

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra

Dalia Zubavičienė

Klinikinės psichologijos studijų programa

Magistro darbas

Sergančiųjų reumatoidiniu artritu gyvenimo kokybė

Darbo vadovas: doc. dr. Rūta Sargautytė

Vilnius 2009

TURINYS

Santrauka	4
Pratarmė	6
1. Įvadas	7
1.1. Pagrindinės sąvokos ir apibrėžimai.....	7
1.2. Artritas.....	8
1.2.1. Sisteminių jungiamojo audinio arba reumatinių ligų bendrieji bruožai.....	9
1.2.2. Sergančiųjų artritais sveikatos problemos	10
1.2.3. Sergančiųjų reumatinėmis ligomis emociniai faktoriai.....	11
1.3. RA Sergančiųjų problemos, susijusios su lyčių skirtumais.....	12
1.3.1. Kraštutinės būklės, sunkinančios RA sergančiųjų gyvenimo kokybę.....	14
1.3.2. Medicininių bei psichosocialinių faktorių ryšys sergant RA.....	15
1.4. Saviveiksmingumas.....	16
1.4.1. Saviveiksmingumas ir RA įveika.....	18
1.5. Savivaldos programos – raktas efektyviai lėtinių ligų priežiūrai.....	19
1.5.1. Savivaldos rolė RA stresorių įveikai.....	20
1.5.2. Savivaldos programos sergantiems artritais ir kitomis lėtinėmis ligomis.....	20
1.5.3. Savivaldos programa „Padėk sau“ sergantiems RA.....	22
1.6. Gyvenimo kokybė.....	23
1.6.1. Pacientų, sergančių reumatinėmis ligomis, sveikatos priežiūra, gyvenimo kokybė	24
1.6.2. Klausimynai gyvenimo kokybei vertinti.....	24
1.6.3. Gyvenimo kokybės „SF-36“ klausimynas ir jo adaptacija Lietuvoje.....	26
1.7. Tyrimo problema.....	27
1.8. Tyrimo tikslas, uždaviniai, hipotezės.....	28
2. Metodika	30
2.1. Tiriamieji.....	30
2.2. Tyrimo metodai.....	30
2.2.1. Demografinė anketa.....	30
2.2.2. Gyvenimo kokybės „SF – 36“ klausimynas.....	31
3. Rezultatai	32
3.1. Rezultatų apžvalga.....	32
4. Rezultatų aptarimas	50
4.1. Fizinės sveikatos kategorijos rezultatų analizė.....	50
4.2. Psichinės sveikatos kategorijos rezultatų analizė.....	55

4.3. Rekomendacija.....	60
5. Išvados.....	61
6. Literatūra.....	62
7. Priedai.....	69

Sergančiųjų reumatoidiniu artritu gyvenimo kokybė

SANTRAUKA

Darbo tikslas – išsiaiškinti Savivaldos Programos kursų poveikį reumatoidiniu artritu sergančiųjų gyvenimo kokybei.

Tyrime dalyvavo 72 sergantieji reumatoidiniu artritu. Pirmosios grupės 24 tiriamieji išklaušė Artrito Savivaldos programos kursus. Antrąją grupę sudarė 24 RA sergantieji, kurie gydėsi reumatologijos skyriuje; trečiajai, 24 asmenų RA grupei, poveikis nebuvo darytas. Tyrime dalyvavo 58 moterys ir 14 vyrų,- jų amžiaus vidurkis atitinkamai buvo: 60,03 ir 64,28 metų. Pradžioje tyrimo respondentams išdalintos demografinės anketos bei gyvenimo kokybei tirti „SF – 36“ klausimynas. Po 6 mėnesių pakartotinai visų grupių tiriamieji užpildė klausimyną „SF – 36“.

Išanalizavus gautus rezultatus, padarytos išvados: didžiausią išliekamąjį pokyčių efektą po pusės metų davė Artrito savivaldos programos kursai. Susidoroti su fizinėmis problemomis, ribojančiomis veiklą; sumažinti skausmą ir jį kontroliuoti; tiriamųjų energingumą bei gyvybingumą kelti bei palaikyti Artrito savivaldos kursai respondentams padėjo labiausiai. Socialinius ryšius sergantieji RA efektyviausiai sustiprino, dalyvaudami Artrito savivaldos programoje, be to, jų bendras sveikatos įvertinimas po pusės metų buvo aukščiausias. Lyginant tiriamųjų grupės, neturėjusios poveikio; sergančiųjų RA po stacionarinio gydymo bei Savivaldos programos dalyvių rezultatus,- nustatyta, jog efektyviausiai emocines būkles, ribojančias veiklą, stabilizavo Artrito Savivaldos programos klausytojai. Po šešių mėnesių Artrito Savivaldos kursų dalyviai, savo emocinę būklę įvertino taip pat geriausiai.

Akivaizdūs trijų tiriamųjų respondentų grupių apklausos rezultatai įrodo, jog Artrito Savivaldos programa didina gebėjimą kontroliuoti RA simptomus, lemiančius sergančiųjų gyvenimo kokybės fizinę bei psichinę sveikatos kategorijas.

The Study of Life Quality of RA (Rheumatoid Arthritis) Patients

SUMMARY

The aim of the research: to examine the impact of Quality of Life (QoL) of patients with RA after Arthritis Self – Management program.

There were 72 persons of participants with RA: 58 women & 14 men. Their mean age was: 60,03 and 64,28 years. The first group (24 participants) attended Arthritis Self – Management program; the second group of 24 RA patients had treatment at hospital, and the third group of 24 respondents were without impact.

In the analysis were used methods: demographic questionnaire and Questionnaire SF-36 for Quality of Life.

First the participants were asked to complete the questionnaires before research. The second stage took place after six months: the participants completed Questionnaire SF-36.

Conclusions: the most of changes after six months were in scores by participants after Arthritis Self – Management program. The scores of physical function; role-physical; general health; vitality; social function; role-emotion and mental health were highest by participants of Arthritis Self – Management program. Bodily pain was most decreased by attenders of Arthritis Self – Management program.

It is obvious that participating Arthritis Self – Management program increase control of RA symptoms and affects health - related physical, psychological and social spheres.

PRATARMĖ

Žmogaus gyvenimo pilnatvę lemia daug veiksnių. Pagrindiniai jų yra sveikata, materialinis gerbūvis, santykis su aplinka, nepriklausomumas. Gyvenimo kokybės klausimas iškylo kaip svarbiausias lėtinės ligos palydovas, ribojantis bet kurias žmogaus fizines, buitines dvasines, moralines funkcijas. Sąvoka „gyvenimo kokybė“ – naujos paradigmos, nustatant ligos gydymo efektyvumą, pagrindas. Kas ketvirtas vyresnis nei 65 metų žmogus jaučia pastovius ar protarpinius sąnarių skausmus, o neretą vargina ir sąnario sustingimas. Pasaulinė artrito diena, inicijuota Bonoje Jungtinių Tautų, minima spalio dvyliktąją, 2004 spalio vienuolikąją dieną Ženevoje paskelbta visuotinai pripažinta žmogaus teisė – teisė į gyvenimą be skausmo. Lietuvoje tą dieną rengiamos konferencijos, siekiant atkreipti visuomenės dėmesį į sergančiųjų artritu gyvenimo kokybės gerinimą. Pirmieji kontroliuojami tyrimai, atlikti Stanfordo universitete, parodė, kad, gerai išmokę valdyti artritą, žmonės jautė mažiau skausmo ir buvo aktyvesni už tuos, kurie manė nieko negalį padaryti. Stanfordo artrito centras 1979 metais pradėjo vesti pamokas žmonėms, sergantiems artritu. Tokių užsiėmimų tikslas – ne vien teikti žinių, bet padėti žmonėms, kenčiantiems nuo artrito, keisti savo veiklą bei lavinti gebėjimus mažinti skausmą ir, kas svarbiausia, ugdyti didesnę pasitikėjimą savimi, rūpintis savo kūnu. Lietuvos artrito asociacijos iniciatyva ši savivaldos programa pradėta diegti ir mūsų šalyje. Savivaldos programos padeda žmonėms daugiau sužinoti apie savo ligą, spręsti, ką jie galėtų padaryti savo jėgomis.

1. ĮVADAS

1.1. Pagrindinės sąvokos ir apibrėžimai

Gyvenimo kokybė (angl. quality of life) – tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka (PSO, 1993).

Sveikata - yra daugiau negu laisvė nesirgti, laisvė nekenčiami skausmų, laisvė per anksti nemirti. Ji reiškia optimalias fizines, psichines ir socialines galimybes bei gerą savijautą. Sveikata yra visapusiškai fizinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalavimų nebuvimas. Tai būseną, kurios metu individas jaučia fizinį ir psichinį komfortą su aplinka ir turi optimalias galimybes dalyvauti visuomenės gyvenime: dirbti, išreikšti save kitais būdais, pavyzdžiui, kūryba. Sveikata suprantama kaip pilnaverčio žmogaus gyvenimo, visapusiškai saviraiškos prielaida (PSO).

Kontrolės lokusas – žmonės, turintys vidinį kontrolės lokusą, tiki, jog patys gali kontroliuoti įvykius; išorinį kontrolės lokusą turintys mano, jog įvykiai yra už jų kontrolės ribų (Rotter, 1996).

Reumatologija – medicinos sritis, skirta tirti reumatines ligas bei gydyti jų pažeistas funkcijas ir/arba kaulų – raumenų sistemos struktūros sistemas (West, 2001).

Reumatoidinis artritas (RA) - tai lėtinė sisteminė nežinomos etiologijos uždegiminė liga, charakterizuojama simetriniu sąnarių pažeidimu (O'Donell, 2001). Uždegiminis procesas labiausiai žaloja sąnario sinovinį dangalą, kremzlę, po to ir kitas struktūrines sąnario dalis bei jį supančius audinius (Petruolis ir kt., 1997). Tai lėtinė, potencialiai ribojanti veiksnumą, liga, turinti plintantį nepalankų poveikį fizinei, protinei bei socialinei asmens gerovei (Brekke, 2001).

Fibromialgija (FM) – tai lėtinio (> 3 mėn.) neuždegiminio ir neautoimuninio difuzinio nežinomos etiologijos skausmo sindromas, charakterizuojamas skausmingais taškais, atsirandančiais fizinės apžiūros metu (Malyak, 2001).

Osteoartritas (OA) – lėtai progresuojanti atraminio - judėjimo aparato liga, kurios metu dažniausiai pažeidžiami plaštakų sąnariai, o stuburo bei apatinių galūnių (dubens, kelio) sąnariai – dėl apkrovimo (Volgelgesang, 2001).

Skausmas – tai nemalonus sensorinis ir emocinis potyris, sąlygojamas esamo ar galimo audinio pažeidimo ar nusakomas kaip toks pažeidimas. Skausmas visuomet subjektyvus (Polianskienė, Zenevičiūtė, Ščiupokas, 2007).

Sustingimas – tai subjektyvus pasipriešinimo judesiui („įtempimui“) pojūtis, kuris atspindi ribojančių sąnarių struktūrų (kapsulės, tenosinovijos, sąnarinio maišelio) tempimą uždegiminiu skysčiu (Doherty, 1993).

Saviveiksmingumas (ang. self – efficacy) – tai žmonių tikėjimas savo gebėjimais, kurie gali įtakoti įvykių ir veiksmų, liečiančių jų gyvenimą, atlikimą (Bandura, 1977).

Savivalda (angl. self – management) - tai problemų, susijusių su liga sprendimas; kognityvinių metodų, fizinių pratimų nuotaikai ir gerai fizinei būklei palaikyti taikymas; emocijų (baimės, abejojimo savimi) valdymas; bendravimo įgūdžiai (santykių su gydytoju kūrimas); naudojimasis visuomenės ištekliais (Holman, Lorig, 2004).

Įveika (angl. coping) – tai visa, ką žmonės daro, kad išvengtų žalingos įtampos savo gyvenime (Pearlin, Schooler, 1974).

1.2. Artritas

Yra daugiau nei 120 artrito tipų ir visi jie pažeidžia vieną ar daugiau sąnarių. Graikiškai *art-* reiškia sąnarys, o *- itis* lot. reiškia uždegimą. Taigi *artritas* reiškia sąnario uždegimą. Problema ta, kad, esant daugeliui artritų formų, nebūna sąnario uždegimo (Lorig 2005). Dėl ko kyla artritas? Ar buvo galima jo išvengti? Kaip toliau gyventi? Tokie klausimai vargina ne vieną žmogų, kada nors kentusį sąnario skausmus. Jei artritas vargina ilgai arba paliečia ne vieną sąnarį, tuomet dažnai nuo to sumažėja darbingumas, kartais net ilgesniam laikui. Todėl tam tikros žinios, pirmą kartą pajutus sąnario skausmą, reikalingos. Daugiau žinodamas apie artritą, žmogus gali padėti sau, nežinomybės našta yra mažesnė (Dadonienė, 2004). Pasaulinės artrito asociacijos prezidentas Robert Johnstone, pristatydamas reumatinių ligų Lietuvoje ir Europoje keliamas problemas, atkreipė dėmesį, jog „šioms ligoms skiriamas nepakankamas dėmesys, nes vyrauja nuomonė, kad reumatinės ligos būdingos tik senyvo amžiaus žmonėms ir nereikalauja specialios priežiūros“ (Telyčėnienė, 2006). Todėl, norint sergančiam gerai išmokti valdyti artritą, būtina turėti elementarių žinių apie reumatologiją, jungiamojo audinio ligas bei paties artrito eigą.

Reumatologija - medicinos disciplina, kurios „paslaptys“ turi būti pateikiamos tiek gydytojams, tiek pacientams, išdėstant ultrašiuolaikišką informaciją, su daugybe „špargalkų“ bei mnemoninių, lengvai įsimenamų kodų, mano profesorius Chirmanov (cit. pg. West, 2001)

1.2.1. Sisteminių jungiamojo audinio arba reumatinių ligų bendrieji bruožai

Sisteminės jungiamojo audinio arba reumatinės ligos – tai grupė ligų, kaip: reumatas, reumatoidinis artritas, sisteminė raudonoji vilkligė, sisteminė progresuojanti sklerozė arba sklerodermija, dermatomiozitas. Dabar dėl trumpumo šioms ligoms pavadinti plačiai prigijo terminas “reumatinės ligos” (gr. rheuma – tekėjimas kūne), apibūdinantis dažniausiai pasitaikantį jų simptomą – sąnarių pažeidimą (Stalioraitytė ir kt. 2001). Senovėje buvo manyta, jog rheuma priklauso „substancijai, kuri teka“, galbūt, formuojasi iš phlegm (flegmos). Tai - „pirminės sultys“, jos susidaro smegenyse ir, tekėdamos į įvairias kūno vietas, sukelia nesveikatą (West, 2001). Nasonova (cit. pg. Sargautytė ir kt., 1994) priskaičiuoja daugiau nei šimtą reumatinių ligų.

Reumatinės ligas jungia bendri patogenezės, morfologijos ir eigos bruožai: 1) sutrikusi imuninė sistema - cirkuliuojančių antikūnų (imunoglobulinų) perteklius, greito ir uždelsto tipo hipererginės reakcijos; 2) progresuojantis sisteminis jungiamojo audinio pažeidimas - mukoidinis bei fibrinoidinis pabrinkimas, fibrinoidinė nekrozė, sklerozė; 3) sąnarių sinovinės plėvės uždegimas; 4) banguojanti ligos eiga - paūmėjimai arba atakos ir remisijos. Ligos eiga gali būti latentiška, pvz., širdies ydų požymiai išryškėja labai pakitus vožtuvo struktūrai (Stalioraitytė ir kt., 2001). Tačiau kiekviena nozologinė sisteminių jungiamojo audinio ligų forma turi ir skirtumų. Sergant kuria nors šios grupės liga, vyrauja tam tikro organo jungiamojo audinio pažeidimas: reumatu – širdies, reumatoidiniu artritu – sąnarių, sisteminė raudonąja vilklige – kraujagyslių, sisteminė progresuojančia skleroze – odos, dermatomiozitu – skeleto raumenų. Pažeidimo vieta priklauso nuo to, kurio antigeno organizmas netoleruoja (Stalioraitytė ir kt., 2001).

Artritas asocijuojasi su senatve, negalėjimu savarankiškai judėti ir vis didėjančia priklausomybe nuo kitų žmonių (Lorig, 2005). Tačiau vaikai, nors ir rečiau negu suaugusieji, taip pat serga reumatinėmis ligomis. Gutierrez-Suarez ir kt. (2007) tyrė 3167 jaunesnių nei 18 metų pacientų, sergančių juveniliniu idiopatinu artritu 30 šalių gyvenimo kokybę nustatė, jog tėvai susirūpinę savo vaikų sveikata, jų gerove, jų skausmu bei fiziniu funkcionavimu. Kokia turėtų būti šeimos pozicija, esant tokiai išskirtinei gyvenimo situacijai? Ko galima tikėtis ir kaip adaptuotis prie naujos gyvenimo patirties (Bieliauskaitė, 2005). Friedman (1988) tirdamas vaikų, sergančių juveniliniu artritu psichosocialines problemas, rado Ročesterio Universiteto daktarės Elizapeth McAnarney duomenis, jog, artritu sergantys vaikai be ženklios fizinės negalios, turi daugiau emocinių problemų, susijusių su mokykla. Paaugliai išskirtinai jautrūs bendraamžių nuomonei ir nuolat lygina save su kitais. Gi paaugliai, sergantieji lėtinėmis ligomis ir turintys negalią, gali būti daugiau priklausomi nuo savo tėvų ir palaikymo jiems reikia didesnio dėmesio, mano Sathnanthan (1997).

Blom (cit. pg. Cormier, 1957) tyrinėję vaikus, sergančius RA, nustatė išskirtinį požymį, jog pastariesiems kyla asmenybinių konfliktai, kadangi jie neįveikia emocinio atsiskyrimo nuo motinų. Analizuodamas dvynių motorinį aktyvumą bei agresiją vaikystėje ir paauglystėje, Cormier (1957) nustatė: nesirgusieji RA, kaip taisyklė buvo tylūs, kuklūs, santūrūs, paklusnūs vaikai. Jie turėjo mažiau energijos negu jų broliai/seserys, sergantieji RA.

1.2.2. Sergančiųjų artritais sveikatos problemos

Skausmas, nuovargis ir sąnarių sustingimas – apriboja veiklą. Jie trukdo daryti kasdieninius darbus ir net gali sukelti beviltiškumo jausmą. Sergant artritu, gali būti sunku atlikti net tokius paprastus fizinius veiksmus: atrakinti duris, atidaryti stiklainį, įlipti į autobusą ir panašiai (Lorig, 2005). Greitas nuovargis ir/arba bendras silpnumas – dažnas simptomas sergant artritais arba su jais susijusiomis ligomis: reumatoidiniu artritu, fibromialgija, sisteminė raudonąja vilklige ir kt. To priežastis gali būti tiek pati liga, tiek depresija, skausmas, stresas, per didelis fizinis krūvis, prastas miegas, mažakraujystė ar fizinio aktyvumo stoka (Veitienė, 2004). Miego sutrikimus gali lydėti nerimo bei depresijos sindromai (Doherty, 1993). Autorius taip pat pažymi, kad šiuos sindromus gali iššaukti ne vien lėtinis skausmas, bet ir ūmi uždegiminė fazė; pagrįsta ligos tęstinumo bei sąnarių deformacijų baimė; pašalinis analgetikų veikimas į CNS; išreikšta artropatija. Sąnariai sustingsta, kai ilgesnį laiką būna vienoje padėtyje. Dažniausiai sustingsta keliai, jau pasėdėjus (Lorig, 2005). Tokiu būdu, sustingimas ryte ir po poilsio atspindi vietinio uždegimo intensyvumą (Doherty, 1993). Sąnarys gali sustingti ir dėl skausmo, tuomet žmogus jį nevalingai sulenkia ir nejudina. Galiausiai sąnario visai nebus galima pilnai sulenkti ar ištiesti (Lorig, 2005).

Vienos dažniausių vyresnio amžiaus asmenų lėtinio skausmo priežastys yra osteoartritas bei fibromialgija (Sternbacg; Anderson, ir kt.; Harkins ir kt., cit. pg. Polianskienė ir kt., 2007). Reumatologė Kaušienė nurodo, jog sąnarius gali skaudėti dėl 200 priežasčių. Artrito sukeltas skausmas dažniausiai būna lėtinis – tai neatsiejama, kartais viena svarbiausių sergančiojo asmens gyvenimo dalis. Neretai skausmą kenčiantis ligonis praranda viltį jį įveikti, tuomet skausmas ima kontroliuoti jo gyvenimą. Jis veikia ne tik ligonį, bet ir jo šeimą, draugus ir aplinkinius (Pileckytė, 2005). Vis dėlto, skausmas turi fizinį ir psichologinį elementus (Covic ir kt., 2003) ir tuo paaiškinama, kodėl aktyvumo praradimas turi glaudų ryšį su depresijos atsiradimu (Katz, cit. pg. Covic ir kt., 2003). Roikovich (1998) tyrė RA sergančiųjų skausmą vizualine analogine skale (VAS). Tiriamieji sugebėjo atskirti bei įvertinti skausmo aštrumą ramybėje, judesio metu bei nakties metu. Tokiu būdu įrodyta, jog sergantieji RA gali išskirti įvairius skausmo jautumus, be to, RA aktyvumas turi cirkadinį ritmą, kurio tendencija,- ligos paaštrėjimas nakties metu (Harkness ir kt.; Bellamy ir kt., cit. pg. Rojkovich, 1998). Su amžiumi bei ligai progresuojant, naktinis skausmas

bei naktinis diskomfortas mažiau pasireiškia lėtiniam RA ligoniams, nes uždegiminiai reiškiniai rimsta dėl gydymo (Roikovich, 1998).

1.2.3. sergančiųjų reumatinėmis ligomis emociniai faktoriai

Emociniai faktoriai paprastai įtraukiami į etiologinių artritais sergančiųjų agentų sąrašą. Robinson (1957) mano, jog dažnai nepastebima, kad ligos pradžia iššaukiama paprasto streso, galinčio veikti stipriau nei kitas priežastinis faktorius. Dar 1892 metais Osler (cit. pg. Robinson, 1957), diskutuodamas apie deformuojančio artrito etiologiją, sakė: „sunku išskirti keletą lėtinio artrito formų, tačiau daugumos jų pradžia, tikėtina, turi nervinį šaltinį“. Psichologiniai faktoriai svarbūs, palaikant gyvenimo gerovę: pozityvios emocinės būklės priklauso nuo neuroendokrininio ir neuroimuninio funkcionavimo, teigia Bartlett ir kt. (2003).

Egzistuoja eilė psichologinių elgesio kintamųjų, įtakančių RA sergančiųjų asmenybinius, psichologinius simptomus, ligos pasireiškimo paternus bei įveikos stilius (McFarlane; Manne, cit. pg. Ahern ir kt., 1995). Pabrėžtina, jog *ligos elgesys* yra konstruktas, sutampantis su kitoms psichologinio funkcionavimo dimensijomis, kaip antai – įveika, lūkesčiai, nuostatos (Ahern ir kt., 1995). Autoriai tyrė, ar egzistuoja specifiniai RA ligos elgesio paternai, lygindami 211 pacientų, sergančių RA bei 107 pacientus, sergančius osteoartritu (OA). Rezultatai parodė, jog pacientai, sergantys RA, buvo labiau susirūpinę savo liga bei jos padariniais negu sergantieji OA. Pacientai, sergantys RA, mieliau dalijosi savo problemomis bei suvokė, jog psichologiniai faktoriai vaidina svarbią rolę ligos eigai, skirtingai nei sergantieji OA (Ahern ir kt., 1995).

Reumatoidinis artritas Cormier (1957) nuomone yra stresinė liga. Robinson (1957) teigimu egzistuoja ryšys tarp emocinių faktorių ir ligos paūmėjimų. Autorius, penkerius metus stebėjęs 43 asmenis sergančius RA, nustatė emocinio streso bei RA pradžios ryšį. Daugumoje pavyzdžių, kaip nurodo tyrėjas, RA pradžia susijusi su praradimu, kaip antai: a) vyro ar žmonos mirtis; b) atsiskyrimas nuo vyro ar žmonos; c) ilgalaikis atsiskyrimas nuo šeimos; d) ilgalaikis išvykimas iš namų, įsikuriant kitur. Priklausomai nuo asmenybės struktūros, tokios situacijos gali sukelti emocinį stresą arba net lėtinį prailgintą stresą. Cobb ir kt. (cit. pg. Cormier, 1957) tyrė 50 reumatoidiniu artritu sergančiųjų, nurodė chronologinius jų ligos ir gyvenimo ryšius. Autoriai savo išvadose pažymėjo, kad „aplinkos stresas, ypač skurdas, širdgėla ir nerimas dėl šeimos, pakeliami sunkiau, esant RA paūmėjimui. Tačiau Ripley ir kt. (cit. pg. Cormier 1957) tikina, jog emocinio streso ir RA ryšys neaiškus ir reikalaujantis tolimesnio tyrimo. Gordon (cit. pg. Cormier, 1957) demonstruoja tiesioginę emocinių faktorių bei reumatoidinio artrito pradžios vystymosi

priklausomybę. Meyer (cit. pg. Cormier, 1957) savo darbuose nustatė, jog RA gali prasidėti po agresijos proveržio ar savikontrolės praradimo. Fisher (cit. pg. Oberai, 1988) išaiškino, kad pacientai sergantys RA, turi problemų išreikšti savo pyktį.

Plačiai studijuojamas streso ar depresijos ryšys, sergant RA (Urrows ir kt.; Zautra ir kt., cit. pg. Van Dyke ir kt., 2004). Neseniai longitudinalių studijų metu nustatyta, jog nerimo sutrikimai dažniausiai yra pirminės RA pasireiškimo formos (Wittchen ir kt., cit. pg. Van Dyke ir kt., 2004). Anot autorių nerimo konstruktas gali būti labai svarbus RA kontekste. Reumatoidinio artrito simptomai gali prisidėti prie nerimo simptomų (Bradley ir kt., cit. pg. Van Dyke ir kt., 2004). Nenuspėjama ligos eiga, lėtinis skausmas, judesių apribojimas gali papildomai padidinti galimybę kliniškai pasireikšti tokioms būklėms, kaip nerimas (Bradley ir kt.; Chandaranair kt., cit. pg. Van Dyke ir kt., 2004).

Premorbidiškumas gali turėti įtakos artrito vystymuisi – pavyzdžiui asmenims, slepiantiems savo emocijas, labiau pasireiškia RA somatiniai simptomai. Tikimybei, kad RA susijęs su asmenybiniais sutrikimais, skiriamas didelis dėmesys (King; Mueller ir kt., cit. pg. Oberai, 1988). Booth (cit. pg. Cormier, 1957) mini, jog RA būdinga neurotinė gynybos elgsena. Halliday (cit. pg. Cormier, 1957) savo darbuose rodo, jog sergantieji RA slopina savo emocionalumą ir linkę stipriai pasiaukoti. Tyrėjas pažymi, kad kompulsyvumas bei polinkis į obsesiją gali išprovokuoti ligos pradžią. Cleveland (1954) projekciniais testais tyrė RA sergančiųjų pašmonines fantazijas ir nustatė, jog jų atsakymai, psichiatrų kalba sakant, atspindi „psichotinės asmenybės patologiją“.

1.3. RA sergančiųjų problemos, susijusios su lyčių skirtumais

Thomas (cit. pg. Cormier, 1957) ištyrė 31 depresinio sindromo atvejį ir nustatė, jog pakankamai sunkus vienoks ar kitoks emocinis pakenkimas gali būti pats pirmasis RA pasireiškimo simptomas“, o ir seksualinis prisitaikymas sergančiųjų RA gali būti nepilnavertis. Seksualumas aprašomas kaip viena iš pagrindinių asmenybinių dalių (Prady ir kt., cit. pg. Hill ir kt., 2003), įskaitant vientisą savęs suvokimą (Wells, cit. pg. Hill ir kt., 2003). Seksualumas – kompleksas žmogaus gyvenimo aspektų, reiškiantis daug daugiau nei lytinis aktas (Prady ir kt., cit. pg. Hill ir kt., 2003). Dar 1936 metais Freud'as aprašė skirtumą tarp sekso ir seksualumo: „seksas yra tai, ką mes darome; seksualumas yra tai, kuo mes esame“ (Freud A., cit. pg. Hill ir kt., 2003). Paauglystė – biologinių, emocinių bei socialinių pasikeitimų laikas. Kūno įvaizdis svarbus kiekviena paaugliui (Strax; Selekman, cit. pg. Packham, 2002), kuri žalingai gali paveikti juvenilinis idiopatinis artritas (JIA). Pasak autorių, gali būti lokalių augimo anomalijų, tačiau vaistų terapija taip pat gali žalingus efektus: pavyzdžiui – oraliniai kortikosteroidai gali iššaukti odos pokyčius (kaip antai spuogus arba

hirsudizmą). Tyrėjas nurodo, jog Chlotambucilas gali būti gonadų nepakankamo funkcionavimo priežastimi,- be to, tai gali įtakoti giluminį individo seksualumo suvokimą.

Vėlesnė lytinio aktyvumo pradžia siejasi su bloga kūno išvaizda bei sumažėjusiu judrumu, kas riboja socialinį aktyvumą (Hersten ir kt; Hill ir kt., Packham, 2002). Projekcinių testų pagalba nustatytas RA sergančiųjų vujaristinių bei ekshibicionistinių fantazijų dominavimas (Cleveland, 1954). Sergantiesiems RA didelę reikšmę turi, kaip jie atrodo ir kaip juos įvertina; savo asmenybės atžvilgiu artritu sergantieji pacientai skundžiasi savo socialiniu drovumu bei nepilnavertiškumu. Daugeliu atvejų, pažymi autoriai, ekshibicionistiniai impulsai yra nuslopinti arba neigiami.

Reumatoidinis artritas gali neigiamai veikti seksualinį aktyvumą (Blake ir kt.,1987; Panush ir kt., 2000; Packham, 2002), sukeldamas skausmą, baimę, nuovargį (Elst ir kt., cit. pg. Packham, 2002), depresiją bei nerimą, kurie potencialiai redukuoja libido (Packham, 2002). Reumatoidiniu artritu serga 1 – 2% Jungtinės Karalystės populiacijos visų rasių bei socialinių klasių atstovai ir dažniausia tarp 30 ir 50 metų (Lawrence, cit. pg. Hill ir kt., 2003), kuomet žmogus seksualiai aktyvus (Hill ir kt., 2003). Vienoje iš studijų nurodoma, jog reumatoidiniu artritu sergančios moterys turi mažiau lytinių santykių, patiria mažiau lytinio pasitenkinimo (orgazmų) (Yoshino, cit. pg. Hill ir kt. 2003). Tačiau vėlesnių tyrimų rezultatai rodo, jog lytinių santykių dažnumo skirtumų tarp sergančiųjų reumatoidiniu artritu ir kontrolinės grupės respondentų nerasta (Elst ir kt.; Blake ir kt., cit. pg. Hill ir kt., 2003). Fizinį funkcijų susilpnėjimas, nuovargis bei skausmas mažina seksualinį pasitenkinimą, teigia Elst ir kt.; Ryan ir kt. (cit. pg. Hill ir kt., 2003). Tyrimų metu išaiškėjo, jog 35% respondentų tiki, jog RA yra papildomas stresorius artimiems santykiams, 56% tiriamųjų atžymėjo, kad jiems lytinius santykius RA riboja ir pagrindiniai kaltininkai – nuovargis, skausmas, sąnarių funkcijos sutrikimas (Hill ir kt., 2003).

Lytinis jaunų žmonių švietimas dažnai neatitinka reikalavimų. Neįgalumo bei kitos artrito sukeltos gyvenimo kokybę sunkinančios problemos turėtų būti svarstomos atvira pozicija ir be varžymų ar keblumų (Packham, 2002). Slaugytojos paprastai vaidina centrinę rolę, besirūpindamos „reumatologiniais“ pacientais, tačiau seksualumas pasilieka, daugelio nuomone, nediskutuotina pozicija (Irwin; Law, cit. pg. Hill ir kt., 2003). Jeigu slaugytojos atlieka tikrai holistinį slaugymą, kaip tik joms ir adresuotinas seksualinis švietimas. Tai sutampa su vadovu bei diskusija, išleista Karališkos Slaugymo Kolegijos (Royal College of Nursing, cit. pg. Hill ir kt., 2003), kurioje konstatuojama: „slaugytojos turi pripažinti, kad seksualumas ir su juo susijusi sveikata įeina atitinkamai įstatymu patvirtintą jų veiklos sritį ir kas jos turi profesionaliai ir atsakingai į tai žiūrėti“. Tačiau, prisiimdamos atsakomybę, slaugytojos turi būti kompetetingos, pažymi autoriai.

1.3.1. kraštutinės būklės, sunkinančios RA sergančiųjų gyvenimo kokybę

Reumatoidinis artritas – somatinė liga, tyrimų duomenimis apie 40% asocijuota su depresija (Frank ir kt; Abdel – Nasser, cit. pg. Timonen, 2003). Treharne ir kt. (cit. pg. Timonen ir kt., 2003) savo tyrime nustatė, jog 11% ambulatorinių ligonių sergančių RA, turėję suicidinių tendencijų. Be to, autoriai nustatė aiškius skirtumus tarp lyčių: moterų, linkusių į suicidą, buvo net 14%, tuo tarpu, kai vyrų - tik 3%. Timonen ir kt. (cit. pg. Matsukawa, 2003) tyrė RA sergančių suicidinius atvejus, paremtus teismo medicinos išvadomis Olulu, Suomijoje ir rado 19 aukų, sirgusių ir RA. Mokslininkai padarė išvadas, jog, sergant RA ir depresija, nors vieno suicidinio atvejo buvimas didino savižudybės riziką. Jie taip pat stebėjo unikalų fenomeną – pusė RA sergančiųjų suicidinių aukų buvo moterys (Matsukawa, 2003). Timonen ir kt., 2003) tyrimų duomenimis RA sergančių savižudžių moterų buvo statistiškai reikšmingai daugiau (52,6%), palyginus su aukomis, nesirgusiomis nei RA, nei OA.

Sergančiųjų RA aukštas letališkumas dėl suicidų ne pirmoje vietoje; dažniausia paplitusios širdies ir kraujagyslių ligos, sykiu su RA, nusineša daugiausiai gyvybių, teigia Kitas (cit. pg. Treharne ir kt., 2004)

Kaip pažymi Epperly (cit. pg. Timonen ir kt., 2003), piktnaudžiavimas alkoholiu bei smurtas – vyrų psichologinio streso apraiškos. Autoriai savo studijoje nurodo, jog alkoholis iki suicido priveda iki 40% vyrų bei 10% moterų, sergančių RA. Tokiu būdu, anot tyrėjų, vyrai, sergantys RA, gali turėti psichologinį stresą, kaip užmaskuotą depresiją: tai gali pasireikšti save žalojančiu elgesiu ar problemomis su alkoholiu. Kartais tai sunkiai atpažįstama klinikinėje praktikoje (Timonen ir kt., 2003).

Tyrėjų duomenys rodo, jog net 90% moterų, sergančių RA, kentėjo dėl komorbidinės depresijos. Neuroendokrininės studijos rodo, jog depresijos patogenezė susijusi su serotonino metabolizmo sumažėjimu (Bhagwagar, cit. pg. Timonen ir kt., 2003). Keletas analoginių studijų rodo, jog centrinės serotonerginės sistemos funkcionavimo anomalijos taip pat atsakingos už depresinius susirgimus, kurios lydi suicidinių elgesį (Du ir kt; Mann, cit. pg. Timonen ir kt., 2003) bei smurtinį suicidinių elgesio būdą (Linnoila ir kt., cit. pg. Timonen ir kt., 2003). Tyrėjai taip pat nurodo, jog jų analizėje 90% savižudžių moterų, sergančių RA, turėjo smurtinį suicidinių elgesį, kuri sukėlė serotonino metabolizmo sutrikimas smegenyse, pasireiškęs depresija (Hakko ir kt., cit. pg. Timonen ir kt., 2003).

Lyginant sergančiuosius ankiloziniu spondylitu (AS) su sergančiais RA, pastarųjų mirtys, susiję su alkoholiu - retesnės nei AS pacientų, teigia Myllykangas ir kt. (cit. pg. James, 1998). Žinoma, jog tiek RA, tiek AS sergantiesiems kinta hormonų lygis,- dalinai testosteronas, kurio RA sergantieji turi mažiau (Cutolo, cit. pg. James, 1998), o AS sergančiųjų kraujyje šio

hormono aptinkama daugiau (James, cit. pg. James, 1998). Arnett (cit. pg. James, 1998) apžvelgia literatūrą ir randa, jog rizikingas elgesys (pavojingas vairavimas, seksualinės patirties variabilumas, narkotikų vartojimas bei minimalus nusikalstamumas) koreliuoja tarpusavy. Daitzman, Zukerman (cit. pg. James, 1998) sugalvojo skalę minėtam elgesiui tirti ir nustatė, jog rezultatai teigiamai koreliuoja su testosteronu tiek moterims, tiek vyrams. James mano, jog asmenybinės RA sergančiųjų savybės priklauso nuo žemo testosterono lygio. Taigi, RA fizinių, psichologinių bei socialinių faktorių sąveika turėtų būt vertinama, remiantis biopsichosocialinio modelio požiūriu, kuris postuluoja integruoti ligos veiksmus, kadangi vienas faktorius negali paaiškinti ligos tėkmės (Turk, cit. pg. Covic ir kt., 2003).

1.3.2. medicininių bei psichosocialinių faktorių ryšys sergant RA

Socialinės Kognityvinės sveikatos elgesio teorijos, pvz. – Sveikatos Įsitikinimų Modelis (the Health Belief Model) teigia, jog individo griežtą medikamentinio gydymo laikymąsi determinuoja keturi elementai: ligos baimė (suvoktas sunkumas bei imlumas ligai); pozityvus rezultatų laukimas (suvokta gydymo nauda); gydymosi kliūtys (pvz., galimi gydymosi nusivylimai); tikslai (tvirtas laikymasis gydymo režimo) (Rikert, cit. pg. Neame, 2005). Savikontrolės teorija pabrėžia, jog gydymo reikšmės supratimas bei ligos reprezentacija įtakoja medikamentinio gydymo laikymąsi (Horne, cit. pg. Neame, 2005). Tyrimai rodo, jog ilgiau sergantieji vertina medikamentinį gydymą kaip daugiau rizikingą, negu susirgusieji neseniai (Neame, 2005). Kaip antai,- pradžioje gydymo RA kortikosteronu eros - 1949 bei 1950 – taisiais lūkesčiai buvo dideli, tačiau po pirmosios kortizono injekcijos sekė dramatiškos klinikinės reakcijos, kurios išnykdavo tik po vėlesnių dviejų ar trijų injekcijų (Dudley, 1995). Kaip nurodo Dudonienė ir kt. (2003), Lietuvoje gydytojai skiria RA pacientams santykinai daugiau antimaliarinių medikamentų bei sulfasalazino tikriausiai todėl, kad šie preparatai mažiau toksiški. Be to, teigia autoriai, jais noriau gydosie tie, kuriems sunkiau gauti aukštos kvalifikacijos reumatologinę pagalbą. Nes, tyrimai rodo, jog apie 20 metų naudojamas metotrexatas duoda daug pašalinių reiškinių ir vieną iš rimčiausių rizikos faktorių – pneumonitį (Frankel, 2004). Problemų iškyla ir kalbant ne apie medikamentinį gydymą: taikant fizinių pratimų programas RA pacientams, ilgą laiką buvo manoma, jog didelis intensyvumas žalingas sąnariams (Scott, cit. pg. Munneke, 2003). Tyrimai rodo, jog reumatologų nuomonės kas link fizinių pratimų sergantiems RA, varijuoja. Dabar tikima, jog pozityviai veikia aerobiniai pratimai (Munneke, 2004). Eversden (2007) tyrimai rodo, jog RA pacientai, gydyti klinikoje hidroterapijos metodu, jautėsi žymiai geriau negu tie, kurie fizinius pratimus atliko ant žemės.

Elgesio teorijos pateikia, jog žmonės analizuoja medikamentinio gydymo privalumus bei trūkumus, neatitinkančius jų lūkesčių. Įsitikinimų apie medikamentus klausimynas (the Beliefs About Medicines Questionnaire) – įrankis matuoti žmonių įsitikinimams apie medikamentus (Horne ir kt., cit. pg. Neame, 2005).

Žinoma, jog medicininio gydymo sėkmė priklauso nuo to, kaip terapeutas priims sergantį, - atpažins jo interesus, troškimus, silpnybes; ar pasiryš eiti paciento pasirinktu keliu. Dauguma psichologinių problemų gali ir turi būti pirmiau sprendžiamos su šeimos gydytoju, o ne su psichiatru. Emociniams faktoriams skiriamas didelis dėmesys - tai dalis plačios terapinės programos, kuomet prireikia didelių laiko sąnaudų, kovojant su lėtiniu RA sergančiojo emocinėmis problemomis. Neretai gydymo praktikoje pasitaiko ir klaidos. Viena jų – tiesiogiai pasakyti RA sergančiam pacientui, jog jis serga artritu ir „nieko jau nepadarysi“. Antra dažna klaida – nerimastingam sergančiajam, kenčiančiam artralgią pasakyti, jog „visa tai jūsų nervai“, pilnai neištyrus ligonio ir neatsižvelgiant į tai, kad „nervingumas“ gali būti beprasidedančio RA proceso dalimi. Abi šio pobūdžio klaidos gali suformuoti terapeuto nepriėmimą ir padaryti didelę žalą pacientui (Robinson, 1957). Nuostatos apie ligą įtakoja gydymo režimo laikymąsi (Rikert; Horne, cit. pg. Neame, 2005). Iš tikrųjų, sergančiųjų nuomonės apie vaistus lemia stipresnę laikymąsi medikamentinio gydymo režimo nei sociodemografiniai ar klinikiniai faktoriai (Horne, cit. pg. Neame, 2005). Kirwan (2003), tyręs 209 RA pacientus, nustatė, jog pacientų sveikata priklauso nuo stacionarinės priežiūros, jei pacientai patys kreipiasi pagalbos į gydytojus. Tiriant RA sergančiųjų nuostatas medikamentiniam gydymui, pacientai informuojami apie potencialią medikamentų žalą, įskaitant nesteroidinius bei priešreumatinius vaistus (Neame, 2005). Atliekami tyrimai, įvertinant neseniai sukurtos biologinės terapijos kaštus nevaldomai RA formai gydyti (Pincus, cit. pg. Witney ir kt., 2006).

1.4. Saviveiksmingumas

Savasis Aš yra ypač svarbus, galbūt net pats svarbiausias objektas kiekvienam žmogui (Valickas, 1997). Teigiamo savęs vertinimo poreikis (Kaplan; Rosenberg; Kon, cit. pg. Valickas, 1997) yra viena iš pagrindinių žmogaus elgesio varomųjų jėgų. Ši jėga pasireiškia kasdieniuose žmonių darbuose, poelgiuose, reakcijose, mintyse (Valickas, 1997). Liga atima galimybę daryti loginius sprendimus, ji trukdo blaiviai mąstyti. Pacientai visada mano, kad gydytojas žino jų vertybių sistemą ir todėl, priimdamas gydymo sprendimus, remiasi ja, o ne tik klinikiniais duomenimis (Jakušovaitė, 2000). Remdamiesi kognityviniais procesais, mes galime save reguliuoti. Elgesys yra reguliuojamas per motyvacinę funkciją ir, pasiekus tam tikrus tikslus bei pajutus dėl to

pasitenkinimą, žmogus įgyja motyvą dėti vis daugiau pastangų, kad išmoktų to elgesio. Pabrėždama motyvacijos įvertinimo bei skatinimo svarbą profesinei reabilitacijai, doc. Sargautytė mini, kad aktyvus žmogus kryptingai siekia savo tikslo, numato kliūtis ir randa būdus kaip jas įveikti (Sargautytė, 2004). Pasiekus tam tikrą užsibrėžtą tikslą, žmogus skatina save, toliau laikydamasis savo standartų (Bandura, 2000).

Pradedant analizuoti asmenybės savęs vertinimą, reikia pažymėti, kad naudojamos įvairios sąvokos: „savęs vertinimas“, „požiūris į save“, „savigarba“, „savimonė“, „Aš vaizdas“, (Valickas, 1997). Suvoktas Aš efektyvumas siejamas su asmenybės sprendimu apie savo sugebėjimus sėkmingai atlikti tam tikrą veiklą (Bandura, cit. pg. Valickas, 1977). „Savęs vertinimas“ prof. Valicko nuomone, yra platesnė sąvoka, kuri akcentuoja vienos ar kitos savybės atitikimo interiorizuoto vertinimo standartų laipsnį (Valickas, 1997).

„Gyvenimo tikslas“ ir „prasmė“ dažnai naudojamos šios definicijos (Singer; Wong, cit. pg. Verduin ir kt., 2008): viena vertus – „gyvenimo tikslas“ ar „prasmė“ laikoma kaip vidinis ryžtas, galiausiai atsakingas už asmens vidinį Aš, kaip viduje esantis moralusis ar dvasinis Aš bei kelias arba priešastis, motyvuojanti asmens gyvenimą (Frankl; Damon ir kt., cit. pg. Verduin ir kt., 2008). Vienok, „gyvenimo tikslas“ ir „prasmė“ gali būti apibrėžta, kaip stabili ir generalizuota intencija nuveikti tai, kas sykiu reikšminga savam Aš ir pasauliui (Ryff; Damon, cit. pg. Verduin ir kt., 2008). Ahlmen ir kt. (2005) nurodo, jog gyvenimo gerovė kyla, augant vitališkumui, o RA sergantiesiems visada yra grėsmė sumenkinti savąjį Aš.

Nustatyta, jog reumatoidiniu artritu sergantys pacientai, turintys optimistiškesnę įveikos stilių bei aktyviai dalyvaujantys socialinėje veikloje, turėjo žymiai didesnę gyvenimo tikslo suvokimo jausmą (Verduin ir kt. 2008). Žmonės, turį vidinį kontrolės lokusą, tiki, jog jie patys gali kontroliuoti įvykius. Turintys išorinį kontrolės lokusą mano, kad įvykiai yra už jų kontrolės ribų (Rotter, cit. pg. Skevington, 1989). Daugelio tyrėjų duomenys akivaizdžiai įrodo, jog stiprūs vidinės kontrolės įsitikinimai asocijuoja su fizine bei psichine sveikata daugiau nei išorinės kontrolės įsitikinimai (Phares, cit. pg. Skevington, 1989).

Dvasingumas – viena iš individo vidinių kokybinių dedamųjų, galintis padėti įveikiant ligos sunkumus,- dar daugiau,- dvasingumas yra viena iš keleto žinomų psichosocialinių kintamųjų, įtakančių sveikatos būklę individo gyvenimo kelyje (Bartlett ir kt., 2003). Tyrę (klausimyno „SF-36“ pagalba) šešiasdešimt dviejų sergančiųjų RA dvasingumą, jų gyvenimo gerovę bei kokybę, autoriai nustatė, jog bendras sveikatos vertinimas buvo tuo aukštesnis, kuo didesnę dvasingumą atžymėjo respondentai. Pavyzdžiui, pacientai, kurie dažniausiai naudoja atsipalaidavimo bei dvasinio palengvinimo strategijas RA įveikti, labai skiriasi nuo pacientų, neigiančių bet kokias dvasinio pobūdžio įveikos strategijas (Newman,1993).

1.4.1. Saviveiksmingumas ir RA įveika

Savi – veiksmingumo teorija buvo išvystyta socialinės – kognityvinės Bandura teorijos rėmuose. Savi – veiksmingumas (self – efficacy) – tai žmonių tikėjimas savo gebėjimais, kurie gali įtakoti įvykių ir veiksmų, liečiančių jų gyvenimą, atlikimą (Bandura, cit. pg. Francis, 2006) ir tai nesusiję su asmeniniais gebėjimais, bet su sprendimu, ką jie gali padaryti su tais gebėjimais (Breike ir kt., 2001). Lorig (cit. pg. Breike ir kt., 2001) siūlo hipotezę, kad yra ryšys tarp suvokto savi – veiksmingumo ir sveikatos statuso. Tyrimais Osle nustatyta, jog mažiau pasiturinčių ir menkesnės sveikatos asmenų savi – veiksmingumo balai buvo ženkliai mažesni (Breike ir kt., 2001). Sergantiesiems RA viltys, susiję su savi – veiksmingumu, turi didelę reikšmę (Taal, cit. pg. Riemsma ir kt., 1998). Studijos įrodo, jog egzistuoja ryšiai tarp savi – veiksmingumo lūkesčių RA įveikai ir artritu sergančiųjų sveikatos statuso (Shoor; Buesscher ir kt., cit. pg. Riemsma ir kt., 1998). O’Leary ir kt. (cit. pg. Riemsma ir kt., 1998) parodė, kad daugiau veiksmingi RA pacientai buvo mažiau depresyvūs, mažiau patyrė streso ir miegojo geriau.

Įveikos (coping) terminas dažniausiai vartojamas apibrėžti adaptacijos sunkioje situacijoje procesui. Anksčiau (coping) turėjo keletą reikšmių, iš skirtingų šaltinių. Dabar įveika pagal Pearlin ir Schooler definiciją – tai dalykai, kuriuos žmonės daro, siekdami išvengti žalos savo gyvenime (Pearlin, cit. pg. Little, 1982). Reumatoidiniam artritui reikia ypatingų įveikos įgūdžių, nes RA pradžia visuomet nelaukta ir jo eiga nenuspėjama. Asmenys, sergantieji RA priversti minimalizuoti judesius, kad sumažintų skausmą; rytinis sustingimas bei nuovargis veda prie fizinės, o vėliau – ir prie socialinės izoliacijos. Taigi, šie pacientai turi įveikti nežinomybę, izoliaciją, spontaniškumo praradimą, o taip pat skausmą, sustingimą ir nuovargį (Little, 1982). Be to, jie turi žinoti, jog stresas gali kliudyti socialinei paramai (Strating ir kt., cit. pg. Dreikhart, 2007) ir savi – veiksmingumo lūkesčiams (Dreikhart, 2007).

Buvo tiriamos psichologinės kilmės RA sergamumo priežastys liečiančios savi – veiksmingumą, ligos įveiką, socialinę paramą bei optimizmą/pesimizmą. Pacientai, sergantys RA, kurių aukštesnis savi – veiksmingumas, parodė geresnius rezultatus, mažinant depresiją bei nerimą ir po 5 metų, negu tie pacientai, kurių savi – veiksmingumas buvo žemesnis (Fournier ir kt.; Brekke ir kt.; cit. pg. Treharne, 2004). Oslo Reumatologijos departamento inicijuoto longitudinalinio tyrimo metu nustatyta koreliacija (vidutinė iki tvirtos): Taal (cit. pg. Breike ir kt., 2001) nurodo, jog kuo aukštesnis savi – veiksmingumo lygis, tuo geriau pacientai susitvarko su savo sveikata, nepriklausomai nuo ligos aktyvumo. Vienok, savi – veiksmingumas – tai ne stątinė savybė, tai – determinantas, kurio lygis keičiasi, priklausomai, kaip pacientas laikosi gydymo programų (Taal, cit. pg. Breike ir kt., 2001); reguliaraus medikamentinio gydymo (Brus, cit. pg. Breike ir kt., 2001) bei nurodytos fizinių pratimų programos (Stenstrom, cit. pg. Breike ir kt., 2001). Įverčiai, praėjus 3

– 15 mėnesių parodė akivaizdų savi – veiksmingumo gydomąjį poveikį (Smarr; Anderson; Barlow; ir kt., cit. pg. Breike ir kt., 2001). Taip pat savi – veiksmingumas sumažino naudojimąsi sveikatos priežiūros priemonėmis (Bell, cit. pg. Breike ir kt., 2001); asmenys daugiau naudojo fizinius pratimus (Bell, cit. pg. Breike ir kt., 2001); padidėjo sąnarių tausojimo galimybės (Hammond, cit. pg. Breike ir kt., 2001); sumažėjo rytinis sustingimas (Bell, cit. pg. Breike ir kt., 2001).

Nuovargis – svarbi problema žmonėms, sergantiems RA, sukeliantis nedarbingumą, žalojantis asmenybę, keliantis įtampą santykiuose; asmuo negali dalyvauti reabilitacijos programose (Belza, cit. pg. Riemsma ir kt., 1998). Wolfe (cit. pg. Atbers ir kt., 1999) daro išvadą, jog nuovargis pranašauja darbingumo disfunkciją ir griaua bendrą sveikatos statusą. Studijose nurodoma, jog nuovargis vyrauja tarp 80 – 93% sergančiųjų RA (Belza; Belza ir kt., cit. pg. Riemsma ir kt., 1998). Riemsma ir kt. (1998), tirdami psichologinius faktorius, susijusius su nuovargiu bei savi – veiksmingumo lūkesčius, rado aukštą koreliaciją tarp nuovargio bei savi – veiksmingumo RA įveikoje. Autoriai pažymi, jog savi – veiksmingumas, – antras svarbus nuovargiui koreliatas, einantis po skausmo ir teigia, jog šis atradimas gali turėti gydomųjų pasekmių nuovargiui. Yra žinoma, rašo autoriai, jog savi – veiksmingumas sustiprėja, padidėja savivaldos kursuose (Riemsma ir kt., 1998). Ramjeet ir kt. (2005) pažymi, jog, nežiūrint aukšto skausmo lygio, psichologinės intervencijos padeda susitvarkyti su kuo ir nuotaikomis, sergant uždegiminiu poliartritu.

1.5. Savivaldos programos – raktas efektyviai lėtinių ligų priežiūrai

Dabartinė sveikatos apsaugos sistema nėra nei efektyvi, nei veiksminga. Iki praėjusio amžiaus vidurio Jungtinėse Valstijose dominavo ūmios ligos, kaip pagrindinė problema (Holman, 2004). Dabar lėtinės ligos – didžiausia nedarbingumo, pagrindinė lankymosi pas gydytojus bei 70% sveikatos priežiūrai išleidžiamų lėšų priežastis (Hoffman, cit. pg. Holman, 1996). Borstalp ir kt. (1993) pažymi, jog dar neseniai psichologijos poveikis lėtinėms ligoms, o konkrečiai ir reumatinėms ligoms, buvo nepilnai įvertintas. Tik paskutiniu dešimtmečiu, kaip teigia mokslininkai, tyrimai pakrypo link RA sergančiųjų sveikatos vertinimo.

Sveikatos apsaugos sistema nepasikeitė, visuomenės pagrindu paremta sveikatos priežiūra išvystyta silpnai. Tokia situacija kuria naują atsakomybę tiek pacientams, tiek sveikatos profesionalams. Sergant ūmiomis ligomis, pacientas yra nepatyręs, sveikatos apsaugos profesionalai turi žinių ir jas perduoda pasyviai pacientui. Lėtinių ligų atvejais tokios taisyklės netinkamos: pacientas turėtų būti aktyvus partneris, tačiau jis nepatyręs naujoje rolėje, todėl turi mokintis, kaip tapti efektyviu partneriu. Tuo būdu, kiek įmanoma, lėtine liga sergantis ligonis turėtų prisiimti atsakingumą už: deramą medikamentų naudojimą; savo elgesio keitimą, siekiant ligos simptomų

mažėjimo; prisitaikymą pagal socialines bei ekonomines pasekmes; susidorojimą su emocijomis bei tinkamai interpretuoti simptomus (Holman, 1996). Kaip patenkinti pacientų reikmes, dabar atskleidžia patirtis bei įvairios studijos (Wagner, 2001; Holman, 1996).

1.5.1. savivaldos rolė RA stresorių įveikai

Savivalda apibrėžiama kaip įsipareigojimas atlikti kasdieninius uždavinius, kontroliuojant bei redukuojant ligos poveikį, įveikiant psichosocialines problemas, jeigu liga atsinaujintų (Clarc ir kt., cit. pg. Katz, 2005). Artrito savivaldos programoje įtraukiami ir medikamentai, ir fiziniai pratimai, poilsis; draugų bei šeimos parama ir patarimai (Verbrugge; Kronan ir kt., cit. pg. Katz, 2005). Įveikos sąvoka reiškia „kognityvinių ir elgesio pastangų panaudojimas specifiniam išorinėm ir/ar vidinėm reikmėm reikalaujantis daug pastangų ar viršijantis individo resursus (Folkman, cit. pg. Katz, 2005). Savivalda įeina į įveikos definiciją. Blalock ir kt. (cit. pg. Katz, 2005) nurodo keletą įveikos būdų, kaip spręsti kasdienės darbo, socialinių ryšių bei laisvalaikio problemas, kurios gali formuoti savivaldos strategijas, panaudojant specialius resursus. Vis dėlto, savivaldos konstruktas retai pajungiamas įveikai (Van Lankveld, cit. pg. Katz, 2005). Neseniai įvyko poslinkis negalios įveikos tyrimuose, ieškant elgesio strategijų, kaip adaptuojantis, turint negalią (Norburn ir kt.; Gignack ir kt., cit. pg. Katz, 2005). Dauguma tyrimų fokusuoti į RA sergančiųjų skausmo įveiką (Brown; Van Lankveld; Brown ir kt., cit. pg. Katz, 2005). Pirmiausiai buvo norima išsiaiškinti, kaip RA pacientai susitvarko su 5 ligos aspektais: skausmu, nuovargiu, fiziniiais apribojimais, sąnarių struktūros pasikeitimais bei nenuspėjamais ligos simptomais. Tyreėjai nustatinėjo, kokią reikšmę RA įveikai turėjo mokomoji savivaldos programa. Rasti įrodymai, jog skausmo įveikos strategijos gali pagerinti organizmo funkcionavimą, o artrito savivaldos programos gali sumažinti skausmą ir galbūt, redukuoti funkcinis veiklos apribojimus (Lorig ir kt.; Warsi ir kt., cit. pg. Katz, 2005).

1.5.2. Savivaldos programos sergantiems artritais ir kitomis lėtinėmis ligomis

Didėjant pilietiniam aktyvumui, sergantieji lėtinėmis ligomis jungiasi į organizacijas, kad palaikytų vienas kitą. Vienas iš būdų, suteikiančių daugiau įgūdžių įveikti fizines, psichologines, ir socialines ligos pasekmes,- sveikatos mokymo programos (Sargautytė, 2006).

Plačiausiai žinoma – Savivaldos sergantiems artritu programa, kurią 1978m. JAV Stanfordo universitete sukūrė prof. Kate Lorig su kolegomis (Lorig, cit. pg. Sargautytė, 2006). Vėliau, atsižvelgiant į efektyvumo tyrimus, ji buvo tobulinama ir palaikyta kitose šalyse. Skirtingai

nei kitose sveikatos mokymo programose, jos esmę sudaro dialogas apie paciento poreikius ir artrito valdymą, o ne sveikatos specialistų paskaitos (Sargautytė, 2006).

Pirmoji Artrito Savivaldos Programa vėliau buvo perprojektuota asmenims, sergantiems kitomis lėtinėmis ligomis (Lorig ir kt., 1993; Holman 1996). Programa buvo taikoma 401 dalyviams. Palyginus dalyvių rezultatus po keturių metų, nustatyta, jog skausmas sumažėjo 17%, nedarbingumas, nepaisant to, išaugo 9% (Holman 2004). Svarbiausia, vizitai pas gydytojus per ketverius metus sumažėjo 40% (Lorig ir kt., cit. pg. Lorig, 2004). Buvo tirti ir kitomis lėtinėmis sergantys ligoniai, kur rezultatai buvo ne tokie įspūdingi (Lorig ir kt.; cit. pg. Lorig, Holman, 2004). Pažymėtina, kad, vykdant šias programas, nebuvo naudojami medikamentai. Be to, programos visiškai nebrangios, todėl jos patogios pacientams ir taupo lėšas (Holman, 2004).

Antrąjį eksperimentą atliko Dr. John Scott Denveryje. Jis tyrė 15 pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, kurie kas mėnesį susitikdavo su gydytoju ir med. seserimi. Diskusijų metu pacientai mokėsi iš patirties, o gydytojai išmoko daug daugiau apie savo pacientus (Holman, 2004).

Trečias eksperimentinių programų tipas buvo fokusuojamas į atokią sveikatos priežiūrą telefonu ar elektroninėmis priemonėmis. Kadangi čia pacientai tampa konfidencialūs, tai atoki sveikatos priežiūra gali būti labai efektyvi ir sutaupyti daug lėšų (Wasson ir kt. 1992, Holman, 2004). Psichologai testavo pacientų savi – veiksmingumą, t.y., kaip jie susitvarko su artrito pasekmėmis ir gauti rezultatai parodė aukštą koreliaciją tarp išvadų (Lorig ir kt., 1989, Holman, Lorig, 2004).

Sveikatos profesionalai, būdami sykiu ir partneriai bei patarėjai, tampa mokytojais, vystant pacientų savivaldos įgūdžius; sveikatos servisas tampa organizatorius aprūpinant naujomis rolėmis pacientus ir sveikatos profesionalus. Tinkamai atliekant procesus, šios rolės kuria tikrą centralizuotą sveikatos priežiūros sistemą ir pasiekia efektyvumo bei veiksmingumo (Holman, 2004). Paprastos administravimo formos bei procedūros, standartizuotos visam aptarnavimui bei draudimo polisams, sumažins lėšų panaudojimą, kuris dabar sudaro apie 20% - 25% sveikatos priežiūros lėšų (Holman, 2004). Yra pagrindo manyti, jog kognityvioji elgesio terapija (KET) yra efektyvus padėjėjas, gydant lėtinį reumatoidinį artritą (Young, cit. pg. Sharpe ir kt., 2002). Tyrimai rodo, jog KET veikia tiesiogiai veikia simptomų valdymą, psichopatologiją, skausmo lygį, nedarbingumą, sąnarių veiklą ir netgi biologinius ligos rodiklius, kaip eritrocitų nusėdimo greitį (Briedely ir kt., cit. pg. Sharpe ir kt., 2002).

Viena svarbiausių naujų psichologinio reumatoidinio artrito tyrimo krypčių (Sargautytė ir kt., 1994) – nustatyti, kokio svarbumo yra su liga susiję vertinimai ar lūkesčiai, veikiantys psichologinę būseną, skausmą ar funkcinių apribojimų dydį. Yra duomenų, kad būtent psichologiniai požymiai gali nulemti individualius funkcinio nepakankamumo ir skausmo skirtumus

(Bočarov, cit. pg. Sargautytė ir kt., 1994). Kaminskienė, Sargautytė (2007) atliko vyrų, sergančių RA, skausmo išgyvenimų analizę, pasitelkiant fenomenologinius metodus ir nustatė, jog skausmas, sergant RA, daro didelę įtaką vyrų gyvenimui, neigiamai paliesdamas jų fizinį – kūniškąjį; emocinį bei jausminį; mentalinį, santykių ir socialinį aspektus (Giorgi, cit. pg. Sargautytė, 2007).

1.5.3. savivaldos programa „Padėk sau“ sergantiesiems RA

Sergantiesiems artritais buvo sukurta ne viena savivaldos programa bei įvertintas jų efektyvumas: įvairios programos mažina skausmą, negalią ir gerino psichologinę savijautą (Newman ir kt., cit. pg. Sargautytė, 2006). Viena jų – Savivaldos programa sergantiesiems artritu, sukurta JAV, Stanfordo universitete. Programa remiasi psichologine saviveiksmingumo ugdymo teorija. Jos išskirtinis bruožas – kursus sergantiesiems artritu veda savanoriai instruktoriai, kurie turi asmeninę šių ligų patirtį (Sargautytė, 2006).

Lietuvoje Artrito savivaldos programos seminarą gali siūlyti tik organizacijos, turinčios Stanfordo universiteto licenciją. Seminaro programa išversta iš anglų kalbos ir redaguota Rūtos Sargautytės ir Dalios Veitienės 2005 metais. Tais pačiais metais rugpjūčio 10 d. Lietuvos artrito asociacija gavo oficialų Stanfordo universiteto leidimą mokymo tikslais taikyti ASM (Arthritis Self-Management) programą. Ji vykdoma dviejų vadovų, iš kurių vienas arba abu turėtų sirgti artritu. Optimalus dalyvių skaičius – 12 – 15. Kadangi seminare taikomi metodai yra standartizuoti, be išankstinio raštiško autorės sutikimo seminare negali būti daromi jokie pakeitimai. Šiame seminare naudojamos progresinės raumenų relaksacijos, valdomos vaizduotės pratimų variantai. Šešias sesijas po pora valandų kas savaitę, pora vadovų sukuria dalyviams neįtemptą draugišką atmosferą; kiekvienam susitikimui paruošia darbotvarkę; vadovauja diskusijoms; ragina dalyvius paanalizuoti savo patirtį ir pasidalinti su ja grupėje. Seminare naudojamas dalyvių „minčių lietus“, po to vadovas gali klausytojams patarti. Veiklos planas sudaromas 1-5 užsiėmimuose, o grįžtamasis ryšys vyksta 2-6 užsiėmimuose. Vadovai turi rūpintis, kad diskusijose nebūtų vertinimų; kad nebūtų praleidinėjami užsiėmimai be rimtos priežasties. Jeigu iškyla vadovams klausimų ar problemų, jie gali susisiekti su programos koordinatoriumi Lietuvos Artrito asociacijoje.

Pirmojo susitikimo metu vadovai supažindina vienus su kitais grupės nariais; išaiškina, kokius negalavimus grupės nariams sukelia artritas ar fibromialgija; informuoja apie bendruosius pagalbos sau principus; supažindina su skausmo valdymu. Savivaldos programoje supažindinami dalyviai su kognityviniais simptomų valdymo būdais; dėmesio atitraukimo metodais, o taip pat supažindinami su svarbiausia savivaldos priemone – veiksmų planu. Kiekvieno susitikimo metu paskaitoma paskaitėlė, keliama uždaviniai bei naudojamos atitinkamos priemonės jiems pasiekti, užduodami namų darbai. Be to, dalyviams pasakoma, jog, kas vyksta grupėje, tai ir lieka tik

grupėje. Seminarų metu diskutuojama apie efektyvų bendravimą su sveikatos priežiūros specialistais; analizuojama gyvenimo būdai.

Savivaldos programos kurso pabaigoje kiekvienas dalyvis vertina kursų kokybę „Kursų dalyvio vertinimo formoje“, kad programos rengėjai galėtų įvertinti mokymų efektyvumą ir pagerinti jų kokybę (Lorig K. & Stanford University, 2001; Lietuvos artrito asociacija, 2005).

1.6. Gyvenimo kokybė

Gyvenimo kokybė – *tai individualaus savo paskirties vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka* (PSO, 1993).

Gyvenimo kokybė dažniausiai vadinama *su sveikata susijusia* GK ir nagrinėjama siauresniu aspektu, apimančiu fizinį, psichologinį ir socialinį sveikatos lygmenį, kaip atskiras sritis, įtakojamas asmens patirties, įsitikinimų, lūkesčių ir pojūčių (Testa, cit. pg. Furmonavičius, 2001). Plačiąja prasme GK – tai holistinis subjektyvus pasitenkinimo svarbiais individui dalykais įvertinimas (Furmonavičius, 2001). Gyvenimo kokybės tyrimas rodo ligos ir jos gydymo įtaką individui, vertinant visas gyvenimo dedamąsias – fizinę, psichologinę bei socialinį funkcionavimą (Bowling; Spilker; Staquet, cit. pg. Novik, 2002).

GK sudarantys komponentai yra tie patys sveikiems ir negalios ištiktiems žmonėms, bet tuo metu yra skirtingi kiekvienam asmeniui (Prapiestis ir kt., 2003). Objektiviūs tyrimai rodo, kad išskirtiniai rodikliai, pvz., aplinka, pajamos, yra tinkami svertai gyvenimo kokybei nustatyti (Juozulynas; De Vries, cit. pg. Prapiestis ir kt., 2003). Įsivaizduojant, kad kiekviena liga daugiau mažiau paveikia asmens biopsichosocialinį funkcionavimą, Gotay ir kt. (cit. pg. Zaboralski ir kt., 2008) mano, jog gyvenimo kokybę lemia geros fizinės bei psichinės sąlygos, susidedančios iš dviejų elementų: mokėjimo susitvarkyti su kasdieniais dalykais (biopsichosocialiniame lygyje) bei paciento pasitenkinimo, kontroliuojant ligos simptomus, susijusius su paskirtais gydymo metodais. Anot Jarema (cit. pg. Zaboralski ir kt., 2008) sveikatos stovis, socialiniai ryšiai, profesinė, šeimos bei finansinė situacija taip pat turi reikšmės asmens gyvenimo kokybei. Daugelis tyrėjų konstatuoja, jog nėra vieningos nuomonės, kokia turi būti gyvenimo kokybės definicija ir kad sunku bus ją rasti. Vinok, praktiškai šis požiūris atrodo taip: tyrėjai stengiasi apibrėžti gyvenimo kokybę, kreipdami dėmesį ir į ligą, ir į jos gydymą, pridėdami, suprantama, ir bendrą gyvenimo kokybę (Jarema, cit. pg. Zaboralski ir kt., 2008).

1.6.1. pacientų, sergančių reumatinėmis ligomis, sveikatos priežiūra ir gyvenimo kokybė

Reumatoidinis artritas yra lėtinė, potencialiai sekinanti, nenuspėjamos eigos liga, kurios progresavimas gali duoti negrįžtamus žalingus pokyčius. Gyvenimo kokybei RA gali duoti triuškinančias pasekmes. Funkcinė negalia – svarbus paciento percepcijos apie savo ligą komponentas, galintis būti raktiniu faktoriumi ligos valdymo strategijose. Socioekonominės funkcinės negalios pasekmės labai sunkios. Kanadoje ekonominiai RA kaštai prilyginami vėžio, o JAV beveik lygūs koronarų ligoms bei vėžiui (Badley, cit. pg. Guillemain, 2000). Suomijoje 20% nedarbingumo priežasčių siejama su reumatizmu (Makela ir kt., cit. pg. Guillemain, 2000). Sistemine raudonąja vilklige sergantieji turi kovoti su simptomų įvairove, pašaliniu medikamentų poveikiu, su nenuspėjama ir potencialiai fatalia ligos baigtimi Archenholtz ir kt. (1998). Visos šios problemos gali neigiamai veikti sergančiųjų gyvenimo kokybę, mano tyrėjai. Todėl gyvenimo kokybė – kompleksinis koncertas ir daugelis studijų iki šiol negali priėti vieningos nuomonės, kaip apibrėžti gyvenimo kokybę (Lepelge, cit. pg. Archenholtz, 1999).

Pacientų, sergančių RA Jungtinėje Karalystėje, ligos valdymas vis labiau krypsta nuo stacionarinio slaugymo link ambulatorinės priežiūros (Hewlett ir kt., cit. pg. Lempp ir kt., 2006). Esant persistuojančiai RA eigai, pacientai dažnai reikalauja fizinės, emocinės bei socialinės pagalbos (Ahlmeni ir kt.; Scott ir kt., cit. pg. Lempp ir kt., 2006). Daugėja įrodymų, jog žinios apie ligą nekeičia pacientų elgesio ir kad savivaldos metodas labiau pageidaujamas tiek sergančiųjų, tiek jų šeimų (Holman; Von Korff ir kt., cit. pg. Lempp ir kt., 2006). Pateikiami skirtingi traktavimai ambulatorinės RA pacientų priežiūros, kurie fokusuojami į pacientų reikmių vystymą, pvz. panaudojant pacientų inicijuotas kliniškes pratybas (Hewlett ir kt., cit. pg. Lempp ir kt., 2006), multidisciplininę komandinę pagalbą (Davis ir kt., cit. pg. Lempp ir kt., 2006), holistinę priežiūrą (Ahlmen ir kt., cit. pg. Lempp ir kt., 2006) bei slauga paremtos reumatologinės klinikos (Hill, cit. pg. Lempp ir kt. 2006).

1.6.2. Klausimynai gyvenimo kokybei vertinti

Apskritai dauguma tyrėjų mano, teigia Curtis ir kt. (1997), jog tiek sveikatos būklės matavimai, tiek gydymo efekto patikrinimas rodo efektyvumą, keliant žmogaus gyvenimo gerovę.

Gyvenimo kokybės tyrimai reumatologijoje naudojami nuo 1960 – tų metų: reumatoidiniam artritui (RA), sisteminei raudonajai vilkligei (SRV), sisteminei sklerodermijai (SSD), fibromialgijai (FM), osteoartrozei (OA) ir kitoms ligoms (Bowling ir kt., cit. pg. Novik, Ionova, 2002). Viena pirmųjų studijų lyginant personalinius interviu, paštu bei telefoninius interviu atliko Hochstim (cit. pg. Lyons ir kt., 1999).

Sisteminė raudonoji vilkligė (SRV) paveikia visą sveikatos būklę, įskaitant fizines, fiziologines, psichines bei socialines funkcijas. Sergančiųjų SRV sveikatos statusui vertinti naudojami tiek specifiniai, tiek generiniai instrumentai (Burckhardt ir kt.; Milligan ir kt., cit. pg. Gilboe ir kt., 1999). Klausimynai naudojami gyvenimo kokybei tirti gyvenantiems skirtingose geografinėse srityse (McGee; O'Boyle; cit. pg. Stiggelbout, 2008). Tačiau, anot Wolf ir Hawley (1997), Europos populiacijose gautų rezultatų (pav.: EuroQol) klausimynu patirtis netinka JAV populiacijoms. Be to, savo gyvenimo kokybei vertinti žmonės nurodo skirtingus kriterijus vertindami pagrindines sferas, apibrėžiančias būtent jų gyvenimo kokybę (McGee; O'Boyle; cit. pg. Stiggelbout, 2008). Whalley ir kt. (1997) išskiria du pagrindinius aspektus, kuriais RA sergantieji vertina savo gyvenimo kokybę: kiekybinį ir kokybinį. Kiekybiniams skaičiavimams naudojami standartizuoti klausimynai, pav.: *angl.* the Health Assessment Questionnaire (HAQ) anot tyrėjų, plačiausiai paplitęs funkcinėi RA negaliai tirti. Burckhardt ir kt. (1992) lyginę moterų, sergančių RA bei SRV apklausos rezultatus Gyvenimo Kokybės Skale (QOLS) nustatė, jog švedų moterų gyvenimo kokybės svarbiausi punktai labai panašūs į amerikiečių moterų, sergančiųjų reumatinėmis bei kitomis lėtinėmis ligomis. Jorngarden ir kt. (2006), taip pat tyrė švedų gyventojų gyvenimo kokybę, teigia jog klausimynas „SF-36“ bei HADS tinka Švedijos gyventojų tiek suaugusių, tiek paauglių gyvenimo kokybei tirti. Tylor ir McPherson (2007) savo tyrimais kaip tik geriau vertina „SF-36“ nei HAQ. Ypatingai, teigia tyrėjai „SF-36“ tinka, lyginant funkcinę negalią tarp skirtingų ligų grupių. Dar kiti tyrimai QOLS-S klausimynu rodo, jog didelis psichologinis stresas stipriai koreliuoja su nepasitenkinimu bloga sveikata, negebėjimu bendrauti bei savęs nesupratimu. Tai turi didelę reikšmę RA bei SRV pacientams, traktuojant depresiją ir nerimą (Burckhardt, 1992).

Gyvenimo kokybės klausimynai naudingi, jei jie duoda validžią, patikimą informaciją ir jautrūs tyrimo kurso pokyčiams. Pacientai jų pagalba gali išreikšti savo ligos poveikio supratimą, kuris pagelbėtų komunikuojant su gydytojais bei pastariesiems kvalifikuojant ligos išeitį (Guillemin, 2000). Fransen (2002) teigia, jog matavimų grįžtamojo ryšio sistema užtikrina ligos aktyvumo redukciją. Kaip pasirinkti klausimyną, Evers ir kt. (1998) mano, jog instrumento tinkamumas priklauso nuo ketinamo sveikatos konstrukto tyrimo, nuo instrumento efektyvumo bei paties klausimyno palankumo.

Tačiau yra ir kontraversiški vertinimai, kaip antai, Sawyer (2004) teigia, jog nerado savo tyrime reikšmingų amžiaus, lyties, diagnozės bei reumatologinės klinikos priežiūros skirtumų tarp tiriamųjų, kitur gyvenančių asmenų, nedalyvavusių tyrime, sergančių JIA. Kiti tyrėjai, Staquet ir kt. (1996) rašo, jog, publikuojant Gyvenimo Kokybės klausimynų rezultatus, pasigendama specifinių psichometrinių duomenų, o ir apdorojant turimus duomenis (kartais dėl respondentų nubyrimo), rezultatai „pripitami“. Ir vi stik, suprantant, kokie barjerai gali trukdyti pasiryžtam fiziniam

aktyvumui, van der Berg ir kt. (2007) teigia, jog: skausmo ar sąnarių pakenkimo baimė; nuovargis, motyvacijos stoka; trūkumas žinių dėl naudos ar saviveiksmingumo būna pagrindinės priežastys, kodėl sergantieji nedalyvauja stebėjimo programose (Li; Resnik; Schoser; Der Ananian; De Jong; Griene, cit. pg. van der Berg ir kt., 2007).

1.6.3. Gyvenimo kokybės „SF-36“ klausimynas ir jo adaptacija Lietuvoje

Klausimynas „SF-36“ yra pagrindinis sveikatos statusui tirti Jungtinėse Valstijose, o taip pat galiojantis ir Jungtinėje Karalystėje (Lyons, ir kt., 1999). Jis buvo išplėtotas grupės Amerikos mokslininkų, vadovaujamų John Ware (Ware, cit. pg. Jörngarden ir kt., 2006). Daugiau kaip 40 šalių klausimynas „SF-36“ yra adaptuotas ir plačiai naudojamas gyvenimo kokybės tyrimams (Anderson ir kt., cit. pg. Rugienė ir kt., 2005).

Vienas iš naudingiausių klausimyno „SF-36“ bruožų tas, kad juo galima lyginti sveikatos statusą tarp skirtingų žmonių grupių, nepaisant, kokiomis ligomis jie serga (Lyons ir kt., 1999). Walters, Campbell (2004) nuomone „SF-36“ dalinai turi pranašumų, lyginant su (HRQoL) – su Sveikata susijusiu Gyvenimo Kokybės Klausimynu, nes „SF-36“ galima tirti mažesnes nei 100 asmenų grupes. Pavyzdžiui, tiriant Estijoje (HRQoL) instrumento adaptaciją RA sergančiųjų gyvenimo kokybei vertinti, išryškėjo sunkumai verčiant kai kuriuos specifinius punktus, pažymi Tammaru (2004). Vis dėlto, klausimynas „SF-36“ turi bendrų bruožų ir su kitais instrumentais, kaip antai: (NHP) – Notingeno Sveikatos Profiliu bei (QLQ-C30) – Europos organizacija vėžiui tirti ir gydyti. Todėl Walters (2004) nuomone, nėra jokių teorinių trukdžių „SF-36“ klausimyno rezultatus bei išvadas priskirti ir naudoti kitoms HRQoL matavimo priemonėms. Pavyzdžiui, klausimyno „SF – 36“ skalės palankiai gretinamos su plačiau naudojamu (angl. Modified Health Assessment Questionnaire MHAQ) bei VA - skausmo skalėmis (Hurst, cit. pg. Ruta, 1998).

Labiausiai paplitusi „SF-36“ gyvenimo kokybės klausimyno trumpoji forma (angl. *Medical Outcomes Study Short Form-36; MOS – “SF-36”*) (Ware ir kt., cit. pg. Rugienė ir kt., 2005). Gyvenimo kokybės klausimynas turi atitikti jam keliamus psichometrinius reikalavimus (Rugienė ir kt., 2005). Adaptacija turi būti vykdoma pagal tarptautinius standartus, nes psichometrinės savybės apsprendžia tik kokybiška adaptacija. Šiame procese pasitaiko ir klaidos, dažniausios iš jų: 1) esant tiesioginiam vertimui, nėra atgalinio vertimo; 2) vieno iš tiesioginių vertėjų dalyvavimas derinant pirminę versiją; 3) to paties vertėjo tiesioginiame bei atvirkštiniame vertime dalyvavimas; 4) vertėjų dalyvavimas klausimyno ekspertizėje; 5) siekimas išversti pažodžiui; 6) pilotažiniam testavimui nenaudojamas interviu; 7) skalių arba klausimų keitimas. Nekorektiška kalbinė kultūrinė adaptacija duoda testą – versiją, neatitinkančią psichometrinių reikalavimų. Todėl kalbinė bei kultūrinė adaptacija – pagrindas klausimynų validizacijai. (Novik,

2002). Panašia metodologija RA sergančiųjų gyvenimo kokybės klausimyno kalbinė bei kultūrinė adaptacija, tinkamumo įvertinimas atliktas Norvegijoje (Kvien ir kt., cit. pg. Rugienė ir kt., 2005).

Lietuvoje gyvenimo kokybės tyrimų, naudojant „SF-36“ klausimyną, nedaug. Leidimas naudoti gyvenimo kokybės klausimyną „SF-36“ Lietuvoje gautas iš *Quality Metric Incorporated* 2001 m. vasario mėn. Remiantis Tarptautiniu gyvenimo kokybės tyrimo (angl. *International Quality of Life Assessment – IQOLA*) projektu Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institute pradėta kalbinė ir kultūrinė gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ adaptacija (Guillemin, cit. pg. Rugienė ir kt., 2005). Klausimyną ir atsakymų variantus iš anglų kalbos du nepriklausomi vertėjai, kurių gimtoji kalba yra lietuvių, vertė į lietuvių kalbą (Rugienė ir kt., 2005).

Vertinant kalbinę ir kultūrinę adaptaciją, tinkamumą sergančiųjų RA gyvenimo kokybei tirti, SF-36“ klausimyną užpildė 502 reumatoidiniu artritu sergantys ligoniai bei 83 kontrolinės grupės asmenys. Tyrimo duomenys išanalizuoti, naudojant statistinės duomenų analizės programą „SPSS 8.0“. Statistinė analizė atlikta naudojant Stjudento (t) testą (Rugienė ir kt., 2005).

Tyrimas rodo, kad gyvenimo kokybės klausimynas „SF-36“ atitinka jam keliamus psichometrinius reikalavimus: homogeniškumo, vidinio pastovumo, stabilumo laiko atžvilgiu ir pagrįstumo. Įvertintas gyvenimo kokybės klausimyno sričių *vidinis pastovumas*. Abiejose grupėse Kronbacho α koeficientas visose srityse didesnis už 0,7 – tai rodo, kad gyvenimo kokybės klausimyno sričių vidinis pastovumas yra pakankamai geras (Rugienė ir kt. 2005).

Iki šiol paskelbtose publikacijose pasigesta gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ kalbinės ir kultūrinės adaptacijos etapų apžvalgos, psichometrinių rodiklių analizės bei tinkamumo įvertinimo, mano tyrėja R. Rugienė (2005). Su specialistais ir su klausimyną užpildžiusiais asmenimis buvo analizuojami sritis sudarantys klausimai ir nustatyta, kad klausimai neatitrukę nuo pagrindinės gyvenimo kokybės idėjos, kad jie tinkami vertinant gyvenimo kokybę. Manoma, kad lietuviškas klausimyno „SF-36“ variantas yra tinkamas ligonių, sergančių reumatinėmis ligomis, gyvenimo kokybei tirti ir vertinti, nes atitinka reikalavimus, keliamus tokių anketų naudojimui ir gautų rodiklių interpretavimui (Rugienė ir kt. (2005).

1.7. Tyrimo problema

Maždaug dvidešimt milijonų žmonių visame pasaulyje serga reumatinėmis ligomis, vien JAV - apie 1% gyventojų kenčia nuo artrito. Vidutinis sergančiųjų amžius – 35 – 45 metai. Liga moteriškąją lytį veikia 3 kartus dažniau (O'Dell, 2001). Lietuvoje, pagal Artrito Asociacijos informaciją, juo serga beveik pusė milijono (LAA informacija, 2005). Apskritai RA serga maždaug 0,3 - 1% suaugusių gyventojų. Rizika auga su amžiumi ir ji didžiausia susirgti šia liga 50 – 70 metų

sulaukusiems žmonėms (Dadonienė, 2006). Pasak autorės, svarbiausias RA rizikos veiksnys – genetinis polinkis, susijęs maždaug su 60% šios ligos atvejų.

Šiandien sergančiųjų lėtinėmis ligomis Lietuvoje tiek fizinė, tiek dvasinė bei socialinė būklė nėra gera. Įsigalėjęs šabloniškas sveikatos vertinimas – tik pagal fizinę būseną; vertinimas vyksta izoliuotai – tik pavienio asmens, kuriam konstatuojama negalė. Neatsitiktinai SAM ministro patvirtintoje gyvenimo kokybės įvertinimo 2001 – 2004 metų programoje pažymima, jog GK – svarbi visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti esminio prioritetų koregavimo ir sveikatos priežiūros išteklių perskirstymo. Nepatenkinama pagyvenusių žmonių materialinė padėtis, sumažėjęs socialinis prestižas, pasikeitęs vaidmuo ir statusas visuomenėje blogina jų gyvenimo kokybę. Skirtingai nuo suaugusio žmogaus, vaiko gyvenimo kokybė didžia dalimi priklauso nuo suaugusių žmonių, visos visuomenės pastangų sudaryti tinkamas sąlygas vaikui augti ir vystytis, būti sveiku ir laimingu. Pažymėtina, jog kaulų – raumenų ir jungiamojo audinio susirgimų skaičius vis auga. Didėja vaikų invalidų skaičius. Programoje taip pat akcentuojama, jog būtina sukurti sąlygas socialiai remtinų, invalidų, studentų ir žmonių, sergančių lėtinėmis ligomis, gyvenimo kokybei gerinti (LR SAM, 2000).

Remiantis Pasaulinės Sveikatos Organizacijos „Sveikata visiems XXI amžiuje“ politika, Lietuvos gyvenimo kokybę galima pagerinti, jei: bus pradėtas ir nuolat vykdomas gyvenimo kokybės monitoringas; suaktyvės individų dalyvavimas visuomenės gyvenime ir sveikatos politikos formavime; sveika gyvensena bus pripažinta socialine norma; psichosocialiniai faktoriai, aplinkos (gyvenamos aplinkos, darbo, mitybos, asmens saugumo, užimtumo); pirminė, antrinė bei tretinė sveikatos priežiūra daugiau dėmesio skirs gyvenimo kokybei pagerinti (LR SAM, 2000).

Todėl mūsų darbe buvo nuspręsta ištirti RA sergančiųjų gyvenimo kokybę, palyginant tris grupes: Artrito Savivaldos programos klausytojų; grupės pacientų po gydymosi reumatologijos skyriuje bei RA sergančiųjų, neturėjusių poveikio.

1.8. Tyrimo tikslas, uždaviniai, hipotezės

Darbo tikslas – išsiaiškinti Savivaldos Programos kursų poveikį reumatoidiniu artritu sergančiųjų gyvenimo kokybei.

Darbe keliami uždaviniai:

1. Nustatyti, kaip pakito Artrito Savivaldos programos dalyvių; tiriamųjų, kurie gydėsi stacionare bei grupės, neturėjusių poveikio, fizinė sveikata (bendras sveikatos vertinimas,

fizinis aktyvumas, veiklos apribojimas dėl fizinių problemų, skausmo kontrolė) po pusės metų nuo tyrimo pradžios.

2. Išsiaiškinti respondentų, dalyvavusių Artrito Savivaldos programos kursuose; RA sergančiųjų po stacionarinio gydymo ir grupės tiriamųjų, negavusių poveikio, psichinės sveikatos (veiklos apribojimo dėl emocinės būklės; socialinių ryšių; energingumo ir gyvybingumo) pokyčius, per 6 mėnesiams.

Darbe keliamos hipotezės:

- Sergančiųjų RA dalyvavimas Artrito Savivaldos programoje teigiamai veikia fizinę bei psichinę gyvenimo kokybės kategorijas.
- Sergančiųjų RA dalyvavimas Artrito Savivaldos programoje efektyvesnis gyvenimo kokybei negu gydymasis stacionare.

2. METODIKA

2.1. Tiriamieji

Tyrime dalyvavo 72 sergantieji RA. Pasirinktos trys grupės sergančiųjų RA. Pirmosios grupės tiriamieji dalyvavo Artrito Savivaldos programos kursuose (po 12 dalyvių Alytaus Artrito bei Kauno Artrito klubuose,- iš viso - 24). Antrąją respondentų grupę sudarė 24 asmenys, nedalyvavę Savivaldos programoje. Šios grupės respondentai pildė klausimynus pirmąją paguldymo į Alytaus apskrities ligoninės reumatologijos skyrių dieną. Trečioji grupė sergančiųjų RA, pildžiusių klausimynus, buvo pasirinkti atsitiktinai. Jų buvo taip pat 24 asmenys. Tyrime dalyvavo 58 moterys ir 14 vyrų,- jų amžiaus vidurkis atitinkamai buvo: 60,03 ir 64,28 metų. Jauniausia dalyvė buvo 19 metų, vyriausia turėjo 85 metus. Respondentų išsilavinimas: pradinis – 5,71% ; vidurinis – 31,43% ; aukštesnysis – 25,72% ; aukštasis – 37,14% dalyvių. Dirbančiųjų respondentų tyrimo metu buvo 71,42%. Tiriamieji demografinėje anketoje atžymėjo, be RA sirgę ir: hepatitais- 20%; kirmėlinės ataugos uždegimu – 5,71%; traumomis bei kaulų lūžiais – 11,43%; kiaušidžių cistomis – 2,86%; piktybiniais augliais – 2,86%; insultais – 5,71%; akių ligomis – 2,86%; astma – 5,71%; plaučių uždegimais – 11,43%. Didžiausias procentas sergančiųjų RA buvo dar ir sergant širdies kraujagyslių ligomis – 34,29%.

2.2. Tyrimo metodai

Prieš pat prasidedant Savivaldos kursams, respondentams išdalintos demografinės anketos bei gyvenimo kokybei tirti „SF – 36“ klausimynas. Grupei, besigydančiai stacionare, pirmąją dieną išdalintos demografinės anketos bei „SF – 36“ klausimynai. Trečioji 24 asmenų grupė užpildė klausimynus ir nedalyvavo Artrito savivaldos kursuose. Po 6 mėnesių pakartotinai visų grupių tiriamieji užpildė klausimyną „SF – 36“.

2.2.1. Demografinė anketa

Demografinė anketa (1 priedas) naudotis gautas leidimas iš Vilniaus Santariškių Reumatologinės klinikos gyd. R.Rugienės. Pirminis anketos pavadinimas buvo „Sveiko žmogaus socialinis įvertinimas“. Kadangi tiriamieji buvo sergantys RA bei kitomis ligomis,- anketa pervadinta į „Demografinę anketa“. Anketos tikslas – surinkti apie tiriamuosius duomenis: amžiaus, išsilavinimo, duomenis apie darbingumą, lydinčias ligas.

2.2.2. Gyvenimo kokybės „SF – 36“ klausimynas

„SF – 36“ klausimyną (2 priedas) sudaro 36 klausimai, kurie atspindi aštuonias gyvenimo sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių ir emocinių problemų, skausmą, bendrą sveikatos vertinimą, energingumą ir gyvybingumą, socialinę funkciją bei emocinę būklę. Šios gyvenimo sritys yra jungiamos į dvi sveikatos kategorijas – fizinę ir psichinę. Fizinei sveikatai vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, bendro sveikatos vertinimo sritys. Veiklos apribojimo dėl emocinės būklės, socialinių ryšių, energingumo ir gyvybingumo sritys skirtos psichinei sveikatai įvertinti.

Atsakymus į klausimus respondentai vertino pasirinktinai balais: ketvirto ir penkto klausimų maksimalus balas – 2; trečio – 3; pirmo, antro, šešto, aštunto, dešimto ir vienuolikto – 5; septinto ir devinto klausimų maksimalus balas – 6. Kiekviena sritis, naudojant skaičiavimo algoritmą, vertinama nuo 0 iki 100. Kuo aukštesnis balų skaičius, tuo geresnė gyvenimo kokybė. Kiekvienai sričiai sudedama tam tikrų atsakymų balai:

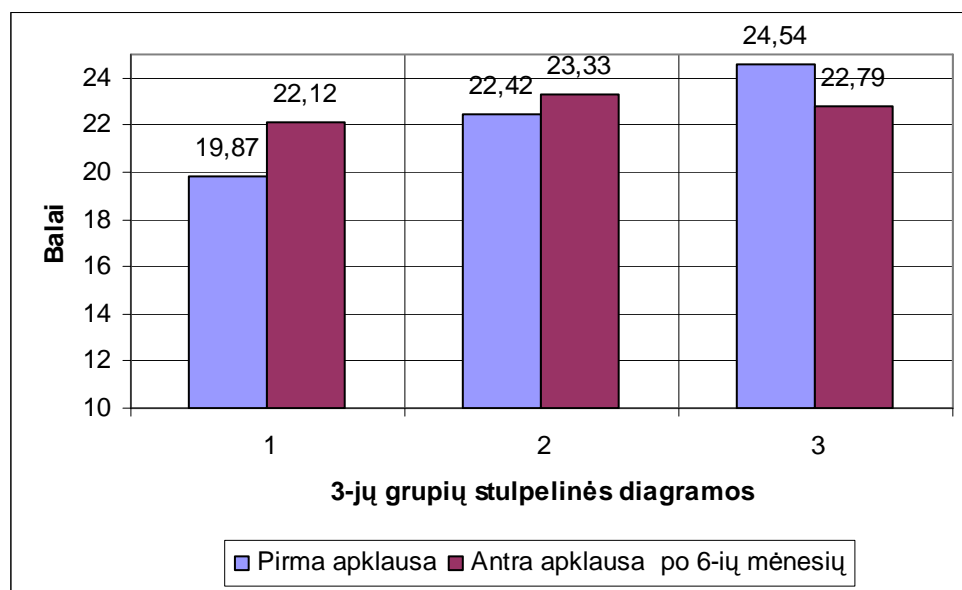
- a) fizinio aktyvumo skalei įvertinti skaičiuojami: $3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$ klausimų balai. Pagal algoritmą (*angl. SF – 36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*) šios skalės galimos neapdorotų balų ribos (*angl. lowest and highest possible raw scores*) tarp 10 ir 30 balų;
- b) veiklos apribojimui dėl fizinių problemų skaičiuojami šie įverčiai: $4a+4b+4c+4d$. Balų riba pagal algoritmą nuo 4 iki 8;
- c) Skausmui vertinti sudedami 7 ir 8 klausimų atsakymai. Balų ribos – nuo 2 iki 12;
- d) bendras sveikatos vertinimas susideda iš: $1+11a+11b+11c+11d$ ir balų ribos pagal algoritmą – nuo 5 iki 25;
- e) energingumas ir gyvybingumas sudedamas iš atsakymų: $9a+9e+9g+9i$. Šios kategorijos balų ribos – nuo 4 iki 24;
- f) socialiniai ryšiai skaičiuojami iš 6 ir 10 klausimų atsakymų. Čia balų ribos nuo 2 iki 10;
- g) veiklos apribojimas dėl emocinės būklės susideda iš 5 klausimo a, b ir c atsakymų. Pagal algoritmą balų ribos nuo 3 iki 6;
- h) emocinė būklė susideda iš: $9b+9c+9d+9f+9h$ ir vertinimo balų ribos – nuo 5 iki 30.

Gauti rezultatai apdoroti SPSS programa - ANOVA, poriniu T – studento kriterijumi bei X^2 kriterijumi.

3. REZULTATAI

3.1. Rezultatų apžvalga

Gyvenimo kokybės klausimyną „SF-36“ užpildė 72 dalyviai, jų atsakymai į klausimus buvo vertinami balais. Kiekviena sritis, naudojant skaičiavimo algoritmą, buvo vertinama nuo 0 iki 100. Kuo aukštesnis balų skaičius, tuo geresnė gyvenimo kokybė. Trijų grupių fizinio aktyvumo apklausos rezultatai pateikiami 1 paveikslėlyje. Balų skirtumas pirmosios bei antrosios apklausos metu matomi stulpelinėje diagramoje. Grupės, dalyvavusios savivaldos programoje ir besigydžiusios stacionare balai išaugo po antrosios apklausos. Trečiosios grupės, kuri neturėjo jokio poveikio, fizinis aktyvumas sumažėjo, praėjus 6 mėnesiams po pirmosios apklausos.

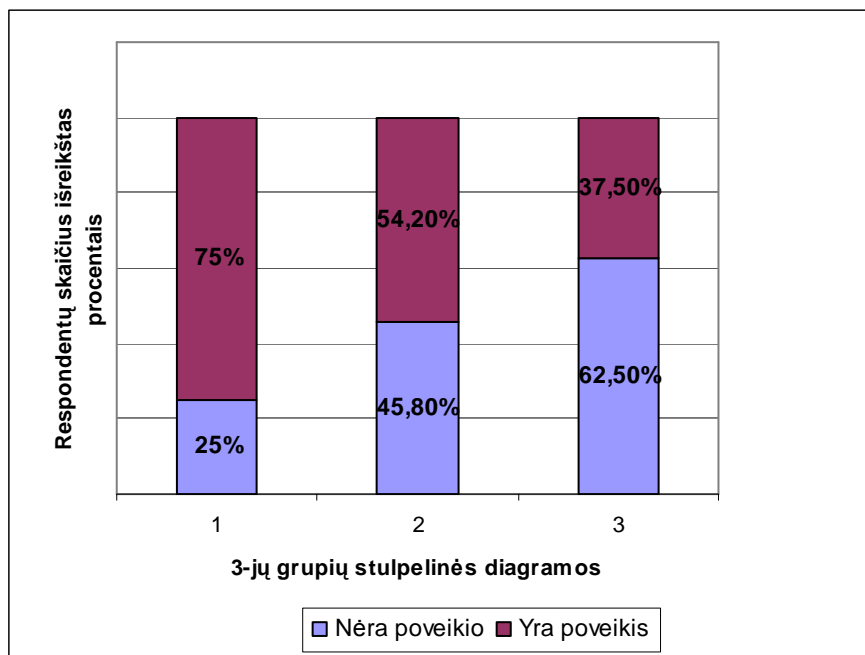


1 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ fizinio aktyvumo išreikštas: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Paskaičiavus pirminės apklausos duomenis ANOVA, gauta statistiškai reikšmingai tarp grupių besiskiriantys balų vidurkiai ($p < 0,05$, $t = ,002$). Reikšmingus skirtumus tarp grupių rodo ir Post Hoc Tests. Statistiškai reikšmingi skirtumai buvo tarp: respondentų, apklaustų pirmąją stacionarizavimo dieną ir grupės, kuri neturėjo jokio poveikio bei tarp grupės, dalyvausiančios Artrito savivaldos programos kursų ir grupės, neturėjusios poveikio ($p < 0,05$, $t = ,001$). Antros

apklausos balų vidurkių skirtumai, praėjus 6 mėnesiams, matomi stulpelinėse diagramose. Paskaičiuavus duomenis ANOVA, antros apklausos rezultatai statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

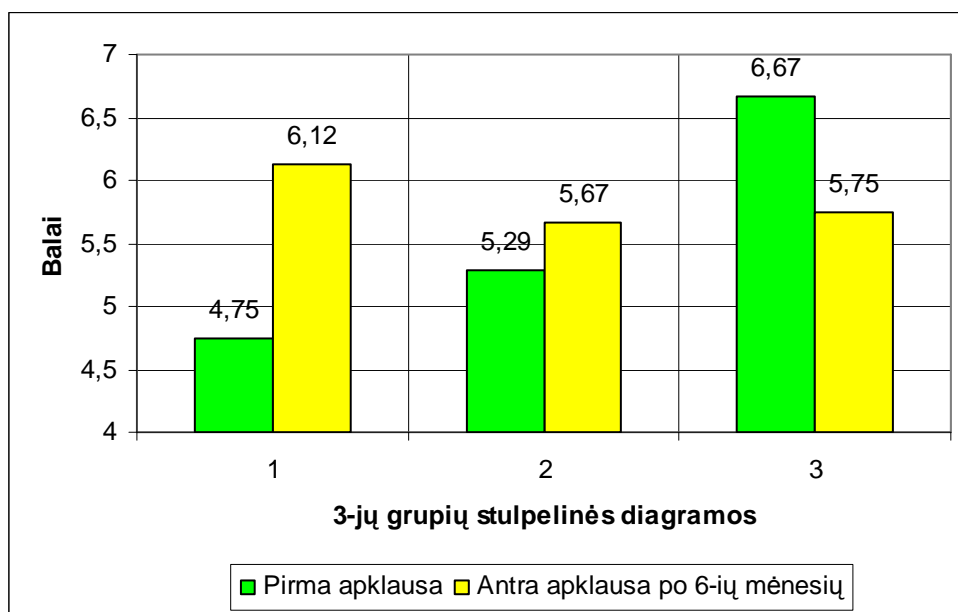
Siekiant įvertinti fizinės bei psichinės sveikatos būklę po Artrito savivaldos programos, stacionarinio gydymo įtakos bei grupės respondentų, negavusių jokio poveikio, antrosios apklausos duomenys statistiškai apskaičiuoti X^2 kriterijumi.



2 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ fizinio aktyvumo pokyčių išreikštumas procentais: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Antrame paveikslėlyje stulpelinėje diagramoje pateikta trijų tiriamųjų grupių fizinio aktyvumo pokyčių procentinė išraiška. Paskaičiuota, jog aštuoniolikai Artrito savivaldos programos dalyviams, tai yra – 75,0% visos grupės, praėjus pusei metų po pirminės apklausos, išliko poveikis, - net trims ketvirtadaliams savivaldos programos dalyvių fizinis aktyvumas pagėrėjo. Iš grupės po stacionarinio gydymo trylikai asmenų, tai yra 54,2% taip pat išliko teigiamas poveikis fiziniam aktyvumui. Tik devyniems tiriamiesiems, t.y. 37,5% iš grupės, nedalyvavusios nei programoje ir nebuvusios stacionare, po pusės metų išliko teigiamas poveikis fiziniam aktyvumui.

Veiklos apribojimo dėl fizinių problemų rezultatai pateikiami trečiam paveikslėly. Diagramose akivaizdžiai matoma, jog balų vidurkis išaugo po antros apklausos grupėje, dalyvavusioje Artrito savivaldos programoje ir besigydžiusioje stacionare grupėje. Respondentų, neturėjusių poveikio grupėje, balų vidurkis, nusakantis apribojimą dėl fizinių problemų, po 6 mėnesių, krito.

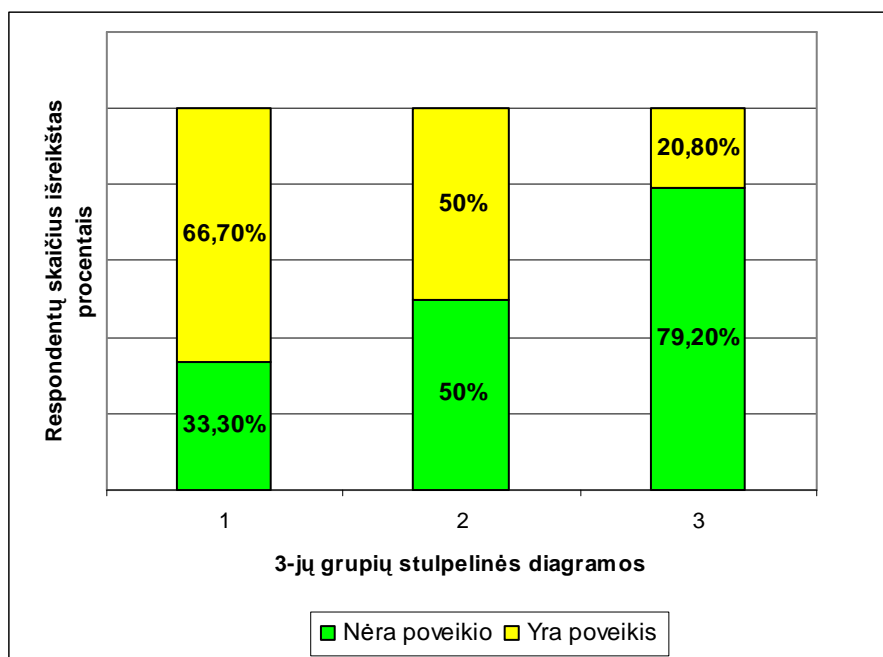


3 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ veiklos apribojimo dėl fizinių problemų išreikštumas: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Patikrinus rezultatus ANOVA, nustatyta: pirmojo tyrimo balų vidurkiai visų grupių skyrėsi statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$, $t = ,000$). Statistiškai reikšmingus skirtumus pirmosios apklausos rezultatuose rodo ir Post Hoc Tests: tarp RA sergančiųjų, kurie apklausti stacionare pirmąją dieną ir tiriamųjų grupės, kuriai nebuvo jokio poveikio ($p < 0,05$, $t = ,001$); tarp respondentų, kurie dalyvaus Artrito savivaldos programos kursuose ir grupės be poveikio dalyvių ($p < 0,05$, $t = ,003$); tarp savivaldos programos dalyvių ir stacionarizuotų pirmąją dieną respondentų ($p < 0,05$, $t = ,000$).

Praėjus 6 mėnesiams, antrosios apklausos duomenys statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Ketvirtojo paveikslėlio stulpelinėse diagramose pateikiama procentinė apklaustųjų veiklos apribojimo dėl fizinių problemų pokyčių išraiška.



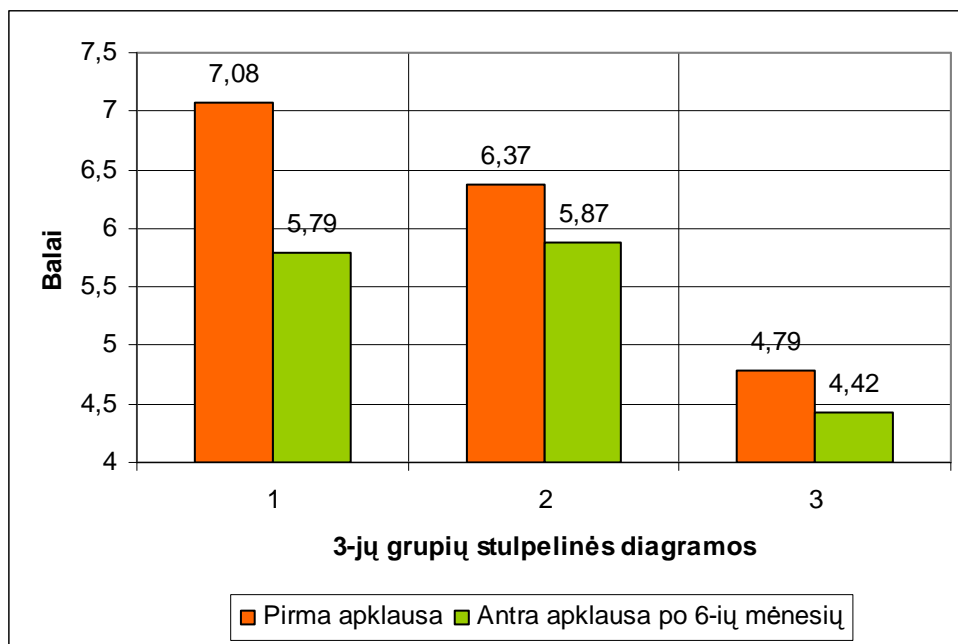
4 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ veiklos apribojimo dėl fizinių problemų pokyčių išreikštumas procentais: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Buvęs veiklos apribojimas dėl fizinių problemų šešiolikai asmenų, tai yra 66,7%, dalyvavusių Artrito savivaldos programoje turėjo teigiamą poveikį, praėjus šešioms mėnesiams po kursų išklausymo. Kriterijaus X^2 pagalba paskaičiuota, jog iš grupės, kuri gydėsi stacionare, dvylikai asmenų,- tai yra 50%, gydymas davė teigiamą poveikį, išlikusį po pusės metų.

Grupėje, kurios dalyviai neišklausė savivaldos programos kursų, nesigyždė stacionare,- po pusės metų išliko teigiami pokyčiai penkiems asmenims, tai sudarė 20,8% visos grupės.

Vieno iš fizinės sveikatos rodiklių – skausmo vertinimas atspindi respondentų apklausos rezultatų stulpelinėse diagramose penktame paveikslėlyje. Pirmos apklausos duomenys rodo, jog visų trijų grupių balų vidurkiai skiriasi.

Antrosios apklausos metu, praėjus 6 mėnesiams, skausmo išreikštumą rodantys balų vidurkiai sumažėjo visose tiriamųjų grupėse.

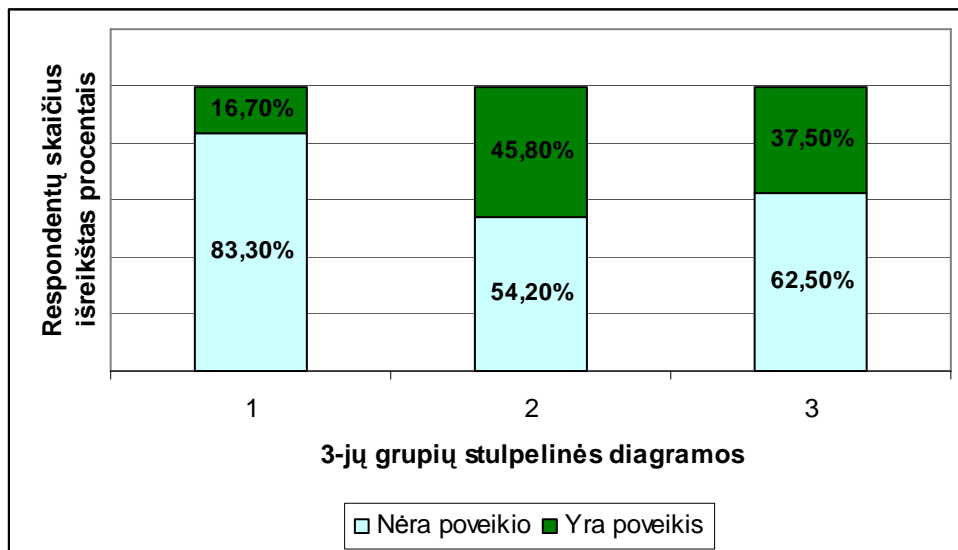


5 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ skausmo išreikštumas: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Paskaičiavus ANOVA pirmosios apklausos duomenis, gauti statistiškai patikimi rezultatai tarp visų grupių: ($p < 0,05$, $t = ,001$). Statistiškai reikšmingus skirtumus tarp grupių rodo Post Hoc Tests rezultatai: tarp sergančiųjų RA, stacionarizuotų pirmąją dieną gydymui ir tiriamųjų grupės, kuriai nebuvo daromas joks poveikis, o taip pat tarp būsimų savivaldos programos dalyvių ir apklaustųjų respondentų pirmąją stacionarizavimo dieną ($p < 0,05$, $t = ,001$).

Antrosios apklausos duomenis apskaičiavus ANOVA, statistiškai reikšmingų pokyčių rezultatuose nerasta.

Šeštame paveikslėlyje pavaizduotas respondentų skausmo pokyčių procentinis išreikštumas pakartotinio tyrimo duomenų pagrindu.



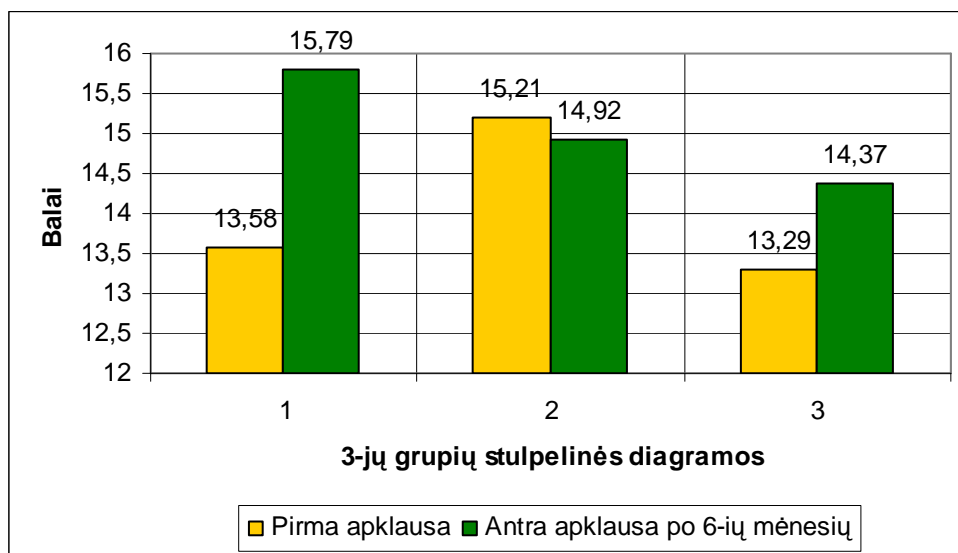
6 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ skausmo pokyčių išreikštumas procentais: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Išlikusių teigiamą pokytį, praėjus 6 mėnesiams po stacionarinio gydymo jautė vienuolika grupės respondentų, kas sudarė 45,8% šios grupės dalyvių.

Teigiamas pokytis po pusmečio išliko ir grupėje be stacionaraus gydymo ar savivaldos programos kursų – devyniems tiriamiesiems, tai sudarė 37,5% visos grupės dalyvių.

Ir keturiems Artrito savivaldos programos dalyviams, kas sudarė 16,7% grupės, pavyko sumažinti skausmą ir išlaikyti teigiamą pokytį, praėjus 6 mėnesiams.

Bendro sveikatos vertinimo rezultatai pateikti septintame paveikslėlyje. Artrito savivaldos programos respondentų pirmosios apklausos balų vidurkis buvo panašus su grupės, neturėjusios poveikio, rezultatais. Tačiau, išklausius savivaldos programos kursus, programos dalyvių bendras sveikatos stovį atspindėjo ženkliai didesnis balų vidurkis, paskaičiuotas po pusės metų, antrosios apklausos metu.



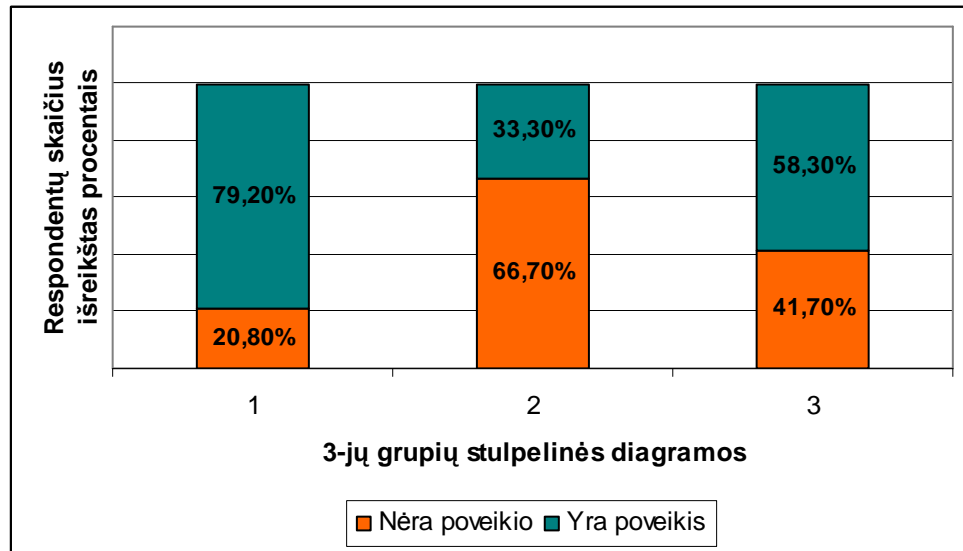
7 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ bendras sveikatos vertinimas: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Dalyvių grupėje be poveikio balų vidurkis taip pat išaugo. Pradžioje stacionarinio gydymo grupės bendro sveikatos vertinimo balų vidurkis buvo didžiausias, tačiau, praėjus 6 mėnesiams pakartotinos apklausos duomenys rodo mažesnę balo vidurkį nei pirmosios apklausos.

Artrito savivaldos programoje dalyvavusiųjų abiejų apklausų balų vidurkių skirtumas akivaizdus, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo.

Paskaičiavus ANOVA visų grupių balų įverčius pirmosios apklausos metu, statistiškai reikšmingų pokyčių tarp grupių nerasta. Nerasta statistiškai reikšmingų pokyčių ir po antrosios apklausos.

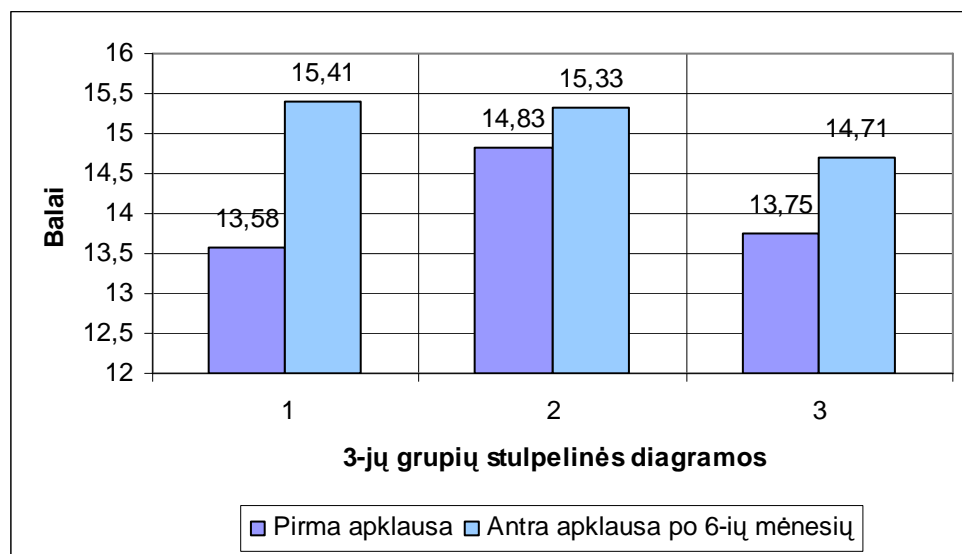
Bendras sveikatos pokyčio vertinimas visų trijų grupių procentais parodytas aštuntame paveikslėlyje.



8 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ bendro sveikatos pokyčio vertinimas procentais: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Net 79,2% Artrito savivaldos programos dalyvių,- devyniolikai asmenų,- pakartotinės apklausos metu bendras sveikatos pagerėjimas išliko, praėjus 6 mėnesiams po kursų. Keturiolikai asmenų iš grupės, kurios dalyviai nesigydė ir nedalyvavo Artrito savivaldos programoje, bendras sveikatos vertinimas taip pat turėjo išliekamą poveikį, praėjus pusei metų. Grupėje RA sergančiųjų, kurie gydėsi stacionare, po pusės metų apklausiant, tik aštuoniems asmenims, kas sudaro 33,3% grupėje, bendras sveikatos vertinimas turėjo pokyčius.

Tiriamųjų psichinės sveikatos energingumo ir gyvybingumo srities vertinimų rezultatai pateikiami devintame paveikslėlyje. Pirmosios apklausos metu Artrito savivaldos programos dalyvių bei grupės respondentų be poveikio balų vidurkiai buvo panašūs. Praėjus 6 mėnesiams nuo tyrimo pradžios, išklausę Artrito savivaldos programos kursus dalyviai parodė aukštesnį balų vidurkį. Tuo tarpu gydęsi stacionare sergantieji RA, praėjus 6 mėnesiams savo energingumą ir gyvybingumą vertino nedaug didesniu balu. Visų trijų tiriamųjų grupių energingumo ir gyvybingumo balų vidurkiai praėjus 6 mėnesiams antrosios apklausos metu yra aukštesni negu gauti pirmosios apklausos metu.

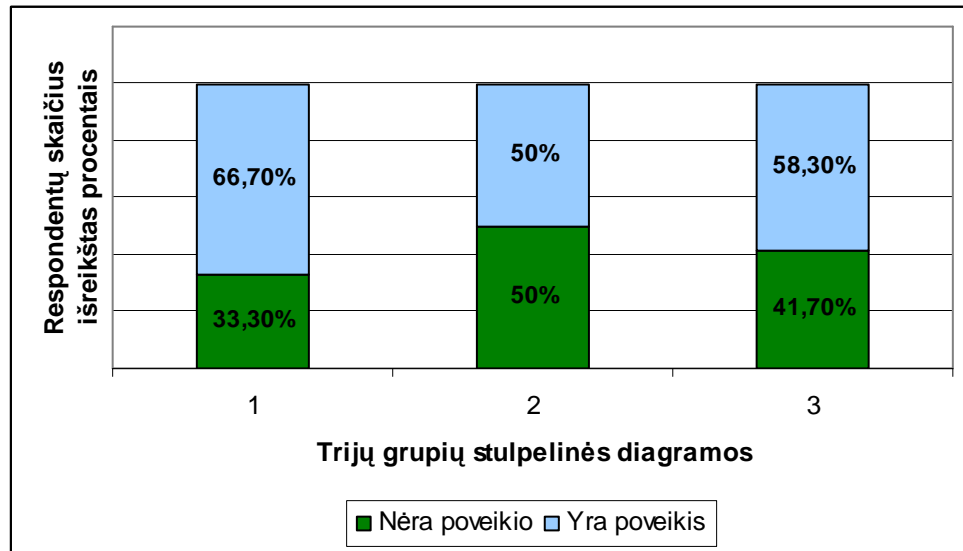


9 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ energingumo ir gyvybingumo vertinimas: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Paskaičiavus ANOVA visų grupių balų įverčius pirmosios apklausos metu, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nerasta.

Nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų ir tarp antrosios apklausos rezultatų.

Dešimtas paveikslėlis atspindi visų tiriamųjų grupių energingumo ir gyvybingumo pokyčių išreikštumą procentais.

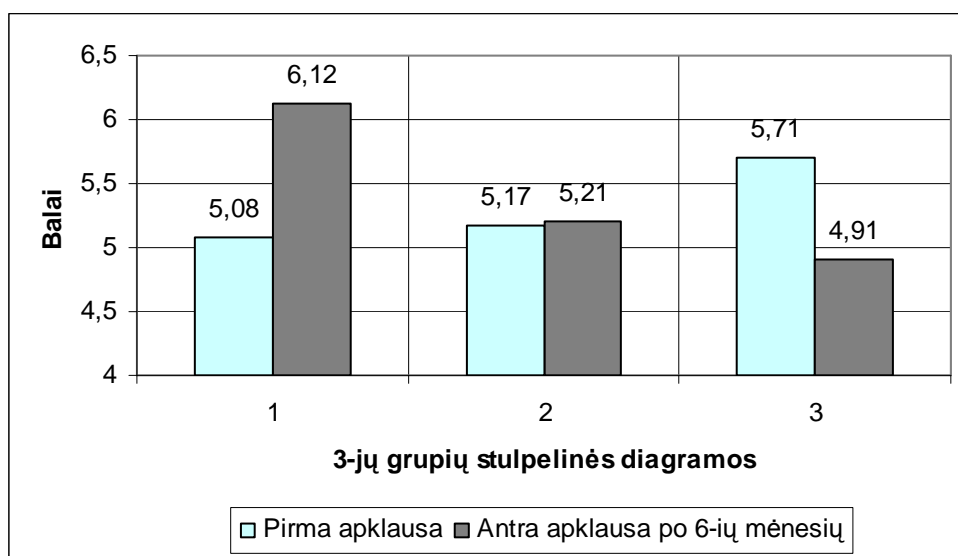


10 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ energingumo ir gyvybingumo pokyčių išreikštumas procentais: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Šešiolikai Artrito savivaldos programos dalyvių, tai sudaro 66,7% grupės, praėjus šešiams mėnesiams po kursų išklausymo, išliko pokyčiai. Keturiolikai respondentų grupės, nedalyvavusios savivaldos programoje bei nesigydžiusios stacionare, taip pat po pusės metų išliko pokyčiai,- kas sudarė 58,3%. Dvylikai asmenų, iš grupės, kuri buvo gydyta stacionariai, tai yra 50,0% po pusės metų išliko pokyčiai energingumo bei gyvybingumo vertinimuose.

Tiriant kitą psichinės sveikatos sritį – socialinius ryšius, Artrito savivaldos programos dalyviai bei hospitalizuoti stacionariniam gydymui pirmąją dieną tiriamieji nurodė panašius rezultatus, kurie demonstruojami vienuoliktame paveikslėlyje. Grupės be poveikio dalyvių socialinių ryšių balo vidurkis buvo aukščiausias tyrimo pradžioje.

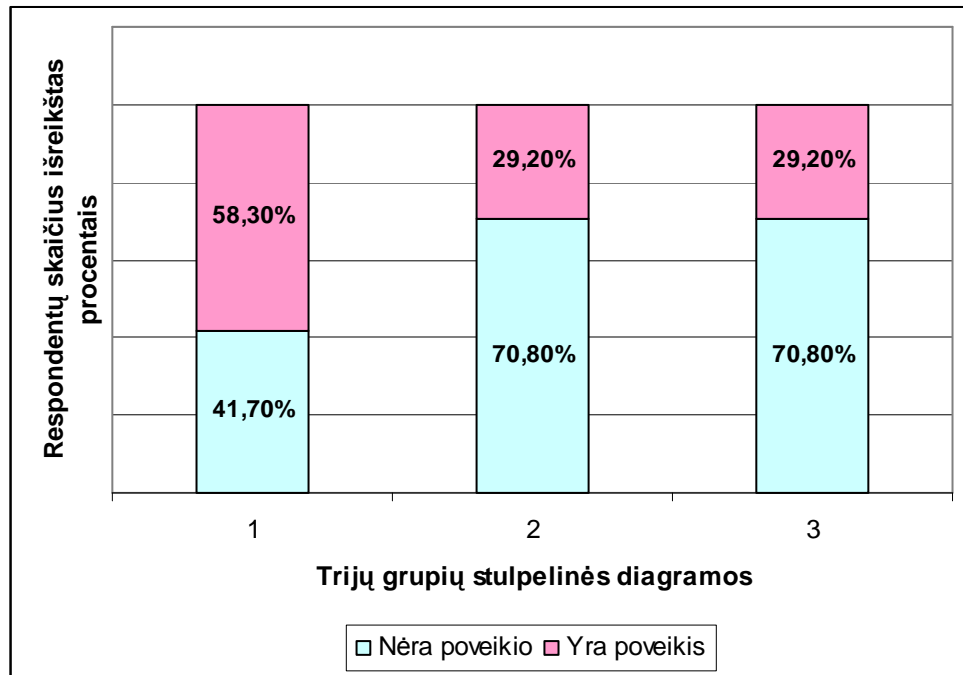
Praėjus šešiams mėnesiams, antrosios apklausos duomenys atrodė sekančiai: Artrito savivaldos programą išklause dalyviai savo socialinius ryšius įvertino aukščiausiu balu; sergančiųjų RA ir buvusių stacionare vertinimo balas buvo nedaug didesnis nei jų pirmosios apklausos metu; o grupės, kuriai nebuvo daromas joks poveikis, respondentų socialinių ryšių balo vidurkis, praėjus pusei metų net nukrito.



11 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ socialinių ryšių vertinimas: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Atlikus statistinius paskaičiavimus ANOVA, pirmojo tyrimo duomenys tarp trijų tiriamųjų grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Tačiau, praėjus pusei metų, pakartotinos apklausos duomenys jau skyrėsi statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$, $t = ,003$). Paskaičiavus Post Hoc Tests, rasti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp tiriamųjų grupių antrosios apklausos rezultatuose: rezultatai skyrėsi tarp RA sergančiųjų, kurie gydėsi stacionare ir grupės be poveikio; statistiškai reikšmingi pokyčiai po 6 mėnesių rodomi ir tarp Artrito savivaldos programos kursą išklausiusių bei stacionare gulėjusių tiriamųjų grupių ($p < 0,05$, $t = ,004$).

Socialinių ryšių procentinė pokyčių išraiška pateikta dvyliktame paveikslėlyje.

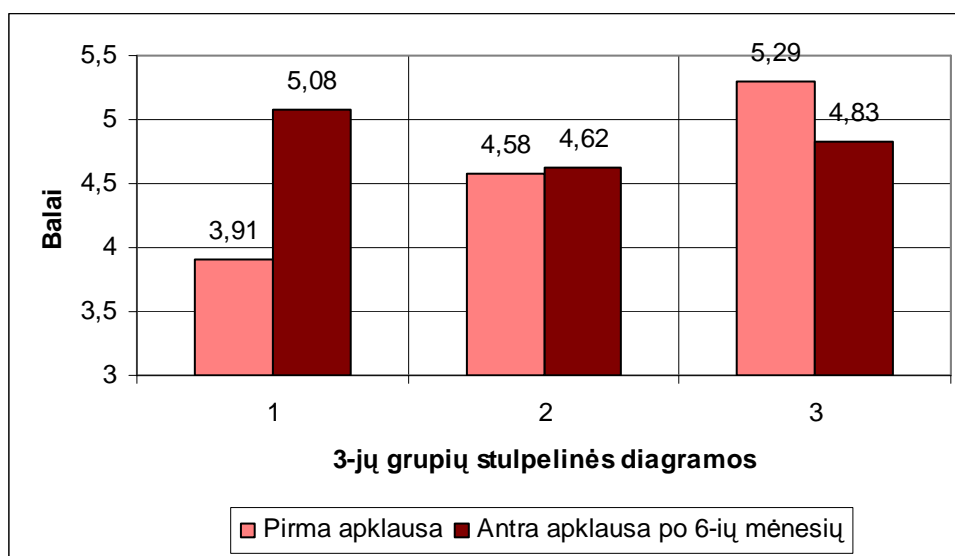


12 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ socialinių ryšių pokyčių išreiškimas procentais : 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Keturiolikai Artrito savivaldos programos dalyvių (kas sudaro net 58,3% grupės narių) po pusės metų, išliko teigiami pokyčiai, vertinant socialinius ryšius. Tiek stacionare besigydytųjų grupės, tiek grupės, kuriai poveikis nebuvo darytas, pokyčiai po pusės metų išliko septyniems respondentams,- kas sudarė kiekvienoje grupėje po 29,2%.

Tryliktojo paveikslėlio stulpelinėse diagramose pateikiami tiriamųjų veiklos apribojimo dėl emocinės būklės dviejų apklausų rezultatai. Pirmosios apklausos metu balų vidurkis grupėje be poveikio buvo didžiausias. Kiek mažesnis balo vidurkis atžymėtas grupės apklaustųjų pirmąją stacionaro dieną. Žemiausiu balu veiklos apribojimas dėl emocinės būklės buvo vertinamas Artrito savivaldos programos dalyvių prieš pat kursus.

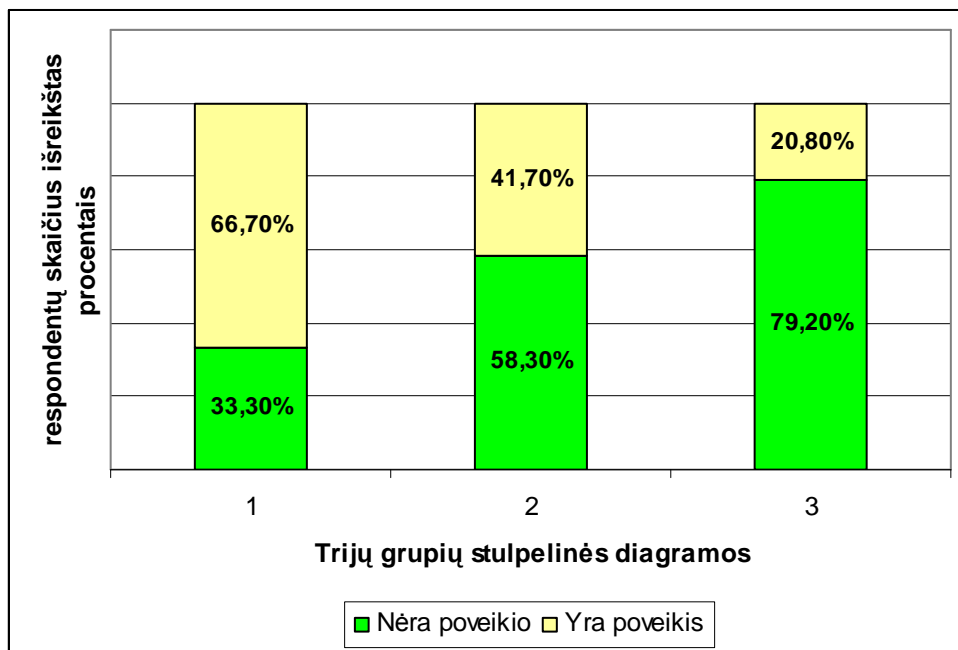
Praėjus pusei metų, pakartotino tyrimo metu, savivaldos programos dalyvių veiklos apribojimo dėl emocinės būklės balas išaugo daugiausiai. Stacionare pasigydyusių RA sergančiųjų balo vidurkis pakilo nedaug, o grupės, kuriai nebuvo daryta jokie poveikio, respondentų vertinimas žymimas net žemesniu balų vidurkiu negu pirmosios apklausos metu.



13 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ veiklos apribojimas dėl emocinės būklės: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Atlikti statistiniai skaičiavimai ANOVA pirmosios apklausos duomenims rodo statistiškai reikšmingus skirtumus ($p < 0,05$, $t = ,001$). Post Hock Tests rodo statistiškai reikšmingus skirtumus tarp grupių. Jie rasti tarp pradinės apklausos duomenų pirmąją dieną hospitalizuotų RA sergančiųjų ir grupės be poveikio dalyvių. Taip pat rezultatai statistiškai reikšmingai skyrėsi tarp Artrito savivaldos pirminės dalyvių apklausos bei stacionare pirmąją dieną apklaustųjų respondentų ($p < 0,05$, $t = ,000$).

Kaip išsidėsto veiklos apribojimo dėl emocinės būklės procentinė pokyčių po pusės metų išraiška, matyti keturioliktame paveikslėlyje.

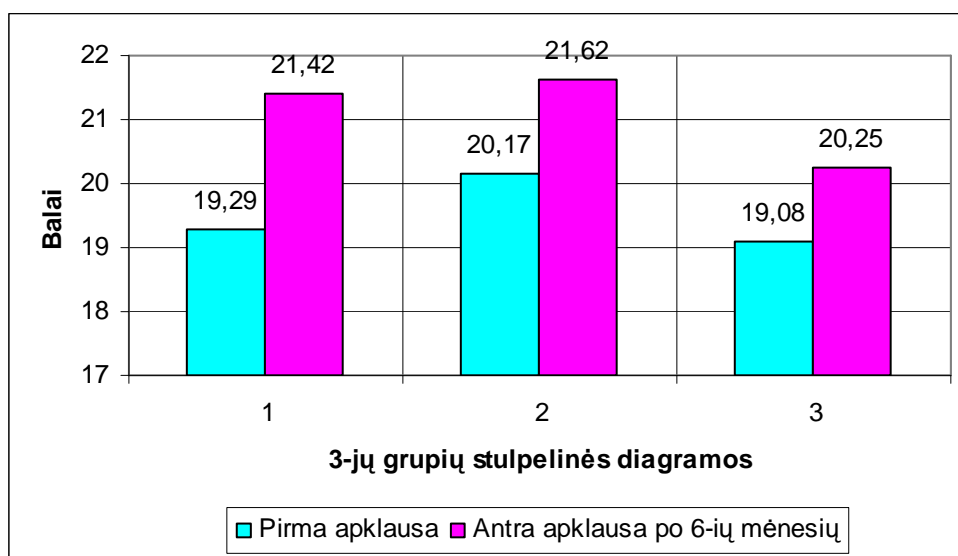


14 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ veiklos apribojimo dėl emocinės būklės pokyčių procentinė išraiška: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Šešiolikai asmenų iš grupės, kuri išklausė Artrito savivaldos kursus, tai yra – 66,7%, pasiliko teigiami pokyčiai, praėjus pusei metų. Iš besigydžiusios grupės stacionare asmenų, pokyčiai išliko dešimčiai, kas sudaro 41,7% visos grupės. Trečiosios grupės, kuriai poveikis nebuvo darytas, penkiems dalyviams, tai yra – 20,8% išliko teigiami pokyčiai praėjus pusei metų, apskaičiavus pakartotino tyrimo duomenis.

Antrosios apklausos duomenis po šešių mėnesių apdorojus vienfaktorine dispersine analize, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nerasta.

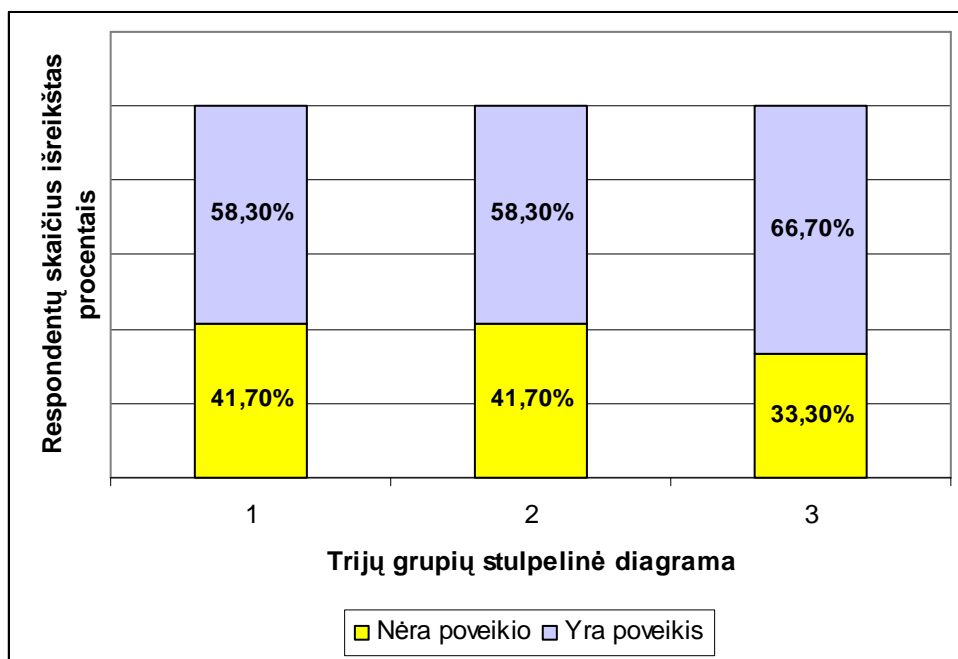
Emocinę būklę įvertinusių dalyvių rezultatai pateikti penkioliktame paveikslėlyje. Grupės be poveikio bei Artrito savivaldos programos tiriamųjų pirminės apklausos balo vidurkis labai panašus. Kiek didesnis vidurkis buvo grupės respondentų pradžioje stacionarinio gydymo. Lyginant grupių emocinės būklės išreikštumą po pusmečio, kiekvienos grupės balo vidurkis išaugo. Panašūs rezultatai po pusmečio diagramoje matomi po savivaldos kursų bei stacionarinio gydymo sergančiųjų RA.



15 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ emocinė būklė: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Tyrimų duomenys emociinei respondentų būklei vertinti apdoroti ANOVA. Nei pirmosios, nei antrosios apklausos duomenų statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.

Šešiolikto paveikslėlio stulpelinės diagramos atspindi respondentų emocinės būklės pokyčius, praėjus pusei metų, antros apklausos duomenimis.



16 pav. Trijų tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ emocinės būklės pokyčių procentinė išraiška: 1-a grupė, dalyvavusi artrito savivaldos programoje; 2-a grupė, gydžiusis stacionare; 3-čia grupė, neturėjusi jokio poveikio.

Tiek išklausiųjų Artrito savivaldos programą respondentų, tiek grupės RA sergančiųjų, kurie gydėsi stacionare, praėjus pusei metų po pirmojo tyrimo, keturiolikai asmenų išliko teigiami pokyčiai emocinėje būklėje. Abiejose grupėse tai sudaro po 58,3%.

Šešiolika asmenų iš grupės, kuriai nebuvo daromas joks poveikis, turėjo teigiamus pokyčius emocinėje būklėje, atliekant pakartotiną tyrimą po pusės metų.

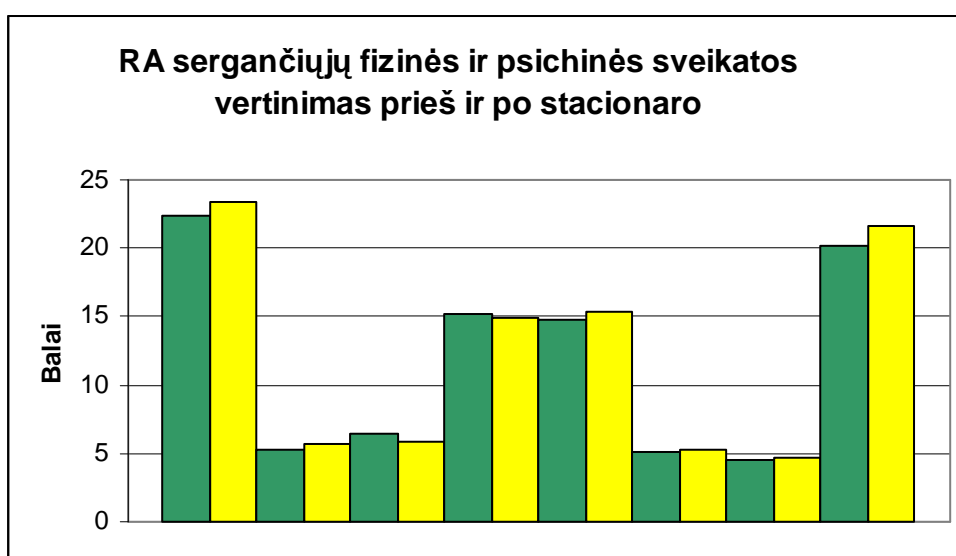
Pagal SF – Health Survey skaičiavimo algoritmą, visų sveikatos kategorijų balų vidurkiai buvo algoritmo nurodytose balų ribose.

Septynioliktam paveikslėlyje pavaizduoti rezultatai, kaip Artrito savivaldos programos dalyviai įvertino savo fizinę ir psichinę sveikatą.



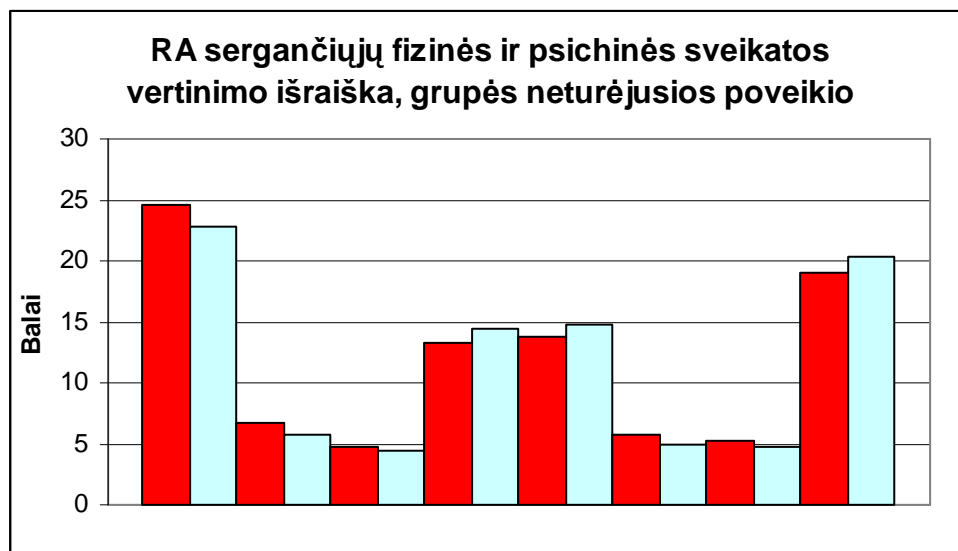
17 pav. Artrito Savivaldos programos dalyvių fizinės bei psichinės sveikatos histogramos. Mėlyna spalva – pirminio tyrimo duomenų išreikštumas; raudona – pakartotinos apklausos duomenų išreikštumas.

Diagramose matyti visų klausimyno „SF – 36“ gyvenimo sričių pokyčiai. Poriniu T – Stjudento kriterijumi paskaičiuoti duomenys rodo, jog dalyvių, išklausiusių Artrito savivaldos programos kursus pirmosios ir antrosios apklausos rezultatai skyrėsi statistiškai reikšmingai.



18 pav. RA sergančiųjų, kurie gydėsi stacionare, rezultatų palyginimas. Žalia spalva fizinės ir psichinės sveikatos kategorijų pirmosios apklausos išreikštumas; geltona – antrosios apklausos rezultatų išreikštumas.

Respondentų, kurie gydėsi stacionare, rezultatai, apskaičiuoti Poriniu T – Stjudento kriterijumi, praėjus pusei metų statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Grupėje, neturėjusioje poveikio rezultatai parodyti 19 paveikslėly.



19 pav. Grupės, neturėjusios poveikio, rezultatų palyginimas. Raudona spalva žymima pirmosios apklausos fizinės bei psichinės kategorijų išreikštumas; melsva spalva - praėjus pusei metų po pirminės apklausos.

Paskaičiavus bei apdorojus duomenis Poriniu T – Stjudento kriterijumi, paaiškėjo, jog tik veiklos apribojimo dėl fizinių problemų sferos vertinimas pasikeitė statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$, $t = 0,024$).

4.REZULTATŲ APTARIMAS

4.1. Fizinės sveikatos kategorijos rezultatų analizė

Pagrindinis darbo tikslas buvo ištirti sergančiųjų reumatoidiniu artritu gyvenimo kokybę. Tyrimui naudotas „SF – 36“ klausimynas. Jį sudaro 36 klausimai, atspindintys aštuonias gyvenimo sritis, kurios jungiamos į dvi sveikatos kategorijas – fizinę ir psichinę. Fizinis aktyvumas, veiklos apribojimas dėl fizinių problemų, skausmas, bendras sveikatos vertinimas sudaro fizinę sveikatos kategoriją. Veiklos apribojimo dėl emocinės būklės, socialinių ryšių, energingumo bei gyvybingumo sritys skirtos psichinei sveikatai vertinti.

Lyginant Lietuvos ir Norvegijos reumatoidiniu artritu sergančiųjų duomenis (norvegų amžiaus vidurkis – 62,3 metų), nustatyta, kad abiejų šalių sergantieji jautė panašų skausmą, panašiai vertino savo fizines funkcijas. Tik gyvybingumo ir energingumo srityje lietuviai nežymiai pralenkė Norvegijos sergančiuosius (Rugienė, 2005). Mūsų tyrime respondentų vidutinis amžius buvo labai panašus į tyrėjos Rugienės paminėtą tiriamųjų norvegų, sergančių RA amžių – 62,2 metų.

Vienas iš darbo uždavinių buvo „SF – 36“ klausimyno pagalba ištirti ir nustatyti, kaip pakito respondentų, išklausiusių Artrito Savivaldos programą bei grupės, gydžiusios stacionare, fizinis aktyvumas po šešių mėnesių, lyginant su grupe, neturėjusia poveikio.

Nusprendusių dalyvauti Artrito savivaldos programoje dvidešimt keturių dalyvių fizinio aktyvumo balo vidurkis prieš pradedant kursą, lyginant su kitomis dviem grupėmis, buvo žemiausias – 19,87. Net 4,67 balo daugiau siekė dvidešimt keturių asmenų grupės, kuriai pora metų nebuvo taikytas stacionarus gydymas ar kokia nors programa, fizinio aktyvumo vertinimas, - tai yra – 24,54. Dvidešimt keturių, sergančiųjų RA tiriamųjų, užpildžiusių klausimyną pirmąją hospitalizavimo dieną, fizinis aktyvumas įvertintas 22,42 balų vidurkiu. Duomenis apdorojus vienfaktorine dispersine analize (ANOVA), gauta statistiškai besiskiriantys balų vidurkiai tarp visų trijų grupių. Patikslinti, tarp kurių grupių buvo tie reikšmingi statistiniai skirtumai padėjo Post Hoc Tests analizė: jie buvo aptikti tarp hospitalizuotų gydyti grupės bei grupės, neturėjusios poveikio ir nurodžiusios aukščiausius vertinimo balus. Statistiškai patikimai skyrėsi fizinio aktyvumo balas ir savivaldos pradžioje apklaustos grupės bei grupės, neturėjusios poveikio. Balai statistiškai reikšmingai skyrėsi ir tarp savivaldos programos dalyvių bei pirmąją dieną stacionarizuotųjų RA sergančiųjų.

Praėjus pusei metų, atlikta pakartotina respondentų apklausa „SF – 36“ klausimynu. Palyginus abiejų apklausų rezultatus, išryškėjo pokyčiai. Palankiausiai savo fizinį aktyvumą vertino grupė, dalyvavusi Artrito savivaldos programoje, - net 2,75 balo vidurkis pakilo, palyginus su pirma

apklausa. Sergančiųjų RA, besigydžiusių stacionare, fizinio aktyvumo vertinimas po pusės metų pakilo tik šiek tiek – 0,91 balo.

Tuo tarpu, buvęs aukščiausias trečiosios grupės, neturėjusios jokio poveikio, fizinio aktyvumo vertinimas nukrito net 1,75 balo. Patikrinus antrosios apklausos duomenis statistiškai, reikšmingų skirtumų rezultatuose nerasta. Bradley ir kt.; Sharpe ir kt. (cit. pg. Sharpe ir kt., 2003) tyrimais nustatyta, jog, nepaisant daugelio bandymų pakeisti ligos kursą, nieko nedarant, RA simptomai gali mažėti ar didėti, tuo veikdami sergančiųjų fizinį aktyvumą.

Kokie pokyčiai fizinio aktyvumo apribojime išliko grupėse po pusės metų, rodo antrosios apklausos duomenys, statistiškai apskaičiuoti X^2 kriterijumi. Analizė parodė, jog net dviems trečdaliams dalyvių, išklausiusiems Artrito savivaldos programą, pasiliko teigiami fizinio aktyvumo pokyčiai. Parker ir kt. (cit. pg. Sharpe ir kt. 2003) skelbia, jog gydymas gali duoti teigiamus pokyčius ir 12 mėnesių, tačiau tik tiems dalyviams, kurie griežtai laikosi gydymo strategijų. Mūsų darbe grupės, kuri gydėsi stacionare, trylikai sergančiųjų RA asmenų išliko teigiami pokyčiai po pusės metų. Tuo tarpu, devyniems grupės be poveikio dalyviams pavyko išlaikyti teigiamus fizinio aktyvumo pokyčius, nors pirmosios apklausos metu šios grupės fizinio aktyvumo vertinimo balas buvo pat aukščiausias ir antrosios apklausos metu nukrito.

Pagal išanalizuotus respondentų fizinio aktyvumo vertinimo rezultatus galima daryti išvadą, jog didžiausią išliekamąjį pokyčių efektą po pusės metų davė Artrito savivaldos programos kursai – net 75% grupės programos dalyvių sugebėjo problemas, ribojančias fizinį aktyvumą, sumažinti. Bendras kursų dalyvių vertinimo balas pakilo daugiausiai. Stacionarinis gydymas, valdant fizinį sergančiųjų aktyvumą po pusmečio davė mažesnius rezultatus. Grupės nariams, kuriems nebuvo darytas joks poveikis, fizinis aktyvumas po pusės metų net sumenkėjo ir pokytis išliko tik devyniems tiriamiesiems.

Kita fizinės sveikatos vertinimo sritis – veiklos apribojimas dėl fizinių problemų, tyrimo dalyvių pirminės apklausos duomenimis pačių tiriamųjų buvo įvertinta taip: Artrito savivaldos grupės dalyvių vidutinis balas buvo 4,75; stacionarizuojamos grupės narių – 5,67 balo, o grupės, neturėjusios poveikio dalyviai, analogiškai fizinio aktyvumo išreikštumo tyrimui, vėl gi, nurodė patį aukščiausią balą – 6,67. Paskaičiavus respondentų balus Vienfaktorine Dispersine Analize (ANOVA) gauta, jog grupių balų vidurkiai skyrėsi statistiškai reikšmingai. Post Hoc Tests rodė skirtumus taip pat tarp grupių: paguldytųjų į stacionarą ir grupės be poveikio; tarp savivaldos programos klausytojų ir grupės, kuriai nebuvo poveikio bei tarp programos dalyvių ir stacionarizuotųjų grupių.

Pasiruošusiųjų išklausti Artrito savivaldos kursus dalyvių veikla dėl fizinių problemų pirmosios apklausos metu buvo įvertinta beveik pora balų mažiau negu grupės respondentų,

neturėjusių jokie poveikio. Tačiau po pusės metų savivaldos programos dalyviams fizinės problemos, apribojančios veiklą neturėjo tokios įtakos, kaip pradžioje tyrimo: dalyvių vertinimas pakilo net 1,37 balo. Šį faktą patvirtina ir apskaičiuoti X^2 kriterijumi teigiami išlikę pokyčiai šešiolikai asmenų, kuriems kursai padėjo susitvarkyti su fizinėmis problemomis, ribojančiomis jų veiklą.

Stacionarizuotos gydymui grupės veiklos apribojimo dėl fizinių problemų balas praėjus šešioms mėnesiams po gydymo padidėjo mažiau, - 0,38 balo. Tačiau, žvelgiant iš X^2 kriterijaus pozicijų, iš gavusiųjų stacionarų gydymą, dvylikai asmenų išliko teigiami pokyčiai valdant savo fizinės problemas. Savo tyrimuose Bradley, Young, Anderson, 1987 (cit. pg. Sharpe ir kt., 2003) taip pat rado, jog terapinė nauda tiriamiesiems išliko 6 mėnesiams.

Trečioji grupė, kuriai nebuvo darytas joks poveikis, pakartotinos apklausos metu nurodė žemesnę balą veiklos apribojimui dėl fizinių problemų (analogiškai grupė vertino ir savo fizinį aktyvumą po pusės metų). Veiklos apribojimo dėl fizinių problemų bendras vidurkis sumažėjo beveik balu (0,92). Teigiamas poveikis fizinių problemų sprendimui šioje grupėje po pusės metų išliko tik penkiems asmenims. Vienok, antrosios apklausos rezultatai tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Remiantis išanalizuotais dviejų apklausų rezultatų duomenimis, galima daryti išvadą, jog, susidoroti su fizinėmis problemomis, ribojančiomis veiklą, Artrito savivaldos kursai respondentams padėjo labiausiai, - tai yra – net 66,7% savivaldos programą išklausiusios grupės dalyvių po šešių mėnesių turėjo teigiamus pokyčius. Katz (2005) savo tyrimų rezultatuose taip pat nurodo, jog asmenys, dalyvavę artrito edukacinėse programose, nurodo statistiškai reikšmingus teigiamus elgesio pokyčius, valdant fizinio apribojimo priežastis.

Analogiškai fizinio aktyvumo tyrimui, stacionarinis gydymas sergantiesiems RA asmenims pagelbėjo nežymiai: po pusės metų teigiami pokyčiai išliko 50% respondentų. Sprendžiant pagal tai, jog bendras balas pakilo tik 0,38, hospitalizacija nebuvo tokia efektyvi, kaip savivaldos programa, po kurios kursų išklausymo, praėjus pusei metų, bendras grupės vertinimas pakilo net 1,37 balo. Prasčiausiai veiklos apribojimo dėl fizinių problemų vertinimo rezultatas atrodė grupės, neturėjusios poveikio. Nežiūrint, kad tyrimo pradžioje pastarosios grupės respondentai nurodė aukščiausią balą iš visų (6,67), po pusės metų jis pakrito beveik visu balu (0,92). Be to, išlikę teigiami pokyčiai po pusės metų tebuvo tik penkiems asmenims, kas tesudarė vos 20,8%.

Dar viena fizinės sveikatos sritis – skausmas buvo tiriama gyvenimo kokybės klausimynu. Pasirengusiųjų Artrito savivaldos programos kursams skausmo įvertis buvo pats didžiausias – 7,08 bendras balas. Jis net 2,29 balo buvo didesnis už grupės respondentų, neturėjusių

jokio poveikio (4,79). Gydytis nusprendusiųjų grupėje skausmo bendras balo vidurkis buvo 6,37. ANOVA rodė statistiškai reikšmingus skirtumus tarp grupių rezultatų. Paskaičiavus Post Hoc Tests, reikšmingi statistiniai skirtumai buvo tarpo stacionarizuotųjų ir grupės be poveikio, o taip pat tarp savivaldos programos klausytojų ir apklaustųjų pirmąją hospitalizavimo dieną. Nors pakartotinos apklausos metu statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta, tačiau skausmą sumažinti daugiausiai pavyko Artrito savivaldos kursus išklausiusiems – 1,29 balo (šioje grupėje teigiami pokyčiai po šešių mėnesių išliko keturiems dalyviams); po stacionarinio gydymo grupės vidutinis balas sumažėjo 0,5 ir pokyčiai išliko devyniems tiriamiesiems; Grupės, kuriai nebuvo poveikio vidutinis balas sumažėjo tik 0,37 (čia teigiami pokyčiai po pusmečio liko vienuolikai asmenų). Antrosios apklausos metu statistiškai reikšmingų pokyčių tarp rezultatų nerasta.

Vertinant rezultatus, galima manyti, kad daugiausiai teigiamų pokyčių buvo grupėje, neturėjusioje poveikio. Tačiau, išanalizavus respondentų vertinimą balais, akivaizdu, jog savivaldos programos dalyvių skausmo vertinimo balas buvo pats aukščiausias, o grupės be poveikio – pats mažiausias. Be to, praėjus pusei metų grupėje po savivaldos kursų, bendras balas nukrito daugiausiai,- reiškia, jog savivaldos programa davė didžiausią efektą skausmo sumažinimui bei išliekamiesiems pokyčiams. Kad Artrito savivaldos programa efektyvesnė skausmo mažinime įrodo ir faktas, kad po stacionarinio gydymo bendras skausmo vertinimo balas sumažėjo tik 0,5, o išklausiusiųjų savivaldos kursus bendras skausmo vertinimo balas sumažėjo 1,29.

Helliwell ir kt. (1999) keturias savaites, kiekvieną po 2 valandas, vedė 77 RA sergantiesiems (34 mokymo programoje ir 43 kontrolinėje grupėje) edukacinės programos kursus ir tyrė jų gyvenimo kokybę po 4 savaičių ir 12 mėnesių. Rezultatai parodė, jog grupėje po edukacinės programos žinios išliko statistiškai reikšmingai ir po 12 mėnesių. Edukacinės žinios naudojamos keisti sveikatos elgesiui (Neuberger, cit. pg.Helliwell, 1999), o taip pat ir skausmo redukcijai bei nedarbingumui mažinti (Lirog, cit. pg. Helliwell, 1999). Parker ir kt., cit. pg. Sharpebir kt., 2006) savo tyrimų rezultatuose aptinka, kad psichologiniai faktoriai, malšinant skausmą, duoda naudos net 15 mėnesių.

Ketvirtoji fizinės sveikatos sritis – bendras sveikatos vertinimas taip pat ištirta klausimynu „SF-36“ du kartus. Grupės, atėjusios į savivaldos kursus bendras balas – 13,58, buvo panašus į grupės, neturėjusios poveikio balą – 13, 29. Savo bendrą sveikatos stovį grupė hospitalizuotų RA sergančiųjų įvertino geriausiai – 15, 21 balo. Paskaičiavus pirmosios apklausos rezultatus vienfaktorine dispersine analize, statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta. Praėjus pusei metų, antrojo tyrimo metu, išklausiusiųjų savivaldos kursus bendras sveikatos vertinimas išaugo net 2,21 balo. Teigiami pokyčiai išliko net devyniolikai programos dalyvių. Beveik per pus mažesniu rezultatu (1,08) pakilo grupės, neturėjusios poveikio respondentų bendras sveikatos vertinimas.

Šioje grupėje pokyčiai po pusės metų išliko keturiolikai asmenų. Tuo tarpu respondentams, praėjusiems stacionarinį gydymą, bendras sveikatos vertinimas net nukrito 0,29 balo ir išliko teigiami pokyčiai aštuoniems asmenims po šešių mėnesių. Antrosios apklausos duomenys apskaičiuoti SPSS, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.

Apžvelgus gautus rezultatus, akivaizdu, jog Artrito savivaldos programa davė didžiausią efektą bendram sveikatos įvertinimui: respondentų bendras vertinimo balas buvo aukščiausias – pakilo 2,21 balo antrosios apklausos metu ir net 79,2% kursų klausytojų atžymėjo teigiamus išlikusius pokyčius bendram sveikatos vertinimui. Nors praėjusių stacionarinį gydymą grupėje 33,3% išliko teigiami pokyčiai, tačiau bendras vertinimo balas, skirtingai nuo kitų dviejų grupių net sumažėjo.

Išanalizavus gyvenimo kokybės klausimyno „SF-36“ fizinės sveikatos sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių problemų, skausmo ir bendrą sveikatos vertinimą, nustatyta, jog didžiausią efektą respondentų teigiamiems pokyčiams davė Artrito savivaldos programos kursai. Mažesnę efektą davė stacionarus gydymas,- vienok, bendras sveikatos vertinimas praėjus pusei metų po gydymo buvo įvertintas net mažesniu balu. Grupės be poveikio respondentai, praėjus pusei metų nuo pirminės apklausos savo fizinį aktyvumą bei veiklos apribojimą dėl fizinių problemų įvertino žemesniais balais.

Taigi, daroma išvada, jog efektyviausia RA sergančiųjų gyvenimo kokybės fizinės sveikatos sritį gerinti būtų Artrito savivaldos programomis.

Apibendrinant išanalizuotus tyrimo rezultatus, galima teigti, jog fizinio aktyvumo vertinimas buvo aukščiausias tarp Artrito savivaldos programą išklausiusiųjų dalyvių ir po pusės metų. Šioje grupėje respondentų veiklos apribojimo dėl fizinių problemų vertinimas buvo taip pat aukščiausias po šešių mėnesių. Su skausmu susidorojo Artrito savivaldos programos dalyviai taip pat geriausiai. Buvęs vienas žemiausių bendrojo sveikatos vertinimo balas po šešių mėnesių Artrito savivaldos kursų dalyviams išaugo ir išliko aukščiausias. Sharpe ir kt. (2006) mano, jeigu psichologinės intervencijos naudingos mokėjime rutiniškai susitvarkyti su RA, tuomet tikėtinas ir ilgalaikis efektyvumas. Todėl darome išvadą, jog mūsų tyrime Artrito savivaldos programos rezultatai fizinei dalyvių sveikatai gali duoti geriausius poslinkius.

Sergančiųjų RA, stacionarizuotų gydymui fizinio aktyvumo išreikštumas po pusės metų išliko nežymus, nepadidėjęs ir pilnu balu. Šioje grupėje tiriamųjų savo veikla dėl fizinių problemų po pusmečio buvo labiau apribota: respondentai nurodė beveik balu mažesnius vertinimus nei savivaldos kursų klausytojų. Vos puse balo grupė po gydymo nurodė skausmo sumažėjimą, išlikusį po pusmečio. Bendras sveikatos vertinimas pasigydyusiems stacionare antrosios apklausos metu buvo net žemesnis nei pirmosios.

Nieko neturėjusiai grupei – nei stacionaraus gydymo, nei dalyvavus Artrito savivaldos kursuose, fizinis aktyvumas po pusmečio nukrito netoli poros balų. Šios grupės narių veikla dėl fizinių problemų buvo apribota taip pat labiausiai, lyginant su kitomis dviem grupėmis. Su skausmu grupės be poveikio nariai susidorojo menkiausiai. Tačiau savo bendrą sveikatą jie įvertino gan teigiamai ir pakartotino tyrimo metu grupės dalyvių bendras balas buvo antrasis, po Artrito savivaldos programos klausytojų.

Daroma išvada, jog sergančiųjų RA grupės be poveikio dalyvių fizinės sveikatos kategorijų vertinimas nevienalytis; jų gyvenimo kokybė, nieko nedarant, turinti tendenciją prastėti.

4.2. Psichinės sveikatos kategorijos rezultatų analizė

Psichinės sveikatos energingumo ir gyvybingumo į Artrito savivaldos programą einančios RA sergančiųjų grupės vidutinis balas buvo pats mažiausias – 13,58. Tačiau, praėjus pusei metų po savivaldos kursų išklauso, grupės dalyviai savo energingumą ir gyvybingumą įvertino geriausiai – 15,41. Net 1,83 balu pakilo jų pirminės apklausos metu buvęs vidutinis balas. Visai panašus pirmosios apklausos energingumo ir gyvybingumo vertinimo vidutinis balas buvo ir grupėje, kuriai nebuvo darytas joks poveikis – 13,75. Praėjus pusmečiui minėta grupė savo vidutinį balą tepakėlė tik 0,96 ir jis buvo 14, 71. Pradžioje tyrimo pats geriausias energingumo ir gyvybingumo vertinimas buvo pirmąją dieną stacionarizuotųjų respondentų – 14,83. Pakartotinos apklausos metu gautų duomenų rezultatai parodė, jog šioje grupėje vidutinis balas pakilo tik puse balo.

Statistiškai apdorojus pirmosios apklausos vertinimus, reikšmingų skirtumų tarp grupių duomenų nerasta. Jų neaptikta ir pakartotino tyrimo rezultatuose. Visgi, visose trijose grupėse vidutinis balas po šešių mėnesių pakilo ir paskaičiuoti liekamieji pokyčiai tiriamiesiems grupėse X^2 kriterijaus pagalba. Šešiolikai Artrito savivaldos programos dalyvių teigiamas energingumo ir gyvybingumo vertinimas pasiliko po šešių mėnesių. Puse balo pakilus bendram vertinimui stacionarizuotųjų grupėje, keturiolikai asmenų išliko teigiamo pokyčiai. Grupėje be poveikio dvylikai asmenų taip pat išliko teigiami pokyčiai, praėjus šešiesiems mėnesiams po pirmosios apklausos, nors bendras vertinimo balas buvo aukštesnis už besigydžiusiųjų grupės.

Išanalizuoti rezultatai pagrindžia išvadą, jog energingumui bei gyvybingumui kelti ir palaikyti didžiausią efektą davė Artrito savivaldos programa: net 66,7% grupės dalyvių turėjo teigiamus pokyčius po pusės metų ir bendras grupės vertinimo balas išaugo daugiausiai, palyginus su kitom dviem grupėm. Stacionarinis gydymas davė menkiausią efektą energingumo bei gyvybingumo vertinime ir tik pusei grupės asmenų teigiami pokyčiai išliko praėjus šešiesiems

mėnesiams po gydymo. Grupės, neturėjusios poveikio, vidutinis vertinimo balas pakilo daugiau nei stacionarizuotos grupės ir išliekamieji pokyčiai buvo 58,3% narių.

Strombeck ir kt. (2000), „SF – 36“ klausimynu tyrę reumatinėmis ligomis sergančiųjų gyvenimo kokybę, pažymi, jog RA pacientai nurodė aukštesnius gyvybingumo balus nei fibromialgijos ar Sjogreno sindromo grupės. Autoriai duoda vieną iš galimų paaiškinimų,- jog „RA pacientai gavo galbūt daugiau dėmesio, paskatinimų, empatijos bei socialinės paramos nei kitos grupės“.

Mūsų darbo rezultatai rodo, jog psichinei sveikatai gerinti pati didžiausia nauda energingumo ir gyvybingumo palaikymui – Artrito savivaldos programos kursai.

Tiriant sekančią psichinės sveikatos sritį, socialinius ryšius, tiek pirminiai, tiek antrosios apklausos duomenų rezultatai skyrėsi bene daugiausiai tarpusavy. Grupės, prieš išklausančias Artrito savivaldos kursus, socialinių ryšių vertinimas buvo pats žemiausias – 5,08 bendras balas. Tik šiek tiek aukštesnis – 5,17,- apklaustųjų hospitalizuotų gydytis pirmąją dieną. Grupė, kuriai nebuvo darytas joks poveikis, savo socialinius ryšius įvertino tyrimo pradžioje aukščiausiu balu, net 5,71. Beje, šie grupių vertinimai statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Antrosios apklausos metu daugiausiai bendras vertinimo balas išaugo grupėje, kuri buvo išklausiusi Artrito savivaldos kursus: jis pakilo 1,04. Grupės, kurios nariai turėjo stacionarinį gydymą, balas pakilo vos – 0,04 balo. O grupės, kurios nariai buvo įvertinę savo socialinius ryšius aukščiausiai, balas, praėjus pusei metų, net 0,8 nukrito.

Antrosios apklausos rezultatai skyrėsi ir statistiškai reikšmingai. Skirtumams tarp grupių parodyti buvo atlikti Post Hock Tests paskaičiavimai. Pasirodo, nukritęs grupės be poveikio dalyvių socialinių ryšių vertinimo balas statistiškai reikšmingai skyrėsi, nuo kad ir nežymiai pakilusio gydytų respondentų vidutinio vertinimo balo. Taip pat išryškėjo reikšmingas (jau matomas ir vieno balo) skirtumas tarp išklausiųjų Artrito savivaldos programą bei hospitalizuotųjų respondentų grupės.

X^2 kriterijaus pagalba buvo paskaičiuoti išlikę teigiami pokyčiai grupėse: Artrito savivaldos programą išklausiųs keturiolikai dalyvių po pusės metų teigiami pokyčiai; tiek hospitalizuotųjų tiriamųjų grupėje, tiek grupėje be poveikio teigiami pokyčiai, praėjus šešioms mėnesiams po pirmosios apklausos išliko septyniems respondentams.

Pagal išanalizuotus ir statistiškai patikimai pagrįstus rezultatus galime daryti išvadą, jog socialinius ryšius sergantieji RA gali efektyviausiai sustiprinti, dalyvaudami Artrito savivaldos programose.

Antra išvada būtų ta, jog, nieko esmingai svarbaus ligos tėkmėje nedarant, socialiniai ryšiai su laiku silpnėja, - ką ir įrodo grupės, kuriai nebuvo darytas joks poveikis, žemiausias respondentų socialinių ryšių vertinimas, praėjus pusei metų nuo pirmosios apklausos.

Trečia, stacionarino gydymo įtaka tiriamųjų socialiniams ryšiams buvo minimali.

Sekanti psichinės sveikatos sritis – veiklos apribojimas dėl emocinės būklės, taip pat buvo ištirta visoms trimis grupėms du sykius.

Artrito savivaldos dalyviai pirmosios apklausos metu užpildė klausimyną pačiu žemiausiu vidutiniu balu – 3,91. Žymiai aukštesnis veiklos apribojimo dėl emocinės būklės balas buvo išskaičiuotas grupės, kuri stacionarizuota gydymui pirmąją dieną – 4,58. Mažiausiai veiklą dėl emocinių problemų ribojo respondentams grupės, neturėjusios jokio poveikio: čia tiriamųjų bendras vidutinis vertinimo balas buvo - 5,29. Patikrinus duomenis vienfaktorine dispersine analize, išaiškėjo statistikai reikšmingi skirtumai. Post Hoc Tests atskleidė šiuos skirtumus tarp grupių: jie rasti tarp pradinės apklausos duomenų hospitalizuotųjų pirmąją dieną ir grupės be poveikio tiriamųjų, o taip pat tarp Artrito savivaldos programos dalyvių ir hospitalizuotųjų gydymui respondentų.

Pakartojus tyrimą po pusmečio, išklausiųjų Artrito savivaldos programą dalyvių bendras vertinimo balas pakilo net 1,17 balo ir siekė 5,08. Tiriamieji po stacionaraus gydymo praėjus šešioms mėnesiams, savo veiklos apribojimą dėl emocinės būklės vertino tik 0,04 aukščiau nei pirmosios apklausos metu. Grupės, kuri neturėjo jokio poveikio, respondentų veiklą apribojo emocinės būklės ryškiausiai: jos tiriamųjų vidutinis balas po šešių mėnesių pakrito net 0,46 balo.

Kaip pasiskirstė procentais išlikę teigiami pokyčiai veiklą apribojančių emocinių būklių valdyje, parodė X^2 kriterijaus pagalba paskaičiuoti duomenys. Šešiolikai Artrito savivaldos programos dalyvių po pusės metų išliko teigiami pokyčiai. Taip pat dešimčiai gydymą praėjusių asmenų taip pat išliko teigiami pokyčiai. Grupėje, kur nebuvo taikytas poveikis, po pusės metų išliko teigiamas poveikis tik penkiems tiriamiesiems.

Pagal vidutinį grupių balą; pagal procentinius išlikusius pokyčius grupėse galime daryti išvadas, jog geriausiai respondentams susitvarkyti su jų veiklą ribojančiomis emocinėmis būklėmis padėjo Artrito savivaldos programos kursai. Praėjus pusei metų nuo jų išklausymo, net 66,7% grupės išliko teigiamas poveikis. Po šešių mėnesių Sharpe, Sensky, Timberlike, Ryan, Brewin, Allard (2001, cit. pg. Sharpe, Sensky, Timberlake, Rayan, Allard, 2003, p.436) savo tyrimuose taip pat atžymi ne tik nuotaikos pakilimą po psichologinių intervencijų, bet ir sąnarių funkcijos pagerėjimą.

Ištirtų RA sergančiųjų po gydymo vidutinis balas po pusmečio pakilo gan nežymiai, tačiau teigiami pokyčiai išliko 41,7% dalyvių. Prasčiausia padėtis buvo rasta grupėje, kuriai nebuvo

darytas joks poveikis: pirma – jos bendras vertinimo balas po šešių mėnesių nukrito beveik puse balo; antra – joje tik 20,8% dalyvių išliko teigiami pokyčiai. Zaboralski, Florkowski, Talarovska – Bogusz, Macander, Gałeczki (2008, p.36) savo tyrimais grindžia teiginį, jog pacientai, charakterizuojami kaip žmonės, gebantys kontroliuoti savo emocijas bei emocinę ištvermę, tuo pačiu gerina savo gyvenimo kokybę. Taigi ir veiklos apribojimo dėl emocinių būklių mūsų tyrime daroma išvada, jog Artrito savivaldos programa – efektyviausia gyvenimo kokybei gerinti bei stiprinti.

Analizuojant paskutinę gyvenimo kokybės klausimyno „SF – 36“ psichinės sveikatos sritį - emocinę būklę,- pirminės apklausos metu bendras vidutinis vertinimo balas tiek grupės, einančios į Artrito savivaldos programos kursus, tiek grupės be jokio poveikio dalyvių buvo panašus: 19,29 ir 19,08. Kiek didesnis bendras vertinimo balas buvo pirmąją dieną sacionarizuotųjų RA sergančiųjų grupėje – 20,17. Pakartotinės apklausos metu po šešių mėnesių visų trijų grupių bendras vidutinis emocinės būklės balas pakilo. Daugiausiai jis pakilo Artrito savivaldos kursus išklausiusiųjų dalyvių – 2,13 balo. Kiek mažiau bendras balas pakilo grupėje, kurios nariai praėjo stacionarų gydymą – 1,45. Dar mažesnis balo pakilimas buvo grupėje be poveikio – 1,17.

Vienfaktorinė dispersinė analizė neparodė jokių statistiškai reikšmingų skirtumų nei tarp pirmosios, nei tarp antrosios apklausos rezultatų. Vienok, X^2 kriterijaus paskaičiavimu,- ir išklausiusiųjų Artrito savivaldos programos kursus, ir grupės respondentų po keturiolika asmenų išliko teigiami pokyčiai. Grupėje, kur nebuvo daromas joks poveikis, šešiolikai respondentų po pusės metų išliko teigiami emocinės būklės pokyčiai.

Brown (cit. pg. Treharne, 2005) savo tyrimais įrodo, jog RA pacientai, gaunantys daugiau emocinio palaikymo, po 6 mėnesių savo depresinius simptomus vertina mažesniais balais negu tie, kurie gavo mažiau emocinio palaikymo. Zboralski ir kt. (2008) savo tyrimais įrodo, jog pacientai, kontroliuojantys savo emocijas, gali pakelti savo gyvenimo kokybę. Hammond ir Freeman (2001) savo darbais įrodė, kad elgesio mokymo programos (įskaitant informaciją apie RA, sąnarių tausojimo programą) efektyvios RA sergantiesiems.

Remiantis apdorotais mūsų darbo dviejų apklausų trijų tiriamųjų grupių emocinės būklės rezultatų vertinimais, darome išvadą, jog po Artrito savivaldos kursų emocinę būklę respondentai įvertino geriausiai, tai yra,- jų bendras vertinimo balas pakilo daugiausiai. Hospitalizuota grupė pradžioje tyrimo savo emocinę būklę įvertino geriausiai, tačiau po pusės metų jos bendras vertinimas pakilo 0,68 balo mažiau, palyginus su savivaldos programos kursus išklausiusiųjų balu. Trečioji grupė, kuriai nebuvo taikytas poveikis, savo emocinę būklę taip pat įvertino geriau antrosios apklausos metu.

Gyvenimo kokybės „SF – 36“ klausimyne psichinės sveikatos kategorija – energingumo ir gyvybingumo vertinimas į Artrito savivaldos kursus einančios grupės tyrimo pradžioje buvo pats žemiausias. Praėjus pusei metų po savivaldos programos kursų, grupės vertinimas pakilo beveik dviem balais. Socialiniai ryšiai artrito savivaldos kursą išklausiųjų po pusmečio taip pat pagėrėjo – net virš balo pakilo bendras vertinimas. Savivaldos programos dalyviai, praėjus šešioms savaitėms po kursų veiklos apribojimą dėl emocinės būklės taip pat įvertino daug geriau, bendras vidurkis pakilo daugiau nei balu. Emocinė būklė po šešių mėnesių savivaldos kursus išklausiųjų dalyvių įvertinta net virš dviejų balų daugiau, palyginti su pirma apklausa.

Stacionarų gydymą praėję respondentai savo energingumą ir gyvybingumą įvertino šiek tiek geresnį – puse balo jų vertinimas buvo aukštesnis nei pirmos apklausos metu. Socialinių ryšių srityje besigydžiusiųjų grupės vertinimas beveik nepasikeitė: jis pakilo vos keturiomis šimtosiomis balo. Emocinę būklę gydėsi ligoninėje respondentai po pusės metų pažymėjo, esant beveik pusantro balo aukščiau.

Grupė, kuriai nebuvo darytas joks poveikis, savo energingumą ir gyvybingumą pakartotino tyrimo metu įvertino beveik vienu belu aukščiau. Vertinant po pusės metų pakartotinio tyrimo metu socialiniai ryšiai grupės dalyvių vertinimu net nukrito aštuoniomis dešimtosiomis balo. Suprastėjo grupės vertinimas ir veiklos apribojime dėl emocinės būklės: čia balas pakrito keturiasdešimt šešiomis šimtosiomis. Vienok, emocinės būklės vertinimas po pusės metų šioje grupėje išaugo daugiau nei balu.

Įvertinus išanalizuotus klausimyno „SF – 36“ psichinės sveikatos kategorijos rezultatus, galima daryti išvadą, jog daugiausiai vertinimas išaugo ir išliko stabilus grupėje, kuri išklauė Artrito savivaldos kursus. Žvelgiant į bendrus stacionarinį gydymą praėjusių respondentų vertinimus, jų psichinė sveikata pagėrėjo labai nežymiai.

Grupės, kuriai nebuvo daromas joks poveikis, dalyvių vertinimai atskirose psichinės sveikatos kategorijose išsiskyrė: energingumo ir gyvybingumo bei emocinės būklės vertinimai po pusės metų išaugo, o socialiniai ryšiai bei veiklos apribojimas dėl emocinės būklės buvo įvertinti sumažėjusiu balu.

Apžvelgus grupės, dalyvavusios Artrito savivaldos kursuose, rezultatus, matyti, jog visose srityse bendras vertinimo balais vidurkis buvo geresnis nei grupės, kuri gydėsi stacionare – pastarosios balai pakartotinos apklausos metu buvo rasti žymiai mažesni nei savivaldos kursus išklausiųjų dalyvių.

Trijų tiriamųjų respondentų grupių apklausos rezultatų pagrindu galima teigti, jog savivaldos programa įtvirtino gebėjimą kontroliuoti RA simptomus, lemiančius sergančiųjų gyvenimo kokybės parametrus: kursų klausytojai pakartotinos apklausos metu parodė aukščiausius

balus tiek fizinės sveikatos, tiek psichinės sveikatos kategorijose. Sharpe ir kt. (2003) nuomone, kadangi Kognityvinė Elgesio Terapija specialiai nukreipta padėti išmokyti pacientams valdyti RA simptomus bei keisti nuostatas į ligą,- galima tikėtis ilgainiui daugiau efektyvesnio ligos gydymo. Kiti autoriai nurodo skirtingus duomenis. Pasak Newman (1993), egzistuoja skirtingos pacientų grupės, esančios panašiam ligos stovyje, tačiau savo ligą įveikia skirtingomis strategijomis, užtikrinančiomis gerą savijautą, padedančiomis susidoroti su simptomais, negalia. Tirdamas „SF – 36“ klausimynu ambulatorinius RA pacientus, autorius aptiko, jog asmenys, naudodami aktyvias įveikos strategijas, buvo mažiau paveikti skausmo bei negalės.

4.3. Rekomendacija

Kad būtų pasiekti ilgalaikiai elgesio pokyčiai, sveikatos profesionalai, propaguojantys fizinį aktyvumą, turi suprasti, jog reikalingas papildomos edukacinės programos, įtraukiančios: grįžtamąjį ryšį (Di Clemente ir kt., cit. pg. van der Berg, 2007); nustatant bei kontroliuojant programų tikslus (Strecher ir kt., cit. pg. van der Berg, 2007) bei konsultuojant žmones, priklausomai, kokioje jie būklėje (Dearden, Sheahn; Riebe ir kt., cit. pg. van der Berg, 2007).

Mūsų tyrimo rezultatai rodo akivaizdžius RA sergančiųjų sveikatos pokyčius Artrito Savivaldos programos dalyviams, išlikusius po pusės metų. Todėl RA sergantiesiems Artrito Savivaldos programos rekomenduotinos skatinant aktyvumą, padedant nurodyti individualius tikslus, planuoti veiksmus ir spręsti iškilusias programas.

5. IŠVADOS

1. Susitvarkant su fizinėmis problemomis, ribojančiomis veiklą, Artrito savivaldos kursai respondentams padėjo labiausiai.
2. Skausmą sumažinti ir jį kontroliuoti efektyviausiai pavyko Artrito savivaldos dalyviams.
3. Artrito savivaldos programos dalyvių bendras sveikatos įvertinimas buvo geriausias.
4. Tiriamųjų energingumui bei gyvybingumui kelti ir palaikyti didžiausią efektą davė Artrito savivaldos programa.
5. Socialinius ryšius sergantieji RA efektyviausiai sustiprino, dalyvaudami Artrito savivaldos programoje.
6. Artrito savivaldos programa buvo efektyviausia emocijoms būklėms, ribojančiom veiklą sumažinti bei stabilizuoti.
7. Po Artrito savivaldos kursų praėjus pusei metų, savo emocinę būklę respondentai įvertino aukščiausiu balu, lyginant su tiriamaisiais po stacionarinio gydymo bei grupę, neturėjusia poveikio.

LITERARTŪRA

1. Ahern M.J. McFarlane A.C., Leslie A., Eden J., Roberts-Thomson P.J. Illness behaviour in patients with arthritis // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1995, T.54. p. 245-250.
2. Ahlmen M., Nordenskiöld U., Archenholtz B., Thyberg I., Ronnqvist R., Linden L., Anderson A.K., Mannerkorpi K. Rheumatology Outcomes: the patient's perspective. A multicentre focus group interview study of Swedish rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology*. 2005, T. 44, p. 105-110.
3. Albers J.M.C., Kuper H.H., Wanriël P.L.C.M., Prevoo M.L.L., Want' Hof M.A., van Gestel A.M. and Severens J.L. Socio-economic consequences of rheumatoid arthritis in the first years of the disease // *Rheumatology*. 1999, T. 38, p. 423-430.
4. Archenholz B., Burckhard C.S. & Segesten K. Quality of life of women with systemic lupus erythematosus or rheumatoid arthritis: Domains of importance and dissatisfaction // *Quality of Life Research*. 1999, T. 8, p. 411 – 416.
5. Bandura A. Teorija socialnogo naučienija. Sankt – Peterburg: Evrazija, 2000, p.183-199.
6. Barlow J.H., Turner A.P., Wright C.C. A randomized controlled study of the Arthritis Self – Management Programme in the UK // *Health Education Research*. 2000, T.15., p. 665-680.
7. Barlow J.H., Turner A.P., Wright C.C. Long – term outcomes of an arthritis self – management program // *British Journal of Rheumatology*. 1998, T.37, p.1315 – 1319.
8. Bartlett S.J., Piedmont R., Bilderback A., Matsumoto A. K., Bathon J. M. Spirituality, Well-Being, and Quality of life in people With Rheumatoid Arthritis // *Arthritis & Rheumatism*. 2003, T. 49, p.778-783.
9. van der Berg M.H., de Boer I.G., le Cessie S., Breedveld F.C., Vlieland T.V. Most people with rheumatoid arthritis undertake leisure-time physical activity and exercise in the Netherlands: an observational study // *Australian Journal of Psychotherapy*. 2007, T.53, p. 113-118.
10. Borstlap M., van de Laar M., Zant J., van der Korst I. J. Components of health: an analysis in rheumatoid arthritis using quality of life questionnaires and clinical and laboratory variables // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1993, T. 52, p. 650-654.
11. Brekke M., Hjordahl P., Kvien T.K. Self – efficacy and health status in rheumatoid arthritis: a two – year longitudinal observational study // *Rheumatology*. 2001, T.40, p.387 – 392.
12. Burckhardt C.S., Archenholtz & Bjelle A. Quality of Life of Women with Systemic Lupus Erythematosus: a comparison with Women with Rheumatoid Arthritis // *The Journal of Rheumatology*. 1993, p.877 – 981.

13. Burckhard C.S., Archenholtz & Bjelle A. Measuring the Quality of Life of Rheumatoid Arthritis or Systemic Lupus Erythematosus: A Swedish version of the Quality of Life Scale (QOLS) // *Scand J. Rheumatol.* 1992, T. 21, p. 190-195.
14. Cleveland E.S, Fisher S. Behaviour and Unconscious Fantasies of Patients with Rheumatoid Arthritis// *Psychosomatic Medicine.* 1954, T. 4. p. 327-333.
15. Cormier B. M., Wittkower M.D., Wittkower, M.D. Psychological aspects of rheumatoid arthritis // *The Canadian Medical Association Journal.* 1957. T. 77, p.533-541.
16. Covic T., Adamson B., Spencer D., Howe G. Abiopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study // *Rheumatology.* 2003, T.42, p.1287-1294.
17. Curtis J.R., Martin D.P., Martin T.R. Patient – assessed Health Outcomes in Chronic Lung Disease // *American Journal of respiratory and critical care medicine.* 1997, T.156; p.1032-1038.
18. Dadonienė J. Sunki našta // *Artritas.* 2006, Nr.4(5), p. 5- 6.
19. Dadonienė J. Artritas. Kaip su juo gyventi? // *Artritas.* 2004, Nr.1, p. 3-4.
20. Doherty M., Doherty J. Kliničeskaja diagnostika boleznei sustavov. Minsk: Tivali, 1993, p. 7 – 134.
21. Dadonienė J., Uhlig T., Stropuvienė S., Venalis A., Boonen A., Kvien T.K. Disease activity and health status in rheumatoid arthritis: a case – control comparison between Norway and Lithuania // *Ann Rheum Dis.* 2003, T. 62, p.231 – 235.
22. van Dyke M.M., Parker J.C., Smarr K.L.,Hewett J.E.,Johnson G.E., Slaughter J.R., Walker S.E. Anxiety in Rheumatoid Arthritis // *Arthritis& Rheumatism .* 2004, p.408-412.
23. Evers A.W., Taal E., Kraaimaat F.W., Jacobs J.W.G., Abdel-Nasser A., Rasker J. J., Bijlsma J.W.J. A comparison of two recently developed health status instruments for patients with arthritis: Duth-AIMS2 and IRGL// *British Journal of Rheumatology.* 1998, T. 37, p. 157-164.
24. Everden L., Maggs F., Nijhtingale P., Jobanputra Ph. A pragmatic randomised controlled trial of hydrotherapy and land exercises on overall well being and quality of life in rheumatoid arthritis // *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2007, p. 1471-1479.
25. Fransen J., Stucki G., Twisk J., Chamot A-M, Gester J-C, Langenegger T., Seitz M., Michel B.A., Effectiveness of a measurement feedback system on outcome in rheumatoid arthritis: a controlled clinical trial // *Rheumatology.* 2003, T.62, p. 624-629.
26. Furmonavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai. *Medicina.* Kaunas: 2004; 40

27. Furmonavičius T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje // *Biomedicina*: 2001, T.1, gruodis, p.128 – 132.
28. Gilboe I.M., Kvien T.K. & Husby G. Health Status in Systemic Lupus Erythematosus Compared to Rheumatoid Arthritis and Healthy Controls // *The Journal of Rheumatology*. 1999, p.1694 – 1700.
29. Gyvenimo kokybės įvertinimo 2001 – 2004 metų programa. LR SAM, 2000.
30. Guillemin F. Functional disability and quality-of-life assesement in clinical practice // *Rheumatology*. 2000, T.39, p.17-23.
31. Guyatt G.H., Feeny D.H., Patric D.L. Measuring Health – related Quality of Life. 1993, T. 118, p .622-629.
32. Gutierrez-Suarez R., Pistorio A., Cespedes Cruz A., Norambuena X., Flato B., Rumba I., Harjacek M., Nielsen S., Susic G., Mihailova D., Muemer C., Melo-Gomes J., Andersson-Gare B., Balogh Z., De Cunto C., Vesley R., Pagava K., Romicka A. M., Burgos- Vargas R. Martini A., Ruperto N. Health-related quality of life of patients with juvenile idiopathic arthritis coming from 3 different geographic areas // *Rheumatology*. 2007. T. 46, p. 314-320.
33. Hart F.D. Placebos used not to be in studies // *BMJ*. T.311, p. 1641.
34. Hammond A., Freeman K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of and educational behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis // *Reumatology*. 2001, T. 40, p. 1044-1051.
35. Helliwell P.S., O'Hara M., Holdsworth J., Hesselden A., King T. Evans P. A 12-month randomised controlled trial of patient education on radiographic changes and quality of life in early rheumatoid arthritis // *Reumatology*. 1999, T. 38, p. 303-308.
36. Hill J., Bird H., Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships // *Reumatology*. 2003 T. 42, p. 280-286.
37. Holman H. R., Lorig, K. Self – management education for osteoarthritis // *Annals of internal medicine*. 2006, T. 144. Nr. 8, p. 617 – 620.
38. Holman H. R., Lorig, K. Patient self – management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease // *Public health reports*. 2004, T. 119, p. 239 – 243.
39. James H.W. The rates of alcohol-related deaths from accidents and violence in subjects with ankylosing spondylitis and rheumatoid // *The Galton Laboratory*. 1998, p. 91.
40. Jorngarden A., Wettergen I., von Essen L. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration // *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006, T. 4, p.

41. Katz P.P. Use of Self Management Behaviours to Cope With Rheumatoid Arthritis Stressors // *Arthritis & Rheumatism*. 2005 T. 53, p. 939-949.
42. Kirwan J. R., Mitchell K., Hewlett S., Hehir M., Pollock J. Memel D., Bennett B. Clinical and psychological outcome from a randomized controlled trial of patient - initiated direct access hospital follow-up for rheumatoid arthritis extended to 4 years // *Rheumatology*. 2003, T. 42, p. 422-426.
43. Koh E.T., Leong K. P., Tsou I.Y.Y., Lim V.H., Pong L.Y., Chong S.Y., Seow A. The reliability, validity and sensitivity to change of the Chinese version of SF-36 in oriental patients with rheumatoid arthritis // *Rheumatology*. 2006, T. 45(8), p. 1023-1028.
44. Lempp H., Scott D.L., Kingsley G. H. Patients' views on the quality of health care for rheumatoid arthritis // *Rheumatology*. 2006, T. 45, p. 1522-1528.
45. Little H., Coping with rheumatoid arthritis // *CMA Journal* 1982, T. 190-191.
46. Lyons R. A., Wareham K., Lucas M., Price D., Williams J., Hutchings H. A. SF-36 scores vary by method of administration: implications for study design // *Journal of Public Health medicine*. 1999, T. 21, p. 41-45.
47. Lorig K. Fries J.F. Į pagalbą sergantiesiems artritu ir fibromialgija. Vilnius: UAB " Biznio mašinų kompanija". 2005, p. 17 – 67.
48. Lorig K., Holman H. R. Arthritis self – efficacy scales measure self – efficacy // *Arthritis care and research*. 1998, T. 11. Nr.3, p. 155 – 157.
49. Lubeck D. P. Health - Related Quality of Life Measurements and Studies of Rheumatoid Arthritis // *The American Journal of Managed Care*. 2002, T.8., p. 811-820.
50. Matsukawa Y. Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis // *Rheumatology*. 2003, T. 42, p.1571.
51. Muldoon M.F. What are quality of Life measurements measuring? // *BMJ* 1998, T.316, p. 542-545.
52. Munneke M., de Jong Z., Zwinderman A.H., Rooday H.R., van den Ende C.M., Vlieland T.P.M.V., Hazes J.M.W. High intensity exercise or conventional exercise for patients with rheumatoid arthritis? Outcome expectations of patients, rheumatologists, and physiologists // *Ann Rheum Dis* . T. 63, p.804-808.
53. Neame R., Hammond A. Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis // *Rheumatology*. 2005, T. 44, p. 762-767.
54. Newman S. Coping with rheumatoid arthritis // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1993, T. 52, p. 553-554.

55. Opberai B., Kirwan J.R., Psychological factors in patients with chronic rheumatoid arthritis // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1988, T.47, p. 969-971.
56. Packham J. C. Hall M. A. Long-term follow of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: social function, relationships and sexual activity // *Rheumatology*. 2002, T.41,1440-1443.
57. Per Wandell E. , Tovi J. The quality of life of elderly diabetic patients // *Journal of Diabetes and Its Complications*. T.14, 2000, p.25 – 30.
58. Pileckytė M. Pasikalbėkime apie skausmą // *Artritas*, Nr. 2(3), 2005, p.4-5
59. Prapiestis J., Juozulynas A., Jurgėnas A. Gyvenimo kokybės tyrimai ir teisiniai aspektai // *Sveikatos mokslai*. 2003, p. 48 – 51.
60. Ramjeet J., Koutantji M., Barrett E. M., Scott D.G.I. Coping and psychological adjustment in recent onset inflammatory polyarthritis: the role of gender and age // *Rheumatology*. 2005, T. 44, p. 1166-1168.
61. Randal C., Martin D.P., Martin R. Patient-assesed Health Outcomes in Chronic Disease // *American Journal of Respiratory critical Care Medicine*. T.156, 1997, p. 1033-1038.
62. Reinhardt J.D., Stucki G. Rheumaroid Arthritis and participation – the social Animal Revisited // *The Journal of Rheumatology* . 2007, T.34, p. 1214-1216.
63. Riemsma R.P., Rasker J.J., Taal E., Griep E.N., Wouters J. M.G. W, Wiegman O. Fatigue in rheumatoid arthritis: the role of selfff-efficacy and problematic social support // *British Journal of Rheumatology*. 1998, T. 37, p. 1042-1046.
64. Robinson C.E.G. Emotional Factors and Rheumatoid Arthritis // *Canadian M.A.J.* 1957, T.77, p.344-345.
65. Rojkovich B., Gibson T. Day and night pain measurement in rheumatoid arthritis // *Ann Rheum Dis*. 1998, T.57, p.434-436.
66. Rugienė R., Dadonienė J., Venalis A. Gyvenimo kokybės klausimyno adaptavimas, jo tinkamumo kontrolinei grupei ir reumatoidiniu artritu sergantiems ligoniams įvertinimas. *Medicina*. Kaunas: 2005. T. 41, p.232-239.
67. Ruta D.A., Hurst N.P., Kind P., Hunter M., Stubbings A. Measuring health status in british patients with rheumatoid arthritis: reliability, validity and responsiveness of the short form 36-item health survey (SF-36) // *British Journal of rheumatology*. 1998. T.37, p.425-436.
68. Sargautytė R. „Padėk sau“ – savivaldos mokymo kursas sergantiems artritu // *Artritas*. 2005, Nr. 2 (3), p. 8 – 10.
69. Sargautytė R. Savivaldos programa sergantiems artritu: prielaidos ir pagrindiniai principai // *Reumatologijos seminarai*. 2006, p. 39-42.

70. Sargautytė R., Veitienė D. Kad skausmas nebūtų priešu. Vilnius: Lietuvos artrito asociacija, 2005, p. 5-27.
71. Sargautytė R., Kočiūnas R., Krapavickaitė D. Sergančiųjų reumatinėmis ligomis prožiūrio į savo ligą tyrimas // *Psichologija*. 1994, Nr. 13, p. 80 – 97.
72. Sargautytė R. Psichologiniai skausmo įvertinimo aspektai // *Psichologija*. 1992, Nr.12, p.81-95.
73. Sathananthan R., David J. The adolescent with rheumatic disease // *Rheumatology*. 1997, T.77, p. 355-358.
74. Sawyer M.G., Whitham J.N., Robertson D.M., Talpin J.E., Varni J.W., Baghurst P.A. The relationships between health-related quality of life, pain and coping strategies in juvenile idiopathic arthritis // *Rheumatology*. 2003, T. 43, p. 325-330.
75. Sharpe L., Sensky T., Timberlake N., Ryan B., Allard S. Long term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis // *Rheumatology*. 2003, T. 42, p.435-441.
76. Skevington S.M. A standardised scale to measure beliefs about controlling pain (BPCQ) // *Psychology and health*. 1990, T. 4, p. 221 – 232
77. Stanford B. Friedman M.D. The Concept of „Marginality“ Applied to Psychosomatic Medicine // *Psychosomatic Medicine*. 1988, T.50, p. 447-453.
78. Staquet M., Berzon R., Osoba D. & Machin D. Guidelines for reporting results of quality of life assessments in clinical trials // *Quality of Life Research*. T.5, p. 496 – 502.
79. Stiggelbout A.M., Vogel-Voogt, E., Noordijk E.M. Vliet Vlieland T. P. M. Individual quality of life: adaptive conjoint analysis as an alternative for direct weighting? // *Qual Life Res*. 2008, T. 17, p.641-649.
80. Strombeck B., Ekdahl C., Manthorpe R., Wikstrom I. & Jacobson L. Health – related quality of life in primary Sjogren’s syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF – 36 // *Scand J. Rheumatol*. 2000, p.20 – 28.
81. Tammaru M., Strompl J., Maimets K., Hanson E. The value of the qualitative method of adaptation of a disease- specific quality of life assessment instrument: the case of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale (RAQoL) in Estonia // *Bio Med Central*. 2004, T.2 . Nr. 69, p. 477 – 469.
82. Taylor W. J., McPherson M.K., Using Rasch Analysis to Compare the Psychometric Properties of the Short Form 36 Physical Function Score and the Health Assessment Questionnaire Disability Index in Patients With Psoriatic Arthritis and Rheumatoid Arthritis // *Arthritis & Rheumatism*. 2007, T.5, p. 723-729.

83. Timonen M., Viilo K., Hakko H., Sarkioja T., Ylikulju M., Meyer-Rochow V.B., Vaisanen E., Rasanen P. Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis // *Rheumatology* 2003, T. 42, p.287-291.
84. Treharne G.J., Hale E.D., Lyons A.C., Booth D.A., Banks M.J., Erb N., Douglas K.M., Mitton D.L., Kitas G.D. Cardiovascular disease and psychological morbidity among rheumatoid arthritis patients // *Raumatology*. 2005, T. 44, p.241-246.
85. Valickas G. Psichologinės asocialaus elgesio ištakos. Vilnius: Lietuvos teisės akademija, 1997, p. 143 – 157.
86. Verdutin P.J.M., de Bock G.H., Vlieland P.M.V., Peeters A.J., Verhoef J., Otten W. Purpose in life in patients with Rheumatoid arthritis // *Clinical Rheumatology* . T.27, p.899-908.
87. Whalley D., McKenna S.P., De Jong Z., Van Der Heide D. Quality of life in rhaumatoid arthritis // *British Journal of Rheumatology*. 1997, T.36, p. 884-888.
88. Ware JE Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health sutvey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6); p. 473-83.
89. Walker J. G. and Geoffrey O. Littlejohn. Measuring quality of life in rheumatic conditions. Centre for Mental Health Research, Australian National University. Canberra, 0200 Australia. 2007, T.26(5), p. 671–673.
90. Walters S.J. Sample size and power estimation for studies with health related quality of life outcomes: a comparison of four methods using the SF-36 // *Health and Quality of life outcomes*. 2004, T.2, p.
91. Walters S.J, Campbel M.J. The use of bootstrap methods for analysing health-related quality of life outcomes (particulary the SF-36) // *Health and Quality of life outcomes*. 2004, T.2, p.
92. Whalley D., McKenna S.O.P., de Jong Z., van der Heide D. Quality of Life in Rheumatoid Arthritis // *British Journal of Rheumatology*. 1997, T.36, p.884-888.
93. Witney A.G., Treharne G. J., Tavakoli M., Lyons A. C., Vincent K., Scott D. L., Kitas G. D. The relationship of medical, demographic and psychosocial factors to direct and indirect health utility instruments in rheumatoid arthritis// *Reumatology*. 2006, T.45, p.975-981.
94. Wolfe F., Hawley D.J. Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the euroqol // *British Journal of Rheumatology*. 1997, T.36, p.786-793.
95. Zaboralsky K., Florkowski A., Talarowska-Bogusz, Macander M., Galecki P. Quality of life and emotional functioning in selected psychosomatic diseases // *Postepy Hig Med Dosw*. 2008, T.36, p.36-41.

7. Priedai

Priedas Nr. 1. Demografinė anketa

Priedas Nr. 2. Gyvenimo kokybės klausimynas „SF-36“.

Demografinė anketa

1. Paciento pavardė..... Vardas.....
2. Kodas..... apklausa stacionare..... ne stacionare.....
3. Gimimo metai..... mėn..... d.....
4. Lytis.....mot..... vyr.....
5. Telefonas.....
6. Adresas.....
7. Tautybė.....liet..... rusas..... kita.....
8. Apsilankymo metai..... mėn..... d.....
9. Poliklinika pagal prisirašymą.....

GYVENIMO DUOMENYS

- Ar turite vaikų? Taip....., kiek..... Ne.....
- Su kuo gyvenate? Vienas.....1
Su šeima.....2
Su vaikais.....3
Su sutuoktiniu.....4
Su giminaičiais ar draugais.....5
Globos namuose.....6

Jūsų šeimyninė padėtis?

- Vedęs (ištekėjusi).....1
Nevedęs (netekėjusi).....2
Vedęs, bet gyvenu atskirai.....3
Išsiskyręs (-usi).....4
Našlys (-ė).....5

IŠSILAVINIMAS

Kiek metų Jūs mokėtės? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
15 16 17 18 19 20 (prašau neskaičiuoti laiko, kai Jūs lankėte darželį)

Koks aukščiausias Jūsų išsilavinimas?

- Pradinis..... (nuo 7 iki 11 metų).....1
Dešimtmetė mokykla (nepilnas vidurinis)..... (12-15 metų).....2
Vidurinis..... (15-18).....3
Profesinė mokykla..... (po dešimtmetės mokyklos baigimo nuo 16m.) 4
(po vidurinės mokyklos nuo 18m.).....5
Technikos mokykla..... po vidurinės mokyklos nuo 18m.).....6

Aukštasis neuniversitetinis.....7
Aukštasis universitetinis.....8

DARBAS

1. Kokia **Jūsų profesija** (iš žemiau pateikto sąrašo atžymėkite pagrindinę, jei turite dvi profesijas)
Žemės ūkio darbuotojas.....1
Pramonės darbuotojas (pvz. darbininkas).....2
Transporto darbuotojas (pvz. vairuotojas).....3
Komercija/ administravimas.....4
Aptarnaujantis sektorius (pvz. med. seselė, virėjas, padavėjas).....5
Specialistas (gydytojas, pedagogas, mokslininkas, mokytojas).....6
Be profesijos (studentas, namų šeimininkė, nesimokęs konkretaus darbo).....7

2. Kokį darbą Jūs **dirbate**....., koks buvo Jūsų **paskutinis darbas**, jei šiuo metu nedirbate.....?

3. Ar Jūs turite **darbą, iš kurio gaunate pajamas?**taip.....ne.

- 3a. Jūs dirbate.....valandų per savaitę,dienių per savaitę.

4. Ar Jūs esate **individualios įmonės savininkas, ar dirbate, turėdamas patentą?**.....taip.....ne.

5. Ar Jūs savo darbe, iš kurio gaunate pajamas,
dažniausiai dirbate **dienos metu**.....1
dažniausiai **dirbate naktimis**.....2
dažniausiai **dirbate slenkančiu grafiku**.....3

6. Kiek kartų per praėjusius dvylika mėnesių **Jūs nedirbote dėl ligos?**.....kartų?
Nedarbingumo periodai dėl ligos
1..... trukmė **darbo** dienomis.....
2..... trukmė **darbo** dienomis.....
3..... trukmė **darbo** dienomis.....
4..... trukmė **darbo** dienomis.....

7. Jeigu **dirbate**, tai
Turite apmokamą darbą (be invalidumo).....1
Dirbate ir turite.....2
 II gr. invalidumą.....
 III gr. invalidumą.....

8. Jeigu **nedirbate**, tai:
esate pensininkas.....1
pensininkas ir turintis.....2
 I gr. invalidumą.....
 II gr. invalidumą.....
 III gr. invalidumą.....
 invalidumo suteikimo metai.....

ne pensininkas ir turintis	3
I gr. invalidumą.....	
II gr. invalidumą.....	
III gr. invalidumą.....	
invalidumo suteikimo metai.....	
bedarbis, registruotas darbo biržoje	4
neregistruotas darbo biržoje	5
Namų šeimininkė, turinti užimtumą namuose (vaikų priežiūra, namų ruošos darbai).....	6
Studentas	7

LYDINČIOS LIGOS. Ar pacientas kada nors sirgo?

	Kada nors sirgo		Šiuo metu serga 3	Nuo metų
	Taip 1	Ne 2		
Hipertoninė liga
Astma
Lėtinis bronchitas
Plaučių uždegimas
Krūtinės angina
Miokardo infarktas
Opaligė/kraujuojanti opa/ opos perforacija tuo laiku NPV (steroidai)
Inkstų ligos
Lūžiai, tame tarpe aseptinė nekrozė, stuburo lūžiai kokie
Vėžys
Insultas
Psichinės ligos
Kitos ligos kokios
Gausus alkoholio vartojimas.....
Medikamentinės alergijos kokia medikamentų grupė.....
Kitos alergijos kam.....
Rūkymas	Taip	Ne		
Ar kada nors rūkėte ?		
Dabar rūkote		
Nuo kada rūkotemetų		
Kiek cigarečių per dieną surūkote.....				
Kūno masės indeksas	----- $\frac{KM (kg)}{U_{gis(m)}^2}$			

SF – 36 (short form 36) klausimynas

INSTRUKCIJA: Klausiate Jūsų nuomonės apie Jūsų sveikatą. Ši informacija padės įvertinti, kaip Jūs dabar jaučiatės ir kaip Jūs galite atlikti įprastus veiksmus.

Atsakykite į kiekvieną klausimą, pažymėdami tinkamą atsakymą. Jei Jūs nesate garantuotas, kaip atsakyti, pasirinkite, Jūsų manymu, tinkamiausią atsakymą.

1. Ar Jūs galite pasakyti, kad apskritai Jūsų sveikata yra:

(apibrėžkite vieną atsakymą)

Puiki.....	1
Labai gera.....	2
Gera.....	3
Patenkinama.....	4
Bloga.....	5

2. Palyginkite dabartinę savo sveikatą su buvusia prieš metus sveikata:

(apibrėžkite vieną atsakymą)

Dabar daug geresnė negu prieš metus.....	1
Dabar šiek tiek geresnė negu prieš metus.....	2
Dabar tokia pati, kaip ir prieš metus.....	3
Dabar šiek tiek blogesnė negu prieš metus.....	4
Dabar daug blogesnė negu prieš metus.....	5

3. Sekantys klausimai yra apie veiksmus, kuriuos Jums tikriausiai tenka atlikti kiekvieną dieną. Ar Jūsų sveikatos būklė dabar trukdo juos atlikti? Jei taip, kaip stipriai?

(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

Veiksmai	Taip, trukdo stipriai	Taip, šiek tiek trukdo	Ne, visai netrukdo
a) stiprus judėjimas, toks kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, dalyvavimas energingame sporte	1	2	3
b) vidutinis judėjimas, toks kaip stalo judinimas, dulkių siurblio traukymas	1	2	3
c) parsinešti savo pirkinius namo	1	2	3
d) užpilti laiptais keletą aukštų	1	2	3
e) užlipti laiptais iki pirmos aikštelės (10 laiptelių)	1	2	3
f) pasilenkti, atsiklaupiti, atsitūpti	1	2	3
g) nueiti daugiau kaip 1 km (1000 m)	1	2	3
h) nueiti 0,5 km (500 m)	1	2	3
i) nueiti 100 m	1	2	3
j) nusiprausti ar apsirengti	1	2	3

4. Ar per paskutines 4 savaites Jūs turėjote dėl savo sveikatos sekančių problemų darbe ar kasdieniauose reikaluose?

(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

	TAIP	NE
--	------	----

a) ar sutrumpėjo laikas, kurį praleidote darbe ar kitoje veikloje	1	2
b) atlikote mažiau darbų nei norėjote	1	2
c) kai kurie darbai ir kasdieniniai veiksmai buvo apriboti	1	2
d) turėjote sunkumų atlikti darbą ar kitokį veiksma (pavyzdžiui, darbui reikėjo ypatingų pastangų)	1	2

5. Ar per paskutines 4 savaites dėl savo emocinių problemų (tokių, kaip depresija ar baimė) turėjote sunkumų darbe ar atliekant kasdieninius įprastus veiksmus?

(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

	TAIP	NE
a) ar sutrumpėjo laikas, kurį praleidote darbe ar kitoje veikloje	1	2
b) atlikote mažiau darbų nei Jūs norėjote	1	2
c) neatlikote darbo ar kitokių veiksmų taip kruopščiai, kaip paprastai	1	2

6. Kaip per paskutines 4 savaites Jūsų fizinė sveikata ar emocinė būklė paveikė Jūsų bendravimą su šeima, draugais, kaimynais ar grupe?

(apibraukite vieną)

Visai nepaveikė.....	1
Šiek tiek paveikė.....	2
Vidutiniškai paveikė.....	3
Stipriai paveikė.....	4
Labai stipriai paveikė.....	5

7. Ar Jūs jautėte per paskutines 4 savaites kūno skausmų?

(apibraukite vieną)

Jokių skausmų nejaučiau.....	1
Jaučiau labai silpnus skausmus.....	2
Jaučiau silpnus skausmus.....	3
Jaučiau vidutinio stiprumo skausmus.....	4
Jaučiau stiprius skausmus.....	5
Jaučiau labai stiprius skausmus.....	6

8. Kaip stipriai per paskutines 4 savaites skausmas įtakojo Jūsų normalų darbą (įskaitant darbą namuose ir ne tik)?

(apibraukite vieną)

Visai neįtakojo.....	1
Šiek tiek.....	2
Vidutiniškai.....	3
Stipriai.....	4
Labai stipriai įtakojo.....	5

9. Šie klausimai yra apie tai, kaip Jūs jaučiatės ir kas nutiko Jums per paskutines 4 savaites. Kiekvienam klausimui prašau duoti vieną atsakymą, kuris labiausiai, Jūsų nuomone, atitiktų realią situaciją.

Kiek laiko per paskutines 4 savaites **Jūs:**

(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

	Visą laiką	Beveik visą laiką	Didžiąją dalį laiko	Nedaug laiko	Mažokai laiko	Visai to nebuvo
a) jautėte pilnai normalų gyvenimą	1	2	3	4	5	6
b) buvote labai nervinga asmenybė	1	2	3	4	5	6
c) jautėtės toks nusiminęs, kad niekas negalėjo Jūsų išblaškyti	1	2	3	4	5	6
d) jautėtės ramiai nusiteikęs	1	2	3	4	5	6
e) turėjote pakankamai energijos	1	2	3	4	5	6
f) jautėtės nusiminęs ir prislėgtas	1	2	3	4	5	6
g) jautėtės išsekęs	1	2	3	4	5	6
h) buvote laimingas žmogus	1	2	3	4	5	6
i) jautėtės pavargęs	1	2	3	4	5	6

10. Kiek per paskutines 4 savaites **laiko Jūsų fizinė sveikata ir emocinės problemos trukdė Jūsų socialiniam aktyvumui (tokiam, kaip susitikimai su draugais, pažįstamais, giminėmis, ir t.t.)?**

(apibraukite vieną)

Visą laiką.....	1
Didžiąją laiko dalį.....	2
Šiek tiek laiko.....	3
Labai nedaug laiko.....	4
Tokio trukdymo visai nebuvo.....	5

11. Kiek teisingas ar klaidingas Jums yra kiekvienas iš sekančių teiginių?

(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

	Labai teisingas	Daugumoje atvejų teisingas	Nežinau	Daugumoje atvejų klaidingas	Labai klaidingas
a) aš manau, kad sergu lengviau nei kiti žmonės	1	2	3	4	5
b) aš manau, kad esu toks sveikas, kaip ir kiti, kuriuos pažįstu	1	2	3	4	5
c) aš galvoju, kad mano sveikata blogės	1	2	3	4	5
d) mano sveikata puiki	1	2	3	4	5

Jei mes norėtume Jus rasti ateityje ir nerastumėme namuose, gal galėtumėte parašyti adresą, pavardę ir telefoną žmogaus, kuris gyvena atskirai nuo Jūsų, bet galėtų padėti Jus rasti:

Pavardė _____

Adresas _____

Miestas _____

Žemiau mes prašome Jūsų leidimo duomenis apie Jus, gautus iš šios anketos, naudoti medicinos mokslo tikslais.

Aš sutinku, kad informacija iš mano ligos istorijos būtų panaudojama medicinos mokslo tikslais.

Parašas _____