



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicinos studijų programa

Klinikinės medicinos institutas

Psichiatrijos klinika

Smila Šedytė, VI kursas, 16 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybės tyrimas: gyvenančių
savarankiškai ir socialinės globos įstaigose palyginimas**
**Quality of Life in Patients with Schizophrenia: A Comparison Between Those
Living Independently and in Residential Care Facilities**

Darbo vadovas

Prof. Dr. Alvydas Navickas

Klinikos vadovė

Prof. Dr. Sigita Lesinskiene

Vilnius, 2026

smila.sedyte@mf.stud.vu.lt

TURINYS

1	SANTRUMPOS.....	4
2	SANTRAUKA	5
3	SUMMARY	6
4	RAKTAŽODŽIAI	8
5	ĮVADAS	8
6	LITERATŪROS PAIEŠKOS BŪDAS.....	9
7	LITERATŪROS APŽVALGA	9
7.1	Šizofrenija sergančių pacientų funkcionavimas.....	9
7.2	Gyvenimo kokybės (QoL) vertinimas tarp šizofrenija sergančių pacientų.....	10
7.3	SF-36 pritaikymas	11
7.4	Galimos apgyvendinimo formos	11
7.4.1	Socialinės globos namai (institucinė globa).....	12
7.4.2	Būstas su specialistų pagalba	12
7.4.3	Individualus gyvenimas	12
7.5	Gyvenimo savarankiškai privalumai ir trūkumai	13
7.6	Gyvenimo socialinės globos namuose privalumai ir trūkumai	13
7.7	Prūdiškių socialinės globos namai	14
7.8	Pagrindiniai šizofrenija sergančių pacientų poreikiai gyvenamojoje aplinkoje.....	15
7.8.1	Autonomija, savarankiškumas ir privatumas	15
7.8.2	Saugumas ir stabilumas.....	16
7.8.3	Socialiniai ryšiai ir integracija	16
7.8.4	Pritaikyta fizinė aplinka	17
7.9	Socialinės globos namų ir savarankiško gyvenimo palyginimas	17
7.10	Literatūros spragos ir ribotumai	18
8	METODAI	19

8.1	Tyrimo dizainas.....	19
8.2	Tyrimo vieta ir laikas	20
8.3	Tyrimo imtis.....	20
8.4	Tiriamųjų atranka	20
8.5	Tyrimo grupių apibrėžimas	20
8.6	Duomenų rinkimo instrumentai	21
8.7	Tyrimo etika	21
8.8	Duomenų suvedimas ir paruošimas analizei	21
8.9	Aprašomoji statistika.....	22
8.10	Duomenų pasiskirstymo normalumo vertinimas	22
8.11	Grupių palyginimas	22
8.12	Koreliacinė analizė.....	23
8.13	Regresinė analizė	23
8.14	Statistinio reikšmingumo lygmuo	23
9	REZULTATAI	24
9.1	Tiriamųjų sociodemografinės ir bendrosios charakteristikos	24
9.2	Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas pagal apgyvendinimo tipą.....	27
9.3	Amžiaus ir dalyvumo lygio sąsajos su gyvenimo kokybės rodikliais.....	28
9.4	Lyties sąsajos su gyvenimo kokybės rodikliais	29
9.5	Gyvenimo kokybės rodiklių tarpusavio sąsajos.....	30
9.6	Regresinė analizė	31
9.7	Apibendrinimas	32
10	REZULTATŲ APTARIMAS.....	32
11	TYRIMO TRŪKUMAI	34
12	TYRIMO PRIVALUMAI	35
13	IŠVADOS.....	36
14	PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	37

15	LITERATŪROS SĄRAŠAS	37
16	PRIEDAI	43
16.1	Priedas 1: SF-36 klausimyno lietuviška forma	43
16.2	Priedas 2: GAF skalė.....	49
16.3	Priedas 3: Prašymas Prūdiškių socialinės globos namų direktorei dėl leidimo atlikti tyrimą 50	
16.4	Priedas 4: Prašymas Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro direktoriui dėl leidimo atlikti tyrimą	51
16.5	Priedas 5: Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto leidimas	52

1 SANTRUMPOS

SF-36 – trumpa sveikatos apklausos forma

GAF – bendro funkcionavimo skalė (angl. *Global Assessment of Functioning*)

PF – fizinis funkcionavimas (angl. *Physical Functioning*)

RP – fizinės sveikatos sąlygoti veiklos apribojimai (angl. *Role Physical*)

RE – emocinės būklės sąlygoti veiklos apribojimai (angl. *Role Emotional*)

VT – gyvybingumas / energingumas (angl. *Vitality*)

MH – psichikos sveikata (angl. *Mental Health*)

SF – socialinis funkcionavimas (angl. *Social Functioning*)

BP – skausmas (angl. *Bodily Pain*)

GH – bendras sveikatos vertinimas (angl. *General Health*)

PCS – fizinės sveikatos komponento suvestinis rodiklis (angl. *Physical Component Summary*)

MCS – psichikos sveikatos komponento suvestinis rodiklis (angl. *Mental Component Summary*)

QoL – gyvenimo kokybė (angl. *Quality of Life*)

GK – gyvenimo kokybė

PSO – pasaulinė sveikatos organizacija

TLK-10-AM - Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas leidimas, Australijos modifikacija

pav. – paveikslas

n – tiriamųjų skaičius

p – statistinio reikšmingumo lygmuo

proc. – procentai

m – vidurkis

SD – standartinis nuokrypis

Q1 – pirmasis kvartilis (25 % duomenų yra žemiau šios reikšmės)

Q3 – trečiasis kvartilis (75 % duomenų yra žemiau šios reikšmės)

r^2 – determinacijos koeficientas, rodantis, kokią dalį priklausomo kintamojo variacijos paaiškina modelis

Beta (β) – standartizuotas regresijos koeficientas, leidžiantis palyginti skirtingų kintamųjų įtakos stiprumą

2 SANTRAUKA

Darbo aktualumas. Pastaraisiais metais vis daugiau tyrimų pabrėžia, kad šizofrenijos gydyme svarbu ne tik psichiatrinių simptomų kontrolė, bet ir gyvenimo kokybės bei socialinio funkcionavimo užtikrinimas. Nustatyta, kad gyvenamoji aplinka gali reikšmingai veikti šiuos rodiklius. Tyrimų duomenys apie skirtingų apgyvendinimo formų poveikį gyvenimo kokybei nėra vienareikšmiai. Kai kurie iš jų nurodo, kad globos įstaigose gyvenančių pacientų gyvenimo kokybė gali reikšmingai pagerėti (1), nors kiti autoriai pažymi, kad institucinė aplinka gali riboti gyventojų savarankiškumą ir socialinius ryšius (2,3). Tuo tarpu savarankiškai ar su artimaisiais gyvenantys pacientai dažniau pasižymi geresniu psichosocialiniu funkcionavimu ir didesniu pasitenkinimu gyvenimu (4). Lietuvoje gyvenamosios aplinkos įtaka šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybei vis dar nėra pakankamai ištirta.

Tyrimo tikslas – įvertinti šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir palyginti ją tarp asmenų, gyvenančių socialinės globos namuose, ir tų, kurie gyvena savo namuose.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti šizofrenija sergančių pacientų, gyvenančių skirtingose aplinkose, bendrą gyvenimo kokybę.
2. Palyginti atskirų gyvenimo kokybės dimensijų rezultatus tarp pacientų, gyvenančių socialinės globos namuose ir nuosavame būste.
3. Nustatyti sąsajas tarp gyvenimo kokybės rodiklių ir sociodemografinių veiksnių.

Metodai. Atliktas pjūvinis tyrimas, kuriame dalyvavo 60 pacientų – 29 gyvenantys savo namuose ir 31 socialinės globos namuose. Įtraukimo kriterijai: šizofrenijos diagnozė pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą leidimą, bendro funkcionavimo vertinimo skalės balas ≤ 40 bei gebėjimas suteikti informuotą sutikimą. Gyvenimo kokybė vertinta 36 klausimų trumposios sveikatos apklausos klausimynu, o duomenų analizė atlikta naudojant „Microsoft Excel“ ir „Statistical Package for the Social Sciences“ programas.

Rezultatai. Socialinės globos namuose gyvenantys pacientai pasižymėjo statistiškai reikšmingai geresniais gyvenimo kokybės rodikliais psichosocialinėse srityse: socialinio funkcionavimo ($p < 0,001$), emocinių ($p = 0,006$) ir fizinių sunkumų sukeltų apribojimų ($p = 0,037$), bendro sveikatos vertinimo ($p = 0,017$), gyvybingumo ($p = 0,017$) bei psichikos sveikatos ($p = 0,015$). Taip pat nustatytas reikšmingai aukštesnis psichinės sveikatos komponentas ($p = 0,003$). Fizinės sveikatos rodikliai tarp grupių reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$). Amžius silpnai, tačiau reikšmingai siejosi su socialiniu funkcionavimu ($p = 0,027$) ir psichinės sveikatos komponentu ($p = 0,048$). Dalyvumas su gyvenimo kokybe nebuvo susijęs ($p > 0,05$). Regresinė analizė parodė, kad apgyvendinimo tipas buvo reikšmingas psichinės sveikatos komponento prediktorius ($p = 0,018$).

Išvados. Gyvenimo kokybė šizofrenija sergantiems pacientams yra susijusi su gyvenamąja aplinka, o socialinės globos įstaigos siejosi su geresniais psichosocialiniais rodikliais. Sociodemografiniai veiksniai turėjo ribotą reikšmę, o svarbiausias veiksnys, susijęs su psichine sveikata, buvo apgyvendinimo tipas.

3 SUMMARY

Relevance of the Study. In recent years, an increasing number of studies have emphasized that, in the treatment of schizophrenia, it is not only the control of psychiatric symptoms that is important, but also quality of life and social functioning. It has been found that the living environment can significantly influence these factors. Research data on the impact of different housing arrangements on quality of life are not conclusive. Some indicate that the quality of life for patients living in care facilities can improve significantly (1), although other authors note that the institutional environment may limit residents' independence and social connections (2,3). Meanwhile, patients

living independently or with relatives more often demonstrate better psychosocial functioning and greater life satisfaction (4). In Lithuania, there is a lack of data on the influence of the living environment on the quality of life of patients with schizophrenia.

The aim of the study was to assess the quality of life of patients with schizophrenia and to compare it between those living in social care homes and those living in their own homes.

Research objectives:

1. To assess the overall quality of life of patients with schizophrenia living in different types of housing.
2. To compare the results of individual quality of life dimensions between patients living in residential care institutions and those living in their own homes.
3. To determine the associations between quality of life indicators and sociodemographic factors.

Methods. A cross-sectional study was conducted involving 60 patients, including 29 individuals living in their own homes and 31 residing in social care institutions. Inclusion criteria were a diagnosis of schizophrenia according to the tenth revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, a Global Assessment of Functioning scale score of ≤ 40 , and the ability to provide informed consent. Quality of life was assessed using the 36-Item Short Form Health Survey questionnaire, and data analysis was performed using Microsoft Excel and the Statistical Package for the Social Sciences software programs.

Results. Patients in social care homes demonstrated significantly better quality of life in psychosocial domains, including social functioning ($p < 0.001$), role limitations due to emotional ($p = 0.006$) and physical problems ($p = 0.037$), general health ($p = 0.017$), vitality ($p = 0.017$), and mental health ($p = 0.015$). The Mental Component Summary was also significantly higher ($p = 0.003$). No significant differences were found in physical health domains ($p > 0.05$). Age showed weak but significant associations with social functioning ($p = 0.027$) and the mental health component ($p = 0.048$). Participation was not associated with quality of life ($p > 0.05$). Regression analysis showed that housing type was a significant predictor of mental health ($p = 0.018$).

Conclusions. Quality of life in patients with schizophrenia is associated with living environment, with social care homes linked to better psychosocial outcomes. Sociodemographic factors showed limited influence, while housing type was the main factor related to mental health.

4 RAKTAŽODŽIAI

Šizofrenija, gyvenimo kokybė (QoL), trumpa sveikatos apklausos forma (SF-36), socialinės globos namai, savarankiškas gyvenimas.

5 ĮVADAS

Per pastaruosius kelis dešimtmečius Vakarų šalių psichikos sveikatos priežiūros sistemoje įvyko reikšmingų pokyčių. Buvo uždarnos psichiatrijos ligoninės, kuriose pacientai gyveno nuolatos, o ilgalaikė institucinė sunkiomis psichikos ligomis sergančių asmenų priežiūra palaipsniui keičiama į integraciją bendruomenėje. Siekiant užtikrinti tinkamas gyvenimo sąlygas pacientams, negalintiems gyventi savarankiškai savo namuose, pradėti formuoti įvairūs integruoti gyvenimo modeliai tiek bendruomenėje, tiek plečiama socialinių globos įstaigų veikla (11–14).

Lygiagrečiai psichikos ligų gydymo tikslai išsiplėtė nuo vien medikamentinio simptomų valdymo iki holistinio požiūrio, orientuoto į paciento psichosocialinį funkcionavimą ir gyvenimo kokybės gerinimą (12). Ilgą laiką pacientų apgyvendinimo klausimas buvo atsietas nuo psichikos sveikatos paslaugų ir laikytas labiau socialinės priežiūros problema. Vis dėlto tyrimai rodo, kad saugus ir kokybiškas būstas yra vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių pacientų savijautą, ilgalaikės ligos išėjimą bei mažesnę pakartotinių hospitalizacijų dažnį. Pasirinktas būstas po išleidimo iš gydymo įstaigos gali lemti pacientų sveikatos išlaikymą bei psichosocialinę integraciją (9,15).

Svarbu, kad gyvenamoji aplinka atitiktų sunkiomis psichikos ligomis sergančių pacientų poreikius, o tokių būstų, kuriuose teikiama įvairaus lygio pagalba ir priežiūra, paklausa nuolat didėja. Pacientai patys dažnai įvardija būstą kaip vieną iš dviejų svarbiausių faktorių, kartu su finansiniais ištekliais, reikalingų jų sveikatai palaikyti (16).

Vis dėlto dabartinių tyrimų duomenys apie skirtingų apgyvendinimo tipų poveikį gyvenimo kokybei nėra vienareikšmiai. Lyginant gyvenimo kokybę pacientų gyvenančių socialinės globos įstaigose su savarankiškai gyvenančiais, kai kurių tyrimų rezultatai nurodo, kad globos įstaigose gyvenančių pacientų rodikliai gali reikšmingai pagerėti (1), nors kiti autoriai pažymi, kad institucinė aplinka gali riboti gyventojų savarankiškumą ir socialinius ryšius, kas ilgainiui gali neigiamai paveikti gyvenimo kokybę (2,3). Tuo tarpu savarankiškai ar su artimaisiais gyvenantys pacientai dažniau pasižymi geresniu psichosocialiniu funkcionavimu ir didesniu pasitenkinimu gyvenimu (4).

Lietuvoje šia tema atliktų mokslinių tyrimų vis dar trūksta, todėl svarbu įvertinti, kaip skirtinga gyvenamoji aplinka veikia šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybę. Tokie

duomenys galėtų reikšmingai prisidėti prie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tobulinimo ir labiau individualizuotų pagalbos modelių kūrimo.

Tyrimo tikslas – įvertinti šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir palyginti ją tarp socialinės globos namuose bei savarankiškai gyvenančių asmenų.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti šizofrenija sergančių pacientų, gyvenančių skirtingose aplinkose, bendrą gyvenimo kokybę.
2. Palyginti atskirų gyvenimo kokybės dimensijų rezultatus tarp pacientų, gyvenančių socialinės globos namuose ir nuosavame būste.
3. Nustatyti sąsajas tarp gyvenimo kokybės rodiklių ir sociodemografinių veiksnių.

6 LITERATŪROS PAIEŠKOS BŪDAS

Mokslinių šaltinių paieška buvo vykdoma naudojantis elektroninėmis duomenų bazėmis „PubMed“ ir „Google Scholar“. Literatūros paieškai buvo naudoti šie raktažodžiai anglų kalba: „schizophrenia“, „quality of life“, „housing“, „independent living“, „supported housing“, „institutional care“, „social care home“, „group home“, „community living“, „psychosocial functioning“, „SF-36“. Literatūra buvo atrenkama pagal jos mokslinį pagrįstumą ir sąsają su šizofrenija sergančių asmenų gyvenimo kokybe, gyvenamąja aplinka ir psichosocialiniais veiksniais. Pasirinkti straipsniai anglų kalba, publikuoti nuo 2000 metų iki 2025 metų. Pirmenybė buvo teikiama per paskutinius 10 metų publikuotiems tyrimams, sisteminėms apžvalgoms ir meta-analizėms. Taip pat buvo įtraukti ir senesni, tačiau teoriškai ar metodologiškai reikšmingi moksliniai šaltiniai.

7 LITERATŪROS APŽVALGA

7.1 Šizofrenija sergančių pacientų funkcionavimas

Šizofrenija yra sunki psichikos liga, kuria serga apie 0,75 % pasaulio gyventojų ir kuri išlieka viena iš pagrindinių negalios priežasčių pasaulyje (17). Nors jos paplitimas yra santykinai nedidelis, liga pasižymi ypač dideliu poveikiu pacientų sveikatai. Sergančiųjų gyvenimo trukmė yra trumpesnė, o savižudybės rizika reikšmingai padidėjusi (18). Liga dažniausiai pasireiškia vėlyvoje paauglystėje ar ankstyvoje suaugusiojoje, pastebėta, kad vyrams dažniau nustatoma sunkesnė jos eiga (19). Klinikiniam pasireiškimui būdingi psichoziniai simptomai, tokie kaip haliucinacijos ir klaidės, taip pat neigiami simptomai, pavyzdžiui, blankus afektas, alogija, avoliucija, anhedonija ir socialinis atsiribojimas (19,20). Taip pat būdingi pažintiniai sunkumai, tokie kaip dėmesio, darbinės atminties,

informacijos apdorojimo greičio ir vykdomųjų funkcijų sutrikimai, o bendras šizofrenija sergančiųjų asmenų kognityvinis pajėgumas vidutiniškai yra maždaug dviem standartiniais nuokrypiais mažesnis nei sveikų asmenų. Reikšmingi skirtumai nustatyti daugumoje kasdienio gyvenimo sričių, įskaitant asmens higieną, išvaizdos ir aprangos priežiūrą, maisto ruošą, sveikatos priežiūrą, pinigų valdymą, transporto naudojimą, dalyvavimą bendruomenėje bei darbo paiešką (21). Šie sutrikimai dažnai lemia prastesnes funkcinės išeitis, tokias kaip sumažėjęs darbingumas ir ribotas savarankiškumas (17). Be pasireiškiančių simptomų, papildomą naštą sukuria patiriama stigmatizacija, diskriminacija bei gydymo sukelti šalutiniai poveikiai, pavyzdžiui, metabolinis sindromas (6).

Nepaisant atliekamų tyrimų, žinios apie šizofrenijos etiologiją išlieka ribotos. Gydymas daugiausia siejamas su dopamino D2 receptorių antagonizmu, kas veiksmingai mažina teigiamus simptomus, tačiau poveikis kognityviniams simptomams yra ribotas, o gydymo efektyvumas ir toleravimas dažnai nėra pakankami (22,23). Dėl šių priežasčių pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio skiriama ne tik psichiatrinių simptomų mažinimui, bet ir psichosocialiniam funkcionavimui, kuris apima gebėjimą savarankiškai gyventi, dirbti ir palaikyti socialinius ryšius. Nepaisant taikomų farmakologinių ir psichosocialinių intervencijų, šizofrenija išlieka viena labiausiai kasdienį pacientų funkcionavimą ribojančių ligų (24). Dėl dažnų ligos atkryčių nemaža dalis pacientų susiduria su pakartotinėmis hospitalizacijomis, taip pat neretai prireikia skubiosios psichiatrinės pagalbos (25).

7.2 Gyvenimo kokybės (QoL) vertinimas tarp šizofrenija sergančių pacientų

Psichikos sveikatos sutrikimai turi reikšmingą poveikį pacientų kasdieniam gyvenimui, funkcionavimui ir bendrai savijautai. Ilgą laiką psichikos sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumas buvo vertinamas daugiausia pagal psichopatologinių simptomų kontrolę bei ligos atkryčių dažnį, kadangi objektyviai įvertinti paciento emocinę savijautą ir subjektyvią patirtį yra sudėtinga. Vis dėlto ilgainiui buvo pripažinta, kad vien psichiatrinių simptomų sumažėjimas iki galo neatspindi gydymo sėkmės. Atsižvelgiant į tai, psichikos sveikatos priežiūroje pradėta taikyti platesnį, į paciento gyvenimo kokybę orientuotą požiūrį, apimančią ne tik klinikinių simptomų vertinimą, bet ir bendrą kasdienį funkcionavimą (4). Gyvenimo kokybė vis dažniau pripažįstama kaip svarbus gydymo rezultatų rodiklis, ypač pacientams, sergantiems sunkiomis psichikos ligomis, tokiomis kaip šizofrenija. Nors nėra vieno visuotinai priimto gyvenimo kokybės apibrėžimo, įvairūs autoriai sutaria, kad tai yra sudėtinis rodiklis, apimantis asmens pasitenkinimą įvairiomis gyvenimo sritimis, įskaitant fizinį, psichologinį ir socialinį funkcionavimą bei bendrą sveikatos būklę (26). Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) gyvenimo kokybę apibrėžia kaip individo suvokimą apie savo padėtį kultūriniame ir vertybiniame gyvenimo kontekste, atsižvelgiant į jo tikslus, lūkesčius ir rūpesčius (4–7). Ilgą laiką buvo abejojama, ar šizofrenija sergantys pacientai gali patikimai įvertinti savo gyvenimo kokybę dėl

ligai būdingų kognityvinių sutrikimų ir psichozinių simptomų, tokių kaip klaidės ar haliucinacijos. Vis dėlto naujausiuose tyrimuose sutinkama, kad gyvenimo kokybė yra subjektyvus rodiklis, todėl net ir esant kognityviniams ar mąstymo sutrikimams pacientai gali vertinti savo savijautą bei gyvenimo kokybę, remdamiesi asmenine savo patirtimi (4). Esamų mokslinių tyrimų duomenys apie gyvenimo kokybės skirtumus tarp skirtingose aplinkose gyvenančių pacientų, sergančių sunkiomis psichikos ligomis, yra gana prieštaringi. Tačiau sutinkama, jog gyvenimo kokybę reikšmingai veikia sergančiųjų gyvenamoji aplinka ir pasitenkinimas ja, užimtumas, saugumo jausmas, socialiniai ryšiai, santykiai su artimaisiais, taip pat fizinė ir psichikos sveikata (27).

7.3 SF-36 pritaikymas

Gyvenimo kokybės vertinimui naudojami įvairūs klausimynai ir skalės (28), tačiau tik nedaugelis jų yra išversti į lietuvių kalbą ir validuoti šalies populiacijoje. Vienas plačiausiai taikomų instrumentų yra SF-36 klausimynas (Medical Outcomes Trust, Boston, MA). Tai plataus spektro vertinimo įrankis, sudarytas iš 36 klausimų, leidžiantis įvertinti fizinės ir psichinės sveikatos būklę bei jos poveikį kasdieniui veiklai (1,8). Klausimynas pateikia aštuonių skirtingų sričių rezultatus: fizinio funkcionavimo, fizinį sunkumą sukeltų apribojimų, emocinių sunkumų sukeltų apribojimų, socialinio funkcionavimo, psichinės sveikatos, gyvybingumo, fizinio skausmo bei bendro sveikatos suvokimo. Dauguma klausimų vertina paciento būklę per pastarąsias keturias savaites, išskyrus vieną, kuriame sveikatos pokyčiai lyginami su praėjusiais metais. Rezultatų skalė svyruoja nuo 0 iki 100, žemesni skaičiai visada atspindi sumažėjusį funkcionavimą tam tikroje srityje arba prastėjančią sveikatą (1). Nors šizofrenija sergančių pacientų savarankiškas savijautos vertinimas kartais laikomas ribotu dėl kognityvinių ar psichozinių simptomų, tyrimai rodo, kad SF-36 klausimyno rezultatai dažnai yra patikimesni nei subjektyvus gydytojo vertinimas, ypač neūmios ligos fazės metu (1,4). Lietuvoje klausimynas buvo kalbiškai adaptuotas ir validuotas 2005 metais, patvirtintas jo patikimumas ir tinkamumas pacientų subjektyviai gyvenimo kokybei bei sveikatos būklei vertinti (29).

7.4 Galimos apgyvendinimo formos

Literatūroje vartojamos su būstu susijusios sąvokos gali skirtis savo reikšme priklausomai nuo autoriaus ar šalies konteksto, todėl šiame tyrime svarbu aiškiai apibrėžti kiekvieną nagrinėjamą apgyvendinimo formą. Šiame darbe naudojami apibrėžimai gali nevisiškai sutapti su užsienio literatūroje vartojamomis sąvokomis.

7.4.1 Socialinės globos namai (institucinė globa)

Šiame tyrime apibrėžiami kaip ilgalaikės socialinės globos įstaigos, kuriose pacientams užtikrinamas apgyvendinimas ir nuolatinė, visą parą teikiama personalo priežiūra. Gyventojams suteikiamas apgyvendinimas individualiuose arba bendruose kambariuose, užtikrinama patalpų priežiūra ir valymas, maitinimas, vaistų išdavimas, taip pat, esant poreikiui, teikiama nemedicininio personalo pagalba kasdienėse veiklose, tokiose kaip asmens higiena, apsirengimas ar valgymas. Gyventojai naudojami bendromis valgymo ir laisvalaikio erdvėmis (9,10). Tai nėra medicininės paskirties įstaigos, jos skirtos asmenims, kurie negali gyventi visiškai savarankiškai ir kuriems reikalinga nuolatinė priežiūra, tačiau nereikia nuolatinės medicininės slaugos (30). Gyventojų teisinį statusą apibrėžia valstybėje galiojantys teisės aktai, todėl yra sudaroma ne nuomos, o apgyvendinimo įstaigoje sutartis. (10). Šiame darbe socialinės globos namais laikomos ilgalaikės globos įstaigos, o ne laikino apgyvendinimo paslaugos, skirtos pereinamajam laikotarpiui į savarankišką gyvenimą.

7.4.2 Būstas su specialistų pagalba

Dar vadinamas palaikomuoju (remiamu) gyvenimu bendruomenėje (angl. *supported housing*) bei šio tyrimo kontekste apibūdina grupinio gyvenimo namus. Literatūroje toks apgyvendinimo tipas aprašomas kaip plati kategorija, galinti apimti globos namus (angl. *board-and-care homes*), grupinio gyvenimo namus, bendruomenines rezidencijas, pereinamojo laikotarpio gyvenamuosius namus (angl. *halfway houses*) bei kooperatinius butus (31). Paprastai tai yra nedidelės, bendruomenėje įsikūrusios gyvenamosios vietos, dažnai administruojamos nevyriausybinų organizacijų ar priklausančios socialinės globos namams (9). Tokiuose būstuose asmenims teikiama specialistų pagalba, kuri paprastai yra prieinama darbo valandomis ir pagal poreikį gali būti individuali arba grupinė. Pagrindinis tokios pagalbos tikslas yra padėti asmeniui išlaikyti gyvenamąją vietą bei užtikrinti stabilų funkcionavimą bendruomenėje (32). Teikiama socialinė parama gali būti konsultavimas ir informacijos teikimas rūpimais klausimais, emocinė parama, praktinių įgūdžių ugdymas bei konkreti pagalba kasdienėse situacijose (33). Palaikomo gyvenimo modelis orientuotas į asmens stiprybių ugdymą, individualius poreikius ir savarankiškumo skatinimą. Gyventojai išlaiko didelį autonomijos lygį ir yra atsakingi už kasdienio gyvenimo veiklas, tokias kaip namų tvarkymas, maisto ruošimas, medikamentų vartojimas bei laisvalaikio organizavimas. Taip pat skatinamas savarankiškas sprendimų, susijusių su jų gyvenimu ir gerove, priėmimas (10).

7.4.3 Individualus gyvenimas

Šio tyrimo kontekste apibrėžiamas kaip gyvenimas nuosavame arba valstybės suteiktame būste, vienam arba kartu su šeimos nariais, draugais ar kitais artimaisiais, be nuolatinės specialistų

priežiūros ar organizuotos pagalbos. Šiuo atveju asmuo yra savarankiškai atsakingas už kasdienes veiklas, tokias kaip namų priežiūra, maisto ruošimas, medikamentų vartojimas ir savo gyvenimo organizavimas.

7.5 Gyvenimo savarankiškai privalumai ir trūkumai

Didelė dalis savarankiškai gyvenančių šizofrenija sergančių pacientų pabrėžia nepriklausomybės, individualumo, atsakomybės už savo gyvenimą bei privatumo svarbą (34). Vis dėlto toks gyvenimo būdas ne visada yra tinkamas visiems pacientams. Asmenys, esantys aktyvios psichozės būsenoje arba keliantys riziką sau ar kitiems, gali patirti pavojų, jei gyvena vieni nepritaikytoje aplinkoje. Tokiais atvejais, priklausomai nuo situacijos, pacientams yra rekomenduojama hospitalizacija arba intensyvi priežiūra specializuotose įstaigose (5). Taip pat vieno atlikto tyrimo duomenimis, didesnė dalis pacientų (72,9 %), gyvenančių ar prižiūrimų savo namuose, patyrė psichosocialines problemas, tokias kaip stiprus liūdesys, nerimas, beviltiškumo jausmas, emocijų labilumas, socialinis atsiskyrimas, šeimyninių vaidmenų praradimas, sumažėjusi savivertė, mirties baimė ir priklausomybės nuo kitų asmenų jausmas. Be to, 65 % pacientų nurodė miego sutrikimus ir fizinius skausmus, apie pusė susidūrė su reikiamų vaistų ar medicininių paslaugų gavimo sunkumais, patyrė finansinių problemų, nepatogumų naudodamiesi transportu, dalyvaudami socialiniame gyvenime. Dėl šių priežasčių dalis pacientų, gyvenančių savo namuose, vieni ar kartu su artimaisiais, patiria reikšmingą ligos padarinių poveikį savo kasdieniam funkcionavimui ir gyvenimo kokybei (5). Taip pat svarbu pabrėžti, kad kartu su šizofrenija sergančiais asmenimis gyvenantys artimieji dažnai patiria kasdienius sunkumus, kurie blogina jų gyvenimo kokybę, lemia nuovargį bei įtampą tarpasmeniniuose santykiuose, o tai neigiamai veikia ir pačių pacientų būklę (35).

7.6 Gyvenimo socialinės globos namuose privalumai ir trūkumai

Socialinės globos namų modelis buvo sukurtas siekiant užtikrinti saugią ir struktūruotą aplinką žmonėms, kurių psichikos būklė reikšmingai apsunkina jų gebėjimą savarankiškai funkcionuoti kasdieniame gyvenime. Ypač pacientams, sergantiems šizofrenija su išreikštais psichoziniais ir kognityviniais simptomais, toks gyvenimo modelis dažnai yra būtinas, nes suteikia stabilumą, aiškią dienotvarkę bei pagalbą organizuojant kasdienes veiklas (27). Socialinės globos namuose gyvenantiems asmenims visą parą yra prieinamas pagalbinis personalas, o tai, tyrimų duomenimis, turi reikšmingą teigiamą poveikį pacientams, patiriantiems psichozinių simptomų (36). Nuolatinė priežiūra ir prieinama psichikos sveikatos bei socialinės priežiūros specialistų pagalba gali teigiamai veikti jų gyvenimo kokybę, mažinti sujaudinimą, padėti stabilizuoti nuotaiką ir užtikrinti didesnę saugumo jausmą, kas šiems pacientams yra ypač svarbu. Personalas jiems dažnu atveju tampa

pagrindiniu socialinės paramos ir bendrystės jausmo šaltiniu, neretai svarbesniu nei atskirai gyvenantys artimieji ar kiti globos namų gyventojai (36,37).

Vis dėlto, nepaisant šių privalumų, gyvenantieji socialinės globos namuose patiria ir tam tikrų sunkumų. Viena pagrindinių problemų yra socialinės integracijos stoka, nes gyventojai dažnai yra socialiai izoliuojami nuo platesnės visuomenės, o jų galimybės palaikyti ryšius už įstaigos ribų išlieka ribotos (2,38). Dėl to dalis pacientų gali jaustis vieniši, net ir gyvendami tarp kitų panašaus likimo žmonių (38). Taip pat dėl mažesnių kasdienių pasirinkimų galimybių, nustatytų taisyklių ir ribojamos autonomijos tokia aplinka kai kuriems gyventojams gali būti suvokiama kaip ribojanti. Taigi, socialinės globos namų modelis vieniems pacientams suteikia reikalingą saugumą ir stabilumą, tuo tarpu kitiems gali mažinti savarankiškumo jausmą ir apsunkinti integraciją visuomenėje (27).

7.7 Prūdiškių socialinės globos namai

Lietuvoje veikia 28 valstybinės socialinės globos įstaigos (39), viena iš jų yra Prūdiškių socialinės globos namai. Įstaiga įsikūrusi Vilniaus rajone, gamtos apsuptyje, ir teikia ilgalaikės socialinės globos bei sveikatos priežiūros paslaugas suaugusiems asmenims, kurie dėl psichikos ar proto negalios negali savarankiškai gyventi bendruomenėje. Šiuo metu čia gyvena apie 180 gyventojų, dauguma jų serga šizofrenija, tačiau taip pat yra asmenų, turinčių kitų sunkių psichikos ar fizinės sveikatos sutrikimų (40).

Įstaigoje teikiamos paslaugos orientuotos ne tik į bazinių poreikių užtikrinimą ar sveikatos priežiūrą, bet ir į gyventojų socialinį aktyvumą bei kasdienio funkcionavimo palaikymą. Gyventojams sudaromos galimybės dalyvauti įvairiose užimtumo veiklose, atsižvelgiant į jų individualius poreikius, gebėjimus ir interesus. Organizuojami kūrybiniai, darbiniai, fizinio aktyvumo bei kasdienio gyvenimo įgūdžių ugdymo užsiėmimai. Užimtumo veiklos reguliariai atnaujinamos, įprastai kas dvi savaites, siekiant išlaikyti jų įvairovę ir pritaikomumą skirtingiems gyventojų poreikiams (40).

Taip pat aktyviai organizuojami įvairių švenčių minėjimai, kultūriniai renginiai, koncertai, išvykos bei meninės veiklos. Remiantis viešai skelbiama informacija ir tyrimo metu atliktais stebėjimais, didelė dalis gyventojų aktyviai įsitraukia į užsiėmimus, domisi artėjančiais renginiais, švenčių minėjimais bei tarpusavio veiklomis (40). Bendravimo su gyventojais metu paaiškėjo, kad kai kuriems jų šios veiklos tampa svarbia kasdienio gyvenimo struktūros ir socialinio įsitraukimo dalimi.

Globos namuose siekiama sudaryti saugią ir stabilią aplinką. Laisvės apribojimai netaikomi, išskyrus su saugumu susijusius aspektus, tokius kaip alkoholio bei narkotinių medžiagų vartojimo ar

pavojingų daiktų laikymo ribojimai (40). Apklauso metu bendraujant su gyventojais atsiskleidė, kad daugelis jų teigiamai vertina gyvenimą įstaigoje, ypač išskirdami veiklų prieinamumą, galimybes dalyvauti užimtumo veiklose bei palaikantį personalo bendravimą.

Didžiąją dalį gyventojų globos namai tampa ilgalaikę gyvenamąją aplinką, kurioje praleidžiama reikšminga gyvenimo dalis. Dėl šios priežasties ši vieta daugeliui siejasi ne vien su priežiūros paslaugomis, bet ir su kasdieniais socialiniais ryšiais, rutiną palaikančiu bendruomeniškumu bei didesniu stabilumo jausmu.



1 pav. *Prūdiškių socialinės globos namai. Šaltinis: Prūdiškių socialinės globos namų interneto svetainė.*

7.8 Pagrindiniai šizofrenija sergančių pacientų poreikiai gyvenamojoje aplinkoje

7.8.1 Autonomija, savarankiškumas ir privatumas

Autonomijos poreikis yra vienas iš nuosekliausiai tyrimuose pasikartojančių aspektų. Absoliuti dauguma asmenų, sergančių šizofrenija, išreiškia norą gyventi kuo savarankiškiau (3,10,12,15,33,36,41). Meta-analizės duomenimis, net 84 % pacientų, sergančių sunkiais psichiatriniais sutrikimais, išreiškia norą gyventi kuo labiau nepriklausomomis sąlygomis (3). Savarankiškai gyvenantys pacientai pasižymi didesniu pasitenkinimu gyvenamąją aplinką, didesniu

nepriklausomybės, privatumo, laisvės kontroliuoti savo gyvenimą jausmu. Savarankiškumas ir aukštesnis įgalinimo lygis taip pat siejamas su sunkiomis psichikos ligomis sergančiųjų gyvenimo normalizavimu ir geresne gyvenimo kokybe (12).

Privatumo trūkumas yra vienas dažniausių nusiskundimų tarp sergančiųjų šizofrenija ir ypač gyvenančių socialinės globos namuose (15). Didesnė dalis pacientų išreiškia nepasitenkinimą paternalistiniu požiūriu ir ribojama asmenine laisve, ypač kasdienėse savęs priežiūros veiklose, pavyzdžiui, tualetų patalpos privatumu, ribojamu dušo prieinamumu, griežtai nustatytais miego, valgymo ar lankymo laikais, ribojama galimybe naudotis bendromis patalpomis ar laisvai išeiti ir įeiti į gyvenamąją įstaigą (36,41).

Vis dėlto pastebima, kad privatumo poreikis nėra absoliutus. Sergantieji išreiškia norą turėti privačią erdvę, tačiau kartu nejausti socialinės izoliacijos, todėl svarbiu aspektu tampa galimybė pasirinkti bendravimo su aplinkiniais kiekį ir būdą (41). Svarbu, kad pacientams teikiama pagalba būtų individualizuota pagal jų poreikius. Didesnius funkcinis sunkumus patiriantiems asmenims naudinga struktūruota ir intensyviai palaikoma aplinka, tuo tarpu geresnių funkcinų gebėjimų pacientai tokiomis pačiomis sąlygomis gali jaustis per daug ribojami. Pastarųjų autonomija ir galimybė savarankiškai organizuoti savo kasdienes veiklas siejama su didesniu pasitenkinimu gyvenimu (41).

7.8.2 Saugumas ir stabilumas

Saugumo ir stabilumo poreikis yra ypač svarbus asmenims, sergantiems sunkiomis psichikos ligomis. Stabilios gyvenimo sąlygos ir nuosekli priežiūra gali padėti išvengti būklės pablogėjimų bei sumažinti pakartotinių hospitalizacijų riziką (15). Svarbi šio poreikio dalis yra prieinamas socialinis ir emocinis palaikymas. Nustatyta, kad pacientų gyvenimo kokybė teigiamai susijusi su galimybe gauti pagalbą ir jaustis suprastiems (24,25). Be to, stabilus būstas veikia kaip apsauginis veiksnys, mažinantis benamystės ir su ja susijusių rizikų, tokių kaip priklausomybė nuo narkotikų ar alkoholio, tikimybę (41).

7.8.3 Socialiniai ryšiai ir integracija

Socialinių ryšių palaikymas ir integracija į visuomenę yra svarbūs pacientų gerovei, tačiau dažnai išlieka sudėtingi. Dalis pacientų patiria vienišumą ar socialinę izoliaciją, kuri gali būti susijusi tiek su ligos simptomais, tiek su stigmatizacija (41). Kai kuriais atvejais asmenys sąmoningai riboja socialinius kontaktus, siekdami išvengti neigiamų aplinkinių reakcijų. Kiti susiduria su sunkumais užmezgant ir palaikant artimus santykius. Todėl svarbu sudaryti sąlygas kiek įmanoma

kokybiškesniam socialiniam dalyvavimui, prieinamoms veikloms, ryšiams su bendruomene ir palaikančiai socialinei aplinkai (41).

7.8.4 Pritaikyta fizinė aplinka

Fizinės aplinkos kokybė yra svarbus gyvenimo kokybės veiksnys. Pacientai labiausiai vertina švarią, prižiūreitą aplinką ir galimybę turėti asmeninę erdvę (41). Taip pat reikšmingi faktoriai yra natūrali šviesa, tinkamas vėdinimas, pakankama erdvė asmeninių daiktų laikymui, prieinamumas neįgaliesiems, saugumas ir privatumas. Erdvi, tvarkinga ir funkcionali gyvenamoji aplinka lemia komfortą, kokybišką poilsį ir teigiamas kasdienes patirtis. Be to, tokios sąlygos gali veikti kaip apsauga nuo išorinių grėsmių ir rizikos faktorių, ypač asmenims, patyrusiems benamystę. Saugumo jausmui didelę įtaką daro kaimynystės kokybė, nusikalstamumo lygis ir santykiai su aplinkiniais. Taip pat pabrėžiama patogaus susisiekiimo svarba (41).

7.9 Socialinės globos namų ir savarankiško gyvenimo palyginimas

Esamų tyrimų duomenys rodo, kad apgyvendinimo forma turi reikšmingą, tačiau nevienareikšmį poveikį asmenų, sergančių šizofrenija, funkcionavimui ir gyvenimo kokybei (9,12). Lyginant socialinės globos namuose ir savarankiškai gyvenančius asmenis, nustatyta, kad globos namuose gyvenantys pacientai dažniau pasižymi žemesniu kasdienio funkcionavimo lygiu, ypač savęs priežiūros, bendradarbiavimo ir socialinio elgesio srityse. Taip pat tyrimai rodo, kad psichiatrinių simptomų sunkumas tarp šių grupių reikšmingai nesiskiria, todėl prastesni funkcionavimo rodikliai greičiausiai yra susiję ne su pačios ligos sunkumu, o su aplinkos veiksniais (9). Globos namų aplinkoje gyvenantys asmenys dažniau susiduria su ribotomis galimybėmis užsiimti prasminga veikla, dirbti ar aktyviai dalyvauti socialiniame gyvenime. Tai gali turėti įtakos jų kasdieniam aktyvumui ir socialiniams įgūdžiams, taip pat lemti didesnę priklausomybę nuo aplinkos (9). Tuo tarpu savarankiškas gyvenimas nuosekliai siejamas su didesniu pasitenkinimu gyvenimo sąlygomis, didesniu privatumu, autonomija ir savo gyvenimo kontrole (12,13,42). Asmenys, gyvenantys savarankiškai, paprastai palankiau vertina savo gyvenamąją aplinką ir socialinius ryšius, nepriklausomai nuo to, ar gyvena vieni, ar su kitais asmenimis (12). Vis dėlto savarankiškas gyvenimas nėra tinkamas visiems. Nors jis lemia daugiau laisvės ir savarankiškumo, ši gyvenimo forma gali būti susijusi su didesne vienišumo ar socialinės izoliacijos rizika, ypač esant ribotam socialiniam palaikymui. Pastebėtina, kad personalas ir pacientų artimieji dažniau kaip tinkamesnę linkę vertinti struktūruotą ir prižiūrimą gyvenimo aplinką, o pats apgyvendinimo tipas neretai parenkamas ne pagal paciento poreikius, o pagal prieinamumą (13).

Apibendrinant galima teigti, kad esminis skirtumas tarp globos namų ir savarankiško gyvenimo yra pusiausvyra tarp struktūros ir autonomijos. Gyvenimas globos namuose dažniau siejamas su didesniu saugumu, priežiūra ir stabilumu, kas gali būti svarbu didesnių funkcinių sunkumų turintiems asmenims, tačiau kartu riboja savarankiškumą, privatumo ir pasirinkimo galimybes bei gali mažinti socialinę integraciją. Tuo tarpu savarankiškas gyvenimas lemia didesnę autonomiją, kuri siejama su didesniu pasitenkinimo ir asmeninio gyvenimo kontrolės jausmu, tačiau reikalauja didesnių asmens kasdienio funkcionavimo gebėjimų ir gali didinti socialinės izoliacijos riziką. Taigi apgyvendinimo sprendimai turėtų būti individualizuoti, atsižvelgiant ne tik į paslaugų prieinamumą, bet ir į asmens funkcionavimo lygį, poreikius ir pageidavimus.

7.10 Literatūros spragos ir ribotumai

Svarbu pažymėti, kad esami tyrimai ir literatūra apie šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir apgyvendinimą pasižymi reikšmingais metodologiniais ribotumais, kurie gali apsunkinti rezultatų interpretaciją ir apibendrinimą (1,13,16).

Visų pirma, skirtinguose tyrimuose taikomi metodai nėra vienodi – naudojamos skirtingos būklės vertinimo skalės ir sąvokų apibrėžimai, todėl jų rezultatus sudėtinga lyginti tarpusavyje (16). Taip pat ši tyrimų sritis kritikuojama dėl nepakankamo teorinio pagrindimo ir vieningų vertinimo priemonių trūkumo, kas apsunkina skirtingų tyrimų palyginimą ir riboja galimybes atlikti meta-analizes (16).

Didelė dalis tyrimų yra skerspjūvio arba stebėjimo pobūdžio, tuo tarpu atsitiktinių imčių kontroliuojami tyrimai šioje srityje atliekami labai retai dėl etinių ir praktinių sunkumų juos vykdyti. Dėl šios priežasties stebimos tik sąsajos bei nėra galimybės nustatyti priežastinių ryšių tarp apgyvendinimo sąlygų ir pacientų gyvenimo kokybės ar kitų sveikatos rodiklių (13,15).

Be to, tyrimuose dėl ribotų galimybių dažnai naudojamos sąlyginai nedidelės imtys, kurios neretai yra specifinės, todėl jų reprezentatyvumas visai sergančiųjų šizofrenija populiacijai gali būti abejotinas (1). Tyrimai daugeliu atveju atliekami vienoje geografinėje vietovėje ar vienoje įstaigoje, kas riboja rezultatų pritaikymą kitose kultūrinėse ar socialinėse aplinkose (15).

Taip pat analizuojamos pacientų grupės gali skirtis ne tik sociodemografinėmis, bet ir klinikinėmis savybėmis, todėl gauti rezultatai ne visada gali būti lyginami ar pritaikomi kitoms populiacijoms (1). Be to, pacientų grupės dažnai nėra formuojamos atsitiktinai, o sudaromos pagal jų gyvenimo sąlygas, todėl tarp jų išlieka reikšmingų skirtumų, kurie gali iškreipti rezultatus. Pavyzdžiui, asmenys, gyvenantys socialinės globos namuose, gali turėti didesnių funkcinių sunkumų dar prieš patenkant į juos, o tai apsunkina priežastinių ryšių vertinimą.

Svarbu ir tai, kad daugelyje tyrimų nėra galimybės kontroliuoti visų galimų veiksnių, kurie gali turėti įtakos rezultatams. Tokie veiksniai kaip ligos sunkumas, gaunamas gydymas, socialinės paramos tinklas, asmenybės bruožai, funkcionavimo lygis ar paciento išvalgumas gali reikšmingai paveikti gyvenimo kokybės vertinimą, tačiau nėra visada įtraukiami į rezultatų analizę (1).

Kitas svarbus ribotumas yra pacientų gyvenimo kokybės matavimo metodai. Dalis tyrimų remiasi subjektyviais savęs vertinimo instrumentais, kurie atspindi momentinę emocinę būseną, yra jautrūs pacientų lūkesčiams bei socialiniam savęs lyginimui su kitais. Pavyzdžiui, pacientai gali vertinti savo gyvenimo kokybę skirtingai priklausomai nuo to, su kuo save lygina – ar su bendrąja populiacija, ar su kitais psichikos sutrikimų turinčiais asmenimis (1).

Taip pat kai kuriuose tyrimuose vertinama gana siaura gyvenimo kokybės samprata, dažniausiai orientuota į su sveikata susijusius aspektus, tačiau neapimanti platesnių socialinių, aplinkos bei materialinių veiksnių (1). Literatūroje dažnai trūksta aiškaus apgyvendinimo sąlygų aprašymo, todėl sudėtinga nustatyti, kurie konkretūs aplinkos komponentai, kaip privatumas, personalo prieinamumas ar socialinės veiklos galimybės, turi didžiausią įtaką pacientų gyvenimo kokybei (16).

Galiausiai, dauguma kiekybinių tyrimų nepakankamai atspindi individualias pacientų patirtis. Nors šie tyrimai leidžia identifikuoti bendras tendencijas, jie negali atskleisti subjektyvių unikalių pacientų išgyvenimų, kurie yra svarbūs vertinant gyvenimo kokybę. Atsižvelgiant į tai, literatūroje pabrėžiama ir kokybinių tyrimų svarba, siekiant geriau suprasti, kaip skirtingos apgyvendinimo formos yra patiriamos pačių pacientų (16).

8 METODAI

8.1 Tyrimo dizainas

Šiame darbe buvo atliktas kiekybinis, skerspjūvio pobūdžio tyrimas, kurio tikslas buvo palyginti šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybę priklausomai nuo gyvenamosios aplinkos – gyvenimo savo namuose arba socialinės globos įstaigoje. Tyrimu buvo siekiama įvertinti tiriamųjų gyvenimo kokybę pagal SF-36 klausimyną nagrinėjamas sritis, taip pat nustatyti galimas sociodemografinių rodiklių, dalyvumo ir gyvenimo kokybės sąsajas.

8.2 Tyrimo vieta ir laikas

Tyrimas vykdytas nuo 2025 m. lapkričio 15 d. iki 2026 m. kovo 15 d. Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centre ūmiuose vyrų ir moterų skyriuose ir dienos stacionare bei Prūdiškių socialinės globos namuose.

8.3 Tyrimo imtis

Tyrimo imtį sudarė 60 asmenų, sergančių šizofrenija. Iš jų 29 buvo pacientai, besigydantys Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centre ūmiame skyriuje ir dienos stacionare, o 31 buvo asmenys, gyvenantys Prūdiškių socialinės globos namuose. Buvo siekiama, kad abiejose tiriamųjų grupėse vyrų ir moterų skaičius būtų panašus.

8.4 Tiriamųjų atranka

Tiriamiesiems atrinkti buvo taikyta tikslinė atranka. Į tyrimą buvo įtraukiami asmenys, atitinkantys iš anksto nustatytus įtraukimo kriterijus. Įtraukimo kriterijai buvo: gydytojo psichiatro patvirtinta šizofrenijos diagnozė (F20 pagal TLK-10 klasifikaciją), nustatytas dalyvumo lygis ≤ 40 %, pagal GAF (Global Assessment of Functioning) skalę nustatytas pakankamas funkcionavimo sutrikimas ($GAF \leq 40$), veiksnumas ir gebėjimas savarankiškai duoti informuotą sutikimą, pakankamas gebėjimas suprasti klausimyno turinį ir atsakyti į klausimus, taip pat pasirašytas informuoto asmens sutikimas dalyvauti tyrime. Neįtraukimo kriterijai buvo: ūmi psichozinė fazė, trukdanti adekvačiai dalyvauti apklausoje, negebėjimas suteikti informuoto sutikimo, reikšmingas kognityvinis sutrikimas ar demencija, apsunkinantys klausimyno supratimą ar atsakymų pateikimą, reikšmingos neurologinės ligos, galinčios paveikti kognityvines funkcijas, aktyvi sunki priklausomybė nuo alkoholio ar psichoaktyviųjų medžiagų, taip pat sunkios somatinės ligos ar būklės, trukdančios dalyvauti tyrime ar galinčios kelti riziką tiriamajam.

8.5 Tyrimo grupių apibrėžimas

Tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes pagal jų gyvenamąją aplinką. Pirmajai grupei buvo priskirti pacientai, gyvenantys savo namuose. Šiai grupei priklausė asmenys, gyvenantys vieni arba kartu su šeimos nariais, tačiau negaunantys nuolatinės kasdienės medicininės specialistų priežiūros ar organizuotos socialinės globos paslaugų gyvenamojoje aplinkoje. Antrajai grupei buvo priskirti pacientai, gyvenantys socialinės globos įstaigoje, t. y. Prūdiškių socialinės globos namuose. Šie asmenys gyvena institucinio pobūdžio aplinkoje ir turėjo nuolatinę ar kasdien prieinamą specialistų pagalbą bei struktūruotą priežiūrą.

8.6 Duomenų rinkimo instrumentai

Tiriamųjų gyvenimo kokybei vertinti buvo naudojamas į lietuvių kalbą išverstas ir validuotas SF-36 (Short Form-36) klausimynas. SF-36 klausimyną sudaro 36 klausimai, apimantys aštuonias gyvenimo kokybės sritis: fizinį funkcionavimą (PF), fizinių sunkumų sukeltus apribojimus (RP), kūno skausmą (BP), bendrą sveikatos vertinimą (GH), gyvybingumą (VT), socialinį funkcionavimą (SF), emocinių sunkumų sukeltus apribojimus (RE) ir psichikos sveikatą (MH). Remiantis šiomis sritimis, papildomai apskaičiuojami du apibendrinti rodikliai – fizinės sveikatos komponentas (PCS) ir psichinės sveikatos komponentas (MCS). Be gyvenimo kokybės klausimyno, buvo renkami ir pagrindiniai sociodemografiniai bei klinikiniai pacientų duomenys: amžius, lytis, išsilavinimas, gyvenamoji aplinka ir dalyvumo lygio rodiklis. Išsilavinimas suskirstytas į tris grupes: pradinį, ne aukštąjį (vidurinį, profesinį ir aukštesnįjį) bei aukštąjį.

8.7 Tyrimo etika

Tyrimui atlikti buvo gautas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto leidimas (Nr. 1.5.81 Mr-150000-S-1540, 2026-02-25). Visi tyrimo dalyviai prieš įtraukimą į tyrimą buvo informuoti apie tyrimo tikslą, eigą, galimą naudą ir rizikas, taip pat apie duomenų konfidencialumo ir anonimiškumo užtikrinimą. Dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas. Kiekvienas dalyvis prieš įtraukimą į tyrimą pasirašė informuoto asmens sutikimą.

8.8 Duomenų suvedimas ir paruošimas analizei

Surinktų duomenų apdorojimui buvo naudojamos „Microsoft Excel“ ir „IBM SPSS Statistics“ programos. Pirminiai duomenys pirmiausia buvo suvesti į „Microsoft Excel“ lentelę. Kiekvienas tyrimo dalyvis sudarė vieną eilutę, o kiekvienas klausimas ar kintamasis – atskirą stulpelį. Atsakymai buvo koduojami skaitinėmis reikšmėmis pagal klausimyno struktūrą. SF-36 klausimyno atsakymai buvo suvedami pagal oficialias atsakymų skales. Klausimai, kurių atsakymų kryptis buvo neigiama, perkoduoti taip, kad visais atvejais didesnė reikšmė atspindėtų geresnę gyvenimo kokybę. Perkodavimas atliktas remiantis standartinėmis SF-36 klausimyno skaičiavimo rekomendacijomis. Toliau buvo apskaičiuoti atskirų SF-36 sričių balai. Kiekvienos srities rezultatai buvo transformuoti į skalę nuo 0 iki 100 balų, kur didesnė reikšmė reiškia geresnę gyvenimo kokybę. Taip pat buvo apskaičiuoti fizinės sveikatos komponento (PCS) ir psichinės sveikatos komponento (MCS) rodikliai. Parengta duomenų bazė buvo importuota į „SPSS“ programą statistinei analizei.

8.9 Aprašomoji statistika

Pirmiausia buvo atlikta aprašomoji statistinė analizė. Kategoriniai kintamieji, tokie kaip lytis, išsilavinimas ir gyvenamoji aplinka, buvo aprašyti absoliučiais dažniais (n) ir procentais (%). Kiekybiniai kintamieji, tokie kaip amžius, dalyvumo lygio rodiklis, SF-36 sričių balai, PCS ir MCS, buvo aprašyti naudojant vidurkį ir standartinę nuokrypį arba medianą ir tarpkvartilinį intervalą, priklausomai nuo duomenų pasiskirstymo. Tokio aprašymo pasirinkimas leido tiksliau atspindėti duomenų pobūdį ir išvengti netinkamo centrinės tendencijos rodiklių taikymo nenormaliai pasiskirsčiusiems duomenims.

8.10 Duomenų pasiskirstymo normalumo vertinimas

Kiekybinių kintamųjų pasiskirstymo normalumas buvo vertinamas atsižvelgiant į skirstinio asimetrijos ir eksceso rodiklius, histogramas ir naudojant Shapiro-Wilk testą. Šis testas pasirinktas dėl santykinai nedidelės imties ir jo tinkamumo mažesniems duomenų kiekiams. Jei p reikšmė buvo mažesnė nei 0,05, buvo laikoma, kad kintamasis nėra normaliai pasiskirstęs. Normalumo įvertinimas buvo svarbus siekiant pagrįstai pasirinkti tolimesnius statistinius metodus. Kadangi didžioji dalis SF-36 rodiklių bei papildomų kintamųjų neatitiko normalumo prielaidų, daugeliu atvejų buvo pasirinkti neparametriniai statistiniai testai.

8.11 Grupių palyginimas

Dviejų nepriklausomų grupių – pacientų, gyvenančių savo namuose, ir pacientų, gyvenančių socialinės globos įstaigoje – palyginimui buvo taikyti skirtingi statistiniai metodai, atsižvelgiant į duomenų pobūdį ir pasiskirstymą.

Amžiaus palyginimui tarp grupių buvo taikytas Student t testas nepriklausomoms imtims, nes šis kintamasis abiejose grupėse atitiko normalumo prielaidą. Prieš taikant šį testą buvo įvertinta dispersijų lygybė naudojant Levene testą.

Dalyvumo rodikliui, kuris neatitiko normalumo prielaidų, buvo taikytas Mann-Whitney U testas. Šis testas pasirinktas todėl, kad jis nereikalauja normalumo prielaidų ir yra tinkamas dviejų nepriklausomų grupių palyginimui, kai duomenys nėra normaliai pasiskirstę.

SF-36 sričių rodiklių ir PCS ir MCS palyginimui tarp grupių taip pat buvo taikytas Mann-Whitney U testas. Nors dalis rodiklių atitiko normalumo prielaidą, visiems SF-36 rodikliams pasirinktas vienodas neparametrinis metodas, siekiant metodinio nuoseklumo ir aiškesnės rezultatų interpretacijos.

Kategorinių kintamųjų, tokių kaip lytis ir išsilavinimas, pasiskirstymui tarp grupių palyginti buvo taikytas chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Tais atvejais, kai tam tikrose lentelės ląstelėse tikėtinos reikšmės buvo mažos, rezultatų vertinimui papildomai buvo remiamasi Fisher tiksliuoju testu.

8.12 Koreliacinė analizė

Siekiant įvertinti galimas sąsajas tarp amžiaus, dalyvumo ir gyvenimo kokybės rodiklių, buvo atlikta koreliacinė analizė. Kadangi dalis kintamųjų neatitiko normalumo prielaidų, buvo pasirinkta Spearmano ranginė koreliacija. Spearmano koreliacija buvo taikyta vertinant ryšius tarp amžiaus ir SF-36 sričių rodiklių bei tarp dalyvumo ir SF-36 sričių rodiklių, taip pat tarp šių kintamųjų ir apibendrintų PCS ir MCS rodiklių. Šis metodas buvo pasirinktas dėl jo tinkamumo nenormaliai pasiskirsčiusiems ir ranginiams duomenims. Koreliacijos stiprumas buvo vertinamas pagal koreliacijos koeficiento dydį, o statistinis reikšmingumas – pagal p reikšmę.

8.13 Regresinė analizė

Papildomai buvo atlikta daugialypė tiesinė regresinė analizė, siekiant įvertinti, ar amžius, gyvenamoji aplinka, dalyvumo lygio rodiklis ir lytis prognozuoja bendruosius gyvenimo kokybės komponentus – PCS ir MCS.

Buvo sudaryti du regresijos modeliai. Pirmajame modelyje priklausomas kintamasis buvo fizinės sveikatos komponentas (PCS), antrajame – psichinės sveikatos komponentas (MCS). Į abu modelius kaip nepriklausomi kintamieji buvo įtraukti amžius, gyvenamoji aplinka, dalyvumo lygio rodiklis ir lytis.

Modelių tinkamumas buvo vertinamas pagal determinacijos koeficientą (r^2), pakoreguotą r^2 ir ANOVA testo reikšmingumą. Atskirų kintamųjų įtaka vertinta pagal regresijos koeficientus (B), standartizuotus regresijos koeficientus ($Beta$) ir jų statistinį reikšmingumą (p reikšmės).

Papildomai buvo įvertintas multikolineariškumas, naudojant tolerancijos ir VIF rodiklius, siekiant įsitikinti, kad nepriklausomi kintamieji nėra stipriai tarpusavyje susiję.

8.14 Statistinio reikšmingumo lygmuo

Visiems statistiniams testams buvo pasirinktas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Rezultatai laikyti statistiškai reikšmingais, kai p reikšmė buvo mažesnė už šią ribą.

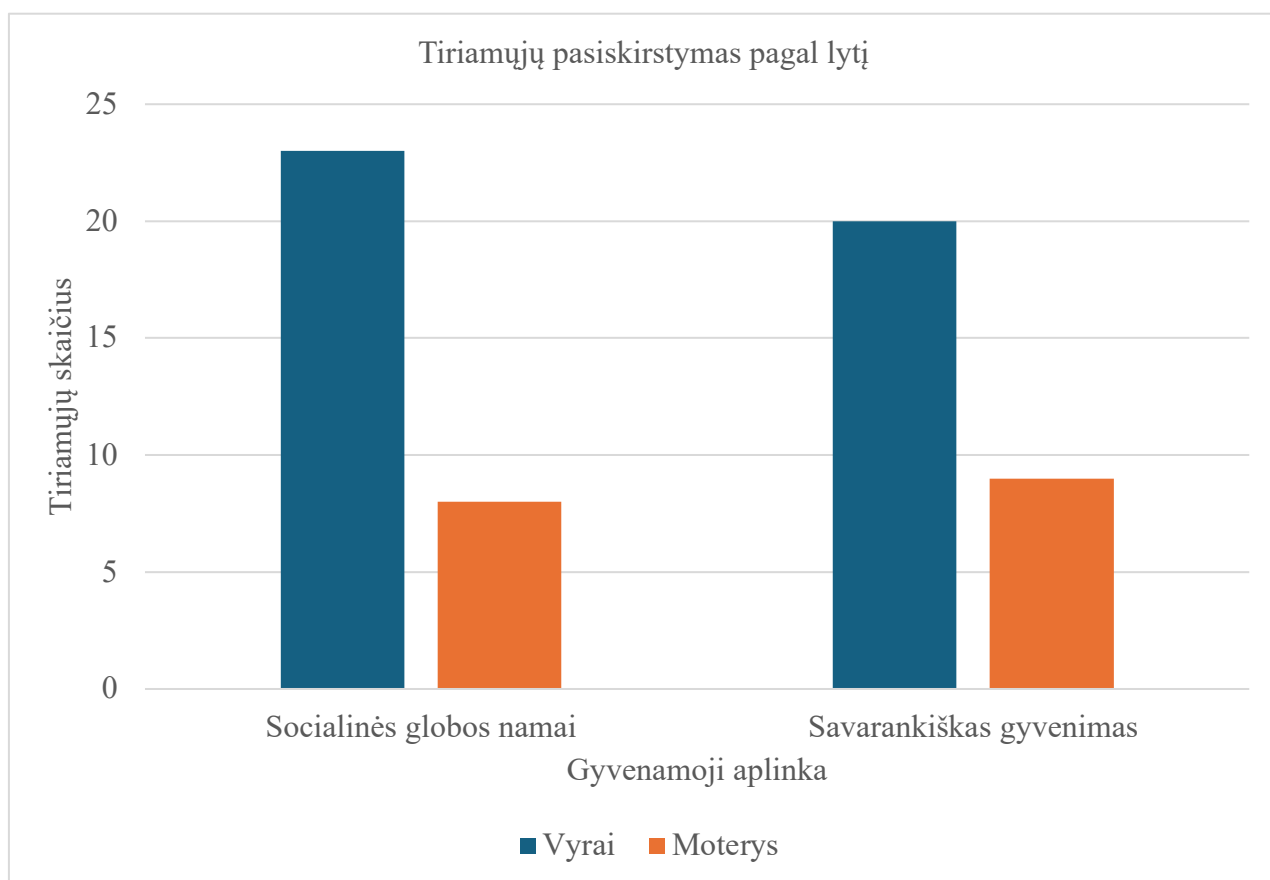
9 REZULTATAI

9.1 Tiriamųjų sociodemografinės ir bendrosios charakteristikos

1 lentelė. *Tiriamųjų demografinės charakteristikos*

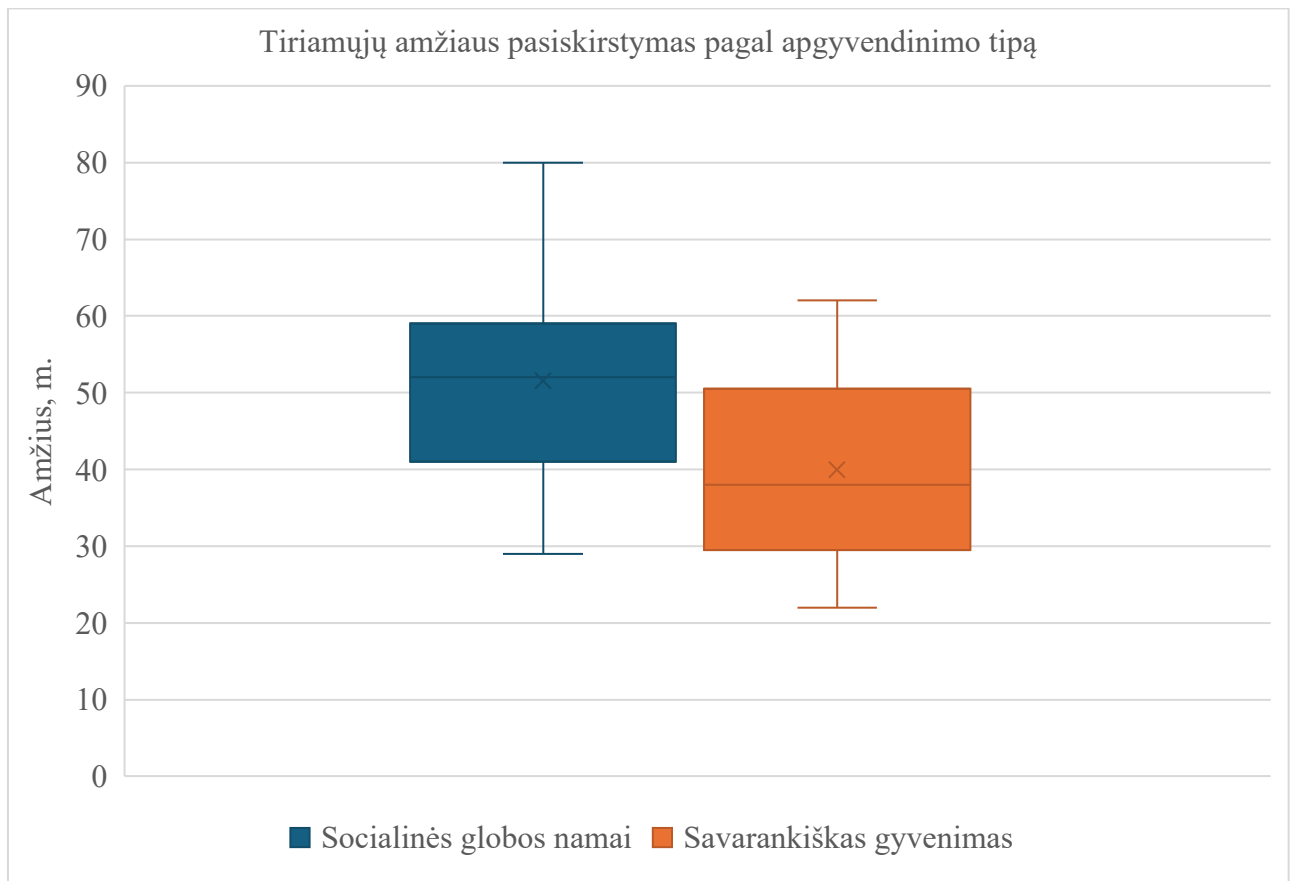
Rodiklis	Socialinės globos namai (n=31)	Savarankiškas gyvenimas (n=29)	p
Amžius, m., vidurkis $\pm$ SD	51,55 $\pm$ 11,87	40,00 $\pm$ 12,05	<0,001
Dalyvumas, mediana (Q1–Q3)	30 (25–35)	30 (25–35)	0,463
Lytis, n (%)			0,653
Moterys	8 (25,8)	9 (31,0)	
Vyrai	23 (74,2)	20 (69,0)	
Išsilavinimas, n (%)			0,689
Pradinis	4 (12,9)	5 (17,2)	
Ne aukštasis	26 (83,9)	22 (75,9)	
Aukštasis	1 (3,2)	2 (6,9)	

Tyrime dalyvavo 60 tiriamųjų, iš kurių 31 gyveno socialinės globos namuose, o 29 – nuosavame būste.



2 pav. *Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį*

Lyties pasiskirstymas tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,653$). Socialinės globos namuose 25,8 % sudarė moterys ir 74,2 % – vyrai, o nuosavame būste atitinkamai 31,0 % ir 69,0 %.



3 pav. *Tiriamųjų amžiaus pasiskirstymas pagal apgyvendinimo tipą*

Nustatyta, kad socialinės globos namuose gyvenę asmenys buvo statistiškai reikšmingai vyresni nei nuosavame būste gyvenę tiriamieji (atitinkamai $51,55 \pm 11,87$ m. ir $40,00 \pm 12,05$ m.; $p < 0,001$).

Dalyvumo rodiklio mediana abiejose grupėse buvo vienoda – 30 (25–35), o statistiškai reikšmingo skirtumo tarp grupių nenustatyta ($p = 0,463$).

Taip pat nenustatyta statistiškai reikšmingų išsilavinimo pasiskirstymo skirtumų tarp grupių ($p = 0,689$). Abiejose grupėse daugumą sudarė ne aukštąjį išsilavinimą turintys tiriamieji.

9.2 Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas pagal apgyvendinimo tipą

2 lentelė. *Gyvenimo kokybės (SF-36) rodiklių palyginimas tarp socialinės globos ir savarankiškai gyvenančių pacientų*

Rodiklis	Socialinės globos namai, mediana (Q1–Q3)	Nuosavas būstas, mediana (Q1–Q3)	p
Fizinis funkcionavimas (PF)	80 (65–100)	70 (55–88)	0,137
Fizinių sunkumų sukelti apribojimai (RP)	50 (25–100)	25 (0–88)	0,037
Emocinių sunkumų sukelti apribojimai (RE)	100 (0–100)	0 (0–67)	0,006
Socialinis funkcionavimas (SF)	90 (68–100)	55 (35–84)	<0,001
Kūno skausmas (BP)	80 (55–100)	63 (41–100)	0,123
Bendras sveikatos vertinimas (GH)	60 (35–85)	35 (25–58)	0,017
Gyvybingumas (VT)	60 (45–80)	50 (30–65)	0,017
Psichikos sveikata (MH)	68 (48–84)	52 (36–66)	0,015
Fizinės sveikatos komponentas (PCS)	48,24 (42,20–55,23)	44,24 (41,00–49,67)	0,258
Psichinės sveikatos komponentas (MCS)	46,59 (38,20–56,61)	36,99 (29,59–46,40)	0,003

Gyvenimo kokybės vertinimas pagal SF-36 klausimyno sritis parodė, kad tarp socialinės globos namuose ir nuosavame būste gyvenusių tiriamųjų nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai.

Socialinės globos namuose gyvenusių asmenų grupėje nustatytos didesnės fizinių sunkumų sukeltų apribojimų (RP), emocinių sunkumų sukeltų apribojimų (RE) ir socialinio funkcionavimo (SF) medianos (atitinkamai $p = 0,037$; $p = 0,006$; $p < 0,001$).

Taip pat socialinės globos namuose gyvenusių tiriamųjų grupėje nustatyti aukštesni bendro sveikatos vertinimo (GH), gyvybingumo (VT) ir psichikos sveikatos (MH) rodikliai (atitinkamai $p = 0,017$; $p = 0,017$; $p = 0,015$).

Papildomai nustatyta, kad socialinės globos namuose gyvenusių asmenų grupėje buvo reikšmingai didesnis psichinės sveikatos komponentas (MCS) ($p = 0,003$).

Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta fizinio funkcionavimo (PF), kūno skausmo (BP) bei fizinės sveikatos komponento (PCS) rodikliuose (atitinkamai $p = 0,137$; $p = 0,123$; $p = 0,258$).

9.3 Amžiaus ir dalyvumo lygio sąsajos su gyvenimo kokybės rodikliais

3 lentelė. *Gyvenimo kokybės sričių sąsajos su amžiumi ir dalyvumo lygiu: Spearman koreliacinė analizė*

Rodiklis	Amžius (r_s)	p	Dalyvumas (r_s)	p
PF	0,016	0,904	0,077	0,558
RP	0,083	0,527	0,069	0,600
RE	0,178	0,175	-0,123	0,347
SF	0,285	0,027	-0,125	0,343
BP	0,021	0,874	0,046	0,728
GH	0,162	0,217	-0,232	0,075
VT	0,215	0,100	-0,146	0,267
MH	0,186	0,156	-0,193	0,139
PCS	-0,033	0,804	0,137	0,296
MCS	0,256	0,048	-0,236	0,069

Amžiaus analizė parodė, kad statistiškai reikšmingos, tačiau silpnos teigiamos sąsajos buvo tarp amžiaus ir socialinio funkcionavimo (SF) ($r = 0,285$, $p = 0,027$) bei tarp amžiaus ir psichinės

sveikatos komponento (MCS) ($r = 0,256$, $p = 0,048$). Tai rodo, kad didesnis amžius yra statistiškai reikšmingai susijęs su geresniu socialiniu funkcionavimu ir geresne bendra psichine sveikata.

Tuo tarpu dalyvumo lygis statistiškai reikšmingai nesusijęs su nei viena gyvenimo kokybės skale ($p > 0,05$), nors pastebimos nereikšmingos neigiamos tendencijos su emocine ir psichine sveikata (RE, MH, MCS).

9.4 Lyties sąsajos su gyvenimo kokybės rodikliais

4 lentelė. *Gyvenimo kokybės (SF-36) rodiklių palyginimas tarp vyrų ir moterų*

Rodiklis	Vyrai, mediana (Q1–Q3)	Moterys, mediana (Q1–Q3)	p
PF	75 (55–90)	70 (55–92,5)	0,856
RP	50 (0–100)	50 (0–100)	0,837
RE	33,3 (0–100)	33,3 (0–100)	0,888
SF	80 (42,5–100)	70 (47,5–100)	0,927
BP	80 (52,5–100)	55 (36,3–77,5)	0,017
GH	50 (30–80)	55 (25–72,5)	0,889
VT	50 (35–70)	55 (40–70)	0,941
MH	64 (44–76)	68 (46–78)	0,895
PCS	46,1 (42,1–53,3)	43,7 (38,2–51,3)	0,290
MCS	42,9 (30,1–53,8)	41,1 (33,6–53,4)	0,993

Analizuojant gyvenimo kokybės rodiklių skirtumus pagal lytį, nustatyta, kad statistiškai reikšmingas skirtumas egzistuoja tik kūno skausmo (BP) rodiklyje ($p = 0,017$). Vyrai pasižymėjo didesnėmis šio rodiklio medianomis nei moterys.

Kitų gyvenimo kokybės rodiklių skirtumai tarp lyčių nebuvo statistiškai reikšmingi ($p > 0,05$).

9.5 Gyvenimo kokybės rodiklių tarpusavio sąsajos

5 lentelė. *Gyvenimo kokybės sričių stipriausios tarpusavio sąsajos: Spearman koreliacinė analizė*

Rodikliai	r_s	p
PF – PCS	0,808	<0,001
RP – RE	0,619	<0,001
RE – MCH	0,780	< 0,001
SF – MH	0,643	<0,001
SF – MCS	0,724	<0,001
BP – PCS	0,649	<0,001
GH – VT	0,658	<0,001
GH – MH	0,603	<0,001
VT – MH	0,699	<0,001
VT – MCS	0,692	<0,001
MH – MCS	0,842	<0,001

Analizuojant SF-36 subskalių tarpusavio ryšius nustatyta, kad visi pateikti rodikliai tarpusavyje koreliuoja statistiškai reikšmingai ($p < 0,001$). Lentelėje pateiktos tik stiprios ir labai stiprios koreliacijos tarp SF-36 subskalių. Stipriomis koreliacijomis laikytos sąsajos, kai koreliacijos koeficientas $r_s \geq 0,6$, o labai stipriomis – kai $r_s \geq 0,8$.

Labai stipri koreliacija nustatyta tarp psichinės sveikatos (MH) ir bendro psichinės sveikatos komponento (MCS) ($r_s = 0,842$), taip pat tarp fizinio aktyvumo (PF) ir bendro fizinės sveikatos komponento (PCS) ($r_s = 0,808$). Šie rezultatai rodo itin glaudų ryšį tarp atskirų subskalių ir bendrų fizinės bei psichinės sveikatos komponentų.

Taip pat nustatyta stipri koreliacija tarp emocinių sunkumų sukeltų apribojimų (RE) ir MCS ($r_s = 0,780$), tarp socialinio funkcionavimo (SF) ir MCS ($r_s = 0,724$), tarp gyvybingumo (VT) ir

psichinės sveikatos (MH) ($r_s = 0,699$), bei tarp VT ir MCS ($r_s = 0,692$). Tai rodo glaudžias sąsajas tarp emocinės būklės, energingumo, socialinio funkcionavimo ir bendros psichinės sveikatos.

Socialinis funkcionavimas (SF) taip pat stipriai koreliavo su psichine sveikata (MH) ($r_s = 0,643$), o bendros sveikatos vertinimas (GH) – su gyvybingumu (VT) ($r_s = 0,658$) ir psichine sveikata (MH) ($r_s = 0,603$). Fizinės sveikatos srityje nustatyta stipri koreliacija tarp kūno skausmo (BP) ir PCS ($r_s = 0,649$), rodanti reikšmingą skausmo ryšį su bendru fizinės sveikatos vertinimu.

Apibendrinant galima teigti, kad stipriausios sąsajos nustatytos tarp psichinės sveikatos rodiklių bei tarp fizinio aktyvumo ir bendro fizinės sveikatos komponento. Gauti rezultatai rodo, kad SF-36 subskalės yra glaudžiai tarpusavyje susijusios ir atspindi tarpusavyje susijusias fizinės, emocinės ir socialinės gyvenimo kokybės dimensijas.

9.6 Regresinė analizė

Papildomai buvo atlikta tiesinė regresinė analizė, siekiant įvertinti, ar amžius, dalyvumas, apgyvendinimo tipas ir lytis prognozuoja bendrą fizinės sveikatos komponentą (PCS) bei bendrą psichinės sveikatos komponentą (MCS). PCS modelis nebuvo statistiškai reikšmingas ($R^2 = 0,088$; pakoreguotas $R^2 = 0,022$; $p = 0,269$), o nei vienas į modelį įtrauktas kintamasis nepasiekė statistinio reikšmingumo lygmens. Stebėta sąsaja tarp dalyvumo ir didesnio PCS, tačiau ji nepasiekė statistinio reikšmingumo ($p = 0,068$).

6 lentelė. *Sociodemografinių veiksnių sąsaja su fiziniu gyvenimo kokybės komponentu (PCS): daugialypės regresijos analizė*

Kintamasis	Beta	p
Amžius	-0,200	0,209
Dalyvumas	0,170	0,201
Būstas	-0,213	0,157
Išsilavinimas	0,159	0,265

Atlikus daugialypę regresinę analizę nustatyta, kad nei vienas iš tirtų sociodemografinių kintamųjų (amžius, dalyvumas, būstas ir išsilavinimas) statistiškai reikšmingai neprognozavo fizinės sveikatos komponento (PCS) ($p > 0,05$). Tai rodo, kad šiame modelyje minėti veiksniai nėra susiję su fizinės sveikatos rodikliais.

7 lentelė. *Sociodemografinių veiksnių sąsaja su psichikos gyvenimo kokybės komponentu (MCS): daugialypės regresijos analizė*

Kintamasis	β	p
Amžius	0,096	0,508
Dalyvumas	-0,149	0,220
Būstas	-0,331	0,018
Išsilavinimas	0,172	0,187

Analizuojant psichinės sveikatos komponentą (MCS), nustatyta, kad gyvenamoji vieta yra vienintelis statistiškai reikšmingas prediktorius ($\beta = -0,331$, $p = 0,018$). Rezultatai rodo, kad asmenys, gyvenantys savo namuose, pasižymėjo mažesniais MCS balais, palyginti su gyvenančiais socialinės globos namuose.

Kiti kintamieji (amžius, dalyvumo lygis ir išsilavinimas) statistiškai reikšmingos įtakos MCS neturėjo ($p > 0,05$).

9.7 Apibendrinimas

Šiame tyrime nustatyta, kad socialinės globos namuose gyvenantys pacientai pasižymėjo geresniais daugumos gyvenimo kokybės rodiklių rezultatais, ypač psichinės sveikatos ir socialinio funkcionavimo srityse, o apgyvendinimo tipas buvo reikšmingas psichinės sveikatos komponento prediktorius. Nors socialinės globos namuose gyvenę tiriamieji buvo vyresni, amžius silpnai, tačiau statistiškai reikšmingai siejosi su geresniu socialiniu funkcionavimu (SF) ir aukštesniu psichinės sveikatos komponentu (MCS). Dalyvumo lygis reikšmingos įtakos gyvenimo kokybei neturėjo. Lyties skirtumai nustatyti tik kūno skausmo srityje, kur vyrai nurodė mažesnę skausmą. Apskritai rezultatai rodo, kad gyvenimo kokybė yra glaudžiai susijusi su gyvenamąja aplinka ir tarpusavyje susijusiomis psichinės bei fizinės sveikatos dimensijomis.

10 REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad socialinės globos namuose gyvenantys pacientai pasižymėjo geresniais gyvenimo kokybės rodikliais, ypač psichinės sveikatos ir socialinio funkcionavimo srityse. Gauti duomenys buvo netikėti, kadangi jie nėra visiškai suderinami su dalimi esamos literatūros,

kurioje dažniau pabrėžiama, jog savarankiškai gyvenantys asmenys pasižymi didesniu pasitenkinimu gyvenimu, stipresniu autonomijos jausmu ir aukštesne subjektyvia gyvenimo kokybe. (12). Daugelis tyrimų rodo, kad gyvenimas savo namuose siejamas su didesniu privatumu, savarankiškumu bei geresniais socialiniais ryšiais, o tai laikoma svarbiais gyvenimo kokybės komponentais. Taip pat nustatyta, kad dauguma pacientų su sunkiais psichikos sutrikimais patys teikia pirmenybę mažiau ribojančiai, labiau nepriklausomai gyvenimo aplinkai (13).

Vis dėlto literatūroje pateikiami duomenys nėra vienareikšmiai. Kai kurie tyrimai rodo, kad gyvenimo kokybė gali būti geresnė socialinės globos namų tipo aplinkoje dėl ten teikiamos socialinės paramos, kasdienės struktūros ir nuolat prieinamų paslaugų (16). Taip pat nustatyta, kad darbuotojų prieinamumas ir jų teikiama socialinė parama gali reikšmingai mažinti emocinę įtampą ir gerinti psichologinę savijautą (36). Be to, kai kuriuose tyrimuose pastebima, kad tokie apgyvendinimo modeliai, kuriuose personalas gyventojams prieinamas visą parą, gali būti susiję su mažesne socialine izoliacija, palyginus su visiškai savarankišku gyvenimo modeliu, kuriame dažniau pasitaiko vienišumo ir socialinės atskirties problemų (15).

Svarbus aspektas, galintis paaiškinti šiame tyrime gautus rezultatus, yra tiriamųjų vertinimo kontekstas. Savarankiškai gyvenantys pacientai buvo tirti gydymo stacionare metu, įskaitant ūmius skyrius, todėl jų gyvenimo kokybės vertinimas galėjo būti paveiktas tuo metu pasireiškiančių simptomų. Nors SF-36 klausimynas vertina paskutinio mėnesio laikotarpį, dalis pacientų apklausos pildymo metu galėjo būti hospitalizuoti ilgesnį laiką arba būti patyrę ryškų būklės pablogėjimą prieš hospitalizaciją, todėl jų atsakymai galėjo labiau atspindėti ligos paūmėjimo laikotarpį, o ne įprastas gyvenimo sąlygas. Literatūroje pabrėžiama, kad psichopatologijos intensyvumas, hospitalizacijos epizodai ir emocinė būseną yra reikšmingi gyvenimo kokybės vertinimo veiksniai (6), į kuriuos šio tyrimo atveju nebuvo atsižvelgta.

Taip pat svarbu atsižvelgti į tai, kad gyvenimo kokybės vertinimas yra subjektyvus ir glaudžiai susijęs su individo lūkesčiais, prisitaikymu prie gyvenimo aplinkybių bei socialiniu kontekstu. Gyvenimo kokybė apibrėžiama kaip asmens savo padėties gyvenime vertinimas, priklausantis nuo jo lūkesčių, standartų ir aplinkos (4–7). Dėl šios priežasties socialinės globos namuose gyvenantys asmenys savo situaciją gali vertinti palankiau, lygindami save su panašioje aplinkoje gyvenančiais žmonėmis ar turėdami kitokius lūkesčius kasdieniam funkcionavimui ir gyvenimo kokybei. Literatūroje taip pat pabrėžiama, kad pacientų subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą reikšmingai veikia tai, su kuo jie save lygina bei kokių gyvenimo standartų tikisi (1).

Šiuos rezultatus iš dalies galėtų paaiškinti tiriamųjų amžiaus skirtumai. Nustatyta, kad socialinės globos namuose gyvenę asmenys buvo statistiškai reikšmingai vyresni nei nuosavame

būste gyvenę tiriamieji. Galima daryti prielaidą, kad vyresni pacientai per ilgesnį ligos laikotarpį gali būti labiau prisitaikę prie savo sveikatos būklės, turėti stabilesnius kasdienius įpročius bei mažesnius lūkesčius socialiniam ar profesiniam funkcionavimui, o tai gali būti susiję ir su palankesniu subjektyviu gyvenimo kokybės vertinimu (43). Šią prielaidą iš dalies pagrindžia tyrimo rezultatai, parodę statistiškai reikšmingas teigiamas sąsajas tarp amžiaus ir socialinio funkcionavimo bei tarp amžiaus ir psichinės sveikatos komponento. Nors nustatytos koreliacijos buvo silpnos, jos rodo tendenciją, kad vyresnis amžius gali būti susijęs su geresniu socialiniu prisitaikymu bei stabilesne psichine savijauta.

Tyrimo metu taip pat nustatytos stiprios koreliacijos tarp psichologinių gyvenimo kokybės rodiklių, tokių kaip emocinių sunkumų sukelti apribojimai, gyvybingumas, socialinis funkcionavimas ir bendra psichinė sveikata. Tai rodo, kad šie komponentai yra glaudžiai tarpusavyje susiję, o geresni vienos srities rodikliai dažnai siejasi ir su palankesniu kitų psichologinių gyvenimo kokybės aspektų vertinimu. Atsižvelgiant į tai, galima manyti, kad geresni socialinės globos namuose gyvenusių asmenų gyvenimo kokybės rodikliai gali būti susiję ne tik su pačia gyvenamąja aplinka, bet ir su vyresniu tiriamųjų amžiumi bei geresniu psichologiniu prisitaikymu prie ilgalaikės ligos ir kasdienio gyvenimo aplinkybių.

Be to, ryšys tarp objektyvių gyvenimo sąlygų ir subjektyvios gyvenimo kokybės nėra tiesioginis. Tyrimai rodo, kad šie ryšiai dažnai yra silpni arba nenuoseklūs, o gyvenimo kokybė labiau susijusi su individualiais veiksniais, tokiais kaip socialinė parama, psichologinė būseną ar prisitaikymas prie aplinkos (12). Tai galėtų paaiškinti, kodėl, nepaisant objektyviai labiau teigiamai vertinamų veiksnių, tokių kaip privatumas ar savarankiškumas, savarankiškai gyvenančių pacientų gyvenimo kokybė šiame tyrime nebuvo didesnė.

Apibendrinant galima teigti, kad nors literatūroje dažnai pabrėžiami savarankiško gyvenimo privalumai, šio tyrimo rezultatai rodo, kad socialinės globos namų aplinka gali turėti teigiamą poveikį psichinei sveikatai ir socialiniam funkcionavimui, ypač esant didesniam priežiūros poreikiui. Tai patvirtina hipotezę, kad gyvenimo kokybė sergant sunkiomis psichikos ligomis yra kompleksinis reiškinys, kurį lemia ne tik gyvenamoji aplinka, bet ir klinikinė būklė, socialinė parama bei subjektyvūs vertinimo mechanizmai.

11 TYRIMO TRŪKUMAI

Vertinant šio tyrimo rezultatus, svarbu atsižvelgti į keletą ribotumų. Pirmiausia, tyrimas buvo skerspjūvio tipo, todėl nustatyti ryšiai negali būti interpretuojami kaip priežastiniai. Tokio pobūdžio tyrimai leidžia nustatyti tik sąsajas tarp kintamųjų, tačiau neleidžia įvertinti, ar apgyvendinimo

sąlygos daro tiesioginę įtaką gyvenimo kokybei, ar stebimi skirtumai yra susiję su kitais, nekontroliuotais veiksniais (15).

Kitas svarbus ribotumas yra santykinai nedidelė ir specifinė imtis, kuri gali riboti rezultatų apibendrinimą platesnei populiacijai. Literatūroje pažymima, kad daugelis tyrimų šioje srityje pasižymi mažomis imtimis ir geografiškai ribotais duomenimis, kas apsunkina rezultatų palyginamumą ir pritaikomumą platesnei populiacijai (15).

Taip pat svarbu atkreipti dėmesį į galimus nekontroliuotus kintamuosius. Nors tyrime buvo analizuoti keli sociodemografiniai rodikliai ir dalyvumo lygis, nebuvo vertinti kiti reikšmingi veiksniai, tokie kaip psichikos sutrikimo sunkumas, simptomų intensyvumas, socialinės paramos lygis, ligos trukmė, gydymo ypatumai, kurie, kaip rodo ankstesni tyrimai, gali turėti reikšmingą poveikį gyvenimo kokybei (1).

Be to, gyvenimo kokybė šiame tyrime buvo vertinama subjektyviu būdu, naudojant SF-36 klausimyną. Nors literatūroje pabrėžiama, kad savęs vertinimas yra svarbus ir validus gyvenimo kokybės matas, jis gali būti veikiamas momentinės emocinės būsenos ar individualių kitų tuo metu įtaką darančių veiksnių (1). Atsižvelgiant į tai, galimi tam tikri vertinimo šališkumai.

Dar vienas ribotumas susijęs su būsto tipų apibrėžimu. Literatūroje pažymima, kad skirtingi socialinio būsto modeliai gali labai skirtis pagal teikiamų paslaugų lygį, struktūrą ir tikslinę grupę, todėl skirtingų tyrimų rezultatai ne visada yra tiesiogiai lygintini (16). Tai gali turėti įtakos ir šiame tyrime gautų rezultatų interpretacijai.

Taip pat ribotumu laikytina tai, kad dalis savarankiškai gyvenančių pacientų buvo apklausti gydymo stacionare metu. Nors gyvenimo kokybė vertinta retrospektyviai per paskutinį mėnesį, dalis tiriamųjų šiuo laikotarpiu jau galėjo būti hospitalizuoti, todėl jų atsakymai galėjo būti paveikti tuo metu buvusios psichikos būklės. Tai galėjo lemti mažesnius subjektyviai vertinamus gyvenimo kokybės rodiklius šioje grupėje ir turėti įtakos grupių palyginamumui.

12 TYRIMO PRIVALUMAI

Nepaisant minėtų ribotumų, šis tyrimas pasižymi ir tam tikrais privalumais. Vienas iš jų yra gyvenimo kokybės vertinimas naudojant standartizuotą, išverstą į lietuvių kalbą, validuotą ir plačiai taikomą SF-36 klausimyną, kuris leidžia palyginti rezultatus su kitais tyrimais, atliktais skirtingose šalyse.

Svarbus tyrimo privalumas yra tai, kad analizuojami ne tik bendrieji fizinės ir psichinės sveikatos komponentai, bet ir atskiros gyvenimo kokybės sritys. Tai leidžia nustatyti platų skirtumų profilį tarp grupių ir išryškinti tai, kad skirtinga gyvenamoji aplinka gali būti susijusi su skirtingais gyvenimo kokybės aspektais, o ne vien su bendru jos vertinimu. Tokia analizė suteikia gilesnį supratimą apie gyvenimo kokybės komponentus.

Taip pat reikšminga, kad tyrime buvo analizuotos sąsajos tarp gyvenimo kokybės rodiklių, sociodemografinių veiksnių ir dalyvumo lygio. Nors dauguma šių sąsajų buvo silpnos arba statistiškai nereikšmingos, nustatyti pavieniai reikšmingi ryšiai (pvz., su amžiumi) leidžia geriau suprasti galimus veiksnius, susijusius su gyvenimo kokybe.

Atlikta papildoma regresinė analizė suteikė galimybę įvertinti kelių kintamųjų tarpusavio ryšius ir jų galimą prognostinę reikšmę. Nustatyta, kad apgyvendinimo tipas buvo reikšmingas psichinės sveikatos komponento prediktorius, tuo tarpu kiti veiksniai reikšmingos įtakos neturėjo. Tai leidžia išryškinti gyvenamosios aplinkos svarbą vertinant gyvenimo kokybę ir sustiprina tyrimo metodologinį pagrįstumą.

Galiausiai, tyrimas prisideda prie ribotos empirinės bazės apie gyvenimo kokybę skirtinguose gyvenamosiose sąlygose, ypač vietiniame kontekste. Literatūroje šioje srityje vis dar trūksta nuoseklių palyginamųjų tyrimų, todėl net ir nedidelės apimties tyrimai yra svarbūs siekiant geriau suprasti būsto ir gyvenimo kokybės sąsajas.

13 IŠVADOS

1. Nustatyta, kad socialinės globos namuose gyvenantys šizofrenija sergantys pacientai pasižymėjo geresne bendra gyvenimo kokybe, ypač psichinės sveikatos srityje, palyginti su nuosavame būste gyvenusiais tiriamaisiais.
2. Gyvenimo kokybės dimensijų analizė parodė, kad skirtumai tarp grupių labiausiai atsiskleidė psichosocialinėse srityse, tuo tarpu fizinės sveikatos rodikliai tarp skirtingų apgyvendinimo tipų buvo panašūs.
3. Nustatyta, kad amžius buvo susijęs su geresniu socialiniu funkcionavimu ir bendru psichinės sveikatos rodikliu, tuo tarpu dalyvumo lygis su gyvenimo kokybe nesusijęs, o lyties skirtumai nustatyti tik kūno skausmo srityje.

14 PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Rekomenduojama individualizuoti gyvenamosios aplinkos parinkimą šizofrenija sergantiems pacientams, atsižvelgiant į jų klinikinę būklę, funkcionavimo lygį ir poreikį struktūrai. Tyrimo rezultatai rodo, kad struktūruota aplinka gali būti susijusi su geresniais psichinės sveikatos rodikliais, todėl kai kuriems pacientams ji gali būti palankesnė.
2. Socialinės globos įstaigose tikslinga išlaikyti struktūros ir teikiamos pagalbos privalumus, kartu skatinant pacientų savarankiškumą ir sprendimų priėmimą, siekiant palaikyti jų socialinį funkcionavimą ir psichologinę gerovę.
3. Pacientams, gyvenantiems savarankiškai, svarbu užtikrinti prieinamą psichikos sveikatos ir socialinę pagalbą, ypač ligos paūmėjimų laikotarpiais, siekiant palaikyti jų gyvenimo kokybę ir sumažinti galimą neigiamą ūmių būklių poveikį.
4. Vertinant pacientų būklę klinikinėje praktikoje, svarbu atsižvelgti į skirtingas gyvenimo kokybės dimensijas, ypač psichosocialines sritis, kurios, kaip parodė tyrimas, gali jautriau atspindėti skirtumus tarp pacientų grupių.
5. Rekomenduojama reguliariai vertinti pacientų gyvenimo kokybę naudojant standartizuotus instrumentus, siekiant stebėti pokyčius ir geriau pritaikyti individualizuotas intervencijas.

15 LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Mihanović M, Restek-Petrović B, Bogović A, Ivezić E, Bodor D, Požgain I. Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015 Mar 5;11:585–95. doi:10.2147/NDT.S73582
2. Kallert TW, Leisse M, Winiecki P. Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *J Public Health*. 2007 Feb 1;15(1):29–42. doi:10.1007/s10389-006-0071-3
3. Dehn LB, Beblo T, Richter D, Wienberg G, Kremer G, Steinhart I, et al. Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022 May 1;57(5):927–37. doi:10.1007/s00127-021-02214-6
4. Chan S, Yu IW. Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;45(1):72–83. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02863.x

5. Molu NG, Ozkan B, Icel S. Quality of life for chronic psychiatric illnesses and home care. *Pak J Med Sci.* 2016;32(2):511–5. doi:10.12669/pjms.322.8794 PubMed PMID: 27182272; PubMed Central PMCID: PMC4859055.
6. Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies | *Psychiatric Quarterly* | Springer Nature Link [Internet]. [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-019-09633-4>
7. WHOQOL - Measuring Quality of Life| The World Health Organization [Internet]. [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>
8. Spine [Internet]. [cited 2026 Feb 22]. Available from: https://journals.lww.com/spinejournal/fulltext/2000/12150/sf_36_health_survey_update.8.a?casa_token=o6DCWXruV5IAAAAA:nljEm-0kCxQqKeFd3s44n26L4Tz8oQv3IVI8QJ5cSw_jv2rDMEFQ4jPSoi88Kiuk_dha5uubvT_dNUTZ3E7i1naH
9. Browne G, Courtney M. Measuring the impact of housing on people with schizophrenia. *Nurs Health Sci.* 2004 Mar;6(1):37–44. doi:10.1111/j.1442-2018.2003.00172.x PubMed PMID: 14764192.
10. Choice and personal recovery for people with serious mental illness living in supported housing. *Journal of Mental Health* [Internet]. [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2019.1581338>
11. Priebe S, Saidi M, Want A, Mangalore R, Knapp M. Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009 Oct;44(10):805–14. doi:10.1007/s00127-009-0001-0 PubMed PMID: 19277440.
12. Hansson L, Middelboe T, Sørgaard KW, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Merinder L, et al. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Nov;106(5):343–50. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.02346.x PubMed PMID: 12366468.
13. Mötteli S, Adamus C, Deb T, Fröbel R, Siemerikus J, Richter D, et al. Independent Supported Housing for Non-homeless People With Serious Mental Illness: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry.* 2022 Jan 21;12. doi:10.3389/fpsy.2021.798275

14. Leïße M, Kallert TW. Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care. *European Psychiatry*. 2000 Dec 1;15(8):450–60. doi:10.1016/S0924-9338(00)00521-6
15. Fakhoury WKH, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Jul;37(7):301–15. doi:10.1007/s00127-002-0549-4 PubMed PMID: 12111022.
16. Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health & Social Care in the Community*. 2008;16(1):1–15. doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00723.x
17. Rantala MJ, Luoto S, Borráz-León JI, Krams I. Schizophrenia: The new etiological synthesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022 Nov 1;142:104894. doi:10.1016/j.neubiorev.2022.104894
18. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia—An Overview. *JAMA Psychiatry*. 2020 Feb 1;77(2):201–10. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3360
19. On the Origins of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. [cited 2026 Apr 13]. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2020.20020147>
20. Frontiers | Primary and Secondary Negative Symptoms in Schizophrenia [Internet]. [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.766692/full>
21. Perivoliotis D, Granholm E, Patterson TL. Psychosocial functioning on the Independent Living Skills Survey in older outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2004 Aug 1;69(2):307–16. doi:10.1016/j.schres.2003.09.012
22. Tandon R, Nasrallah H, Akbarian S, Carpenter WT, DeLisi LE, Gaebel W, et al. The schizophrenia syndrome, circa 2024: What we know and how that informs its nature. *Schizophrenia Research*. 2024 Feb 1;264:1–28. doi:10.1016/j.schres.2023.11.015
23. Howes OD, Bukala BR, Beck K. Schizophrenia: from neurochemistry to circuits, symptoms and treatments. *Nat Rev Neurol*. 2024 Jan;20(1):22–35. doi:10.1038/s41582-023-00904-0

24. Kharawala S, Hastedt C, Podhorna J, Shukla H, Kappelhoff B, Harvey PD. The relationship between cognition and functioning in schizophrenia: A semi-systematic review. *Schizophrenia Research: Cognition*. 2022 Mar 1;27:100217. doi:10.1016/j.scog.2021.100217
25. Černe Kolarič J, Plemenitaš Ilješ A, Kraner D, Gönc V, Lorber M, Mlinar Reljić N, et al. Long-Term Impact of Community Psychiatric Care on Quality of Life amongst People Living with Schizophrenia: A Systematic Review. *Healthcare*. 2024 Jan;12(17):1750. doi:10.3390/healthcare12171750
26. Chuang SP, Wu JYW, Wang CS. Resilience and Quality of Life in People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2023 Dec 31;19:507–14. doi:10.2147/NDT.S392332 PubMed PMID: 36910331.
27. Harrison M, Singh Roy A, Hultqvist J, Pan AW, McCartney D, McGuire N, et al. Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accommodation: systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020 Aug 1;55(8):977–88. doi:10.1007/s00127-020-01885-x
28. Pequeno NPF, Cabral NL de A, Marchioni DM, Lima SCVC, Lyra C de O. Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health Qual Life Outcomes*. 2020 Jun 30;18(1):208. doi:10.1186/s12955-020-01347-7
29. Medicina (Kaunas) 2005; 41 (3): 232-239 [Internet]. [cited 2026 Feb 22]. Available from: https://medicina.lsmuni.lt/med/0503/0503-081.htm?utm_source=chatgpt.com
30. Gammonley D, Wang X, Simons K, Smith KM, Bern-Klug M. Serious Mental Illness in Nursing Homes: Roles and Perceived Competence of Social Services Directors. In: *Nursing Home Social Work Research*. Routledge; 2023.
31. Does One Size Fit All? What We Can and Can't Learn From a Meta-analysis of Housing Models for Persons With Mental Illness. *Psychiatric Services* [Internet]. [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2009.60.4.473>
32. Killaspy H, Harvey C, Brasier C, Brophy L, Ennals P, Fletcher J, et al. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*. 2022;21(1):96–123. doi:10.1002/wps.20940

33. Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;(4). doi:10.1002/14651858.CD000453.pub2
34. Kim MY, Cho HM, Koo CY, Byun EK. Independent Living: A Phenomenological Study on the Experiences of People with Mental Illness. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2022 Dec 30;31(4):403–14. doi:10.12934/jkpmhn.2022.31.4.403
35. Shimange ME, Poggenpoel M, Myburgh CPH, Ntshingila N. Lived experiences of family members caring for a relative with mental illness. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2022 Jan 1;16:100408. doi:10.1016/j.ijans.2022.100408
36. Full article: The relationship between characteristics of supported housing and the quality of life of older adults with severe mental illness [Internet]. [cited 2026 Feb 18]. Available from:
https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607860600641135?casa_token=zq2QK97NfxoAAA%3AyUfdT1G6X40GWuRIJofRTa_UsfeF8Ljsnt-G2HYzQD8tGWcoB3CE8DfKU7jaWxetSoU0z0_TE-WCLg#d1e276
37. Ketola J, Jahangiri E, Hakko H, Riipinen P, Räsänen S. Assisted living for mentally ill—a systematic literature review and its recommendations. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2022 Aug 1;76(6):403–22. doi:10.1080/08039488.2021.2001568 PubMed PMID: 34962222.
38. Depla M, Graaf R de, Heeren T. Does Supported Living in Residential Homes Improve the Quality of Life and Mental Stability of Older Adults With Chronic Mental Disorder? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005 Feb 1;13(2):124–33. doi:10.1097/00019442-200502000-00006
39. Socialinės globos įstaigos - Asmens su negalia teisių apsaugos agentūra prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos [Internet]. [cited 2026 May 7]. Available from:
<https://anta.lrv.lt/lt/socialines-globos-istaigos/>
40. Naujienos - Prūdiškių socialinės globos namai [Internet]. [cited 2026 May 7]. Available from: <https://prudiskiusgn.lrv.lt/lt/naujienos/>
41. Krotofil J, McPherson P, Killaspy H. Service user experiences of specialist mental health supported accommodation: A systematic review of qualitative studies and narrative synthesis. *Health & Social Care in the Community*. 2018;26(6):787–800. doi:10.1111/hsc.12570

42. Living conditions and quality of care in residential units for people with long-term mental illness in Portugal – a cross-sectional study | BMC Psychiatry | Springer Nature Link [Internet]. [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-016-0743-7>

43. Boerner K. Adaptation to Disability Among Middle-Aged and Older Adults: The Role of Assimilative and Accommodative Coping. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004 Jan 1;59(1):P35–42. doi:10.1093/geronb/59.1.P35

16 PRIEDAI

16.1 Priedas 1: SF-36 klausimyno lietuviška forma

JŪSŲ SVEIKATA IR SAVIJAUTA

Šiais klausimais norima išsiaiškinti Jūsų požiūrį į savo sveikatą. Ši informacija padės suprasti kaip jaučiatės ir kaip Jums pavyksta užsiimti įprasta veikla. *Ačiū, kad dalyvaujate apklausoje!*

Prašome atsakyti į kiekvieną klausimą pažymint vieną ☒ langelį, geriausiai atitinkantį Jūsų atsakymą.

1. Jūsų sveikata Jūsų nuomone apskritai yra:

Puiki	Labai gera	Gera	Nebloga	Bloga
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Kaip apskritai vertintumėte dabartinę savo sveikatą lygindami su sveikata prieš vieną savaitę?

Dabar daug geresnė nei prieš vieną savaitę	Dabar šiek tiek geresnė nei prieš vieną savaitę	Maždaug tokia pati kaip prieš vieną savaitę	Dabar šiek tiek blogesnė nei prieš vieną savaitę	Dabar daug blogesnė nei prieš vieną savaitę
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. Šiais klausimais teiraujamasi apie veiklą, kuria užsiimtumėte įprastą dieną. Ar Jūsų dabartinė sveikata varžo šią veiklą? Jei taip, tai prašome nurodyti kaip:

	Taip, labai varžo	Taip, trupučią varžo	Ne, visai nevaržo
a. <u>Energinga veikla</u> , tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kilnojimas, daug jėgų reikalaujantis sportavimas.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
b. <u>Nuosaiki veikla</u> , tokia kaip: patraukti stalą, stumti dulkių siurbį, dirbti sode arba važiuoti dviračiu.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
c. Kilnoti arba nešti maisto pirkinius	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
d. Užlipti <u>keletą</u> laiptų maršų	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
e. Užlipti <u>vieną</u> laiptų maršą.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
f. Pasilenkti ar klauptis	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
g. Nueiti <u>daugiau nei kilometrą</u>	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
h. Nueiti <u>kelis šimtus metrų</u>	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
i. Nueiti <u>vieną šimtą metrų</u>	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
j. Maudytis ar apsirengti	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3

4. Ar dažnai per pastarąją savaitę susidūrėte su kuriais nors išvardytais sunkumais darbe ar kitoje Jums įprastoje kasdienėje veikloje dėl fizinės sveikatos problemų?

	Visą laiką ▼	Labai dažnai ▼	Kartais ▼	Beveik niekada ▼	Niekada ▼
a Mažiau <u>laiko</u> skyrėte darbui ar kitai veiklai.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b <u>Atlikote mažiau</u> nei norėtumėte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Buvote apribotas (-a) <u>kažkokiam</u> darbe arba kitoje veikloje	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Kilo <u>sunkumų</u> atliekant darbą ar kitoje veikloje (pavyzdžiui, reikėjo daugiau pastangų).....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

5. Ar dažnai per pastarąją savaitę susidūrėte su kuriais nors išvardytais sunkumais (pavyzdžiui, prislėgta nuotaika ar nerimas) darbe ar kitoje Jums įprastoje kasdienėje veikloje dėl kokių nors emocinių problemų?

	Visą laiką ▼	Labai dažnai ▼	Kartais ▼	Beveik niekada ▼	Niekada ▼
a Mažiau <u>laiko</u> skyrėte darbui ar kitai veiklai.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b <u>Atlikote mažiau</u> nei norėtumėte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Atlikote darbą ar užsiėmėte kita veikla <u>ne taip rūpestingai, kaip įprasta</u>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Kaip per pastarąją savaitę Jūsų fizinė sveikata arba emocinės problemos trukdė Jūsų normaliai visuomeninei veiklai kartu su šeima, draugais, kaimynais arba bendrų interesų grupėmis?

Visiškai ne	Truputį	Vidutiniškai	Gerokai	Ypatingai
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Kokį kūno skausmą Jūs patyrėte per pastarąją savaitę?

Jokio	Labai nesmarkų	Nesmarkų	Vidutinišką	Smarkų	Labai smarkų
▼	▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Kaip per pastarąją savaitę skausmas trukdė Jūsų normaliam darbui (įskaitant darbą ne namuose ir namų ruošą)?

Visiškai ne	Truputį	Vidutiniškai	Gerokai	Ypatingai
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Šie klausimai yra apie tai, kaip Jūs jautėtės ir kaip klostėsi Jūsų reikalai per pastarąją savaitę. Kiekvienam klausimui prašome pasirinkti vieną atsakymą, tiksliausiai apibūdinantį Jūsų savijautą. Kiek laiko per pastarąją savaitę...

	Visą laiką	Labai dažnai	Kartais	Beveik niekada	Niekada
a Ar jautėtės gyvybingas (-a)?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Buvote labai susinervinęs (-usi)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Jūs jautėtės taip nusiminęs (-usi), jog niekas negalėjo pakelti Jums nuotaikos?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Jūs jautėtės ramus (-i) ir taikus (-i)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e Jūs buvote labai energingas (-a)?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f Jautėtės nusiminęs (-usi) ir prislėgtas (-a)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g Jūs jautėtės išsekęs (-usi)?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h Buvote laimingas (-a)?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i Jūs jautėtės pavargęs (-usi)?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

10. Kiek laiko per pastarąją savaitę Jūsų fizinė sveikata arba emocinės problemos trukdė Jūsų visuomeninei veiklai (tokiai kaip draugų, giminaičių lankymas ir pan.)?

Visą laiką	Labai dažnai	Kartais	Beveik niekada	Niekada
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. Ar Jums yra TEISINGAS arba NETEISINGAS kiekvienas iš šių teiginių?

	Neabejotinai teisingas	Labiau teisingas nei neteisingas	Nežinau	Labiau neteisingas nei teisingas	Neabejotinai neteisingas
	▼	▼	▼	▼	▼
a Atrodo, kad aš susergu šiek tiek lengviau nei kiti žmonės.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Aš esu toks (tokia) pat sveikas (-a) kaip bet kuris mano pažįstamas.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Aš manau, kad mano sveikata pablogės.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Mano sveikata yra puiki	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Ačiū, kad atsakėte į šiuos klausimus!

16.2 Priedas 2: GAF skalė

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

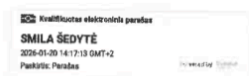
Atsižvelgiant į paciento psichikos būklę, įvertinama jo psichologinė, socialinė ir darbinė veikla. Dėl fizinių (aplinkos) apribojimų sutrikusi veikla nevertinama.
Galima naudoti tarpinius įvertinimus (pvz., 45, 68, 72 balai). Vertinamas laikotarpis – 1 mėnuo.

Pacientas _____

Atlikimo data _____

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

16.3 Priedas 3: Prašymas Prūdiškių socialinės globos namų direktorei dėl leidimo atlikti tyrimą



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

PRAŠYMAS DĖL LEIDIMO ATLIKTI TYRIMĄ

2026 m. sausio 20 d.
Vilnius

Prūdiškių socialinių globos namų direktorei Galinai Judkinienei

Tyrimą vykdo:

Smila Šedytė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto VI kurso medicinos magistro studijų studentė

Tyrimo vadovas:

Prof. dr. Alvydas Navickas, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Psichiatrijos klinika

Tyrimo pavadinimas:

Šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybės tyrimas

Tyrimo aprašas:

Tyrimo tikslas – įvertinti šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir nustatyti, kaip gyvenamoji aplinka (savas būstas ar socialinės globos namai) bei socialiniai veiksniai susiję su gyvenimo kokybės rodikliais. Tyrimas atliekamas anonimiškai, naudojant standartizuotą SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną. Surinkti duomenys bus naudojami tik moksliniais tikslais, apibendrintai, laikantis tyrimo etikos ir asmens duomenų apsaugos reikalavimų.

Tyrimo imtis: Tyrimo imtį sudarys 60 šizofrenija sergančių pilnamečių pacientų: 30 pacientų, gyvenančių savo namuose ir tyrimo laikotarpiu besigydančių Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centre, ir 30 pacientų, gyvenančių Prūdiškių socialinės globos namuose.

Tyrimo trukmė: 2026 01 20 – 2026 03 20

Prašau leisti atlikti tyrimą.

Direktorius: _____

PRŪDIŠKIŲ SOCIALINĖS GLOBOS NAMAI
Prūdiškių g. 59, Prūdiškių k.,
LT-13225, Vilniaus raj.,
Kodas 190795841

Galina Judkinytė
Direktorė

16.4 Priedas 4: Prašymas Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro direktoriui dėl leidimo atlikti tyrimą



Vilniaus miesto
psichikos sveikatos centras
GAUTA
2025-11-12 Nr. RG-299

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

PRAŠYMAS DĖL LEIDIMO ATLIKTI TYRIMĄ

2025 m. lapkričio __ d.
Vilnius

Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro direktoriui Martynui Marcinkevičiui

Tyrimą vykdo:

Smila Šedytė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto VI kurso medicinos magistro studijų studentė

Tyrimo vadovas:

Prof. dr. Alvydas Navickas, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Psichiatrijos klinika

Tyrimo pavadinimas:

Šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybės tyrimas

Tyrimo aprašas:

Tyrimo tikslas – įvertinti šizofrenija sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir nustatyti, kaip gyvenamoji aplinka (savas būstas ar socialinės globos namai) bei socialiniai veiksniai susiję su gyvenimo kokybės rodikliais. Tyrimas atliekamas anonimiškai, naudojant standartizuotą SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną. Surinkti duomenys bus naudojami tik moksliniais tikslais, apibendrintai, laikantis tyrimo etikos ir asmens duomenų apsaugos reikalavimų.

Tyrimo imtis: Tyrimo imtį sudarys 60 šizofrenija sergančių pilnamečių pacientų: 30 pacientų, gyvenančių savo namuose ir tyrimo laikotarpiu besigydančių Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centre, ir 30 pacientų, gyvenančių socialinės globos namuose.

Tyrimo trukmė: 2025 10 17 - 2026 03 17

Tyrimas planuojamas vykdyti Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centre – ūmiame vyrų skyriuje, ūmiame moterų skyriuje ir dienos stacionare.

Prašau leisti atlikti tyrimą nurodytuose skyriuose.

Direktorius: _____

Smila Šedytė
Personalo ir duomenų valdymo
skyriaus vedėja
Rūta Blaževičienė
2025-11-12

2025-11-12
Leisti
[Signature]

16.5 Priedas 5: Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto leidimas

Elektroninio dokumento nuorašas



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS

Smilai Šedytei

DĖL MEDICINOS FAKULTETO MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETO POSĖDŽIO PROTOKOLO IŠRAŠO IŠSIUNTIMO

Siunčiame Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto 2026 m. vasario 20 d.
Nr. 1.5.60 E-150000-KT-8 posėdžio protokolo išrašą.
PRIDEDAMA. 1 lapas.

Greta Zambžickaitė, el. p. greta.zambzickaite@mf.vu.lt

Viešoji įstaiga
Universiteto g. 3
01513 Vilnius

Duomenys kaupiami ir saugomi
Juridinių asmenų registre
Kodas 211950810

Fakulteto duomenys:
M. K. Čiurlionio g. 21, 03101, Vilnius
+370 5 239 8700, mf@mf.vu.lt
www.mf.vu.lt



**VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETO
MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS**

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2026-02-20 Nr. 1.5.60 E-150000-KT-8
Vilnius

El. balsavimas vyko 2026 m. vasario 18-20 d.

Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Visuomenės sveikatos katedros asistentė dr. Jelena Stanislavovienė.

Posėdžio sekretorius VU MF SMI vyr. specialistė Greta Zambžickaitė.

Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asistentė dr. Aldona Mikaliūkštienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Bužinskienė, VU MF KMI Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas dr. Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros asistentė dr. Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė. Kворumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 10 narių iš 11.

8. SVARSTYTA. Medicinos vientisųjų studijų programos ketvirto kurso studentės Smilos Šedytės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Smilos Šedytės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo vykdymui ir tyrimo instrumento naudojimui, pakoregavus tyrimo protokolą pagal teiktas Komiteto pastabas (pastabas darbo tyrėjui siunčia Komiteto sekretorius elektroniniu laišku).

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto
pirmininkė

dr. Jelena Stanislavovienė

Posėdžio sekretorė

Greta Zambžickaitė

DETALŪS METADUOMENYS	
Dokumento sudarytojas (-ai)	Vilniaus universitetas 211950810, Universiteto g. 3, 01513 Vilnius
Dokumento pavadinimas (antraštė)	DĖL MEDICINOS FAKULTETO MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETO POSĖDŽIO PROTOKOLO IŠRAŠO IŠSIUNTIMO
Dokumento registracijos data ir numeris	2026-02-25 Nr. 1.5.81 Mr-150000-S-1540
Dokumento gavimo data ir dokumento gavimo registracijos numeris	–
Dokumento specifikacijos identifikavimo žymuo	ADOC-V1.0
Parašo paskirtis	Pasirašymas
Parašą sukūrusio asmens vardas, pavardė ir pareigos	Greta Zambžickaitė, Vyriausioji specialistė, Sveikatos mokslų institutas
Sertifikatas išduotas	GRETA ZAMBŽICKAITĖ LT
Parašo sukūrimo data ir laikas	2026-02-24 18:26:28 (GMT+02:00)
Parašo formatas	XAdES-T
Laiko žymoje nurodytas laikas	2026-02-24 18:26:40 (GMT+02:00)
Informacija apie sertifikavimo paslaugų teikėją	EID-SK 2016, AS Sertifitseerimiskeskus EE
Sertifikato galiojimo laikas	2024-11-07 17:38:38 – 2027-11-07 17:38:38
Informacija apie būdus, naudotus metaduomenų vientisumui užtikrinti	"Registravimas" paskirties metaduomenų vientisumas užtikrintas naudojant "RCSC IssuingCA-2, VI Registru Centras - i.k. 124110246 LT" išduotą sertifikatą "Dokumentų valdymo sistema Avilys, Vilniaus universitetas, i.k. 211950810 LT", sertifikatas galioja nuo 2024-12-18 09:02:06 iki 2027-12-18 09:02:06
Pagrindinio dokumento priedų skaičius	1
Pagrindinio dokumento pridedamų dokumentų skaičius	–
Pridedamo dokumento sudarytojas (-ai)	–
Pridedamo dokumento pavadinimas (antraštė)	–
Pridedamo dokumento registracijos data ir numeris	–
Programinės įrangos, kuria naudojantis sudarytas elektroninis dokumentas, pavadinimas	Dokumentų valdymo sistema Avilys, versija 3.5.89
Informacija apie elektroninio dokumento ir elektroninio (-ių) parašo (-ų) tikrinimą (tikrinimo data)	Atitinka specifikacijos keliamus reikalavimus. Visi dokumente esantys elektroniniai parašai galioja (2026-02-25 09:45:15)
Paieškos nuoroda	–
Papildomi metaduomenys	Nuorašą suformavo 2026-02-25 09:45:15 Dokumentų valdymo sistema Avilys