siekia nuo 601 iki 1500 Eur dažniau nurodė, kad nerūko. Ligos pradžios amžius statistiškai reikšmingai skiriasi priklausomai nuo mėnesinių pajamų grupių (*Kruskal-Wallis* $X^2=15,098$, $df=5$, $p<0,05$) – pacientų, kurių pajamos siekia 601-1000 Eur, ligos pradžios amžius yra didesnis negu pacientų, kurių pajamos siekia iki 600 Eur per mėnesį (pagal *Bonferroni* koreguotas $p<0,05$). Pacientų bendras aplinkos balas taip pat priklauso nuo pajamų – aukščiausią atlyginimą (t. y. 1501 ir daugiau Eur) gaunančių asmenų balo vidurkis yra $81,25 \pm 16,24$, nuo 201 iki 600 Eur – $55,97 \pm 16,85$, o žemiausias pajamas (t. y. iki 200 Eur) – $37,50 \pm 10,97$ (ANOVA, $F(5,54)=5,466$, $p<0,05$). Atlikus papildomą analizę, nustatyta, kad pacientai, kurių mėnesinės pajamos siekia 200 Eur, statistiškai reikšmingai prasčiau įvertina savo aplinką negu pacientai gaunantys 601 ir daugiau Eur (*Tukey's test* $p<0,05$). Bendras fizinės sveikatos balas priklauso nuo mėnesinių pajamų – aukščiausias vidutinis balas yra aukščiausias pajamas gaunančių asmenų grupėje ($80,95 \pm 10,31$), o žemiausias – pacientų gaunančių iki 200 Eur ($44,39 \pm 16,09$) (ANOVA, $F(5,54)=2,796$, $p<0,05$), po papildomos analizės nustatyta, kad iki 200 Eur per mėnesį gaunantys asmenys surenka statistiškai reikšmingai mažiau balų nei pacientai patenkantys į 601-1000 Eur kategoriją (*Tukey's test* $p<0,05$). Aukščiausia psichologinės srities balo mediana yra 1500 ir daugiau Eur gaunančių asmenų grupėje (t. y. 70,83), žemiausia iki 200 Eur gaunančių asmenų grupėje (t. y. 20,83) (*Kruskal-Wallis* $X^2=12,623$, $df=5$, $p<0,05$), iki 200 Eur per mėnesį gaunantys asmenys taip pat surenka statistiškai reikšmingai mažiau balų nei pacientai patenkantys į 601-1000 Eur kategoriją (*Tukey's test* $p<0,05$). Socialinių santykių balas statistiškai reikšmingai skiriasi skirtingose grupėse (*Kruskal-Wallis* $X^2=15,145$, $df=5$, $p<0,05$), papildoma analizė atskleidė statistiškai reikšmingą ryšį tarp iki 200 Eur ir 201-600 Eur grupių (pagal *Bonferroni* koreguotas $p<0,05$).

3.7. Darbingumo lygis

Analizė rodo statistiškai reikšmingą skirtumą tarp nustatyto darbingumo lygio ir ankstesnių hospitalizacijų skaičiaus, 0-25% darbingumas – hospitalizacijų mediana – 9, 30-40% – 9, 45-55% – 5, nenustatytas darbingumas – 3 (*Kruskal-Wallis* $X^2=19,915$, $df=3$, $p<0,05$). Detalesnė analizė parodė, kad statistiškai reikšmingas skirtumas yra tarp nenustatyto darbingumo ir 0-25% bei

30-40% darbingumo lygių (pagal *Bonferroni* pakoreguotas $p < 0,05$). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp skirtingų darbingumo lygių ir WHOQOL-BREF balų nestebėta (ANOVA ir Kruskal-Wallis X^2 $p > 0,05$).

3.8. Rūkymas, vaisių ir daržovių vartojimas

Rūkančių pacientų ligos pradžios amžiaus mediana (19) yra statistiškai reikšmingai mažesnė, negu nerūkančių pacientų (25) ($W=611,5$, $p < 0,05$). Nerūkantys pacientai dažniau nurodo, kad yra labai patenkinti savo sveikata, o rūkantieji, kad yra nepatenkinti arba nei patenkinti, nei nepatenkinti (*Fisher's exact test*, $p < 0,05$). Rūkančių pacientų aplinkos balo vidurkis (54,63) yra statistiškai reikšmingai mažesnis, negu nerūkančių (64,40) ($t=2,2374$, $df=57.583$, $p < 0,05$).

Analizė atskleidė, kad pacientai, kurie vartoja daugiau vaisių ir daržovių surenka statistiškai reikšmingai daugiau fizinės sveikatos balų (0 vienetų – 42,86, 1-2 vienetus – 56,34, 3-4 vienetus – 58,61, 5-6 vienetus – 64,88, 7 ir daugiau – 94,04) (ANOVA, $F(4,55)=3,478$, $p < 0,05$), papildoma analizė atskleidė, kad pacientai, vartojantys 7 ir daugiau vienetų, surenka statistiškai reikšmingai daugiau balų negu vaisių ir daržovių nevartojantys (51,19 balų skirtumas), vartojantys 1-2 vienetus (37,71 balų skirtumas), ar vartojantys 3-4 vienetus (35,43 balų skirtumas) (*Tukey's test* $p < 0,05$).

REZULTATŲ APTARIMAS

Analizuojant respondentų išsilavinimo lygį, nustatyta, kad didžioji dauguma pacientų yra įgiję vidurinį išsilavinimą ir tik 26,67 % apklaustųjų turi aukštąjį universitetinį ir aukštąjį neuniversitetinį, aukštesnįjį ar specialųjį vidurinį išsilavinimą. 2022 m. Lietuvos statistikos duomenimis šalyje 25-64 metų amžiaus žmonių tarpe 46,50 % buvo įgiję aukštąjį ir aukštesnįjį išsilavinimą (51). Interpretuojant šiuos skirtumus svarbu atsižvelgti į mažą apklaustųjų imtį, tačiau gauti rezultatai leidžia įtarti, jog skyriaus pacientų tarpe aukštesnio išsilavinimo žmonių dalis yra ženkliai mažesnė negu bendroje populiacijoje. 2020 m. atlikta analizė parodė, jog mokiniai, kuriems vėliau išsivystė šizofrenija, mokykloje pasižymėjo gerokai prastesniais bendraisiais akademineis pasiekimais, jie taip pat rečiau stoji į aukštąsias mokyklas (43). Viena iš to priežasčių galėtų būti prodrominis šizofrenijos sindromas. Literatūros duomenimis apie 75 % pacientų su diagnozuota šizofrenija patiria prodrominius simptomus, kurie gali tęstis iki kelių metų (52). Prodromas dažniausiai prasideda paauglystėje arba ankstyvoje jaunystėje ir pasireiškia lengvais ar vidutinio sunkumo suvokimo, pažinimo, kalbos, motorinių funkcijų, valios, iniciatyvos, energijos lygio ir atsparumo stresui sutrikimais (53). Šie simptomai gali sukelti sunkumų mokymosi procese ir lemti prastesnius akademinius rezultatus, tai paaiškintų ir mažesnę aukštesniojo išsilavinimo dalį pacientų

tarpe. Mūsų analizės metu nustatyta, kad pacientai su žemesniu išsilavinimu (t. y. viduriniu ir profesiniu) rūko dažniau, negu pacientai su aukštesniu išsilavinimu. Literatūroje taip pat yra duomenų apie rūkymo paplitimo skirtumus skirtingose išsilavinimo grupėse, pavyzdžiui 2018 m. Jungtinių Amerikos Valstijų tyrimo duomenimis rūkymo paplitimas vidurinį išsilavinimą turinčių asmenų tarpe siekė 21,8 %, o įgijusių bakalauro laipsnį – 7,1 % (54,55). 2012 m. Australijoje atliktas tyrimas taip pat nustatė, kad žemesnis išsilavinimas yra siejamas su pacientų su psichoziniais sutrikimais rūkymu (56). Žinoma, kad žemesnį išsilavinimą turintys asmenys patiria daugiau socialinio ir finansinio streso, turi mažiau galimybių naudotis informacija ir ištekliais, galinčiais padėti ugdyti sveiką gyvenseną, o tai gali lemti didesnę rūkymo paplitimą (55).

Mūsų gauti rezultatai rodo, kad tyrimo metu Ūmios psichiatrijos skyriuje gydomų pacientų užimtumo lygis buvo mažas, t. y. tik trečdalis apklaustųjų buvo dirbantys, o daugiau nei pusė apklaustųjų iš jų buvo bedarbiai. 2021 m. Lietuvoje statistiniais duomenimis užimtumo lygis 15-64 metų amžiaus grupėse siekė 72,50 % (57). Vėlgi, svarbu atsižvelgti į mažą apklaustųjų imtį, tačiau užimtumo lygis apklaustų pacientų tarpe yra pastebimai mažesnis. Literatūros duomenimis nedarbo lygis tarp šizofrenija sergančių pacientų yra labai aukštas ir gali siekti nuo 80 iki 90 % (58). Panašūs duomenys gauti 2015 m. atlikus tyrimą Norvegijoje, čia tada tik 10,24 % tiriamų pacientų turėjo darbą (59). 2018 m. įvertinus užimtumo lygį šizofrenija sergančių pacientų tarpe Jungtinėje Karalystėje, Prancūzijoje ir Vokietijoje, nustatyta, jog šiose šalyse bendras užimtumo lygis siekė 21,5 % ir buvo žymiai mažesnis negu bendroje populiacijoje, tačiau skirtingose šalyse šis rodiklis buvo nevienodas – Jungtinėje Karalystėje jis siekė 12,9 %, Prancūzijoje – 11,5 %, o Vokietijoje – 30,3 % (60). Viena iš didelio nedarbingumo priežasčių galėtų būti siejama su negatyvia šizofrenijos simptomatika. Negatyvūs simptomai (anhedonija, asocialumas, motyvacijos sumažėjimas ir kt.) pasireiškia maždaug 50 % šizofrenija sergančių pacientų ir turi neigiamos įtakos kasdieniam pacientų gyvenimui (61). Kognityvinių funkcijų sutrikimas taip pat gali turėti įtakos mažam darbingumui. Tyrimai rodo, kad pacientams su šizofrenija yra būdingas kognityvinių funkcijų sutrikimas įvairiose srityse, ypač vykdomųjų funkcijų, verbalinės atminties ir apdorojimo greičio (62). 2015 m. atlikto tyrimo duomenys rodo, kad būtent šie simptomai ir sutrikusios funkcijos labiausiai neigiamai veikia galimybę užsiimti darbine veikla (63).

Vertinant Ūmios psichiatrijos skyriuje gydomų pacientų pajamas, nustatėme, jog didžiosios daugumos respondentų mėnesines pajamas siekia iki 600 Eur 2022 m. Lietuvos statistikos duomenimis, bendrosios mėnesinės pajamos vienam namų ūkio nariui buvo 1013 Eur, tad galima teigti, jog apklaustųjų pacientų pajamos yra pastebimai mažesnės (64). Užsienio literatūros duomenys taip pat rodo, kad pacientai su šizofrenija uždirba ženkliai mažiau negu bendroji populiacija (58,65).

Mūsų rezultatai parodė, kad beveik pusė respondentų vartoja alkoholį (40,00 %), o didžioji dalis pacientų yra rūkantys (61,67 %). Užsienio literatūros duomenimis, šizofrenija sergančių

pacientų rūkymas yra aktuali problema, įvairių tyrimų duomenimis nuo 50 iki 70 % pacientų yra rūkaliai (66,67). 2018 m. tyrimas patvirtino, kad šizofrenija sergančių pacientų rūkymas didina mirštamumą dėl natūralių priežasčių (68).

Vertinant vaisių ir daržovių suvartojimą nustatėme, kad daugiau negu pusė apklaustų pacientų per dieną suvartoja 1-2 vaisius ir daržoves. Pagal PSO rekomendacijas į sveiką suaugusio žmogaus dietą turėtų įeiti mažiausiai 400 g (t. y. penkios porcijos) vaisių ir daržovių per dieną (69). Mūsų tyrime rekomenduojamą skaičių vaisių ir daržovių suvartoja tik 15 % apklaustųjų. 2014 m. publikuotame tyrime taip pat nustatyta, kad 74 % apklaustųjų kasdien suvalgydavo mažiau nei keturias porcijas vaisių ir daržovių (70).

Rezultatuose stebima, kad žemiausi WHOQOL-BREF balų vidurkiai pacientų tarpe yra socialinių ryšių ($50,14 \pm 24,48$) ir psichikos sveikatos ($53,19 \pm 25,68$), kiek aukštesni aplinkos ($58,38 \pm 18,47$) ir fizinės sveikatos ($59,05 \pm 20,27$) srityse. 2019 m. publikuota meta analizė rodo, jog pacientai surenka statistiškai reikšmingai mažiau balų visose keturiose WHOQOL-BREF srityse negu sveiki kontroliniai asmenys (46). 2022 m. Turkijoje atliktas tyrimas rodo, kad šizofrenija sergančių pacientų WHOQOL-BREF balai taip pat buvo mažesni negu sveikų kontrolių bei pacientų, kuriems buvo diagnozuotas bipolinis sutrikimas (71). Neigiamos įtakos paciento gyvenimo kokybei gali turėti įvairios priežastys – sunki ligos simptomatika, socialinė disfunkcija ir atskirtis, diskriminacija, dažnos gretutinės ligos, nepageidaujamos reakcijos į vaistus (pvz. nutukimas, hiperglikemija, dislipidemija, metabolinis sindromas, ekstrapiramidinė simptomatika ir kt.), prasta mityba ir mažas fizinis aktyvumas (46,72,73).

Mūsų analizė reikšmingo skirtumo tarp lyties ir gyvenimo kokybės balų neatskleidė. Literatūroje duomenys taip pat yra prieštaringi, dažnai nurodoma, kad moterys savo gyvenimo kokybę vertina geriau, tačiau 2019 m. meta analizės duomenimis moterys surenka reikšmingai mažiau psichologinės sveikatos balų, o vyrai – aplinkos, o 2018 m. Kinijoje atlikti tyrimai nurodė, kad moteriška lytis yra siejama su prastesne gyvenimo kokybe – tad skirtumai galėtų būti susiję su kultūriniais aspektais (46,74,75).

Mūsų darbe stebėta, kad vyresni pacientai savo psichikos sveikatą vertina geriau negu jaunesni pacientai, tačiau literatūroje pastebima, kad vyresnis amžius yra prastesnės gyvenimo kokybės rizikos veiksnys (75). Vyresni pacientai gali būti labiau prisitaikę prie savo ligos, turėti mažiau lūkesčių ir būti užmezgę tvirtesnius santykius su juos gydančiais gydytojais, o tai jiems leistų savo psichikos sveikatą vertinti geriau (46). Mūsų duomenys rodo, kad pacientai, kuriems šizofrenija diagnozuota vėliau surenka daugiau psichikos sveikatos balų. 2019 m. Danijos nacionalinis kohortinis tyrimas parodė, kad pacientai, kuriems šizofrenija buvo diagnozuota anksti, dažniau buvo bedarbiai, gyveno vieni, neturėjo aukštesnio išsilavinimo (58). Mūsų tyrime gauti panašūs rezultatai, kadangi tiek bedarbių, tiek mažiau išsilavinusių pacientų ligos pradžios amžiaus mediana yra

statistikai reikšmingai mažesnė, taigi visos šios priežastys galėtų lemti prasčiau vertinamą gyvenimo kokybę ir psichikos sveikatą. Rezultatuose stebima, kad didėjant hospitalizacijų skaičiui, mažėja bendras WHOQOL-BREF aplinkos balas. Literatūros duomenimis, pacientai, kurie yra hospitalizuojami ilgesniam laikui, dažnai nurodo prastesnę gyvenimo kokybę, ilgalaikė ir dažna hospitalizacija gali apsunkinti asmens savarankiškumą ir lemti prasčiau vertinamą aplinkos balą (76).

Šiame darbe atlikti tyrimai atskleidė statistiškai reikšmingai žemesnius WHOQOL-BREF balus aplinkos, fizinės ir psichikos sveikatos srityse tarp pacientų su žemesniu išsilavinimu. Literatūroje taip pat stebimos panašios tendencijos (77). 2015 m. Pietų Amerikoje atliktas tyrimas taip pat nurodė, jog šizofrenija sergantys pacientai su žemesniu išsilavinimu savo gyvenimo kokybę vertina prasčiau (78). Mūsų rezultatuose stebima, kad bedarbiai savo gyvenimo kokybę prasčiau vertina psichikos ir fizinės sveikatos bei aplinkos srityse. Nepalanki užimtumo padėtis yra svarbus šizofrenija sergančių pacientų bruožas, dėl kurio pablogėja gyvenimo kokybė (79). 2013 m. Turkijoje publikuotas tyrimas nustatė, kad bedarbiai šizofrenija sergantys pacientai surenka mažiau WHOQOL-BREF balų visose srityse, dažniau patiria depresinius simptomus ir prasčiau vertina savivertę (80). 2019 m. tyrimo duomenys atskleidė, kad dirbantys pacientai savo gyvenimo kokybę vertino geriau, labiau džiaugėsi gyvenimu ir turėjo daugiau socialinių ryšių (81). Mūsų analizėje gautas statistiškai teigiamas ryšys tarp mėnesinių pajamų ir WHOQOL-BREF balų visose srityse, t. y. žemesnės pajamos lemia prastesnę gyvenimo kokybę. 2011 m. Lenkijoje gauti rezultatai parodė, kad aukščiausius gyvenimo kokybės balus surinko pacientai, kurie turėjo geras finansines sąlygas (82).

Mūsų rezultatuose stebima, kad pacientai, kurie vartoja daugiau vaisių ir daržovių surenka daugiau fizinės sveikatos balų. Užsienio literatūroje vaisių ir daržovių vartojimas taip pat siejamas geresne subjektyvia sveikata, fiziniu funkcionavimu ir bendra gyvenimo kokybe (83,84). Yra žinoma, kad vaisių ir daržovių vartojimas mažina kardiovaskulinių ligų ir nutukimo riziką, o tai gali lemti aukštesnius fizinės sveikatos balus (85). Yra duomenų, kad dieta su didesniu daržovių ir vaisių kiekiu siejama su mažesne šizofrenijos rizika (86).

IŠVADOS

1. Ūmios psichiatrijos skyriuje gydomų pacientų socioekonominė būklė, lyginant su bendrąja Lietuvos populiacija, yra prastesnė dėl žemesnio išsilavinimo, dažniau pasitaikančio nedarbo ir gaunamų mažesnių pajamų.
2. Apklaustų pacientų gyvenimo kokybė pagal PSO nustatytą klausimyną vertinama prasčiausiai socialinių ryšių ($50,14 \pm 24,48$) ir psichikos sveikatos ($53,19 \pm 25,68$), kiek geriau aplinkos

(58,38 ± 18,47) ir fizinės sveikatos (59,05 ± 20,27) srityse. Prasčiau vertinamai gyvenimo kokybei įtakos turi žemesnis išsilavinimas, bedarbystė ir mažesnės pajamos.

3. Skyriuje gydomi pacientai dažniau yra rūkantys, vartojantys alkoholi, dauguma jų nesuvartoja PSO rekomenduojamo vaisių ir daržovių kiekio.

ŠALTINIAI

1. Navarro-Carrillo G, Alonso-Ferres M, Moya M, Valor-Segura I. Socioeconomic Status and Psychological Well-Being: Revisiting the Role of Subjective Socioeconomic Status. *Front Psychol.* 2020;11. doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01303
2. Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, Varghese T, Shen J, Sandesara P, et al. Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions. *Circulation.* 2018, 137(20):2166-2178. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652
3. Suwannaphant K, Laohasiriwong W, Puttanapong N, Saengsuwan J, Phajan T. Association between Socioeconomic Status and Diabetes Mellitus: The National Socioeconomics Survey, 2010 and 2012. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(7):LC18-LC22. doi: 10.7860/JCDR/2017/28221.10286
4. Berkman Lisa F., Kawachi Ichirō, Glymour Maria M. *Social Epidemiology*. Second edition. Berkman Lisa F., Kawachi Ichirō, Glymour Maria M., editors. Oxford University Press; 2014. 18–19 p.
5. Andreu-Bernabeu Á, González-Peñas J, Arango C, Díaz-Caneja CM. Socioeconomic status and severe mental disorders: a bidirectional multivariable Mendelian randomisation study. *BMJ Mental Health.* 2023, 26(1):1–8. doi: 10.1136/bmjment-2023-300821.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington. 2020. GBD Results.
7. “Visuomenės sveikatos netolygumai.”; Available from: https://stat.hi.lt/user-report-view.aspx?group_id=11
8. Kotzeva A, Mittal D, Desai S, Judge D, Samanta K. Socioeconomic burden of schizophrenia: a targeted literature review of types of costs and associated drivers across 10 countries. *J Med Econ [Internet].* 2023, 26(1):70–83. <https://doi.org/10.1080/13696998.2022.2157596>
9. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull.* 2018, 44(6):1195-1203. doi:10.1093/schbul/sby058
10. Velligan DI, Rao S. The Epidemiology and Global Burden of Schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2023;84(1):45094. <https://doi.org/10.4088/JCP.MS21078COM5>.

11. Hjorthøj C, Stürup AE, Mcgrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Articles*. 2017; 4(4):295-301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
12. Stilo SA, Murray RM. Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(10):100. doi: 10.1007/s11920-019-1091-3
13. Socioeconomic status. Available from: <https://www.apa.org/topics/socioeconomic-status>
14. Miech RA, Hauser RM. Socioeconomic Status and Health at Midlife: A Comparison of Educational Attainment with Occupation-Based Indicators. *Ann Epidemiol*. 2001;11:75–84. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(00\)00079-X](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(00)00079-X)
15. Shavers VL. Measurement of Socioeconomic Status in Health Disparities Research. 2007; 99(9): 1013–1023.
16. Wang J, Geng L. Effects of Socioeconomic Status on Physical and Psychological Health: Lifestyle as a Mediator. 2019; 16(2): 281. doi: 10.3390/ijerph16020281
17. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Soc sci med*. 2015; 128: 316-326. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.12.031.
18. Chokshi DA. Income, Poverty, and Health Inequality. *JAMA*. 2018; 319(13): 1312-1313. doi:10.1001/jama.2018.2521.
19. Patel V, Burns JK, Dhingra M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*. 2018; 17(1): 76–89. doi: 10.1002/wps.20492
20. Zajacova A, Lawrence EM. The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annu Rev Public Health*. 2018; 39: 273–289. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044628
21. Raghupathi V, Raghupathi W. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995-2015. *Arch Public Health*. 2020; 78: 20. doi: 10.1186/s13690-020-00402-5
22. Halpern-Manners A, Schnabel L, Hernandez EM, Silberg JL, Eaves LJ. The relationship between education and mental health: New evidence from a discordant twin study. *Social Forces*. 2016; 95(1): 107–131. <https://doi.org/10.1093/sf/sow035>
23. Li B, Allebeck P, Burstöm B, Danielsson AK, Degenhardt L, Eikemo TA, et al. Educational level and the risk of mental disorders, substance use disorders and self-harm in different age-groups: A cohort study covering 1,6 million subjects in the Stockholm region. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2023; 32(4): e1964. doi: 10.1002/mpr.1964
24. Wittink H, Oosterhaven J. Patient education and health literacy. *Musculoskeletal Science and Practice*. 2018; 38: 120-127. doi: 10.1016/j.msksp.2018.06.004.

25. Van Der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: Results from the dutch adult literacy and life skills survey. *J Health Commun.* 2013;18(SUPPL. 1):172–184. doi: 10.1080/10810730.2013.825668
26. Fujishiro K, Xu J, Gong F. What does “occupation” represent as an indicator of socioeconomic status?: Exploring occupational prestige and health. *Soc Sci Med.* 2010; 71(12): 2100-2107. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.026
27. Schmitz H. Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics.* 2011; 18(1): 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2010.08.005>
28. Sidorchuk A, Engström K, Johnson CM, Leeza NK, Möller J. Employment status and psychological distress in a population-based cross-sectional study in Sweden: the impact of migration. *BMJ Open.* 2017; 7(4): e014698. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014698
29. Rahman T, Lauriello J. Schizophrenia: An Overview. *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry.* 2016; 14(3): 300-307. doi: 10.1176/appi.focus.20160006
30. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>. Disease burden, 2000–2019.
31. Sher L, Kahn RS, Peters JJ. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina.* 2019; 55(7): 361. doi: 10.3390/medicina55070361
32. Azad MC, Shoesmith WD, Al Mamun M, Faris Abdullah A, Khin D, Naing S, et al. Cardiovascular diseases among patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry.* 2016; 19:28-36. doi: 10.1016/j.ajp.2015.11.012
33. Laursen TM, Wahlbeck K, Hä Ilgren J, Westman J, Sby UO, Alinaghizadeh H, et al. Life Expectancy and Death by Diseases of the Circulatory System in Patients with Bipolar Disorder or Schizophrenia in the Nordic Countries. *PLoS One.* 2013; 8(6): e67133. doi: 10.1371/journal.pone.0067133
34. Schneider M, Müller CP, Knies AK. Low income and schizophrenia risk: A narrative review. *Behavioural Brain Research.* 2022; 435(28):114047. doi: 10.1016/j.bbr.2022.114047
35. Chong HY, Teoh SL, Wu DBC, Kotirum S, Chiou CF, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 12: 357- 373. doi: 10.2147/NDT.S96649
36. Mancuso A, Specchia M, Lovato E, Capizzi S, Cadeddu C, Ferriero A, et al. Economic burden of schizophrenia: the European situation. A scientific literature review. *Eur J Public Health.* 2014; 24(suppl_2): 166-129. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku166.129>

37. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *The Lancet*. 2022; 399(10323): 473–486. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01730-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01730-X)
38. Agerbo E, Sullivan PF, Vilhjálmsson BJ, Pedersen CB, Mors O, Børghlum AD, et al. Polygenic Risk Score, Parental Socioeconomic Status, Family History of Psychiatric Disorders, and the Risk for Schizophrenia: A Danish Population-Based Study and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(7): 635–641. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0346
39. Burns JK, Tomita A, Kapadia AS. Income inequality and schizophrenia: Increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. *Int J Soc Psychiatry*. 2014; 60(2): 185-196. doi: 10.1177/0020764013481426
40. Luo Y, Zhang L, He P, Pang L, Guo C, Zheng X. Individual-level and area-level socioeconomic status (SES) and schizophrenia: cross-sectional analyses using the evidence from 1.9 million Chinese adults. *BMJ Open*. 2019; 9(9): e026532. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026532
41. Luo Y, Luo Y, Luo Y, Pang L, Pang L, Zhao Y, et al. Gender difference in the association between education and schizophrenia in Chinese adults. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1): 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02700-2>
42. Cámara S, Contador I, Herrero P, Ruisoto P, Sánchez A, Cuellar L, et al. The role of education in executive functions, behavioral problems and functional performance in people with schizophrenia. *Neuropsychology*. 2021; 35(4): 366–373. <https://doi.org/10.1037/neu0000679>
43. Dickson H, Hedges EP, Ma SY, Cullen AE, Maccabe JH, Kempton MJ, et al. Academic achievement and schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychol Med*. 2020; 50(12): 1949–1965. doi:10.1017/S0033291720002354
44. Yıldız M, Kaytaç Yılmaz BN, İncedere A, Abut FB, Aydın AÖ, Sarandöl A, et al. Rates and correlates of employment in patients with schizophrenia: A multicenter study in Turkey. *Int J Soc Psychiatry*. 2019; 65(3): 235–243. doi: 10.1177/0020764019839082
45. Zaprutko T, Kus K, Bilobryvka R, Rakhman L, Göder R, Michalak M, et al. Schizophrenia and Employment: Evaluation From Professionals Point of View. *Psychiatric Quarterly*. 2015; 86(4): 569–579. doi: 10.1007/s11126-015-9354-6.
46. 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. *Psychiatric Quarterly*. 2019; 90(3): 519–532. doi: 10.1007/s11126-019-09633-4.
47. World Health Organization. <https://www.who.int/tools/whoqol>. WHOQOL: Measuring Quality of Life.

48. Vahedi S. World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. *Iran J Psychiatry* [Internet]. 2010 [cited 2024 Mar 12];5(4):140. Available from: [/pmc/articles/PMC3395923/](#)
49. Whoqol Group T. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 1998; 28(3): 551–558. doi:10.1017/S0033291798006667
50. Kalfoss MH, Reidunsdatter RJ, Klöckner CA, Nilsen M. Validation of the WHOQOL-Bref: psychometric properties and normative data for the Norwegian general population. *Health Qual Life Outcomes*. 2021; 19(1): 1–12. doi: 10.1186/s12955-020-01656-x
51. Švietimas - Oficialiosios statistikos portalas. Available from: <https://osp.stat.gov.lt/svietimas>
52. George M, Maheshwari S, Chandran S, Manohar JS, Sathyanarayana Rao TS. Understanding the schizophrenia prodrome. *Indian J Psychiatry*. 2017; 59(4):505–509. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_464_17
53. Larson MK, Walker EF, Compton MT. Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert Rev Neurother*. 2010; 10(8): 1347–1359. doi: 10.1586/ern.10.93
54. Tomioka K, Kurumatani N, Saeki K. The Association Between Education and Smoking Prevalence, Independent of Occupation: A Nationally Representative Survey in Japan. *J Epidemiol*. 2020; 30(3): 136–142. doi: 10.2188/jea.JE20180195
55. Cao P, Jeon J, Tam J, Fleischer NL, Levy DT, Holford TR, et al. Smoking Disparities by Level of Educational Attainment and Birth Cohort in the U.S. *Am J Prev Med*. 2023; 64(4 Suppl 1): S22–S31. doi: 10.1016/j.amepre.2022.06.021
56. Cooper J, Mancuso SG, Borland R, Slade T, Galletly C, Castle D. Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: The second Australian survey of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012; 46(9): 851–863. doi: 10.1177/0004867412449876
57. Užimtumas - Oficialiosios statistikos portalas. Available from: <https://osp.stat.gov.lt/darbo-rinka-lietuvoje-2022/uzimtumas-nedarbas-ir-laisvos-darbo-vietos/uzimtumas>
58. Hakulinen C, McGrath JJ, Timmerman A, Skipper N, Mortensen PB, Pedersen CB, et al. The association between early-onset schizophrenia with employment, income, education, and cohabitation status: nationwide study with 35 years of follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019; 54(11):1343–1351. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01756-0>
59. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based

- Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophr Bull.* 2016; 42(2): 476–483. doi: 10.1093/schbul/sbv141
60. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry.* 2007; 191(1): 30–37. doi:10.1192/bjp.bp.105.020982
 61. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J. Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: Findings from the CLAMORS study. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2010; 71(3): 280–286. doi: 10.4088/JCP.08m04250yel
 62. Schaefer J, Giangrande E, Weinberger DR, Dickinson D. The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophr Res.* 2013; 150(1): 42–50. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.009
 63. Bouwmans C, De Sonnevile C, Mulder CL, Hakkaart-van Roijen L. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11: 2125–2142. doi: 10.2147/NDT.S83546
 64. Rodiklių duomenų bazė - Oficialiosios statistikos portalas. Available from: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?indicator=S3R0282#/>
 65. Luciano A, Meara E. Employment status of people with mental illness: National survey data from 2009 and 2010. *Psychiatric Services.* 2014; 65(10): 1201–1209. doi: 10.1176/appi.ps.201300335
 66. Šagud M, Mihaljević Peles A, Pivac N. Smoking in schizophrenia: Recent findings about an old problem. *Curr Opin Psychiatry.* 2019; 32(5): 402–408. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000529
 67. Šagud M, Vuksan-Usa B, Jakši N, Mihaljević-Peješ A, Kuzman MR, Pivac N. SMOKING IN SCHIZOPHRENIA: AN UPDATED REVIEW. *Psychiatr Danub.* 2018; 30: 216–223.
 68. Dickerson F, Origoni A, Schroeder J, Adamos M, Katsafanas E, Khushalani S, et al. Natural cause mortality in persons with serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2018; 137(5): 371–379. nd 2018: DOI: 10.1111/acps.12880
 69. Healthy diet. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
 70. Hahn LA, Galletly CA, Foley DL, Mackinnon A, Watts GF, Castle DJ, et al. Inadequate fruit and vegetable intake in people with psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2014; 48(11): 1025–1035. doi:10.1177/0004867414553950
 71. Arat Çelik HE, Ceylan D, Bağcı B, Akdede BB, Alptekin K, Özerdem A. Quality of Life of Individuals with Bipolar Disorder and Schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry.* 2022; 59(4): 309–314. doi: 10.29399/npa.28089

72. Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubzda A, Olajosy M. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018; 25(1): 50–55. doi: 10.5604/12321966.1233566
73. De Hert M, Detraux J, Van Winkel R, Yu W, Correll CU. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nature Reviews Endocrinology*. 2011; 8(2): 114–126. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.156>
74. Jacob JA, Kuruvilla A. Quality of Life and Explanatory Models of Illness in Patients with Schizophrenia. *Indian J Psychol Med*. 2018; 40(4): 328–334. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_144_18
75. Lu L, Zeng LN, Zong QQ, Rao WW, Ng CH, Ungvari GS, et al. Quality of life in Chinese patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2018; 268: 392–399. doi: 10.1016/j.psychres.2018.07.003.
76. Fujimaki K, Morinobu S, Yamashita H, Takahashi T, Yamawaki S. Predictors of quality of life in inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2012; 197(3): 199–205. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.023>.
77. Caron J, Mercier C, Diaz P, Martin A. Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Res*. 2005; 137(3): 203–213. doi: 10.1016/j.psychres.2005.07.002
78. Caqueo-Úrizar A, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Religion involvement and quality of life in patients with schizophrenia in Latin America. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 51(4): 521–528. doi: 10.1007/s00127-015-1156-5
79. Fujino H, Sumiyoshi C, Sumiyoshi T, Yasuda Y, Yamamori H, Ohi K, et al. Predicting employment status and subjective quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophr Res Cogn*. 2016; 3: 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2015.10.005>
80. Hacıoglu Yildirim M, Alantar Z, Yildirim EA. The relationship between working status and symptoms, quality of life and self-esteem in patients with schizophrenia in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*. 2013; 60(7): 646–655. doi:10.1177/0020764013511791
81. Hasan AAH. The correlation between the quality of life and clinical variables among outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2019; 271: 39–45. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.062
82. Makara-Studzińska M, Wołyniak M, Partyka I. The quality of life in patients with schizophrenia in community mental health service-selected factors. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*. 2011; 5(1): 31–34.

83. Pietrabissa G, Brand S, Tan SL, Storm V, Reinwand DA, Wienert J, et al. Understanding the Positive Associations of Sleep, Physical Activity, Fruit and Vegetable Intake as Predictors of Quality of Life and Subjective Health Across Age Groups: A Theory Based, Cross-Sectional Web-Based Study. *Front Psychol.* 2018; 9: 977. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00977
84. Kenkhuis MF, Van Duijnhoven FJ, Van Roekel EH, JI Breedveld-Peters J, Breukink SO, Janssen-Heijnen ML, et al. Longitudinal associations of fiber, vegetable, and fruit intake with quality of life and fatigue in colorectal cancer survivors up to 24 months posttreatment. *Am J Clin Nutr.* 2022; 115(3): 822–832. doi: 10.1093/ajcn/nqab360
85. Slavin JL, Lloyd B. Health Benefits of Fruits and Vegetables. *Advances in Nutrition.* 2012; 3(4): 506–516. doi: 10.3945/an.112.002154
86. Tsuruga K, Sugawara N, Sato Y, Saito M, Furukori H, Nakagami T, et al. Dietary patterns and schizophrenia: a comparison with healthy controls. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11: 1115–1120. doi: 10.2147/NDT.S74760
87. WHO. WHOQOL-BREF| The World Health Organization [Internet]. www.who.int. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

PRIEDAI

Magistrinio darbo „Ūmios psichiatrijos skyriuje gydomų pacientų socioekonominės būklės įvertinimas“ apklausa

Sveiki, aš, Gabrielė Petrauskaitė, esu medicinos vientisųjų studijų 6 kurso studentė ir šiuo metu atlieku mokslinį baigiamąjį tyrimą „Ūmios psichiatrijos skyriuje gydomų pacientų socioekonominės būklės įvertinimas“. Prašau Jūsų pagalbos užpildant anketą. Visi atsakymai yra anonimiški ir bus naudojami tik mokslinio tyrimo tikslais.

Kilus klausimams kreiptis: gabriele.petrauskaite@mf.stud.vu.lt

Darbo vadovas: Lekt. Laurynas Bukelskis

I dalis

1. Lytis:
 - Vyras
 - Moteris
2. Amžius (įrašyti):.....
3. Išsilavinimas:
 - Aukštasis universitetinis
 - Aukštasis neuniversitetinis, aukštesnysis ar specialusis vidurinis
 - Profesinis
 - Vidurinis
 - Pagrindinis
4. Gyvenamoji vieta:
 - Didmiestis
 - Miestas
 - Miestelis
 - Kaimas
5. Šeimyninė padėtis:
 - Vedęs/Ištekėjusi
 - Turiu draugę(-ą)
 - Išsiskyręs(-usi)
 - Našlys(-ė)
 - Vienišas(-a)
6. Darbinė padėtis:
 - Dirbantis(-i)
 - Bedarbis(-ė)
 - Studentas(-ė)
 - Moksleivis(-ė)
7. Darbingumo lygis :
 - Nenustatytas
 - 0-25 %
 - 30-40%
 - 45-55%
8. Mėnesinės pajamos:
 - iki 200 Eur
 - 201-600 Eur
 - 601-1000 Eur
 - 1001-1500 Eur
 - 1501 ir daugiau Eur
 - Neturiu pajamų
9. Kokio dydžio Jūsų mėnesiniai finansiniai įsipareigojimai
 - Neturiu

- 10 - 50 Eur
- 51-100 Eur
- 101-200 Eur
- 201-500 Eur
- >501 Eur

10. Ar esate pasiskolinę pinigų iš privačių asmenų?

- Taip
- Ne

Jeigu atsakėte „Taip“, kokią sumą? (Įrašyti).....

11. Ar turite pasiėmę kreditą ar paskolą ?

- Taip
- Ne

Jeigu atsakėte „Taip“, kokią sumą? (Įrašyti).....

12. Kokias pajamas gaunate (galima pažymėti kelis variantus):

- Negaunu pajamų, finansiškai remia artimieji
- Darbo užmokestį
- Socialinę pašalpą
- Neįgalumo išmoką
- Tikslinę spec. poreikių kompensaciją
- Našlaičio pašalpą
- Našlio/ės pensiją
- Vienišo asmens išmoką
- Stipendiją
- Kita (įrašykite).

13. Ar užtenka pajamų pragyvenimui?

- Užtenka visada
- Dažniau užtenka, negu neužtenka
- Dažniau neužtenka, negu užtenka
- Neužtenka.

14. Kiek pinigų per mėnesį skiriate vaistų įsigijimui? (įrašyti)

15. Ar Jums užtenka pajamų vaistams įsigyti?

- Taip
- Ne
- Ne visiems

16. Ligos pradžios amžius (įrašyti):.....

17. Ligos trukmė (įrašyti):.....

18. Ankstesnių hospitalizacijų skaičius:.....

19. Ar vartojate alkoholi?

- Taip
- Ne
- Anksčiau vartodavau

20. Jeigu atsakėte „Taip“, kaip dažnai:

- Kelis kartus per metus
- Kartą per mėnesį
- 2-3 kartus per mėnesį
- Kartą per savaitę
- Kelis kartus per savaitę
- Kas dieną;
-

21. Ar rūkote?

- Taip
 - Ne
22. Jeigu atsakėte „Taip“, kiek cigarečių per dieną?
- Po kelias cigaretes
 - Daugiau nei 10 cigarečių per dieną
 - 1 pakelį cigarečių
 - Daugiau nei 1 pakelį cigarečių
23. Ar vartojate narkotines medžiagas ?
- Taip
 - Ne
 - Anksčiau vartodavau
24. Jeigu atsakėte „Taip“, kaip dažnai:
- Kelis kartus per metus
 - Kartą per mėnesį
 - 2-3 kartus per mėnesį
 - Kartą per savaitę
 - Kelis kartus per savaitę
 - Kas dieną
 -
25. Ar perkate vaisius/daržoves parduotuvėse?
- Taip
 - Ne
26. Kiek per dieną suvartojate vaisių/daržovių?
- 1-2 vienetus
 - 3-4 vienetus
 - 5-6 vienetus
 - 7 ir daugiau

**PSO NUSTATYTA GYVENIMO KOKYBĖ – SUTRUMPINTA FORMA
(WHOQOL-BREF) (87)**

Noriu paklausti, ką jūs manote apie savo gyvenimo kokybę, sveikatą, ar kitas gyvenimo sritis.
Prašau pasirinkti labiausiai tinkamą atsakymą. Jei nesate tikras, ar atsakymas tinka, neabejokite, pirmasis jūsų sugalvotas atsakymas dažniausiai yra labiausiai tinkamas.

Prašau turėti mintyje savo normas, įpročius, viltis, pomėgius ir interesus. Mes prašome jūsų galvoti apie savo gyvenimą **per paskutinį mėnesį prieš pradėdant gydymą.**

		Labai blogai	Blogai	Nei blogai, nei gerai	Gerai	Labai gerai
1.	Kaip įvertintumėte savo gyvenimo kokybę?	1	2	3	4	5

		Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas, nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
2.	Ar esate patenkintas savo sveikata?	1	2	3	4	5

Kiti klausimai apie tai, kiek patyrėte tam tikrų dalykų per pastarąsias keturias savaites.

		Visai ne	Menkai, nedaug	Vidutinišk ai	Labai	Nepaprast ai daug
3.	Ar jaučiate, kad fizinis skausmas trukdo jums atlikti tai, ką reikia?	5	4	3	2	1
4.	Ar jums reikia gydymo, kad galėtumėte susidoroti su kasdienio gyvenimo problemomis?	5	4	3	2	1
5.	Ar jūs džiaugiatės gyvenimu?	1	2	3	4	5
6.	Ar jaučiate, kad jūsų gyvenimas yra reikšmingas?	1	2	3	4	5
7.	Ar jūs galite sukaupti dėmesį?	1	2	3	4	5
8.	Kaip saugiai jūs jaučiatės savo kasdieniniame gyvenime?	1	2	3	4	5
9.	Ar sveika yra jūsų fizinė aplinka?	1	2	3	4	5

Kiti klausimai apie tai ar jūs patyrėte ar galėjote atlikti tam tikrus darbus per pastarąsias keturias savaites.

		Visai ne	Menkai, nedaug	Vidutinišk ai	Dažniausia i	Visada
10.	Ar turite pakankamai energijos kasdienio gyvenimo veiklai?	1	2	3	4	5
11.	Ar jums priimtina jūsų kūno išvaizda?	1	2	3	4	5
12.	Ar turite pakankamai pinigų savo reikmėms?	1	2	3	4	5
13.	Ar jus pasiekia kasdienio gyvenimo informacija?	1	2	3	4	5
14.	Ar turite galimybę laisvalaikio veiklai?	1	2	3	4	5

		Labai blogai	blogai	Nei blogai, nei gerai	Gerai	Labai gerai
15.	Ar gerai jūs sugebate judėti iš vienos vietos į kitą?	1	2	3	4	5

		Labai nepatenkint as	Nepatenkin tas	Nei patenkintas, nei nepatenkint as	Patenkinta s	Labai patenkinta s
16.	Ar patenkintas savo miegu?	1	2	3	4	5

17.	Ar patenkintas galimybe atlikti kasdienę veiklą?	1	2	3	4	5
18.	Ar patenkintas darbo geba?	1	2	3	4	5
19.	Ar patenkintas savimi?	1	2	3	4	5
20.	Ar patenkintas asmeniniais santykiais?	1	2	3	4	5
21.	Ar patenkintas seksualiniu gyvenimu?	1	2	3	4	5
22.	Ar patenkintas parama, gauta iš draugų?	1	2	3	4	5
23.	Ar patenkintas savo gyvenamosios vietos sąlygomis?	1	2	3	4	5
24.	Ar patenkintas galimybe naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis?	1	2	3	4	5
25.	Ar patenkintas esamu transportu?	1	2	3	4	5

Šis klausimas susijęs su tuo, kaip dažnai jautėte ar išgyvenote tam tikrus dalykus per pastarąsias keturias savaites.

		Niekada	Retai	Pakankamai dažnai	Labai dažnai	Visada
26.	Kaip dažnai patiriate neigiamus jausmus, pvz., liūdną nuotaiką, neviltį, nerimą, depresiją?	5	4	3	2	1

	<i>Srities taškų apskaičiavimo formulės</i>	<i>Neapdorotas skaičius</i>	<i>Transformuoti taškai*</i>	
			<i>4-20</i>	<i>0-100</i>
27.	1 sritis $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	<i>a. =</i>	<i>b:</i>	<i>c:</i>
28.	2 sritis $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$	<i>a. =</i>	<i>b:</i>	<i>c:</i>
29.	3 sritis $Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$	<i>a. =</i>	<i>b:</i>	<i>c:</i>
30.	4 sritis $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	<i>a. =</i>	<i>b:</i>	<i>c:</i>