

**VILNIAUS UNIVERSITETAS**  
**MEDICINOS FAKULTETAS**  
**REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS**  
**SLAUGOS MAGISTRANTŪROS DIENINIŲ STUDIJŲ PROGRAMA**

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Slaugos studijų komiteto  
pirmininkė prof. D. Kalibatienė

Data:

Julija Ovezdej

**SERGANČIŲJŲ ARTERINE HIPERTENZIJA**  
**PSICHOEMOCINĖS BŪKLĖS ĮVERTINIMAS**

**SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbo vadovas:

VU MF Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos  
instituto Med. dr. lek. Rimgaudas Staigis

Konsultantas: Med. dr. Gintautas Daubaras

Darbo priėmimo data:

Vadovo parašas

VILNIUS, 2008

## TRUMPA DARBO ANOTACIJA

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Sergančiųjų arterine hipertenzija psichoemocinės būklės įvertinimas“ atliktas 2006 – 2008 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto bazėje.

Magistro baigiamojo darbo tema buvo pasirinkta konsultuojantys su darbo vadovu, bei konsultantu (2006 – 11 – 06 – 2006 – 11 – 13). Literatūros rinkimas darbo tema vyko nuo 2007 – 10 – 01 iki 2008 – 03 – 19. Tyrimas atliktas Vilniaus miesto universitetinės ligoninės (VMUL) nefrologiniame skyriuje, Viešosios įstaigos Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų (VšĮ VUL SK) nefrologiniame skyriuje. Apklausa (mokslinės medžiagos rinkimas) VMUL vykdyta nuo 2007 – 09 – 07 iki 2008 – 03 – 26, VšĮ VUL SK nuo 2008 – 01 – 21 iki 2008 – 03 – 28. Kartą per savaitę/dvi buvo lankomasi VMUL ir VšĮ VUL SK ir apklausiami respondentai gavus jų sutikimą. VMUL nefrologiniame skyriuje buvo apklausti 138 pacientai, VšĮ VUL SK – 44. Surinktų duomenų statistinė analizė atlikta nuo 2008 – 03 – 31 iki 2008 – 04 – 15.

Darbas taikomojo pobūdžio. Darbo apimtis 77 psl. Slaugos magistro baigiamasis darbas „Sergančiųjų arterine hipertenzija psichoemocinės būklės įvertinimas“ įrodo, kad medicinos praktikoje slaugant pacientus, svarbu nepamiršti, kad asmenybė – tai žmogaus fiziologinių, psichologinių, dvasinių, socialinių ir kultūrinių savybių visuma ir vienybė.

Darbo vadovas: Med. dr. lek. Rimgaudas Staigis, VU MF Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas

Konsultantas: Med. dr. Gintautas Daubaras, Antakalnio psichikos sveikatos centro vedėjas

Recenzentai:

- 1.
- 2.

Darbo gynimo data: 2008 06

Darbo gynimo vieta: Vilniaus miesto universitetinė ligoninė

Dėkoju Vilniaus miesto universitetinės ligoninės nefrologinio skyriaus vyr. slaugos administratorei L. Bechterevei, Viešosios įstaigos Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų direktorei slaugai R. Nalivaikienei, leidusioms vykdyti pacientų apklausą ir susipažinti su pacientų ligos istorijomis.

Nuoširdžiai dėkoju magistro darbo vadovui, Med. dr. lek. R. Staigiui, už gerą vadovavimą, gerus patarimus, rašant baigiamąjį darbą.

## SANTARAUKA LIETUVIŲ KALBA

Darbo autorė: J. Ovezdej

Slaugos magistro baigiamasis darbas – „Sergančiųjų arterine hipertenzija psichoemocinės būklės įvertinimas“

Darbo vadovas: Med. dr. lek. Rimgaudas Staigis, VU MF Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas

Konsultantas: Med. dr. Gintautas Daubaras, Antakalnio psichikos sveikatos centro vedėjas

Vilniaus universitetas Medicinos fakultetas

Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas

Daugelyje šalių psichinė sveikata ir psichiniai sveikatos nusiskundimai nelaikomi tokiais pat svarbiais, kaip fizinė sveikata. Jie dažnai ignoruojami arba tiesiog pamirštami. Daugelis somatinių gydymo įstaigų pacientų turi psichikos sutrikimų. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigose mažiausiai 23 proc. besikreipiančių pacientų nustatoma psichikos sutrikimų. Manoma, kad nuo 30 iki 60 proc. somatinių ligoninių pacientų ir nuo 50 iki 80 proc. ambulatorinių pacientų kenčia nuo psichikos distreso, kuris svarbus gydant somatinę ligą.

**Baigiamojo darbo tikslas** – įvertinti sergančiųjų arterine hipertenzija psichoemocinę sveikatos būklę.

### **Uždaviniai**

1. Įvertinti distreso, depresinės nuotaikos, nerimo, somatizacinio sutrikimo dažnį sergančiųjų arterine hipertenzija tarpe.
2. Išanalizuoti distreso, depresijos, nerimo, somatizacijos simptomų tarpusavio ryšį.
3. Išsiaiškinti ar yra ryšys tarp psichosomatinių sutrikimų paplitimo ir ligos trukmės, hipertenzijos laipsnio, bei vaistų vartojimo.
4. Sužinoti kaip pacientai vertina savo psichinę ir fizinę sveikatos būklę ir palyginti su gautais rezultatais.

## **Hipotezė**

Sergančiųjų arterine hipertenzija psichoemocinė sveikatos būklė yra sutrikusi, ypač esant blogai koreguojamai arterinei hipertenzijai ir ilgai ligos trukmei.

## **Tyrimo objektas ir metodai:**

Tyrimo dalyvavo 182 pacientai, sergantys arterine hipertenzija (AH) ir besigydantys VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų nefrologiniame skyriuje, Vilniaus miesto universitetinės ligoninės (VMUL) nefrologiniame skyriuje. Apklausa vykdyta nuo 2007 – 09 – 07 iki 2008 – 03 – 28 VšĮ VUL SK ir VMUL. Pacientai buvo apklausti anketiniu būdu atsitiktinės atrankos metodu, naudojant Keturių simptomų matavimo anketą (4SMA). Duomenims apdoroti ir interpretuoti buvo naudojamas programų paketas „SPSS for Windows“ 9 v., duomenys laikomi patikimais kai  $p < 0,05$ .

## **Rezultatai:**

1. Distresas ir somatizacija buvo dažnas sergančiųjų AH, požymis. Distresą patiria 61,6% (112) apklaustųjų, iš jų didelio intensyvumo stresą patiria 14,3% (26). Didesnė dalis – 47,3% (86) sergančiųjų AH išgyvena vidutinio intensyvumo stresą. 57,7% (105) respondentų skundėsi įvairiais fizinės sveikatos sutrikimais. 46,2% (84) apklaustųjų turėjo vidutinio stiprumo somatizaciją, 11,5% (21) – stiprią. Apklaustųjų tarpe polinkis į depresiją sutinkamas rečiau. Depresijos požymių turėjo 28,5% (52) respondentų, iš jų vidutinio stiprumo polinkį į depresiją – 15,9% (29) apklaustųjų, 12,6% (23) – stiprų polinkį. Polinkis į nerimą buvo retas – 6% (11), iš jų 1,6% (3) respondentų turi stiprų polinkį į nerimą, 4,4% (8) – vidutinį.
2. Psichologiniai ir somatiniai sutrikimai yra tarpusavyje susiję, bet koreliuoja skirtingu mastu. Distresas yra stipriai susijęs su depresija, t.y. distresas skatina depresijos atsiradimą. Distreso ir somatizacijos skalės turėjo mažesnę, bet pakankamai reikšmingą koreliaciją. Nerimas yra mažai susijęs su distresu ir depresija. Somatiniai sutrikimai turi įtakos nerimo ir depresijos atsiradimui.
3. Psichologinio ir somatinio pobūdžio sutrikimų paplitimas nepriklauso nuo ligos trukmės ir AH lygių, bet priklauso nuo vaistų vartojimo. Pacientai, vartojantys vaistus nuo AH reguliariai, laikantys gydytojo rekomendacijų, psichinės sveikatos sutrikimų turėjo mažiau.
4. Sergantys AH savo psichinę sveikatą vertino objektyviai. Jų fizinė sveikata, kaip parodė tyrimo rezultatai, buvo geresnė, nei jie manė.

**Išvados:**

Sergančiųjų arterine hipertenzija psichoemocinė sveikatos būklė yra sutrikusi, ypač esant blogai koreguojamai arterinei hipertenzijai, bet ligos trukmė nedaro žymesnės įtakos psichoemocinei būklei.

## SANTARAUKA ANGLŲ KALBA

Supervisor – Ovezde J.

The final work for master degree of nursing – “Psychoemotional state Evaluation of the patients with arterial hypertension“

Adviser – Ph. D. Staigis Rimgaudas, Institute of Rehabilitation, Sport Medicine and Nurse of Vilnius University Medical faculty

Consultant – Ph. D. Daubaras Gintautas, Head of Antakalnis Mental Health center  
Vilnius University, Medical faculty

Institute of Rehabilitation, Sport Medicine and Nurse

Mental health and mental health complaints are considered less important than physical health in many countries. Moreover, they are often ignored or just forgotten. Many patients of somatical health care institutions have mental disorders. Mental disorders are diagnosed to at least 23% of patients, who apply to doctors in primary health care institutions. It is believed that from 30 to 60% of somatical patients in hospitals and from 50 to 80% of ambulatorical patients suffer from mental distress which is important managing somatical disease.

The aim of the final work is to evaluate psychoemotional state of the patients with arterial hypertension.

### **Aims of the paper:**

1. To evaluate distress, depressive mood, anxiety and somatisation disorder rate among the patients with arterial hypertension.
2. To analyze the relationship between distress, depression, anxiety and somatisation symptoms.
3. To clear up if there is a relation between the incidence of psychosomatical disorders and duration of disease, hypertension degree and drugs consumption.
4. To find out how patients estimate their mental and physical health state and compare with our results.

## **Hypothesis**

Psychoemotional health state of the patients with arterial hypertension is broken down, especially when arterial hypertension is poorly controlled and disease duration is long lasting.

## **The object and method of the survey:**

The survey includes 182 patients with arterial hypertension (AH) from nephrology departments of Vilnius University Santariškių Klinikos (VUL SK) and Vilnius city University hospital (VCUH). Patients were questioned incidentally from 2007 – 09 – 07 to 2008 – 03 – 28 at VUL SK and VCUH using the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ). The data was processed with SPSS 9.00 program, significance was considered less than 0.05.

## **Results:**

1. Distress and somatisation were frequently obtained among the symptoms for the patients with AH. 61,6 % (112) of the patients questioned suffered from distress, and 14,3% (26) among them suffered from strong intensiveness stress. Significant part, or 47,3% (86) of the patients with AH underwent stress of moderate intensiveness. 57,7% (105) of the respondents complained of various physical health disorders. 46,2% (84) patients had somatisation of moderate intensiveness, 11,5% (21) suffered strong somatisation. Tend to depression between the respondents were rarer. 28,5% (52) of the patients questioned had the symptoms of depression, 15,9% (29) of them had bent to depression of moderate intensiveness, 12,6% (23) had severe inclination for depression. Tend to anxiety was rare, just 6% (11), 1,6% (3) of the respondents had severe bent to anxiety, for 4,4% (8) this bent was moderate.
2. Psychological and somatic nature disorders are related, but correlate in a different scale. Distress is strongly related to depression, it means that distress stimulates development of depression. Distress and somatisation scales have poorer, but sufficiently significant correlation. Anxiety is not closely connected to distress and depression. Somatisation disorders influence the appearance of anxiety and depression.
3. Incidence of disorders with psychological and somatic nature does not depend on the length of disease and the level of AH, but depends on the consumption of drugs. Patients who use drugs from AH regularly and keep doctors recommendations had less mental health disorders.

4. Patients with arterial hypertension estimated their mental health objectively. Our survey results showed that the physical health of these patients was better than they thought.

**Conclusions:**

Psychoemotional health state of the patients with arterial hypertension is broken down, especially when arterial hypertension is badly controlled, but the duration of the disease does not have remarkable influence on psychoemotional state.



## LENTELIŲ SARAŠAS

1 lentelė. Sergamumas AH Lietuvoje 2001 – 2006m. ....	24
2 lentelė. Arterinio kraujospūdžio lygių klasifikacija .....	25
3 lentelė. Sergamumas depresija Lietuvoje 2000 – 2006m.....	29
4 lentelė. Distresui būdingi požymiai.....	48
5 lentelė. Depresijai būdingi požymiai.....	52
6 lentelė. Nerimui būdingi požymiai.....	54
7 lentelė. Somatizacijai būdingi simptomai .....	57
8 lentelė. 4SMA skalių tarpusavio koreliacijos.....	59
9 lentelė. Vaistų vartojimas pagal ligos trukmę.....	62

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Psichiatrinės sampratos integravimo į somatinę mediciną idėjų raida.....	20
2 pav. Galimos streso pasekmės.....	28
3 pav. Nerimo rūšys.....	34
4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.....	42
5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą.....	42
6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį.....	43
7 pav. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal darbinę veiklą.....	43
8 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal darbo pobūdį.....	44
9 pav. Ligos trukmė.....	44
10 pav. Vidutinis sistolinio spaudimo dydis mėnesio laikotarpyje.....	45
11 pav. Vidutinis diastolinio spaudimo dydis mėnesio laikotarpyje.....	45
12 pav. Apklaustųjų fizinė sveikata.....	46
13 pav. Apklaustųjų psichinė sveikata.....	46
14 pav. Sutrikimų paplitimas.....	47
15 pav. Distreso pasireiškimo laipsnis.....	48
16 pav. Distreso požymių paplitimas respondentų tarpe.....	50
17 pav. Susirūpinimo pasireiškimo dažnis.....	50
18 pav. Nemigos pasireiškimo dažnis.....	51
19 pav. Įtampos pasireiškimo dažnis.....	51
20 pav. Polinkio į depresiją stiprumas.....	52
21 pav. Džiaugsmo praradimo pasireiškimo dažnis.....	53
22 pav. Jausmo, kad nėra išeities iš padėties pasireiškimo dažnis.....	53
23 pav. Jausmo, kad gyvenimas bevertis pasireiškimo dažnis.....	53
24 pav. Polinkis į nerimą.....	54
25 pav. Somatizacijos pasireiškimo laipsnis.....	56
26 pav. Dažnai ir labai dažnai pasireiškiantys somatiniai sutrikimai respondentų tarpe.....	58

## SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

- VMUL – Vilniaus miesto universitetinė ligoninė  
VŠĮ VUL SK – Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos  
PSO – Pasaulinė Sveikatos Organizacija  
AH – arterinė hipertenzija  
AKS – arterinis kraujo spaudimas  
DŽS – dirgliosios žarnos sindromas  
BPG – bendrosios praktikos gydytojas  
4SMA – Keturių simptomų matavimo anketa  
JK – Jungtinė Karalystė  
JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

## TURINYS

TRUMPA DARBO ANOTACIJA.....	1
TRUMPA DARBO ANOTACIJA.....	2
SANTARAUKA LIETUVIŲ KALBA.....	3
SANTARAUKA ANGLŲ KALBA .....	6
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	9
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	10
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS .....	11
TURINYS.....	12
ĮVADAS.....	14
1. LITERATŪROS APŽVALGA .....	17
1.1. Psichikos sveikatos ir patologijos samprata .....	17
1.2. Somatinės psichiatrijos plėtra.....	19
1.2.1. Somatinės psichiatrijos raida užsienyje.....	19
1.2.2. Psichiatrijos samprata.....	20
1.2.3. Lietuvos somatinio gydymo įstaigų psichiatrijos apžvalga.....	22
1.3. Arterinė hipertenzija.....	23
1.3.1. Arterinės hipertenzijos paplitimas.....	23
1.3.2. Arterinės hipertenzijos apibrėžimas .....	24
1.3.3. Psichologiniai padidėjusio kraujo spaudimo aspektai.....	25
1.4. Distresas .....	26
1.4.1. Streso apibrėžimas.....	26
1.4.2. Distreso apibrėžimas .....	27
1.4.3. Distreso simptomai.....	28
1.5. Depresija.....	28
1.5.1. Depresijos paplitimas .....	28
1.5.2. Depresijos apibrėžimas .....	31
1.5.3. Depresijos simptomai.....	31
1.5.4. Depresija ir somatinės ligos .....	32
1.6. Nerimas.....	32
1.6.1. Nerimo paplitimas .....	32
1.6.2. Nerimo apibrėžimas .....	33

1.6.3.	Nerimo simptomai.....	34
1.6.4.	Mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas .....	35
1.6.5.	Nerimas ir somatiniai sutrikimai .....	35
1.7.	Somatizacija.....	36
1.7.1.	Somatizacijos paplitimas.....	36
1.7.2.	Somatizacijos apibrėžimas .....	36
1.7.3.	Psichosomatiniai kai kurių somatinių ligų aspektai .....	36
2.	TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	39
3.	TYRIMO REZULTATAI.....	42
3.1.	Tiriamųjų charakteristika.....	42
3.1.1.	Bendri respondentų duomenys .....	42
3.1.2.	Respondentų išsilavinimas .....	42
3.1.3.	Respondentų gyvenamoji vieta .....	42
3.1.4.	Respondentų šeimyninė padėtis .....	43
3.1.5.	Respondentų darbinė veikla .....	43
3.1.6.	Respondentų bendroji klinikinė charakteristika.....	44
3.1.7.	Respondentų fizinės ir psichinės sveikatos vertinimas .....	46
3.2.	Keturių simptomų matavimo anketos analizė .....	47
3.2.1.	Distreso pasireiškimo analizė.....	48
3.2.2.	Depresijai būdingų požymių analizė.....	52
3.2.3.	Nerimo simptomų analizė .....	54
3.2.4.	Somatizacijos simptomų pasireiškimo analizė.....	56
3.2.5.	Keturių simptomų matavimo anketos skalių analizė.....	59
3.2.6.	Distreso koreliacija su kitomis skalėmis .....	59
3.2.7.	Nerimo skalės koreliacija su kitomis skalėmis .....	60
3.2.8.	Somatizacijos skalės koreliacija su kitomis skalėmis .....	61
3.3.	Ligos trukmės (AH) įtaka sveikatai.....	62
3.4.	Respondentų nuomonės apie sveikatą palyginimas su gautais rezultatais.....	63
4.	REZULTATŲ APTARIMAS .....	64
	IŠVADOS.....	67
	PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	68
	LITERATŪRA.....	69
	1 PRIEDAS .....	71

## ĮVADAS

Šiuolaikinė sveikatos samprata apima ne tik fizinį (biologinį), bet ir psichologinį bei socialinį komponentus. Pagal Pasaulinės Sveikatos Organizacijos (PSO) 1946m. deklaraciją: sveikata yra ne tik ligos ar negalios nebuvimas, bet ir visiška fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, todėl sveikatos dalykai tapo ne tik medicinos, bet ir psichologijos nagrinėjamu objektu [1].

Psichologiniai sveikatos nusiskundimai labai paplitę visuomenėje ir fiksuojami bendrosios sveikatos statistikoje [2].

Oficialiais PSO duomenimis, pasaulyje 1500 milijonų žmonių serga psichikos sutrikimais, apie 1/3 jų serga daugiau nei vienu sutrikimu, 3/4 gyvena išsivysčiusiose šalyse [3]. Nustatyta, kad Vakarų visuomenėje psichologinis distresas buvo būdingas 15 – 25 proc. bendruomenės narių [2].

Netikslinga yra atskirti psichikos sutrikimus ir somatines ligas, nes fizinis, psichinis ir socialinis sveikatos aspektai yra neatsiejamai susiję: somatinė liga gali sąlygoti rimtus psichikos pokyčius: depresiją, nerimą, baimę bei socialinę dezadaptaciją. Lygiai taip pat psichikos sutrikimas gali sąlygoti fizinius pokyčius [4, 5]. Daugumai pacientų psichikos sutrikimai pasireiškia somatiniais nusiskundimais [4].

Deja, daugelyje šalių psichinė sveikata ir psichiniai sveikatos nusiskundimai nelaikomi tokiais pat svarbiais, kaip fizinė sveikata. Jie dažnai ignoruojami arba tiesiog pamirštami [6].

Sunku tiksliai nustatyti, kiek somatinių gydymo įstaigų pacientų turi psichikos sutrikimų. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigose mažiausiai 23 proc. besikreipiančių pacientų nustatoma psichikos sutrikimų [4]. Manoma, kad nuo 30 iki 60 proc. somatinių ligoninių pacientų ir nuo 50 iki 80 proc. ambulatorinių pacientų kenčia nuo psichikos distreso, kuris svarbus gydant somatinę ligą [4].

Lietuvos psichiatrai mokslininkai mažai tiria įvairiomis somatinėmis ligomis sergančių pacientų psichiatrinės pagalbos problemas. Beveik nėra tokio pobūdžio epidemiologinių, klinikinių, diagnostikos ir gydymo tyrimų. Lietuvoje pirmąkart 1991 – 1992m. buvo analizuotas somatinių pacientų psichikos sutrikimų paplitimas. Tyrimas atliktas Antakalnio poliklinikoje ir M. Marcinkevičiaus ligoninės gastroenterologijos ir terapijos skyriuose. Tačiau nėra išanalizuotos psichiatrinės problemos daugelio kitų pacientų, sergančių somatinėmis ligomis [4].

Viena iš labiausiai paplitusių lygu daugelyje pasaulio šalių – arterinė hipertenzija. Širdies ir kraujagyslių ligų epidemija neatslūgsta – nuo šių ligų, jų komplikacijų pasaulyje miršta kas trečias žmogus, o Lietuvoje – net kas antras. Sergamumas arterine hipertenzija vis didėja. Tačiau, mokslininkų nuomone, net ir įvertinus tokių veiksnių įtaką, kaip rūkymas, nutukimas, riebus maistas, galiausiai – paveldimumas, kai kurie ligos atvejai lieka nepaaiškinti. Taigi kas dar gali turėti įtakos prasidėti arterinei hipertenzijai? [7].

Iš darbų, atliktų slaugytojų, aš radau tik VU slaugos magistrantūros studentės magistrinį darbą, kuriame vertinamas sergančiųjų arterine hipertenzija gyvenimo būdas. Bet, nei viena kita profesija neturi tokio plataus vaidmenų spektro. Slaugytojai skatina sveikatą, slaugo ir padeda įgyvendinti gydymą, dalyvauja reabilitacijoje ir remia pacientus siekiant sveikatos. Slaugytojai padeda susidoroti su ligos sukeltomis problemomis, mokėti jas spręsti, o jei būtina, gyventi su jomis (problemomis) taip, kad likęs gyvenimas tęstųsi kiek įmanomai kokybiškai. Slaugytojos atlieka daug daugiau, nei vien paciento priežiūra [8].

Slaugytojos nuolatos vertina žmonių sveikatą. Jų nuolatinis buvimas šalia pacientų, stebėjimo įgūdžiai, akylumas leidžia gydytojams tiksliau diagnozuoti ir siūlyti tinkamesnį gydymą [8].

Savo darbe norėčiau išanalizuoti sergančiųjų arterine hipertenzija psichoemocines problemas.

## **Tikslas**

Įvertinti sergančiųjų arterine hipertenzija psichoemocinę sveikatos būklę.

## **Uždaviniai**

1. Įvertinti distreso, depresinės nuotaikos, nerimo, somatizacinio sutrikimo dažnį sergančiųjų arterine hipertenzija tarpe.
2. Išanalizuoti distreso, depresijos, nerimo, somatizacijos simptomų tarpusavio ryšį.
3. Išsiaiškinti ar yra ryšys tarp psichosomatinių sutrikimų paplitimo ir ligos trukmės, hipertenzijos laipsnio, bei vaistų vartojimo.
4. Sužinoti kaip pacientai vertina savo psichinę ir fizinę sveikatos būklę ir palyginti su gautais rezultatais.

## **Hipotezė**

Sergančiųjų arterine hipertenzija psichoemocinė sveikatos būklė yra sutrikusi, ypač esant blogai koreguojamai arterinei hipertenzijai ir ilgai ligos trukmei.

Tyrime dalyvavo 182 pacientai, sergantys arterine hipertenzija (AH). Pacientai buvo apklausti anketiniu būdu atsitiktinės atrankos metodu, naudojant Keturių simptomų matavimo anketą (4SMA). Apklausa vykdyta nuo 2007 – 09 – 07 iki 2008 – 03 – 28 VšĮ VUL SK ir VMUL.



# 1. LITERATŪROS APŽVALGA

## 1.1. Psichikos sveikatos ir patologijos samprata

Pastarųjų metų medicininėje ir filosofinėje literatūroje tebesitęsia ginčai apie psichikos sveikatos ir psichikos ligos kriterijus. Kartais atvirai pripažįstama, kad „sunku rasti kitą tokią neaiškia, neapčiuopiamą bei dviprasmišką sąvoką kaip psichikos sveikata“. Toks neapibrėžtumas turi ne tik teorinių, bet ir praktinių pasekmių [9].

### Medicininis modelis

Daugelis psichikos ligų yra tiesiogiai siejamos su centrinės nervų sistemos pažeidimais: pvz., smegenų navikais, įvairiomis infekcijomis, endokrininėmis disfunkcijomis ir t.t. Kadangi manoma, kad šias ligas sukelia ir lydi smegenų audinių bei funkcijų pažeidimai, kad įvyksta struktūriniai bei funkciniai nervų sistemos pakitimai, tai jiems gydyti vartojama įvairių medikamentų, chirurginės intervencijos arba kitos terapijos formos [9].

Daugeliu atžvilgių medicininis modelis buvo nemažas laimėjimas. Tačiau yra tokių psichikos ligų, kuriomis sergant fizinės arba organinės etiologijos beveik nestebima [9].

### Normatyvinis modelis

Tiriant dideles bendruomenes bei socialines sąlygas, palankias sveikatai, medicininis modelis yra per siauras. Todėl kai kurie psichologai ir filosofai (E. Fromm, M. Jahoda, A. H. Maslow, R. May ir kt.) yra suformulavę normatyvinį psichikos sveikatos modelį. M. Jahoda [9] abejoja, kad psichikos sveikata tėra ligos priešybė. Mėgindama pateikti „pozityvios psichikos sveikatos koncepciją“, ji pažymi, kad „ligos nebuvimas yra būtinas, bet nepakankamas psichikos sveikatos kriterijus“. Jos nuomone, psichikos sveikatą galima apibrėžti kaip psichikos ligos nebuvimą, elgesio normalumą, prisitaikymą prie aplinkos, asmenybės vientisumą ir adekvatų tikrovės suvokimą [9].

Kiti teoretikai psichikos sveikatą įsivaizduoja kaip dinaminį žmogaus savirealizacijos procesą ir savo žmogiškojo potencialo atskleidimą. Psichiškai sveikas žmogus, teigia E. Fromm [9]: „yra produktyvus ir nesusvetimėjęs, jis jaučia ryšį su aplinkiniu pasauliu ir proto dėka objektyviai suvokia tikrovę; jis jaučia savo asmenybės unikalumą ir tuo pačiu metu yra susijęs su artimaisiais, nepripažįsta iracionalių autoritetų, bet noriai paklūsta racionaliems

proto ir sąžinės autoritetams; jis nuolat atgimsta savo egzistencijoje ir žiūri į gyvenimą kaip į didžiausią dovanotą gėrį“. Įvairūs normatyvinės psichikos sveikatos apibrėžimai liudija, kad psichikos sveikata šiandien tapo radikaliai naujos interpretacijos objektu, kuri būtų priimtina visai žmonijai. Tačiau normatyviniai modeliai susilaukia pagrįstos kritikos dėl savo neapibrėžtumo ir negriežtų apibrėžimų [9].

#### Statistinis modelis

Šis modelis yra kraštutinė priešingybė normatyviniam modeliui, nes psichikos sveikata jame yra aprašoma kiekybinėmis sąvokomis. Jis yra daug tikslesnis, tačiau suteikia informacijos tik apie tam tikrus asmenybės bruožus. Statistiniame modelyje tai, kas vadinama „normalumu“, yra paverčiama testų rezultatų sistema, atspindinčia įvairius elgesio aspektus. Bet kurio individo normalumas yra nustatomas lyginant jo testų rezultatus su „normalia amplitude“, išvesta apklausus naudojant tuos pačius testus didelę žmonių grupę [9].

Statistinio modelio pritaikymas iškelia nemažai metodologinių problemų. Esama nedaug elgesio formų, kurias būtų galima aprašyti kiekybiškai [9].

#### Dinaminis modelis

19 amžiaus pabaigos bei 20 amžiaus pradžios antropologų tyrinėjimai atskleidė didžiulę socialinių normų, skirtingų kultūrų papročių įvairovę ir svarbą, tuo parodydami, kad psichikos sveikatos samprata skirtingose kultūrose ir net toje pačioje kultūroje gali būti labai nevienoda. Psichikos sveikatos samprata gali skirtis įvairiuose tos pačios kultūros visuomenės sluoksniuose, amžiaus grupėse, religinėse bei etninėse mažumose. Šis modelis buvo pagrįstas psichoanalizės idėjomis. Z. Froido psichopatologijos teorijoje psichikos sutrikimai buvo aiškinami įgimtų fizinio vystymosi (psichoseksualinių) stadijų bei aplinkos (iš esmės – kultūros) dinaminio konflikto. Savalaikis visų seksualinio brendimo stadijų perėjimas Froido teorijoje tampa beveik vieninteliu žmogaus psichikos sveikatos kriterijumi [9].

#### Sociologinis modelis

Šis psichikos sveikatos modelis verčia abejoti medicininio modelio pagrįstumu. Svarbiausi sociologinio modelio atstovai Th. Szasz, vienas iš „antipsichiatrijos“ kūrėjų, taip pat anglų psichiatras R. D. Laing. Th. Szasz [9] teigia, kad medicininame modelyje neskiriamos dvi ligos rūšys: „smegenų pažeidimai“, kurie faktiškai priklauso neurologijos sričiai ir „gyvenimiškos problemos“ (angl. problems of living), kurios apima įvairias neurozių bei šizofrenijos formas. Psichikos ligos kriterijumi yra priimta laikyti smegenų

patologiją, t.y. organinę priežastį, todėl bet kurį mąstymo ir elgesio sutrikimą mėginama aiškinti ieškant pakitimų smegenyse. Tačiau tiriant sergančiuosius neurozėmis, afektiniais sutrikimais arba šizofrenija pakitimų smegenyse nerandama. Todėl šioje grupėje svarbiausios yra socialinės problemos [9].

#### Fiziologinis modelis

Daugelis fiziologinių sutrikimų gali sukelti psichikos simptomų (pvz.: vidaus organų ligos gali sukelti depresija) [9].

## **1.2. Somatinės psichiatrijos plėtra**

### **1.2.1. Somatinės psichiatrijos raida užsienyje**

Apie psichikos ligas rašoma senuosiuose dokumentuose. Egipto papirusuose 1500 metų pr. Kr., Senajame testamente, ajurvedos raštuose 600 metų pr. Kr. ir senovės Graikijoje 400 metų pr. Kr. jau aptariami psichikos sutrikimai ir užsimenama apie tai, kad šių sutrikimų priežastis yra žmogaus kūne ir juos reikia gydyti. Frenitas, manija, melancholija ir paranoja buvo pagrindiniai senovės Graikijoje vartojami psichiatrijos terminai. Manoma, kad frenito terminu buvo apibūdinami somatinės ligos sukelti mąstymo, nuotaikos ir veiklos sutrikimai [4].

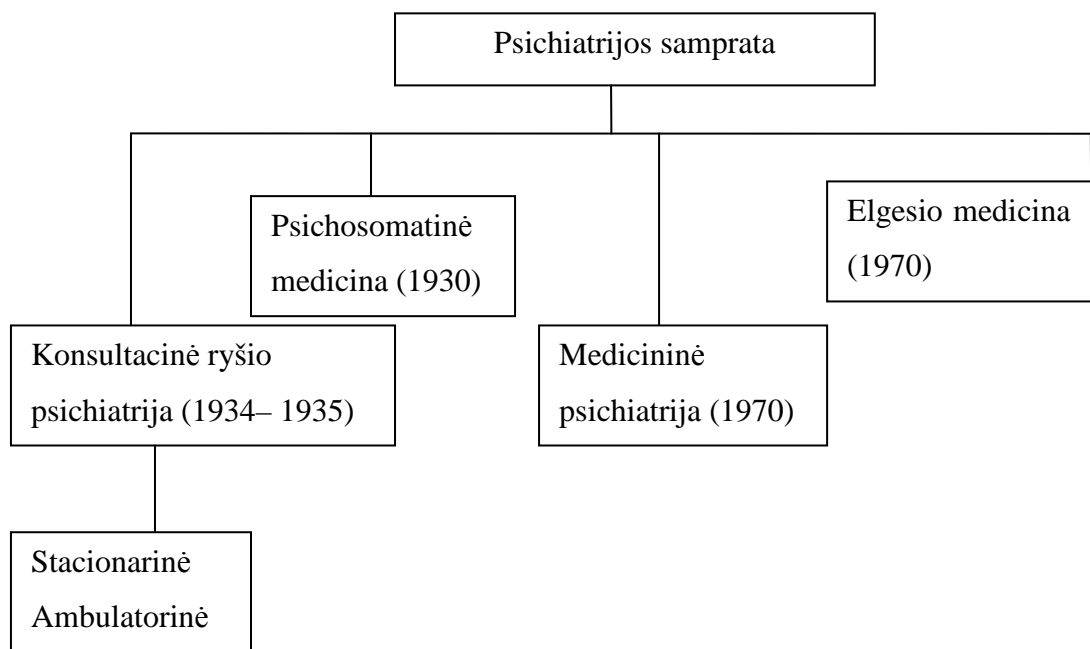
Psichiatrijos ryšiai su kitomis medicinos sritimis buvo ir yra sudėtingi. Tai lėmė psichiatrijos atsiskyrimas nuo kitų medicinos šakų, ji liko medicinos mokslo raidos nuošalyje. XX a. pradžioje visuose šalyse psichiatrija tapo atstumta medicinos sritimi. Manyta, kad pasirinkusieji šią specialybę nesugeba dirbti bendrojoje medicinoje ar chirurgijoje [4].

XIX a. pacientus, sergančius isterija, hipochondrija ar neurastenija, gydė ne psichiatrai, o kitų specialybių gydytojai, dažniausiai naujos specialybės gydytojai – neurologai [4].

Jungtinėse Amerikos Valstijose beveik prieš du šimtmečius buvo mėginama psichiatriją integruoti į mediciną. Pensilvanijos universiteto medicinos profesorius Benjaminas Rushas (1811) savo paskaitose pabrėždavo, kad kiekvienas gydytojas turi išmanyti psichikos (proto) savybes. Jo nuomone, psichikos (proto) liga yra toks pat medicinos objektas kaip ir somatinės ligos. Deja, šios mokytojo mintys po jo mirties 1813m. užgeso iki 1867m. Amerikos psichiatrijos tyrėjai pažymi, kad tuo laikotarpiu nutrūkusi psichiatrijos ir

medicinos integracija ilgam nubloškė somatinės psichiatrijos kūrimą. Gray'us (1868), pirmasis Amerikos psichiatrijos žurnalo (American Psychiatry Magazine) redaktorius, kreipėsi į skaitytojus, skatindamas pradėti mokytis psichologinės medicinos. Kiti žurnalo autoriai siūlė organizuoti psichiatrijos padalinius somatinių ligų ligoninėse. 1902m. Niujorko albany somatinėje ligoninėje buvo organizuotas pirmasis psichiatrijos skyrius. Pamatas organizuoti tokius skyrius bendrosiose ligoninėse buvo Adolfo Meyerio psichobiologijos teorijos plėtotė. Remdamasis žmonių sveikatos ir ligų tyrimais jis pabrėžė, kad netikslinga atskirti psichikos sutrikimus ir somatinės ligas. Meyerio mokymas buvo sutelktas į vieningą, unikalią, biologinę ir mąstančią asmenybę. Meyeris ir jo pasekėjai padėjo kertinį psichiatrijos somatinėje medicinoje ir konsultacinės ryšio psichiatrijos akmenį. XX a. trečią dešimtmetį Amerikoje sparčiai plėtojosi psichosomatinė medicina, kurios idėjas parėmė psichoanalitiškai orientuoti psichiatrai, vidaus ligų gydytojai ir pediatrai [4].

### 1.2.2. Psichiatrijos samprata



**1 pav. Psichiatrinės sampratos integravimo į somatinę mediciną idėjų raida (Stoudemire, 1988) [4]**

Konsultacinė ryšio psichiatrija susideda iš gydymo, mokymo ir mokslinių tyrimų, tai somatinės psichiatrijos sritis, siejanti somatinę mediciną ir psichiatriją (pagal Lipowsky, 1983) [4].

Anot Lipowsky'o (1984), konsultacinė ryšio psichiatrija yra integruota dalis psichosomatinės medicinos, kurios veiklos dalykas yra: 1) tirti visų pacientų normalumo ir patologijos, psichologinių, socialinių ir fiziologinių veiksnių tarpusavio priklausomybę, biologinių ir psichosocialinių veiksnių sąveikos įtaką ligos eigai ir baigčiai; 2) propaguoti biopsichosocialinį pacientų gydymo požiūrį [4]. Konsultacinės ryšio psichiatrijos tikslas – teikti klinikinės konsultacijas kitų specialybių gydytojams, gydantiems somatinės ligas, padėti šiems gydytojams tobulinti psichiatrijos žinias ir spręsti pacientų psichosocialines problemas. Sąvoka ryšys (liaison) įvardija tokį bendravimą (Lipowsky, 1986). Kitas konsultacinės ryšio psichiatrijos tikslas – mokyti studentus, rezidentus ir stažuotojus somatinio gydymo psichiatrijos, supažindinti su psichosocialiniais jos aspektais. Trečias tikslas – mokslinio tyrimo darbai, kurių pagrindinės temos yra šios: psichosocialinis somatinių ligų ir traumų pobūdis, psichiatrinės somatinių ligų komplikacijos, patologinis pacientų elgesys, somatinio gydymo įstaigose gydomų pacientų psichikos sutrikimų paplitimas ir konsultacinės ryšio psichiatrijos klinikinio veiksmingumo įvertinimas [4].

Terminas „psichosomatinis“ vartojamas, kai: 1) somatinių simptomų priežastis yra įvairūs gyvenimo stresai, įvykiai; 2) somatinė liga būna kartu su fiziologiniais sutrikimais; 3) yra psichofiziologinių ir psichoendokrininių veiksnių, turinčių įtakos ūminėms, lėtinėms somatinėms ligoms, kurių sutrikimų mechanizmai gali būti susiję su autonomine nervų ar endokrine sistema [4].

Psichosomatiniai simptomai – tai įvairiausi simptomai (ne ligos), kuriuos Cohenas [4] skirsto į 4 kategorijas [4]:

- I. Somatiniai simptomai (be fiziologinių sutrikimų), kurie skirstomi į konversinius, depresinius, nerimo, hipochondrinius ir psichozinius [4].
- II. Psichofiziologiniai simptomai, kai dėl psichologinių stresų, emocijų, elgesio atsiranda specifinių fiziologinių (pvz., kilus nerimui daugiau epinefrino išsiskiria iš antinksčių žievės), autonominių ir psichofiziologinių pokyčių. Be to, psichofiziologinių simptomų priežastis gali būti dėl suaktyvėjusios CNS sistemos atsirandantys periferiniai fiziologiniai pokyčiai, kurie gali pereiti į lėtinius gastroenterologinius, kardiologinius ir kitų organų sistemų pokyčius [4].

III. Fiziologiniai simptomai, kurių priežastis yra somatinės ir chirurginės ligos. Šie simptomai kartais ryškesni negu pačios ligos (pvz., pacientas iš pradžių jaučia skausmą, nes pažeistas audinys, o vėliau juo pernelyg susirūpina) [4].

IV. Nevilties ir bejėgiškumo jausmo teorija (Engelis, Schmale, Greenas) teigia glaudų šių jausmų ryšį su psichosomatiniais sutrikimais ir net somatinėmis ligomis. Engelis ir Schmale savo darbais mėgino įrodyti, kad dėl vienišumo, sielvarto, nevilties, liūdesio, bejėgiškumo atsiranda biologinių pokyčių (cheminių, fiziologinių ir imunologinių), dėl kurių gali prasidėti įvairios ligos [4].

Medicininė psichiatrija – tai medicinos teorijos ir praktikos taikymas (o ne specialus terminas naujai sričiai apibrėžti, kaip iš pradžių buvo manoma) somatiniams pacientams, sergantiems ir psichikos sutrikimais, gydyti. Pirmiausia šios srities psichiatrai atsako už somatinio paciento gydymą, t.y. jis dirba ir gydytojo terapeuto darbą arba koordinuoja paciento gydymą. Antra, jie atlieka somatinį ir neurologinį tyrimą, paskiria laboratorinius tyrimus ir įvertina jų duomenis. Trečia, skiria gydymą – psichofarmakologinį, psichodinaminę psichoterapiją, elgesio terapiją, šeimos ir elektros impulsinę terapiją. Medicininė psichiatrija negali būti tapatinama su konsultacinio ryšio psichiatrija, nes šios srities gydytojai konsultantai skiria tam tikrą laiką gydytojams mokytis. Dar viena svarbi detalė – medicininis (somatic) psichiatras konsultuoja kitus gydytojus, o ne atvirkščiai. Nuo elgesio medicinos medicininė psichiatrija skiriasi tradicine psichiatrine diagnostika ir gydymo principais, aprėpia daugiau medicininių klausimų [4].

Per pastaruosius septynis dešimtmečius įtakos psichiatrijos koncepcijoms integruotis į somatinių pacientų gydymo sampratą turėjo ne tik psichosomatinės medicinos klinikinė atšaka, konsultacinė ryšio psichiatrija, medicininė psichiatrija, bet ir elgesio medicina. Elgesio medicinos pritaikymas ligų prevencijai, diagnostikai, gydymui ir reabilitacijai padėjo sukurti įvairių specialistų (psichiatrijos, elgesio psichologijos ir somatinės medicinos) komandas, padedančias gydyti įvairias somatines ligas. Psichofiziologinių reakcijų ir sveiko elgesio gydymo būdai – tai elgesio terapija ir grįžtamasis ryšys [4].

### **1.2.3. Lietuvos somatinio gydymo įstaigų psichiatrijos apžvalga**

Lietuvoje iki XVIIa. nebuvo organizuotos psichiatrijos pagalbos. Pirmoji prieglauda (Šv. Jokūbo) Lietuvoje įsteigta 1518m. Tik XIXa. pradžioje prasidėjo gana sparti medicinos mokslo ir sveikatos priežiūros organizavimo plėtra. Psichikos sutrikimais sergantys žmonės pradėti gydyti Vilniaus bonifratrų prieglaudoje (1709 – 1843), ypač jos klestėjimo laikotarpiu

(1787 –1813). Nuo 1846m. bonifratų prieglauda paverčiama „Vilniaus pamišėlių namais“. Nuo to laiko šiuos namus jau galima vadinti ligonine. Pirmasis psichiatrijos skyrius somatinėje ligoninėje (Šv. Jokūbo) atidarytas 1796 – 1799m. 1903m. buvo oficialiai atidaryta Vilniaus apygardos psichiatrijos ligoninė 1000 ligonių pastatyta Rokantiškių dvare, Naujojoje Vilnioje. Vilniaus psichiatrijos ligoninė Vasaros gatvėje buvo atidaryta tik 1927m. [4].

Galima teigti, kad Lietuvos gydymo įstaigose pažiūra į psichiatriją 1709-1945m. buvo moderni ir neatsiliko nuo Vakarų šalių, o pagalba pacientams organizuota gerai. Apibendrinant, somatinės medicinos psichiatrijos raida Lietuvoje buvo labai pažangi [4].

Ambulatorinės ir stacionarinės somatinių įstaigų psichiatrijos pagalbos užuomazgos atsirado 1975m., kai poliklinikose ir ligoninėse buvo steigiami psichiatrijos kabinetai. Entuziastų iniciatyva imti steigti psichoterapijos kabinetai, nors psichoterapeuto specialybė dar nebuvo pripažinta. Ši specialybė atsirado tik 1985m. 1989m. buvo apibrėžtos prioritėtinės psichiatrijos pagalbos plėtros kryptys: psichoterapija, vaikų psichiatrija, psichiatrijos pagalba somatinėse įstaigose [4].

### **1.3. Arterinė hipertenzija**

#### **1.3.1. Arterinės hipertenzijos paplitimas**

Arterinė hipertenzija – pasaulinės svarbos sveikatos problema, nes ji labai paplitusi ir yra vienas pagrindinių širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksnių. PSO, pateikdama gyvenimo XXI amžiuje viziją, nurodo, kad 2025m. širdies ir kraujagyslių ligos ir toliau išliks svarbiausia sveikatos problema Europoje bei kitose išsivysčiusiose pasaulio šalyse [10].

Nustatyta, kad išsivysčiusiose šalyse AH paplitimas didesnis negu besivystančiose šalyse. Kai kuriose besivystančiose šalyse miesto gyventojams AH nustatoma dažniau nei tarp kaimo, randami skirtumai tarp tos pačios šalies skirtingų rajonų gyventojų [11].

Literatūros duomenys teigia, kad AH paplitimas priklauso nuo amžiaus. AKS senstant didėja, ypač sistolinis, todėl vyresnio amžiaus žmonėms AH nustatomas dažniau nei jauniems. Be to, iki 50 metų AH labiau paplitusi tarp vyrų, negu tarp moterų [11].

Europoje AH diagnozuojama beveik penktadaliui suaugusiųjų, JAV – kas ketvirtam amerikiečiui [11].

Epidemiologinių tyrimų, atliktų Viduržemio jūros šalyse duomenimis, AH buvo nustatyta 30 proc. suaugusiųjų gyventojų, gyvenančių mieste ir buvo daug dažnesnė nei tarp kaime gyvenančių žmonių [11].

Lietuvoje hipertenzijos paplitimas yra vienas didžiausių Europoje. Epidemiologinių tyrimų duomenimis 1999 m. Lietuvoje arterine hipertenzija sirgo 51,9 proc. 25 – 64 m. vyrų ir 50,9 proc. moterų [11].

2004m. tyrimų duomenimis, arterinė hipertenzija diagnozuojama beveik kas trečiam suaugusiam Lietuvos gyventojui [12]. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenys rodo, kad sergamumas AH didėja [12]:

**1 lentelė. Sergamumas AH Lietuvoje 2001 – 2006m.**

<b>Pavadinimas</b>	<b>2001m.</b>	<b>2002m.</b>	<b>2003m.</b>	<b>2004m.</b>	<b>2005m.</b>	<b>2006m.</b>
Ligotumas hipertenzine liga 1000-čiui gyventojų	77,5	87,2	94,6	103,6	109,7	118
Sergamumas hipertenzine liga 1000-čiui gyventojų	7,9	8,6	9,8	12	12,4	12,6
Visų hipertenzine liga atvejų skaičius	269936	302561	326651	355968	374462	400509
Hospitalinis sergamumas hipertenzinėmis ligomis 1000-čiui gyventojų	6,26	5,08	4,88	4,38	4,2	3,73
Vidutinis metinis gyventojų skaičius	3481292	3469070	3454205	3435591	3414304	3394082

### **1.3.2. Arterinės hipertenzijos apibrėžimas**

Arterinė hipertenzija yra medicininis terminas, kuriuo vadinamas padidėjęs kraujo spaudimas. Kraujo spaudimas – tai kraujo slėgis į kraujagyslės sienelę [13]. Jis priklauso nuo: 1. širdies skilvelių sistolės metu išstumto kraujo kiekio, 2. kraujagyslių sienelės tonuso (spindžio) [14]. Didžiausias arterinis spaudimas, vadinamas arteriniu sistoliniu spaudimu, būna sistolės metu, kai kraujas išstumiamas iš širdies skilvelių, o minimalus, vadinamas arteriniu diastoliniu - paūžės tarp dviejų širdies susitraukimų pabaigoje [13, 15].



Nors šis susirgimas žinomas daugelį metų, jo apibrėžimas problematiškas dėl tikslių ribų tarp normalaus ir padidėjusio AKS ribos nustatymo. Įvairių tarptautinių organizacijų ekspertai nusprendžia kokios yra AKS ribos. Siekiant nustatyti AKS normos ribas, buvo atlikta nemažai suaugusiųjų žmonių tyrimų [11]. Pastaruoju metu PSO siūloma tokia arterinio kraujospūdžio lygių klasifikacija [16, 17]:

**2 lentelė. Arterinio kraujospūdžio lygių klasifikacija**

<b>Kategorija</b>	<b>Sistolinis AKS (mmHg)</b>	<b>Diastolinis AKS (mmHg)</b>
Optimalus	<120	<80
Normalus	<130	<85
Viršijantis normą	130 - 139	85 - 89
I laipsnio hipertenzija	140 - 159	90 - 99
II laipsnio hipertenzija	160 - 179	100 - 109
III laipsnio hipertenzija	≥180	≥110

### **1.3.3. Psichologiniai padidėjusio kraujo spaudimo aspektai**

Širdies ir jausmų ryšys aprašytas prieš tūkstančius metų įvairiuose religiniuose tekstuose, taip pat pačiuose pirmuosiuose medicininės literatūros šaltiniuose. Šiuolaikinėje psichosomatikos literatūroje mokslininkai aprašo kardiovaskulinės patologijos ryšį su psichologinėmis traumomis, specifiniais asmenybės bruožais [3].

Kai kurie autoriai teigia, kad arterinė hipertenzija išsivysto sąlygojama biologinių (paveldėjimas, kardiovaskulinė reguliacija), psichologinių (emocinė įtampa), ekologinių (aplinkos užterštumas, triukšmas) ir socialinių komponentų (gyvenimo stilius) [1].

Arterinė hipertenzija - tai viena iš ligų, kurią buvo imta laikyti psichosomatine patologija dar pačioje psichosomatikos formavimosi pradžioje [3].

Be to pažymima, kad daugelis pacientų, sergančių kardiologine patologija, turi antrinių psichologinių problemų, kurios kyla dėl ligos, dėl pakitusio funkcionavimo. Kardiovaskulinę patologiją visada apsunkina depresinė simptomatika [3].

Aivazian ir bendraautoriai (1978) nurodo, kad psichologiniai veiksniai didžiausią reikšmę turi ankstyvose AH išsivystymo stadijose. Kiti tyrimai atskleidžia psichologinių veiksnių ryšį su įvairiais AH lygiais [1].

Rožanec ir bendraautoriai (1987) teigia, jog vyrams ir moterims su padidėjusiu arteriniu kraujospūdžiu būdingas nepasitenkinimas savimi ir savo galimybėmis, jie turi daugiau socialinės ir psichologinės adaptacijos sutrikimų [1].

Kiti autoriai nustatė, kad arterine hipertenzija sergantiems būdinga tendencija slopinti pykčio pasireiškimą [1].

Žinomi gyd. G. F. Langas ir A. L. Miasnikovas [1] teigė, kad didžiausią reikšmę hipertenzijai isyvystiti turi neurozė ir psichoemocinė būseną. Ši prielaida patvirtinta tik iš dalies. Ištyrus ligonius susirgusius įvairiomis neurozėmis, nerasta, kad tarp jų dažniau negu tarp kitų gyventojų, pasitaikytų asmenų su padidėjusiu kraujo spaudimu. Taigi neurozė gali sutapti su padidėjusiu kraujo spaudimu, bet jo neskatina. PSO ekspertų išvadoje pastebėta, jog kraujo spaudimo ir neurotiškumo tiesioginis ryšys yra minimalus, jei iš analizės išjungiami kiti veiksniai, darantys tokiam ryšiui įtaką (pvz.: kitos ligos). Tačiau tarp jau sergančių AH liga asmenų įvairūs neurozės reiškiniai, emocinis nestabilumas, nerimas, prastos savijautos požymiai sutinkami žymiai dažniau. Tai susiję su AH gydymu, nes šie reiškiniai gali pabloginti ligonio būklę [1].

Ūmus psichologinis stresas turi tiesioginį ryšį su kraujospūdžio padidėjimu. Susijaudinus kraujospūdis paprastai padidėja, o emocinei įtampai ar susijaudinimą keliančiai situacijai pasibaigus, kraujospūdis normalizuojasi. Psichologinis stresas pastoviai padidina kraujospūdį tiems, kurie tam yra linkę [1]. Bet, hipertenzija sergantys pacientai labiau reaguoja į stresą negu tie, kurių arterinis kraujospūdis yra normalus [3].

Taigi, duomenys apie psichologinių veiksnių įtaką kraujo spaudimo padidėjimui nėra vienodi.

## **1.4. Distresas**

### **1.4.1. Streso apibrėžimas**

Stresas yra ne tik svarbi problema, bet ir natūrali bei neatskiriama kiekvieno žmogaus gyvenimo dalis. Žmonės stresą išgyvena ir vertina labai individualiai. Kiekvienam individui egzistuoja optimalus streso lygis, kuris įtakoja gyvenimo kokybę, skatina kūrybiškumą, didina motyvaciją [18].

Kiekvienas mūsų kasdien patiriame didesnę ar mažesnę stresą. Visiškai jo išvengti neįmanoma. Nepaisant to, mūsų žinios apie stresą ir jo priežastis yra gana paviršutiniškos.

Žodis „stresas“ dažnai yra vartojamas sielvarto, nuovargio ar jausmų, kurių nesugebame įveikti, apibūdinimui [19].

Stresas yra sudėtingas reiškinys, determinuojamas įvairių veiksnių: kultūrinių, biologinių, psichologinių, fizinių, situacinių [20]. Šių veiksnių įvairovė nulėmė skirtingus streso apibrėžimo būdus. Dauguma autorių apie stresą kalba kaip apie aplinkos ir individo sąveikos rezultatą, tačiau akcentuoja skirtingus aspektus (stresas – „individualus reiškinys, kurio priežastis – pernelyg dideli aplinkos reikalavimai“ (Fingret A., 1985), „nespecifinis fiziologinis atsakas į stipriai veikiančias aplinkybes, suvokiamas, kaip grėsmingas asmeniui“ (Klareich HS, 1985), „būsena atsirandanti žmogui susidūrus su tokiomis psichologinėmis ar socialinėmis aplinkybėmis, kurias jis suvokia kaip pavojingas ir nėra tikras jog sugebės jas įveikti“ (Alikson RL, 1990)) [19]. Vis dėlto, dauguma autorių laikosi nuomonės, kad stresas yra vientisa integruota organizmo ir psichikos reakcija į subjektyviai svarbų pokytį [19].

Lietuviška Medicinos enciklopedija nurodo, kad stresas (angl. – įtampa) – tai „psichinės ir fiziologinės įtampos būsena, visuma organizmo apsauginių reakcijų, kurias sukelia žalingi aplinkos ir vidaus veiksniai – stresoriai. Streso teorija 1936 m. sukūrė ir terminą pradėjo vartoti H. Selje (Selyje, Kanada)“ [19].

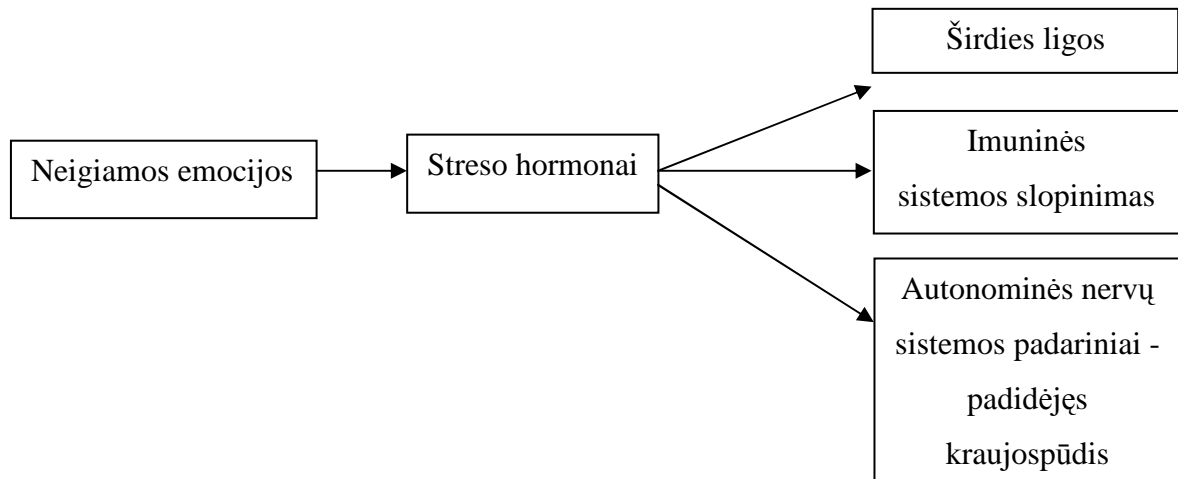
#### **1.4.2. Distreso apibrėžimas**

Distresas - tai stiprus ir ilgai trunkantis stresas [18].

Jis pasireiškia tuomet, kai situacija suvokiama, ne kaip reikalaujančią fizinių ar psichologinių pastangų įtempimo, bet kaip grėsminga, keliančią nerimą, emociškai žlugdančią. Distresas yra ardančio, griaušančio pobūdžio [18]. Jis yra labai svarbus veiksnys, neleidžiantis pacientams gerai pasveikti, gydant vien somatinę ligą, distresas slopina sveikimą [4].

Distreso pasekmės gali pasireikšti bet kuriame organe. Chroniškas stresas ilgai gali tapti rimtų ligų priežastimi. Tyrimai byloja, kad ilgalaikis stresas silpnina imuninę sistemą ir tuo sudaro geresnes sąlygas vystytis vėžiui. Stresas didina cholesterolio kiekį kraujyje ir kelia kraujospūdį [18].

Tipiškos distreso sukeltos ligos yra miokardo infarktas, skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opaligė, dirgliosios žarnos sindromas, migrena, depresija, kai kurios imuninės alerginės ligos [18, 21].



**2 pav. Galimos streso pasekmės [7]**

### **1.4.3. Distreso simptomai**

Fiziniai: virškinimo sutrikimai, pykinimas, skrandžio skausmai ar kitoks diskomfortas jo srityje; galvos skausmas, svaigimas; raumenų skausmas, spazmai; nugaros, sprando skausmai; krūtinės skausmas; gausus prakaitavimas; nereguliarus kvėpavimas, sunkus kvėpavimas be fizinės įtampos; pagreitėjęs ar sutrikęs širdies ritmas; drebulys; intensyvus ir ilgalaikis nuovargis; miego sutrikimai [18].

Emociniai: įtampa; prislėgta nuotaika; susirūpinimas; iniciatyvos nebuvimas, motyvacijos stoka; lengvai atsirandantis susierzinimas; nesugebėjimas susikaupti; nesugebėjimas priimti sprendimų; nesugebėjimas valdyti emocijas; nepasitenkinimas gyvenimu, nusivylimas [18].

## **1.5. Depresija**

### **1.5.1. Depresijos paplitimas**

Depresinės būsenos labai paplitusios ir jų vis gausėja [22].

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) prognozuoja, kad iki 2020 m. depresija bus labiausiai paplitusi liga pasaulyje ir 2020 m. depresija taps 2-a pagal dažnuma mirties ir negalės priežastimi po išeminės širdies ligos [23]. Statistika leidžia suvokti problemos mastą,

tačiau ji nepajėgi atspindėti depresija sergančio žmogaus nevilties, liūdesio, nerimo, baimės, skausmo ir kitų simptomų [24].

Literatūros duomenimis, apie 10 proc. visų gyventojų patiria ilgiau ar trumpiau trunkančias depresines būsenas, o prie jų priskyrus ir švelnias, dažniausiai nepažintas depresijas susidarytų 25 proc.[3].

Depresijos protrūčiai trumpi, dažniausiai susiję su kokiais nors gyvenimo įvykiais, praeina savaime [25].

Didžioji depresija (vienpolinė) gali pasireikšti bet kuriuo gyvenimo laikotarpiu. Pusei pacientu ji prasideda sulaukus 20 – 50 metų, dažniausiai apie 40-uosius metus. Depresijos simptomų pastebima maždaug 15 proc. vyresnių nei 65 žmonių bei 15 – 29 proc. senelių prieglaudų gyventojų [25].

Lietuvoje depresija per visą savo gyvenimą sirgo 2,3 - 4,4 proc. vyrų ir 4,9 – 8,7 proc. moterų [25].

Nuo 10 iki 15 proc. vidaus ligų įstaigų pacientų serga kliniškai ryškia depresija, o sergantiems lėtinėmis ligomis depresija dar dažnesnė (25 – 50 proc.) [4].

Anot Fry'aus (Londonas, 1992), pirminės sveikatos priežiūros gydytojai iš 2500 aptarnaujamų gyventojų 20%, t.y. 500 asmenų nustato depresijas [4]. Sunkioji (didžioji) depresija (pagal DSM – IV), arba sunkusis depresijos epizodas (pagal TLK – 10) nustatoma 5 – 10 proc. pacientų, kurie kreipiasi į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, vis dėl to 2 – 3 kartus daugiau pacientų nusiskundžia depresijos simptomais, bet nepakanka kriterijų sunkiajai depresijai nustatyti [4].

Lietuvos sveikatos informacijos centras pateikia informaciją apie depresijos paplitimą Lietuvoje [12]:

**3 lentelė. Sergamumas depresija Lietuvoje 2000 – 2006m.**

<b>Pavadinimas</b>	<b>2000m.</b>	<b>2001m.</b>	<b>2002m.</b>	<b>2003m.</b>	<b>2004m.</b>	<b>2005m.</b>	<b>2006m.</b>
Sergamumas depresija 100 000-čių gyventojų	94,6	96,4	69,5	65,6	64,1	54,7	52
Ligotumas depresija 100000-čių gyventojų	380	469,6	517,9	557,7	594,9	605,5	611,4

Didėjantis nuotaikos sutrikimų dažnis populiacijoje ir jų polinkis į somatizaciją lemia tai, jog depresiški ligoniai patenka ne psichiatrų, o BPG globon [25].

Depresija laiku nediagnozuojama todėl, kad dauguma pacientų, kurie kreipiasi į gydytoją, skundžiasi somatiniais simptomais, be to jie dažnai serga somatinėmis ligomis, yra vyresni. Depresijos simptomai mažai skiriasi nuo somatinės ligos simptomų (pvz.: nemiga, nuovargis, anoreksija) [4]. Kartais specialistai, vertindami tik somatinius simptomus, neįvertina depresijos, taigi jos diagnostika, o kartu ir gydymas atidedami. Kirmayer (2004) ir kt. nustatė, kad jei depresijos klinika yra užgožta sunkių somatinių simptomų, ji diagnozuojama rečiau negu tuo atveju, kai depresijos simptomus užgožia psichosocialinės problemos. Šio reiškinio priežastys gali būti kelios. Viena iš jų yra tai, kad gydytojai kartais turi išankstinę nuostatą, nes jau anksčiau diagnozuota tam tikra somatinė liga. Taip pat gydytojai lengviau nustato naujas somatines diagnozes, kurios apima fizinius depresijos pasireiškimus, nei konstatuoja pačią depresiją [26]. Vidaus ligų gydytojai maždaug 40 proc. pacientų su depresijos epizodais jos nenustato. Neefektyvus diagnozavimas kuria neadekvatų gydymą. Laiku nediagnozuota ir negydyta ji dažnai baigiasi savižudybe. Apie du trečdaliai didžiaja depresija sergančių žmonių galvoja apie savižudybę, o 10 – 15 proc. iš jų nusižudo [25].

Jungtinėje Karalystėje Karališkoji psichiatrų kolegija kartu su Karališkąja bendrosios praktikos gydytojų kolegija pradėjo kampaniją „Nugalėk depresiją“. Jos tikslai yra sumažinti neigiamą požiūrį į depresiją, paskatinti depresija sergančius pacientus kuo anksčiau kreiptis į medikus, taip pat pagilinti bendrosios praktikos gydytojų žinias diagnozuojant ir veiksmingai gydant depresinius sutrikimus. Atliktas tyrimas leido daryti prielaidą, kad dauguma didžiaja depresijos forma sergančių pacientų bendruomenėje nesikreipia į gydytojus, o iš tų, kurie kreipiasi, 50 proc. pirmojo vizito metu depresija nediagnozuojama [25].

Taigi kodėl pacientai nenoriai kreipiasi dėl tokios sunkios ligos? Prieš pradėdant akciją, atliktas JK gyventojų stebėjimas [25].

Dauguma apklaustų gyventojų pareiškė nesiryžtą kreiptis į gydytoją, dėl tokių emocinių problemų kaip depresija, tačiau kreiptusi dėl su jomis susijusių fizinių simptomų, tokių kaip nemiga [25].

Nors 62 proc. apklaustų asmenų tvirtino, kad eitų pas savo šeimos gydytoją jei jaustųsi prislėgti, dauguma manė, kad dėl to pasijustų nepatogiai. Jų nuomone, gydytojai dažniausiai „išrašo tablečių nuo depresijos“, be to, jie jaustų baimę būti priskirti prie „sutrikusios emocinės pusiausvyros“ ar „neurotinių“ pacientų [25].

### 1.5.2. Depresijos apibrėžimas

Depresija yra liguistai prislėgta, liūdna nuotaika, kuriai paprastai būdinga sulėtėjęs mąstymas ir prislopinti judesiai. Depresija gali būti pagrindinis ligos požymis, bet ji neretai pasitaiko ir kitų psichopatologinių sindromų struktūroje [3].

Svarbu suprasti, kad depresija nėra vienalytė liga. Skirtingiems asmenims ji pasireiškia skirtingai [27].

Depresijų psichopatologija pasikeitė – vis rečiau pasitaiko vadinamoji klasikinė, gili depresija, daugėja švelnesnių, atipiškų variantų, kurių struktūroje svarbią vietą užima somatiniai, vegetaciniai ligonių nusiskundimai [3].

### 1.5.3. Depresijos simptomai

Dažniausiai pasitaikantys simptomai pagal savo rūšį ir kilmę gali būti skirstomi į tris grupes [20].

Psichiniai simptomai: liūdesys ar prislėgta nuotaika; sumažėję interesai ir pasitenkinimas; prarandamas gyvenimo džiaugsmas, nebedžiugina veikla, kuri anksčiau teikdavo malonumą; susilpnėjęs gebėjimas mąstyti, susikaupimo stoka: sunku sutelkti mintis, priimti net paprasčiausius sprendimus, planuoti veiklą; nedarbingumas; baimė ir nerimas; vidinė tuštuma, neviltis, mintys apie gyvenimo beprasmiškumą, mirtį ir savižudybę [4, 20, 25, 28].

Psichosomatiniai simptomai: fizinis neramumas; vidinis nerimas; vidinis sustingimas; silpnumas; dvasinė ir fizinė blokada [20, 28].

Fiziniai simptomai: miego ir apetito sutrikimai; skrandžio ir žarnyno negalavimai; galvos skausmai; „kamuolys“ gerklėje; spaudimas krūtinėje, širdies skausmai; libido ir potencijos praradimas; karščio bangos ir šiuurpulys; silpnumas, nuovargis ar energijos trūkumas; raumenų skausmas [4, 20, 25, 28].

Liguista depresija gali būti juntama periodiškai. Ją gali sukelti problemos ir rūpesčiai, bet kartais sunku nustatyti aiškia priežastį [20].

#### 1.5.4. Depresija ir somatinės ligos

Psichikos sutrikimai somatinėje klinikoje dažnai pasireiškia ne kaip atskiras sindromas, o kartu su kokia nors somatine liga, o tai gali trukdyti stebėti bei įvertinti esamą emocinį sutrikimą. Kai kurios somatinės ligos ar medikamentai, vartojami šioms ligoms gydyti, patys sukelia emocinių sutrikimų (pvz.: antihipertenziniai ir širdies veiklą reguliuojantys vaistai: beta adrenoblokatoriai (propranololis), rezerpinas, klonidinas, hidralazinas) [3, 25].

Nustatyta, kad sergant somatinėmis ligomis padidėja ir psichikos sutrikimų rizika. Šiais atvejais dažnesnė psichologinė reakcija į ligą yra depresija [29, 25]. Ir atvirkščiai – psichinis ligonis gali susirgti somatine liga. Tokiais atvejais psichikos ir somatinės ligos vertinamos kaip gretutiniai. Galimas ir atsitiktinis psichikos ir somatinio sutrikimo sutapimas [25].

Kai psichikos sutrikimai chronologiškai išryškėja kartu su somatine liga ar tuojau po jos, jie vadinami antriniais, bet jų santykis su somatine liga gali būti skirtingas [25].

Psichologinei reakcijai į somatinę ligą labiau būdinga: susergama jaunesniame amžiuje; anamnezėje – nerimo sutrikimai; alkoholizmas šeimoje; depresinė nuotaika; mintys apie savižudybę; mažiau atminties sutrikimų; dėmesio koncentracijos problemos [29].

Antrinės depresijos simptomams dėl biologinio proceso labiau būdinga: vyresnis pacientų amžius; nuovargis; apatija; beviltiškumas; nuolankumas [29].

Suprantama, tai tik orientaciniai kriterijai [29].

### 1.6. Nerimas

#### 1.6.1. Nerimo paplitimas

Apie trečdalį žmonių (32,7 proc.) nors kartą patiria sunkų psichikos sutrikimą, nerimo sutrikimai sudaro 14,6 proc. Šešių mėnesių laikotarpyje 19,5 proc. amerikiečių suserga sunkiais psichikos sutrikimais, iš jų nerimo sutrikimai sudaro 8,9 proc. Lietuvoje atliktų tyrimų metų (1991 – 1992m.), terapijos ir gastroenterologijos skyriuose, konsultuojant visus atvykstančius į stacionarą ligonius, nerimo sutrikimus diagnozavo 29,6 proc. visų konsultuotų ligonių, iš jų 11,1 proc. nustatyta agorafobija kartu su panika, 4,8 proc. organinis nerimo



sindromas, 4,1 proc. generalizuotas nerimas, 3,3 proc. panika (epizodinis paroksizminis nerimas), 6,3 proc. kiti nerimo sutrikimai. Kitame tyrime, konsultuojant pacientus poliklinikoje ir gastroenterologijos skyriuje, nerimo sutrikimus diagnozavo 26 proc. pacientų [30].

Dažnai ne tik pacientas, bet ir gydytojas nerimo simptomų nelaiko rimtais, nors nerimo sutrikimai yra dažni tarp sergančiųjų somatinėmis ligomis. Dažnai perdėtas susirūpinimas yra laikomas normaliu reiškiniu, neatsižvelgiant į luošiančias pasekmes darbinei veiklai, asmeniniams santykiams ir gyvenimui [31].

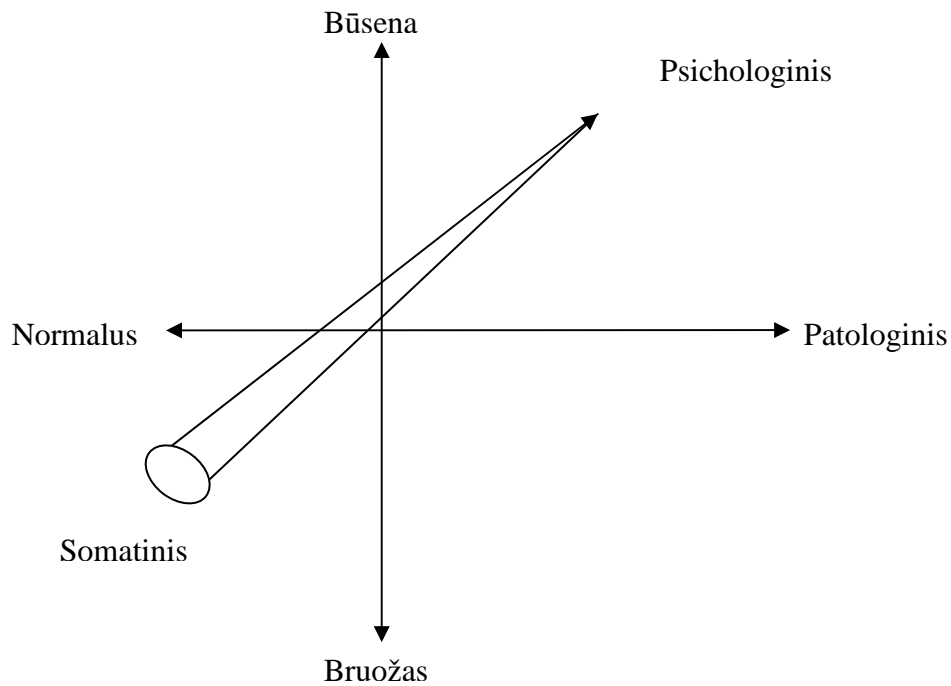
### **1.6.2. Nerimo apibrėžimas**

Nerimas – dažniausia emocija, žmogų lydinti nuo gimimo iki mirties [32].

Nerimas yra žmogaus emocinė būseną - neapibrėžtas grėsmės jausmas, kylantis dėl realaus ar įsivaizduojamo pavojaus [4, 33].

Paprastas nerimas yra normali organizmo reakcija į iškilusias kasdienes stresines situacijas. Šis sveikas nerimas padeda mobilizuoti organizmo jėgas, jis padeda mums susidoroti su iškilusiais sunkumais. Tačiau tais atvejais, kai nerimas pereina į ligą, šis paprastai naudingas jausmas atsigrežia prieš mus – jis ima trukdyti susidoroti su stresinėmis situacijomis, atlikti kasdienes darbus, džiaugtis gyvenimu [33].

Nerimą patiria kiekvienas ištiktas streso. Nerimas skirstomas į normalų ir pataloginį, nerimo būseną ir broožą. Nerimo būseną yra nerimo jutimas dabar, tam tikru momentu, dažnai pasireiškia stresinėje aplinkoje. Nerimas gali tęstis ir ilgą laiką, galbūt visą gyvenimą. Toks nerimas vertinamas kaip broožas, būdingas asmenybės sutrikimui. Normalus nerimas ir nerimo būseną kokybiškai nesiskiria, skiriasi tik kiekybiniais simptomais. Nerimo būsenos metu pacientai gali jausti nerimą, netvirtumą, pažeidžiamumą, dusulį, uždusimo jausmą, išgąstį ir kitus simptomus. Patologiniu vadinamas nerimas atsiradęs be aiškios priežasties. Toks nerimas, nesujęs su koku nors provokuojančiu veiksmu, jis gali būti vadinamas „laisvai plaukiojančiu nerimu“autonominiu nerimu [4].



**3 pav. Nerimo rūšys [4]**

### 1.6.3. Nerimo simptomai

Pacientus, kuriems yra nerimo sutrikimų, gali varginti psichologiniai ar somatiniai nerimo simptomai. Kraštutinės nerimo būsenos metu gali pasireikšti daug somatinių simptomų [4].

Psichologiniai: grėsmės ir baimės jausmas; padidėjęs dirglumas; panika; bloga nuojauta; siaubo jausmas; nerimavimas dėl smulkmenų; sumažėjusi dėmesio koncentracija; nesugebėjimas atsipalaiduoti [4].

Somatiniai: galvos skausmas, svaigimas; nesugebėjimas aiškiai mąstyti; smaugimo jausmas; burnos sausumas; „gumulas“ gerklėje; hiperventiliacija; dusulys; mirties nuo uždusimo baimė; pasunkėjęs kvėpavimas; skausmas krūtinėje, širdies plakimas, tachikardija; pykinimas, vėmimas, viduriavimas, pilvo skausmas; sutrikusios seksualinės funkcijos; padažnėjęs šlapinimasis; krūpčiojimas, nenustygimas vietoje; raumenų įtampa, virpulis, drebulys; raumenų skausmas; parestzijos; kojų ir bendras silpnumas, greitas nuovargis; prakaitavimas, šaltkrėtis, hiperhidrozė, paraudimas [4].

#### **1.6.4. Mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas**

Nerimas dažnai lydi depresiją [4]. Mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas diagnozuojamas tada, kai kartu pasireiškia ir nerimo ir depresijos simptomai, tačiau nei vieni iš jų nėra akivaizdžiai vyraujantys, o atskirai jų neužtenka konkrečiam nerimo ar depresijos sutrikimui diagnozuoti. Jei ir nerimo, ir depresijos simptomai yra labai stiprūs, tuomet reikia diagnozuoti abu šiuos sutrikimus atskirai [30].

#### **1.6.5. Nerimas ir somatiniai sutrikimai**

Nerimo sutrikimai socialines žmogaus funkcijas ir prisitaikymą sutrikdo smarkiau nei tokios lėtinės somatinės ligos kaip diabetas, hipertenzija ir artritas. Nerimas ir depresija pablogina beveik visų somatinių ligų simptomus. Frieling, Cooke ir Wood (Didžioji britanija) [31] nurodo, kad aukštesni nerimo įvertinimai nustatomi žmonėms, sergantiems dirgliųjų žarnų sindromu (DŽS). Nerimas fiziologiškai skatina klajoklį nervą išskirti daugiau serotonino virškinamajame trakte, dėl to pradedama viduriuoti, tad greičiausiai lėtinis šio sutrikimo pobūdis ir nerimas yra glaudžiai susiję. Nerimo simptomai sustiprina ir palaiko DŽS simptomus, o gydant nerimą mažėja ir pagrindinio sutrikimo simptomai [31].

Nerimas yra miego sutrikimų atsiradimo rizikos veiksnys. Švedijoje atlikto tyrimo duomenimis, dėl nerimo atsiradusi nemiga yra svarbus veiksnys, didinantis mirties nuo koronarinės širdies ligos riziką [31].

Nerimas sustiprina skausmo pojūtį. Susidaro ydingas ratas – nerimas sustiprina skausmą ir nusiskundimus, kurie skatina nerimą [31].

Esant nerimo sutrikimams dažnai pastebimas perdėtas susirūpinimas savo sveikatos būkle, gausu sunkiai paaiškinamu somatinių nusiskundimų. Nerimo sutrikimais besiskundžiantys žmonės priklauso grupei pacientų, kurie savo sveikatos būklę dažniau nei kiti įvertina kaip prasta. Dažnai pacientas net negali tiksliai paaiškinti, kas yra blogai, ir tiesiog kreipiasi pakartotinai į kitą gydytoją arba įstaigą. Jų gydymas užtrunka ilgiau ir jie yra mažiau patenkinti gydymo rezultatais [31].

Nerimo sutrikimai didina somatinių susirgimų riziką, skatina depresijos vystymąsi ir ryškiai blogina gyvenamosios rodiklius [31].

## 1.7. Somatizacija

### 1.7.1. Somatizacijos paplitimas

Nuo 60 iki 80 proc. visų žmonių kas savaitę nusiskundžia somatiniais simptomais. Gydytojai tirdami nenustato organinės patologijos 20 – 84 proc. šių asmenų ir jų simptomus vadina „funkciniais“, „psichogeniniais“. Somatoforminių sutrikimų pasireiškia 14 proc. pirminės sveikatos priežiūros pacientų. Dažniau serga moterys. Nustatyta, kad palyginti su baltaisiais somatizacija labiau paplitusi į Ameriką atvykusiems kinams, Azijos ir Pietų Amerikos gyventojams. Daugelis pacientų, sergančių psichikos sutrikimais (nerimo ir depresijos), skundžiasi somatiniais simptomais [4].

### 1.7.2. Somatizacijos apibrėžimas

Somatizacija – tai psichologinių problemų atspindys įvairiais kūno pojūčiais [21]. Pagrindinis somatizacinio sutrikimo klinikos požymis yra daugybiniai, besikartojantys ir dažnai besikeičiantys somatoforminiai simptomai. Somatizacinio sutrikimo atveju būna skundų skausmu, tačiau tie skundai nėra vieninteliai ar pagrindiniai [3].

Šių susirgimų etiologijoje ir patogenezėje psichologiniai faktoriai turi didesnę reikšmę, bet jie nėra vienintelė ligos išsivystymo priežastis [34].

### 1.7.3. Psichosomatiniai kai kurių somatinių ligų aspektai

Beveik visos psichosomatinės ligos atsiranda dėl susikaupusių vidinių konfliktų ir psichologinės įtampos. Konkrečios psichologinės problemos išprovokuoja tam tikras fizines ligas [35]. Kiekvienam susirgimui būdingas savitas psichologinis konfliktas [34].

#### Širdies – kraujagyslių ligos

Karen Damber ( K. Dumber) – kardiologė, aprašė asmenybės bruožus žmonių, sergančių kardiologinėmis ligomis. Bet iškilo klausimas, ar susirgimas kilo dėl žmogaus asmenybės bruožų, ar asmenybė keičiasi susirgus ta liga. Metodologinį klausimą išsprendė vėlesni tyrimai – 1960 m. Fridmanas ir Rozenmanas ( Rosenman ir Friedman) tyrinėjo

išeminę širdies ligą (IŠL) ir miokardo infarktą (MI). Tyrimų rezultatai parodė, kad tik nuo žmogus elgesio priklauso ar žmogus sirgs širdies – kraujagyslių ligomis [34].

#### Virškinamojo trakto sutrikimai

Virškinamojo trakto sutrikimai yra saugumą užtikrinančio organo funkcijos sutrikimas [34]. Skrandžio ir dvylikapirštes žarnos opos atsiradimo priežastys siejamos su tuo, jog žmogus priverstas nuolat slopinti agresiją [35]. Tipiški psichosomatiniai opininkai – žmonės su labai ryškia aleksitymia (nesugeba išreikšti savo emocijų, jų vaizduotė labai prasta) [34].

#### Regėjimo sutrikimai

Oftalmologas blogos regos priežastimi gali laikyti paveldimumą, traumą arba regai kenksmingus įpročius (skaitymą prietemoje, televizoriaus žiūrėjimą pernelyg iš arti ar per ilgai ir kt.). Tačiau psichologas – psichosomatikas pirmąją ligos priežastimi gali laikyti nesąmoningą paciento nenorą ką nors matyti ar pastebėti. Prarasdamas regėjimą, žmogus už tai gauna „antrinės naudos“. Tai yra gali aiškiai nebematyti to, ko nenori. Silpnesnė rega palengvina psichologinius išgyvenimus [36].

#### Kvėpavimo sistemos sutrikimai

Įvairioms kvėpavimo sistemos funkcijoms ir būsenoms gali turėti įtakos psichologiniai veiksniai [3]. Bronchinės astmos atveju patofiziologiniai veiksniai sąveikauja su emociniais veiksniais. Tiriant sergančiųjų bronchine astma emocines reakcijas, buvo nustatyta, kad jos, ypač priepuolio metu, pasiekia panikos lygį. Pacientai būna išsigandę, įsitemę, bijo numirti. Tokiems pacientams reikia daugiau vaistų, jų hospitalizacija būna ilgesnė [3]. Be to, daugelio bronchinės astmos priepuolių pradžia prasideda nuo skersaruožių raumenų spazmo, o ne nuo bronchų lygiųjų. Skersaruožių raumenų spazmas įvyksta dėl emocijų [34].

Išanalizavus mokslinę literatūrą, paaiškėjo, kad somatinio gydymo įstaigose sutinkame daug pacientų, kurie greta somatinių sutrikimų turi nemažai ir emocinių sutrikimų. Deja, Lietuvoje mažai tiriamos įvairiomis somatinėmis ligomis sergančių pacientų psichiatrinės problemos. Mokslinės literatūros analizė leidžia padaryti išvadas, kad problema egzistuoja ir praktiniame lygmenyje t.y. medicinos praktikoje. Dažnai yra pamirštama, kad asmenybė – tai žmogaus fiziologinių, psichologinių, dvasinių, socialinių ir kultūrinių savybių (dimensijų)

visuma ir vienybė. Kiekviena iš šių dimensijų tarpusavyje tarpiai susijusios ir stipriai veikia viena kitą. Mano nuomone, tai yra didelė problema, kadangi sukonzentravus dėmesį tik į vieną iš dimensijų ir neatsižvelgus į kitas, slauga, sveikatos priežiūra bus ne tik nepakankamai efektyvi, bet kartais nepageidautina ir net žalinga. Savo darbe norėčiau išanalizuoti ar sergančiųjų arterine hipertenzija tarpe emociniai sutrikimai yra taip pat paplitę.

## 2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrime dalyvavo 182 pacientai, sergantys AH. Iš visų apklaustųjų moterų buvo 121 (66,5%), o vyrų 61 (33,5%). Apklaustų pacientų amžius skyrėsi. Apklaustųjų pacientų amžiaus vidurkis  $57,72 \pm 13,45$  metai. Jauniausiajam apklaustajam yra 19 metų, vyriausiajam – 82 metai. Tiriamųjų amžius, atlikus variacinės eilutės analizę, buvo suskirstytas į 4 grupes. Paaiškėjo, kad 48 (26,4%) pacientai buvo nuo 19 iki 50 metų, tiek pat 48 (26,4%) pacientai buvo grupėje nuo 50 iki 60 metų, 45 (24,7%) – nuo 60 iki 67 metų ir 41 (22,5%) – 67 – 82 metų grupėje.

Darbe naudotasi apklausos tyrimo metodu. Šis tyrimo metodas yra plačiai paplitęs, tai rodo jo patikimumą ir paprastumą. Buvo laikomasi apklausos metodo metodologijos papildant klausimyną savo sudarytais klausimais, parenkant tiriamąją grupę, vykdant tyrimo procedūras bei aliekant statistinę analizę.

Pacientai buvo apklausiami anoniminio anketavimo būdu, sutikus jiems dalyvauti tyrime. Anketas pildė patys pacientai, anketų dalinimo vietoje. Pacientų apklausa prasidėdavo nuo asmeninio prisistatymo, tyrimo tikslų, rezultatų panaudojimo, anketos pildymo tvarkos paaiškinimo. Su kiekvienu pacientu buvo bendraujama asmeniškai.

Tyrimo pradžioje buvo atliktas pilotinis tyrimas, anketos veiksmingumui išsiaiškinti. Apklausus 15 pacientų buvo tikslinami klausimai, bandoma sisteminti informaciją.

Tiriamajame darbe buvo panaudota Keturių simptomų matavimo anketa (4SMA) ((Four Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)). 4SMA – tai medicininis metodas, skirtas nustatyti ir įvertinti tokius psichiatrinius simptomus kaip distresas, polinkis į nerimą, polinkis į depresiją, somatizacija. 1994m. Terluin'as (Olandija) nustatė pirminės sveikatos priežiūros pacientams keturias simptomų dimensijas, kurios pasirodė esančios būtinos ir pakankamos aprašant dažniausius psichologinius nusiskundimus, tokius kaip, „distresas“, „nerimas“, „depresija“, „somatizacija“. 1996m. Terluin'as išplėtojo 4SMA siekdamas išmatuoti šias keturias simptomų dimensijas.

Olandiškoji 4SMA yra 4 skalių: distresas (16 klausimų, taškų skaičiaus diapazonas = 0 – 32); polinkis į depresiją (6 klausimai, 0 – 12 taškų); polinkis į nerimą (12 klausimų, 0 – 24 taškai); somatizacija (16 klausimų, 0 – 32 taškai). Kiekvienas iš pateiktų 50 klausimų buvo vertinami nuo 0 – 5 taškų sistema, priklausomai nuo atsakymo kategorijos (skliausteliuose nurodytas raškų skaičius): „ne“ (0), „kartais“ (1), „reguliariai“ (2), „dažnai“ (2), labai dažnai (2). Kliniškai ši trichotomizacija naudingesnė negu diferencijuotas penkių kategorijų vertinimas. Tokia sistema leidžia tiksliai įvertinti atsakymus, susijusius su asmenybės

ypatumais ir situaciniais veiksniais. Surinkti taškai buvo sumuojami ir vertinami: distresas >10 taškų – vidutiniškai padidėjęs, >20 – stipriai padidėjęs; polinkis į depresiją: >2 taškų – vidutinio stiprumo polinkis į depresiją, >5 – stiprus polinkis; polinkis į nerimą: >8 taškų – vidutinio stiprumo polinkis į nerimą, >12 – stiprus polinkis į nerimą, somatizacija: >10 taškų – vidutiniškai padidėjusi, >20 – stipriai padidėjusi.

4SMA sudaro 50 klausimų. Ji buvo papildyta 15 klausimais, siekiant nustatyti pacientų asmens duomenis.

1 klausimu nustatoma apklausomo paciento lytis, 2 – amžius, 3 – išsilavinimas, 4 – gyvenamoji vieta, 5 – šeimyninė padėtis. 6 klausimu norėta sužinoti gyvenimo padėtį. 7 klausimu siekta išsiaiškinti darbo veiklą. 8 klausimu patikslinamas 7 klausimas, t.y. išsiaiškinamas darbo pobūdis. Kiek metu pacientas serga arterine hipertenzija leidžia įvertinti 9 klausimas. 10 ir 11 klausimai padėjo nustatyti apklausiamo paciento kraujospūdį. Kaip pacientas vartoja medikamentus nuo arterinės hipertenzijos padėjo įvertinti 12 klausimas. 13, 14 klausimais siekta nustatyti kaip pacientas vertina savo sveikatą (13 klausimu – fizinę sveikatą, 14 – psichinę). Atsakant į 1 – 14 klausimus, prašoma pacientų pažymėti vieną iš kelių pateiktų atsakymų variantų, išskyrus 2 klausimą, kur pacientas turi įrašyti savo amžių.

15 klausimas (4SMA) sudarytas iš 50 klausimų, jais siekiama nustatyti distresą, polinkį į depresiją, polinkį į nerimą, somatizaciją. Distresui nustatyti vertinami 15.17, 15.19, 15.20, 15.22, 15.25, 15.26, 15.29, 15.31, 15.32, 15.36, 15.37, 15.38, 15.39, 15.41, 15.47, 15.48 klausimai, polinkiui į depresiją – 15.28, 15.30, 15.33, 15.34, 15.35, 15.46, polinkiui į nerimą – 15.18, 15.21, 15.23, 15.24, 15.27, 15.40, 15.42, 15.43, 15.44, 15.45, 15.49, 15.50, somatizacijai – 15.1, 15.2, 15.3, 15.4, 15.5, 15.6, 15.7, 15.8, 15.9, 15.10, 15.11, 15.12, 15.13, 15.14, 15.15, 15.16 klausimai. 4SMA naudojami ir kontroliniai klausimai (pvz.: 15.20 ar praėjusia savaitę Jums pasireiškė nemiga? 15.39 ar praėjusia savaitę Jums buvo sunku užmigti?“). Atsakant į šiuos klausimus, pacientų prašoma pasirinkti vieną, jam tinkama iš pateiktų variantų, atsakymą. Anketos klausimų skalė ranginė. Pacientas gali pasirinkti 1 atsakymą iš pateiktų 5 alternatyvų.

Tyrimo metu gauti duomenys buvo užkoduoti ir įvesti į personalinį kompiuterį. Duomenims analizuoti ir interpretuoti buvo naudojamas programų paketas „SPSS for Windows“ 9 v., taikant aprašomąją statistiką: dažnių lentelės, statistinių charakteristikų skaičiavimą, grafikus. Ryšio tarp dviejų kintamųjų įvertinimui buvo atlikta duomenų koreliacinė analizė (Spearman‘*s r.*), logistinė regresija. Buvo atlikta dažnio analizė, variacinė analizė. Vidurkių skirtumai tikrinti remiantis Stjudento (t) kriterijumi. Statistiškai reikšmingi ryšiai ar skirtumai laikyti, kai  $p < 0,05$ .



Anketos rezultatai pateikti lentelėse ir diagramose. Diagramos braižytos Microsoft Excel 2003 programa.

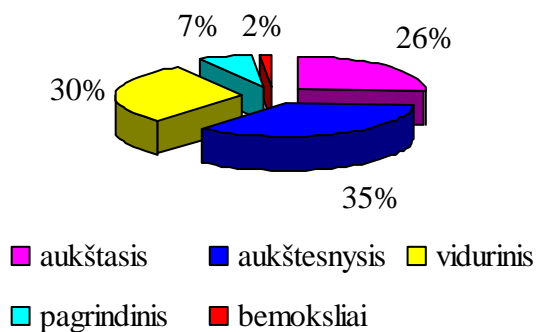
### 3. TYRIMO REZULTATAI

#### 3.1. Tiriamųjų charakteristika

##### 3.1.1. Bendri respondentų duomenys

Tyrimo metu buvo apklausti 182 AH sergantys pacientai, iš kurių moterys 121 (66,5%) ir 61 (33,5%) vyrai. Jauniausiajam apklaustajam yra 19 metų, vyriausiajam – 82 metai.

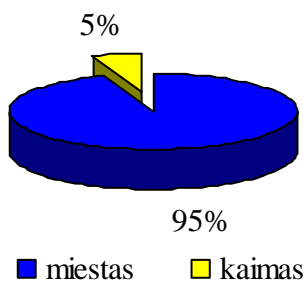
##### 3.1.2. Respondentų išsilavinimas



#### 4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal išsilavinimą (4 pav.), paaiškėjo, kad 61% (112) respondentų turėjo aukštąjį ir aukštesnįjį išsilavinimą.

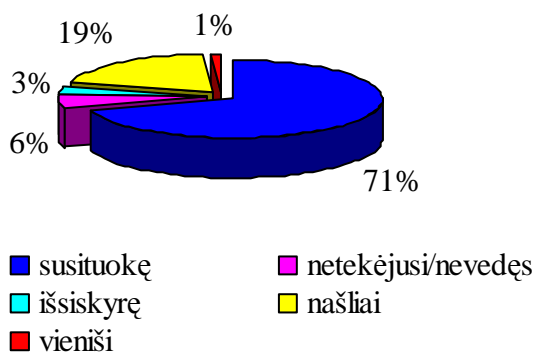
##### 3.1.3. Respondentų gyvenamoji vieta



#### 5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą

95% (172) apklaustųjų gyvena mieste, tik 5% (10) - kaime.

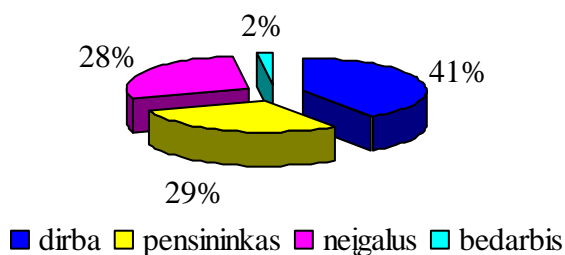
### 3.1.4. Respondentų šeimyninė padėtis



6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį

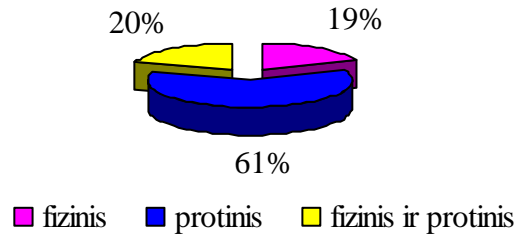
Išanalizavusi respondentų šeimyninę padėtį (6 pav.), sužinojau, kad 71% (128) gyvena susituokę, 1% yra vieniši. Išsamiau analizuojant, paaiškėjo, kad 59% (109) gyvena su partneriu (-ė) arba su partneriu (-ė) ir vaikais, vieni gyvena tik 15% (27) apklaustųjų.

### 3.1.5. Respondentų darbinė veikla



7 pav. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal darbinę veiklą

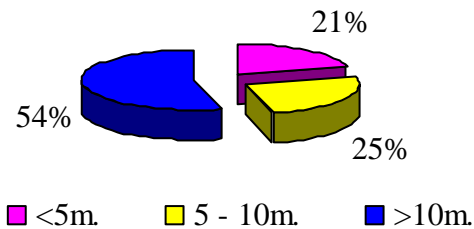
Analizuojant apklaustųjų socialinę padėtį (7 pav.), paaiškėjo, kad 59% (108) yra nedirbantys asmenys (pensininkai, neįgalus).



**8 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal darbo pobūdį**

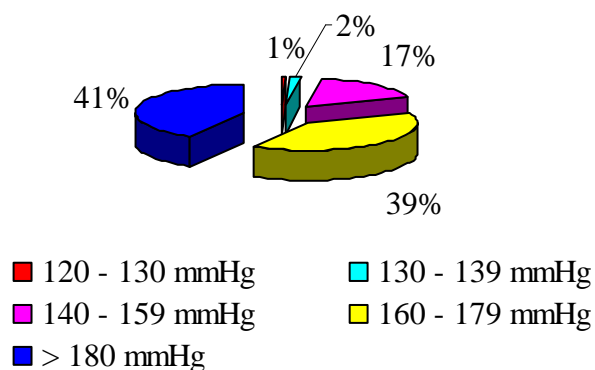
Detaliau analizuojant, sužinojau, kad aktyvūs dirbantys visuomenės nariai sudarė 41% (74) visų apklaustųjų. 61% (45) iš jų dirba protinį darbą.

### 3.1.6. Respondentų bendroji klinikinė charakteristika



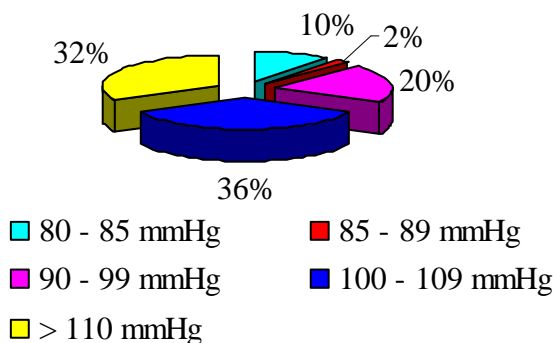
**9 pav. Ligos trukmė**

Apklaustųjų ligos trukmės laikas svyruoja. Sugrupavus pagal ligos trukmę (9 pav.), matyti, kad didesnė respondentų dalis turi didelį ligos stažą, t.y. serga ilgiau nei 10 metų (54% (98) apklaustųjų) ir tik 21% (38) serga trumpiau nei 5 metai.



**10 pav. Vidutinis sistolinio spaudimo dydis mėnesio laikotarpyje**

Analizuojant apklaustųjų duomenis, paaiškėjo, kad beveik visų pacientų spaudimas yra netinkamai koreguojamas (10 pav.): 99% (181) pacientų turėjo sistolinį spaudimą, viršijantį normalų. 41% (76) apklaustųjų pažymėjo, kad paskutinio mėnesio laikotarpyje sistolinis spaudimas dažnai viršijo 180 mmHg.

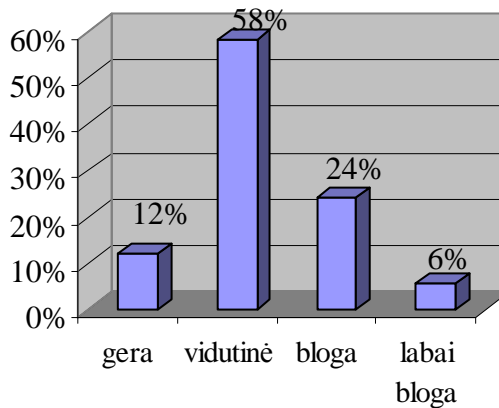


**11 pav. Vidutinis diastolinio spaudimo dydis mėnesio laikotarpyje**

10% (19) apklaustųjų diastolinis spaudimas buvo normos ribose, 90% (163) – viršijo normalų.

Analizuojant antihipertenzinių vaistų vartojimą, sužinojau, kad 83% (152) pacientų vaistus vartojo reguliariai, laikėsi gydytojo rekomendacijų. 4% (7) apklaustųjų nėra vartoję antihipertenzinių vaistų, nes tokie vaistai nebuvo jiems skiriami. Paaiškėjo, kad 12,6% (23) pacientų vaistus vartojo nereguliariai.

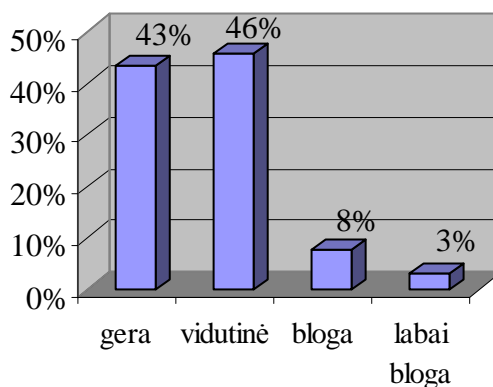
### 3.1.7. Respondentų fizinės ir psichinės sveikatos vertinimas



**12 pav. Apklaustųjų fizinė sveikata**

Anketoje buvo pateiktas klausimas, padedantis įvertinti respondentų nuomonę apie savo sveikatą.

Didesnė pacientų dalis 58,2% (106) įvertino savo fizinę sveikatą, kaip vidutinę. 29,7% (54) apklaustųjų mano, kad jų fizinė sveikata yra bloga/labai bloga. Tik 12,1% (22) įvertino fizinę sveikatą kaip gera.



**13 pav. Apklaustųjų psichinė sveikata**

Skirtingai nuo fizinės sveikatos, 43,4% (79) apklaustųjų mano, kad jų psichinė būklė yra gera.

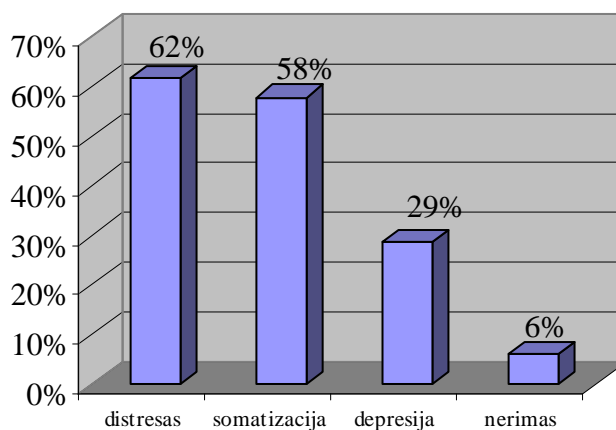
### 3.2. Keturių simptomų matavimo anketos analizė

Apdorojus surinktų anketų duomenis ir įvertinus surinktų taškų dydžius, paaiškėjo, kad pacientams, sergantiems AH būdingas stresinis gyvenimo būdas. Stresą patiria 61,6% (112) apklaustųjų.

Apklaustųjų tarpe buvo dažni ir somatiniai nusiskundimai. 57,7% (105) respondentų skundėsi įvairiais fizinės sveikatos sutrikimais.

Depresija užėmė tarpinę padėtį, depresijai būdingus simptomus turėjo 28,5% (52) apklaustų pacientų.

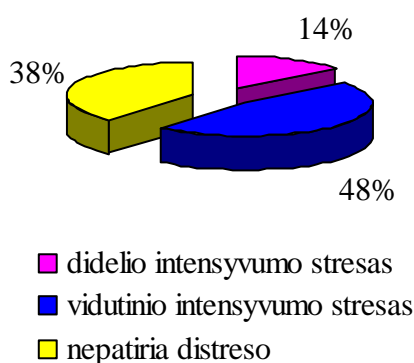
Surinkti taškų dydžiai rodo, kad labai mažai dalyvių surinko didelį taškų skaičių, kurie rodė klinikiškai svarbius nerimo simptomus (6% (11)).



14 pav. Sutrikimų paplitimas

### 3.2.1. Distreso pasireiškimo analizė

Didžioji dauguma respondentų patiria distresą. Pagal distreso skalę buvo įvertintas distreso pasireiškimo laipsnis. Paaiškėjo, kad didelio intensyvumo stresą patiria 14,3% (26) apklaustųjų. Didesnė dalis (47,3% (86)) sergančiųjų AH, išgyvena vidutinio intensyvumo stresą.



15 pav. Distreso pasireiškimo laipsnis

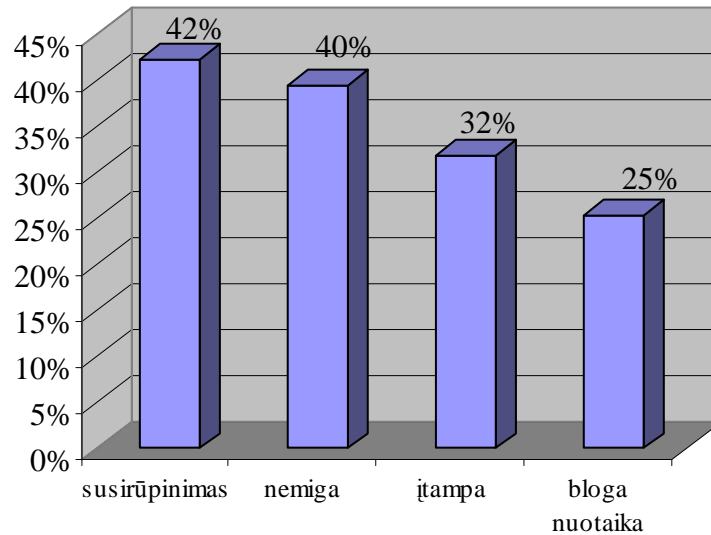
4 lentelė. Distresui būdingi požymiai

Požymiai	Pasireiškimo dažnis				
	Niekada	Kartais	Reguliariai	Dažnai	Labai dažnai
Bloga nuotaika	12,6% (23)	61,0 % (111)	1,1% (2)	18,7 % (34)	6,6% (12)
Susirūpinimas	14,8% (27)	37,9% (69)	4,9% (9)	25,3% (46)	17,0% (31)
Nemiga	26,4% (48)	33,0% (60)	1,1% (2)	17,0% (31)	22,5% (41)
Apatija	33,0% (60)	52,2% (95)	0% (0)	9,9% (18)	4,9% (9)
Įtampa	21,4% (39)	42,9% (78)	3,8% (7)	19,8% (36)	12,1% (22)
Lengvas susierzinimas	26,4% (48)	55,5% (101)	2,7% (5)	11,5% (21)	3,8% (7)
Jausmas, kad Jūs tiesiog nieko nebegalite padaryti	66,5% (121)	22,5% (41)	0,5% (1)	4,4% (8)	6,0% (11)

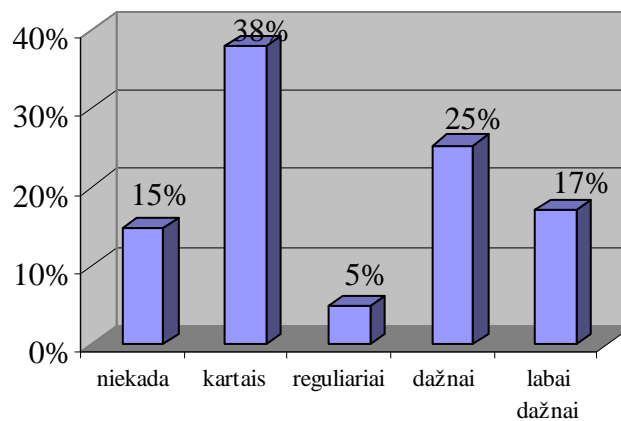


Jūs nebedomina aplinkui esantys žmonės ar daiktai	69,8% (127)	20,9% (38)	0% (0)	3,3% (6)	6,0% (11)
Nebegalite susikaupti	62,6% (114)	27,5% (50)	0,5% (1)	6,0% (11)	3,3% (6)
Daugiau negalite to tverti	70,9% (129)	15,9% (29)	0% (0)	6,6% (12)	6,6% (12)
Atrodė, kad nebenorite nieko daryti	34,6% (63)	48,9% (89)	0,5% (1)	10,4% (19)	5,5% (10)
Buvo sunku aiškiai mąstyti	75,8% (138)	19,2% (35)	0% (0)	4,4% (8)	0,5% (1)
Buvo sunku užmigti	31,3% (57)	31,9% (58)	1,1% (2)	14,8% (27)	20,9% (38)
Buvo sunku valdyti emocijas	56,6% (103)	31,9% (58)	0% (0)	8,2% (15)	3,3% (6)
Jūsų mintyse praskriejo kokių nors Jūsų patirtų nemalonių įvykių vaizdai	40,7% (74)	41,2% (75)	0,5% (1)	9,9% (18)	7,7% (14)
Turėjote visomis jėgomis stengtis nuvyti šalin mintis apie nemalonus įvykius	41,2% (75)	40,1% (73)	0,5% (1)	9,9% (18)	8,2% (15)

Analizuojant distresui būdingų požymių pasireiškimo dažnį, nustaciau, kad sergantys AH dažnai ir net labai dažnai būna susirūpinę, blogos nuotaikos, jaučia įtampą, jiems būdingi miego sutrikimai.

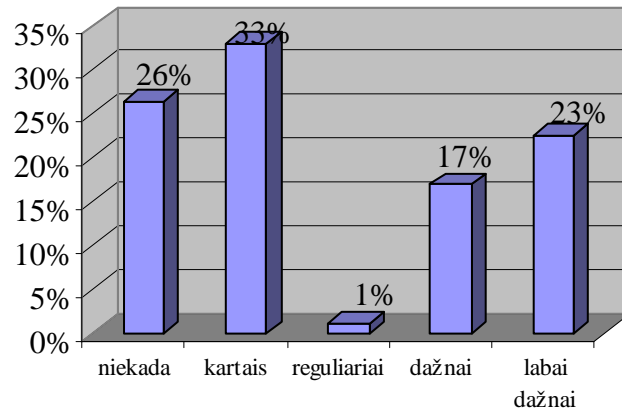


**16 pav. Distreso požymių paplitimas respondentų tarpe**



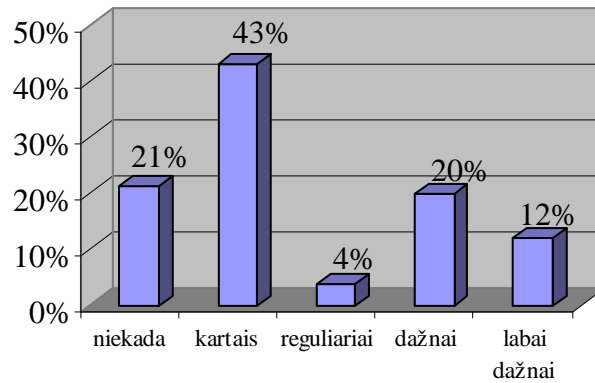
**17 pav. Susirūpinimo pasireiškimo dažnis**

Smulkiau analizuojant kiekvieną iš minėtų požymių pagal pasireiškimo dažnį, paaiškėjo, kad susirūpinimas (17 pav.) dažnai vargina pacientus.



**18 pav. Nemigos pasireiškimo dažnis**

Surinktų balų analizė parodė, kad tik 26% (48) apklaustųjų nesiskundžia nemiga.



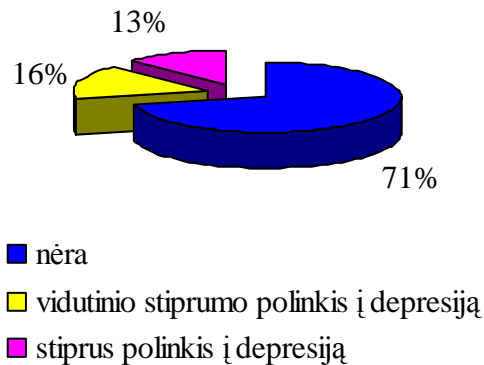
**19 pav. Įtampos pasireiškimo dažnis**

Analizuojant įtampos pasireiškimo dažnį (19 pav.), sužinojau, kad beveik pusei apklaustųjų ji pasireiškia kartais.

Visi apklaustieji pagal darbo pobūdį buvo suskirstyti į dirbančius protinį, fizinį, protinį ir fizinį darbą. Atlikus daugiareikšmę logistinę regresiją, nustačiau, kad distresą dažniau patiria protinį darbą dirbantys asmenys (55,6% (101)).

### 3.2.2. Depresijai būdingų požymių analizė

Nemaža dalis apklaustųjų turėjo depresijos požymių. Atsakymų balų analizė parodė, kad vidutinio stiprumo polinkį į depresiją turi 15,9% (29) apklaustųjų, 12,6% (23) - stiprų polinkį.

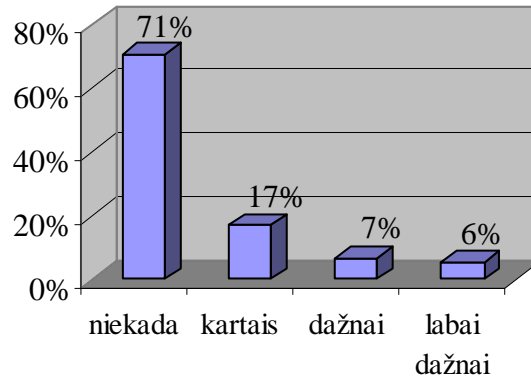


20 pav. Polinkio į depresiją stiprumas

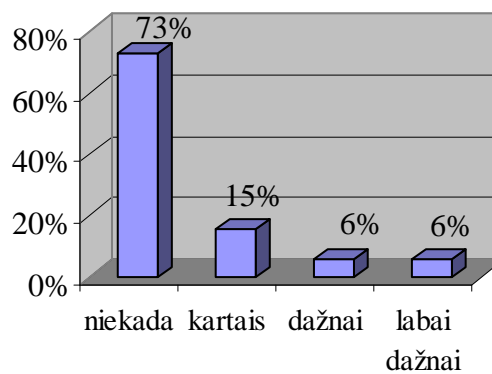
5 lentelė. Depresijai būdingi požymiai

Požymiai	Pasireiškimo dažnis				
	Niekada	Kartais	Reguliariai	Dažnai	Labai dažnai
Viskas neteko prasmės	69,8% (127)	19,8% (36)	0,5% (1)	3,8% (7)	6,0% (11)
Gyvenimas yra bevertis	72,5% (132)	17,0% (31)	0% (0)	4,4% (8)	6,0% (11)
Geriau būtų, jeigu numirčiau	85,7% (156)	7,1% (13)	0% (0)	3,3% (6)	3,8% (7)
Nebemokate niekuo džiaugtis	70,9% (129)	17,0% (31)	0% (0)	6,6% (12)	5,5% (10)
Iš Jūsų padėties nėra išieitis	72,5% (132)	15,4% (28)	0% (0)	6,0% (11)	6,0% (11)
Pagalvojote „norėčiau būti miręs“	85,7% (156)	7,1% (13)	0,5% (1)	2,7% (5)	3,8% (7)

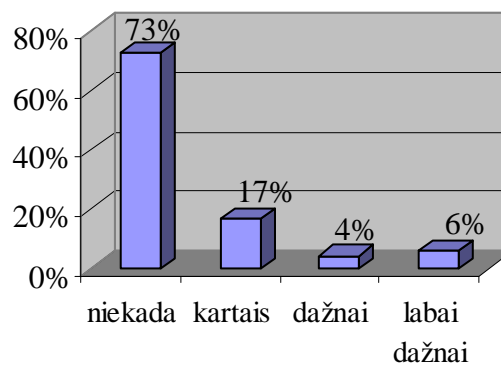
Nagrinėjant depresijos požymių pasireišimą, paaiškėjo, kad jų pasireiškimo dažnumas mažai skyrėsi (21, 22, 23 pav.).



**21 pav. Džiaugsmo praradimo pasireiškimo dažnis**



**22 pav. Jausmo, kad nėra išeities iš padėties pasireiškimo dažnis**



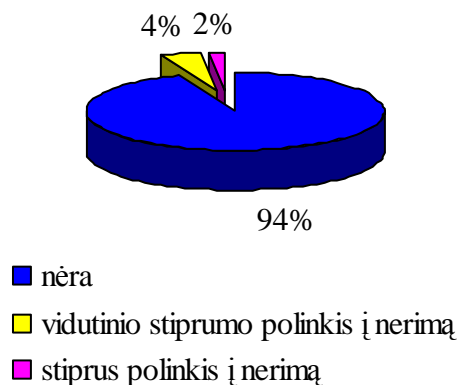
**23 pav. Jausmo, kad gyvenimas bevertis pasireiškimo dažnis**

Iš lentelės (5 lentelė) matome, kad rečiausiai pacientai galvodavo apie mirtį.

Polinkį į depresiją daugiau turėjo pacientai, dirbantys protinį darbą (15,5% (28,21)) ir protinį ir fizinį darbą (20,0% (36,4)).

### 3.2.3. Nerimo simptomų analizė

Labai nedideliame respondentų skaičiui išryškėjo aiškūs polinkio į nerimą simptomai. Nustaciau, kad polinkį į nerimą turi 6% (11) apklaustųjų, iš jų 1,6% (3) respondentų turi stiprų polinkį į nerimą, 4,4% (8) – vidutinį.



24 pav. Polinkis į nerimą

6 lentelė. Nerimui būdingi požymiai

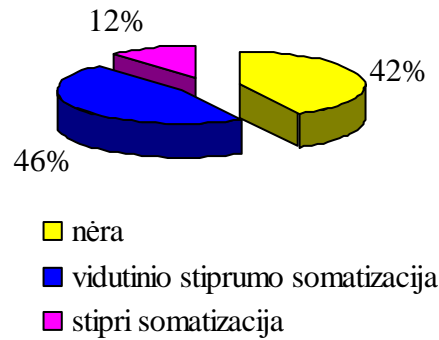
Požymiai	Pasireiškimo dažnis				
	Niekada	Kartais	Reguliariai	Dažnai	Labai dažnai
Ūmus šokas be jokios priežasties	97,8% (178)	1,6% (3)	0% (0)	0,5% (1)	0% (0)
Sunkiai paaiškinamas baimės jausmas	67,6% (123)	25,3% (46)	0% (0)	3,3% (6)	3,8% (7)
Drebulys būnant su kitais žmonėmis	84,1% (153)	13,7% (25)	0% (0)	1,6% (3)	0,5% (1)

Nerimas arba panikos priepuoliai	58,2% (106)	31,9% (58)	0% (0)	5,5% (10)	4,4% (8)
Išgąstis	83,5% (152)	14,3% (26)	0% (0)	1,6% (3)	0,5% (1)
Buvo baisu izeiti iš namų vienam	92,3% (168)	4,4% (8)	0% (0)	2,2% (4)	1,1% (2)
Bijojote ko nors, ko bijoti iš tikrųjų nėra reikalo (pvz., gyvūnų, aukščio)	91,8% (167)	4,4% (8)	0,5% (1)	1,1% (2)	2,2% (4)
Bijojote važiuoti autobusu, traukiniu	98,4% (179)	1,1% (2)	0% (0)	0% (0)	0,5% (1)
Bijojote, kad jaudinsitės bendraudamas su kitais žmonėmis	76,4% (139)	20,3% (37)	0,5% (1)	2,2% (4)	0,5% (1)
Jautėte, kad Jums pastoviai gresia nežinomas pavojus	90,1% (164)	7,7% (14)	0% (0)	0,5% (1)	1,6% (3)
Teko vengti tam tikrų vietų, kurios Jums kelia baimę	88,5% (161)	10,4% (19)	0% (0)	1,1% (2)	0% (0)
Teko kuriuo nors metu tam tikrus veiksmus kartoti kelis kartus, kad galėtume pradėti daryti ką nors naujo	78,0% (142)	19,2% (35)	0% (0)	1,6% (3)	1,1% (2)

Paaikėjo, kad nerimui būdingais požymiais, respondentai skundžiasi retai.

### 3.2.4. Somatizacijos simptomų pasireiškimo analizė

Didžioji dauguma apklaustųjų patiria somatizaciją. Pagal somatizacijos skalę buvo įvertintas somatizacijos pasireiškimo laipsnis. Paaiškėjo, kad 46,2% (84) apklaustųjų turėjo vidutinio stiprumo somatizaciją, 11,5% (21) – stiprią.



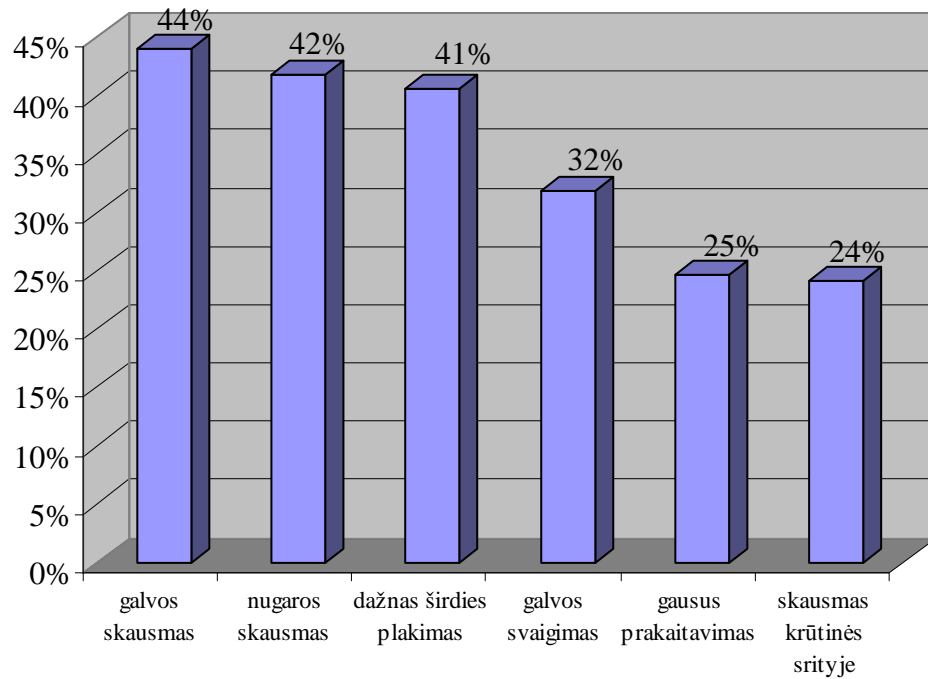
25 pav. Somatizacijos pasireiškimo laipsnis



7 lentelė. Somatizacijai būdingi simptomai

Požymiai	Pasireiškimo dažnis				
	Niekada	Kartais	Reguliariai	Dažnai	Labai dažnai
Galvos svaigimas arba jausmas kad sukasi galva	31,9% (58)	34,6% (63)	1,6% (3)	16,5% (30)	15,4% (28)
Raumenų skausmas	66,5% (121)	24,7% (45)	0% (0)	6,0% (11)	2,7% (5)
Alpimas	95,6% (174)	3,3% (6)	0% (0)	1,1% (2)	0% (0)
Kaklo skausmas	49,5% (90)	26,4% (48)	2% (2,2)	14,3% (26)	7,7% (14)
Nugaros skausmas	24,7% (45)	31,3% (57)	2,2% (4)	24,2% (44)	17,6% (32)
Gausus prakaitavimas	47,3% (86)	27,5% (50)	0,5% (1)	15,9% (29)	8,8% (16)
Širdies plakimas	19,2% (35)	40,1% (73)	0% (0)	32,4% (59)	8,2% (15)
Galvos skausmas	17,0% (31)	37,4% (68)	1,6% (3)	34,1% (62)	9,9% (18)
Pilvo pūtimas	51,1% (93)	34,6% (63)	1,1% (2)	8,8% (16)	4,4% (8)
Susiliejęs vaizdas akyse, prieš akis atsirandančios dėmės	40,1% (73)	40,1% (73)	0,5% (1)	12,6% (23)	6,6% (12)
Sunkus kvėpavimas	51,1% (93)	28,6% (52)	0% (0)	18,1% (33)	2,2% (4)
Pykinimas arba skrandžio veiklos sutrikimas	44,5% (81)	37,9% (69)	0,5% (1)	13,2% (24)	3,8% (7)
Skausmas pilvo srityje	59,9% (109)	29,7% (54)	0% (0)	8,2% (15)	2,2% (4)
Dilgčiojimas pirštuose	60,4% (110)	24,7% (45)	0% (0)	11,5% (21)	3,3% (6)
Spaudimas arba tempimas krūtinės srityje	41,8% (76)	35,7% (65)	0,5% (1)	18,7% (34)	3,3% (6)
Skausmas krūtinės srityje	41,8% (76)	34,1% (62)	0% (0)	20,3% (37)	3,8% (7)

Nagrinėjant somatinių simptomų dažnumą, paaiškėjo, kad daugelį pacientų dažnai vargina galvos, nugaros skausmas, dažnas širdies plakimas, galvos svaigimas, gausus prakaitavimas, skausmas krūtinės srityje.



**26 pav. Dažnai ir labai dažnai pasireiškiantys somatiniai sutrikimai respondentų tarpe**

Įvertinus gautus duomenis, sužinojau, kad alpimas ir raumenų skausmas – labai retai pasireiškiantis simptomai.

Somatizacijos požymiai buvo pasiskirstę maždaug vienodai visose darbo grupėse, t.y. nepriklausė nuo darbo pobūdžio.

### 3.2.5. Keturių simptomų matavimo anketos skalių analizė

Keturių simptomų matavimo anketos skalių analizė parodė, kad skalės koreliuoja viena su kita. Ryšys tarp jų yra statistiškai patikimas (8 lentelė). Tai reiškia, kad somatiniai nusiskundimai ir psichinės sveikatos sutrikimai yra susiję ir įtakoja vienas kito atsiradimą.

Iš lentelės matyti, kad didžiausios koreliacijos yra su distresu.

**8 lentelė. 4SMA skalių tarpusavio koreliacijos**

Skalė	Skalė	Koreliacijos koeficientas (r)	Patikimumas (p)
Distresas	Depresija	0,627	0,000
Distresas	Nerimas	0,386	0,000
Distresas	Somatizacija	0,344	0,000
Depresija	Somatizacija	0,195	0,008
Depresija	Nerimas	0,398	0,000
Somatizacija	Nerimas	0,187	0,012

### 3.2.6. Distreso koreliacija su kitomis skalėmis

Nagrinėjant atskirų psichologinių sutrikimų tarpusavio ryšį, paaiškėjo, kad distreso sutrikimai statistiškai patikimai koreliuoja su depresijos skale.

Iš gautų duomenų sužinojau, kad kuo dažniau sergantys AH būna blogos nuotaikos, tuo dažniau atrodo, kad viskas neteko prasmės ( $r = 0,315$ ,  $p = 0,000$ ), gyvenimas bevertis ( $r = 0,379$ ,  $p = 0,000$ ), ir nėra išeities iš jų padėties ( $r = 0,349$ ,  $p = 0,000$ ).

Pasidomėjus, ar yra ryšys tarp apatijos ir jausmo, kad gyvenimas yra bevertis, sužinojau, kad ryšys yra patikimas ( $p = 0,000$ ) ir vidutinio stiprumo ( $r = 0,423$ ). Taigi kuo dažniau respondentams pasireiškia apatija, tuo dažniau atrodo, kad gyvenimas yra bevertis. Nustačiau tokio pat stiprumo patikimą ryšį tarp apatijos ir jausmo, kad viskas neteko prasmės ( $r = 0,384$ ,  $p = 0,000$ ). Be to, pacientai, esantys apatijos būsenoje, dažniau pagalvoja apie mirtį ( $r = 0,393$ ,  $p = 0,000$ ).

Aptikau statistiškai patikimą ryšį ( $p = 0,000$ ) tarp jausmo, kad nieko negalite padaryti ir depresijai būdingo jausmo, kad viskas neteko prasmės. Šis ryšys stiprus ( $r = 0,817$ ). Kuo dažniau respondentams atrodo, kad nieko negali padaryti, tuo dažniau pagalvoja, kad geriau numirtų ( $r = 0,577$ ,  $p = 0,000$ ).

Koreliacijos analizė parodė, kad yra stiprus patikimas ryšys tarp distresui būdingo jausmo: nebedomina aplinkui esantys žmonės ir daiktai ir depresijos: viskas neteko prasmės ( $r = 0,708$ ,  $p = 0,000$ ) ir gyvenimas yra bevertis ( $r = 0,780$ ,  $p = 0,000$ ).

Paaiškėjo, kad yra patikimas stiprus ryšys ( $r = 0,914$ ,  $p = 0,000$ ) tarp jausmo, kad negali to tvirti ir nebėra išėjties iš padėties.

Kuo dažniau respondentams pasireiškia jausmas, kad nebenori nieko daryti, tuo dažniau atrodo, kad nėra išėjties iš jų padėties ( $r = 0,462$ ,  $p = 0,000$ ), viskas neteko prasmės ( $r = 0,374$ ,  $p = 0,000$ ), ir geriau numirtų ( $r = 0,365$ ,  $p = 0,000$ ).

Pasidomėjus ar yra koreliaciją tarp prisiminimų apie nemalonus praeities įvykius, kurie būdingi distresui, ir depresijos simptomų, sužinojau, kad respondentai, kurie negali pamiršti tų įvykių, praranda džiaugsmo jausmą ( $r = 0,385$ ,  $p = 0,000$ ). Jiems atrodo, kad nebegali daugiau to tvirti ( $r = 0,460$ ,  $p = 0,000$ ) ir gyvenimas yra bevertis ( $r = 0,445$ ,  $p = 0,000$ ).

Iš gautų duomenų sužinojau, kad distreso požymiai koreliuoja su somatiniais simptomais siauresniu mastu. Paaiškėjo, kad esant sutrikusiai emocinei būsenai, atsiranda daugiau somatinio pobūdžio nusiskundimų. Respondentai, kurie dažnai būna susirūpinę, dažniau skundžiasi padažnėjusiu širdies plakimu ( $r = 0,155$ ,  $p = 0,037$ ) ir pykinimu ( $r = 0,161$ ,  $p = 0,030$ ).

Blogai išsimiegojus, dažniau svaigsta ( $r = 0,329$ ,  $p = 0,000$ ) ir skauda galvą ( $r = 0,178$ ,  $p = 0,016$ ).

Mintys apie nemalonus praeities įvykius skatina galvos skausmo ( $r = 0,148$ ,  $p = 0,046$ ), dažno širdies ritmo atsiradimą ( $r = 0,298$ ,  $p = 0,000$ ).

Kai respondentams skauda galvą, pasireiškia jausmas, kad negali daugiau to tvirti ( $r = 0,169$ ,  $p = 0,023$ ) ir nebedomina aplinkui esantys žmonės ir daiktai ( $r = 0,205$ ,  $p = 0,005$ ).

### **3.2.7. Nerimo skalės koreliacija su kitomis skalėmis**

Koreliacinė analizė parodė, kad nerimo požymiai silpnai koreliuoja su distreso požymiais.

Aptikau statistiškai patikimą ryšį tarp ( $p = 0,007$ ) sunkiai paaiškinamo baimės jausmo ir nemigos. Ryšio stiprumas yra  $r = 0,200$ . Respondentams sutrinka miegas ir kai jaučia nerimą ( $r = 0,207$ ,  $p = 0,005$ ), baimę bendrauti su žmonėmis ( $r = 0,190$ ,  $p = 0,010$ ).

Kai sergantys AH labai jaudinasi bendraudami su žmonėmis, jiems sunku susikaupti ( $r = 0,224$ ,  $p = 0,001$ ).

Respondentai, kurie bijo išeiti iš namų vieni, jaučia kad negali to tvirti ( $r = 0,226$ ,  $p = 0,002$ ) ir nieko negali padaryti ( $r = 0,184$ ,  $p = 0,013$ ).

Iš gautų duomenų, paaiškėjo, kad nerimo skalė koreliuoja su depresijos skale panašiai kaip ir su distreso (vertinant pagal ryšio stiprumą ir patikimumą).

Respondentams atrodo, kad nėra išeities ( $r = 0,206$ ,  $p = 0,005$ ), viskas neteko prasmės ( $r = 0,259$ ,  $p = 0,000$ ) ir geriau numirtų ( $r = 0,228$ ,  $p = 0,002$ ), kai jaučia sunkiai paaiškinamą baimės jausmą.

Aptikau patikimą vidutinio stiprumo ryšį  $r = 0,397$  ( $p = 0,000$ ) tarp jausmo, kad gresia nežinomas pavojus ir jausmo, kad nėra išeities.

### 3.2.8. Somatizacijos skalės koreliacija su kitomis skalėmis

Analizuojant somatizacijos ir nerimo ir skales, paaiškėjo, kad dažnai pasireiškiantys somatiniai sutrikimai pablogina pacientų emocinę būklę ir atvirkščiai, nerimo simptomai sukelia somatinius nusiskundimus. Pakitimai širdies veikloje: dažnas širdies ritmas ( $r = 0,195$ ,  $p = 0,008$ ), oro trūkumas ( $r = 0,176$ ,  $p = 0,017$ ), susiliejęs vaizdas akyse ( $r = 0,169$ ,  $p = 0,022$ ), nugaros skausmas ( $r = 0,152$ ,  $p = 0,040$ ) sukelia nerimą.

Respondentai, kurie skundžiasi sunkiai paaiškinamu baimės jausmu, dažniau jaučia skausmą krūtinės srityje ( $r = 0,149$ ,  $p = 0,045$ ). Nerimą jaučiantys žmonės dažniau skundžiasi dažnu širdies plakimu ( $r = 0,195$ ,  $p = 0,008$ ) ir skausmais širdies plote ( $r = 0,194$ ,  $p = 0,009$ ).

Nustačiau, kad nuolat pasireiškiantys somatiniai sutrikimai sukelia depresinio pobūdžio mintis. Kai respondentams skauda galvą, praranda džiaugsmo gyvenimu jausmą ( $r = 0,208$ ,  $p = 0,005$ ), ima galvoti, kad nėra išeities iš jų padėties ( $r = 0,160$ ,  $p = 0,031$ ) ir gyvenimas atrodo bevertis ( $r = 0,184$ ,  $p = 0,013$ ). Tokias mintis sukelia ir sergančius AH dažnai varginantys galvos svaigimas.

Nustačiau patikimą silpną ryšį  $r = 0,177$  ( $p = 0,017$ ) tarp nugaros skausmo ir jausmo, kad gyvenimas yra bevertis.

Paaiškėjo, kad ir depresija sukelia įvairius somatinius nusiskundimus.

Respondentai, kurie galvoja, kad gyvenimas bevertis, dažniau skundžiasi galvos skausmu ( $r = 0,184$ ,  $p = 0,013$ ), dažnu širdies plakimu ( $r = 0,169$ ,  $p = 0,023$ ), pykinimu ( $r = 0,267$ ,  $p = 0,000$ ). Džiaugsmo praradimas turi įtakos galvos skausmo ( $r = 0,208$ ,  $p = 0,005$ ) ir skausmo krūtinės srityje ( $r = 0,160$ ,  $p = 0,031$ ) atsiradimui.

### 3.3. Ligos trukmės (AH) įtaka sveikatai

Vertinant, ar ligos stažas turi įtakos sveikatos sutrikimų atsiradimui, t.y. ar pacientai kurie serga AH 5 – 10 metų ir ilgiau nei 10 metų, turi daugiau somatinių ir psichologinių sutrikimų, paaiškėjo, kad ligos stažas įtakos neturi. Sugrupavus pagal ligos trukmę, sužinojau kad ryškių skirtumų nebuvo tarp ligos stažo ir sutrikimų paplitimo. Atlikus daugiareikšmę logistinę regresiją išryškėjo, kad pacientai, kurie serga ilgiau, jie vaistus vartoja reguliariau, negu pacientai su ne ilga ligos trukme ( $p = 0,036$ ). Pacientų grupėje, kurie serga iki 5 metų, yra daugiau respondentų, kurie nesilaiko gydytojo nurodymų ir vaistus vartoja nereguliariai. Reiškia, kad dėl nepakankamai koreguojamo spaudimo, jie turi taip pat įvairių somatinio ir psichologinio pobūdžio nusiskundimų.

**9 lentelė. Vaistų vartojimas pagal ligos trukmę**

AH trukmė	Vaistų vartojimas	Dažnumas	Procentinis santykis
		Stebėjimų objektas	Stebėjimų objektas
<5m.	reguliariai	26	68,4%
	nereguliariai	8	21,1%
	nevartojate	4	10,5%
5 - 10m.	reguliariai	38	82,6%
	nereguliariai	6	13,0%
	nevartojate	2	4,3%
>10m.	reguliariai	88	89,8%
	nereguliariai	9	9,2%
	nevartojate	1	1,0%

Atlikus daugiareikšmę logistinę regresiją paaiškėjo, kad nėra ryšio tarp AH lygių ir psichosomatinių sutrikimų paplitimo. Psichologinio ir somatinio pobūdžio sutrikimai buvo paplitę maždaug vienodai visuose AH lygiuose ir amžiaus grupėse.

### **3.4. Respondentų nuomonės apie sveikatą palyginimas su gautais rezultatais**

Tyrimo metų gauti rezultatai parodė, kad didžioji dalis respondentų 61,6% (112) patiria distresą, kiti psichologinio pobūdžio sutrikimai buvo retesni. Lyginant su apklaustųjų nuomonę, galima teigti, kad respondentai savo psichinę sveikatą vertino pakankamai objektyviai: 56,9% (103) respondentų pažymėjo, kad turi psichinės sveikatos sutrikimų.

Paaiškėjo, kad fizinę sveikatą respondentai sureiškina. Somatizacija buvo nustatyta 57,7% (105) respondentų. Net 87,9% (160) apklaustųjų pažymėjo, kad turi fizinės sveikatos sutrikimų.

#### 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Išanalizavusi 182 anketas įvertinau sergančiųjų AH psichoemocinę būklę, distreso, somatizacijos, polinkio į nerimą ir depresiją dažnį, AH trukmę, bei lygį, kaip jie vartoja vaistus, kaip patys vertina savo fizinę, bei psichinę sveikatos būklę.

Darbo metų paaiškėjo, kad distresas (61,6% (112)) ir somatizacija (57,7% (105)) yra dažnai pasitaikantys sveikatos sutrikimai. Polinkį į depresiją turėjo mažiau apklaustųjų (28,5% (52)). Nerimo požymiai respondentų tarpe buvo labai reti (6% (11)).

Kiekvienas minėtų sutrikimų buvo analizuotas detaliau.

Analizuojant distreso pasireišimo požymius paaiškėjo, kad sergančiųjų AH tarpe labiausiai paplitę yra susirūpinimas – 42,3% (77), miego sutrikimai – 39,5% (72), įtampa – 31,9% (58), bloga nuotaika – 25,3% (46).

Įvertinus depresijai būdingus simptomus, nustaciau, kad jų pasireišimo dažnumas yra maždaug vienodas. Rečiausiai sutinkamas požymis buvo tas, kad pacientai galvojo apie mirtį, t.y. galvojo, kad geriau numirtų.

Džiugu, kad nerimo požymiai respondentų tarpe buvo sutinkami labai retai.

Analizuojant somatinius nusiskundimus, sužinojau, kad dažniausiai pacientai jaučia galvos – 44% (80), nugaros skausmą – 41,8% (76), dažną širdies plakimą – 40,6% (74), galvos svaigimą – 31,9% (58), juos vargina gausus prakaitavimas – 24,7% (45) ir skausmas krūtinės srityje – 24,1% (44).

Atlikus koreliacinę analizę tarp 4SMA skalių, paaiškėjo, kad psichologinių simptomų klausimynai koreliuoja vienas su kitu, tik skirtingu mastu. Distreso sutrikimai statistiškai patikimai ir reikšmingai koreliuoja su depresijos skale ( $r = 0,627$ ,  $p = 0,000$ ). Distreso ir somatizacijos skalės turėjo mažesnę, bet pakankamai esminę koreliaciją ( $r = 0,344$ ,  $p = 0,000$ ). Kitų skalių koreliacija buvo silpnesnė, bet pakankamai reikšminga.

Išnagrinėjus duomenis paaiškėjo, kad psichologinio ir somatinio pobūdžio sutrikimų paplitimas nepriklauso nuo amžiaus, AH lygių ir ligos trukmės.

Vertinant ligos trukmės (AH) įtaką sveikatai, išryškėjo, kad ligos trukmė neturi įtakos sveikatos sutrikimų atsiradimui. Analizuojant pacientus, kurie serga AH trumpiau nei 5m., ir lyginant su pacientais, kurių ligos trukmė 5 – 10m, ir ilgesnė nei 10m., paaiškėjo, kad nagrinėti sutrikimai buvo paplitę maždaug vienodai visose grupėse. Aptiktą faktą galima paaiškinti tuo, kad pacientai su ilgesne ligos trukme, labiau suvokia, kaip svarbu reguliariai vaistus vartoti ( $p = 0,036$ ), bet dėl ilgos ligos trukmės turi įvairių sveikatos sutrikimų (ir



psichologinių ir somatinių). Pacientai, kurie serga ne ilgai, dar to neįsisąmonino, ir dėl nereguliaraus vaistų vartojimo taip pat turi įvairių sutrikimų.

Paaikškėjo, kad apklaustieji pakankamai objektyviai vertino savo psichinę sveikatos būklę, tačiau vertinat fizinę sveikatą, objektyvumo trūko. 87,9% apklaustųjų nurodė, kad jų fizinė sveikata yra sutrikusi, tačiau tyrimo rezultatai parodė, kad 57,7% patiria somatizaciją.

Tyrimo metų gauti rezultatai buvo palyginti su kitų autorių duomenimis.

L. Šileikienė disertacijoje „Jaunų žmonių arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių prognozinė reikšmė“ (2000) teigia, kad AH paplitimas priklauso nuo amžiaus. AKS senstant didėja, ypač sistolinis. Mano tyrime tai pasitvirtino, tik 48 (26,4%) pacientai buvo nuo 19 iki 50 metų, ir 134 (73,6%) nuo 50 iki 82 metų. 99% (181) pacientų turėjo sistolinį spaudimą, viršijantį normalų. Pasitvirtino ir tai, kad AH yra labiau paplitusi tarp miesto gyventojų, o ne tarp gyvenančių kaime.

Analizuojant AH psichosomatinį aspektą pasitvirtino, kad daugelis pacientų, sergančių kardiologine patologija, turi antrinių psichologinių problemų, kurios kyla dėl ligos. Kardiovaskulinę patologiją visada apsunkina stresas, nerimas, depresinė simptomatika (A. Dembinskas). Anot A. Dembinsko pacientai, kurie serga AH, išgyvenę naują stresą sveiksta žymiai ilgiau. Beveik visi respondentai (tik 1% (1) apklaustųjų sistolinis spaudimas ir 10% (19) apklaustųjų diastolinis spaudimas buvo normos ribose) turėjo aukštą kraujo spaudimą ir dėl būklės pablogėjimo pateko ir buvo gydomi ligoninėje.

Slaugytojų atliktų darbų, kuriuose būtų nagrinėjama sergančiųjų AH psichinė sveikata, man rasti nepavyko. Radau tik tai VU slaugos magistrantūros studentės darbą, kuriame nagrinėjamas sergančiųjų arterine hipertenzija gyvenimo būdas. Šiame darbe teigiama, kad dalies ištirtų pacientų, sergančių AH, pagrindinės gyvensenos charakteristikos neatitinka sveikos gyvensenos reikalavimų, pacientų žinios apie arterinę hipertenziją ir gyvensena yra nepakankamos.

Mano tyrime nepasitvirtino, kad egzistuoja ryšys tarp psichologinių veiksnių ir AH lygių.

G. Daubaro ir kitų mokslininkų atlikto tyrimo Vilniaus miesto Antakalnio poliklinikoje ir M. Marcinkevičiaus ligoninėje rezultatai parodė, kad nerimo, depresijos sutrikimų buvo maždaug vienodai visose amžiaus grupėse. Mano tyrime taip pat nebuvo nustatyta psichologinio ir somatinio pobūdžio sutrikimų priklausomybė nuo amžiaus ir ligos trukmės.

Taigi, tyrimo pradžioje iškelta hipotezė pasitvirtino iš dalies. Sergančiųjų AH psichoemocinė sveikata yra sutrikusi, ypač esant blogai koreguojamai AH, bet ligos trukmė psichoemociškai sveikatai ne daro žymesnės įtakos.

## IŠVADOS

1. Didžioji dauguma respondentų patiria distresą ir somatizaciją. Polinkis į depresiją sutinkamas žymiai rečiau. Polinkis į nerimą buvo retas.
2. Psichologinio ir somatinio pobūdžio sutrikimai yra tarpusavyje susiję: kai pasireiškia daug somatinių negalavimų, kinta emocinė pusiausvyra ir sutrikusi psichoemocinė būklė pablogina somatinę būklę. Distresas skatina depresijos ir somatinių nusiskundimų atsiradimą. Nerimas yra mažai susijęs su distresu ir depresija, bet įtakoja jų atsiradimą. Somatiniai sutrikimai skatina nerimo ir depresijos atsiradimą.
3. Psichologinio ir somatinio pobūdžio sutrikimų paplitimas nepriklauso nuo ligos trukmės ir AH lygių. Pacientai, vartojantys vaistus nuo AH reguliariai, laikantys gydytojo rekomendacijų, psichinės sveikatos sutrikimų turėjo mažiau.
4. Sergantys AH savo psichinę sveikatą vertino objektyviai. Jų fizinė sveikata, kaip parodė tyrimo rezultatai, buvo geresnė, nei jie manė.

## **PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS**

1. Somatinėmis ligomis sergantiems pacientams psichiatrinė pagalba yra būtina. Tokia pagalba turi būti užtikrinta ir prieinama somatinių sveikatos priežiūros įstaigų pacientams.
2. Geras ir tinkamas medicinos specialistų ruošimas turi užtikrinti visuomenės poreikius. Siūlau, rengiant ir dėstant medicinos programas, daugiau dėmesio skirti „psichosomatinei medicinai“.
3. Medicinos personalas turi skirti pakankamai dėmesio kiekvieno paciento sveikatos vertinimui ir bendravimui.

## LITERATŪRA

1. Gustainienė L. Gyvenimo stilius ir psichologinių – pedagoginių metodų efektyvumas padidėjusiam kraujo spaudimui mažinti gyventojų grupėse, daktaro disertacija. Kaunas: KTU; 1995. p. 3, 7, 9.
2. Terluin B., Rhenen V. W., Schaufelis W. B., Haan D. M. The Four – Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. *Work and stress* 2004 July; 3(18):187 – 188.
3. Dembinskas A. *Psichiatrija*. Vilnius; 2003. p. 45, 136, 169, 387, 412 – 413.
4. Daubaras G. *Psichiatrija somatinėse gydymo įstaigose*. Vilnius: Charibdė; 2004. p. 9 – 16, 27 – 30, 36 – 37, 39, 49 – 50, 130 – 131, 175 – 178, 182, 229, 233.
5. Jakušvaitė I. *Medicina ir filosofija*. Kaunas: KMU; 2001. p.129 –130, 135, 139.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева: ВОЗ; 2001. p. 3.
7. Šerpytis P., Abaravičius A., Navickaitė I. Ne tik vaistai gydo padidėjusį kraujospūdį. Vilnius; 2005. p. 6, 76.
8. Žydžiūnaitė V. Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija. Slaugytojų veiklos požiūriu. Kaunas: KTU; 2005. p. 34.
9. Dembinskas A. Psichikos sveikatos ir patologijos samprata. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* 2002; 1(4):2 – 4.
10. The World Health Report 1998. Life in the 21 st century: a vision for all. Report of the Director – General. Geneva: WHO; 1998. p. 94.
11. Šileikienė L. Jaunų žmonių arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių prognozinė reikšmė, daktaro disertacija. Kaunas: KMU; 2000. p. 6 – 8, 10.
12. Lietuvos Sveikatos Informacijos centras. Stebėsenos programa (žiūrėta 2008 01 28). Prieiga per internetą: <http://www.lsic.lt.stbprg/>
13. Visokinskas A. Per didelis kraujospūdis? *Šeimos sveikata* 2000; 2:18.
14. Anusevičienė O. V., Cibas P., Lilienė L. *Žmogaus anatomija ir fiziologija*. Kaunas; 2002. p. 184.
15. Kėvelaitis Ė., Illert M., Hultborn H. *Žmogaus fiziologija*. KMU; 2006. p. 373.
16. Herold G. *Vidaus ligos*. Vilnius; 2003, p. 230.
17. Pliuškys A., Alekna V. Pgyvenusių žmonių hipertenzija. *Internisto praktika* 2001; 4:28.

18. Brenda O' Hanlon. Stresas. Gaivėta; 1999. p. 3, 6 – 7, 23 – 25.
19. Pajarskienė B. Stresas darbe ir sveikata. Vilnius: Higienos instituto moksliniai praktiniai darbai; 1995. p. 6.
20. Vollmer H. Jaučiuosi visiškai išsekusi. Vilnius: Alma litera; 1998. p. 73, 95.
21. Gončiarova V. Ligų ištakos – išgyvenimuose (žiūrėta 2008 02 17). Prieiga per internetą: [http://eli.mama.lt/psichologines\\_ligos/s1419/](http://eli.mama.lt/psichologines_ligos/s1419/)
22. Treichleri R. Depresija – mūsų laikų liga. Vilnius: 37 Socialinės higienos serija, Lietuvos Valdorfo pedagogikos centras; 2002. p. 5.
23. Danilevičiūtė V., Adomaitienė V. Šiuolaikinis depresijų gydymas somatinėje medicinoje. Neurologijos seminarai 2005; 2(24):102.
24. Jasulaitis M. Depresija bus labiausiai paplitusi liga pasaulyje. Sveikas žmogus 2004; 11:11.
25. Žilinskas M. K. Depresinės nuotaikos ir depresijos diagnozavimas bendrosios praktikos gydytojo darbe, daktaro disertacija. Kaunas; 2003. p. 6 – 8, 10 – 11, 17, 22.
26. Mazaliauskienė R. Skausmas ir depresija. Nervų ir psichikos ligos 2004; 4(16):8.
27. Neverauskienė S. Antidepressantai pavasarį. Sveikas žmogus 2006; 4:35.
28. Novogreckaitė I. Kaip išsivaduoti nuo depresijos? (žiūrėta 2007 10 20). Prieiga per internetą: <http://sena.sam.lt/lt/sritys/medikas-pataria/prevencija/depresija/>
29. Špėlytė G. Somatinių ligų sukelti nerimas ir depresija. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija 2001; 1(3):37 – 38.
30. Daubaras G. Generalizuoto nerimo sutrikimas. Nerimas ir somatinės ligos. Pharmacia and Upjohn; p. 22 – 23.
31. Salburg J. Nerimas ir somatiniai sutrikimai. Psichiatrijos žinios 2002; 5(17):11 – 12.
32. Goštautaitė N. Nerimas ir benzodiazepinai. Psichiatrijos žinios 2002; 4:8.
33. Andrikiienė L., Laurinaitis E., Milašiūnas R. Psichoanalitinė psichoterapija. Vilnius; 2004. p. 56.
34. Daubaras G. Psychosomatinių sutrikimų diagnostika ir gydymas. Medicina 2005; 10 (122):42 – 45.
35. Gončiarova V. Psichologinių problemų įtaka mūsų ligoms (žiūrėta 2007 12 15). Prieiga per internetą: [http://www.imed.lt/index.php/spaudos\\_apzvalga/\\_psichologiniu\\_problemu\\_itaka\\_musu\\_ligoms/5763](http://www.imed.lt/index.php/spaudos_apzvalga/_psichologiniu_problemu_itaka_musu_ligoms/5763)
36. Gončiarova V. Negalvimus prišaukia mintys (žiūrėta 2007 11 13). Prieiga per internetą: <http://www.sveikatossodas.lt/index.php?lang=1&sid=280&tid=1020>

## 1 PRIEDAS

### KETURIŲ SIMPTOMŲ MATAVIMO ANKETA

*Gerbiami pacientai, sveikata yra visiška fizinė, psichinė ir socialinė gerovė.*

*Šioje anketoje pateikti klausimai ir Jūsų atsakymai padės įvertinti Jūsų psichoemocinę sveikatos būklę ir nustatyti kokios pagalbos Jums trūksta. Atsakant į klausimą kas tinka pažymėkite arba įrašykite atsakymą. Iš anksto nuoširdžiai dėkoju ir tikiuosi Jūsų geranoriško bendradarbiavimo.*

*Pagarbiai, VU medicinos fakulteteto, slaugos studijų centro magistrantūros studentė.*

1. Lytis: 1.1 *Mot.*  
1.2 *Vyr.*
2. Jūsų amžius (įrašykite).....
3. Išsilavinimas: 3.1 *Aukštasis*  
3.2 *Aukštesnysis*  
3.3 *Vidurinis*  
3.4 *Pagrindinis*  
3.5 *Bemoksliai*
4. Gyvenate: 4.1 *Mieste*  
4.2 *Kaime*
5. Šeimyninė padėtis: 5.1 *Susituokę*  
5.2 *Netekėjusi/nevedęs*  
5.3 *Išsituokę*  
5.4 *Našliai*  
5.5 *Vieniši*
6. Gyvenate: 6.1 *Vieni*  
6.2 *Su partneriu(-e)*  
6.3 *Su vaikais*  
6.4 *Su partneriu(-e) ir vaikais*  
6.5 *Su tėvais*  
6.6 *Su gausia šeima*  
6.7 *Su kitais*

7. Darbo veikla: 7.1 *Mokotės*  
7.2 *Dirbate*  
7.3 *Bedarbis(-ė)*  
7.4 *Pensininkas(-ė)*  
7.5 *Neįgalus*  
7.6 *Neįgalus ir kita (pvz. pensininkas ir kt.)*  
7.7 *Mokotės ir kita (pvz. dirbate ir kt.)*

*Jeigu dirbate, atsakykite į 8 klausimą, jeigu ne, pereikite prie 9 klausimo.*

8. Darbo pobūdis: 8.1 *Fizinis*  
8.2 *Protinis*  
8.3 *Fizinis ir protinis*

9. Kiek laiko sergate arterine hipertenzija: 9.1 *< 5m.*  
9.2 *5 – 10m.*  
9.3 *>10m.*

10. Koks vidutinis kraujospūdis buvo per paskutinį mėnesį: sistolinis (viršutinis)  
(mmHg):

- 10.1 *120 - 130*  
10.2 *130 – 139*  
10.3 *140 – 159*  
10.4 *160 – 179*  
10.5 *>180*

11. Koks vidutinis kraujospūdis buvo per paskutinį mėnesį: diastolinis (apatinis)  
(mmHg):

- 11.1 *80 - 85*  
11.2 *85 – 89*  
11.3 *90 – 99*  
11.4 *100 – 109*  
11.5 *> 110*



12. Vaistus nuo arterinės hipertenzijos vartojate: 12.1 *Reguliariai*  
 12.2 *Nereguliariai*  
 12.3 *Nevartojate*

13. Jūsų nuomone, Jūsų fizinė sveikata yra: 14.1 *Gera*  
 14.2 *Vidutinė*  
 14.3 *Bloga*  
 14.4 *Labai bloga*

14. Jūsų nuomone, Jūsų psichinė sveikata yra: 15.1 *Gera*  
 15.2 *Vidutinė*  
 15.3 *Bloga*  
 15.4 *Labai bloga*

15. Kaip dažnai pasireiškia šie žemiau išvardinti nusiskundimai ir simptomai? Klausimai yra susiję su nusiskundimais ir simptomais, kurie pasireiškė praėjusią savaitę (per paskutines 7 dienas, įskaitant šią dieną). Nusiskundimai, kurie pasireiškė anksčiau, tačiau išnyko iki paskutinės savaitės pradžios, neįtraukiami. Pažymėdami atitinkamą langelį nurodykite, kiek kartų pastebėjote Jums praėjusią savaitę pasireiškusį simptomą.

	<i>Niekada</i>	<i>Kartais</i>	<i>Reguliariai</i>	<i>Dažnai</i>	<i>Labai dažnai arba pastoviai</i>
<i>Ar praėjusią savaitę Jums pasireiškė:</i>					
15.1 galvos svaigimas arba jausmas, kad sukasi galva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2 raumenų skausmas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3 alpimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4 kaklo skausmas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5 nugaros skausmas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6 gausus prakaitavimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.7 širdies plakimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.8 galvos skausmas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.9 pilvo pūtimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.10 susiliejęs vaizdas akyse arba prieš akis atsirandančios dėmės?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.11 sunkus kvėpavimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.12 pykinimas arba skrandžio veiklos sutrikimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ar praėjusią savaitę Jums pasireiškė:</i>					
15.13 skausmas pilvo arba skrandžio srityje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.14 dilgčiojimas pirštuose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.15 spaudimas arba tempimas krūtinės srityje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.16 skausmas krūtinės srityje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.17 bloga nuotaika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.18 ūmus šokas be jokios priežasties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.19 susirūpinimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.20 nemiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.21 sunkiai paaiškinamas baimės jausmas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.22 apatija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.23 drebulys būnant su kitais žmonėmis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.24 nerimas arba panikos priepuoliai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ar praėjusią savaitę Jums pasireiškė</i>					
15.25 įtampa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.26 lengvas susierzinimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.27 išgąstis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ar praėjusią savaitę Jums pasireiškė jausmas,</i>					

15.28 kad viskas neteko prasmės?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.29 kad Jūs tiesiog nieko nebegalite padaryti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.30 kad gyvenimas yra bevertis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.31 kad Jūsų nebedomina aplinkui esantys žmonės ar daiktai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.32 kad nebegalite susikaupti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.33 kad būtų geriau, jeigu mirtumėte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.34 kad daugiau nebemokate niekuo džiaugtis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.35 kad iš Jūsų padėties nėra išeities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.36 kad daugiau negalite to tverti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ar praėjusią savaitę Jums</i>					
15.37 atrodė, kad nebenorite nieko daryti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.38 buvo sunku aiškiai mąstyti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.39 buvo sunku užmigti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.40 buvo baisu išeiti iš namų vienam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ar praėjusią savaitę:</i>					
15.41 buvo sunku valdyti emocijas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.42 bijojote ko nors, ko bijoti iš tikrųjų nėra reikalo (pvz., gyvūnų, aukščio, mažų patalpų)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.43 bijojote važiuoti autobusu, traukiniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.44 bijojote, kad jaudinsitės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bendraudamas su kitais žmonėmis?					
15.45 jautėte, kad Jums pastoviai gresia nežinomas pavojus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.46 kada nors pagalvojote „norėčiau būti miręs“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.47 kada nors Jūsų mintyse praskriejo kokių nors Jūsų patirtų nemalonių įvykių (nemalonaus įvykio) vaizdai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.48 kada nors turėjote visomis jėgomis stengtis nuvyti šalin mintis apie nemalonus įvykius (nemalonų įvyki)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.49 kada nors teko vengti tam tikrų vietų, kurios Jums kelia baime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.50 teko kuriuo nors metu tam tikrus veiksmus kartoti kelis kartus, kad galėtumėte pradėti daryti ką nors naujo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4 kriterijų simptomų įvertinimo forma

„Nėra“ = 0 balų

„Kartais“ = 1 balas

„Reguliariai“ ir dažniau = 2 balai

17	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>

28	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>

18	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>
42	<input type="checkbox"/>
43	<input type="checkbox"/>
44	<input type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>

Distresas

Polinkis į  
depresiją

Polinkis į  
nerimą

Somatizacija

Aiškinimas:





Vidutiniškai padidėjęs  
(padidėjusi)

>10

>2

>8

>10

Stipriai padidėjęs  
(padidėjusi)

>20

>5

>12

>20