

VILNIAUS UNIVERSITETAS  
MEDICINOS FAKULTETAS  
REABILITACIJOS, FIZINĖS IR SPORTO MEDICINOS KATEDRA

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto  
Reabilitacijos studijų programos komiteto  
pirmininkas prof. dr. Juozas Raistenskis

Data: .....

Anita Zezyulchik

**ADAPTUOTO KRŪVIO AEROBIKOS ĮTAKA  
SERGANČIŪJŲ PRIKLAUSOMYBĖS LIGOMIS  
GYVENIMO KOKYBĖS SUBJEKTYVIAM VERTINIMUI**

**TAIKOMOSIOS FIZINĖS VEIKLOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbo vadovas: doc., dr. Laima Galkutė

Darbo priėmimo data: .....

Parašas .....

VILNIUS, 2017

## ANOTACIJA

Taikomosios fizinės veiklos magistro baigiamasis darbas „Adaptuoto krūvio aerobikos įtaka priklausomybės ligomis sergančiųjų gyvenimo kokybės subjektyviam vertinimui“ atliktas 2017 m. vasario – balandžio mėn. laikotarpyje Vilniaus priklausomybės ligų centre, Psichosocialinės reabilitacijos skyriuje.

**Darbo autorė:** Anita Zezyulchik, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros Taikomiosios fizinės veiklos magistro programos II kurso studentė.

**Darbo vadovė:** doc. dr. Laima Galkutė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra.

Darbo recenzentai:

1. Lekt. dr. A. Adomavičienė
2. Doc. dr. R. Žilinskienė

Taikomosios fizinės veiklos magistro baigiamasis darbas „Adaptuoto krūvio aerobikos įtaka priklausomybės ligomis sergančiųjų gyvenimo kokybės subjektyviam vertinimui“ ginamas viešame Taikomiosios fizinės veiklos magistro baigiamųjų darbų gynimo komisijos posėdyje, kuris įvyks 2017 m. birželio 8 d. 9.00 val. VUL SK (Vaikų ligoninė, VšĮ VULSK filialas, Santariškių g. 7, Žalioji auditorija).

Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedroje. Darbas apsvarstytas VU MF Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros posėdyje 2017 m. gegužės 09 dieną.

## TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY.....	6
SANTRUMPOS.....	8
DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	9
DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	10
ĮVADAS.....	11
1. LITERATŪROS APŽVALGA	
1.1. Asmenų, priklausomų nuo narkotinių medžiagų, sveikatos ypatumai.....	13
1.1.1. Priklausomybė nuo narkotinių medžiagų.....	13
1.1.2. Fizinė sveikata.....	14
1.1.3. Psichikos sveikata.....	15
1.1.4. Socialinė gerovė ir gyvenimo kokybė.....	16
1.2. Fizinio aktyvumo reikšmė sergantiems priklausomybės ligomis .....	17
1.2.1. Fizinio aktyvumo poveikis psichikos sveikatai.....	17
1.2.2. Aerobikos vaidmuo sergančiųjų priklausomybės ligomis reabilitacijoje.	18
2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA	
2.1. Tiriamųjų charakteristika.....	20
2.2. Tyrimo organizavimas.....	22
2.3. Tyrimo metodai.....	23
2.3.1. Aerobinio pajėgumo tyrimas.....	23
2.3.2. Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė.....	24
2.3.3. Hamiltono nerimo skalė.....	24
2.3.4. Gyvenimo kokybės klausimynas.....	25
2.4. Statistinė duomenų analizė.....	23
3. TYRIMO REZULTATAI	
3.1. Adaptuoto krūvio aerobikos poveikis tiriamųjų širdies ir kraujagyslių sistemai...	26
3.2. Psichosocialinės reabilitacijos poveikis tiriamųjų psichoemocinei būklei .....	29
3.3. Psichosocialinės reabilitacijos įtaka tiriamųjų gyvenimo kokybei.....	33
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	37
5. IŠVADOS.....	40
6. REKOMENDACIJOS.....	41
7. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	42
8. PRIEDAI	
8.1 priedas. Adaptuotos aerobikos programos aprašas	48
8.2 priedas. Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė	50
8.3 priedas. Hamiltono nerimo skalė	51
8.4 priedas. Gyvenimo kokybės klausimynas <i>WHOQOL-BREF</i>	56

## SANTRAUKA

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas  
Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros  
Taikomosios fizinės veiklos magistrantūros programa

### ADAPTUOTO KRŪVIO AEROBIKOS ĮTAKA SERGANČIŪJŲ PRIKLAUSOMYBĖS LIGOMIS GYVENIMO KOKYBĖS SUBJEKTYVIAM VERTINIMUI

Taikomosios fizinės veiklos magistro baigiamasis darbas

**Darbo autorė:** Anita Zezyulchik.

**Darbo vadovas:** doc. dr. Laima Galkutė

**Raktiniai žodžiai:** *narkotinės medžiagos, priklausomybės sindromas, psichosocialinė reabilitacija, taikomoji fizinė veikla, gyvenimo kokybė.*

**Tyrimo tikslas** – ištirti priklausomybės ligomis sergančiųjų asmenų gyvenimo kokybės pokyčius, į psichosocialinės reabilitacijos programą integruojant adaptuoto krūvio aerobiką.

#### **Uždaviniai:**

1. Ištirti adaptuoto krūvio aerobikos poveikį tiriamųjų širdies ir kraujagyslių sistemai.
2. Ištirti psichosocialinės reabilitacijos poveikį tiriamųjų psichoemocinei būklei.
3. Įvertinti psichosocialinės reabilitacijos įtaką tiriamųjų gyvenimo kokybei.

#### **Tyrimo organizavimas ir metodai**

Tyrimas buvo atliktas 2017 m. vasario – balandžio mėn. laikotarpyje VPLC Psichosocialinės reabilitacijos skyriuje. Tyrime dalyvavo 16 asmenų, kuriems nustatytas psichikos ir elgesio sutrikimas. Reabilitacijos efektyvumui vertinti naudoti metodai: 6 minučių ėjimo testas, ŠSD, kraujo spaudimas (ASS, ADS), Borgo fizinio krūvio intensyvumo testas, Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė (HAD), Hamiltono nerimo skalė (HAM-N) ir Gyvenimo kokybės klausimynas WHOQOL-BREF.

**Duomenų analizė** atlikta naudojant SPSS 17.0 versiją.

#### **Pagrindiniai rezultatai ir išvados**

1. Adaptuoto krūvio aerobika, integruota į VPLC psichosocialinės reabilitacijos programą, teigiamai paveikė tiriamųjų ŠKS pajėgumą. Tai statistiškai reikšmingai patvirtina 6 minučių ėjimo testo rezultatai: per šį laiką nueito atstumo vidurkis padidėjo nuo  $378 \pm 24$  iki  $393 \pm 16$ ,

m, esant patikimumo lygmeniui  $p = 0,001 \ll 0,05$ . Kraujospūdis ASS per intervencijos laikotarpį statistiškai reikšmingai sumažėjo ( $p = 0,040$ ). ADS įverčiai reikšmingai nepasikeitė ( $p = 0,062$ ), todėl galima teigti, kad taikyta adaptuoto krūvio aerobikos programa atitinka pacientų ŠKS pajėgumą. ŠSD statistiškai reikšmingai sumažėjo ( $p = 0,001 \ll 0,05$ ).

2. Tiriamųjų psichoemocinės būklės pokyčiai, įvertinti HAD ir HAM-N metodais įrodo statistiškai labai reikšmingą nerimo ir depresijos požymių sumažėjimą:  $p = 0,000$  vertinant nerimą pagal HAD ir HAM-N skales;  $p = 0,001$  – vertinant depresiją pagal HAD skalę.
3. Vertinant psichosocialinės reabilitacijos įtaką tiriamųjų gyvenimo kokybei, nustatyta, kad statistiškai reikšmingai pasikeitė fizinė ( $p = 0,011$ ), psichinė ( $p = 0,002$ ) ir aplinkos ( $p = 0,017$ ) dedamosios. Ryškiausi psichikos dedamosios pokyčiai, tikėtina, atspindi visų reabilitacijos komandos narių (psichologo, socialinio darbuotojo ir TFV specialisto) veiklos integralų rezultatą. Socialinės dedamosios pokytis nebuvo statistiškai reikšmingas.

## SUMMARY

Vilnius University, Faculty of Medicine  
The department of Rehabilitation, Physical and Sports Medicine  
Master of Adapted Physical Activity program

### THE IMPACT OF ADAPTED AEROBICS ON SUBJECTIVE ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN A CASE OF ADDICTION DISEASE

Adapted Physical Activity master's thesis

**Author:** Anita Zezyulchik.

**Supervisor:** Assoc.Proff. Dr. Laima Galkute

**Key words:** *drugs, addiction syndrome, psycho-social rehabilitation, adapted physical activity, quality of life.*

**Aim** of the research is to investigate changes in quality of life by including adapted aerobics into psycho-social rehabilitation program in a case of addiction disease.

#### **Objectives**

1. To investigate an influence of the adapted aerobics on cardiovascular system of the sample.
2. To investigate an influence of the psycho-social rehabilitation on psychological and emotional state of the sample.
3. To assess the impact of the psycho-social rehabilitation on the quality of life of the sample.

#### **Research organization and methods**

Research has been carried out at the Vilnius Centre for Addictive Disorders, Department of the Psychosocial Rehabilitation, in the period of February-April 2017. The sample consisted of 16 male patients with mental and behavioural disorders. There were used the following methods in the assessment of the rehabilitation efficiency: 6 Min Walk Test, heart rate, arterial blood pressure (SBP, DBP) Borg Scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), the WHO Brief Quality of Life Questionnaire (WHOQOL –BREF).

**Data analysis** was carried by SPSS, 17.0 version.

#### **Results and conclusions**

1. Adapted aerobics, included into psycho-social rehabilitation program at the Vilnius Centre for Addictive Disorders, had a positive impact on the cardiovascular capacity. This is confirmed by a statistically significant 6-minute walk test: during the intervention period the average

walkable distance increased from  $378 \pm 24$  m to  $393 \pm 16$  m ( $p = 0,001 \ll 0.05$ ). SBP shows statistically significant reduction ( $p = 0,040$ ). DBP, as estimated, did not change significantly ( $p = 0,062$ ); it is supposed, that intensity of aerobics applied was relevant to cardiovascular capacity of the patients. It was also detected the statistically significant reduction in heart rate ( $p = 0.001 \ll 0.05$ ).

2. The change in psychological and emotional state of the sample decreased extremely ( $p = 0,000$ ) in the case of measuring anxiety both by HAD and HAM-N scale, as well a little bit less in the case of depression measured by HAD ( $p = 0,001$ ).
3. By assessing the impact of the psycho-social rehabilitation on the quality of life of the sample, it was concluded that significantly increased physical ( $p = 0.011$ ), mental ( $p = 0.002$ ) and the environmental ( $p = 0.017$ ) components. The most notable changes, detected in the mental component is likely to reflect an integral result of the whole rehabilitation team which consists of psychologist, social worker and a specialist in adapted physical activity, Social components of the quality of life did not change significantly.

## SANTRUMPOS

ADS – arterinis diastolinis kraujo spaudimas

AKS – arterinis kraujo spaudimas

ASS – arterinis sistolinis kraujo spaudimas

CNS – centrinė nervų sistema

HAD – Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė (angl. – *Hospital Anxiety and Depression*)

HAM-N – Hamiltono nerimo skalė (angl. – *Hamilton Anxiety Rating Scale*)

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

ŠKS – širdies ir kraujagyslių sistema

ŠSD – širdies susitraukimų dažnis

TFV – taikomoji fizinė veikla

VPLC – Vilniaus priklausomybės ligų centras

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas



## DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Subjektyviai suvokiamo fizinio krūvio intensyvumo lygio vertinimo skalė (balai)	22
2 lentelė. 6 minučių ėjimo testas (metrai).....	25
3 lentelė. Arterinis kraujo spaudimas (Hg/mm).....	26
4 lentelė. Širdies susitraukimo dažnis (kartai /min).....	27
5 lentelė. Subjektyviai suvokiamo fizinio krūvio intensyvumo įvertinimas (balai).....	28
6 lentelė. Nerimo įvertinimas pagal HAD skalę (balai).....	29
7 lentelė. Depresijos įvertinimas pagal HAD skalę (balai).....	30
8 lentelė. Nerimo įvertinimas pagal HAM-N skalę (balai).....	32
9 lentelė. Gyvenimo kokybės dedamųjų įvertinimas (balai).....	33
10 lentelė. Gyvenimo kokybės dedamųjų įvertinimų tarpusavio sąsajos po intervencijos ...	35
11 lentelė. Nerimo ir depresijos įvertinimų pagal HAD skalę sąsajos su gyvenimo kokybės dedamosiomis po intervencijos.....	36

## DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal patirtų atkryčių skaičių.....	20
2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių.....	20
3 pav. Per 6 min. nueito atstumo skirstiniai prieš ir po intervencijos.....	25
4 pav. Arterinio sistolinio (ASS) ir diastolinio (ADS) kraujo spaudimo skirstiniai prieš ir po intervencijos.....	26
5 pav. Širdies susitraukimo dažnio (ŠSD) skirstiniai prieš ir po intervencijos.....	27
6 pav. Kiekvieno paciento nerimo įvertinimas pagal HAD skalę (balais) prieš ir po intervencijos.....	28
7 pav. Nerimo vertinimo pagal HAD skalę skirstiniai prieš ir po intervencijos.....	29
8 pav. Kiekvieno paciento depresijos įvertinimas pagal HAD skalę (balais) prieš ir po intervencijos.....	30
9 pav. Depresijos vertinimo pagal HAD skalę skirstiniai prieš ir po intervencijos.....	31
10 pav. Kiekvieno paciento nerimo įvertinimas pagal HAM-N skalę (balais) prieš ir po intervencijos.....	31
11 pav. Nerimo vertinimo pagal HAM-N skalę skirstiniai prieš ir po intervencijos.....	32
12 pav. Gyvenimo kokybės dedamųjų vertinimo skirstiniai prieš ir po intervencijos .....	34

## IVADAS

**Temos aktualumas.** Priklausomybės liga (arba priklausomybės sindromas) priskiriamas ilgalaikių psichikos elgesio ir sutrikimų grupei. Priklausomybės ligos yra sunkus depresijos, nerimo sutrikimų, savižudybės, nusikalstamo elgesio rizikos veiksnys, dažnai lydimos socialinės atskirties, nedarbo, gyvenamosios vietos praradimo. Priklausomybės sindromas gali būti specifiskas konkrečiai psichoaktyviai medžiagai (pavyzdžiui, nikotinui, alkoholiui arba diazepamui), medžiagų klasei (pavyzdžiui, opioidams) arba didesnei įvairių farmakologinių medžiagų grupei.

Neteisėtų narkotinių medžiagų vartojimas siejamas su ūmiomis ir lėtinėmis sveikatos problemomis bei infekcinėmis ligomis, dėl to visuomenė patiria didelę socialinę ir ekonominę naštą. Narkotikų prevencijos ir ankstyvosios intervencijos tikslas – užkirsti kelią jų vartojimui ir susijusioms problemoms, o priklausomybės nuo narkotikų gydymas, įskaitant psichosocialinius ir farmakologinius metodus, yra esminė priemonė kovojant su narkotinių medžiagų vartojimo pasekmėmis [1, 2]. Priklausomybės ligų prevencija numatyta ir Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje [3], kurioje suformuluoti uždaviniai „sumažinti alkoholinių gėrimų, tabako vartojimą, neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir prieinamumą“ bei „ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius“. Jų įgyvendinimas prisidės prie Lietuvos pažangos strategijos „Lietuva 2030“ [4].

Vilniaus priklausomybės ligų centre (VPLC) teikiamos medicininės, psichologinės ir socialinės paslaugos asmenims, žalingai vartojantiems alkoholį, narkotines medžiagas ar tabaką, bei jų šeimos nariams [5]. Nepaisant psichosocialinės reabilitacijos proceso kompleksiskumo, svarbu įvertinti poveikio efektyvumą ir individualizuoti bei koreguoti taikomas programas. Tam tikslui reikia parinkti adekvačius pokyčių vertinimo metodus, todėl šiame baigiamajame darbe pradėtas tyrimas aktualus dviem aspektais: įprasta VPLC psichosocialinės reabilitacijos programa papildyta taikomąja fizine veikla – adaptuoto krūvio aerobika; išbandyti metodai, teikiantys galimybių realiame laike nustatyti reabilitacijos efektyvumą ir numatyti tolesnio gydymo perspektyvą.

**Raktiniai žodžiai:** *narkotinės medžiagos, priklausomybės sindromas, psichosocialinė reabilitacija, taikomoji fizinė veikla, gyvenimo kokybė.*

**Hipotezė:** gyvenimo kokybės, jos fizinės, psichikos, socialinės ir aplinkos dedamųjų pokyčio įvertinimas yra adekvatus metodas nustatyti priklausomų nuo narkotinių medžiagų asmenų psichosocialinės reabilitacijos efektyvumą.

**Tyrimo objektas** – asmenų, kuriems būdingas priklausomybės nuo narkotikų sindromas, gyvenimo kokybės pokyčiai psichosocialinės reabilitacijos metu.

**Tyrimo subjektas** – asmenys, kuriems nustatyti psichikos ir elgesio sutrikimai dėl narkotinių medžiagų vartojimo.

**Tyrimo tikslas** – nustatyti priklausomybės ligomis sergančiųjų asmenų gyvenimo kokybės pokyčius, į psichosocialinės reabilitacijos programą integruojant adaptuoto krūvio aerobiką.

**Uždaviniai:**

4. Ištirti adaptuoto krūvio aerobikos poveikį tiriamųjų širdies ir kraujagyslių sistemai.
5. Ištirti psichosocialinės reabilitacijos poveikį tiriamųjų psichoemocinei būklei.
6. Įvertinti psichosocialinės reabilitacijos įtaką tiriamųjų gyvenimo kokybei.

**Darbo mokslinis naujumas.** VPLC psichosocialinės reabilitacijos programa, skirta asmenims, priklausomiems nuo narkotinių medžiagų, papildyta taikomąja fizine veikla – adaptuoto krūvio aerobika; ištirtas psichosocialinės reabilitacijos poveikis širdies ir kraujagyslių sistemai, psichoemocinei būklei bei įtaka subjektyviam gyvenimo kokybės vertinimui.

**Darbo praktinė reikšmė.** Išbandyti sveikatos būklės vertinimo metodai, siekiant realiame laike nustatyti psichosocialinės reabilitacijos efektyvumą ir numatyti tolesnio gydymo perspektyvą.

Darbe naudojamos šios pagrindinės sąvokos.

**Narkotinės ir psichotropinės medžiagos** – į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus kontroliuojamų medžiagų sąrašus įrašytos gamtinės ar sintetinės medžiagos, kurios dėl kenksmingo poveikio ar piktnaudžiavimo jomis sukelia sunkų žmogaus sveikatos sutrikimą, pasireiškiantį asmens psichine ir fizine priklausomybe nuo jų, ar pavojų žmogaus sveikatai [6].

**Priklausomybės sindromas** – tai elgesio, kognityvinių ir fiziologinių reiškinių kompleksas, kuris atsiranda dėl kartotinio medžiagos vartojimo. Tipiškiausi šio sindromo požymiai yra stiprus troškimas vartoti psichoaktyviąją medžiagą, sunkumas kontroliuoti vartojimą, vartojimas, nepaisant žalingų pasekmių, medžiagos vartojimas individui yra svarbesnis nei kiti veiksmai ar įsipareigojimai, padidėjusi tolerancija vartojamai medžiagai ir kai kuriais atvejais fizinės abstinencijos būklė [7].

**Psichosocialinė reabilitacija** – procesas, kuris suteikia asmenims, turintiems psichikos bei elgesio sutrikimų, galimybę pasiekti optimalų savarankiško funkcionavimo bendruomenėje lygį [8].

# 1. LITERATŪROS APŽVALGA

## 1.1. Asmenų, priklausomų nuo narkotinių medžiagų, sveikatos ypatumai

### 1.1.1. Priklausomybė nuo narkotinių medžiagų

Priklausomybės liga arba priklausomybės sindromas Tarptautinėje statistinėje ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijoje yra priskirta psichikos ir elgesio sutrikimų grupei.

Apibūdinant priklausomybę nuo narkotinių medžiagų skiriama psichologinė ir fizinė priklausomybė [9]. **Psichologinė priklausomybė** – tai liguistas potraukis nuolat vartoti narkotines medžiagas malonumo būsenai pasiekti. Psichologinė priklausomybė atsiranda jau po pirmo narkotinių medžiagų pavartojimo ir pasireiškia maloniais prisiminimais apie patirtą euforiją. **Fizinė priklausomybė** – tai viso organizmo funkcinės veiklos pakitimas, pasireiškiantis ryškiais psichiniais ir fiziniiais sutrikimais, nustojus vartoti narkotiką.

Medžiagos, sukeliančios psichologinę ar fizinę priklausomybę, skirstomos į devynias grupes [10]:

- 1) alkoholis;
- 2) opioidai (heroinas, kodeinas, morfijus ir kt.);
- 3) kanabiodai (marihuana, hašišas, kanapės ir kt.);
- 4) raminamieji ir migdomieji vaistai;
- 5) kokainas ir kokaino preparatai;
- 6) stimulantai (amfetaminas, kofeinas, efedrinas ir kt.)
- 7) haliucinogenai (ketaminas, meskalinas, ekstazi, LSD);
- 8) tabakas;
- 9) lakiosios medžiagos (acetonas, klijai, tirpikliai ir kt.).

Priklausomybės sindromas gali būti specifiskas konkrečiai psichoaktyviai medžiagai (pavyzdžiui, nikotinui, alkoholiui arba diazepamui), medžiagų klasei (pavyzdžiui, opioidams) arba didesnei įvairių farmakologinių medžiagų grupei [11].

Psichoaktyvios medžiagos per centrinę nervų sistemą (CNS) veikia sąmonę, nuotaikas ar mąstymą. Su krauju patekę į CNS, narkotikai sutrikdo natūralias biochemines reakcijas ir paskatina nervinių impulsų sklidimą per neuronus reguliuojančių medžiagų, pavyzdžiui, endorfinų, koncentracijos pokyčius. Endorfinai reguliuoja malonumo ir skausmo signalų praėjimą: didesnė endorfinų koncentracija slopina skausmą ir sukelia malonumą [12]. Narkotinės medžiagos (morfijus, opijus, heroinas ar aguonų nuoviras) savo chemine sandara primena endorfinus. Patekusios per kraują į CNS, šių medžiagų molekulės pakeičia endorfinus, veikia daug stipriau už

juos ir griaua natūralią endorfinų sistemą [13]. Asmenys, vartojantys narkotines medžiagas yra daug jautresni skausmui, todėl narkotikų prireikia vis dažiau [14]. Be to, narkotines medžiagas vartoti skatina ir su jų vartojimu susiję prisiminimai apie patirtą malonumą. Ilgainiui prarandamas gebėjimas kontroliuoti medžiagos vartojimą, dėl to patiriamas neigiamas poveikis sveikatai bei visuomeniniam statusui.

### 1.1.2. Fizinė sveikata

Nuolatinė organizmo intoksikacija dėl narkotinių medžiagų vartojimo silpnina imunitetą ir sudaro palankias sąlygas plisti infekcijoms. Nevisavertė ir nereguliari mityba bei ydinga gyvensena dar labiau nusilpnina organizmą, todėl tarp narkotines medžiagas vartojančių asmenų plinta tuberkuliozė. Vartojantieji narkotines medžiagas intraveniniu būdu, per kraują užsikrečia virusinėmis infekcijomis – hepatitu, žmogaus imunodeficito virusu (ŽIV), sukeliančiu įgytą (akvizitinį) imunodeficito sindromą (AIDS), pasireiškiantį įvairiomis infekcijomis, navikais ir kitomis ligomis [15]. Savos gamybos narkotinę medžiagą leidžiant į veną nesteriliais švirkštais ir adatomis užsikrečiama pūline infekcija. Dūrių vietose atsiranda infiltratai, užanka venų spindis, susiformuoja gilūs pūliniai, kartais dėl to amputuojamos galūnės, mirštama nuo kraujo užkrėtimo [16].

W.P.Morgan buvo vienas iš pirmųjų mokslininkų, kuris tyrė ryšį tarp fizinės veiklos ir psichinės sveikatos. Tirdamas sunkiais sergančius psichinius ligonius, jis nustatė, kad psichinės sveikatos patologija ir asmens fizinės sveikatos būsenos turi glaudų ryšį: kuo sunkesnė liga, tuo blogesnė paciento fizinė būklė. Šis kontingentas pasižymi žema motyvacija ir tai turėjo įtakos rezultatams – depresyvūs pacientai pademonstravo žemesnį fizinį pajėgumą. Tyrimo eigoje buvo nustatyta, kad fizinio aktyvumo programos efektyviai sumažino lėtinio nerimo simptomus [17].

Priklausomiems nuo narkotinių medžiagų asmenims yra būdinga padidinta rizika susirgti širdies ir kraujagyslių sistemos (ŠKS) ligomis [18] ir sumažėjęs fizinis pajėgumas [19]. Be to, tokiems asmenims būdinga depresija lemia mažesnį fizinį pajėgumą bei greičiau pajuntamą nuovargį [18].

Pacientų fiziniam pajėgumui vertinti gali būti naudojami objektyvūs metodai, siejami su širdies ir kraujagyslių sistemos būkle: instrumentiniai tyrimo metodai – širdies susitraukimo dažnio (ŠSD) ir arterinio kraujo spaudimo (AKS) matavimas [20]; Ruffje-Diksono indeksas (*Ruffier-Dickson Test*) [21]; Harvardo testas, (*Harvard Step Test*) [22]; 2 km ėjimo testas, (*2 km Walk Test*) [23]; 6 min. ėjimo testas (*6-minute Walk Test*) [24].

Atsižvelgus į tiriamųjų ypatumus profesinės praktikos VPLC metu buvo pasirinktas 6 min. ėjimo testas. Subjektyvaus nuovargio vertinimui po 6 min. ėjimo testo buvo naudojama Borgo skalė [25].

### 1.1.3. Psichikos sveikata

Narkotines medžiagas vartojantys asmenys dažniau nei kiti turi psichikos sutrikimų, labiausiai paplitę – nerimas ir depresija [26]. Nėra vienareikšmio atsakymo, ar šie sutrikimai yra narkotikų vartojimo pasekmė, ar būtent jie provokuoja „bėgimą nuo realybės“ pasitelkiant narkotikus [10].

Jau 1988 metais, aprašydamas priklausomybės ligas, N. Craig pastebėjo jų bendrą bruožą – piktnaudžiavimas bet kokiomis psichoaktyviomis medžiagomis turi įtakos žmogaus nuotaikų kaitai [14]. Dėl negebėjimo susidoroti su savo emocijomis – vienišumu, baime, gėda, pykčiu ir kt., narkotikus vartojantis asmuo nuolat patiria stresą, kuris išsekina ir psichiškai, ir fiziškai, tokia būseną net kelia mintis apie savižudybę [27]. Stresui būdinga psichinė įtampa, deformuojanti normalias organizmo funkcijas, neleidžia adekvačiai suvokti ir valdyti savo emocijų ir jausmų [28]. Psichikos pažeidžiamumas padidina tikimybę, kad žmogus vėl ir vėl ieškos narkotinių medžiagų [13] – ratas užsidaro...

Nerimas gali būti laikinas ir nuolatinis. Laikinas nerimas yra ūmus, greitai praeinantis psichikos atsakas į įvykį arba stimulą. Nuolatinis, ilgalaikis nerimas gali sukelti pataloginį nerimą ar depresiją [29]. Depresija – nuolatinis suirzimas ar nuliūdymas, anhedonija (nebesidomima malonia veikla) arba motyvacijos trūkumas. Būdini depresijos simptomai: nemiga, svorio ar apetito pokyčiai, nuotaikos svyravimai, nuovargis, susijaudinimas, dėmesio nekoncentravimas, silpna savigarba, dažnai – mintis apie savižudybę [30].

Streso, nerimo ir depresijos varginami žmonės yra ne tokie fiziškai aktyvūs ir turi labiau sutrikusią sveikatą negu šių sutrikimų neturintieji. Ir atvirkščiai: fizinis aktyvumas gerina psichikos būklę [31].

Nerimo ir depresijos vertinimui gali būti naudojamos įvairūs rangavimo metodai (skalės), grindžiamos klausimynais. Klausimai apima paciento nuotaiką, apetito ir miego pokyčius, kaltės jausmą, somatinius simptomus, suicidines mintis. Dažniausiai naudojamos skalės: Hamilton nerimo skalė, HAM–N (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) [32] – klausimyną pildo tyrėjas; Trumpa psichikos įvertinimo skalė (*Brief Psychiatric Rating Scale*) [33] – klausimyną pildo tyrėjas; Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė, HAD (*Hospital Anxiety and Depression*) [34] – klausimyną pildo pacientas; Beck depresijos inventarijus, BDI (*Beck Depression Inventory*) [35] – klausimyną pildo pacientas; Zung depresijos skalė (*Zung Self-Rating Depression Scale*), skirta įsivertinti gyvenimo ypatumus per vieno mėnesio laikotarpį [36] – klausimyną pildo pacientas.

Atsižvelgus į priklausomų nuo narkotinių medžiagų pacientams būdingus kognityvinius sutrikimus, pasirinkti ir profesinės praktikos metu VPLC išbandyti du metodai – paciento pildomas HAD nerimo ir depresijos klausimynas bei tyrėjo pildomas HAM–N depresijos klausimynas.

### 1.1.4. Socialinė gerovė ir gyvenimo kokybė

Narkotikų vartojimas turi įtakos ne tik fizinei ir psichikos sveikatai. Kinta priklausomybės ligomis sergančiojo elgsena, ir tai sukelia socialinių bei teisinių problemų: darosi sunku bendrauti su šeimoje ir su aplinkiniais; nuolatinis poreikis įsigyti narkotikų ir lėšų trūkumas pastūmėja į nusikalstamą veiklą ir smurtą [16]. Asmenys, turintys psichikos sutrikimų, dažnai patiria socialinę atskirtį, pasižymi žema gyvenimo kokybe bei dideliu mirtingumu [37].

Gyvenimo kokybė yra plati ir nevienareikšmė sąvoka, apimanti įvairius asmens ir/arba visuomenės gyvenimo aspektus. Šią sąvoką naudoja įvairių sričių specialistai ir politikai, suteikdami jai įvairių akcentų priklausomai nuo savo srities uždavinių. Su sveikata siejama gyvenimo kokybė interpretuojama vadovaujantis Pasaulio sveikatos organizacijos samprata, suformuluota dar 1948 m., apibrėžiančia sveikatą kaip „fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligų nebuvimą“. Gyvenimo kokybė asmens (individualiame) lygmenyje apima ne tik savo funkcinės būklės suvokimą, bet ir su sveikata siejamos aplinkos veiksnius – socialinius ryšius, darbą, laisvalaikį ir kt. Tačiau mokslininkai dar neapibrėžė vienos su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąvokos, todėl jos vertinimo pasirinkimą dažnai lemia tyrimo uždaviniai ir tikslinės grupės ypatumai [38]. Sveikatos priežiūros kontekste asmens gyvenimo kokybė vertinama pasitelkiant klausimynus ar interviu, kurie skirstomi į bendruosius ir specifinius, skirtus kurios nors ligos ar funkcijos sutrikimo įtakai įvertinti. Specifinių klausimynų pavyzdžiu gali būti Persirgusiųjų miokardo infarktu gyvenimo kokybės (*Quality of life after Myocardial Infarction Questionnaire*) [39] arba Minesotos (*Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*) [40] klausimynai.

Tarp bendrųjų gyvenimo kokybės klausimynų pasaulinėje praktikoje dažniausiai naudojami yra Pasaulio sveikatos organizacijos WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life 100*) bei jo sutrumpintas variantas WHOQOL- BREF (*Brief Quality of Life Questionnaire*) [41]. Gyvenimo kokybei vertinti taip pat naudojami bendrieji instrumentai – Trumpoji sveikatos apklausa SF-36 (*Short Form Health Survey*), Nottingham sveikatos profilis NHP (*Nottingham Health Profile*) ir kt. [42]. Su sveikata susijusios subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą atlieka pats pacientas, tačiau, interpretuojant tyrimo rezultatus, svarbu jį derinti su objektyviais duomenimis [43].

Moksliniuose šaltiniuose yra informacijos, pagrindžiančios WHOQOL klausimyno trumposios versijos taikymą asmenims, kuriems būdinga depresija ir nerimas ir/ar turintiems priklausomybę nuo psichotropinių medžiagų [44-49]. Į klausimyną įtrauktos pagrindinės gyvenimo kokybės sritys (fizinė sveikata, psichikos būklė, socialiniai santykiai ir aplinka), kurias paveikia priklausomybės ligos. Jis rekomenduotas naudoti priklausomybės ligomis sergančiųjų



gyvenimo kokybės vertinimui VPLC metodikoje [26] ir buvo išbandytas profesinės praktikos metu su pacientais, priklausomiems nuo narkotinių medžiagų.

## **1.2. Fizinio aktyvumo reikšmė sergantiems priklausomybės ligomis**

### **1.2.1. Fizinio aktyvumo poveikis psichikos sveikatai**

S.I. Franz ir G.V. Hamilton buvo pirmieji mokslininkai, kurie tyrė mankštos poveikį depresijai [50]. P.B. Bingham [51] savo apžvalgoje pažymi, kad fiziškai aktyviems žmonėms nerimo simptomai pasireiškia vidutiniškai 45 proc. rečiau nei pasyviems [51].

Fizinė veikla – ėjimas, bėgimas, važiavimas dviračiu, plaukimas, aerobika, tenisas – padeda sumažinti nerimą ir depresiją, net jei užsiėmimai trunka palyginti trumpą laikotarpį [52, 53-55]. Pavyzdžiui, statistiškai reikšmingą pacientų psichinės būklės pagerėjimą aprašė R.J. Bosscher, nerimo ir depresijos sutrikimus turintiems asmenims taikęs bėgimo intervenciją [53]. B. Doyne ir kolegės aštuonias savaites taikė fizinę veiklą moterims, turinčioms išreikštą lengvo ir vidutinio sunkumo depresiją [54]. Dviem grupėms buvo taikomos skirtingos intervencijos – užsiėmimai jėgai lavinti arba aerobinei ištvermei lavinanti. Reikšmingo skirtumo tarp grupių nebuvo nustatyta, tačiau abiejų grupių psichinė būklė, įvertinta pagal Hamilton ir Beck skales, po taikytos intervencijos pagerėjo. Panašius rezultatus gavo ir E.W. Martinsen [56], po aštuonių savaičių aerobikos ir treniruočių su svarmenimis pažymėjęs nerimo sumažėjimą. T.C. North su kolegomis [57] nustatė, kad fizinės veiklos efektyvumas prilygsta psichoterapijos efektyvumui. Jie pažymėjo, kad aerobinis ir anaerobinis režimai buvo vienodai efektyvūs, kuo dažnesni fizinės veiklos užsiėmimai, tuo stipresnis antidepresinis efektas. Tačiau svarbu atkreipti dėmesį, kad ilgalaikį ir įvairiapusį sveikatinimo poveikį turi tik reguliari fizinė veikla.

Sergant depresija, sumažėja serotonino kiekis smegenyse [58]. Gydant medikamentiniu būdu, vartojami vaistai, didinantys serotonino koncentraciją. F. Chaouloff [59] tyrimai rodo kad fizinio aktyvumo pagalba taip pat padidinamas serotonino kiekis, todėl švelnėja depresijos ir nerimo simptomai.

Mokslininkų teigimu, fizinė veikla savo poveikiu yra panaši į antidepresantų poveikį, todėl gali būti taikoma kartu su kitomis psichosocialinės reabilitacijos intervencijomis gydant lengvo ir vidutinio sunkumo depresiją [60,57]. Fizinės veiklos svarbą psichosocialinei reabilitacijai pažymėjo mokslininkai, tyrinėję nerimo sumažėjimą pritaikius vidutinio intensyvumo fizinę veiklą [58,59,61,62]. Taikomoji fizinė veikla yra efektyvi siekiant sumažinti nerimą ir depresiją, pagerinti fizinę būklę, skatinti socializaciją ir elgsenos pokyčius [63].

R. Thomas [61] ištyrė narkotines medžiagas vartojusių 74 paauglių reabilitacijos efektyvumą. Į programą buvo įtraukti fizinės veiklos užsiėmimai, programa truko devynias savaites. Per tą laikotarpį ne tik pagerėjo paauglių fizinis pajėgumas, bet susilpnėjo nerimo ir depresijos požymiai. E. Zschucke ir kolegų tyrime buvo nustatyta, kad vidutinio intensyvumo fiziniai pratimai mažina nerimo ir depresijos simptomus bei poreikį vartoti narkotinę medžiagą [64].

F. Dimeo ir bendraautorių apžvalgoje [65] analizuojamas fizinio aktyvumo poveikis narkotines medžiagas vartojusių asmenų psichoemocinei būklei. Nustatyta, kad fizinė veikla turi teigiamos įtakos bei yra saugi ir veiksmingas kompleksinių terapinių programų sudėtinė dalis. Kitame apžvalginiame straipsnyje [64] pateikta išvada, kad siekiant sumažinti nerimo ir depresijos simptomus, tiek aerobinio, tiek anaerobinio pobūdžio treniruotės turi būti taikomos apie devynias savaites. Dar viename tyrime [66] vidutinio intensyvumo aerobika buvo taikyta 12 savaičių, straipsnio autoriai atkreipia dėmesį į pagerėjusią širdies ir kraujagyslių sistemos veiklą.

Reikia pažymėti, kad atlikti tyrimus su narkotines medžiagas vartojančiais pacientais yra sudėtinga dėl tiriamųjų atkryčio, t. y. pasitraukimo iš tyrimo, jo nebaigus [10, 67]. Pavyzdžiui, 2010 m. darytame tyrime [68] buvo pakviesti dalyvauti 38 pacientai, tačiau reabilitaciją pabaigė tik 20, jų aerobinės ištvermės ir psichinės sveikatos rodikliai pagerėjo.

### **1.2.2. Aerobikos vaidmuo sergančiųjų priklausomybės ligomis reabilitacijoje**

Parenkant tinkamą fizinę veiklą asmenų, priklausomų nuo narkotinių medžiagų psichosocialinei reabilitacijai, buvo svarbu atkreipti dėmesį į jų sveikatos būklę ir gydymo sąlygas Vilniaus priklausomybės ligų centre.

Aerobika – tai ciklinių ir aciklinių pratimų sistema, gerinanti širdies ir kraujagyslių bei kvėpavimo sistemų funkcinį pajėgumą, lavinanti raumenų jėgą, ištvermę bei judesių koordinaciją. Aerobikos pratimų kompleksai sudaromi jungiant pagrindinius aerobikos žingsnius, skiriami pagrindiniai mažo ir didelio intensyvumo apkrovos aerobikos žingsniai [69]. Fizinės veiklos intensyvumas priklauso ne tik nuo žingsnių pobūdžio, judesio amplitudės, bet ir nuo muzikos ritmo. Esant greitesniam muzikos tempui, per laiko vienetą atliekama daugiau pratimų, atitinkamai ir krūvio intensyvumas yra didesnis. Svarbu parinkti tinkamą muzikos tempą, kad pastangos neviršytų organizmo funkcinių galimybių.

Mokslininkai teigia, kad fizinė veikla turi trukti ne mažiau 20 min [70]. Analizuojant aerobikos trukmės poveikį efektyvumui, nustatyta, kad optimalu per savaitę aerobikai skirti ne mažiau kaip 150 minučių vidutinio intensyvumo arba 75 minutes didelio intensyvumo pratybu [71]. Tačiau reikia prisiminti, kad taikomajai fizinei veiklai yra svarbus jos individualizavimas.

Aerobikos pratimai yra nesudėtingi, lengvai išmokstami, juos lengva pritaikyti, atsižvelgiant į asmens fizinį pajėgumą. Tuomet didėja paciento savigarba (jis suvokia, kad gali atlikti tam tikrą užduotį), bendravimas grupėje palaiko motyvaciją ir suteikia pasitikėjimo savimi, muzika atitraukia nuo slegiančių minčių bei rūpesčių [72, 73].

Tyrimai rodo, kad net ir trumpalaikis aerobikos taikymas gerina psichoemocinę būklę, sušvelnina nerimo ir depresijos simptomus [74]. M. Estivill tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad aerobika sąlygoja depresijos ir streso mažėjimą [75], aerobikos poveikis panašus kaip relaksacinių pratimų [72]. Aerobikos metu, skambant ritmiškai muzikai, patiriama daug teigiamų emocijų, ir tuo pačiu žmogus išmoksta kontroliuoti savo emocijas, padeda įveikti nuovargį, baime, ugdo valios savybes – ryžtingumą, savitvardą, drąsą [74, 76]. Patiriant teigiamas emocijas aerobikos metu aktyvinama simpatinė nervų sistema [77].

Aerobiniai pratimai skatina deguonies apykaitą organizme. Padidėjęs smegenų aprūpinimas deguonimi, savo ruožtu, paskatina savijautą veikiančių hormonų (endorfino, dopamino, serotonino, norepireprino) gamybą ir sąlygoja atitinkamų nervinių impulsų sklidimo pokyčius. Šie procesai sąlygoja visą spektrą pozityvių pasekmių: gerina nuotaiką, mažina skausmo pojūčius, reguliuoja kraujospūdį, gerina įprastas organizmo funkcijas (kvėpavimo, virškinimo), stiprina imuninę sistemą ir kognityvinius gebėjimus [78].

Apibendrinant galima teigti, kad aerobikos pratybos pasižymi kompleksiniu poveikiu. Jos taikymas gali padėti sumažinti narkotinių medžiagų vartojimą ar jį visiškai nutraukti, o taip pat mažina gretutinių ligų atsiradimo tikimybę, susijusią su narkotinių medžiagų vartojimu [79]. Todėl aerobika gali būti naudinga intervencija, ją taikant kartu su kitomis paslaugomis psichosocialineje reabilitacijoje ir gerinti ne tik fizinę, bet ir psichoemocinę būklę [80].

## 2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA

### 2.1. Tiriamųjų charakteristika

Tiriamųjų grupę sudaro Vilniaus priklausomybės ligų centro (VPLC) Psichosocialinės reabilitacijos skyriaus dienos stacionaro pacientai. VPLC yra gydymo įstaiga, teikianti medicininės, psichologinės ir socialinės paslaugas asmenims, žalingai vartojantiems alkoholį, narkotines medžiagas ar tabaką, bei jų šeimos nariams. Psichosocialinės reabilitacijos tikslas – pasibaigus aktyvaus abstinencijos būklės gydymui, mažinti sergančiųjų priklausomybės ligomis socialinę atskirtį plėtojant jų emocinius ir socialinius įgūdžius.

Baigiamojo darbo **tyrimo objektas** – asmenų, kuriems būdingas priklausomybės nuo narkotikų sindromas, gyvenimo kokybės pokyčiai psichosocialinės reabilitacijos metu.

Įtraukimo kriterijai:

- nustatyti psichikos ir elgesio sutrikimai dėl opioidų vartojimo (F11.0-F.11.9 pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikaciją);
- dalyvavimas visuose psichosocialinės reabilitacijos programos komponentuose, įskaitant taikomąją fizinę veiklą (TFV);
- dalyvavimas psichosocialinės reabilitacijos programoje iki jos pabaigos;
- asmenys, sutikę dalyvauti tyrime.

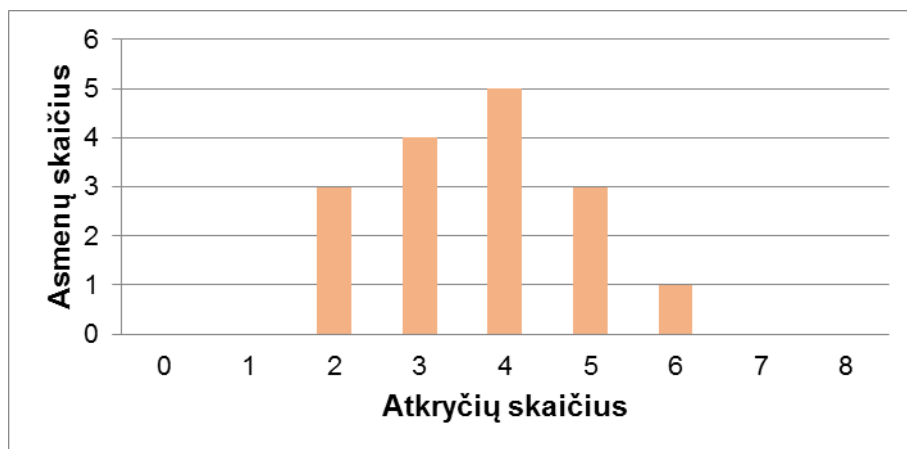
Neįtraukimo kriterijai:

- nedalyvavimas TFV dėl fizinio krūvio ribojimų (remiantis Pasirengimo fiziniam aktyvumui klausimynu [20]);
- nedalyvavimas TFV dėl trofinių opų ir ūminių ligų, persirgtų vėliau nei mėnesį prieš reabilitacijos programą ir jos metu;
- asmenys, nesutikę dalyvauti tyrime.

Tiriamųjų grupė, remiantis įvardintais kriterijais, sudaryta iš 16 vyrų. Nors tyrimo metu VPLC psichosocialinės reabilitacijos programoje dalyvavo iš viso 43 pacientai (9 moterys, 34 vyrai), didesnė dalis (63 proc.) jos nebaigė. Į tiriamųjų grupę dėl nedalyvavimo TFV pratybose nebuvo įtraukti keturi asmenys, iš kurių trys turėjo trofinių opų, o vienas – susirgo. Aštuoni asmenys pareiškė, kad serga hepatitu, tačiau Pasirengimo fiziniam aktyvumui klausimyno, kurį pildė pacientai, pagrindu kontraindikacijų nenustatyta, nesutikusiųjų dalyvauti tyrime nebuvo.

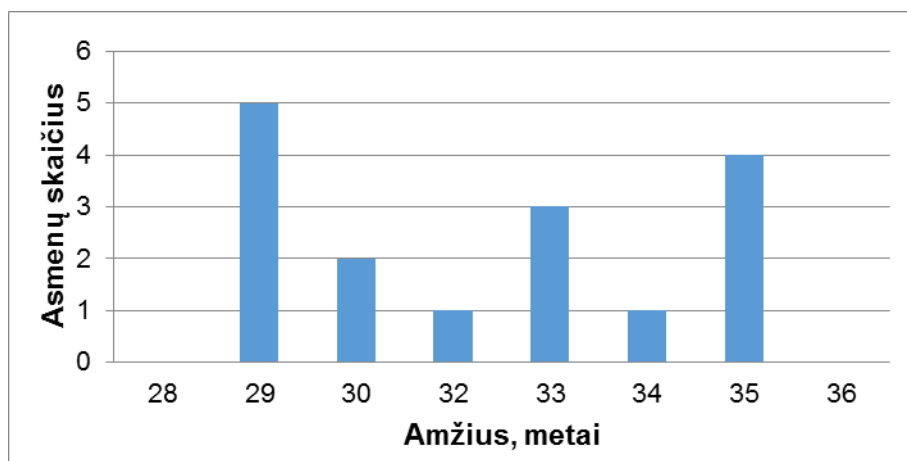
Tiriamųjų grupę charakterizuojantys duomenys yra paimti iš Priklausomybės sunkumo indekso duomenų bazės [81], kurią pildė socialinis darbuotojas programos pradžioje ir naudoja individualiam psichosocialinės reabilitacijos planui pagrįsti.

Visi tiriamųjų grupės nariai anksčiau jau gydėsi nuo priklausomybės nuo 2 iki 6 kartų, t. y. tiek kartų yra patyrę atkrytį (ligos pasikartojimą) ir vėl pradėję gydymą (1 pav.).



1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal patirtų atkryčių skaičių

Iš tiriamųjų imties vienas pacientas pakartotinai gydėsi net 6 kartus, nebuvo nei vieno, pradėjusio gydymą pirmąjį kartą. Apskritai, sergantiems priklausomybės ligomis būdinga trumpalaikė gydymosi motyvacija ir atkrytis [67]. Septyni tiriamieji yra teigiamai atsakę į klausimą „Rimtai mąstėte apie savižudybę? (pacientas rimtai apsvairstė planą, kaip pasitraukti iš gyvenimo)“. Tiriamųjų grupę sudaro jauni žmonės – nuo 29 iki 35 metų amžiaus (2 pav.).



2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių

Tiriamųjų grupėje 11 asmenų turi vidurinį, 5 – aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą. Didžioji dalis – 11 pacientų buvo bedarbiai, 5 pacientai dirbo nereguliariai.

## 2.2. Tyrimo organizavimas

Baigiamojo darbo tyrimas buvo atliktas 2017 m. vasario – balandžio mėn. laikotarpyje VPLC Psichosocialinės reabilitacijos skyriuje. Žvalgomasis tyrimas, kurio metu su analogiška pacientų grupe buvo išbandyta ir koreguota adaptuoto krūvio aerobikos programa ir reabilitacijos efektyvumo vertinimo metodai, buvo atliktas profesinės praktikos VPLC metu 2016 m. rugsėjo-lapkričio mėn.

Reabilitacijos programa trunka 30 kalendorinių dienų, ją įgyvendina reabilitacijos komanda – gydytojas psichiatras, psichologas ir socialinis darbuotojas. Pacientai laikosi dienotvarkės, kurioje numatyti šių specialistų vedami grupiniai užsiėmimai, o kartą per savaitę kiekvienas iš minėtų specialistų rengia individualias konsultacijas. Psichologo ir socialinio darbuotojo užsiėmimai darbo dienomis vyksta kasdien, psichiatro – du kartus per savaitę. Nuo 2016 m. į VPLC psichosocialinės reabilitacijos programą įtraukti grupiniai TFV užsiėmimai, kurie vyksta du kartus per savaitę.

Aerobikos programą sudaro trys dalys (išsamus TFV programos aprašas pateiktas 1 priede).

1. **Apšilimo** (10 min.) uždavinys – parengti paciento organizmą fiziniam krūviui: atliekami pratimai rankoms, pečių juostai, liemeniui, kojoms, siekiant apimti visas raumenų grupes.
2. **Pagrindinė** aerobikos programos dalis (40 min.) skirta ugdyti pacientų širdies – kraujagyslių sistemos pajėgumą, dėmesį sutelkiant į judėjimo ir koordinacijos funkcijų atstatymą. Aerobikos pratimų kompleksai sudaryti iš įvairių aerobikos žingsnių. Pirmiausia išmokstama pagrindinių žingsnių, vėliau jie jungiami į kombinacijas. Kitame etape aerobika papildoma rankų judesiais – įtraukiama daugiau raumenų grupių, didėja fizinis krūvis. Pratimų intensyvumas buvo nustatomas pagal maksimalų širdies susitraukimo dažnį (220 – N, kur N – paciento amžius metais), kurį pacientai stebėdavo skaičiuodami pulso tvinksnius. Pirmas dvi savaites buvo palaikomas intensyvumas, siekiantis 50-60 proc. maksimalus leistino širdies susitraukimų dažnio (ŠSD), vėliau intensyvumas padidintas iki 60-80 proc.
3. **Atsipalaidavimo** (10 min.) metu nuosekliai mažinamas fizinis krūvis siekiant atstatyti kvėpavimą ir kraujotakos sistemos veiklą. Atsipalaidavimui naudojamas laisvas ėjimas, ramūs ritmiški judesiai rankomis, kvėpavimo pratimai, raumenų tempimo pratimai.

Pacientų būklės vertinimas buvo atliekamas psichosocialinės reabilitacijos programos pradžioje ir pabaigoje. Dėl objektyviai mažo programą baigusią pacientų skaičiaus (didelio atkryčio) nebuvo galima išskirti ir palyginti dviejų grupių: tiriamųjų grupės (16 asmenų) ir psichosocialinės reabilitacijos programos dalyvių, kurie dėl fizinio krūvio ribojimų nelankė TFV

pratybų (4 asmenys). Toks palyginimas suteiktų galimybę įvertinti TFV įtaką psichikos būklės pokyčiams atskirai nuo kitų psichosocialinės reabilitacijos komponentų.

Tiriamieji buvo supažindinti su tyrimo tikslais, metodais bei laiko sąnaudomis atliekant individualius tyrimus. Jie raštu patvirtino sutikimą dalyvauti tyrime, neprieštaraudami, kad jų anoniminiai demografiniai ir sveikatos duomenys bus panaudoti magistro baigiamajame darbe.

## 2.3. Tyrimo metodai

### 2.3.1. Aerobinio pajėgumo vertinimo metodai

Tiriamųjų aerobinis pajėgumas buvo vertinamas panaudojant 6 minučių ėjimo testą, o subjektyvus fizinio krūvio (ėjimo) intensyvumo suvokimas – pagal Borgo skalę.

**6 minučių ėjimo teste** matuojamas atstumas, kurį per šį laiką pajėgia nueiti pacientas. Atliekant testą galima sustoti pailsėti, tačiau pertraukėlė įskaitoma į bendrą testo laiką. Jei atsiranda netolerancijos požymių (dusulys, galvos svaigimas, skeleto-raumenų skausmas ir kt.), testą galima sustabdyti. Testui reikia parinkti saugią aplinką (pavyzdžiui, ilgą, tiesų koridorių su lygia danga) ir priminti pacientams, kad avėtų patogiai avalyne. Tolerancija fiziniam krūviui vertinama vadovaujantis nueitu atstumu (metrais): iki 300 m – maža tolerancija; 300–425 m – vidutinė; daugiau 425 m – gera [24].

Prieš testą ramybės būsenoje ir po testo matuojamas arterinis kraujo spaudimas (AKS) ir ŠSD. Testo negalima atlikti, jeigu ŠSD daugiau nei 120, arterinis diastolinis kraujo spaudimas (ADS) viršija 180 mm Hg, o arterinis sistolinis kraujo spaudimas (ASK) – 100 mm Hg [24].

**Borgo skalės** pagrindu vertinant subjektyvų fizinio krūvio suvokimą, tiriamieji apibūdino jo intensyvumo lygį praėjus 5 min. po atlikto 6 min. ėjimo testo (1 lentelė).

**1 lentelė. Subjektyviai suvokiamo fizinio krūvio intensyvumo lygio vertinimas**

Krūvio intensyvumo lygis	Balai
Neįvertinta	0
Labai labai lengvas	1
Labai lengvas	2
Lengvas	3
Vidutinis	4
Sunkus	5
Labai sunkus	6
Labai labai sunkus	7

### 2.3.2. Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė

Tiriamųjų psichoemocinė būklė buvo vertinama panaudojant Hospitalinę nerimo ir depresijos skalę (HAD). Ją sudaro 14 klausimų, iš kurių 7 skirti nerimo simptomams vertinti (sub-skalė HAD-N, klausimai Nr.1, 3, 5, 7, 9, 11, 14) ir 7 – depresijos simptomams vertinti (sub-skalė HAD-D, klausimai Nr. 2, 4, 6, 8, 10, 12, 13). Klausimyno aprašas pateiktas 2 priede. Kiekvienam klausimui priskirti keturi atsakymo variantai, atitinkamai vertinami nuo 0 iki 3 balų. Paciento prašoma pažymėti atsakymą, kuris artimiausias jo savijautai per praėjusią savaitę,

Baigus testavimą, HAD-N ir HAD-D balai sumuojami, didžiausia sub-skalės balų suma – 21 balas. Nerimo arba depresijos sunkumo laipsnis vertinamas pagal atitinkamos sub-skalės rezultata: 0-7 balai – nerimas arba depresija neišreikšta; 8-10 balų – silpnai išreikštas nerimas arba depresija; 11 – 21 balas – stipriai išreikštas nerimas arba depresija [34].

### 2.3.3. Hamiltono nerimo skalė

Klinikinėje praktikoje Hamiltono nerimo skalė (HAM–N) naudojama psichotropinių vaistų ar psichoterapinio gydymo efektyvumui vertinti, ji apima psichinį ir somatinį nerimą.

Siekdamas išsiaiškinti simptomo sunkumą, tyrėjas kiekvienam skalės punktui gali užduoti pacientui pusiau struktūruotus arba struktūruotus klausimus. Šiame baigiamajame darbe buvo naudota struktūruota versija, jos aprašas pateiktas 3 priede. Klausimai apima 14 punktų: „1.Nerimas“; „2.Įtampa“; „3.Baimė“; „4.Nemiga“; „5.Susikaupimo ir atminties sunkumai“; „6.Depresiška nuotaika“; „7.Bendrieji somatiniai simptomai (raumenų simptomai)“; „8.Bendrieji somatiniai simptomai (sensoriniai)“; „9.Širdies ir kraujagyslių simptomai“; „10.Kvėpavimo simptomai“; „11.Virškinimo simptomai“; „12.Lytiniai ir šlapinimosi simptomai“; „13.Autonominiai (vegetaciniai) simptomai“; „14. Elgesys pokalbio metu“.

Pagal paciento atsakymus kiekvienas punktas vertinamas penkių balų skalėje nuo 0 iki 4: 0 – nėra simptomo; 1 – simptomas silpnai išreikštas, 2 – simptomas vidutiniškai išreikštas, 3 – simptomas stipriai išreikštas, 4 – simptomas labai stipriai išreikštas, trukdantis funkcionavimui simptomai.

Baigus testavimą, bendras skalės rezultatas gaunamas sumuojant visų punktų balus, didžiausia balų suma – 56. Nerimo sutrikimo lygis vertinamas pagal bendrą skalės rezultata: iki 17 balų – lengvas sutrikimas; 18-24 – vidutinio sunkumo sutrikimas; nuo 25 balų – stiprus sutrikimas [32]. Psichinė ir somatinė nerimo dedamosios nebuvo skiriamos.



### 2.3.4. Gyvenimo kokybės klausimynas

Tiriamųjų gyvenimo kokybė buvo vertinama panaudojant Pasaulio sveikatos organizacijos klausimyno WHOQOL-100 sutrumpintą variantą WHOQOL-BREF (*Brief Quality of Life Questionnaire*). Klausimyną sudaro 26 klausimai, kurie apibūdina gyvenimo kokybės fizinę, psichinę, socialinę dedamąsias ir aplinkos sąlygas. Klausimyno aprašas pateiktas 4 priede.

**Fizinė** sveikatos dedamoji apima klausimus apie aktyvumo lygį, medicinos pagalbos poreikį, energijos lygį, mobilumą, skausmą, miegą ir darbingumą. **Psichikos** dedamoji apima pasitenkinimą savo išvaizda, savęs vertinimą, negatyvius ir pozityvius jausmus, gyvenimo prasmės suvokimą ir dėmesio koncentraciją. **Socialinė** dedamoji apima asmeninius ryšius, socialinį palaikymą, pasitenkinimą seksualiniu gyvenimu. **Aplinkos** dedamoji apima finansinę padėtį, gyvenimo sąlygas, saugumą, galimybes ilsėtis, gauti reikiama informaciją, sveikatos priežiūros prieinamumą, pasitenkinimą transporto priemonėmis [41].

### 2.4. Statistinė duomenų analizė

Duomenų analizei naudojama statistikos programų paketo SPSS (angl. – *Statistical Package for the Social Sciences*) 17.0 versija.

Esant mažai, tikslinės atrankos būdu (panaudojant įtraukimo/ neįtraukimo kriterijus) suformuotai imčiai negalioja duomenų pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį, todėl duomenų statistinėje analizėje naudojami neparametriniai kriterijai. Tos pačios imties kintamųjų skirstiniai prieš ir po intervencijos buvo lyginami vadovaujantis Wilcoxon kriterijumi. Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti naudotas Spearman koreliacijos ( $r$ ) metodas [82-85].

Lentelėse pateikti kintamųjų vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai bei statistinio reikšmingumo lygmenys, paveiksluose – atitinkamų kintamųjų skirstiniai. Statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys:  $p < 0,05$  – reikšmingas;  $p < 0,01$  – labai reikšmingas, kai  $p < 0,001$  – itin reikšmingas;  $p > 0,05$  – statistiškai nereikšmingas.

### 3. TYRIMO REZULTATAI

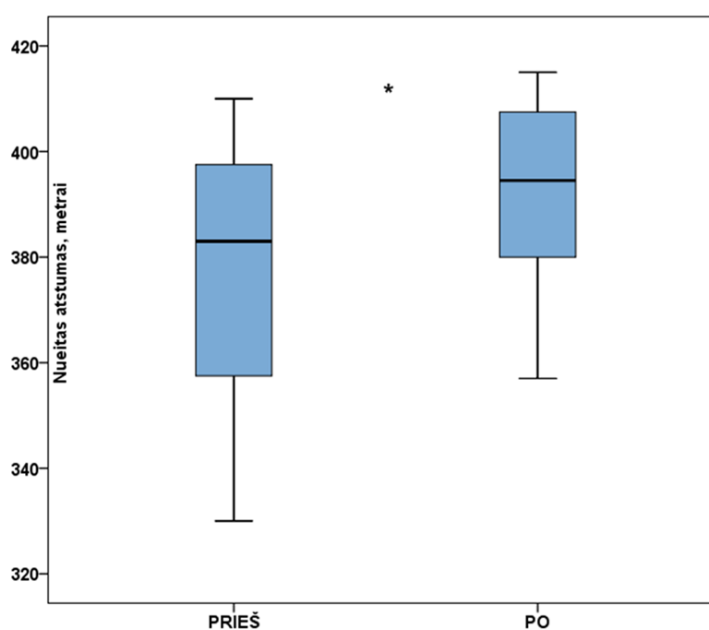
#### 3.1. Adaptuoto krūvio aerobikos poveikis tiriamųjų širdies ir kraujagyslių sistemai

Prieš pradėdant aerobikos programą visi pacientai užpildė Pasirengimo fiziniam aktyvumui klausimyną [20], juo remiantis išankstinių kontraindikacijų nebuvo.

Reabilitacijos pradžioje ir pabaigoje tiriamieji atliko fizinio pajėgumo 6 min. ėjimo testą. Pirmojo testavimo metu (prieš pirmąją aerobikos treniruotę) tiriamųjų grupės vyrų 6 min. ėjimo testo nueito atstumo vidutinė reikšmė buvo  $378 \pm 24$  metrai. Antrojo testavimo metu (pabaigus 8 užsiėmimų programą) nueito atstumo vidurkis padidėjo iki  $393 \pm 16$  metrų, taip pat padidėjo mažiausias ir didžiausias nueitas atstumas (2 lentelė).

2 lentelė. 6 minučių ėjimo testas (metrai)

	Vidurkis	Stand. nuokrypis	Min	Max
Prieš intervenciją	378,13	24,086	330	410
Po intervencijos	393,44	16,087	357	415
<	p = 0,001 << 0,05			



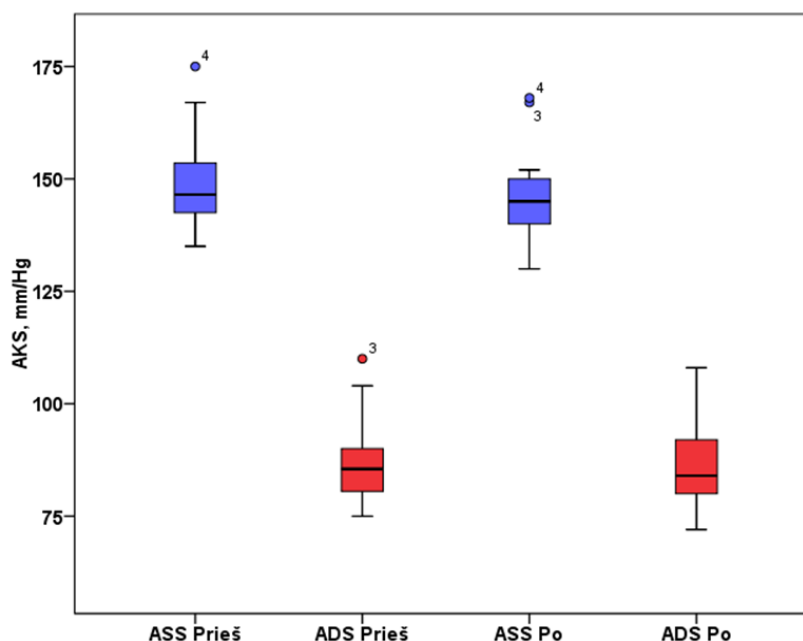
3 pav. Per 6 min. nueito atstumo skirstiniai prieš ir po intervencijos

Apskaičiuota statistinio patikimumo lygmens vertė  $p = 0,001$  leidžia teigti, kad per 6 min. ėjimo testą nustatytas statistiškai reikšmingas atstumo padidėjimas, be to, ženkliai pasikeitė grupės rezultatų pasiskirstymas (3 pav.).

Analizuojant kraujo spaudimo pokyčius, pažymėtina skirtinga sistolinio ir diastolinio AKS dinamika. Nors abiem atvejais vidutinės vertės praktiškai nepasikeitė (3 lentelė), Wilcoxon kriterijus ASS atveju rodo statistiškai reikšmingus skirstinių pokyčius ( $p = 0,040$ ). Tuo tarpu ADS įverčiai per intervencijos laikotarpį reikšmingai nepasikeitė ( $p = 0,062$ ).

**3 lentelė. Arterinis kraujo spaudimas (mm/Hg)**

		Vidurkis	Stand. nuokrypis	Min	Max
ASS	Prieš	149,31	10,80	135	175
	Po	146,19	10,21	130	168
Wilcoxon kriterijus	$p = 0,040 < 0,05$				
ADS	Prieš	87,25	9,22	75	110
	Po	87,25	10,31	72	108
Wilcoxon kriterijus	$p = 0,062 > 0,05$				



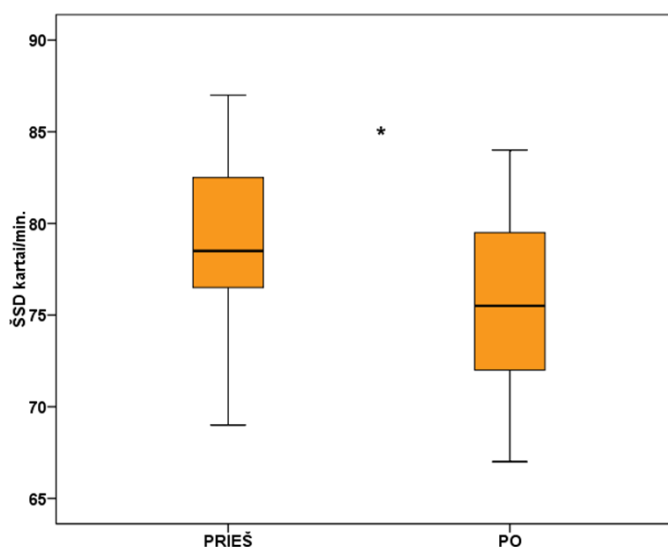
**4 pav. Arterinio sistolinio (ASS) ir diastolinio (ADS) kraujo spaudimo skirstiniai prieš ir po intervencijos**

Baigiamajame darbe taip pat buvo patikrinta prielaida, kad aerobikos pratybos turės įtakos nuo narkotinių medžiagų priklausančių asmenų širdies susitraukimų dažniui (4 lentelė). Iš tikrųjų,

Wilcoxon kriterijus ( $p = 0,001$ ) rodo statistiškai labai reikšmingą ŠSD sumažėjimą ir skirstinių simetrijos pasikeitimą (5 pav.). Dviejų pacientų (Nr. 3 ir Nr.4) duomenys yra išskirtiniai.

**4 lentelė. Širdies susitraukimo dažnis (kartai /min)**

	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Min	Max
Prieš intervenciją	79,13	4,84	69	87
Po intervencijos	76,06	4,92	67	84
Wilcoxon kriterijus	$p = 0,001 \ll 0,05$			



**5 pav. Širdies susitraukimo dažnio (ŠSD) skirstiniai prieš ir po intervencijos**

Analizuojant subjektyvaus fizinio krūvio intensyvumo (nuovargio) suvokimą pagal Borg'o skalę, buvo padaryta prielaida, kad po aerobikos pratybų fizinį krūvį tiriamieji suvoks kaip lengvesnį, lyginant su aerobikos programos pradžia. Tačiau rezultatai šios prielaidos nepatvirtino: prieš intervenciją 9 pacientai fizinį krūvį suvokė kaip nedidelį (2 balai), o 7 pacientai kaip vidutinį (3 balai); po intervencijos 6 pacientai fizinį krūvį suvokė kaip nedidelį, o 10 pacientų – kaip vidutinį.

**5 lentelė. Subjektyviai suvokiamo fizinio krūvio intensyvumo įvertinimas (balai)**

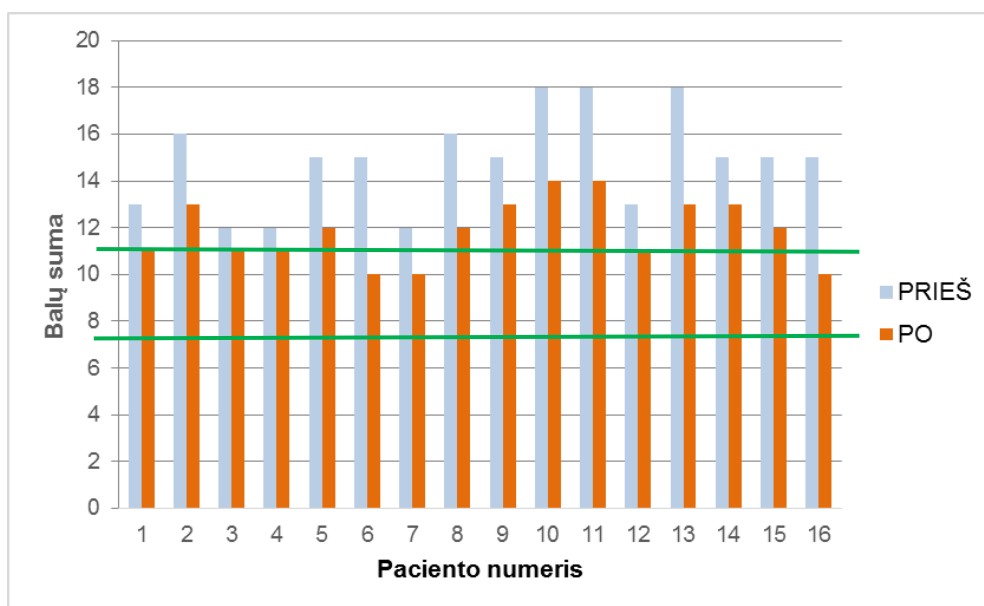
	Vidurkis	Stand. nuokrypis	Min	Max
Prieš intervenciją	2,44	0,51	2	3
Po intervencijos	2,63	0,50	2	3
Wilcoxon kriterijus	$p = 0,083 > 0,05$			

Vieniems pacientams jų suvokiamas nuovargis padidėjo, kitiems – sumažėjo, bet išliko 2 – 3 balų intervale. Statistiškai reikšmingo pokyčio nerodo ir apskaičiuotas Wilcoxon kriterijus ( $p$

= 0,083). Tokį rezultatą, objektyviai gerėjant kitiems ŠKS funkcionavimą apibūdinantiems kintamiesiems, galima būtų aiškinti Borgo skalės įverčių neapibrėžtumu, t. y. tiriamiesiems sunku išskirti skirtingus nuovargio lygius ir jie renkasi tik „nedidelį“ arba „vidutinį“.

### 3.2. Psichosocialinės rehabilitacijos poveikis tiriamųjų psichoemocinei būklei

Nuo narkotinių medžiagų priklausomiems asmenims būdingos gretutinės ligos – depresija, nerimas ir asmenybės sutrikimai. Tyrime buvo analizuojami VPLC pacientų psichoemocinės būklės pokyčiai per kompleksinės psichosocialinės rehabilitacijos laikotarpį, taikant ne tik psichologo ir socialinio darbuotojo konsultacijas, bet ir fizinę veiklą. Reikia pažymėti, kad psichoemocinei būklei turėjo įtakos visi paminėti veiksniai. Jos vertinimui buvo panaudoti du metodai – paciento pildomas HAD nerimo ir depresijos klausimynas bei tyrėjo pildomas HAM–N depresijos klausimynas.

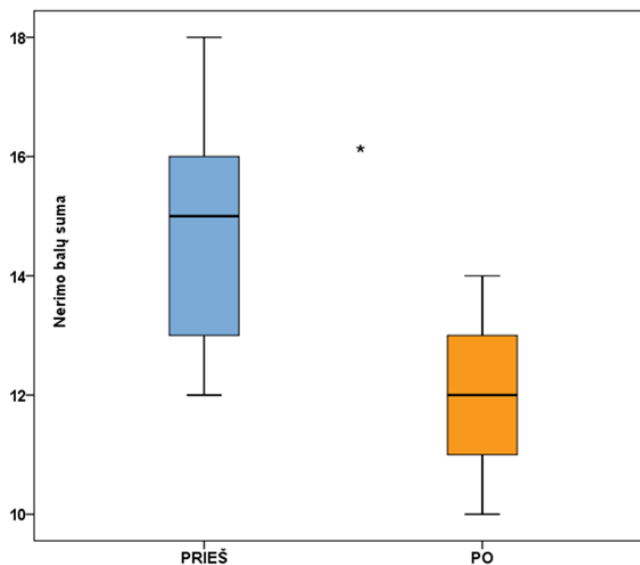


6 pav. Kiekvieno paciento nerimo įvertinimas pagal HAD skalę (balais) prieš ir po intervencijos

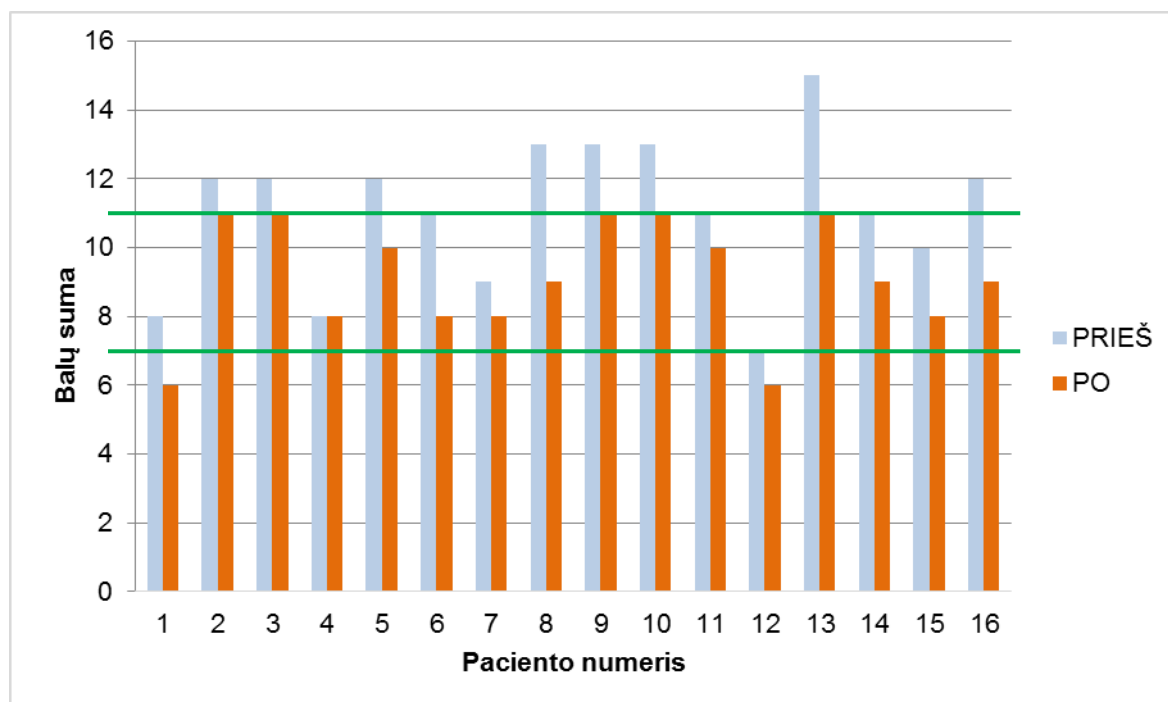
6 lentelė. Nerimo įvertinimas pagal HAD skalę (balai)

	Vidurkis	Stand. nuokrypis	Min	Max
Prieš intervenciją	14,88	2,06	12	18
Po intervencijos	11,88	1,36	10	14
Wilcoxon kriterijus	p = 0,000 << 0,05			

Nerimo įvertinimo histogramoje (6 pav.) galima matyti, kad absoliučiai visų pacientų nerimo įverčiai prieš ir po intervencijos viršijo 11 balų ribą – lygį, virš kurio prasideda stipriai išreikštas nerimas. Absoliučiai visų pacientų nerimas po 30 dienų trukusios reabilitacijos sumažėjo. Pradžioje nerimo rodiklių vidurkis buvo  $14,88 \pm 2,06$  balo, po intervencijos –  $11,88 \pm 1,36$  balo (6 lentelė). Šis pokytis yra laikytinas statistiškai itin reikšmingu ( $p = 0,000$ ). Psichosocialinės reabilitacijos poveikyje pasikeitė ir nerimo vertinimo skirstiniai (7 pav.). Tačiau pažymėtina, kad nei vieno paciento nerimo įverčiai po reabilitacijos nepasiekė 7 balų ribos, žemiau kurios nerimą galima laikyti neišreikštu.



7 pav. Nerimo vertinimo pagal HAD skalę skirstiniai prieš ir po intervencijos

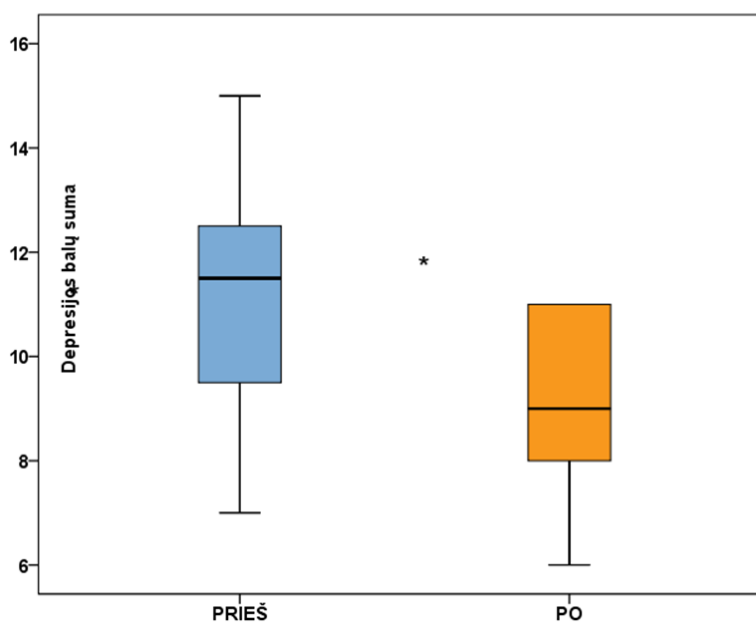


8 pav. Kiekvieno paciento depresijos įvertinimas pagal HAD skalę (balais) prieš ir po intervencijos

Analizuojant depresyvos nuotaikos histogramą (8 pav.) matome kad tik vieno paciento būklė neviršija 7 balų ribos, žyminčios neišreikštą depresiją, o aštuonių pacientų būklė įvertinta kaip rodanti stipriai išreikštą depresiją. Pradžioje depresijos rodiklių vidurkis buvo  $11,06 \pm 1,18$  balo, po intervencijos –  $9,13 \pm 1,71$  balo (7 lentelė). Šis pokytis yra laikytinas statistiškai labai reikšmingu ( $p = 0,001$ ). Po 30 dienų trukusios reabilitacijos tik vieno paciento (Nr.4) būklė nepasikeitė, visų kitų – pagerėjo, be to, pasibaigus reabilitacijai nei vieno paciento būklės negalima įvertinti kaip stipriai išreikštos depresijos. Ženkliai pasikeitę depresijos vertinimo skirstiniai pateikti 9 paveiksle.

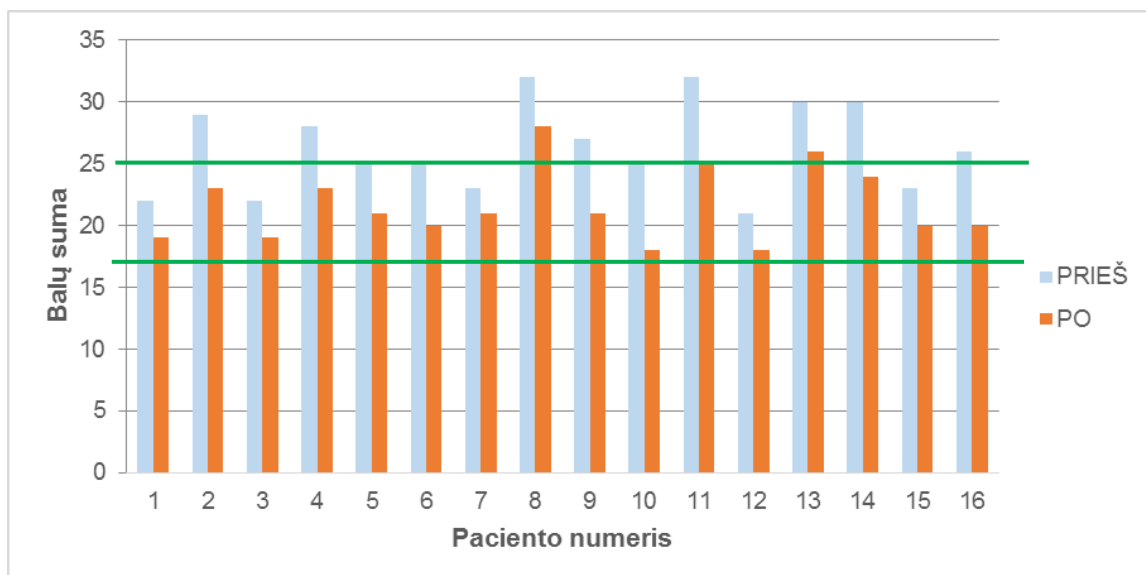
**7 lentelė. Depresijos įvertinimas pagal HAD skalę (balai)**

	Vidurkis	Stand. nuokrypis	Min	Max
Prieš intervenciją	11,06	2,18	7	15
Po intervencijos	9,13	1,71	6	11
Wilcoxon kriterijus	$p = 0,001 \ll 0,05$			



**9 pav. Depresijos vertinimo pagal HAD skalę skirstiniai prieš ir po intervencijos**

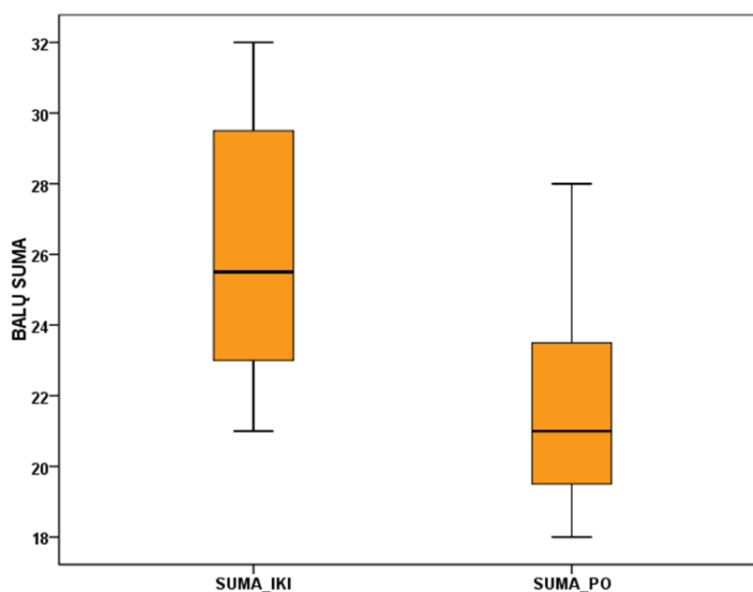
Nerimo vertinimo rezultatai pagal HAM-N skalę pateikti 8 lentelėje bei 10 ir 11 paveiksluose. Kaip ir HAD skalės atveju, šiame metode skiriami trys lygiai: iki 17 balų – lengvas sutrikimas; 18-24 – vidutinio sunkumo sutrikimas; nuo 25 balų – stiprus sutrikimas.



10 pav. Kiekvieno paciento nerimo įvertinimas pagal HAM-N skalę (balais) prieš ir po intervencijos

8 lentelė. Nerimo įvertinimas pagal HAM-N skalę (balai)

	Vidurkis	Stand. nuokrypis	Min	Max
Prieš intervenciją	26,25	3,61	21	32
Po intervencijos	21,63	2,94	18	28
Wilcoxon kriterijus	$p = 0,000 \ll 0,05$			



11 pav. Nerimo vertinimo pagal HAM-N skalę skirstiniai prieš ir po intervencijos



Nerimo įvertinimo histogramoje (10 pav.) galima matyti, kad absoliučiai visų pacientų nerimo įverčiai prieš ir po intervencijos viršijo 17 balų ribą – lygį, virš kurio prasideda lengvas sutrikimas. Kaip ir HAD nerimo skalės atveju, absoliučiai visų pacientų nerimas po 30 dienų trukusios reabilitacijos sumažėjo. Pradžioje nerimo rodiklių vidurkis buvo  $26,25 \pm 3,61$  balo, po intervencijos –  $21,63 \pm 2,94$  balo (8 lentelė). Kaip ir HAD nerimo skalės atveju, šis pokytis yra laikytinas statistiškai itin reikšmingu ( $p = 0,000$ ). Kaip ir HAD nerimo skalės atveju, nei vieno paciento nerimo įverčiai po reabilitacijos nepasiekė 17 balų ribos, žemiau kurios sutrikimą galima laikyti lengvu (HAD skalėje – neišreikštu). Reikšmingą pokytį iliustruoja nerimo vertinimo pagal HAM-N skalę skirstinių prieš ir po intervencijos palyginimas, pateiktas 11 paveiksle.

### 3.3. Psichosocialinės reabilitacijos įtaka tiriamųjų gyvenimo kokybei

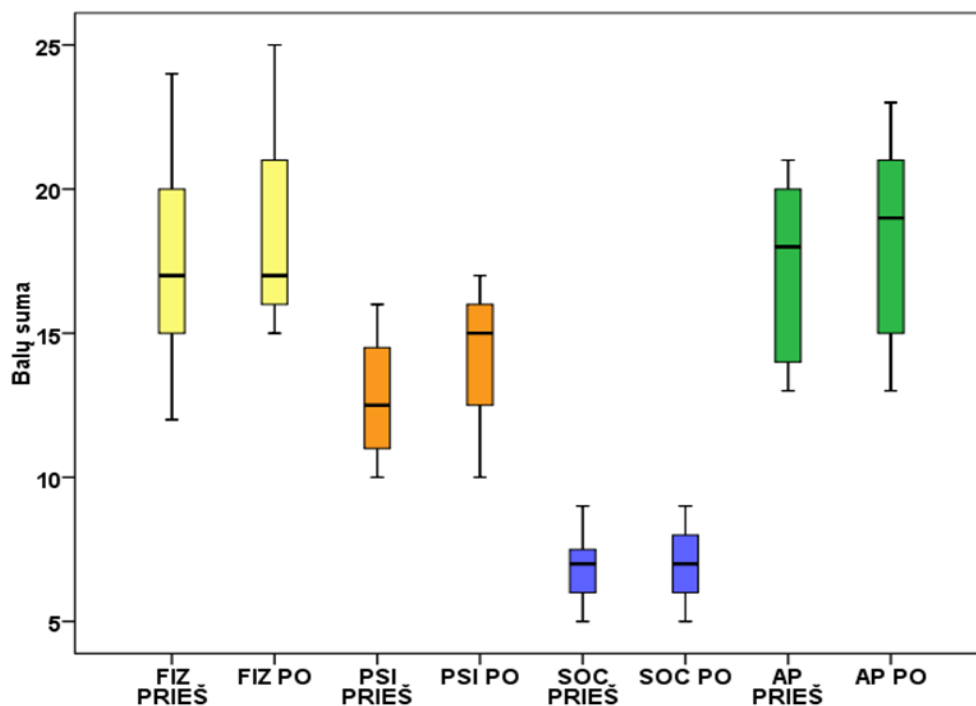
Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės kompleksinis pokytis galėtų būti esminga psichosocialinės reabilitacijos, papildytos taikomąja fizine veikla, efektyvumo charakteristika. Be to, ji realizuoja biopsichosocialinę prieigą reabilitacijoje, grindžiamą sveikatos fizinės, psichinės ir socialinės dedamųjų sąveiką, atsižvelgiant ir į aplinkos sąlygas. Gyvenimo kokybei vertinti buvo panaudotas Pasaulio sveikatos organizacijos klausimyno WHOQOL-100 sutrumpintas variantas WHOQOL-BREF. Statistinės duomenų analizės sąvadas pateiktas 9 lentelėje.

9 lentelė. Gyvenimo kokybės dedamųjų įvertinimas (balai)

Gyvenimo kokybės dedamosios		Vidurkis	Stand. nuokrypis	Min	Max
FIZINĖ	Prieš	17,25	3,49	12	24
	Po	18,38	2,85	15	25
Wilcoxon kriterijus $p = 0,011 < 0,05$					
PSICHIKOS	Prieš	12,88	2,22	10	16
	Po	14,25	2,18	10	17
Wilcoxon kriterijus $p = 0,002 \ll 0,05$					
SOCIALINĖ	Prieš	6,81	1,22	5	9
	Po	6,94	1,34	5	9
Wilcoxon kriterijus $p = 0,317 > 0,05$					
APLINKOS	Prieš	17,19	2,97	13	21
	Po	18,31	3,26	13	23
Wilcoxon kriterijus $p = 0,017 < 0,05$					

Adaptuoto krūvio aerobika turėtų daryti tiesioginės įtakos gyvenimo kokybės fizinei dedamajai. Klausimyne jai skirti 7 klausimai, kurių esmę, matyt, geriausiai atspindi vienas iš jų:

„Ar jums pakanka energijos kasdieniniam gyvenimui?“ Iš tikrųjų, šios dedamosios tikėtiną pagerėjimą rodo jos įverčių vidurkio padidėjimas nuo  $17,25 \pm 3,49$  iki  $18,38 \pm 2,85$  balo, reabilitacijos programos pradžioje ir pabaigoje, atitinkamai. Šis rezultatas laikytinas statistiškai reikšmingu ( $p = 0,011$ ), o teiginį patvirtina ir atitinkamų skirstinių palyginimas (12 pav.).



**12 pav. Gyvenimo kokybės dedamųjų vertinimo skirstiniai prieš ir po intervencijos ( FIZ – fizinė, PSI – psichikos, SOC – socialinė, AP – aplinkos)**

Psichikos dedamosios pokyčiai turėtų atspindėti visų reabilitacijos komandos narių (psichologo, socialinio darbuotojo ir TFV specialisto) veiklos integralų rezultatą. Psichikos dedamajai klausimyne skirti 6 klausimai, kuriuos apibendrintai galima apibūdinti kaip atspindinčius asmens savivertę. Psichikos dedamosios atveju suskaičiuotas Wilcoxon kriterijus  $p = 0,002$  rodo statistiškai labai reikšmingą pokytį, o įverčio vidurkis padidėjo nuo  $12,88 \pm 2,22$  iki  $14,25 \pm 2,18$  balo, atitinkamai pasikeitė ir šios dedamosios vertinimo skirstiniai.

Gyvenimo kokybės socialinei dedamajai WHOQOL-BREF klausimyne skirti tik 3 klausimai apie socialinius ryšius. Įverčių vidurkiai ir Wilcoxon kriterijus ( $p = 0,317$ ) nesuteikia informacijos apie statistiškai reikšmingus pokyčius, tai patvirtina praktiškai nepasikeitę atitinkami skirstiniai (12 pav.). Tokį rezultatą galėtų sąlygoti ta aplinkybė, kad būtent ši dedamoji labiausiai priklauso nuo tiriamojo artimųjų ir draugų, kurie psichosocialinės reabilitacijos poveikio tiesiogiai nepatyrė.

Gyvenimo kokybės aplinkos dedamosios įvertį formuoja 8 klausimai, atspindintys paciento požiūrį į gyvenimo sąlygas. Stebimi per psichosocialinės reabilitacijos laikotarpį pokyčiai yra

panašaus patikimumo lygmens kaip ir fizinės dedamosios atveju ( $p = 0,017$ ), o įverčio vidurkis padidėjo nuo  $17,19 \pm 2,97$  iki  $18,31 \pm 3,26$  balo. Kaip ir fizinės dedamosios atveju, aplinkos dedamosios skirstiniams prieš ir po intervencijos būdinga didelė sklaida.

**10 lentelė. Gyvenimo kokybės dedamųjų įvertinimų tarpusavio sąsajos po intervencijos: Spearman koeficientas (r) ir patikimumo lygmuo (p)**

Gyvenimo kokybės dedamosios	FIZINĖ		PSICHIKOS		SOCIALINĖ		APLINKOS	
	r	p	r	p	r	p	r	p
FIZINĖ	-	-	0,488	0,055	0,174	0,519	0,556	<b>0,025</b>
PSICHIKOS	0,488	0,055	-	-	0,288	0,279	0,409	0,155
SOCIALINĖ	0,174	0,519	0,288	0,279	-	-	0,018	0,949
APLINKOS	0,556	<b>0,025</b>	0,409	0,155	0,018	0,949	-	-

Ar gyvenimo kokybės dedamosios, įvertintos panaudojant WHOQOL-BREF klausimyną, yra susijusios tarpusavyje? Apskaičiuoti porų Spearman koreliacijos koeficientai ir atitinkami patikimumo lygmenys (10 lentelė) pakankamai patikimą teigiamą sąsają rodo tik vienu atveju – tarp fizinės ir aplinkos dedamosios ( $p = 0,025 < 0,05$ ); t. y. gerėjant fizinei būklei, gerėja subjektyvus pasitenkinimas aplinkos sąlygomis. Tačiau šią sąsają interpretuoti kaip priežasties-pasekmės ryšį („geresnė fizinė būklė sąlygoja pozityvesnį požiūrį į aplinkos sąlygas“) nėra pagrindo, nes aplinkos dedamoji apima tiek materialiuosius, tiek nematerialiuosius aspektus, kuriuos būtų sunku sieti tik su asmens fizine sveikata. Šį rezultatą veikia lėmė atsitiktinis atitinkamų skirstinių panašumas.

**11 lentelė. Nerimo ir depresijos įvertinimų pagal HAD skalę sąsajos su gyvenimo kokybės dedamosiomis po intervencijos: Spearman koeficientas (r) ir patikimumo lygmuo (p)**

Gyvenimo kokybės dedamosios HAD įvertinimai	FIZINĖ		PSICHIKOS		SOCIALINĖ		APLINKOS	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Nerimas	0,400	0,124	0,438	0,089	-0,12	0,966	0,476	0,062
Depresija	0,226	0,399	0,321	0,226	-0,403	0,122	0,717	<b>0,002</b>

Analogiškai, atsitiktiniu rezultatu būtų galima laikyti teigiamą koreliaciją tarp subjektyviai vertinamos depresijos ir gyvenimo kokybės aplinkos dedamosios: sąsaja tarp depresijos ir psichikos dedamosios būtų racionali, tačiau statistinė analizė to nepatvirtino.

#### 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Aptariant tiriamųjų būklės pokyčius, reikia atkreipti dėmesį, kad pacientų, turinčių priklausomybės nuo narkotinių medžiagų sindromą, VPLC psichosocialinė rehabilitacija yra sudėtingas procesas, apimantis fizinius, psichologinius, socialinius rehabilitacijos veiksmus. Jų sąveika, savo ruožtu, inicijuoja integralios, subjektyviai suvokiamos gyvenimo kokybės pokyčius.

Psichosocialinės rehabilitacijos programos, įgyvendinamos VPLC, naujovė – adaptuoto krūvio aerobikos pratybos, vykstančios du kartus per savaitę (iš viso 8 treniruotės per 30 dienų trukmės programą). Fizinio pajėgumo padidėjimą demonstruoja 6 minučių ėjimo testo rezultatai: per šį laiką nueito atstumo vidurkis padidėjo nuo  $378 \pm 24$  iki  $393 \pm 16$ , m, esant patikimumo lygmeniui  $p = 0,001 \ll 0,05$ .

Širdies susitraukimų dažnis, ŠSD, yra vienas populiariausių parametrų vertinant širdies ir kraujagyslių sistemos, ŠSD, funkcionavimą. Atliktame tyrime vertinant ŠSD, Wilcoxon kriterijus ( $p = 0,001$ ) rodo statistiškai labai reikšmingą ŠSD sumažėjimą ir skirstinių simetrijos pasikeitimą, tačiau apskaičiuotiems vidurkiams turėjo įtakos dviejų pacientų stipriai besiskiriantys nuo likusiųjų tiriamųjų duomenys.

Vertinant arterinio kraujospūdžio pokyčius, reikia pažymėti skirtingą ASS ir ADS dinamiką: registruotas statistiškai reikšmingas teigiamas ASS pokytis ( $p = 0,040$ ), o ADS įverčiai per intervencijos laikotarpį reikšmingai nepasikeitė ( $p = 0,062$ ).

Remiantis mokslininkų tyrimais, reguliarus ištvėrę lavinantis fizinis aktyvumas didina ŠKS pajėgumą [1], mažina šios sistemos ligų riziką, sukelia funkcinis ir morfologinius ŠKS pokyčius bei netiesiogiai prisideda prie gyvenimo kokybės gerinimo [2,3]. Atsižvelgiant į tiriamųjų ypatumus, fizinės veiklos trukmė, pobūdis ir intensyvumas yra svarbūs veiksniai ir gali būti esminiai ne tik sėkmingam dalyvavimui fizinėje veikloje, bet ir psichoemocinės būklės bei ŠKS pajėgumo gerėjimui. Užsienio mokslininkų [4] darytame tyrime buvo pateikti fizinio pajėgumo testo rezultatai, atlikti taikant fizinę veiklą narkotines medžiagas vartojusių paauglių rehabilitacijoje. Rezultatai parodė statistiškai reikšmingą fizinio pajėgumo padidėjimą po intervencijos. Fizinio pajėgumo bei sveikatos būklės pagerėjimą po fizinio aktyvumo pažymi ir daugiau autorių [5, 6, 7, 8].

AKS reakcija į fizinį krūvį yra susijusi su ŠKS funkcinėmis galimybėmis [9], didinant fizinį krūvį, ASS kils dėl padidėjusios širdies raumens apkrovos [11]. Mažo ir vidutinio intensyvumo krūvio atveju ADS nesikeičia [12]. Kita vertus, yra tyrimų, kuriuose ŠKS pajėgumas per keturių savaitių trukmės fizinio aktyvumo programą nepagerėjo [13 -16]. Reikia pažymėti, kad ŠKS pajėgumą lavinančių metodikų tyrimuose nustatyta, kad rekomenduojamas aerobikos pratybų dažnis yra 3-5 kartai per savaitę yra [17,18]. Fizinio aktyvumo programa turėtų būti taikoma ne

trumpiau 8–12 savaičių [17, 19]. Nemaža autorių teigia, kad organizmui adaptuojantis prie fizinio krūvio, tampa aktyvesnė parasimpatinė nervų sistema, gerėja miokardo veikla, todėl ŠSD mažėja [12, 20–23].

Baigiamojo darbo rezultatai, kuomet tiriamųjų ADS statistiškai reikšmingai nepakito, rodo, kad VPLC taikyta adaptuoto krūvio aerobikos programa atitinka pacientų ŠKS pajėgumą. Apibendrinant galima teigti, kad, norint optimizuoti fizinės veiklos poveikį sergančiųjų priklausomybės ligomis ŠKS funkcijoms, parenkant treniruočių dažnį, intensyvumą ir pobūdį, tyrimus reikėtų tęsti.

Nerimas ir depresija yra būdingi, dažniausiai diagnozuojami sergančiųjų priklausomybės ligomis būklės sutrikimai. Gydomiems nuo priklausomybės narkotinėms medžiagoms depresijos ir nerimo simptomai pasireiškia daugiau 50 proc. atvejų [24]. Lietuvos ir užsienio mokslininkų tyrimų išvados [13, 25-27] rodo, kad fizinis aktyvumas yra labai svarbi kompleksinio gydymo dalis gydant įvairaus sunkumo depresiją.

Svarus argumentas, pagrindžiantis VPLC taikytos psichosocialinės reabilitacijos, papildytos fizinio aktyvumo komponentu, sėkmę yra statistiškai reikšmingai sumažėjęs nerimas. Tiek vertinant pokyčius pagal HAD nerimo skalę (klausimyną pildo tiriamieji), tiek ir pagal Hamilton depresijos skalę (klausimyną pildo tyrėjas) gautas itin reikšmingas pokytis: abiem atvejais Wilcoxon kriterijus  $p = 0,000 \ll 0,05$ . Nerimo įverčių vidurkiai sumažėjo atitinkamai nuo  $14,88 \pm 2,06$  iki  $11,88 \pm 1,36$  balo (HAD) ir nuo  $26,25 \pm 3,61$  iki  $21,63 \pm 2,94$  balo (HAM\_N) po intervencijos.

Vertinant tiriamųjų nuotaikas pagal HAD depresijos skalę, taip pat fiksuojamas statistiškai labai reikšmingas būklės pagerėjimas ( $p = 0,001 \ll 0,05$ ): depresijos įverčių vidurkiai šiuo atveju sumažėjo nuo  $11,06 \pm 1,18$  iki  $9,13 \pm 1,71$  balo, po intervencijos.

Statistiškai labai reikšmingą psichoemocinės būklės pagerėjimą rodo ir gyvenimo kokybės psichikos dedamosios įverčio vidurkis, padidėjęs nuo  $12,88 \pm 2,22$  iki  $14,25 \pm 2,18$  balo, Wilcoxon kriterijus  $p = 0,002 \ll 0,05$ .

Nerimo sumažėjimas po vidutinio intensyvumo fizinės veiklos taikymo psichosocialineje reabilitacijoje demonstruojamas įvairiuose tyrimuose [4,29-31]. Mokslininkų teigimu, fizinė veikla savo poveikiu yra panaši į antidepresantų poveikį, todėl turi būti taikoma kartu su kitomis psichosocialinės reabilitacijos intervencijomis gydant lengvo ir vidutinio sunkumo depresiją [32]. Skirtingi autoriai pabrėžia, kad kuo aukštesnis yra depresijos laipsnis, tuo prastesnis yra subjektyvus tiriamųjų gyvenimo kokybės vertinimas [33,34].

Remiantis šio baigiamojo darbo rezultatais galima pagrįstai teigti, kad adaptuoto krūvio aerobika turėjo teikiamos įtakos pacientų fiziniam pajėgumui ir, tikėtina, subjektyviai įvertintos gyvenimo kokybės fizinei dedamajai. Tačiau fizinės veiklos poveikio psichoemociinei būklei

nepavyko išskirti, nes dėl didelio psichosocialinės reabilitacijos programos dalyvių atkryčio nepavyko suformuoti kontrolinės grupės, kurios nariai nedalyvautų aerobikos treniruotėse dėl objektyvių priežasčių: trofinių opų, ūminių susirgimų bei neigiamo vertinimo pagal Pasirengimo fiziniam aktyvumui klausimyną. Šią problemą reikėtų spręsti ateities tyrimuose.

Vertinant gyvenimo kokybę, subjektyviai įvertintos fizinė, psichikos, socialinė ir aplinkos dedamosios transformuojamos į objektyvų skaitmeninį rezultatą [35]. Be to, gyvenimo kokybės pokyčio vertinimas yra perspektyvus metodas apibūdinti kompleksinės reabilitacijos efektyvumą. Pirmieji įverčiai rodo statistiškai reikšmingą jos trijų dedamųjų – fizinės, psichinės ir socialinės – dinamiką, tačiau tirta imtis buvo nepakankama, todėl tyrimą reikėtų tęsti.

## 5. IŠVADOS

Hipotezė apie gyvenimo kokybės, jos fizinės, psichikos, socialinės ir aplinkos dedamųjų pokyčio įvertinimo adekvatumą nustatant priklausomų nuo narkotinių medžiagų asmenų psichosocialinės reabilitacijos efektyvumą, preliminariai pasitvirtino. Kadangi tirta imtis buvo nepakankama, siekiant hipotezės išsamaus pagrindimo, tyrimą reikėtų tęsti.

4. Adaptuoto krūvio aerobika, integruota į VPLC psichosocialinės reabilitacijos programą, teigiamai paveikė tiriamųjų ŠKS pajėgumą. Tai statistiškai reikšmingai patvirtina 6 minučių ėjimo testo rezultatai: per šį laiką nueito atstumo vidurkis padidėjo nuo  $378 \pm 24$  iki  $393 \pm 16$  m, esant patikimumo lygmeniui  $p = 0,001 \ll 0,05$ . Kraujospūdis ASS per intervencijos laikotarpį statistiškai reikšmingai sumažėjo ( $p = 0,040$ ). ADS įverčiai reikšmingai nepasikeitė ( $p = 0,062$ ), todėl galima teigti, kad taikyta adaptuoto krūvio aerobikos programa atitinka pacientų ŠKS pajėgumą. ŠSD statistiškai reikšmingai sumažėjo ( $p = 0,001 \ll 0,05$ ).
5. Tiriamųjų psichoemocinės būklės pokyčiai, įvertinti HAD ir HAM-N metodais įrodo statistiškai labai reikšmingą nerimo ir depresijos požymių sumažėjimą:  $p = 0,000$  vertinant nerimą pagal HAD ir HAM-N skales;  $p = 0,001$  – vertinant depresiją pagal HAD skalę.
6. Vertinant psichosocialinės reabilitacijos įtaką tiriamųjų gyvenimo kokybei, nustatyta, kad statistiškai reikšmingai pasikeitė fizinė ( $p = 0,011$ ), psichinė ( $p = 0,002$ ) ir aplinkos ( $p = 0,017$ ) dedamosios. Ryškiausi psichikos dedamosios pokyčiai, tikėtina, atspindi visų reabilitacijos komandos narių (psichologo, socialinio darbuotojo ir TFV specialisto) veiklos integralų rezultatą. Socialinės dedamosios pokytis nebuvo statistiškai reikšmingas.



## 6. REKOMENDACIJOS

1. Atliktas tyrimas patikimai įrodo teigiamą adaptuoto krūvio aerobikos poveikį ŠKS ir prisideda prie gyvenimo kokybės fizinės dedamosios pagerėjimo. Siekiant didesnio į gyvenimo kokybės gerinimą orientuotos reabilitacijos efektyvumo, rekomenduojame aerobiką įtraukti į psichosocialinės reabilitacijos programas.
2. Atliktame tyrime adaptuotos aerobikos poveikio tiriamųjų psichoemocinei būklei nepavyko atskirti nuo kitų reabilitacijos komandos narių (psichologo, socialinio darbuotojo) indėlio. Šią problemą rekomenduojame spręsti ateities tyrimuose.

## 7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. 1. Europos narkotikų paplitimo ataskaita. Tendencijos ir pokyčiai, Liuksemburgas, Europos Sąjungos leidinių biuras, 2016.
2. 2. World Drug Report, United Nations, New York, 2016.
3. 3. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964.
4. 4. Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“. Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr. XI-2015.
5. 5. Vilniaus priklausomybės ligų centras, interneto prieiga <http://www.vplc.lt/> [žiūrėta 2017-04-28].
6. Lietuvos Respublikos narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymas. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. sausio 8 d. nutarimas Nr. VIII-602. Teisės aktų registras, interneto prieiga: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CF3E2829B861> [žiūrėta 2017-04-28]
7. Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija (TLK-10-AM / ACHI / ACS) elektroninis vadovas. Interneto prieiga: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp> [žiūrėta 2017-04-28]
8. Dėl Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 21 d. įsakymas Nr. V-788. Teisės aktų registras, interneto prieiga: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.EFE715F163FD/QJUxhXWUpc> [žiūrėta 2017-04-28]
9. World Health Organization. Management of substance abuse. Dependence syndrome. Interneto prieiga: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/) [žiūrėta 2017-04-28]
10. Bulotaitė L. Narkotikai ir narkomanija. Iliuzijos ir realybė. Vilnius: Tyto alba. 2004
11. Van Damme I. Elements of patho-physiology of drug addiction and related consequences. Adelaide. 27 April. 2007
12. Friedman DP, Russche S, False Messengers:How Addictive Drugs Change the Brain. Routledge, ISBN 9-057-02515-9. 2002
13. Craig N. The Addictive Personality:Understanding the Addictive Process and Compulsive Behavior, Hazelden press, ISBN 1-56838-129-8. 1988
14. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network, Publications Office of the European Union, Luxembourg. 2016
15. Grimalauskienė O, Bulotaitė L, Subata E, Javtokas Z, Davidonienė O, Vainauskienė R. Narkotikų vartojimo prevencija bendruomenėje: pirminės sveikatos priežiūros darbuotojo žinynas – Vilnius. 2002
16. Morgan WP. Psychogenic factors and exercise metabolism: a review. [Med Sci Sports Exerc.](#) 1985 Jun;17(3):309-16.

17. [Flemmen G](#), MSc, Wang E. Impaired Aerobic Endurance and Muscular Strength in Substance use Disorder Patients. *Medicine (Baltimore)*. 2015 November; 94(44): e1914.
18. IsHak WW, Greenberg JM, Balayan K, Kapitanski N, et al. Quality of Life: The Ultimate Outcome Measure of Interventions in Major Depressive Disorder. [Harv Rev Psychiatry](#). 2011 Sep-Oct;19(5):229-39
19. Į S A K Y M A S DĖL GYVENTOJŲ FIZINIO PAJĖGUMO TESTAVIMO IR FIZINĖS BŪKLĖS NUSTATYMO METODIKOS TVIRTINIMOM. Nr. V-353. Vilnius. 2006
20. Dicson J. Utilisation de l'indice cardiaque de Ruffier dans le controle medico- sportif. *Med.Educ.Psyc.Sport*. 1950
21. Keen EN, Sloan AW. Observations on the Harvard step test. *Journal of Applied Physiology*, 1958 Sep;13(2):241-3.
22. Oja P, Laukkanen R, Rasanen M, Tyry T, Vuori I. A 2-km walking test for assessing the cardiorespiratory fitness of healthy adults. *Int J Sports Med* 1991;12(4):356-362.
23. American Thoracic Society. ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. [Am J Respir Crit Care Med](#). 2002 Jul 1;166(1):111-7.
24. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. [Med Sci Sports Exerc](#). 1982;14(5):377-81.
25. Subata E, Malinauskaitė A. Asmenų, sergančių priklausomybe nuo opioidų, diagnostika, medikamentinis gydymas ir socialinė pagalba. Vilniaus priklausomybės ligų centras. 2009
26. Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями и шизотипическим расстройством. Москва. 2009
27. Blatchford KE, Diamond K, Westbrook RF, McNally GP. Increased Vulnerability to Stress Following Opiate Exposures: Behavioral and Autonomic Correlates. *Behavioral Neuroscience*. 2005 Vol.119. No 4. 1034-1041
28. Mellion MB. Exercise therapy for anxiety and depression. *Postgrad Med*.1985 Feb 15;77(3):91-3, 95, 98.
29. World Health Organization. The World health report: Mental health, new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001. Interneto prieiga: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1) [žiūrėta 2017-04-28]
30. Palmer C. Exercise as a treatment for depression in elders. *Journal Am Acad Nurse Pract*. 2005 Feb;17(2):60-6.
31. Kaminskaitė T, Bunevičius R. Hamiltono nerimo skalė ir jos naudojimo galimybės. *BIOLOGINĖ PSICHIATRIJA IR PSICHOFARMAKOLOGIJA*. 2009 .11, Nr. 1, p. 53-57.
32. Alseikienė Z. Trumpa psichikos būklės (psichiatrinė) vertinimo skalė. *BIOLOGINĖ PSICHIATRIJA IR PSICHOFARMAKOLOGIJA*. p. 89-94. T. 4, Nr. 2, 2002
33. Burkauskas J, Bunevičius R. HAD skalė: depresijos ir nerimo sutrikimų vertinimo instrumentas. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*. 2013; 15(2) :59-61
34. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An in ven tory for mea sur ing de pres sion. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4(6): 561–71
35. William WK, Zung MD. *A Self-Rating Depression Scale*. 12: *Arch Gen Psychiatry* 1965;12(1):63-70
36. Subata E, Danilevičiūtė V, Adomaitienė V ir kt. Priklausomybės nuo opioidų gydymo metadonu metodika. 2010

37. Staškutė, I. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 2014. 1(6) p. 7–19
38. Dixon T, Lim LL, Oldridge NB. The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: reference data for users. [Qual Life Res.](#) 2002 Mar;11(2):173-83.
39. Rector T.S., Kubo S.H., Cohn J.N. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Heart Failure* 1987;10:11:198–209
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA. WHOQOL-BREF INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING. 1996
41. Merkys G, Brazienė R, Kondrotaitė G. Subjektyvi gyvenimo kokybė kaip socialinis indikatorius: naujosios viešosios vadybos ir darnios plėtros kontekstas. *Socialiniai tyrimai*, 2008, 2(12), p. 63–74.
42. Rakauskienė O G, Servetkienė V. Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2011.
43. Naumann VJ, Byrne GJ. WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *Int Psychogeriatr.* 2004 Jun;16(2):159-73.
44. Oliveira MF, Castro RCM, Calou CGP, et al. Ways to Measuring Quality of Life in Mental Health. Section: Psychiatry and Mental Health Vol. 8 No. 91. 2015
45. Jaiswal P, Dalal PK, Tripathi A, Singh S, Jain S. Relationship of Depression, Disability and Quality of Life in Depressive Patients-A Case Control Study. *J Fam Med - Volume 2 Issue 3 - 2015*
46. Suwalska A, Łacka K et al. Quality of life, depressive symptoms and anxiety in hyperthyroid patients. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku.* Vol. 50, 2005
47. Makara-Studzinska M, Wołyniak M, Kryś K. Influence of Anxiety and Depression on Quality of Life of People with Schizophrenia in the Eastern Region of Poland. *ISRN Psychiatry.* 2012
48. Passos SM, Souza LD. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 31(4):800-814, abr, 2015
49. Franz SI, Hamilton GV. The effects of exercise upon retardation in conditions of depression. *Am. J. Psychiatry* 1905, 62, 239–256.
50. Bingham PB. Minding Our Bodies Literature Review. *Physical Activity and Mental Health Literature Review.* 2009
51. Bernstein EE, McNally RJ. Acute aerobic exercise helps overcome emotion regulation deficits. [Cogn Emot.](#) 2017 Jun;31(4):834-843.
52. Bosscher RJ. Running and mixed physical exercises with depressed psychiatric patients. [International Journal of Sport Psychology](#) 1993 Vol.24 No.2 pp.170-184 ref.61
53. Doynė EJ, Ossip-Klein DJ, Bowman ED, Osborn KM, McDougall- Wilson JB, Neimeyer RA. Running versus weight lifting in the treatment of depression. [J Consult Clin Psychol.](#) 1987 Oct;55(5):748-54.
54. Brown JD, Siegel JM. Exercise as a buffer of life stress: A prospective study of adolescent health. [Health Psychol.](#) 1988;7(4):341-53
55. Martinsen EW Exercise adherence and patients' evaluation of exercise in a comprehensive treatment programme for depression. [Nordic Journal of Psychiatry](#) 43(5):411-415

56. North TC, McCullagh P, Tran ZV. Effect of exercise on depression. *Exerc Sport Sci Rev.* 1990;18:379-415
57. Carek P, Laibstain S, Carek S. Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med.* 2011; 41:15–28.
58. Chaouloff F. Physical exercise and brain monoamines, A review. // *Acta Physiol Scand.* 1989 Sep, 137(1), p. 1–13.]
59. Sarah E. Linke, PHd., Michael Ussher. Exercise-based treatments for substance use disorders: evidence, theory, and practicality. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2015 January ; 41(1): 7–15.
60. [Thomas R. Collingwood](#), [Roger Reynolds](#), [Harold W. Kohl](#) et all. Physical Fitness Effects on Substance Abuse Risk Factors and Use Patterns. *J Drug Educ.* 1991;21(1):73-84.
61. Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transmission.* 2009; 116:777–784.
62. Rimer J, Dwan K, Lawlor DA, Greig CA, McMurdo M, Morley W, Mead GE. Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Rev.* 2012 Jul 11;(7):CD004366.
63. Zschucke E, Heinz A, Strohle A. Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. [ScientificWorldJournal](#). 2012; 2012: 901741
64. Dimeo F., Bauer M., Varahram I., Proest G., Halter U. Benefits from aerobic exercise in patients with major depression, a pilot study. // *Br J Sports Med.* – 2001, 35, p. 114–17
65. Brown RA, Abrantes AM, Read JP et all. A Pilot Study of Aerobic Exercise as an Adjunctive Treatment for Drug Dependence. *Ment Health Phys Act.* 2010 June 1; 3(1): 27–34.
66. Buzienė V, Antul A. Psichosocialinė asmenų, priklausomų nuo psichiką veikiančių medžiagų reintegracija į visuomenę ir į darbo rinką. 2010
67. Roessler KK. Exercise treatment for drug abuse - A Danish pilot study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010 Aug;38(6):664-9
68. Sendžikaitė E. Studentų, lankančių aerobikos pratybas, širdies ir kraujagyslių sistemos bei nerimo ir depresijos simptomų įvertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas. 2009
69. Pollock ML, Gaesser GA, Janus DM et all. ACSM Position stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardioraspiratory and muscular fitness and flexibility in health adults. *Med Sci Sports Exerc.* 1998; 30: 975–991
70. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. 2010
71. Williford HN, Scharff-Olson M, Blessing DL. The physiological effects of aerobic dance: a review. [Sports Med.](#) 1989 Dec;8(6):335-45.
72. Vitartaitė A, Vainoras A, Sedekerskienė S, Poderys J. Sveikatingumo aerobikos pratybų poveikis 30–40 metų moterų širdies ir kraujagyslių sistemos funkciniam rodikliams. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(5)
73. Bernstein EE, McNally RJ. Acute aerobic exercise helps overcome emotion regulation deficits. [Cogn Emot.](#) 2017 Jun;31(4):834-843.
74. Estivill M. Therapeutic aspects of aerobic dance participation. [Health Care Women Int.](#) 1995 Jul-Aug;16(4):341-50.
75. Baublienė R. Moterų asmenybės saviugda aerobikos edukacine sistema : [Rankraštis] : daktaro disertacija: socialiniai mokslai, edukologija (07S) / Lietuvos kūno kultūros institutas. – Kaunas

76. Saudargienė S. Fizinės mankštos poveikis gydant sergančiuosius sunkia depresija. Daktaro disertacija. Kaunas. 2009
77. Carr DB, Bullen BA, Skrinar GS, Arnold MA, Rosenblatt M, et al. Physical conditioning facilitates the exercise induced secretion of beta endorphin and beta lipotropin in women. *N Engl J Med*. 1981;305:560-3.
78. Smith MA, Lynch WJ. Exercise as a Potential Treatment for Drug Abuse: Evidence from Preclinical Studies. *Front Psychiatry*. 2011; 2: 82.
79. Williams SE, Carroll ID, [Veldhuijzen van Zanten JJ](#), [Ginty AT](#). Anxiety symptom interpretation: A potential mechanism explaining the cardiorespiratory fitness–anxiety relationship. *J Affect Disord*. 2016 Mar 15;193:151-6
80. Priklausomybės sunkumo indeksas. Leidejas: Vilniaus priklausomybės ligų centras, 2010
81. Wilcoxon F. Individual Comparisons by Ranking Methods. *Biometrics Bulletin*, 1945, vol.1, No. 6, p. 80-3.
82. Kerby D S. The simple difference formula: an approach to teaching nonparametric correlation. *Comprehensive Psychology*, 2014, vol. 3, article 1, p. 1-10.
83. Čekanavičius V, Murauskas G. Statistika ir jos taikymai. I dalis. Vilnius: TEV, 2000, 240 p.
84. Pukėnas K. Kokybinių duomenų analizė SPSS programa. Kaunas: LKKA, 2009, 93 p.
85. Keyser RE, Woolstenhulme JG, Chin LM, Nathan SD, Weir NA, Connors G, et al. Cardiorespiratory function before and after aerobic exercise training in patients with interstitial lung disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2015;35(1):47–55.
86. O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL. et al. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA*. 2009 Apr 8;301(14):1439-50.
87. Bocalini DS, Santos L, Serra AJ. Physical exercise improves the functional capacity and quality of life in patients with heart failure. *Clinics (Sao Paulo)*. 2008 Aug;63(4):437-42.
88. Алексеевич М. Адаптивное физическое воспитание в системе реабилитации больных наркоманией. Москва 2001.
89. Roessler KK. Exercise treatment for drug abuse - A Danish pilot study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010; 38(6):664–669.
90. Knapen J, Vancampfort D, Morien Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disabil Rehabil*. 2015;37(16):1490-5.
91. Shephard RD, Balady GJ. Exercise as cardiovascular therapy. *Circulation*, 99: 963-972. 1999.
92. Laughlin MJ. Cardiovascular response to exercise. *Am J Physiol*. 1999 Dec;277(6 Pt 2):S244-59.
93. Carter JB, Banister EW, Blaber AP. Effect of endurance exercise on autonomic control of heart rate. *Sports Med*. 2003;33(1):33-46.
94. Saudargienė S, Podlipskytė A, Varoneckas G, Fizinės mankštos poveikis sergančiųjų depresija širdies ir kraujagyslių funkinei būklei, miego ir gyvenimo kokybei, Sveikatos mokslai, Vilnius : Sveikata, 2008, t. 18, Nr. 5(59), p. 1880-1886.
95. Saudargienė S, Varoneckas G, Podlipskytė A, Bunevičius R, Fizinės mankštos įtaka nerimo simptomams, nuotaikai, miegui ir su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, gydant sunkų depresijos epizodą, / S. Saudargienė, A. Podlipskytė, G. Varoneckas, 2008, t. 18, Nr. 5(59),

- p. 1880-1886.
96. Genovaitė.M., Taikomoji fizinė veikla depresija sergančiųjų psichosocialinėje reabilitacijoje. Magistro darbas. Šiauliai. 2013 .
  97. Gitienė.D. Kineziterapijos poveikis sergantiems depresija. Magistro darbas. Kaunas. 2011
  98. Freimark D, Shechter M, Schwammenthal E, Tanne D, Elmaleh E, Shemesh Y, et al. Improved exercise tolerance and cardiac function in severe chronic heart failure patients undergoing a supervised exercise program. *Int J Cardiol.* 2007;116:309-14. 51.
  99. Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ. Exercise training meta-analysis of trial in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ.* 2004;328(7433):189.
  100. Giannuzzi P, Tavazzi, Meyer K, Drexler H, Dubach P, Meyers J, et al. Recommendations for exercising training in chronic heart failure patients. *Eur Heart J.* 2001;22:125-35.
  101. Dishman RK, Nakamura Y, Garcia ME., et all. Heart rate variability, trait anxiety, and perceived stress among physically fit men and women. *Int J Psychophysiol.* 2000 Aug;37(2):121-33.
  102. Hounker M, Schmidt-Trucksass A, Heiss HW, Keul J. Effects of physical training and age-induced structural and functional changes in cardiovascular system and skeletal muscles. *Z Gerontol Geriatr.* 2002 Apr;35(2):151-6.
  103. Peterson LR, Rinder MR, Schechtman KB, Spina RJ, Glover KL, Villareal DT., et al. Peak exercise stroke volume: associations with cardiac structure and diastolic function. *J Appl Physiol (1985).* 2003 Mar;94(3):1108-14. Epub 2002 Nov 8.
  104. Čiūras E, Navickas A, Danilevičiūtė V. Pacientų, gydomų nuo priklausomybės opioidiniams narkotikams ir alkoholiui, depresijos sunkumo ir savižudybės rizikos bei socialinių demografinių rodiklių palyginimas. Sveikatos mokslai/Health Sciences. 2014.
  105. Pūras D, Kolaitienė J. *Refleksoterapijos vaidmuo depresinių susirgimų gydyme.* Destigmatizacija psichiatrijoje: problemos ir sprendimai. (p.156). Kaunas : Lietuvos psichiatrų asociacija. 1999.
  106. Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, et al. ( 2007). *Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder.* *Psychosom Med, Sep-Oct, 69(7), 587-596.*
  107. Deslandes A, Moraes H, Ferreira C, Veiga H, Silveira,. et all. *Exercise and mental health: many reasons to move.* *Neuropsychobiology,59(4),191-198.* 2009.
  108. Smits, JAJ.; Berry, AC.; Powers, MB.; Greer, TL.; Otto, MW. The promise of exercise interventions for the anxiety disorders. In: Zvolensky, MJ.; Smits, JAJ., editors. *Anxiety in health behaviors and physical illness.* New York: Springer; 2008
  109. Wolff E, Gaudlitz K, Plag J et all. Exercise and physical activity in mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2011) 261 (Suppl 2):S186–S191.*
  110. Pukelienė, V.; Starkauskienė, V. Gyvenimo kokybę sąlygojantys veiksniai ir jos vertinimo kompleksiškas. *Inžinerinė ekonomika.* 2011;22(2): 156.
  111. Колотилин М.Г. Сравнительный анализ клинико-психопатологических расстройств и качества жизни при формировании опиоидной наркомании для разработки дифференцированных подходов к терапии. Москва – 2014 г.

## 8. PRIEDAI

### 1 PRIEDAS

#### AEROBIKOS PROGRAMOS APRAŠAS

##### 1. Apšilimas

Apšilimo uždavinys – parengti paciento organizmą fiziniam krūviui: atliekami pratimai rankoms, pečių juostai, liemeniui, kojoms, siekiant apimti visas raumenų grupes. Pratimai atliekami vidutiniu tempu, krūvio intensyvumas pamažu didėja.

##### **Pagrindiniai pratimai:**

- galvos palenkimas į kairę ir į dešinę pusę, stengiantis ausimi paliesti petį.
- galvos pasukimas puslankiu (180 laipsnių).
- pečių judesiai: sukamieji judesiai; pakėlimas-nuleidimas.
- rankų sąnarių sukamieji judesiai: pečių; alkūnių; riešų.
- kojų kelių sąnarių sukimas ratu abiem kryptimis (rankų plaštakos uždėtos ant kelių)
- čiurnų sukimas ratu abiem kryptimis.

Apšilimo trukmė – 10 min.

##### 2. Pagrindinė fizinė veikla

Pagrindinė aerobikos programos dalis yra skirta ugdyti pacientų širdies – kraujagyslių sistemos pajėgumą, dėmesį sutelkiant į judėjimo ir koordinacijos funkcijų atstatymą. Aerobikos pratimų kompleksai sudaryti iš įvairių aerobikos žingsnių. Pirmiausia išmokstama pagrindinių žingsnių, vėliau jie jungiami į kombinacijas. Kitame etape aerobika papildoma rankų judesiais – įtraukiama daugiau raumenų grupių, didėja fizinis krūvis. Pratimų intensyvumas nustatomas pagal maksimalų širdies susitraukimo dažnį (220 – N, kur N – paciento amžius metais), kurį pacientai stebėdavo skaičiuodami pulso tvinksnius. Pirmas dvi savaites palaikomas intensyvumas, siekiantis 50-60 proc. maksimalus leistino širdies susitraukimų dažnio (ŠSD), vėliau intensyvumas padidintas iki 60-80 proc.

##### **Pagrindiniai pratimai-žingsniai**

1. Ėjimas vietoje, įvairiomis kryptimis: pirmyn, atgal, į šalį, per įstrižainę, keičiant



ritmą ir derinant su rankų judesiais (gali būti 2, 4 ar 8 žingsniai įvairiomis galimomis kryptimis su papildomais judesiais rankomis, liemeniu, galva).

2. Energingas ėjimas įvairiomis kryptimis, aukštai keliant kelius, mojuojant rankomis.
3. Pristatomas žingsnis į šalis, pristatant koją remtis tik pirštų galais.
4. „Kryžminis“ žingsnis.
5. „V formos“ žingsnis : 1) žingsnis dešine koja pirmyn/ į išorę; 2) žingsnis kaire pirmyn /į išorę; 3) žingsnis dešine koja atgal/ į vidų; 4) žingsnis kaire koja atgal/ į pradinę padėtį. Šis žingsnis atliekamas sulenktomis per kelius kojomis, visa pėda, lengvai spyruokliuojant, gali būti derinamas su „kryžminių“ žingsniu.
6. „Mambo“ žingsnis: 1) žingsnis kaire koja pirmyn; 2) žingsnis dešine koja, pritūpiant ant jos (kairė koja truputį sulenкта ir pakelta pirmyn); 3) žingsnis kaire koja atgal, pritūpiant ant jos (dešinė koja truputį sulenкта ir pakelta pirmyn).
7. „Džas-kvadrato“ žingsnis: 1) žingsnis dešine koja, kryžiuojant prieš kairę; 2) žingsnis kaire koja, kryžiuojant prieš dešinę; 3) žingsnis dešine koja į šalį; 4) kairė koja pristatoma.
8. Įtūpstas žingsnis: 1) spyruokliuojant kojomis ir perkeliant svorį ant kairės kojos, įtūpstas į kairę, lenkiamasi liemeniu kairėn, dešinė ranka keliamą aukštyn. 2) grįžti į pradinę padėtį; analogiškas žingsnis į dešinę. Įtūpstas žingsnis derinamas su įvairiais ėjimo variantais – „mambo“, „kryžminių“ ir kitais žingsniais.

Pagrindinės fizinės veiklos trukmė – 40 min.

### **3. Atsipalaidavimas**

Atsipalaidavimo metu nuosekliai mažinamas fizinis krūvis siekiant atstatyti kvėpavimą ir kraujotakos sistemos veiklą. Atsipalaidavimui naudojamas laisvas ėjimas, ramūs ritmiški judesiai rankomis, kvėpavimo pratimai, raumenų tempimo pratimai.

Atsipalaidavimo trukmė – 10 min.

## 2 PRIEDAS

**Nerimo ir depresijos įvertinimo klausimynas (HAD)**

Ši skalė padės mums įvertinti Jūsų savijautą. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir apibraukite atsakymą, kuris artimiausias jūsų savijautai per praėjusią savaitę. Ilgai nesvarstykite, nes pirma reakcija į klausimą tiksliau atspindi Jūsų savijautą nei apgalvotas atsakymas.

<p>1. Aš jaučiu įtampą ir nerimą.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beveik visą laiką, nuolat.</li> <li>• Didelę laiko dalį, dažnai.</li> <li>• Retkarčiais.</li> <li>• Niekada nejaučiu.</li> </ul>	<p>2. Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmo anksčiau.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visiškai teik pat.</li> <li>• Mažiau nei anksčiau.</li> <li>• Daug mažiau.</li> <li>• Beveik visiškai nedžiugina.</li> </ul>	<p>3. Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Labai aiškiai ir stipriai.</li> <li>• Taip, bet nestipriai.</li> <li>• Nestipriai, bet manęs tai nejaudina.</li> <li>• Visiškai ne.</li> </ul>
<p>4. Aš galiu juoktis, suprasti humorą.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taip pat kaip anksčiau.</li> <li>• Mažiau ir sunkiau.</li> <li>• Daug mažiau ir sunkiau.</li> <li>• Visiškai negaliu.</li> </ul>	<p>5. Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Didžiąją laiko dalį, nuolat.</li> <li>• Daug laiko, dažnai.</li> <li>• Retkarčiais, bet ne dažnai.</li> <li>• Tik retkarčiais.</li> </ul>	<p>6. Man linksma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niekada.</li> <li>• Retai.</li> <li>• Kartais.</li> <li>• Didžiąją laiko dalį.</li> </ul>
<p>7. Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visada.</li> <li>• Dažnai.</li> <li>• Retai.</li> <li>• Niekada.</li> </ul>	<p>8. Aš jaučiuosi užslopintas, lėčiau galvoju, judu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beveik visą laiką.</li> <li>• Labai dažnai.</li> <li>• Kartais, nestipriai.</li> <li>• Visiškai ne.</li> </ul>	<p>9. Mane apima baimė, lydima vidinio virpulio ar spaudimo po krūtine.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visiškai ne.</li> <li>• Kartais.</li> <li>• Gana dažnai.</li> <li>• Labai dažnai, nuolat.</li> </ul>
<p>10. Aš nustojau rūpintis savo išvaizda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pradėjau visai nesirūpinti.</li> <li>• Nesirūpinu tiek, kiek reikėtų.</li> <li>• Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau.</li> <li>• Rūpinuosi tiek pat kiek anksčiau.</li> </ul>	<p>11. Jaučiu, kad nenurimstu vietoje.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Labai stipriai.</li> <li>• Gana stipriai.</li> <li>• Truputį.</li> <li>• Visiškai ne.</li> </ul>	<p>12. Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo ar televizijos laida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dažnai.</li> <li>• Kartais.</li> <li>• Retai.</li> <li>• Labai retai.</li> </ul>
<p>13. Iš gyvenimo laikiu kažko malonaus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiek pat, kiek visada.</li> <li>• Mažiau nei anksčiau.</li> <li>• Daug mažiau nei anksčiau.</li> <li>• Visiškai nelaukiu.</li> </ul>	<p>14. Mane staiga apima didelis nerimas ar baimė.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tikrai labai dažnai.</li> <li>• Pakankamai dažnai.</li> <li>• Retai.</li> <li>• Niekada.</li> </ul>	

## 3 PRIEDAS

**Hamiltono nerimo skalė**

PACIENTO INICIALAI: \_\_\_\_ PACIENTO ID: \_\_\_\_

TYRĖJAS: \_\_\_\_\_

HAM-N PILDYMO PRADŽIOS LAIKAS: \_\_\_\_\_

DATA: \_ \_ \_ \_ \_

**1. Nerimas**

Šis punktas apima emocinę neužtikrintumo dėl ateities būseną, pradedant rūpesčiais, nesaugumu, irzlumu, nuogastavimais ir baigiant neįveikiama baimė.

Klausimas: Kiek laiko per praėjusią savaitę nerimavote? Kiek galvojote apie blogiausią, kas gali nutikti, arba baiminotės to, kas nutiks? Ar praėjusią savaitę buvote itin dirglus?

0 Pacientas nėra nei daugiau, nei mažiau nesaugus ar irzlus kaip paprastai.

1 Abejotina, ar pacientas yra nesaugesnis arba irzlesnis nei paprastai.

2 Pacientas aiškiau išreiškia nerimo būseną, nuogastavimą arba irzlumą, kurį jam/jai gali atrodyti sunku kontroliuoti. Tačiau tai dar neįtakoja kasdienio paciento gyvenimo, nes jaudinamasi tik dėl neesminių dalykų.

3 Nerimą ar nesaugumą kartais sunkiau kontroliuoti, nes nerimaujama dėl rimtų sužalojimų ar bėdų, kurios gali ištikti ateityje. Pvz.: nerimas gali būti išgyvenamas kaip panika, t. y. neįveikiama baimė. Kartais gali trukdyti paciento kasdieniam gyvenimui.

4 Didelės baimės jausmas jaučiamas taip dažnai, kad jis smarkiai trukdo paciento kasdieniam gyvenimui.

**2. Įtampa**

Šis punktas apima nesugebėjimą atsipalaiduoti, nervingumą, kūno įtampą, drebulį ir nerimo nuovargį.

Klausimas: Kiek laiko per praėjusią savaitę jautėtės įsitempęs? Ar greitai pavargdavote? Kiek jus kamavo kuris nors iš šių dalykų: staigus išgąstis dėl menkiausios priežasties, pravirkimas dėl menkiausios priežasties, drebulys, nenustygimas vietoje, negalėjimas atsipalaiduoti? APIE KIEKVIENĄ SIMPTOMĄ: ar jis buvo labai sunkus praėjusią savaitę?

0 Pacientas nėra nei daugiau, nei mažiau įsitempęs nei paprastai.

1 Pacientas nurodo, kad yra šiek tiek nervingesnis ar daugiau įsitempęs nei paprastai.

2 Pacientas aiškiai nurodo, kad negali atsipalaiduoti, sunku kontroliuoti vidinį neramumą, tačiau tai dar neturi įtakos kasdieniam paciento gyvenimui.

3 Vidinis neramumas ir nervingumas tokie intensyvūs arba dažni, kad tai retkarčiais trukdo kasdieniam paciento darbui.

4 Įtampa ir neramumas nuolat įtakoja kasdienį paciento gyvenimą ir darbą.

**3. Baimė**

Baimė atsirandanti, kai pacientas atsiduria ypatingose situacijose. Tai gali būti atviros ar uždarnos patalpos, eilė, važiavimas autobusu ar traukiniu. Pacientas jaučia palengvėjimą, išvengęs šių situacijų. Šio vertinimo metu svarbu pastebėti, ar esamo epizodo metu buvo daugiau fobinio nerimo nei paprastai.

**Klausimas:** Ar praėjusią savaitę bijojote tamsos, nepažįstamų žmonių, būti paliktas vienas, gyvūnų, eismo ar minios? JEI TAIP: ar labai? Ar jus kamuoja kokios nors kitos ypatingos baimės?

0 Nėra.

1 Jei ir yra, tai abejotina.

2 Pacientas patyrė fobinį nerimą, tačiau jam pavyko su juo susidoroti.

3 Pacientui buvo sunku kovoti ar įveikti savo fobinį nerimą, kuris šiek tiek trukdė paciento kasdieniam gyvenimui ir darbui.

4 Fobinis nerimas aiškiai trukdo kasdieniam paciento gyvenimui ir darbui.

#### 4. Nemiga

Šis punktas apima tik subjektyvią paciento miego trukmę (miego valandos per 24 val.) ir miego gilumą (paviršutiniškas ir pertraukiamas miegas vietoje gilaus ir ramaus miego). Vertinama pagal pastarųjų trijų naktų miegą. Pastaba: neatsižvelgti į migdomųjų arba raminamųjų medikamentų vartojimą.

**Klausimas:** Dabar pakalbėkime apie jūsų miegą. Kada paprastai eidavote miegoti ir keldavotės prieš prasidedant šiai problemai? Kada užmigdavote ir keldavotės praėjusią savaitę?

Ar praėjusią savaitę jums būdavo sunku užmigti, ar miegodavote neramiai arba miegodavote prastai ir nubudęs (-usi) jausdavotės pavargęs (-usi)? Ar sapnuodavote blogus sapnus arba košmarus? APIE KIEKVIENĄ SIMPTOMĄ: Ar jis buvo labai sunkus? Ar dažnai jis pasireikšdavo praėjusią savaitę?

0 Įprasta miego trukmė ir miego gilumas.

1 Miego trukmė abejotinai arba šiek tiek sutrumpėjusi (pvz.: dėl sunkaus užmigimo), tačiau miego gylis nepakitęs.

2 Miego gylis dabar taip pat pablogėjęs – miegas tampa labiau paviršutiniškas. Miegas bendrai yra šiek tiek sutrikęs.

3 Miego trukmė ir gilumas yra pastebimai pakitę. Per parą miegama vos kelias valandas su pertraukomis.

4 Sunku nustatyti miego trukmę, nes miegas toks negilus, kad pacientas nurodo trumpus snaudimo ar numigimo periodus, bet ne tikrą miegą.

#### 5. Susikaupimo ir atminties sunkumai

Šis punktas apima sunkumus susikaupti ir priimti sprendimus kasdieniame gyvenime, bei atmintį.

**Klausimas:** Ar praėjusią savaitę jums būdavo sunku susikaupti arba prisiminti kokius nors dalykus? (Kaip labai?)

0 Pacientas nepatiria nei didesnių, nei mažesnių sunkumų susikaupti ir/ar atsiminti, nei paprastai..

1 Abejojama, ar pacientas turi sunkumų susikaupti ir/ar atsiminti.

2 Net ir labai stengdamasis pacientas sunkiai susikaupia savo įprastame kasdieniame darbe.

3 Aiškiau išreikšti susikaupimo, atminties arba sprendimų priėmimo sunkumai. Pavyzdžiui, sunku perskaityti straipsnį laikraštyje arba peržiūrėti televizijos programą iki galo. Vertinama 3, jei negalėjimas susikaupti arba prasta atmintis dar neturi aiškios įtakos pačiai apklausai.

4 Apklausos metu pastebima, kad pacientui sunku susikaupti ir/ar atsiminti, ir/ar sprendimai priimami su pastebimu uždelsimu.

## 6. Depresiška nuotaika

Šis punktas apima tiek verbalinę, tiek neverbalinę liūdesio, depresijos, nusiminimo, bejėgiškumo ir beviltiškumo išraišką.

**Klausimas:** Ar praėjusią savaitę dienas jautėtės prislėgtas (-a)? Ar mažiau domėjotės dalykais arba nesimėgavote tuo, ką paprastai mėgstate daryti? Kelintą valandą praėjusią savaitę ryte atsibusdavote ir jau neužmigdavote? (Ar atsibusdavote žadintuvo pažadintas ar tiesiog pats?) Ar praėjusią savaitę kuriuo nors paros metu (ryte arba vakare) jausdavotės geriau arba blogiau? JEI YRA SVYRAVIMŲ: kiek blogiau jaučiatės (RYTE ARBA VAKARE)? JEI NĖRA TIKRAS: truputį blogiau ar žymiai blogiau.

0 Natūrali nuotaika.

1 Abejojama, ar pacientas labiau nusiminęs ar nuliūdęs, nei paprastai. Pvz., pacientas nežymiai parodo, kad yra šiek tiek labiau prislėgtas, nei paprastai.

2 Kai pacientas aiškiau yra susirūpinęs nemalonia patirtimi, nors vis dar nerodo bejėgiškumo ar beviltiškumo.

3 Pacientas aiškiai rodo neverbalinius depresijos ir/arba beviltiškumo požymius.

4 Pokalbio metu dominuoja paciento pastabos apie nusiminimą ir bejėgiškumą arba neverbalinė šių emocijų išraiška, nuo kurių paciento negalima atitraukti.

## 7. Bendrieji somatiniai simptomai (raumenų simptomai)

Šis punktas apima silpnumą, sustingimą, maudimą, peraugantį į tikrą skausmą, daugiau ar mažiau difuziškai jaučiamą raumenyse. Pvz., žandikaulio arba kaklo skausmas.

**Klausimas:** Ar praėjusią savaitę jus kankino skausmai, raumenų spazmai, sąstingis ar staigūs raumenų traukuliai? Ar griežtėte dantimis, ar jūsų balsas trūkčiojo, ar raumenys buvo įtempti? JEI TAIP: ar šie simptomai buvo labai sunkūs? (Kiek jie jus kamavo?)

0 Pacientas nejaučia didesnio nei paprastai raumenų maudimo ar sustingimo.

1 Pacientas teigia, kad jaučia šiek tiek didesnę nei paprastai maudimą arba sustingimą raumenyse.

2 Simptomai įgavo skausmo pobūdį.

3 Raumenų skausmai šiek tiek trukdo paciento kasdieniam gyvenimui ir darbui.

4 Raumenų skausmai jaučiami beveik nuolat ir aiškiai įtakoja kasdienį paciento gyvenimą ir darbą.

## 8. Bendrieji somatiniai simptomai (sensoriniai)

Šis punktas apima padidėjusį nuovargį ir silpnumą, pereinantį į tikrus pojūčių funkcinis sutrikimus, įskaitant ūžesį ausyse, neryškų matymą, karščio ir šalčio bangas bei diegimo pojūčius.

**Klausimas:** Ar praėjusią savaitę jums spengė ausyse, pasireiškė neryškus matymas, karščio ir šalčio bangos, silpnumas ar dilgčiojimas? JEI TAIP: ar šie simptomai buvo labai sunkūs? (Kiek jie jus kamavo?)

0 Nėra.

1 Abejotina, ar paciento nurodyti spaudimo ar diegimo pojūčiai (pvz.: ausyse, akyse ar odoje) labiau išreikšti nei paprastai.

2 Spaudimo ausyse pojūtis pereina į ūžimą, akyse – į regėjimo sutrikimus, o odoje pasireiškia diegimas ar niežulys (parestezijos).

3 Išplitę sensoriniai simptomai šiek tiek trukdo paciento kasdieniam gyvenimui ir darbui.

4 Didėnę laiko dalį jaučiami išplitę sensoriniai simptomai ir jie aiškiai trukdo paciento kasdieniam gyvenimui ir darbui.

## 9. Širdies ir kraujagyslių simptomai

Šis punktas apima tachikardiją, smarkų širdies plakimą, prislėgimą, skausmus krūtinėje, tvinkčiojimą kraujagyslėse ir alpimo pojūtį.

**Klausimas:** Ar praėjusią savaitę smarkiai plakė, šokinėjo arba daužėsi širdis? Ar jums skaudėjo krūtinę, tvinkčiojo kraujagyslės arba jautėte nualpsiąs (-anti)? **APIE KIEKVIENĄ SIMPTOMĄ:** ar jis buvo labai sunkus praėjusią savaitę?

0 Nėra.

1 Jei ir yra, tai abejotini.

2 Jaučiami širdies ir kraujagyslių simptomai, tačiau pacientas dar gali juos kontroliuoti.

3 Pacientui dabar ir kitais kartais sunku kontroliuoti širdies ir kraujagyslių sistemos simptomus, kurie šiek tiek trukdo paciento kasdieniam gyvenimui bei darbui.

4 Širdies ir kraujagyslių simptomai jaučiami beveik nuolat, tai aiškiai įtakoja kasdienį paciento gyvenimą ir darbą.

## 10. Kvėpavimo simptomai

Šis punktas apima spaudimo arba kontrakcijos gerklėje ar krūtinėje jausmą, dusulį, peraugantį į dusulio priepuolį, dūsavimą.

**Klausimas:** Ar praėjusią savaitę krūtinėje jautėte spaudimą ar įtampą, ar jus kamavo dusimas? Ar dūsavote, ar jautėte kad trūksta oro? **APIE KIEKVIENĄ SIMPTOMĄ:** ar jis buvo labai sunkus praėjusią savaitę?

0 Nėra.

1 Jei ir yra, tai abejotini.

2 Kvėpavimo simptomai jaučiami, tačiau pacientas dar gali juos kontroliuoti.

3 Pacientui dabar ir kitais kartais kyla sunkumų kontroliuojant kvėpavimo simptomus, tai šiek tiek įtakoja kasdienį paciento gyvenimą bei darbą.

4 Kvėpavimo simptomai jaučiami beveik nuolat, tai aiškiai įtakoja kasdienį paciento gyvenimą bei darbą.

## 11. Virškinimo simptomai

Šis punktas apima rijimo sunkumus, sunkumo pojūtį skrandyje, dispepsiją (rėmenį arba degimo pojūtį skrandyje, pilvo skausmus po valgio, pilnumo pojūtį, pykinimą ir vėmimą), pilvo gurgimą ir viduriavimą.

**Klausimas:** Ar praėjusią savaitę jums buvo sunku ryti? Ar jautėte skrandžio skausmus ar pilnumą, ar kaupėsi dujos, jautėte šleikštulį, vėmėte, ar kamavo skrandžio deginimas ar gurgimas, viduriavimas ar vidurių užkietėjimas? **APIE KIEKVIENĄ NURODYTĄ SIMPTOMĄ:** ar jis buvo labai sunkus praėjusią savaitę? Ar praėjusią savaitę numetėte svorio? **JEI TAIP:** kiek? (Ar stengėtės numesti svorio?) **NEVERTINKITE LAIKANTIS DIETOS NUMESTO SVORIO.**

0 Nėra.

1 Jei ir yra, tai abejotini (arba jais galima abejoti, jei jie skiriasi nuo įprastų paciento virškinamojo trakto simptomų).

2 Jaučiamas vienas ar keli minėti virškinamojo trakto sutrikimai, tačiau pacientas dar gali juos kontroliuoti.

3 Pacientui dabar ir kitais kartais sunku kontroliuoti virškinimo sistemos simptomus, kurie šiek tiek trukdo paciento kasdieniam gyvenimui bei darbui, pvz., polinkis netekti tuštinimosi kontrolės.

4 Virškinamojo trakto sutrikimai jaučiami beveik nuolat, tai aiškiai įtakoja kasdienį paciento gyvenimą bei darbą. Pvz., nesugebėjimas kontroliuoti tuštinimosi.

## 12. Lytiniai ir šlapinimosi simptomai

Šis punktas apima neorganinius arba psichinius simptomus, tokius kaip dažnesnis arba labiau išreikštas poreikis šlapintis, nereguliarios menstruacijos, anorgazmija, dispareunija, prieššlaikinė ejakuliacija, erekcijos praradimas.

**Klausimas:** Ar praėjusią savaitę jums reikėjo dažnai šlapintis? Ar jus varė šlapintis? Koks praėjusią savaitę buvo jūsų susidomėjimas seksu? (Klausimas yra ne apie tai, ar lytiškai santykiavote, o apie tai, ar jautėte susidomėjimą seksu – ar daug galvojote apie seksą.)  
**MOTERIMS:** ar praėjusią savaitę pasikeitė jūsų lytinė funkcija? (Ar praėjusią savaitę buvo sunku patirti orgazmą?) JEI TAIP: kada tai prasidėjo? Ar praėjusį mėnesį arba apie tą laiką jums buvo menstruacijos? JEI NE: ar žinote, kodėl? JEI TAIP: ar jos buvo itin sunkios?  
**VYRAMS:** ar praėjusią savaitę pasikeitė jūsų lytinė funkcija? [Ar praėjusią savaitę turėjote problemų dėl ankstyvos (per daug greitos) ejakuliacijos? Ar buvo sunku išlaikyti erekciją?] JEI TAIP: kada tai prasidėjo?

0 Nėra.

1 Jei ir yra, tai abejotini (arba abejojama ar skiriasi nuo įprastų lytinių ir šlapinimosi simptomų).

2 Jaučiamas vienas ar keli minėti lytiniai ar šlapinimosi simptomai, tačiau tai neturi įtakos kasdieniam paciento gyvenimui bei darbui.

3 Pacientas dabar ir kitais kartais patiria vieną ar kelis minėtus lytinius ar šlapinimosi simptomus, kurie šiek tiek įtakoja kasdienį paciento gyvenimą bei darbą. Pvz., polinkis netekti šlapinimosi kontrolės.

4 Lytiniai ir šlapinimosi sutrikimai jaučiami beveik nuolat, tai aiškiai įtakoja kasdienį paciento gyvenimą bei darbą. Pvz., nesugebėjimas kontroliuoti šlapinimosi.

### **13. Autonominiai (vegetaciniai) simptomai**

Šis punktas apima burnos džiūvimą, raudonį ar pabalimą, prakaitavimą ir galvos svaigimą.

**Klausimas:** Ar praėjusią savaitę jums džiūvo burna? Ar raudonavote, buvote išblyškęs (-usi)? Ar jautėte svaigulį, ar jautėte įtampos galvos skausmą? Ar jautėte plaukų šiurpimą ant rankų, sprando ar galvos? Ar praėjusią savaitę buvote linkęs daug prakaituoti? **APIE KIEKVIENĄ SIMPTOMĄ:** ar jis buvo labai sunkus praėjusią savaitę?

0 Nėra.

1 Jei ir yra, tai abejotini.

2 Jaučiami vienas ar keli minėti autonominiai simptomai, bet jie netrukdo paciento kasdieniam gyvenimui bei darbui.

3 Pacientas dabar ir kitais kartais jaučia vieną ar kelis minėtus autonominius simptomus, kurie šiek tiek trukdo paciento kasdieniam gyvenimui bei darbui.

4 Didesnę laiko dalį jaučiami autonominiai simptomai ir jie aiškiai trukdo paciento kasdieniam gyvenimui bei darbui.

### **14. Elgesys pokalbio metu**

Šis punktas paremtas paciento elgesiu pokalbio metu. Ar pacientas atrodė įsitempęs, nervingas, susijaudinęs, neramus, nenustygstantis, baikštus, išblyškęs, hiperventiliuojantis ar prakaituojantis? Remiantis šiais stebėjimais, pateikiamas bendras vertinamas.

0 Pacientas neatrodo neramus.

1 Abejotina, ar pacientas yra neramus.

2 Pacientas vidutiniškai neramus.

3 Pacientas yra aiškiai neramus.

4 Pacientas apimtas nerimo (pvz., visas virpa ir dreba).

### ***Bendras įvertis***

## 4 PRIEDAS

**Gyvenimo kokybės klausimynas**  
*THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire*

## Instrukcija

Šiame klausimyne teiraujamesi apie kai kuriuos nusiskundimus sveikata bei šių nusiskundimų stiprumą ir dažnumą per praėjusią savaitę, taip pat apie Jūsų gyvenimo kokybę, sveikatą ir kitas Jūsų gyvenimo sritis. Prašome atsakyti į visus klausimus. Jeigu dėl kurio nors atsakymo abejojate, pasirinkite ir pažymėkite tą, kuris atrodo teisingiausias. Toks dažniausiai ir būna pirmas Jums į galvą atėjęs atsakymas.

Atsakydami į klausimus apmąstykite savo gyvenimo būdą, lūkesčius, džiaugsmus ir rūpesčius. Prašytume įvertinti, kaip Jūs jautėtės per praėjusią savaitę.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

<b>1. (G1) Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę?</b>				
Labai bloga 1	Bloga 2	Nei bloga nei gera 3	Gera 4	Labai gera; 5

<b>2. (G4) Ar esate patenkinta(s) savo sveikata?</b>				
Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas; 5

<b>3. (F1.4) Ar labai skausmas kūne trukdo jums atlikti tai, ką manote esant reikalinga?</b>				
Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai; 5

<b>4. (F11.3) Ar jums reikia daug medicininės pagalbos, kad galėtum te gyventi įprastą gyvenimą?</b>				
Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypač daug; 5

<b>5. (F4.1) Ar džiaugiatės gyvenimu?</b>				
Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai; 5

<b>6. (F24.2) Ar jūsų gyvenimas prasmingas?</b>				
Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai; 5



<b>7. (F5.3) Ar pajėgiate susikaupti?</b>				
Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai gerai 4	Ypač gerai; 5

<b>8. (F16.1) Ar kasdieniniame gyvenime jaučiatės saugus (i)?</b>				
Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai; 5

<b>9. (F22.1) Ar jūsų fizinė aplinka yra palanki jūsų sveikatai?</b>				
Visiškai ne 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai; 5

*Toliau klausiama ar Jums pavyko visiškai (iki galo) atlikti tam tikrus veiksmus. Klausinama apie pastarąją savaitę.*

<b>10. (F2.1) Ar jums pakanka energijos kasdieniniam gyvenimui?</b>				
Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai; 5

<b>11. (F7.1) Ar jus patenkina jūsų išvaizda?</b>				
Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai; 5

<b>12. (F18.1) Ar jums pakanka pinigų jūsų poreikiams patenkinti?</b>				
Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai; 5

<b>13. (F20.1) Ar jums prieinama informacija, reikalinga kasdieniniame gyvenime?</b>				
Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai; 5

<b>14. (F21.1) Ar turite laisvalaikio, kurį galite praleisti kaip tinkami?</b>				
Visiškai ne 1	Iš dalies 2	Vidutiniškai 3	Apskritai taip 4	Visiškai; 5

<b>15. (F9.1) Ar galite laisvai judėti?</b>				
Labai bloga 1	Bloga 2	Nei bloga nei gera 3	Gera 4	Labai gera; 5

Toliau klausiama apie tai, ar pastarąją savaitę jautėtės patenkinta(s), laiminga(s) įvairiais požiūriais

<b>16. (F3.3) Ar esate patenkinta(s) savo miegu?</b>				
Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas; 5

<b>17. (F10.3) Ar esate patenkinta(s) savo sugebėjimu atlikti kasdieninius darbus?</b>				
Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas; 5

<b>18. (F12.4) Ar esate patenkinta(s) savo darbingumu?</b>				
Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas; 5

<b>19. (F6.3) Ar esate patenkinta(s) savimi?</b>				
Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas; 5

<b>20. (F13.3) Ar esate patenkinta(s) savo santykiais su kitais žmonėmis?</b>				
Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas; 5

<b>21. (F15.3) Ar esate patenkinta(s) savo seksualiniu gyvenimu?</b>				
Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas; 5

<b>22. (F14.4) Ar esate patenkinta(s) savo draugų palaikymu?</b>				
Labai nepatenkintas 1	Nepatenkintas 2	Nei patenkintas nei nepatenkintas 3	Patenkintas 4	Labai patenkintas; 5

<b>23. (F17.3) Ar esate patenkinta(s) savo gyvenimo sąlygomis?</b>				
--	--	--	--	--

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

**24. (F19.3) Ar esate patenkinta(s) sveikatos paslaugų prieinamumu?**

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

**25. (F23.3) Ar jūs patenkinta( s) savo transporto priemonėmis?**

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

Toliau klausiama apie Jūsų patyrimą ir kaip **dažnai** tai buvo. Klausiama apie **pastarąją savaitę**.

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

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

Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės – 100 klausimyno (WHOQOL-100) lietuviško varianto sutrumpintas 26 klausimų *Gyvenimo kokybės klausimynas PSO-GK trumpas (THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire)*. (Parengė: N. Goštautaitė-Midttun, A. Goštautas, 2000 m.).