



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

SVEIKATOS PSICHOLOGIJOS STUDIJŲ PROGRAMA

Jurga Juškaitė

**ENDOMETRIOZĘ TURINČIŲ MOTERŲ SU SVEIKATA
SUSIJUSI GYVENIMO KOKYBĖ: SĄSAJOS SU ATJAUTA
SAU IR LIGOS SUVOKIMU**

Magistro darbas

Darbo vadovė: Asist. Dr. Marija Turlinskienė

Vilnius
2026

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS.....	6
PRATARMĖ.....	7
1. ĮVADAS	8
1.1. Moterų sveikatos spraga	8
1.2. Endometriozei samprata, etiologija ir paplitimas	9
1.3. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	13
1.3.1. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata	13
1.3.2. Endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė.....	15
1.4. Atjautos sau samprata.....	18
1.5. Ligos suvokimo samprata	19
1.5.1. Ligos suvokimo samprata.....	19
1.5.2. Endometrioze sergančių moterų ligos suvokimas	20
1.6. Apibendrinimas, tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai	21
2. METODIKA	23
2.1. Tyrimo dalyviai	23
2.2. Tyrimo instrumentai	27
2.2.1. Sociodemografiniai kintamieji	27
2.2.2. Su endometrioze susiję klausimai	28
2.2.3. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas	28
2.2.4. Psichologinė savijauta	31
2.2.5. Atjautos sau vertinimas.....	31
2.2.6. Ligos suvokimo vertinimas	33
2.3. Tyrimo eiga.....	34
2.4. Duomenų analizė	36
3. REZULTATAI.....	38
3.1. Endometriozei turinčių moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, psichologinės savijautos, atjautos sau ir ligos suvokimo rezultatai.....	38
3.2. Sociodemografinių charakteristikų sąsajos su tirtais kintamaisiais.....	38
3.3. Su liga susijusių charakteristikų sąsajos su tirtais kintamaisiais.....	40
3.4. Kintamųjų tarpusavio sąsajos	42
3.5. Atjautos sau ir ligos suvokimo vaidmuo su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei.....	43
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	45

IŠVADOS	48
LITERATŪRA.....	49
PRIEDAI	58
1 priedas. Dirbtinio intelekto (DI) naudojimo deklaracija.....	58
2 priedas. Kintamųjų aprašomoji statistika ir normalumo kriterijai	60
3 priedas. Amžiaus ir RAND-36, DASS-21 SCS-SF, BIPQ sąsajos – Pearson koreliacijos	62
4 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiškumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp gyvenamosios vietos grupių – nepriklausomų imčių student t testas	63
5 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiškumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp išsilavinimo grupių – nepriklausomų imčių Student t testas	65
6 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiškumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp vaikų turėjimo grupių – nepriklausomų imčių Student t testas	67
7 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiškumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp šeiminės padėties grupių – One Way ANOVA	68
8 priedas. Ligos charakteristikų ir vertintų kintamųjų sąsajos - Pearson koreliacijos	69
9 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiškumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp turinčių ir neturinčių kitų diagnozuotų ligų grupių – nepriklausomų imčių Student t testas	71
10 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiškumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp taikomo gydymo grupių – ANOVA	73
11 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiškumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp nuo diagnozės praėjusio laiko grupių – ANOVA	75
12 priedas. RAND-36, DAS-21, SCS-SF ir Brief IPQ rezultatų tarpusavio sąsajos.....	77
13 priedas. Fizinės sveikatos daugialypės ir hierarchinės regresinių analizių rezultatai	79
14 priedas. Psichinės sveikatos daugialypės ir hierarchinės regresinių analizių rezultatai	80
15 priedas. Kvietimas dalyvauti tyrime.....	81
16 priedas. Sociodemografinių klausimų anketos dalis	82
17 priedas. Su endometrioze susijusių klausimų anketos dalis	84
18 priedas. Anketoje pateiktas kontrolinis klausimas	87
19 priedas. Padėka ir pagalbos numeriai užpildžius anketą.....	88

SANTRAUKA

Endometriozę turinčių moterų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė: sąsajos su atjauta sau ir ligos suvokimu, Jurga Juškaitė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2026, 88 psl.

Endometriozę yra lėtinė, progresuojanti ir atsinaujinanti liga, kuria susergama, kai į gimdos gleivinę panašus audinys išveša už gimdos ertmės ribų ir sukelia lėtinį uždegimą (LAGD, 2012). Endometriozę neigiamai veikia šia liga sergančių moterų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (La Rosa et al., 2020) ir psichinę būseną (Facchin et al., 2017), paveikiant moterų kasdienį funkcionavimą, emocinę ir psichologinę savijautą bei įvairias kitas gyvenimo sritis. Nurodoma, kad atjauta sau ir ligos suvokimas gali būti reikšmingi veiksniai, prisidedantys prie geresnės moterų, sergančių endometrioze su sveikata susijusios gyvenimo kokybės. Šio tyrimo tikslas buvo įvertinti, kaip atjauta sau, ligos suvokimas, psichologinės būklės kintamieji (nerimas, depresiškumas, stresas) paaiškina moterų, sergančių endometrioze, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodiklius. Analizuoti 187 19-57 metų moterų, turinčių endometriozę, duomenys. Tyrimo dalyvės surinktos netikimybinio tiksliniu atrankos būdu, platinant internetinę anketą socialinės platformos Facebook uždaroje savitarpio paramos grupėje *Endometrioze*. Tyrime naudoti instrumentai: trumpa sveikatos apklausos forma 36 (RAND-36), depresijos, nerimo ir streso skalė – 21 (DASS-21), atjautos sau skalės trumpoji forma (SCS-SF) ir trumpasis ligos suvokimo klausimynas (Brief IPQ). Duomenų analizei naudoti parametriniai ir neparametriniai statistinės analizės būdai. Tyrimo metu rastos sąsajos tarp endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, psichologinės savijautos bei sociodemografinių ir su liga susijusių charakteristikų. Taip pat nustatyta atjautos sau ir ligos suvokimo komponentų reikšmė prognozuojant endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

Raktiniai žodžiai: endometrioze, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, atjauta sau, ligos suvokimas, psichologinė būseną

SUMMARY

Health-related quality of life of women with endometriosis: associations with self-compassion and illness perception , Jurga Juškaitė, Vilnius, Vilnius University, 2026, 88 p.

Endometriosis is a progressing chronic disease associated with abnormal growth of tissue similar to uterus mucosa outside of the uterus (LAGD, 2012). Endometriosis negatively affects women's life quality related to women's health (La Rosa et al., 2020) and their psychological state (Facchin et al., 2017) that affects everyday life, emotional and psychological state and other aspects of life. Self-compassion, illness perception are factors referred to better life quality of women with endometriosis. The aim of this study - to evaluate how self-compassion, illness perception, variables of psychological state (anxiety, depression, stress) are associated with women with endometriosis life quality rate. Data from 187 women aged from 19 to 57 with endometriosis were analyzed. Data was collected through non-probability purposive sampling through distributed online questionnaires in closed Facebook support group „Endometrioze”. Instruments used in the study were: short form health questionnaire 36 (RAND-36), depression, anxiety and stress scale -21 (DASS-21); self-compassion short form (SCS-SF) and brief illness perception questionnaire (Brief IPQ). Parametric and non-parametric statistical analysis methods were used for data analysis. The study found associations between health-related quality of life, psychological well-being and sociodemographic and disease-related characteristics. The significance of self-compassion and illness perception components in predicting health-related quality of life in women with endometriosis was also established.

Keywords: endometriosis, health-related quality of life, self-compassion, illness perception, psychological state

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Endometrioze – lėtinė, progresuojanti ir atsinaujinanti liga, kuria susergama, kai į gimdos gleivinę panašus audinys išveša už gimdos ertmės ribų ir sukelia lėtinį uždegimą (LAGD, 2012).

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (angl. *health-related quality of life*) – tai daugialypė sąvoka, apimanti žmonių fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, skirtą įvertinti gyvenimo kokybei atsižvelgiant į sveikatos, ligos ir gydymo poveikį asmeniui (Ferrans et al., 2005).

Atjauta sau (angl. *self-compassion*) – palaikantis asmens reagavimas į patiriamas kančias ir nesėkmes su priėmimu ir sąmoningumu, kartu pripažįstant, kad kančia yra universali ir dažnai pasitaikanti žmogiška patirtis (Neff, 2003).

Ligos suvokimas (angl. *illness perception*) – kognityvinis įvertinimas ir asmeninis savo medicininės būklės ir galimų pasekmių supratimas (Broadbent et al., 2015).

PRATARMĖ

Moterys visame pasaulyje yra veikiamos sveikatos spragos, dar vadinamos moterų sveikatos spraga (angl. *women's health gap*). Nurodoma, kad moterys per visą savo gyvenimą 25% ilgiau praleidžia blogoje sveikatoje nei vyrai, nors statistiškai vyrai gyvena trumpiau nei moterys (WEF & BCG, 2026). Dėl šios atsiradusios sveikatos spragos kenčia moterų gerovė, socialinis, visuomeninis ir ekonominis gyvenimas (WEF & BCG, 2026). Ilgą laiką besitęsianti moterų į tyrimus neįtraukimo problema, nulėmusi duomenų apie moteris trūkumą, laikoma viena iš pagrindinių šios spragos priežasčių. Sveikatos priežiūros sistemoje esantis duomenų trūkumas moterims lemia įvairias problemas, tokias kaip diagnostiniai ir gydymo ribotumai, ypač endometrioze kontekste (Evans et al., 2025).

Endometrioze yra lėtinė, progresuojanti ir atsinaujinanti liga, kuria susergama, kai į gimdos gleivinę panašus audinys išveša už gimdos ertmės ribų ir sukelia lėtinį uždegimą (LAGD, 2012). Atsirandantys ligos židiniai ir pažeidimai gali paveikti įvairias moterų organizmo sistemas (pvz., reprodukcinę, nervų, endokrininę) (Zhang et al., 2025). Ši liga gali pasireikšti įvairaus stiprumo ar išraiškos simptomais, o moterys dažniausiai patiria keletą simptomų vienu metu (Schenken, 2025). Pasaulio sveikatos organizacija (2025) nurodo, kad ši liga paveikia apie 10% visų pasaulio moterų (apie 190-200 milijonus moterų). Endometrioze yra neišgydoma, atsiradimo priežastys nėra aiškios, gydymo bei pagalbos prieinamumo galimybės ribotos, o nuo simptomų prasidėjimo iki diagnozės nustatymo gali praeiti nuo 4 iki 12 metų (WHO, 2025).

Endometrioze neigiamai paveikia įvairias moterų gyvenimo sritis – gyvenimo bei miego kokybę, psichologinę savijautą, gerovę, gali stipriai sutrikdyti kasdienį funkcionavimą. Literatūroje pabrėžiamas šios ligos neigiamas poveikis moterų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei bei nurodoma, kad nors tyrimų ir daugėja, vis dar nėra aišku, per kokius mechanizmus endometrioze neigiamai paveikia moterų gyvenimo kokybę (Moore et al., 2023) bei kokie aspektai galėtų padėti pagerinti arba siejasi su geresnėmis moterų gyvenimo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliais. Vis daugiau tyrėjų domisi ir endometrioze sergančių moterų psichologiniais išgyvenimais, tačiau mokslinių tyrimų trūksta. Mažai ištirtinėti, tačiau svarbūs aspektai endometrioze ligos kontekste gali būti atjauta sau (Facchin et al., 2025; Skinner & Kuijer, 2025) ir ligos suvokimas (Barberis et al., 2023).

Šiame darbe naudojama sąvoka apibūdinti endometrioze sergančius asmenis yra *moteris*, apibrėžiant sergančiuosius per tipinę biologinę prizmę: lytį (angl. *sex*) – priskirtą gimus su moteriškos lyties reprodukcine anatomija ir sistema (XX chromosomos).

Dėkoju visoms moterims, skyrusioms savo laiką ir prisidėjusioms prie šio darbo įgyvendinimo.

1. ĮVADAS

1.1. Moterų sveikatos spraga

Moterų diskriminacijos istorija yra labai ilga ir šis ilgametis šališkumas moterų atžvilgiu paveikia daugybę sveikatos priežiūros aspektų dėl kurių galiausiai atsirado dabar egzistuojanti moterų sveikatos spraga (angl. *women's health gap*) (Perez, 2025). Pasaulio ekonomikos forumas (angl. *World Economic Forum*) kartu su Bostono konsultavimo grupe (angl. *Boston Consulting Group*) (toliau – WEF ir BCG) 2026 metų sausio mėn. išleistoje įžvalgų ataskaitoje *Women's Health Investment Outlook: 6% of Funding for Nearly 50% of the Population – Not Just a Gap, but Untapped White Space* nurodo, kad moterys statistiškai linkusios ilgiau gyventi nei vyrai, tačiau dėl moterų sveikatos spragos, moterys per savo gyvenimą praleidžia 25% daugiau laiko prastesnėje sveikatoje, kenčiant nuo ligų arba neįgalumo, nei vyrai, dėl ko moterys globaliai netenka 75 milijonų gyvenimo metų. 2019 m. nustatytais duomenimis, tai prilygsta 7 papildomoms sveikatos naštos dienoms per metus kiekvienai moteriai (WEF & BCG, 2026). WEF ir BCG nurodo, kad dėl šio atotrūkio mažėja moterų gerovė, dalyvavimas darbo rinkoje, o tai turi didelių ekonominių pasekmių. Moterų sveikatos spragą lemia tokie veiksniai kaip kliūtys moterų sveikatos priežiūroje, riboti duomenys apie moterų sveikatą bei mažesnis gydymo būdų kiekis. Ataskaitoje nurodoma, kad moterims statistiškai 4 metais vėliau diagnozuojama apie 700 ligų nei vyrams, o tokios specifinės moterų sveikatos problemos diagnozės kaip endometrioze, gali užtrukti ilgiau nei 7 metus, kad būtų teisingai nustatomos. Diagnostikos vėlavimo spraga moterims atsieina daug papildomo laiko, galimo išvengti skausmo bei kitų sveikatos komplikacijų. Taip pat pabrėžiama, kad tik 6% privačių sveikatos priežiūros lėšų yra skiriama moterims, o mažiau nei 2% lėšų panaudojamos nustatyti specifiskai moterims būdingoms (angl. *women-specific*) ligoms. Ribotos investicijos į moterų sveikatą bei jų poreikiams pritaikytų produktų ir paslaugų trūkumas dar labiau didina sveikatos skirtumus tarp lyčių (WEF & BCG, 2026). Ši spraga sveikatos srityje veikia moteris visame pasaulyje, nepaisant gyvenamosios vietos ar šalies.

Naujausi duomenys rodo, kad moterys iš Europos Sąjungos (ES) šalių nėra išimtis, jos praleidžia daugiau savo gyvenimo metų blogoje sveikatoje nei vyrai, o tai patvirtina reikšmingą lyčių sveikatos spragą ES sveikatos sistemoje (Laurence, 2025). ES stengiasi kovoti su šia problema ir nurodo, kad aktyviai finansuoja projektus, kurie padėtų šią spragą sumažinti ar panaikinti. Šiuo metu yra inicijuojami įvairūs projektai ligoms, kurios yra nepakankamai diagnozuojamos (angl. *under-diagnosed*), taip pat skatinamas didesnis ir geresnis įtraukimas į klinikinius tyrimus bei fokusuojamasi į individualizuotos medicinos pažangą (European Union, 2025).

Evans ir kolegijos (2025) nurodo, kad endometrioze yra viena iš pagrindinių šį skirtumą lemiančių priežasčių. Nurodoma, kad 2025 m. sausio mėn. buvo pradėta 7 mln. eurų vertės mokslinių tyrimų iniciatyva, skirta bendradarbiauti su įvairiomis pacientų organizacijomis visoje Europoje, siekiant pagerinti endometrioze gydymą (European Union, 2025). Teigiama, kad nepaisant didelio paplitimo (10 % moterų ir asmenų, kuriems gimimo metu buvo priskirta moteriška lytis – 200 mln. visame pasaulyje) bei milžiniškos naštos pacientėms ir visuomenei (ES kasmet 30 mlrd. eurų išlaidų dėl nedarbingumo), endometrioze yra viena iš mažiausiai tiriamų ir mažiausiai finansuojamų ligų (European Union, 2025). Atsižvelgiant į tai, kad ši liga siejama su dešimtmečius trunkančiu abejingumu, apleidimu, spragomis šios ligos supratime apie jos etiologiją ir diagnostiką, netinkamais skausmo ir nevaisingumo gydymo metodais bei palyginti dideliais neįrodytų savigydos strategijų taikymais buvo įsteigtas ir šiuo metu vykdomas projektas *EUMetriosis: Transforming endometriosis care in Europe: an integrated approach to enhance understanding, diagnosis, tailored management and patient empowerment* (European Commission, 2026). Tikimasi, kad šio projekto rezultatai suteiks galimybę sergančioms moterims savarankiškai priimti ir formuoti sprendimus apie savo sveikatą, padės informuoti ir edukuoti visuomenę apie endometrioze bei jos keliamą naštą ir padės sumažinti stigmą, paskatinant daugiau žmonių kreiptis pagalbos (European Commission, 2026). Taip pat, verta atkreipti dėmesį, kad Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) 2026 m. balandžio 9 d. savo puslapyje paskelbė kvietimą specialistų, kurie padėtų sudaryti naujas PSO endometrioze gaires (WHO, 2026).

Pabrėžiama, kad tokios iniciatyvos yra naudingos ne tik moterims, jų sveikatos, gyvenimo kokybės ir bendros gerovės pagerinimui, tačiau nurodoma, kad investavimas į moterų sveikatos spragas ir atotrūkio mažinimą suteikia ir didelę ekonominės naudos galimybę – mažinama spraga galėtų kasmet padidinti pasaulinę ekonomiką mažiausiai 1 trl. dolerių iki 2040 m. (WEF & BCG, 2026). Tai parodo, kad investavimas į moterų sveikatą suteikia visokeriopą naudą.

1.2. Endometrioze samprata, etiologija ir paplitimas

Endometrioze samprata. Endometrioze yra lėtinė, progresuojanti ir atsinaujinanti liga, kuria susergama, kai į gimdos gleivinę panašus audinys išvesa už gimdos ertmės ribų ir sukelia lėtinį uždegimą (LAGD, 2012). Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtajame pataisytime ir papildytame leidime (Australijos modifikacija) (TLK-10) – endometriozei yra suteiktas kodas N80 (N80.0-N80.9 – skirtingos klinikinės endometrioze formos) ir ši diagnozė(-ės) yra priskirta(-os) *neuždegiminės moters lyties organų ligos* skyriui (VLK prie SAM, 2015). Nurodoma, kad šiai ligai

būdinga panašaus į endometriumą audinio migracija (dar vadinami pažeidimais (angl. *lesions*)), galinti paveikti endokrininę, reprodukcinę, nervų ir kitas moters sistemas, sukeliant įvairius klinikinius simptomus (Zhang et al., 2025). Nors ši liga yra dažna ir laikoma nepiktybiniu procesu (klinikiniu atžvilgiu), tačiau atsirandantys pažeidimai kelia uždegiminius procesus organizme, dėl ko gali atsirasti dismenorėja, dispareunija, lėtinis skausmas ir nevaisingumas (Schenken, 2025). Literatūroje pabrėžiama, kad ši liga gali pasireikšti įvairiais ir neapibrėžtais, dažnai nespecifiniais simptomais. Dažniausiai liga pasireiškia tokiais įvairiais fiziniais simptomais kaip – skausmingos mėnesinės (dismenorėja), gausus kraujavimas, skausmas lytinių santykių metu ar po jų (dispareunija), lėtiniai dubens skausmai, skausmai ovuliacijos metu ir/ar ciklui įpusėjus, cikliškai pasikartojantys ar priešmenstruaciniai simptomai su kraujo priemaišomis ar be jų, skausmingas šlapinimasis ar tuštinimasis, pilvo pūtimas, vidurių užkietėjimas ar viduriavimas, kitomis problemomis ar simptomais susijusiais su šlapinimusi ar tuštinimusi (pvz., dažnumu, staigiu užsinorėjimu, skausminga žarnyno peristaltika ar panašiai), pykinimu ar diskomfortu epigastriumo srityje, nevaisingumu, lėtiniu nuovargiu, cikliniais kojų ar sėdimojo nervo (*n. ischiadus*) skausmais bei kitais nespecifiniais simptomais (LAGD, 2012; Falcone & Flyckt, 2018; Schenken, 2025). Jaučiamų simptomų pasireiškimas gali varijuoti nuo labai silpnų iki ypatingai stiprių ir visapusiškai trikdančių (Schenken, 2025). Atsirandantys židiniai ir pažeidimai (angl. *lesions*) paprastai nustatomi ir atsiranda dubens ertmėje, tačiau gali atsirasti bei paplisti ir kitose organizmo vietose, įskaitant žarnyną, diafragmą, pleuros ertmę, retais atvejais šie pažeidimai randami net ir smegenyse (Schenken, 2025).

Endometriozės klasifikavimas. Endometriozė laikoma spektrine liga, kuri pasižymi įvairiais subtipais ir klinikinėmis išraiškomis (IWG et al., 2021). TLK-10 nurodoma net 10 skirtingų endometriozės klinikinių formų, o tolesnis išplitimo klasifikavimas yra subjektyvus ir rekomenduojamas, tačiau nebūtinas (LAGD, 2012). TLK-10 nurodomos klinikinės formos yra: gimdos endometriozė; kiaušidės endometriozė; kiaušintakio endometriozė; mažojo dubens pilvaplėvės endometriozė; tiesiosios žarnos ir makšties (rektovaginalinės) pertvaros ir makšties endometriozė; žarnų endometriozė; odos randų endometriozė; kita endometriozė; endometriozė, nepatikslinta. LAGD (2012) pabrėžia, kad dažniausiai vartojant terminą „endometriozė“ yra kalbama apie tris skirtingas šios ligos išraiškas – pilvaplėvės, kiaušidžių bei giliają rektovagininės pertvaros endometriozes (LAGD, 2012). Nors tolesnis klasifikavimas nebūtinas, tačiau gali būti atliekamas. Lietuvos endometriozės diagnostikos ir gydymo metodikoje nurodomas populiariausia – ASRM (angl. *American Society for Reproductive Medicine*) klasifikacija, kuri pagal endometriozės židinių ir pažeidimų pasireiškimą, priskiriant ir apskaičiuojant

balus, gali būti skirstoma į stadijas: I stadija – minimali endometrioze, II stadija – lengva, III stadija – vidutinė, IV stadija – sunki endometrioze (LAGD, 2012).

Endometrioze diagnozavimas. Endometrioze diagnozavimas yra problematiškas, nes kaip dažna gerybinė ginekologinė liga su didele simptomatikos variacija, ji dažnai lieka nepastebėta ar „pražiūrėta“ (Zhang et al., 2025). Tarp simptomų atsiradimo ir galutinės endometrioze diagnozės nustatymo gali praeiti daug laiko: 7-8 metai (Falcone & Flyckt, 2018), iki 11 metų (Davenport et al., 2023) ar pateikiamas intervalas gali svyruoti nuo 4 iki 12 metų (WHO, 2025). Bendrai sutariama, kad diagnozuojant šią ligą yra patiriamas diagnostinis vėlavimas (angl. *diagnostic delay*). Nurodoma, kad moterų sveikatos istorijos peržiūrėjimas, subjektyvus patirčių, patiriamų simptomų, skausmo ar kitų susijusių simptomų įvertinimas gali padėti diagnozuojant endometrioze (WHO, 2025). Laparoskopinė chirurginė procedūra, kurios metu vizualiai pamatomi atsiradę pažeidimai ir židiniai bei/arba paimami mėginiai, kurie yra ištiriami histologiškai, taip patvirtinant endometrioze diagnoze – laikomi auksiniu standartu (Kiesel & Sourouni, 2019). Klinikinė diagnoze taip pat gali būti priimta/nustatyta remiantis moters patiriamais simptomais ir vaizdiniais tyrimais, tokiais kaip ultragarsas ar MRT – tokiu atveju operacija prieš pradedant gydymą nebūtina (WHO, 2025), tačiau moterų patirtys rodo, kad neretai pažeidimai ir židiniai vaizdiniais tyrimais yra sunkiai nustatomi arba neretai visai nepastebimi, todėl be laparoskopinės chirurginės procedūros – diagnoze neretai nenustatoma. Kita vertus, Schenken (2025) nurodo, kad naujausioje literatūroje pateikiamas požiūris, kad vien iš jaučiamų simptomų negalima nustatyti diagnozės, tačiau tam tikri jaučiami pagrindiniai simptomai gali nurodyti turimos endometrioze tipą, jei endometrioze būna patvirtinama kitais būdais (pvz., dispareunija (skausmai lytinių santykių metu) gali nurodyti apie pilvaplvės ar giliają endometrioze, nespecifiniai tuštinimosi, šlapinimosi simptomai gali signalizuoti apie šlapimo pūslės bei žarnyno endometrioze). Moterims, nejaučiančioms jokių simptomų (besimptominė endometrioze) arba labai nespecifinius, kurie būna gydytojo nesusieti su galima endometrioze, diagnoze yra nustatoma tik operacijos metu, kuri būna atliekama dėl kitų indikacijų ar problemų (Becker et al., 2021). Ballard ir kiti (2008) nurodo, kad specifiniai simptomai ir dažni apsilankymai pas gydytoją – siejami su endometrioze, gali būti naudingi, tačiau nėra vienintelis faktorius, diagnozuojant šią ligą. Be to, endometrioze gali pasireikšti kartu (komorbidiškumas) su dubens organų uždegimine liga arba dirgliosios žarnos sindromu, tačiau dėl apsunkinto ligos diagnozavimo šios dvi ligos gali būti klaidingai diagnozuojamos vietoje endometrioze (Ballard et al., 2008). PSO (2025) nurodo apie naujus daug žadančius ir perspektyvius diagnostinius tyrimus, skirtus endometrioze diagnozės ankstesniam nustatymui, kurie apima paprastus simptomų

kontrolinius sąrašus, kraujo tyrimus ir vis dažniau – pačių pacienčių atliekamus seilių ar menstruacinio kraujo tyrimus.

Gydymas. Endometrioze šiuo metu nėra išgydoma liga, daugelyje pasaulio vietų ankstyva endometriozės diagnostika ir veiksmingas gydymas yra sunkiai prieinamas ir suteikiama pagalba yra gan ribota, tačiau apskritai endometriozės gydymas orientuojamas į simptomų kontrolę ir ilgalaikio ligos poveikio mažinimą ar bent jau apribojimą (WHO, 2025). Becker ir kolegos (2022) nurodo, kad endometriozės sukulto skausmo simptomų gydymo galimybės apima analgetikus, medikamentinį gydymą ir chirurginį gydymą. Taip pat aptariami nefarmakologiniai gydymo būdai, o endometriozės sukulto nevaisingumo gydymui galimas chirurginis gydymas ir/arba medicininis apvaisinimas (Becker et al., 2022). Kadangi endometrioze pasižymi įvairiais apibrėžimais, subtipais ir simptomais – mokslinėje literatūroje atsiranda nevientisumas – vienuose tyrimuose vertinamos diagnostinės ir terapinės intervencijos bendrai endometriozės pacientėms, kituose tiriamos tam tikros ligos apraiškos, remiantis paskelbta klasifikacija arba ligos potipiais, kuriems taikomi konkrečiam tyrimui būdingi apibrėžimai (IWG et al., 2021). Dėl šios įvairovės sunku interpretuoti ir apibendrinti paskelbtus duomenis bei daryti išvadas apie geriausią endometriozės priežiūros praktiką (IWG et al., 2021). Be to, dėl daugybės molekulinės struktūros skirtumų tarp endometriozės židinių ir eutopinio endometriumo kyla sunkumų kuriant naujus vaistinius preparatus ir gydymo metodus, kurie galėtų veiksmingai padėti šios ligos kontekste (Falcone & Flyckt, 2018).

Etiologija. PSO (2025) nurodo, kad endometriozės atsiradimo priežastys nėra žinomos, tačiau naujausi tyrimai nurodo sąsajas su imuninės sistemos disreguliacija (sutrikimais). Tai pat, nurodoma, kad sergančios šia liga moterys dažniau serga ir kitomis imuninės sistemos ligomis tokiomis kaip vilkligė, išsėtinė sklerozė, uždegiminėmis žarnyno ligomis bei nurodoma genetinė predispozicija – endometriozės ligos pasireiškimas šeimos nariams taip pat siejamas su šios ligos atsiradimu ir didesne tikimybe susirgti šia liga (WHO, 2025). Endometriozės atsiradimo priežastys kelia daug diskusijų. Šios ligos atsiradimas gali būti susijęs su imuniniais, hormoniniais, genetiniais ir aplinkos veiksniais. Tyrimų rezultatai rodo, kad po lytinio brendimo, dėl nežinomų priežasčių netinkamoje vietoje atsiradusios, tačiau ramybės stadijoje esančios ektopinės endometriumo ląstelės, veikiamos įvairių dirgiklių, gali įgyti naują fenotipą, biologines funkcijas ir taip sudaryti endometriozės židinius ir pažeidimus (Laganà et al., 2015).

Paplitimas. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) apibūdina endometriozę kaip sudėtingą ligą, kuri paveikia daug moterų visame pasaulyje nuo pirmųjų menstruacijų pradžios iki menopauzės, nepriklausomai nuo etninės moterų kilmės ar socialinės jų padėties (World Health Organization, 2025).

Taip pat PSO (2025) pabrėžia, kad ši liga paveikia ir translyčius vyrus, nebinarinio lytiškumo ar kitaip save identifikuojančius asmenis, kurie gimė su moteriška reprodukcinė sistema (toliau – apibendrintai per biologinę lyties prizmę – *moteris*). Ši liga laikoma kompleksine ir sudėtinga, nes ji paveikia įvairias moterų organizmo sistemas (Saunders & Horne, 2021). Kadangi ligos diagnozavimas užtrunka, nėra tiksliai apibrėžtų simptomų, nes liga gali pasireikšti įvairiais simptomais arba būti net besimptomė, tikslų paveiktų moterų skaičių sunku nustatyti, tačiau apskaičiuotas numanomas poveikis – vienur nurodoma, kad endometrioze paveikia nuo 7 iki 15 procentų reprodukcinio amžiaus moterų (Bień et al., 2020), o kitur nurodoma, kad tas numanomas skaičius yra apie 10% pasaulio moterų, tai būtų apie 190 mln. (WHO, 2025) ar 200 mln. moterų visame pasaulyje (European Union, 2025).

1.3. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

1.3.1. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata

Fundamentaliai gyvenimo kokybė ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra paremtos biopsichosocialiniu požiūriu (Irtelli & Durbano, 2020). Gyvenimo kokybė (angl. *quality of life*) PSO (2025b) yra apibūdinama kaip individo suvokimas apie savo vietą gyvenime, atsižvelgiant į kultūrą ir vertybių sistemas, kuriose asmuo gyvena, įvertinant jo tikslus, lūkesčius, išsikeltus standartus, rūpesčius bei problemas. Gyvenimo kokybė yra sąvoka, kuri apima daugybę žmonių gyvenimo aspektų (pvz., sveikatą, santykius, materialinius patogumus, saugumą, laisvalaikį, kūrybinę laisvę, socialinius santykius, dalyvavimą visuomenėje ir pan.) (ISOQOL, n.d.). Atsižvelgiant į šį apibūdinimą, galima daryti prielaidą, kad su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra bendresnės gyvenimo kokybės dalis, tai patvirtina ir Staškutė (2014), pridėdama, kad ši gyvenimo kokybės sritis yra analizuojama sveikatos priežiūros bei medicinos srityse. Staškutė (2014) nurodo, kad su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąvoka siejasi ne tik su gyvenimo kokybės, bet ir su sveikatos apibrėžimo sąvokomis, tačiau teigia, kad mokslinėje literatūroje vieno, nuolatos naudojamo apibrėžimo nėra. Ferrans ir kolegos (2005) su sveikata susijusią gyvenimo kokybę apibūdina kaip daugialypę sąvoką, apimančią žmonių fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, skirtą įvertinti gyvenimo kokybei atsižvelgiant į sveikatos, ligos ir gydymo poveikį asmeniui. Priduriama, kad šis rodiklis (su sveikata susijusi gyvenimo kokybė) yra pagrindinis vertinant įvairių medicininių intervencijų ar ligos poveikio gyvenimo kokybei rodiklis, sergantiems lėtinėmis ligomis (Ferrans et al., 2005). Tad apibendrinus – su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra gyvenimo kokybės smulkesnė atšaka, kuri specifiškai siejasi su asmens sveikatos klausimais.

Per pastaruosius 50 metų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės (HRQoL) tyrimai sulaukė didelio mokslininkų susidomėjimo, tyrimų kiekis eksponentiškai išaugo nuo 0 iki daugiau nei 17000 publikuojamų straipsnių kasmet (Kaplan & Hays, 2022). Tarlov ir kolegės (1989) nurodo, kad Medicininių baigčių tyrimas (angl. *Medical Outcomes Study*, MOS) buvo šio koncepto priešakyje ir gali būti laikomas vienu iš šios srities tyrinėjimo pradininkų, nes būtent šio longitudinalinio tyrimo metu buvo vertinami ir pranešami rezultatai gauti surenkant informaciją iš pacientų apie skirtumus gaunamose sveikatos priežiūros paslaugose, gydytojų ir jų bendravimo stilius ir kaip tai veikia klinikinius rezultatus (angl. *medical outcomes*). Galima teigti, kad šis tyrimas tuo metu buvo vienas iš svarbesnių atliktų tyrimų, kuris paskatino platesnę visuomenę atkreipti dėmesį į holistinės ir labiau į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros reikšmę (biopsichosocialinio modelio pritaikymą ir integravimą, kuriuo gyvenimo kokybė yra apibrėžiama ir suprantama medicinos ir sveikatos psichologijos srityse (Irtelli & Durbano, 2020)), taip paskatinant tyrimus ir pokyčius sveikatos priežiūros sistemose, skiriant dėmesį ne tik į biomedicininę gydymo pusę, o ir į tai, kaip socialiniai ir kiti aspektai veikia patį gydymą, jo rezultatus bei žmonių gyvenimo kokybę.

Pripažįstama, kad pacientų pranešami rezultatai (angl. *patient-reported outcomes (PROs)*) yra esminiai vertinant medicininės ir visuomenės intervencijas (Kaplan & Hays, 2022). PROs yra apibūdinami kaip bet kokie pačio paciento pranešami sveikatos būklės rodikliai, kurie gaunami tiesiogiai iš paciento, be gydytojo ar kito tarpininko interpretacijos (Agarwal et al., 2022). Agarwal ir kolegės (2022) pabrėžia, kad pacientas yra patikimiausias savo simptomų, funkcionavimo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertintojas ir žinovas, kuris gali pateikti holistinę požiūrį į taikomo gydymo naudą, veiksmingumą, šalutinius poveikius bei savo būklės įvertinimą ar sunkumą. Paciento subjektyvus vertinimas ir nuomonės įtraukimas į sveikatos priežiūros sistemą yra labai svarbus bendram sprendimų priėmimui ir į pacientą orientuotai priežiūrai (Agarwal et al., 2022). Pacientų pranešamiems rezultatams (PROs) vertinti skirti įrankiai yra vadinami PROMs (angl. *patient-reported outcomes measures (PROMs)*) (Weldring & Smith, 2013). Šiais įrankiais (PROMs) yra laikomi įvairūs instrumentai, klausimynai ar skalės, kuriais naudojantis, pagal paciento pateiktus vertinimus ir informaciją, galima įvertinti paciento sveikatos būklę ar statusą, pavyzdžiui, su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, gydymo efektyvumą ar kitus rodiklius (Weldring & Smith, 2013). Weldring ir Smith (2013) nurodo, kad tokių įrankių naudojimas ir įtraukimas (tiek sveikatos sistemoje, tiek mokslinės srityse) atspindi išipareigojimą įtraukti pacientus ir visuomenę į platesnį sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, gerinimo bei plėtros kontekstą. Literatūroje pabrėžiama, kad su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas yra ypatingai reikšmingas, reikalingas ir informatyvus. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrinėjimas

padaeda žmonėms suprasti, kaip sveikata, ligos ir gydymas paveikia gyvenimo kokybę (ISOQOL, n.d.). ISOQOL (n.d.) nurodo, kad tyrinėjant šį aspektą, žmonės gali geriau suprasti siūlomo gydymo naudas ir rizikas, pasverti ir įvertinti priimamų sprendimų poveikį simptomams, funkcionavimui ir gyvenimo trukmei, be to tai suteikia naudą ir padeda žmonėms gyventi pilnavertiškiau. Taip pat pridodama, kad gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės supratimas leidžia sveikatos programų kūrėjams ir įstatymų formuotojams geriau paskirstyti turimus išteklius ten, kur jų reikia labiau. Staškutė (2014) nurodo, kad su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrinėjimų metu įvertinami rodikliai yra svarbūs nustatant sveikatos rizikos ir socialinius veiksnius, sveikatos sistemos efektyvumą bei kuriant ir vertinant sveikatos gerinimo bei prevencijos programas. Taigi, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrinėjimas yra svarbus ne tik individualiame paciento lygmenyje, bet ir bendrai visuomenės sveikatos būklės stebėjime ir vertinime (Staškutė, 2014).

Apibendrinus, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrinėjimas yra labai svarbi sveikatos priežiūros sistemos dalis, padedanti geriau pritaikyti sveikatos sistemą tiek specialistams, tiek ta sistema besinaudojantiems asmenims – tyrimai padeda geriau suprasti kaip liga, vaistai ar procedūros (gydymas) paveikia pacientus, į ką specialistai turi atkreipti dėmesį arba dėl ko reikia įspėti ar į ką atsižvelgti paslaugas gaunantiems asmenims. Taip pat su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas užtikrina sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančių asmenų didesnę įsitraukimą į gydymo ir sveikatos priežiūros procesą. Tokie tyrimai skatina ir padeda formuoti sveikatos priežiūros sistemą, kurti holistinę pagalbą ir būti labiau orientuotiems į pacientą (angl. *patient-oriented*), o tai endometrioze ligos kontekste yra svarbu.

1.3.2. Endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

Pastaruoju metu vis labiau domimasi, kaip endometrioze veikia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (Ezzat, 2019). Teigiama, jog endometrioze yra dažniausia ginekologinė liga, pasireiškianti tiek fiziniais, tiek psichologiniais simptomais, pabrėžiant jos daugialypį poveikį (Laganà et al., 2017). Anksčiau aptarta endometrioze, jos išraiška ir su diagnoze bei gydymu susiję įvairūs veiksniai nurodo, kad šia liga sergančioms moterims gali kilti įvairių sunkumų. Kylančių sunkumų sąrašas prasideda nuo diagnozės atidėto nustatymo (angl. *diagnostic delay*), dėl kurio moterys gyvena su patiriamais, neretai stipriais, simptomais, bei atvertu keliu ligai toliau progresuoti (Davenport et al., 2023), tęsiant su diagnozės neapibrėžtumo, jaučiamų simptomų įvairovės ir stiprumo, visuomenės požiūrio, diagnozavimo ir gydymo galimybių trūkumo ir kitomis problemomis – galima daryti prielaidą, kad ši

liga visokeriopaı paveikia moterų gyvenimą ir kasdienį funkcionavimą, tai patvirtina ir įvairūs tyrimai (Marinho et al., 2018; La Rosa et al., 2020; Bień et al., 2020; Kalfas et al., 2022).

Individualiame lygmenyje moterims pasireiškiantys įvairūs simptomai – lėtinis dubens skausmas, dismenorėja ir dispareunija ir kiti – dažnai pasireiškia kartu su vaisingumo sutrikimais bei psichologinėmis komorbidinėmis ligomis ar problemomis, tokiomis kaip nerimas, depresija ir miego sutrikimai, kurie visi kartu neigiamai veikia pacienčių gyvenimo kokybę (Zhang et al., 2025). Endometrioze mokslinėje literatūroje taip pat siejama ne tik su pablogėjusia gyvenimo kokybe ir gerove, bet ir su santykių problemomis, nežinomybės jausmu, psichologiniu distresu – depresijos, nerimo simptomais bei stresu, tapatumo problemomis, gėdos jausmu, suprastėjusia miego kokybe, nuovargiu, pasitikėjimo savimi bei kūno vaizdo problemomis, kasdienio funkcionavimo sutrikdymu ir kitomis problemomis (Chaman-Ara et al., 2017; Cole et al., 2020; Missmer et al., 2021; Szyplowska et al., 2023; Colombo et al., 2025). Vienas pagrindinių endometrioze sergančių moterų tyrinėjimo aspektų šiuo metu yra su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Įvairioje literatūroje nurodoma apie endometrioze neigiamą poveikį moterų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei (Bień et al., 2020; Kalfas et al., 2022; Colombo et al., 2025; Zhang et al., 2025; Helgerth & Schütz, 2025). Helgerth ir Schütz (2025) teigia, jog atsižvelgiant į endometrioze kompleksiskumą, tiek psichosocialiniai, tiek medicininiai veiksniai daro poveikį endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, todėl į tyrimus būtina įtraukti šiuos aspektus, siekiant pagerinti moterų gyvenimo kokybę, tam pritaria Marinho ir kiti (2018), skatindami atsižvelgti ir į psichologines endometrioze diagnozės pasekmes.

Tiriant endometrioze poveikį moterų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, neretai užsimenama ir apie jų psichologinę savijautą ar būseną. Endometrioze yra siejama su padidėjusia psichikos sveikatos sutrikimų rizika (Thiel et al., 2024). Thiel ir kolegos (2024) pabrėžia, kad padidėjusi psichikos sveikatos sutrikimų ir poveikio rizika yra ypatingai ryški pirmaisiais metais nustačius diagnozę. Neretai randama, jog endometrioze sergančios moterys kenčia nuo streso, didesnių nerimo ir depresijos patiriamų sunkumų (Laganà et al., 2017). Ši liga yra kompleksiška, todėl nenuostabu, jog moterims gali sukelti emocinę ir psichologinę naštą. Jaučiami simptomai gali turėti didelę įtaką moterų psichologinei būsenai bei funkcionavimui ir smarkiai paveikti jų psichinę sveikatą (Szyplowska et al., 2023). Szyplowska ir kolegų (2023) atliktoje literatūros apžvalgoje nustatyta, jog endometrioze sergančių moterų nerimo paplitimas yra nuo 11,5 iki 87,5%, o depresijos simptomų paplitimas svyruoja nuo 9,8 iki 98,5%. Autoriai nurodo, kad nepriklausomai nuo analizuotuose tyrimuose naudotų vertinimo instrumentų, nustatyta, kad endometrioze sergančių moterų gyvenimo kokybė buvo žymiai pablogėjusi. Sisteminė apžvalga parodo ir patvirtina, kad endometrioze yra susijusi su depresijos ir nerimo

simptomais bei sutrikdyta gyvenimo kokybė, atskleidžiant sudėtingą ryšį tarp ligos ir pacienčių psichologinės savijautos. Literatūroje nurodoma, jog moterų jaučiami simptomai turi neigiamą poveikį psichologinei savijautai. Randama, kad tokie simptomai kaip dismenorėja, nevaisingumas, nuovargis, dispareunija, skausmingos menstruacijos ar kitoks neįprastas kraujavimas, dubens ar lėtiniai skausmai stipriai neigiamai paveikia moterų psichologinę būseną, keliant distresą, nerimo ir depresijos simptomus (Laganà et al., 2015; Bień et al., 2020). Kalfas ir kiti (2022) nurodo, jog depresija ir nerimas yra susiję su blogesne su sveikata susijusia gyvenimo kokybe, ką patvirtina ir Colombo ir kolegės (2025). Tokie rezultatai parodo, jog endometrioze sergančių moterų psichologinė savijauta ir patiriami įvairūs simptomai veikia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Colombo ir kitų (2025) apimties nustatymo apžvalga parodė, kad ne tik bendrai endometrioze sergančios moterys turi su sveikata susijusią prastesnę gyvenimo kokybę, tačiau endometrioze sergančių moterų tarpe, moterys, kurios turėjo išreikštus psichinės sveikatos simptomus (pvz., nerimą ar depresiją) pasižymėjo blogesne su sveikata susijusia gyvenimo kokybe nei tos moterys, kurios šių psichikos sveikatos simptomų nepatyrė. Be to, Reis ir kolegės (2020) nurodo, jog klinikiniai tyrimai tolygiai randa sąsajas tarp endometriozės būklės ir didelių streso lygio – jaučiamo streso kiekis teigiamai koreliuoja su endometriozės ligos stadija, stiprumu, skausmo intensyvumu ir emocijų reguliacija. Nurodoma, kad moterims, sergančioms endometrioze, yra būdingi nerimo ir depresijos simptomai, didesnis streso lygis, kuriuos rodo psichologinių ir endokrininiai streso vertinimai (Reis et al., 2020).

Taip pat literatūroje yra užsimenama apie sociodemografinių bei ligos veiksnių svarbą endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei ir psichologinei savijautai. Nurodoma, kad amžius, jaučiamų simptomų ilgumas bei specifiniai simptomai turi ryšį su blogesne su sveikata susijusia gyvenimo kokybe (Van Niekerk et al., 2022b). Dažniausiai nurodomi tokie simptomai, kurie yra stipriai išreikšti, kelia didelę ligos naštą ir trikdo kasdienį funkcionavimą (pvz., lėtiniai skausmai, dubens skausmai ar dismenorėja). Ezzat (2019) bei Helgerth ir Schütz (2025) nurodo ir teigia, kad kai kurie moterų patiriami simptomai turi didesnę neigiamą poveikį – jie pablogina su sveikata susijusią gyvenimo kokybę bei psichologinę būseną. Nurodoma, kad didesnis patiriamų endometriozės simptomų kiekis siejosi su prastesne psichikos sveikata (Colobo et al., 2025). Facchin ir kiti (2017) rado, kad laikas, praėjęs nuo diagnozės gavimo, siejosi su moterų psichologine būsena – moterys, kurioms buvo praėjęs trumpesnis laikas nuo diagnozės gavimo, pasižymėjo prastesne psichologine būsena ir pasižymėjo stipresnėmis nerimo išraiškomis.

Apibendrinant, endometrioze gali stipriai įtakoti šia liga sergančių moterų gyvenimą, paveikiant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, psichikos sveikatos, socialinius ar funkcionavimo aspektus.

Literatūroje pabrėžiami sociodemografinių ir medicininių veiksnių svarbos aspektai endometrioizės ligos kontekste, skatinant toliau analizuoti jų poveikį endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimuose.

1.4. Atjautos sau samprata

Atjautą sau Neff (2003) apibrėžia kaip asmens reagavimą į asmenines kančias ir nesėkmes su priėmimu ir sąmoningumu, kartu pripažįstant, kad kančia yra universali ir dažnai pasitaikanti žmogiška patirtis. Atjauta sau pasireiškia per savęs palaikymą patiriamos kančios ar skausmo kontekste, nepaisant to, ar jis sukeltas padarytos asmeninės klaidos, trūkumų ar išorinių gyvenimo iššūkių (Neff, 2023). Autorė pabrėžia, kad atjautos sau patirtis yra labai panaši į asmens reagavimą su gailestingumu ir atjauta į kitą asmenį, tačiau, šiuo atveju, tokia reakcija yra tiesiog nukreipiama į save patį – tokia nukreipta atjauta į save reiškia gebėjimą būti kartu su savo skausmu, jausti artumą ir ryšį su kitais, kurie taip pat kenčia, bei suprasti ir palaikyti save sunkiomis akimirkomis (Neff, 2023). Apibendrinant, galima daryti prielaidą, kad atjauta sau yra švelnus, supratingas ir globojantis reagavimas į savo vidinį skausmą ar nesėkmes dėl asmeninių ar išorinio pasaulio sukeltų priežasčių. Baxter ir Sirois (2025) nurodo, kad Neff (2003) atjautos sau apibrėžimas ir teorinis modelis yra plačiai pripažintas ir šiuo metu populiariausias. Šiame modelyje nurodoma, kad atjautą sau sudaro trys pagrindiniai elementai: 1) buvimas sau maloniam ir palaikančiam, o ne griežtam ar save teisiančiam, 2) pripažinimas, kad gyvenimo sunkumai yra normali žmogiška patirtis ir gyvenimo dalis, neatsiskiriant nuo kitų žmonių bei neizoliuojant savęs dėl savo netobulumų, 3) sąmoningai suvokiant ir priimant asmeninę kančią, pernelyg su ja nesusitapatinant ar visiškai į ją nepasineriant (Neff, 2003). Šie atjautos sau elementai yra atskiri, tačiau jų veikimo kartu visuma padeda asmeniui sumažinti patiriamą kančią ar skausmą (Neff, 2023). Nors atjauta sau ir padeda žmonėms susidoroti su kylančiais gyvenimo sunkumais, tačiau svarbu pabrėžti, kad atjauta sau savaime nepanaikina, neišstumia ir nepakeičia kylančių neigiamų emocijų teigiamomis emocijomis – atjaučiančiai reaguojant į savo patirtį ar kilusius sunkumus, teigiamos emocijos kyla iš neigiamų emocijų priėmimo (Germer & Neff, 2013).

Per pastarąjį dešimtmetį susidomėjimas atjauta sau pastebimas ne tik moksle ir visuomenėje, bet ir sveikatos priežiūros srityje (Baxter & Sirois, 2025). Nenuostabu, kad šis konceptas susilaukė ir susilaukia vis didesnio populiarumo, nes įvairi mokslinė literatūra rodo, kad atjauta sau yra siejama su apibendrintu teigiamu poveikiu įvairiose srityse (Kılıç et al., 2021). Tai reiškia, kad šis elementas turi pozityvų poveikį žmonių gyvenimui. Randama, kad atjauta sau pozityviai veikia žmonių gerovę (Kılıç et al., 2021) ir

jaučiamą psichologinį distresą (Chio et al., 2021), pagerinant jaučiamą gerovę ir sumažinant išgyvenamą distresą. Taip pat Hughes ir kolegų (2021) atlikta 16 straipsnių sisteminė literatūros apžvalga nurodo, kad atjauta sau yra susijusi su geresne fizinėmis lėtinėmis ligomis sergančių asmenų psichologine savijauta ir gerove. Dabartinėje literatūroje vis dažniau atjauta sau įvardinama kaip apsauginis veiksnys sergančiųjų tarpe (pvz., krūties vėžiu bei cukriniu diabetu sergančiųjų) (Gunn et al., 2022; Neff, 2023). Tad nestebina tai, kad atjauta sau buvo įtraukta ir į endometrioze sergančių moterų tyrimus. Facchin ir kolegų (2025) nustatė sąsajas tarp endometrioze sergančių moterų psichologinės gerovės ir atjautos sau, nurodant, kad aukštesni atjautos sau įverčiai siejosi su aukštesniais gerovės įverčiais. Teigiama, kad atjauta sau gali būti endometrioze sergančių moterų psichologinės gerovės apsauginiu veiksniu, turėti teigiamą poveikį bei būti svarbiu faktoriumi šios ligos kontekste (Facchin et al., 2025), prisidedančių prie geresnės su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir psichologinės savijautos.

1.5. Ligos suvokimo samprata

1.5.1. Ligos suvokimo samprata

Ligos suvokimas yra paciento kognityvinis įvertinimas ir asmeninis subjektyvus savo medicininės būklės ir galimų pasekmių supratimas (Broadbent et al., 2015). Broadbent ir kolegų (2015) nurodo, jog ligos suvokimo tyrinėjimas prasidėjo sveikatos grėsmių komunikacijos tyrimuose XX a. 7-ajame dešimtmetyje ir nuo to laiko susilaukė mokslininkų susidomėjimo. Diefenbach ir Leventhal (1996) teigia, kad ligos suvokimo tyrinėjimus ir pasikeitusį mokslininkų bei praktikų požiūrį į sveikatos klausimus pastūmėjo Engel (1977) skatinimas nukrypti nuo biomedicininio sveikatos priežiūros modelio ir taikyti holistinį – biopsichosocialinį modelį. Engel (1977) nurodė, kad psichologiniai ir socialiniai veiksniai yra taip pat svarbūs faktoriai, lemiantys, ar asmuo pradeda ir kada pradeda laikyti save sergančiu bei kada jis pradedamas laikyti sergančiu kitų asmenų. Engel (1977) teigia, kad siekiant sukurti gerą pagrindą įvairių ligų supratimui ir efektyvaus gydymo sukūrimui ir pritaikymui, sveikatos priežiūros sistema turi atsižvelgti ir į pacientą bei jo socialinį kontekstą, o ne tik į medicininės/fizinės ligos išraiškas. Autorius pabrėžė, kad ribos tarp sveikatos ir ligos bei tarp sveiko ir sergančio – neaiškios ir niekada nebus pilnai suprantamos, nes šias ribas veikia ir išsklaido įvairūs socialiniai, kultūriniai bei psichologiniai veiksniai (Engel, 1977). Nuo Engel (1977) raginimo žvelgti į sveikatą ir ligą per biopsichosocialinę prizmę, mokslinės bei sveikatos priežiūros visuomenių požiūris nukrypo į įvairių koncepcijų ir teorijų, kuriose yra integruojami ir akcentuojami aplinkos veiksniai, individualių įsitikinimų apie sveikatą ir ligą, pusę (Diefenbach & Leventhal, 1996). Yelder ir kiti (2026) pabrėžia įsitikinimų

apie ligą ir gydymą svarbą bei nurodo, kad jie atlieka pagrindinį vaidmenį sveikatos psichologijoje, nes įsitikinimai paveikia tai, kaip žmogus tvarkysis su atsiradusia sveikatos grėsme nuo pirmųjų pasirodžiusių simptomų. Tai apima tiek žmogaus psichikos būseną, tiek įvairius įveikos būdus ir kasdienį funkcionavimą. Tuo momentu, kai asmuo susiduria su liga, tam, kad galėtų ją suprasti, žmogus sukuria kognityvinius asmeninius ligos modelius ir reprezentacijas (Moore et al., 2025). Petrie ir Weinman (2006) teigia, kad iškart po diagnozės gavimo, asmuo susidaro sistemingą įsitikinimų apie savo būklę modelį, kurį įprastai sudaro penki pagrindiniai komponentai – tapatybės, priežasties, trukmės, kontrolės ir pasekmių. Sudarant šiuos modelius sąveikauja įvairūs faktoriai – žmonių patirtys, kultūriniai aspektai, turimos žinios apie ligą, jaučiami fiziniai simptomai, socialinė aplinka bei vidiniai žmogaus asmenybės ir resursų komponentai. Susidarydamas ir kurdamas šiuos kognityvinius supratimo modelius, asmuo integruoja ligą ar sveikatos grėsmę į savo pasikeitusį gyvenimą, bandydamas suvokti ir įprasminti šią patirtį (angl. *make sense of it*).

Dažniausiai ligos suvokimo veikimas yra apibrėžiamas per žmogaus įveikos būdus, tačiau tyrimai rodo, kad šis elementas turi ir tiesiogines sąsajas su psichikos sveikatos ir gyvenimo kokybės rodikliais (Foxwell et al., 2013), todėl ligos suvokimo tyrinėjimas neturėtų būti vien apibrėžtas ir apribotas siejant ligos suvokimą tik su žmogaus įveikos strategijomis ar elgesiu. Įdomiausias ligos suvokimo aspektas yra tai, kad pacientai, sergantys ta pačia liga, gali susidaryti visiškai skirtingas nuomones bei vertinimą apie jų ligą (Petrie ir Weinman, 2006), kas gali paveikti jų psichologinę būseną ir elgesį, susijusį su ligos įveika. Dempster ir kolegų (2015) atliktos meta analizės rezultatai parodė, kad prieš įtraukiant kitus kintamuosius (pvz., įveikos būdus) ligos suvokimas paaiškino nuo 25 iki 30 procentų emocinės sveikatos rodiklių rezultatų įvairių ligų kontekstuose. Tai atskleidžia, kad ligos suvokimas yra svarbus veiksnys sergančiųjų psichologinei būsenai ir gyvenimo kokybei (Foxwell et al., 2013; Depster et al., 2015).

1.5.2. Endometrioze sergančių moterų ligos suvokimas

Literatūroje teigiama, kad ligos suvokimas yra svarbus veiksnys įvairių ligų kontekstuose ir gali būti reikšmingas veiksnys prisidedantis prie žmonių psichologinės būsenos ar (su sveikata susijusios) gyvenimo kokybės, tačiau specifiškai endometriozės ligos kontekste žinios apie ligos suvokimą yra ribotos. Neseniai atlikto kokybinio tyrimo metu buvo bandoma išsiaiškinti ligos suvokimo vaidmenį endometriozės kontekste (Moore et al., 2023). Tyrėjai nustatė, kad sergančių moterų ligos suvokimas apie endometriozę yra dinamiškas bei kompleksiškas. Moore ir kolegos (2025) atkreipia dėmesį, kad

šiuo metu endometriozių ligos poveikis moterų psichologinei būsenai ir patiriamam skausmui yra nustatytas, tačiau yra mažai žinoma apie šia liga sergančių moterų ligos suvokimą ir ryšį, kurį jis gali turėti skausmo patyrimui ar psichologinei būsenai, pvz., distreso lygiams. Barberis ir kolegų (2023) atliktame skerspjūvio tyrime buvo taip pat atkreiptas dėmesys į ligos suvokimo galimą reikšmę sergant endometrioze. Tyrėjai bandė išsiaiškinti esančius ryšius tarp bruožų emocinio intelekto (angl. *trait emotional intelligence*), ligos suvokimo, gyvenimo kokybės ir moterų patiriamo bendro distreso (depresijos, nerimo ir streso). Bandant nustatyti šiuos ryšius autoriai duomenis analizavo struktūrinių lygčių modeliavimo metodu ir išsiaiškino, kad ligos suvokimas medijuoja ryšį tarp bruožų emocinio intelekto, bendro distreso ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės. Taip pat, šio tyrimo metu buvo nustatyta, kad bendrasis distresas medijuoja ryšius tarp bruožų emocinio intelekto, ligos suvokimo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės. Be to, Moore ir kitų (2025) atlikto tyrimo rezultatai nurodo, kad jaučiami endometriozių simptomai yra pagrindinis pablogėjęs gyvenimo kokybės veiksnys, o šie patiriami simptomai ir jų poveikis formuoja moterų ligos suvokimą. Tokie tyrimo duomenys suponuoja apie ligos suvokimo reikšmę sergant endometrioze bei endometriozių simptomų įtaką ligos suvokimui.

1.6. Apibendrinimas, tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai

Apžvelgta literatūra nusako endometriozių reikšmingą neigiamą poveikį moterų gyvenimui. Tolydūs mokslinėje literatūroje randami rezultatai nurodo, kad endometriozei neigiamai veikia šia liga sergančių moterų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (La Rosa et al., 2020) ir psichinę būseną (Facchin et al., 2017), paveikiant moterų kasdienį funkcionavimą, emocinę ir psichologinę savijautą bei įvairias kitas gyvenimo sritis. Nurodoma, kad endometriozei gali sutrikdyti moterų psichinę sveikatą (ypatingai sukeliant nerimo ir depresijos simptomus) taip pabloginant psichinę ir fizinę su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sritį (Wang et al., 2021). Taip pabrėžiama psichikos sveikatos rodiklių (pvz., nerimo, depresijos ir streso) reikšmė, nurodant, kad jie gali būti pagrindinis daugelio fizinių sveikatos rodiklių sutrikimų veiksnys (Delanerolle et al., 2021), tačiau ši sritis nėra gerai ištirta, ypač moterų sveikatos srityje, tuo labiau, problematiška ir apleista tema endometriozių kontekste (Wang et al., 2021). Trūksta informacijos, kokie konkretūs veiksniai (susiję ar nesusiję su liga) gali lemti teigiamą ar neigiamą psichologinę būseną, o šios srities geresnis supratimas yra svarbus norint sukurti ir pritaikyti daugiadisciplinines gydymo ir pagalbos strategijas (Facchin et al., 2017). Randama, kad sociodemografiniai ir specifiniai su liga susiję veiksniai, tokie kaip amžius, išsilavinimas, jaučiami simptomai, jų kiekis ar intensyvumas, diagnozės atidėjimas (laikas praėjęs nuo simptomų prasidėjimo

iki diagnozės nustatymo) bei kiti veiksniai, gali turėti įtakos šio poveikio stiprumui (Ezzat, 2019), taip paveikiant moterų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Nurodoma, kad nėra iki galo aišku, kaip atjauta sau (Baxter & Sirois, 2025; Skinner & Kuijer, 2025) ir ligos suvokimas (Moore et al., 2023) veikia moterų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir moterų psichologinę savijautą, nors literatūroje užsimenama apie šių aspektų svarbą vaidmenį endometrioze ligos kontekste. Teigiama, kad endometrioze ligos suvokimo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos yra aptariamos ir nurodomos tik kokybinių tyrimų kontekste, o kiekybinio šio aspekto, kaip ir atjautos sau, tyrimų trūksta (Moore et al., 2023). Apibendrinant, nors atliekamų mokslinių tyrimų skaičius, kuriuose stengiamasi išsiaiškinti, kokie veiksniai (pvz., sociodemografiniai, su liga susiję veiksniai, atjauta sau ir ligos suvokimas) ir kaip veikia endometrioze sergančių moterų gyvenimą, didėja eksponentiškai, tačiau šie tyrinėjimai išlieka fragmentiški, pabrėžiama, kad trūksta holistinio ir integruoto požiūrio tyrinėjant šią sritį, įtraukiant tiek medicininius, tiek psichosocialinius aspektus (Van Niekerk et al., 2022a). Todėl šiuo tyrimu ir bus stengiamasi išsiaiškinti endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę remiantis integruotu ir į pacientą orientuotu požiūriu, aprėpiant sociodemografinius ir su liga susijusius kintamuosius, psichologinę savijautą (nerimo, streso ir depresijos simptomus), atjautą sau ir ligos suvokimą.

Tyrimo tikslas – įvertinti, kaip atjauta sau, ligos suvokimas, psichologinės būklės kintamieji (nerimas, depresiškas, stresas) paaiškina moterų, sergančių endometrioze, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodiklius.

Uždaviniai:

- 1) Įvertinti endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, psichologinę savijautą (nerimą, depresišumą, stresą), ligos suvokimą ir atjautą sau.
- 2) Įvertinti sociodemografinių charakteristikų ir vertintų kintamųjų sąsajas.
- 3) Įvertinti su liga susijusių charakteristikų ir vertintų kintamųjų sąsajas.
- 4) Įvertinti endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, psichologinės savijautos (nerimo, depresiško, streso), ligos suvokimo ir atjautos sau tarpusavio sąsajas.
- 5) Įvertinti, kaip atjauta sau ir ligos suvokimas prognozuoja su sveikata susijusią gyvenimo kokybę kontroliuojant sociodemografines ir su liga susijusias charakteristikas.

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo anketą užpildė 216 19-57 metų moterų, tačiau duomenų analizėje buvo naudotos 187 anketą užpildžiusių moterų duomenys. Pasaulinė sveikatos organizacija (2025) nurodo, kad šia liga dažniausiai serga reprodukcinio amžiaus moterys, tačiau endometriozė šiuo metu yra neišgydoma ir moterys ja serga visą gyvenimą, todėl buvo pasirinkta neriboti anketą galinčių pildyti moterų amžiaus, vienintelis reikalavimas buvo, kad jos turėtų būti vyresnės nei 18 metų. Tyrimo dalyvės surinktos netikimybinio tiksliniu būdu, naudojantis internetine anketa, todėl surinktos imties rezultatai nėra reprezentatyvūs visai 19-57 metų endometriozę sergančių moterų populiacijai. Šis tiriamųjų kvietimo dalyvauti tyrime būdas buvo pasirinktas dėl galimybės greičiau pasiekti tikslinę grupę, kas šiuo atveju yra endometriozę sergančios pilnametės moterys. Iš 216 moterų – 16 moterų paneigė, kad turi mediciniškai nustatytą endometriozės diagnozę, 13 moterų netinkamai atsakė į kontrolinį klausimą, todėl jų duomenys buvo vertinami kaip nepatikimi. Šių 29 moterų duomenys nebuvo įtraukti į tolesnę analizę, todėl toliau pateikiami įtrauktų moterų sociodemografiniai duomenys.

Tyrime dalyvavo 187 19-57 metų ($M = 33,96$, $SD = 7,68$) socialinės platformos „Facebook“ savitarpio paramos grupės „Endometriozė“ narės, turinčios mediciniškai nustatytą endometriozės diagnozę. 56,7% ($N = 106$) tyrime dalyvavusių moterų gyvena didžiajame Lietuvos mieste arba jo priemiestyje, 26,7% ($N = 50$) mieste. Taip pat dauguma moterų ($N = 102$, 54,5%) turi įgijusios (ar siekia) aukštąjį universitetinį išsilavinimą, o 44 moterys (23,5%) aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą. Dalis tyrime dalyvavusių moterų yra ilgalaikiuose santykiuose ($N = 76$, 40,6%), 75 moterys (40,1%) yra ištėkėjusios bei 14,4% ($N = 27$) dalyvių nurodė, jog partnerio(-ės) neturi. Be to didžioji dauguma tyrime dalyvavusių moterų neturi biologinių vaikų ($N = 124$, 66,3%), o turinčių dalyvių tarpe nurodė, jog vieną vaiką turi 27 moterys (14,4%), turi du ar daugiau vaikų – 34 moterys (18,2%). Detalios tyrime dalyvavusių moterų sociodemografinės ir su liga susijusios charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. *Tyrimo dalyvių sociodemografiniai duomenys*

Charakteristikos	N (%)
Išsilavinimas	
Aukštasis universitetinis	102 (54,4)
Aukštasis neuniversitetinis	44 (23,5)
Profesinis	22 (11,8)

Vidurinis	19 (10,2)
Šeiminė padėtis	
Yra ilgalaikiuose santykiuose	76 (40,6)
Yra ištekėjusi	75 (40,1)
Partnerio(-ės) neturi	27 (14,4)
Išsiskyrusi	7 (3,7)
Kita	2 (1,1)
Biologinių vaikų skaičius	
Neturi	124 (66,3)
Turi vieną vaiką	27 (14,4)
Turi du ar daugiau vaikų	34 (18,2)
Šiuo metu laukiasi	2 (1,1)
Gyvenamoji vieta	
Didysis Lietuvos miestas ar jo priemiestis	106 (56,7)
Miestas	50 (26,7)
Miestelis	15 (8)
Kaimas	16 (8,6)
Užimtumas	
Dirba pilnu etatu	107 (57,2)
Dirba didesniu nei pilnu etatu	13 (7)
Dirba nepilnu etatu	6 (3,2)
Užsiima individualia veikla	11 (5,9)
Nedirba / darbo neturi	23 (12,3)
Studijuoja	7 (3,7)
Studijuoja ir dirba	15 (8)
Yra nėštumo ir gimdymo / vaiko priežiūros atostogose	3 (1,6)
Kita	2 (1,1)

Kalbant apie tyrime dalyvavusių moterų klinikinius endometrioze duomenis, 35,3% (n = 66) tyrime moterų nurodė, kad joms yra nustatyta 4 endometrioze stadija (sunki), 35,3% (n = 46) bei 28,3% moterų (n = 53) negalėjo atsakyti kokia endometrioze stadija buvo diagnozuota (verta paminėti, kad tai yra tik vienas iš endometrioze klasifikavimo būdų, tad gali būti, kad buvo taikomas kita klasifikavimo

sistema arba stadija nenustatyta). 76 (40,6%) nurodo, jog turi kitų diagnozuotų ligų, o 109 (58,3%) – neturi. Moterys nurodė dažniausiai patiriančios tokius endometrioze simptomus kaip skausmingos menstruacijos (81,3%), gausus kraujavimas menstruacijų metu (57,2%), skausmas ovuliacijos metu ar ciklui įpusėjus (68,4%), lėtiniai dubens skausmai (63,1%), lėtinį nuovargį (73,7%), pilvo pūtimą (79,1%), vidurių užkietėjimą ar viduriavimą (62,6%) bei skausmus lytinių santykių metu ar po jų (55,1%). Detalūs tyrimo dalyvavusių moterų su endometrioze susiję duomenys pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Tyrimo dalyvių medicininiai duomenys

Charakteristikos	N (%)	N (%)
Laikas po diagnozės nustatymo		
<0.5 metų	31 (16,6)	
0.5–1 metai	22 (11,8)	
>1–2 metai	20 (10,7)	
>2–3 metai	22 (11,8)	
>3–5 metai	24 (12,8)	
>5 metai	65 (34,8)	
Negaliu atsakyti	3 (1,6)	
Endometrioze stadija		
1 stadija – minimali	7 (3,7)	
2 stadija – lengva	15 (8)	
3 stadija – vidutinė	46 (24,6)	
4 stadija – sunki	66 (35,3)	
Negaliu atsakyti	53 (28,3)	
Taikomas(-ytas) gydymas		
Medikamentinis	53 (28,3)	
Chirurginis	37 (19,8)	
Abu	59 (31,6)	
Gydymas netaikomas	28 (15)	
Kita	10 (5,3)	
Kitos diagnozuotos ligos		
Turi	76 (40,6)	

Neturi	109 (58,3)	
Nenori atsakyti	2 (1,1)	
Psichologinės pagalbos poreikis dėl endometriozės		
Lankėsi pajutusi poreikį	21 (11,2)	
Lankosi reguliariai	7 (3,7)	
Nesilankė ir poreikio nejaučia	93 (49,7)	
Nesilankė, tačiau poreikį jaučia	59 (31,6)	
Kita	7 (3,7)	
Jaučiami simptomai		
Skausmingos menstruacijos	Patiria	152 (81,3)
	Nepatiria	35 (18,7)
Gausus kraujavimas	Patiria	107 (57,2)
	Nepatiria	80 (42,8)
Skausmas lytinių santykių metu ar po jų	Patiria	103 (55,1)
	Nepatiria	84 (44,9)
Lėtiniai dubens skausmai	Patiria	118 (63,1)
	Nepatiria	69 (36,9)
Skausmas ovuliacijos metu / skausmai ciklui įpusėjus	Patiria	128 (68,4)
	Nepatiria	59 (31,6)
Cikliškai pasikartojantys ar priešmenstruaciniai simptomai su kraujo priemaišomis ar be jo	Patiria	78 (41,7)
	Nepatiria	109 (58,3)
Skausmingas šlapinimasis ar tuštinimasis	Patiria	83 (44,4)
	Nepatiria	104 (55,6)
Pilvo pūtimas	Patiria	148 (79,1)
	Nepatiria	39 (20,9)
Vidurių užkietėjimas ar viduriavimas	Patiria	117 (62,6)
	Nepatiria	70 (37,4)
Kitos problemos / simptomai susiję su šlapinimusi ar tuštinimusi	Patiria	105 (43,9)
	Nepatiria	82 (56,1)
	Patiria	50 (26,7)

Pykinimas ar diskomfortas epigastriumo srityje	Nepatiria	137 (73,3)
Nevaisingumas	Patiria	46 (24,6)
	Nepatiria	141 (75,4)
Lėtinis nuovargis	Patiria	137 (73,7)
	Nepatiria	50 (26,7)
Cikliniai kojų ar sėdimojo nervo skausmai	Patiria	60 (32,1)
	Nepatiria	127 (67,9)
Nepatiriu / nepatyrčiau jokių simptomų	Patiria	3 (1,6)
	Nepatiria	184 (98,4)
Kita	Patiria	9 (4,8)
	Nepatiria	178 (95,2)

2.2. Tyrimo instrumentai

Tyrimo dalyvėms pateiktą instrumentų rinkinį sudarė šešios dalys: 1) sociodemografiniai duomenys, 2) su endometrioze susiję klausimai, 3) atjautos sau vertinimas, 4) su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas, 5) moterų ligos suvokimo vertinimas bei 6) moterų psichologinės savijautos (patiriamų streso, nerimo ir depresijos simptomų) vertinimas.

2.2.1. Sociodemografiniai kintamieji

Sociodemografinių klausimų dalį sudarė 6 klausimai. Tyrimo dalyvių buvo klašiamas jų amžius, prašant įrašyti skaitinę reikšmę (pvz., 26), išsilavinimas (pasirenkamasis klausimas – pagrindinis, vidurinis, profesinis, aukštasis neuniversitetinis arba aukštasis universitetinis), moterų šeiminė padėtis (pasirenkamasis klausimas – partnerio(-ės) neturiu, esu ilgalaikiuose santykiuose, esu ištekėjusi, esu išsiskyrusi, esu našlė, kita), ar turi biologinių vaikų (pasirenkamasis klausimas su 4 variantais – neturiu, šiuo metu esu nėščia, turiu vieną vaiką, turiu du ar daugiau vaikų), gyvenamoji vieta (4 variantų pasirenkamasis klausimas – Didysis Lietuvos miestas (pvz., Vilnius, Kaunas) ar jo priemiestis, miestas, miestelis, kaimas), užimtumas (pasirenkamasis klausimas su 9 variantais – studijuojau, studijuojau ir dirbu, dirbu pilnu etatu, dirbu nepilnu etatu, dirbu didesniu nei pilnu etatu, esu laisvai samdoma darbuotoja / dirbu pagal individualią veiklą, nedirbu / darbo neturiu, esu nėštumo ir gimdymo / vaiko priežiūros atostogose, kita).

2.2.2. Su endometrioze susiję klausimai

Specifiškai su endometrioze ir moterų sveikata susijusią dalį sudarė 9 klausimai. Tyrimo dalyvių buvo klausiama prieš kiek laiko buvo diagnozuota endometrioze (7 pasirenkamieji atsakymai - <0,5 metų, 0,5-1 metai, >1-2 metai, >2-3 metai, >3-5 metai, >5 metai, negaliu atsakyti). Taip pat klausiama, kokius endometrioze simptomus patiria, prašoma pažymėti visus patirtus ir patiriamus simptomus (16 atsakymų variantai – Skausmingos menstruacijos (dismenoreja), gausus kraujavimas, skausmas lytinių santykiu metu ar po jų (dispareunija), lėtiniai dubens skausmai, skausmas ovuliacijos metu / skausmas ciklui įpusėjus, cikliška pasikartojantys ar priešmenstruaciniai simptomai su kraujo priemaišomis ar be jo, skausmingas šlapinimasis ar tuštinimasis, pilvo pūtimas, vidurių užkietėjimas ar viduriavimas, kitos problemos / simptomai susiję su šlapinimusi ar tuštinimusi (pvz., dažnumas, staigus užsinorėjimas, skausminga žarnyno peristaltika ar panašiai), pykinimas ar diskomfortas epigastriumo srityje, nevaisingumas, lėtinis nuovargis, cikliniai kojų ar sėdimojo nervo (*n. ischiadicus*) skausmai, nepatiriu / nepatiriau jokių simptomų bei „kita“ su galimybe įrašyti savo atsakymą). Toliau buvo klašiamas moterų amžius, kai pradėjo jausti simptomus, siejamus su endometrioze bei moterų amžius, kai buvo diagnozuota endometrioze – buvo prašoma įrašyti skaitinę reikšmę, pavyzdžiui, 17, 24 ar panašiai. Vėliau prašoma nurodyti diagnozuotą endometrioze stadiją (5 pasirenkamieji atsakymai – 1 stadija – minimali endometrioze, 2 stadija – lengva, 3 stadija – vidutinė, 4 stadija – sunki, negaliu atsakyti), taikomas(-ytas) gydymas (penki atsakymų variantai – medikamentinis, chirurginis, abu, netaikomas / netaikytas bei galimybė įrašyti savo atsakymą, jei neranda jai tinkančio atsakymo). Dar buvo klašiamas, kiek apytiksliai skirtingų gydytojų teko aplankyti dėl patiriamų simptomų iki diagnozuojant endometrioze (prašoma įrašyti atsakymą skaičiumi, pvz., 5), ar turi kitų diagnozuotų ligų (pvz., lėtinių ar autoimuninių ligų) – šiuo atveju tyrimo dalyvės galėjo pasirinkti atsakymą iš trijų variantų (taip, ne ir nenoriu atsakyti). Galiausiai, buvo moterų teiraujamasi, ar dėl endometrioze teko kreiptis psichologinės pagalbos pas psichikos sveikatos specialistą – šis klausimas turėjo 4 pateiktus atsakymo variantus (taip, teko apsilankyti pajutus poreikį; taip, lankausi reguliariai; ne, poreikio nejaučiu; ne, tačiau poreikį jaučiu) bei 5 variantas – galimybė įrašyti savo atsakymą, jei nei vienas iš pateiktų variantų netinka. Be to, atviruose klausimuose, kur prašoma įrašyti skaitinę reikšmę (amžių ar skaičių) – jei tyrimo dalyvės negali atsakyti į klausimą, jų buvo prašoma įrašyti skaičių 0.

2.2.3. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas

Tyrime dalyvavusių moterų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė buvo vertinama Trumpa sveikatos apklausos forma 36 (angl. *Short Form 36-Item Survey* (SF-36)). Šis instrumentas yra vienas iš

dažniausiai naudojamų priemonių su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei vertinti (Orwelius et al., 2018). Yra dvi identiškios originalios SF-36 priemonės versijos: pirmoji – viešai prieinama, nelicencijuota RAND-36 (angl. *RAND 36-Item Short Form Health Survey (Version 1.0)*) (toliau RAND-36)) ir antroji – komercinė, licencijuota SF-36® (SF-36v1) (Orwelius et al., 2018), dar vadinama Ware-36 (Hays et al., 1993). Ware-36 ir RAND-36 turi tuos pačius 36 identiškus klausimynus sudarančius elementus, todėl jie literatūroje neretai abu vadinami SF-36 (García-Sánchez et al., 2024). Šie klausimynai buvo sukurti kaip Medicininių baigčių tyrimo (angl. *Medical Outcomes Study*, (MOS)) dalis (Hays et al., 1993). MOS SF-36 (pradinį) klausimyną sudarantys elementai buvo sukurti RAND kaip MOS dalis, tačiau RAND nusprendė neįsitraukti į klausimyno licencijavimo sutikimą (Hays et al., 1993). 1993 metais Hays ir kolegos (1993) išleido RAND-36 klausimyną, kurio instrumentuotė (klausimynas ir rezultatų skaičiavimo instrukcijos/metodai) yra viešai ir laisvai prieinama *RAND Corporation* internetiniame puslapyje, o *OPTUM Inc.* licencijuojamos SF-36® klausimyno versijos (SF-36v1 ir SF-36v2) nėra viešai prieinamos (Laucis et al., 2015). MOS SF-36 klausimyno versija yra identiška viešai prieinamai RAND-36 versijai (lyginant pačio klausimyno formą – klausimai, atsakymų variantai), tačiau vienintelis skirtumas yra rezultatų apskaičiavimo metodika, kuri ir atskiria šias dvi SF-36 klausimynų versijas. Nurodoma, kad RAND-36 balų skaičiavimo metodika yra reikšmingai paprastesnė (García-Sánchez et al., 2024). Taip pat MOS atliktas longitudinalinis tyrimas parodė, kad skirtumas tarp Ware-36 ir RAND-36 klausimynų įverčių yra nedidelis ir be reikšmingų skirtumų (Hays et al., 1993). Lyginant SF-36 bei RAND-36 tyrimuose, nurodoma, kad šie abu instrumentai yra patikimi įrankiai vertinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (pvz., pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis) (García-Sánchez et al., 2024). RAND nurodo, kad RAND-36 (Hays & Shapiro, 1992) ir MOS SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) instrumentus skiria rezultatų skaičiavimo sistema (Hays & Morales, 2001; RAND, n.d.a). Hays ir Morales (2001) nurodo, jog RAND-36 instrumentuotės vertimų yra tiek pat, kiek yra MOS SF-36, nes jie nesiskiria, todėl instrumentuotės pavadinimas ir naudojimo prieinamumas priklauso nuo rezultatų apskaičiavimo metodikos. Šiame darbe buvo naudota RAND-36 rezultatų apskaičiavimo metodika, todėl toliau instrumentas vadinamas – RAND-36.

Šis klausimynas yra prieinamas lietuvių kalba (Staniūtė, 2007). Staniūtės (2007) parengta lietuviška MOS SF-36 instrumentuotė laisvai prieinama Biologinės psichiatrijos ir psichofarmakologijos žurnalo internetiniame puslapyje, instrumentuotė skiltyje (Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija, n.d.). Originali RAND-36 (angliška) versija ir rezultatų skaičiavimo metodika laisvai prieinamos *RAND Corporation* internetiniame puslapyje (RAND n.d.a; RAND n.d.b).

RAND-36 klausimyną sudaro 36 elementai, vertinantys aštuonias sveikatos sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų, veiklos apribojimą dėl emocinių sutrikimų, socialinius ryšius, emocinę būseną, energingumą/gyvybingumą, skausmą bei bendrą sveikatos vertinimą. Visos šios sritys gali susidėti ir būti vertinamos kaip dvi platesnės sritys/dimensijos – fizinės sveikatos ir psichikos sveikatos – kiekvienai iš jų priklauso po 4 anksčiau minėtas siauresnės sritys (Hays & Morales, 2001). Apskaičiuojant duomenis taikoma RAND-36 rezultatų skaičiavimo metodika: visų klausimų atsakymams atitinkamai yra priskiriamos skaitinės reikšmės (perkoduojama) nuo 0 iki 100 taip, kad visais atvejais didesnis įvertis nurodo geresnį su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimą atitinkamoms sritims (Orwelius et al., 2018). Mažesnių sričių balai apskaičiuojami išvedant vidurkį iš tai sričiai priklausančių elementų įvertinimų. Įverčiai skaičiuojami naudojantis 35 klausimyno elementais, vienas klausimas vertinantis sveikatos pokyčius – nėra įtraukiamas į sričių įverčių skaičiavimą (Hays et al., 1993). Fizinės ir psichikos sveikatų dimensijos yra apskaičiuojamos sudedant toms sritims priklausančių skalių apskaičiuotus įverčius ir padalinant juos iš 4.

Literatūroje randama, jog RAND-36 pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis ir yra patikimas ir validus instrumentas vertinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (Lins-Kusterer et al., 2022; García-Sánchez et al., 2024). Originalo autoriai nurodo, jog RAND-36 pasižymi gerais vidinio suderintumo rodikliais (3 lentelė). Šio tyrimo RAND-36 instrumento skalių ir subskalių vidinio suderintumo rodikliai (Cronbacho α) buvo tinkami (3 lentelė). Skalės konstrukto validumo patvirtinimas, atliekant patvirtinančiąją faktorinę analizę, tirtoje imtyje nebuvo tikrinamas dėl per mažos imties.

3 lentelė. *RAND-36 vidinio suderintumo rodikliai*

Skalės/subskalės	Teiginių skaičius	Cronbach (N = 187) (<i>tirta imtis</i>)	Cronbach (N = 2471) (<i>originali imtis</i>)
Fizinis aktyvumas	10	0,881	0,93*
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	4	0,845	0,84*
Skausmas	2	0,882	0,78*
Bendras sveikatos vertinimas	5	0,821	0,78*
Energingumas/gyvybingumas	4	0,795	0,86*
Socialinė funkcija	2	0,830	0,85*
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	3	0,809	0,83*

Emocinė būklė	5	0,863	0,90*
Fizinė sveikata	21	0,913	>0,90**
Psichikos sveikata	14	0,905	>0,90**

Pastaba. * Informacija paimta iš RAND (n.d.a); ** Informacija paimta iš Hays ir Morales (2001).

2.2.4. Psichologinė savijauta

Tyrimo dalyvių psichologinė savijauta buvo vertinama naudojantis Henry ir Crawford (2005) sukurta Depresijos, nerimo ir streso skale – 21 (DASS-21) (angl. *Depression, anxiety, stress scale–21*). Tai yra originalios Lovibond ir Lovibond (1995) 42 teiginių Depresijos, nerimo ir streso skalės (DASS-42) trumpoji versija. Šį instrumentą sudaro 3 skalės (streso, nerimo ir depresijos), kiekviena skalei įvertinti – skirti 7 teiginiai (išvis instrumentą sudaro 21 teiginys). Tyrimo dalyviai skaito kiekvieną teiginį ir 4 balų skalėje vertina jame įvardinto simptomo dažnumą arba išreikštumą per pastarąją savaitę. Teiginiai vertinami nuo 0 (visiškai man netinka arba niekada – simptomo nėra) iki 3 (labai man tinka arba beveik visada – simptomas labai stipriai išreikštas). DASS-21 nėra skirtas diagnozavimui, jis skirtas tik įvertinti patiriamiems stresu, nerimu ir depresijos sunkumams. Šio instrumento skalių įverčiai skaičiuojami gaunant bendrus atitinkamos skalės 7 teiginių įverčių suminius balus (gaunami atskirai streso, nerimo ir depresijos suminiai įverčiai) nuo 0 iki 21. Didesnis suminis balas parodo didesnius patiriamus streso, nerimo ar depresijos sunkumus, o mažesnis balas – mažesnius.

Šis instrumentas yra atviros prieigos. DASS-21 yra plačiai naudojamas įvairiuose tyrimuose ir pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis (Henry & Crawford, 2005). Ši metodika buvo išversta į lietuvių kalbą Truskauskaitės-Kunevičienės ir kitų (2021). Lietuviška instrumentuotė paskelbta ir laisvai prieinama Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro internetiniame puslapyje, resursų skiltyje (Psichotraumatologijos centras, n.d.). Lietuviškos DASS-21 versija taip pat pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis (Truskauskaite-Kuneviciene et al., 2021; Gelezelyte et al., 2022; Norkiene et al., 2021). Nurodytuose tyrimuose DASS-21 patikimumas yra pakankamas – instrumento skalių (streso, nerimo ir depresijos) Cronbacho α svyravo nuo 0,87-0,92. Šiame tyrime DASS-21 metodikos patikimumas taip pat tinkamas: streso skalės Cronbacho $\alpha = 0,887$, nerimo skalės Cronbacho $\alpha = 0,828$ ir depresijos skalės Cronbacho $\alpha = 0,922$.

2.2.5. Atjautos sau vertinimas

Tyrime dalyvavusių moterų atjauta sau buvo vertinama naudojantis Atjautos sau skalės trumpąja forma (angl. *Self-compassion scale short form* (SCS-SF)). SCS-SF skalė yra plačiai naudojamas instrumentas, skirtas įvertinti atjautai sau (Swami et al., 2025). Ši skalės versija buvo sukurta Rae ir kitų

(2011) naudojantis ilgąja/originalia 26 teiginių Atjautos sau skale (angl. Self-Compassion scale (SCS)) (Neff, 2003), kurios teiginiai sudaro ir vertina tiek bendrą atjautos sau įvertį, tiek 6 skirtingas atjautos sau sritis. Trumpąją versiją sudaro 12 teiginių, kurie taip pat pasiskirsto į 6 atjautą sau sudarančias sritis, tačiau Raes ir kolegės (2011) nurodo, kad subskalių įverčiai trumpojoje atjautos sau skalėje yra kiek nepatikimi (subskalių Cronbacho α svyruoja nuo 0,54 iki 0,75), nes kiekvieną subskalę sudaro tik po 2 teiginius iš originalios skalės. Rekomenduojama naudojantis SCS-SF skale vertinti tik bendrąją atjautos sau įvertį (Raes et al., 2011), kas šiame darbe ir buvo daroma.

SCS-SF skalė, kaip ir SCS skalė, yra atviros prieigos skalės, originalo autorė (Neff et al., 2019) leidžia laisvai naudoti skales moksliniais, klinikiniais, mokymosi ar kitais tikslais. Skalės laisvai prieinamos Atjautos sau instituto (angl. *Self-Compassion Institute*) puslapyje (self-compassion.org) resursų skiltyje tyrėjams, kur pateikiamos laisvai prieinamos skalės ir kiti instrumentai (Self-Compassion Institute, n.d.a). SCS-SF skalės aprašyme yra pateikiama rekomendacija, kad jei skalė į reikalingą kalbą nėra adaptuota, tačiau norima naudotis trumpąja atjautos sau skalės versija – rekomenduojama paimti originalios adaptuotos versijos atitinkamus teiginius (nurodytus pačioje instrumentuotėje) (Self-Compassion Institute, n.d.b). Kadangi į lietuvių kalbą išverstos ir adaptuotos SCS-SF versijos rasti nepavyko, buvo susisiektas su viena iš ilgosios versijos (SCS) skalę į lietuvių kalbą adaptavusiomis autorėmis (Sabaitytė & Diržytė, 2016) ir gavus leidimą išverstą skalę naudoti tyrime, remiantis pateiktomis instrumentuotės sudarymo rekomendacijomis, buvo sudaryta 12 teiginių SCS-SF, remiantis išversta skale. Leidimą naudoti jau išverstą skalę davė Eglė Biliūnienė (Sabaitytė). Svarbu pabrėžti, kad tokia rekomendacija ir galimybė sudaryti SCS-SF skalę yra dėl to, kad trumpoji skalės versija buvo sudaryta naudojant originalo versijos teiginius, visiškai nekeičiant jų formuluotės ir atrenkant didžiausią svorį kiekvienoje originalo subskalėje turinčius teiginius (Rae et al., 2011).

SCS-SF sudaro 12 teiginių, kuriais yra matuojami šeši atjautos sau komponentai (po 2 teiginius kiekvienam komponentui) – geranoriškumas sau, savikritiškumas, bendražmogiškumas, izoliacija, sąmoningumas ir susitapatinimas. Teiginiai yra vertinami 5 balų Likerto skale, kai 1 – beveik niekada, o 5 – beveik visada. Pusė skalės teiginių yra neigiamos formuluotės teiginiai, todėl skaičiuojant bendrą įvertį, jie yra apverčiami. Bendras skalės įvertis yra apskaičiuojamas išvedant vidurkį iš visų 6 subskalių apskaičiuotų vidurkių (Raes et al., 2011).

Nurodoma, kad Atjautos sau skalės trumpoji versija (SCS-SF) pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis: vidinis suderintumas, kuris buvo patikrintas skirtingų šalių imtyse (anglų ir olandų), buvo pakankamas (Cronbacho $\alpha \geq 0,86$), patvirtinančioji faktorinė analizė patvirtino tokia

pačią koreliuojančių šešių faktorių struktūrą, kaip ir originale (Neff, 2003) bei gauta stipri koreliacija tarp SCS-SF ir SCS skalių visose imtyse ($r \geq 0,97$) (Raes et al., 2011). Šiame tyrime bendros SCS-SF skalės patikimumas buvo įvertintas apskaičiuojant vidinį suderintumą – Cronbacho $\alpha = 0,837$. Konstrukto validumui tirtoje imtyje patvirtinti buvo atlikta patvirtinančioji faktorių analizė. Modelis nustatytas kaip tinkamas (RMSEA = 0,067, CFA = 0,943, TLI = 0,903), buvo patvirtintas 6 faktorių modelis, kurį ir nurodo (Raes et al., 2011).

2.2.6. Ligos suvokimo vertinimas

Tyrime dalyvavusių moterų ligos suvokimas buvo matuojamas naudojantis Trumpuoju ligos suvokimo klausimynu (angl. *Brief illness perception questionnaire* (Brief IPQ)) (Broadbent et al., 2006). Trumpasis ligos suvokimo klausimynas yra sudarytas remiantis Moss-Morris ir kolegų (2002) pataisytu ligos suvokimo klausimynu (IPQ-R). Brief IPQ buvo išverstas į lietuvių kalbą taikant dvigubo vertimo (pirmyn-atgal (angl. *back and forth*)) metodą (Diršienė & Zajančauskaitė-Staskevičienė, 2010) – iš anglų kalbos į lietuvių kalbą klausimyną išvertė R. Aukštinaitytė, o vėliau nepriklausoma ekspertė (vertėja D. Stankevičienė) nesusipažinusi su originalo versija, klausimyną išvertė atgal į anglų kalbą (rasti neatitikimai buvo ištaisyti). Šis klausimynas yra paprastas įrankis, skirtas greitai ir lengvai įvertinti ligos suvokimo kognityvinę ir emocinę išraišką (Broadbent et al., 2006). Klausimyną sudaro 9 klausimai, vertinantys skirtingas ligos suvokimo dimensijas (8 klausimai–skalės kiekybiniam ligos suvokimo įvertinimui ir paskutinis devintasis klausimas – kokybiniam įvertinimui, devintasis klausimas šiame tyrime nebuvo naudojamas). 5 elementai: vertina kognityvinius ligos išraiškos aspektus – ligos padarinių (1 klausimas – toliau kl.), trukmės (2 kl.), asmeninės kontrolės (3 kl.), gydymo kontrolės (4 kl.) bei tapatumo (5 kl.) skalės, 2 elementai: vertina emocinės išraiškos aspektus – susirūpinimo liga (6 kl.) ir įtaką emocijoms (8 kl.) skalės ir 1 elementas: vertina ligos aiškumą (7 kl.). Kiekvienos skalės klausimai vertinami 10 balų skale nuo 0 iki 10 (kiekvieno klausimo vertinimo reikšmės skirtingos), didesnis įvertis nurodo stipresnį atitinkamos ligos suvokimo dimensijos suvokimą, o mažesnis įvertis - mažesnį:

- 1) Pirmas klausimas – nuo 0 (visiškai neveikia) iki 10 (veikia labai stipriai);
- 2) Antras klausimas – nuo 0 (labai trumpai) iki 10 (visą gyvenimą);
- 3) Trečias klausimas – nuo 0 (visiškai negaliu kontroliuoti) iki 10 (galiu visiškai kontroliuoti);
- 4) Ketvirtas klausimas – nuo 0 (visiškai negali padėti) iki 10 (gali labai stipriai padėti);
- 5) Penktas klausimas – nuo 0 (visiškai nepatiriu) iki 10 (patiriu itin ryškius simptomus);
- 6) Šeštasis klausimas – nuo 0 (liga man visiškai nerūpi) iki 10 (esu labai smarkiai susirūpinusi);

- 7) Septintas klausimas – nuo 0 (visiškai nesuprantu) iki 10 (labai aiškiai suprantu);
- 8) Aštuntas klausimas – nuo 0 (visiškai neveikia) iki 10 (labai smarkiai veikia).

Šiame tyrime naudoti Brief IPQ buvo gauti leidimai iš originalo autorės E. Broadbent bei lietuviškos versijos autorės L. Zajančkauskaitės-Staskevičienės.

Dėl interpretacinio tikslumo, 3 ligos suvokimo teiginių įverčiai (3 kl. – asmeninė kontrolė, 4 kl. – gydymo kontrolė, 7 kl. – ligos aiškumas) buvo apversti (angl. *reversed*) – tokie veiksmai leidžia interpretuoti visų dimensijų aukštesnius įverčius, kaip nurodančius didesnę grėsmę (aukštesnis įvertis – liga suvokiama kaip labiau grėsminga ir neigiamą įtaką daranti). Kadangi Brief IPQ sudaro 8 skirtingas skales (kiekvienas klausimas vertina skirtingą ligos suvokimo dimensiją), bei nėra apskaičiuojamas bendras klausimyno įvertis, visos dimensijos vertinamos atskirai, todėl vidinio suderintumo rodiklis yra neinformatyvus (Diršienė & Zajančkauskaitė-Staskevičienė, 2010), todėl jis yra neskaičiuojamas ir nepateikiamas. Tyrimai rodo, kad Brief IPQ pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis (Broadbent et al., 2015) yra patikima ir validi priemonė tirti skirtingomis ligomis sergančių asmenų imtis bei klausimynas parodė gerą pakartotinio testavimo (angl. *test-retest*) patikimumą ir diagnostinį (angl. *concurrent*) validumą (Broadbent et al., 2006).

2.3. Tyrimo eiga

Pasirinktas skerspjūvio tipo tyrimo dizainas. Renkama neatsitiktinė tikslinė imtis. Gavus pasirinktų instrumentų autorių leidimus (Brief IPQ ir Atjautos sau) instrumentus naudoti tyrime, buvo sudaroma elektroninė anketa naudojantis „Microsoft Forms“ platforma, kuri atitinka Bendrąją duomenų saugos reglamentą. Anketą sudarė 8 dalys: 1) Kvietimas dalyvauti tyrime, pristatoma informacija apie tyrimą (tikslas, informacija, kiek laiko užtruks) ir kas jame kviečiami dalyvauti bei pirmasis klausimas „Ar patvirtinate, kad esate moteris, kuriai yra bent 18 metų, susipažinote su aukščiau nurodyta informacija ir sutinkate dalyvauti šiame tyrime“ su atsakymų pasirinkimais „Taip, patvirtinu ir sutinku“ bei „Ne, atsisakau“ (pirmuoju atveju, tiriamosios perėjo į tolimesnį anketos pildymą, antruoju – pildymas automatiškai nutraukiamas ir anketa uždaroma bei moteriai padėkojama); 2) Antroje dalyje tolesnis pasirinktą imtį padedantis atrinkti klausimas „Ar Jums yra mediciniškai nustatyta endometriožės diagnozė?“ su pasirenkamaisiais atsakymais „Taip“ ir „Ne“ (atsakius į klausimą „Ne“ – automatiškai nutraukiamas anketos tolesnis pildymas ir padėkojama respondentei, kitu atveju – tęsiamas anketos pildymas); 3) Trečiąją dalį sudarė sociodemografiniai klausimai – amžius, išsilavinimas, šeiminė padėtis, klausimas apie biologinius vaikus bei moterų užimtumą; 4) ketvirtoje anketos dalyje moterys buvo

kviečiamos atsakyti į klausimus susijusius su endometrioze bei sveikata – prieš kiek laiko buvo diagnozuota endometrioze, kokius simptomus patiria, amžius, kai pradėjo jausti su endometrioze susijusius simptomus, amžius, kai buvo diagnozuota endometrioze, endometriozės stadija, taikomas ar taikytas gydymas, kiek skirtingų gydytojų teko aplankyti iki diagnozės, ar turi kitų diagnozuotų ligų bei įvertinamas psichologinės pagalbos poreikis užduodant klausimą „Ar dėl endometriozės teko kreiptis psichologinės pagalbos pas psichikos sveikatos specialistą?"; 5) penktoje dalyje vertinamas moterų atjauta sau; 6) šeštoje dalyje pateikiami su moterų sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo klausimai; 7) septintoje dalyje vertinamas moterų požiūris į endometriozę bei 8) paskutinėje dalyje pateikiami psichologinės savijautos vertinimo klausimai. Sudarius galutinę anketą – anketa buvo nusiųsta penkioms moterims, kurios užpildė anketą ir suteikė grįžtamąjį ryšį (ar viskas buvo aišku, ar nekilo nesklandumų pildant anketą bei iš jų pildymo laiko buvo išvestas vidurkis pateikiamas kvietimo dalyvauti tyrime apraše. Anketa buvo dalinamasi „Facebook“ socialinės platformos privačioje grupėje „Endometrioze“, kurioje yra virš 9200 narių. Šioje grupėje moterys dalinasi įvairia informacija, klausimais ar tiesiog palaikymu su kitomis, šia liga sergančiomis ar šią ligą įtariančiomis (pačių ar gydytojų) moterimis. Kvietimas dalyvauti tyrime buvo pasidalintas keturis kartus (kas 1-2 savaites). Atsakymai buvo renkami 2026 m. vasario 10 – balandžio 14 dienomis. Surinkus 216 tyrimo dalyvių, balandžio 14 dienos vakare, kelias dienas iš eilės pastebėjus, kad anketos pildymas sustojo, galimybė pildyti anketa buvo išjungta (anketa uždaryta), skelbimai su kvietimais dalyvauti tyrime – pašalinti iš grupės. Surinkti duomenys buvo paruošti statistinei analizei pagal instrumentų autorių nurodytas gaires, tuomet analizuojami ir aprašomi.

Psichologijos tyrimų etikos laikymosi užtikrinimas. Dirbtinio intelekto (DI) naudojimas magistrinio darbo ruošime deklaruojamas 1 priede. Buvo atliekama internetinė apklausa. Duomenys buvo renkami naudojantis „Microsoft Forms“ platforma, kuri atitinka bendrąjį duomenų apsaugos reglamentą. Psichologijos tyrimų etikos normų laikymasis buvo užtikrinamas naudojant anoniminę anketą ir nerenkant jokių tyrimo dalyvių duomenų, galinčių padėti identifikuoti asmenį (elektroninis paštas, IP adresas, vardas pavardė, gyvenamasis adresas ar kitos panašios informacijos), taip užtikrinant konfidencialumą. Tyrimo dalyviai, bet kuriuo anketos pildymo metu, persigalvojus, turėjo galimybę išjungti anketą ir jų atsakymai nebuvo išsaugoti. Buvo nurodomi kontaktai, kuriuo kilus klausimams buvo galima susisiekti. Tyrime buvo kviečiamos dalyvauti moterys, turinčios ne mažiau kaip 18 metų. Visom moterims prieš pradedant pildyti anketą buvo pateikiamas tyrimo aprašas: moterys supažindinamos su tyrimu, tyrimo tikslu, duomenų apsaugos ir naudojimo informacija bei nurodomas kontaktinis adresas, kuriuo galima susisiekti, atsiradus neaiškumams ar kilus klausimams. Visos

tiriamosios prieš pildant anketą turėjo susipažinti su pateikta informacija bei patvirtinti, kad su ja susipažino, sutinka dalyvauti tyrime bei patvirtina, kad joms yra bent jau 18 metų. Pilnai užpildžius ir pateikus anketą, nurodžius, kad neturi mediciniškai nustatytos endometriozių diagnozės, arba nurodžius, kad nesutinka dalyvauti tyrime – pateikiama padėka už dalyvavimą bei nurodomi pagalbos numeriai bei internetiniai puslapiai (19 priedas).

2.4. Duomenų analizė

Tyrimo rezultatams apdoroti ir analizuoti buvo taikomi kiekybiniai duomenų analizės metodai. Surinktų duomenų statistinei analizei atlikti buvo naudota IBM SPSS Statistics 26 ir Latentinių kintamųjų analizės ir daugiapakopio modeliavimo programa Mplus programomis. Darbe taikytas statistinio reikšmingumo lygmuo $p \leq 0,05$.

Pirmiausia, iš statistinės analizės buvo pašalinti duomenys asmenų, kurie klaidingai atsakė kontrolinį klausimą (... priedas) arba neturėjo mediciniškai nustatytos endometriozių diagnozės. Tuomet, buvo pagal instrumentų autorių nuorodas paruošiami surinkti duomenys statistinei analizei. Duomenų sklaidos nuokrypis nuo normaliojo skirstinio buvo vertinamas remiantis asimetrijos ir eksceso koeficientais, atsižvelgta į Q-Q grafikus ir kritines išskirtis. Nutarta, kad pakankamai artimi normaliam skirstiniui duomenys laikomi, jei asimetrijos ir eksceso absoliutūs koeficientai atitinka ≤ 1 (George & Mallery, 2024)). Įvertinus kriterijus pastebėta, kad LS2 (asimetrija ir ekscesas) ir RAND-36 fizinio aktyvumo (asimetrija ir ekscesas), veiklos apribojimų dėl fizinių negalavimų (ekscesas), socialinės funkcijos (ekscesas) ir veiklos apribojimo dėl emocinių sutrikimų (ekscesas) subskalių ir bendra psichikos sveikatos skalės (ekscesas) asimetrijos ir eksceso koeficientai viršija nurodytus George ir Mallery (2024) parametrus, tačiau West ir kolegos (1995) nurodo, kad jei asimetrijos absoliutusias koeficientas atitinka ≤ 2 , o eksceso absoliutusias koeficientas atitinka ≤ 7 , tokie duomenys nėra reikšmingai nutolę nuo normaliojo skirstinio. Kritinės išskirtys LS2 kintamajame bei netinkami atsakymai atviro tipo klausimuose, kuriuose buvo nurodoma, jog negalint atsakyti į klausimą – parašyti 0 arba kitokie netinkami atsakymai (netikslūs), buvo perkoduoti į trūkstamas reikšmes. Priimta, kad visi duomenys patenkina normalumo kriterijus ir nėra reikšmingai nukrypę nuo normaliojo duomenų pasiskirstymo, todėl statistinė duomenų analizė buvo atliekama naudojant parametrinius statistinės analizės metodus. Duomenų normaliojo pasiskirstymo rezultatai pateikti 2 priede.

Instrumentų (skalių/subskalių) patikimumas buvo vertinamas apskaičiuojant jų vidinį suderintumą, instrumentai laikomi patikimi ir priimtini naudoti tyrime, kai Cronbacho alfa yra didesnė nei 0,70 (Pakalniškienė, 2012). Konstrukto validumo vertinimui buvo atlikta patvirtinančioji faktoriinė analizė,

naudojantis latentinių kintamųjų analizės ir daugiapakopio modeliavimo programa Mplus. Tiriamų modelių tinkamumas buvo vertinamas naudojantis patvirtinančiosios analizės atitikimo teoriniam modeliui parametrų kriterijais – vidutinės aproksimacijos paklaidos kvadratine šaknimi (angl. *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA)), sąlyginiu suderintumo kriterijumi (angl., *Comparative-fit index* (CFI)), Takerio ir Liuiso indeksu (angl. *Tucker–Lewis index* (TLI)) (Pakalniškienė, 2012). Modelis laikomas tinkamu, jei atitinka šiuos kriterijus: $RMSEA \leq 0,08$, $CFI \geq 0,9$, $TLI \geq 0,9$, atitinkamai modelis laikomas geru, kai: $RMSEA \leq 0,05$, $CFI \geq 0,95$, $TLI \geq 0,95$ (Čekanavičius ir Murauskas, 2009).

Aprašomaisiais ir statistinės analizės tikslais buvo perkoduoti šie kintamieji: sudarytos amžiaus grupės, visi simptomai paversti binariniais kintamaisiais (0 – nepatiria, 1 – patiria), apskaičiuotas jaučiamų simptomų skaičius ir diagnozės atidėjimo kintamasis (iš amžiaus, kai buvo nustatyta diagnozė atimant moterų nurodytą jų amžių, kai pradėjo jausti simptomus), apjungtos į platesnes grupes gyvenamosios vietos (didmiestis, kita) išsilavinimo (aukštasis universitetinis, kita), vaikų turėjimo (turi, neturi), šeiminės padėties (ilgalaikiai santykiai, santuoka, kita) charakteristikos.

Duomenų analizei buvo taikoma aprašomoji statistika, konstrukų sąsajoms įvertinti taikytos Pearson ir Spearman koreliacijos, palyginimams tarp grupių pritaikyti nepriklausomų imčių Student t testai, vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA), taikyti *Post Hoc* Bofferoni ir Games-Howell kriterijai. Siekiant nustatyti prognostinius kintamuosius, taikyta daugialypė tiesinė ir hierarchinė tiesinė regresijos. Iš duomenų analizės išimtos trūkstamos reikšmės, kiti to paties asmens duomenys buvo įtraukti į analizę (taikoma *exclude cases pairwise* parametras), stengiantis išsaugoti kuo daugiau duomenų analizei.

3. REZULTATAI

3.1. Endometriozę turinčių moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, psichologinės savijautos, atjautos sau ir ligos suvokimo rezultatai

Pirmasis tyrime iškeltas uždavinys buvo įvertinti endometrioze sergančių moterų gyvenimo kokybės, ligos suvokimo, atjautos sau ir psichologinės savijautos rodiklius. Tai buvo atliekama naudojantis aprašomąja statistika ir nustatant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės (2 dimensijų ir 8 skalių), atjautos sau (bendras įvertis), ligos suvokimo (8 skalės) ir psichologinės būsenos (3 skalės) rodiklius. Rezultatai pateikti 2 priede.

Tirtos imties su sveikata susijusi gyvenimo kokybė vertinta RAND-36 instrumentu. Didesni įverčiai nurodo geresnį su sveikata susijusios dimensijos ar srities vertinimą. Rezultatai rodo (4 lentelė), jog dimensijų fizinės sveikatos (FS) įverčių vidurkis buvo 56 (SD = 22,02), o psichikos sveikatos (PS) įverčių vidurkis – 48,39 (SD = 22,85). Tai parodo, jog moterys vidutiniškai geriau vertino savo fizinę nei psichikos sveikatą. Vertinant siauresnių su sveikata susijusių gyvenimo kokybės sričių įverčius, gauta, jog endometrioze sergančios moterys geriausiai vidutiniškai vertino fizinį aktyvumą (R1) (M = 79,68, SD = 20,04) bei socialinį funkcionavimą (R6) (M = 54,29, SD = 28,71). Moterų veiklos apribojimo dėl fizinių negalavimų (R2) (M = 52,01, SD = 40,06), emocinių sutrikimų (R3) (M = 52,41, SD = 40,88) bei skausmo (7) (M = 52,43, SD = 27,83) vidutinis vertinimas buvo labai panašus. Blogiausiai moterys vidutiniškai vertino bendrą sveikatą (R8) (M = 39,89, SD = 20,79) ir energingumą/gyvybingumą (R4) (M = 39,25, SD = 19,48). Psichologinės savijautos (DASS-21) rezultatai: depresijos skalės įverčiai (DS) – M = 9,26 (SD = 5,88), nerimo skalės (NS) – M = 7,86 (SD = 5) ir streso skalės (SS) – M = 11,42 (SD = 5,21). Patiriamos bendros atjautos sau (BSCS) įverčių vidurkis yra 2,99 (SD = 0,697). Moterų ligos suvokimo (Brief IPQ) rezultatai nurodo, jog moterys vidutiniškai aukščiausius įverčius skyrė ligos trukmės (BIPQ2) (M = 9,42, SD = 1) ir susirūpinimo liga (BIPQ6) (M = 7,82, SD = 2,23) aspektams, o mažiausias vidurkis yra ligos aiškumo (BIPQ7) (M = 2,79 SD = 2,31) (kiti rezultatai pateikti 2 priede).

3.2. Sociodemografinių charakteristikų sąsajos su tirtais kintamaisiais

Antrasis iškeltas uždavinys – įvertinti sąsajas tarp sociodemografinių kintamųjų ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, psichologinės savijautos (nerimo, depresiškumo, streso), atjautos sau ir ligos suvokimo. Palyginti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, psichologinės savijautos (nerimo, depresiškumo, streso), atjautos sau ir ligos suvokimo vidurkius grupėse buvo taikomi student t kriterijai (gyvenamosios vietos, išsilavinimo ir vaikų turėjimo) ir vienfaktorinė ANOVA (šeiminės padėties grupėse). Taip pat buvo taikyta Pearson koreliacija įvertinti amžiaus ir tirtų kintamųjų sąsajas.

Atlikus Pearson koreliaciją, nustatyta statistiškai reikšminga neigiama mažo efekto koreliacija tarp amžiaus ir fizinio aktyvumo (R1) ($r = -0,235$, $p < 0,01$). Daugiau sąsajų tarp amžiaus ir tirtų kintamųjų nebuvo rasta. Analizės rezultatai pateikti (3 priedas).

Toliau buvo atliekami nepriklausomų imčių Stjudent t testai, norint palyginti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, psichologinės savijautos (depresiškumo, streso, nerimo), atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių vidurkius tarp gyvenamosios vietos, išsilavinimo, vaikų turėjimo ir šeiminės padėties grupių. Visi rezultatai pateikti (4-7 prieduose).

Gyvenamosios vietos grupių palyginimo rezultatai pateikti 3 priede. Nebuvo rastų statistiškai reikšmingų vidurkių skirtumų tarp gyvenamosios vietos grupių FS, PS, SS, R2, R3, R6, R7 ir R8 bei visų ligos suvokimo (BIPQ) vidurkių ($p > 0,05$). Nustatyti skirtumai tarp didmiestyje ir kitur gyvenančių moterų depresiškumo ir nerimo įverčių. Analizė atskleidė, kad moterys gyvenančios ne didmiestyje turi aukštesnius depresijos ($t(185) = -2,41$; $p = 0,017$) ir nerimo ($t(185) = -2,99$; $p = 0,003$) įverčius. Taip pat kitur (ne didmiestyje) gyvenančios moterys turi blogesnius fizinio aktyvumo (R1) ($t(134,29) = 2,82$; $p = 0,006$), energingumo ir gyvybingumo ($t(185) = 2,61$; $p = 0,01$) ir emocinės būsenos ($t(185) = 2,74$; $p = 0,007$) įverčius nei moterys gyvenančios didmiestyje.

Išsilavinimo grupių palyginimo rezultatai pateikti 4 priede. Nustatyta, kad aukštąjį universitetinį išsilavinimą turinčios moterys turi aukštesnius fizinės sveikatos ($t(185) = 59,77$; $p = 0,01$), fizinio aktyvumo ($t(148) = 3,54$; $p = 0,001$), energingumo ir gyvybingumo ($t(185) = 2,41$; $p = 0,017$), emocinės būsenos ($t(185) = 2,02$; $p = 0,044$), socialinio funkcionavimo ($t(185) = 2,56$; $p = 0,011$), skausmo ($t(185) = 2,61$; $p = 0,031$) ir bendro sveikatos vertinimo ($t(185) = 2,51$; $p = 0,013$) įverčius nei moterys turinčios kitokį nei aukštasis universitetinis išsilavinimą turinčios moterys. Nustatyta, kad moterys, turinčios kitą išsilavinimą, turi aukštesnius depresiškumo ($t(165) = -2,42$; $p = 0,017$) bei tapatumo ($t(184) = -3,50$; $p = 0,001$) įverčius.

Palyginus moterų įverčius vaikų turėjimo grupėse (turi / neturi vaikų), rezultatai rodo, kad moterys neturinčios vaikų turi žemesnius nerimo įverčius ($t(185) = 2,56$; $p = 0,011$) nei moterys, turinčios vaikų. Daugiau skirtumų tarp turinčių ir neturinčių vaikų moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, ligos suvokimo, atjautos sau ar depresiškumo ir streso – nerasta ($p > 0,05$) (5 priedas).

Moterų rezultatų palyginimas šeiminės padėties grupėse atliktas vienfaktorine dispersine analize (ANOVA) (rezultatai pateikti 6 priede). Pritaikius ANOVA, rasti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp psichinės būsenos ($F(2, 184) = 3,85$, $p = 0,023$), energingumo/gyvybingumo ($F(2, 184) = 5,43$, $p =$

0,005), socialinio funkcionavimo ($F(2, 184) = 3,39, p = 0,036$), depresiškumo ($F(2, 184) = 5,71, p = 0,004$) ir gydymo kontrolės ($F(2, 184) = 3,20, p = 0,043$) rezultatų vidurkių trijose lygintose grupėse (ilgalaikių santykių, santuokos ir kita). Buvo pritaikyti *Post Hoc* Bonferroni kriterijus psichinės sveikatos, socialinio funkcionavimo, depresiškumo ir gydymo kontrolės, o energingumo/gyvybingumo rezultatų įvertinimui – Games-Howell kriterijus. Analizės rezultatai atskleidė, jog yra statistiškai reikšmingi skirtumai: psichinės sveikatos – santuokos ir kitoje šeiminių padėčių grupėse ($p < 0,05$), energingumo/gyvybingumo – tarp kitos šeiminės padėties ir ilgalaikių santykių bei santuokos grupių įverčių ($p < 0,05$), socialinės funkcijos – ilgalaikių santykių ir kitos grupių ($p < 0,05$), depresiškumo – tarp kita šeiminės padėties grupės ir santuokoje bei ilgalaikiuose santykiuose esančių ($p < 0,05$), gydymo kontrolės – tarp ilgalaikių ir kita šeiminės padėties grupių ($p < 0,05$). Kitos šeiminės padėties grupės įverčiai buvo vidutiniškai statistiškai reikšmingai mažesni psichinės sveikatos, energingumo/gyvybingumo, socialinio funkcionavimo ir gydymo kontrolės elementuose bei didesni depresiškumo kintamajame.

3.3. Su liga susijusių charakteristikų sąsajos su tirtais kintamaisiais

Trečiasis uždavinys – įvertinti sąsajas tarp su liga susijusių charakteristikų ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, psichologinės savijautos, atjautos sau ir ligos suvokimo. Įvertinti įvardintų kintamųjų ir su liga susijusių jaučiamų simptomų skaičiaus, aplankytų gydytojų skaičiaus bei diagnozės atidėjimo sąsajoms buvo nustatytos Pearson koreliacijos (8 priedas), palyginti moterų turinčių ir neturinčių kitų diagnozuotų ligų rezultatai taikant Stjudent t testą (9 priedas), taikant ANOVA įvertinti: keturių gydymo taikymo grupių rezultatai (10 priedas) ir laiko praėjusio nuo diagnozės grupių rezultatai (11 priedas), galiausiai taikant Kruskal-Wallis palyginti rezultatai tarp nurodytų endometriozės stadijų grupių (I, II, III, IV ir negalinčių atsakyti).

Rastos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp iki diagnozės aplankytų gydytojų skaičiaus (r svyravo nuo 0,211 iki 0,329, $p < 0,01$) bei simptomų skaičiaus (r kinta nuo 0,273 iki 0,533, $p < 0,01$) ir visų su sveikata susijusių gyvenimo kokybės vertintų komponentų. Taip pat, diagnozės atidėjimo laikas statistiškai reikšmingai koreliuoja su fizine (FS) ir psichine (PS) sveikata bei veiklos apribojimu dėl fizinių negalavimų ($r = 0,217, p < 0,01$). Visos šios koreliacijos – statistiškai reikšmingai neigiamai koreliuoja su moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės komponentais. Nustatytos statistiškai reikšmingos teigiamos sąsajos ir tarp gydytojų skaičiaus iki diagnozės ir depresiškumo ($r = 0,247, p < 0,01$), nerimo ($r = 0,241, p < 0,01$) ir streso ($r = 0,23, p < 0,01$) rezultatų. Simptomų skaičius reikšmingai koreliuoja su visomis psichologinės būsenos (depresiškumo, nerimo ir streso) kintamaisiais (r svyruoja

nuo 0,335 iki 0,383, $p < 0,01$). Diagnozės atidėjimas reikšmingai teigiamai koreliuoja su depresiškumo ($r = 0,195$, $p < 0,05$) ir streso ($r = 0,185$, $r < 0,05$) skalių įverčiais. Kiti rezultatai pateikti (8 priede).

Taikant Stjudent t testą rasti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp turinčių ir neturinčių kitų diagnozuotų ligų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir psichologinės savijautos (nerimo, deresiškumo ir streso) komponentų ($p < 0,05$). Moterys turinčios kitų diagnozuotų ligų reikšmingai blogiau vertino savo su sveikata susijusią gyvenimo kokybę visuose komponentuose nei moterys neturinčios kitų diagnozuotų ligų. Moterys, turinčios kitų ligų diagnozuotų ligų – reikšmingai didesniais įverčiais vertino streso, nerimo ir depresiškumo įverčius. Visi šių grupių palyginimo rezultatai pateikti 9 priede.

ANOVA analizės rezultatai pateikti 10 priede. Rasta, kad nėra statistiškai reikšmingų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės komponentų, depresiškumo, nerimo ir streso, atjautos sau bei daugumos ligos suvokimo komponentų ($p > 0,05$) rezultatų tarp skirtingą gydymą taikančių moterų. Nustatytas vienintelis skirtumas tarp skirtingą gydymą taikančių moterų grupių ligos aiškumo (BIPQ7) komponente. Taikant Games-Howell Post Hoc kriterijų nustatyta, kad skiriasi moterų gaunančių abu (medikamentinį ir chirurginį) bei tik medikamentinį gydymą gaunančių grupių įverčių ($F(3, 173) = 4,186$, $p = 0,007$). Abu gydymo būdus taikančios ($M = 2,01$, $SD = 1,93$) moterys reikšmingai žemiau vertino ligos aiškumą nei tik medikamentinį gydymą ($M = 3,45$, $SD = 2,12$) taikančios moterys (žemesnis vidurkis reiškia, jog moterys suvokia ligą kaip labiau aiškia, o didesni vidurkiai – kaip mažiau aiškia).

ANOVA analizės rezultatai (11 priedas) lyginant laiko praėjusio nuo diagnozės nustatymo grupes, rasti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp fizinės sveikatos (FS) ($F(2, 181) = 5,89$, $p < 0,01$) kitų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių: fizinio aktyvumo (R1) ($F(2, 181) = 3,93$, $p = 0,02$), veiklos apribojimo dėl fizinių negalavimų (R2) ($F(2, 181) = 4,97$, $p < 0,01$), energingumo ir gyvybingumo (R4) ($F(2, 181) = 4,77$, $p = 0,01$), emocinės būsenos (R5) ($F(2, 181) = 3,09$, $p = 0,47$), skausmo (R7) ($F(2, 181) = 5,61$, $p < 0,01$) ir bendro sveikatos vertinimo (R8) ($F(2, 181) = 3,51$, $p = 0,03$). Taikant Bonfferoni (R2, R4, R5 ir R8) bei Games-Howell (FS, R1, R7) Post Hoc kriterijus, rasta, kad moterys, kurioms nuo diagnozės nustatymo praėjo iki 1 m. ($M = 48,34$, $SD = 21,76$) savo fizinę sveikatą vertino reikšmingai blogiau nei tos, kurioms diagnozė buvo nustatyta >1 iki 3 m. ($M = 63,13$, $SD = 16,52$). Skyrėsi laiko diagnozės (0-1 m. ir >1 iki 3 m. vertinimas bei >3 m. ir >1 iki 3m.) fizinio aktyvumo įverčiai, moterys, kurioms po diagnozės praėjo iki 1 m. blogiau vertino fizinį aktyvumą nei moterys, kurioms po diagnozės praėjo virš 1 m. iki 3m. – o šios moterys vertino savo fizinį funkcionavimą geriau nei moterys, kurioms nuo diagnozės gavimo praėjo virš 3 metų. Moterys su iki 1 m. diagnoze reikšmingai blogiau vertino

skausmo sritį (R7) nei moterys, kurioms praėjo virš 1 m. iki 3m. nuo diagnozės. Taip pat moterys, kurioms nuo diagnozės praėjo iki 1m. prasčiau vertino bendros sveikatos (R8), emocinės sveikatos (R5) ir energingumo bei gyvybingumo (R4) komponentus nei moterys, kurioms nuo diagnozės nustatymo praėjo virš 1m iki 3m. (11 priedas). Bei rasta, jog skyrėsi depresiškumo ($F(2, 181) = 4,62, p = 0,01$), streso ($F(2, 181) = 4,614, p = 0,01$) įverčių tarp iki 1m ir daugiau nei 3 m. moterų grupių. Rasti skirtumai tarp moterų ligos asmeninės kontrolės (BIPQ3) ($F(2, 181) = 3,49, p < 0,05$) ir ligos aiškumo (BIPQ7) ($F(2, 181) = 10,50, p < 0,01$) vertinimų grupėse. Skyrėsi asmeninės kontrolės suvokimas (BIPQ3) ir ligos aiškumo (BIPQ7) įverčiai tarp iki 1 m. ir tarp virš 3m. po diagnozės grupių bei ligos aiškumo tarp virš 1 m. iki 3m. grupės bei virš 3m. po diagnozės ligos aiškumo įverčiai. Visi rezultatai pateikti 11 priede.

Moterų tirtų kintamųjų rezultatų įverčių vidurkiniai rangai nustatytos endometrioze stadijose (I, II, III, IV ir negali atsakyti) buvo palyginami Kruskal-Wallis testu. Nustatyta, jog nėra reikšmingų skirtumų tarp įvardintų grupių ranginių vidurkių su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, psichologinės būsenos (depresiškumo, streso ir nerimo), atjautos sau ir daugumos ligos suvokimo komponentų ranginių vidurkių ($p > 0,05$). Buvo nustatyti skirtumai tik tarp susirūpinimo liga (BIPQ6) ($H(4) = 9,71, p < 0,05$) ir ligos aiškumo (BIPQ7) ($H(4) = 37,06, p < 0,01$) grupių vidurkinių rangų. Rasti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$) tarp I stadijos (MR = 145,36) ir II stadijos (MR = 71,30) grupių susirūpinimo liga (BIPQ6) vidurkinių rangų. Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,01$) tarp IV stadijos (MR = 74,49) ir negalinčių atsakyti (MR = 130,92) diagnozuotos stadijos ($p < 0,01$) bei tarp III stadijos (MR = 81,38) ir negalinčių nurodyti endometrioze stadijos (MR = 130,92) ligos aiškumo (BIPQ7) vidurkinių rangų.

3.4. Kintamųjų tarpusavio sąsajos

Ketvirtas uždavinys - įvertinti endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, psichologinės savijautos (nerimo, depresiškumo, streso), ligos suvokimo ir atjautos sau tarpusavio sąsajas – apskaičiuojamos Spearman koreliacijos, rezultatai pateikiami 13 priede.

Spearman koreliacijų rezultatai rodo, kad visos su sveikata susijusios gyvenimo kokybės (RAND-36) skalės ir subskalės statistiškai reikšmingai teigiamai koreliuoja tarpusavyje ($p < 0,01$). Visų RAND-36 klausimyno skalių ir subskalių (FS, PS ir R1-R8) koreliacijos svyravo nuo vidutinio iki didelio stiprumo (r_s svyravo nuo 0,33 iki 0,89, $p < 0,01$). Fizinė sveikata (FS) ir psichinė sveikata (PS) – su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos – tarpusavyje koreliavo stipriai ir statistiškai

reikšminga sąsaja ($r_s = 0,748$, $p < 0,01$). Tokie rezultatai rodo, jog visos RAND-36 vertinamos sritys yra reikšmingai susijusios ir vienos srities įverčio didėjimas gali paveikti teigiamai ir kitus skalės įverčius.

DASS-21 depresiškumo, nerimo ir streso skalės siejasi statistiškai reikšmingomis teigiamomis koreliacijomis (r_s 0,720-0,795, $p < 0,01$). Visos psichologinės būsenos (streso, depresijos ir nerimo) DASS-21 skalės turi statistiškai reikšmingas neigiamas sąsajas su RAND-36 skalėmis ir subskalėmis (r_s įverčiai svyruoja nuo -0,37 iki -0,79). Stipriausios sąsajos rastos tarp depresijos skalės ir emocinės būsenos (R5) ($r_s = -0,79$, $p < 0,01$) bei psichinės būsenos (PS) ($r_s = -0,79$, $p < 0,01$)

Atjauta sau (SCS-SF) statistiškai reikšmingai koreliuoja su visais RAND-36 kintamaisiais ($p < 0,01$). Visos RAND-36 komponentų ir SCS koreliacijos teigiamos, koreliacijos varijuoja nuo vidutinių iki silpnų (r_s įverčiai svyruoja nuo 0,27 iki 0,50). SCS taip pat statistiškai reikšmingai teigiamai koreliuoja, o su visais DASS-21 komponentais – statistiškai reikšmingomis neigiamomis koreliacijomis (r_s svyruoja nuo -0,47 iki -0,58, $p < 0,01$). Ligos suvokimo komponentai – BIPQ1, BIPQ3, BIPQ5, BIPQ6, BIPQ8 – turėjo statistiškai reikšmingas ($p < 0,01$) sąsajas su visais RAND-36 ir DASS komponentais (atvirkštinė reakcija – jei teigiamomis koreliacijomis susiję su RAND-36, tai neigiamomis susiję su DASS-21 komponentais, o SCS įverčių kryptis (teigiamos ar neigiamos koreliacijos) tokia pat kaip ir RAND-36 komponentų. BIPQ7 – nekoreliuoja statistiškai reikšmingai su nei vienu RAND-36 ir DASS-21 komponentu. BIPQ7 statistiškai reikšmingai koreliuoja tik su SCS ($r_s = -0,192$, $p < 0,01$), o BIPQ2 statistiškai reikšmingai teigiamai koreliuoja tik su R2 ($r_s = 0,19$, $p < 0,05$). Kiti rezultatai pateikiami 12 priede.

3.5. Atjautos sau ir ligos suvokimo vaidmuo su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei

Penktas uždavinys - įvertinti, kaip atjauta sau ir ligos suvokimas prognozuoja su sveikata susijusią gyvenimo kokybę kontroliuojant sociodemografinines ir su liga susijusias charakteristikas. Pirmiausia buvo atliktos daugialypės regresinės analizės, įtraukiant statistiškai reikšmingai koreliuojančius atjautos sau ir ligos suvokimo kintamuosius, su fizinės sveikatos (FS) ir psichinės sveikatos (PS)) dimensijomis (pirmasis modelis) ir tuomet buvo įtrauktos psichologinės būsenos (streso, nerimo ir depresiškumo kintamieji).

Fizinės sveikatos prognostinis modeliai buvo tinkamai (1 modelis: $F(df) = 23,31$, $p < 0,001$; 2 modelis: $F(df) = 23,32$, $p < 0,001$). Į modelius buvo įtraukti SCS, BIPQ1, BIPQ3, BIPQ4, BIPQ5, BIPQ6 IR BIPQ8 (atjautos sau ir ligos suvokimo) kintamieji bei antrajame modelyje pridėti psichologinės savijautos (DS, NS ir SS) kintamieji (rezultatai pateikti 13 priede). Pirminis fizinės sveikatos modelis

paaikškina 47,7% fizinės sveikatos dispersijos, o įtraukus psichologinės būsenos kintamuosius, modelis paaikškina 57% fizinės sveikatos dispersijos.

Psichinės sveikatos prognostiniai modeliai buvo tinkami (1 modelis: $F(df) = 24,60, p < 0,001$; 2 modelis: $F(df) = 43,14, p < 0,001$). Į pirmą modelį buvo įtraukto statistiškai reikšmingai koreliuojantys SCS, BIPQ1, BIPQ3, BIPQ5, BIPQ6 ir BIPQ8 komponentai. Antrame modelyje įtraukti ir psichologinės būsenos (DS, NS ir SS) kintamieji (rezultatai pateikti 14 priede). Pirminis psichinės sveikatos modelis paaikškina 45,1% fizinės sveikatos dispersijos, o įtraukus psichologinės būsenos kintamuosius, modelis paaikškina 68,8% fizinės sveikatos dispersijos.

Toliau buvo atlikta hierarchinė regresinė analizė su fizinės sveikatos ir psichinės sveikatos 2 modeliais, kontroliuojant reikšmingus sociodemografinius ir su liga susijusius kintamuosius (įtrauktis nustatyta remiantis ankstesnėmis analizėmis). Fizinės sveikatos hierarchinės regresijos kontroliuojami kintamieji – išsilavinimas, kitos diagnozuotos ligos, laikas po diagnozės, aplankytų gydytojų iki diagnozės skaičius, diagnozės atidėjimas, simptomai. Psichinės sveikatos hierarchinės regresijos kontroliuojami kintamieji – šeiminė padėtis, kitos diagnozuotos ligos, aplankytų gydytojų iki diagnozės skaičius, diagnozės atidėjimas, simptomai. Rezultatai atitinkamai pateikti 13 ir 14 prieduose, kartu su daugialypės analizės rezultatais, kaip 3 modelis).

Fizinės sveikatos hierarchinės regresijos modelis kontroliuojant kintamuosius tinkamas ($F(df) = 14,23, p < 0,001$). Kontroliuojant atrinktus sociodemografinius ir su liga susijusius kintamuosius, analizė atskleidė, kad atjautos sau, ligos suvokimo ir psichologinės būsenos (depresiško, nerimo ir streso) komponentai paaikškina 63,1% fizinės sveikatos dispersijos (su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensija). Psichinės sveikatos hierarchinės regresijos kontroliuojant kintamuosius tinkamas ($F(df) = 21,11, p < 0,001$). Atlikus analizę su kontroliuojamais atrinktais sociodemografiniais ir su liga susijusiais kintamaisiais – įtrauktų ligos suvokimo, atjautos sau ir psichologinės būsenos kintamieji nepaaikškina didesnės psichinės sveikatos (su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos) dispersijos, ji išliko tokia pati – 68,7%.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

4.1. Rezultatų apžvalga

Šiuo tyrimu buvo siekiama įvertinti, kaip atjautos sau, ligos suvokimo, psichologinės būklės (depresiško, nerimo ir streso) rodikliai siejami su endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusia gyvenimo kokybe bei buvo stengiamasi įvertinti, ar atjauta sau bei ligos suvokimas gali būti reikšmingi ir svarbūs elementai, prisidedantys prie geresnės ar blogesnės moterų psichologinės būsenos ar gyvenimo kokybės. Literatūroje nurodoma, kad moterys, sergančios endometrioze apskritai praneša apie blogesnę gyvenimo kokybę, kuri yra paveikiama ligos (La Rosa et al., 2020). Šiame tyrime pirmiausia buvo nustatoma moterų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, naudojantis populiariu ir neretai tyrimuose naudojamu su sveikata susijusios gyvenimo kokybės endometrioze kontekste vertinimui – trumpuoju sveikatos klausimynu (RAND-36). Šio klausimyno veikimo būdas yra toks, kad mažesni sričių ar dimensijų apskaičiuoti įverčiai nurodo blogesnę tos srities ar dimensijos su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Kitaip tariant, kuo stipriau žmogaus gyvenimas yra neigiamai paveiktas ligos – tuo mažesnius įverčius jis nurodys. Kadangi nėra nustatytų standartizuotų RAND-36 įverčių, gauti moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rezultatai bus aptariami kokybiškai. Instrumento pagalba buvo įvertintos moterų aštuonių gyvenimo kokybės sričių įverčiai – fizinio aktyvumo, veiklos apribojimų dėl fizinių negalavimų, skausmo, energingumo bei gyvybingumo, socialinės funkcijos, veiklos apribojimų dėl emocinių sutrikimų, emocinės būklės ir bendros sveikatos vertinimo. Tyrime rasta, kad moterų vertintų sričių vidurkiai svyravo nuo 39,89 iki 79,68. Apskritai galima daryti prielaidą, kad moterys savo gyvenimo kokybę vertino labai vidutiniškai (vertinant, jog įverčiai gali varijuoti nuo 0 iki 100). Daugumos moterų sričių vidutinis vertinimas buvo tarp 39 ir 56 balų. Fizinės ir psichinės sveikatos rodiklius moterys įvertino vidutiniškai, kas patvirtina, kad endometrioze paveikia tiek fizinę, tiek psichinę moterų sveikatą ir būseną. Išryškėjo moterų (palyginus) stipriai geras fizinio aktyvumo vertinimas. Tačiau šią sritį reikia vertinti atsargiai, nes RAND-36 klausimyno šios srities vertinimo teiginiai yra labiau orientuoti į ypatingų sveikatos problemų turinčius asmenis, kadangi teiginiuose vertinama ir tokios įprastos veiklos kaip rengimasis, prausimasis, pasilenkimas ar klūpojimas bei kėlimas, maisto prekių nešimas – kas savaime gali nulemti aukštesnius fizinio aktyvumo įverčius, taip galint sudaryti klaidingą endometrioze poveikį fizinei moterų gyvenimo sričiai. Tačiau, galima iš šių duomenų daryti prielaidą, kad tirtose imtyje, moterys vidutiniškai pasižymi gerais fizinio aktyvumo rodikliais, kas reiškia, kad endometrioze ypatingai netrikdo įprastai didelių pastangų nereikalaujančio fizinio aktyvumo. Visos kitos tirtos imties moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sritys buvo įvertintos vidutiniškai. Endometrioze sergančios tirtos moterys nurodė, kad vidutiniškai stipriausiai yra

paveikiamas jų energingumas ir gyvybingumas, kas sietųsi su tuo, kad daugelis moterų nurodė kenčiančios nuo lėtino nuovargio, kas yra vienas iš su endometriozė siejamų simptomų. Taip pat, tokie rezultatai galėtų sietis su lėtinių ligų ir skausmo tyrimais, kuriuose randami panašūs rezultatai.

Kalbant apie tirtos imties atjautos sau rodiklius, rasta, kad moterys vidutiniškai atjautą sau vertino 2,99 balo. Nors nurodoma, kad nėra nustatytų klinikinių normų ar įverčių, kurie suponuotų apie aukštą ar žemą atjautos sau lygį, tačiau Neff pateikia, kad kokybiniais ir aptariamaisiais tikslais galima vertinti atjautą sau taip, kad 2,5-3,5 – vertinamas kaip vidutinis atjautos sau lygis. Remiantis šiuo palyginimu, tirtos imties atjautos sau lygis buvo vidutinis. Šiame tyrime rasta, kad atjauta sau teigiamai siejosi su visais vertintais sveikatos gyvenimo kokybės rodikliais, kas patvirtina ir prisideda prie jau tirtos literatūros, kad atjauta sau gali būti laikomas teigiamai moterų gyvenimo kokybę veikiančiu komponentu. Literatūroje nurodoma, kad atjauta sau teigiamai veikia moterų psichologinę būseną, randami reikšmingi neigiami ryšiai tarp moterų jaučiamo depresiskumo, streso ir nerimo. Šiame tyrime rasta, kad moterų atjauta sau taip pat siejosi ne tik su jų gyvenimo kokybe, bet ir buvo nustatyti reikšmingi ryšiai tarp atjautos sau ir jų psichologinės būsenos. Rasta, kad atjauta sau turi stiprias neigiamo efekto sąsajas su depresiskumu, stresu ir nerimu. Tokie rezultatai patvirtina ir kitų mokslininkų gautus rezultatus. Taigi, atjauta sau gali sietis su labiau teigiamais gyvenimo kokybės ir psichologinės būsenos rodikliais, tačiau, tai tuo pačiu suponuoja, kad neigiamos psichologinės būsenos rodikliai – stresas, depresija ir nerimas gali neigiamai veikti moterų jaučiamą atjautą sau.

Tyrime buvo vertinta moterų psichologinė būsena per depresijos, streso ir nerimo jaučiamus simptomus. Rasta, kad šie simptomai statistiškai reikšmingai siejosi su moterų vertintos gyvenimo kokybės komponentais, ką taip pat nurodė Wang ir kolegos (2021). Nustatyta, kad moterų amžius neturi reikšmingų sąsajų su jų gyvenimo kokybe, jaučiamais nerimo, streso bei depresijos simptomais, atjauta sau ar ligos suvokimu. Amžius neigiamai siejosi tik su vieninteliu su sveikata susijusios gyvenimo kokybės aspektu – veiklos apribojimu dėl fizinių negalavimų. Vertinant sociodemografinių kintamųjų reikšmę endometriozė sergančių moterų gyvenimo kokybei nustatyti, buvo lyginami moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės bei jų aspektų, ligos suvokimo, psichologinės savijautos ir atjautos sau rezultatai skirtingose sociodemografinių charakteristikų grupėse. Rasta, kad moterys gyvenančios didmiestyje pasižymėjo geresniais fizinio aktyvumo, energingumo ir efektyvumo bei emocinės būsenos rodikliais. Taip pat moterys gyvenančios kitoje vietovėje, o ne didžiajame Lietuvos mieste ar jo priemiestyje pasižymėjo didesniu depresiskumu ir nerimu, tačiau nebuvo rasta reikšmingų skirtumų tarp bendros fizinės ir psichinės sveikatos rodiklių tarp moterų, gyvenančių skirtingose vietovėse. Moterų įverčiai buvo lyginami ir tarp skirtingą išsilavinimą turinčių moterų. Rezultatai atskleidė, kad moterys

turinčios aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Taip pat rasta, kad atjauta sau ir ligos tam tikri komponentai siejasi su moterų gyvenimo kokybe. Be to, rasta, kad kitų diagnozuotų ligų turėjimas siejasi su blogesne psichologine savijauta ir gyvenimo kokybe. Nustatyta, kad moterų gyvenimo kokybės psichinės sveikatos 68,8% dispersijos paaiškina atjautos sau, ligos suvokimo komponentų ir depresiškumo, streso ir nerimo komponentai. Rasta, kad atjautos sau, ligos suvokimo ir psichologinės būsenos komponentai paaiškina 57% fizinės sveikatos dispersijos. Svarbu paminėti, kad fizinės ir psichinės gyvenimo kokybės dimensijas prognozuoja kiek skirtingi ligos suvokimo aspektai. Fizinė sveikatos dimensija siejasi su ligos padarinių, asmeninės kontrolės, gydymo kontrolės, susirūpinimo ligos ir emocinio poveikio komponentais, o psichinės sveikatos dimensija siejasi su ligos padarinių, asmeninės kontrolės, tapatumo, susirūpinimo liga bei emocinio poveikio aspektais.

Apibendrinant, šiame tyrime rasta, kad endometrioze sergančios moterys pasižymi vidutine su sveikata susijusia gyvenimo kokybe, atjauta sau ir emocine būsena. Endometrioze paveikia moterų tiek fizinę, tiek psichologinę būseną, moterys pasižymi depresiškumo, jaučiamo streso ir nerimo simptomais. Labiausia dėl ligos nukenčia moterų energingumas ir gyvybingumas bei bendras sveikatos vertinimas, kas gali atspindėti šios lėtinės ligos tokius aspektus, kaip simptomų įvairovės. Be to, rasta, kad endometrioze sergančios moterys nurodo apie didesnę psichologinę poveikį – psichikos sveikatos įverčiai vidutiniškai mažesni. Endometriozei reikšmingai veikia moterų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę bei psichologinę savijautą.

IŠVADOS

1. Endometrioze neigiamai veikia moterų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir psichologinę būseną: moterys prasčiausiai vertina tokiu su sveikata susijusius gyvenimo kokybės komponentus kaip bendras sveikatos rodiklis, emocinė būsena bei energingumas ir gyvybingumas, moterys patiria streso, nerimo ir depresijos simptomus bei pasižymi bendrai neigiamu ligos suvokimu.
2. Endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės komponentai siejasi su tokiais sociodemografiniais kintamaisiais kaip išsilavinimas, šeiminė padėtis ir gyvenamoji vieta bei tokiais su liga susijusiais elementais kaip diagnozės atidėjimas, simptomų bei iki diagnozės nustatymo aplankytu gydytojų skaičiumi, kitų diagnozuotų ligų turėjimu ir nuo diagnozės nustatymo praėjusiu laiku.
3. Endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės komponentai siejasi su ligos aspektais: diagnozės atidėjimu, simptomų kiekiu, iki diagnozės nustatymo aplankytu gydytojų skaičiumi, kitų diagnozuotų ligų turėjimu ir nuo diagnozės nustatymo praėjusiu laiku.
4. Endometrioze sergančių moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės komponentai reikšmingai siejasi su patiriamais nerimo, streso ir depresijos simptomais, atjauta sau bei ligos suvokimo komponentais – ligos padarinių, asmeninės kontrolės, tapatumo, susirūpinimo liga ir emocinio poveikio suvokimu.
5. Endometrioze sergančių moterų gyvenimo kokybės fizinės sveikatos ir psichinės sveikatos dimensijas prognozuoja atjautos sau, ligos suvokimo ir psichologinės būsenos (depresiško, streso ir nerimo) komponentai, sociodemografinių ir su liga susijusių komponentų kontroliavimas nepagerino psichinės sveikatos dimensijos prognostinės galios, o fizinės sveikatos dimensijos – pagerino.

LITERATŪRA

- Agarwal, A., Pain, T., Levesque, J. F., Girgis, A., Hoffman, A., Karnon, J., ... & Morton, R. L. (2022). Patient-reported outcome measures (PROMs) to guide clinical care: recommendations and challenges. *Medical Journal of Australia*, 216(1), 9-11.
- Bagdonas, A., & Bliumas, R. (2019). *Aiškinamasis psichologijos terminų žodynas*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
- Ballard, K. D., Seaman, H. E., De Vries, C. S., & Wright, J. T. (2008). Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study—Part 1. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(11), 1382-1391.
- Baxter, R., & Sirois, F. M. (2025). Self-compassion and psychological distress in chronic illness: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 30(1), e12761.
- Becker, C. M., Bokor, A., Heikinheimo, O., Horne, A., Jansen, F., Kiesel, L., ... & Vermeulen, N. (2022). ESHRE guideline: endometriosis. *Human reproduction open*, 2022(2), hoac009.
- Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B., Marions, L., Moehner, S., Gerlinger, C., ... & Faustmann, T. (2021). Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis. *Scientific reports*, 11(1), 20404.
- Bień, A., Rzońca, E., Zarajczyk, M., Wilkosz, K., Wdowiak, A., & Iwanowicz-Palus, G. (2020). Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. *Quality of Life Research*, 29(10), 2669-2677.
- Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija (n.d.). <https://biological-psychiatry.eu/zurnalas/instrumentuotes/>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., & Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & health*, 30(11), 1361-1385.
- Colombo, G. E., Vijayanathan, S., Breton, Z., Kvaskoff, M., Sediqzadah, S., Vannuccini, S., ... & Leonardi, M. (2025). Health-related quality of life in individuals with endometriosis and mental health symptoms: a scoping review. *Journal of Endometriosis and Uterine Disorders*, 9, 100105.

- Čekanavičius, V. ir Murauskas G. (2009). *Statistika ir jos taikymai, III knyga*. Vilnius: TEV.
- Davenport, S., Smith, D., & Green, D. J. (2023). Barriers to a timely diagnosis of endometriosis: a qualitative systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 142(3), 571-583.
- Delanerolle, G., Ramakrishnan, R., Hapangama, D., Zeng, Y., Shetty, A., Elneil, S., ... & Raymont, V. (2021). A systematic review and meta-analysis of the Endometriosis and Mental-Health Sequelae; The ELEMI Project. *Women's Health*, 17, 17455065211019717.
- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 79(6), 506-513.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of social distress and the homeless*, 5(1), 11-38.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of social distress and the homeless*, 5(1), 11-38.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- European Commission (2026). EUmetriosis: Transforming endometriosis care in Europe: an integrated approach to enhance understanding, diagnosis, tailored management and patient empowerment. [10.3030/101157146](https://cordis.europa.eu/project/id/101157146) Paimta 2026 gegužės 1d. iš <https://cordis.europa.eu/project/id/101157146>
- European Union (2025). Women's health. Paimta 2026 gegužės 1d. iš https://research-and-innovation.ec.europa.eu/research-area/health/womens-health_en
- Evans, D., Gibbons, T., Skidmore, B., Zondervan, K. T., Adamson, G. D., Giudice, L. C., ... & Zhang, J. (2025). Availability of region-specific endometriosis care guidance: a global scoping review. *The Lancet Obstetrics, Gynaecology, & Women's Health*, 1(3), e219-e231.
- Ezzat, L. (2019). Endometriosis and quality of life: an implication on psychological well-being. *Int. J. Gynecol. Obstet*, 2(2), 30-34.
- Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., ... & Vercellini, P. (2017). Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. *Human Reproduction*, 32(9), 1855-1861.

- Facchin, F., Grosso, F., Saita, E., Vercellini, P., & Pagnini, F. (2025). Can self-compassion and mindfulness predict psychological wellbeing in individuals with endometriosis? Findings from an online survey. *BMC Women's Health*, 25(1), 310.
- Falcone, T., & Flyckt, R. (2018). Clinical management of endometriosis. *Obstetrics & Gynecology*, 131(3), 557-571.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of nursing scholarship*, 37(4), 336-342.
- Foxwell, R., Morley, C., & Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 211-222.
- García-Sánchez, E., Santamaría-Peláez, M., Figuerola, E. B., García, M. J. C., Hernando, M. C., García, J. M. G., ... & González-Santos, J. (2024). Comparison of SF-36 and RAND-36 in Cardiovascular Diseases: A Reliability Study. *Journal of clinical medicine*, 13(20), 6106.
- Gelezelyte, O., Kazlauskas, E., Brailovskaia, J., Margraf, J., & Truskauskaite-Kuneviciene, I. (2022). Suicidal ideation in university students in Lithuania amid the COVID-19 pandemic: A prospective study with pre-pandemic measures. *Death studies*, 46(10), 2395-2403.
- George, D., & Mallery, P. (2024). *IBM SPSS statistics 29 step by step: A simple guide and reference*. routledge.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856-867.
- Hays, R. D., & Morales, L. S. (2001). The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of medicine*, 33(5), 350-357.
- Hays, R. D., Sherbourne, C. D., & Mazel, R. M. (1993). The rand 36-item health survey 1.0. *Health economics*, 2(3), 217-227.
- Helgerth, K. A., & Schütz, A. (2025). Medical and psychosocial influences on quality of life in endometriosis: A holistic narrative review. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, 22840265251411717.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.

- Hughes, M., Brown, S. L., Campbell, S., Dandy, S., & Cherry, M. G. (2021). Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: A systematic review. *Mindfulness*, 12(7), 1597-1610.
- International working group of AAGL, ESGE, ESHRE and WES (IWG), Tomassetti, C., Johnson, N. P., Petrozza, J., Abrao, M. S., Einarsson, J. I., ... & De Wilde, R. L. (2021). An international terminology for endometriosis, 2021. *Human Reproduction Open*, 2021(4), hoab029.
- Irtelli, F., & Durbano, F. (2020). *Quality of life and biopsychosocial paradigm: A narrative review of the concept and specific insights*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.91877>
- Kalfas, M., Chisari, C., & Windgassen, S. (2022). Psychosocial factors associated with pain and health-related quality of life in Endometriosis: A systematic review. *European Journal of Pain*, 26(9), 1827-1848.
- Kaplan, R. M., & Hays, R. D. (2022). Health-related quality of life measurement in public health. *Annual review of public health*, 43(1), 355-373.
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior therapy*, 52(3), 607-625.
- La Rosa, V. L., Barra, F., Chiofalo, B., Platania, A., Di Guardo, F., Conway, F., ... & Lin, L. T. (2020). An overview on the relationship between endometriosis and infertility: the impact on sexuality and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(2), 93-97.
- Laganà, A. S., Condemi, I., Retto, G., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Zoccali, R. A., ... & Cedro, C. (2015). Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 194, 30-33.
- Laganà, A. S., La Rosa, V. L., Rapisarda, A. M. C., Valenti, G., Sapia, F., Chiofalo, B., ... & Vitale, S. G. (2017). Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *International journal of women's health*, 323-330.
- Laucis, N. C., Hays, R. D., & Bhattacharyya, T. (2015). Scoring the SF-36 in orthopaedics: a brief guide. *JBJS*, 97(19), 1628-1634.

- Laurence, A. E. (2025). Gender Disparities in Health and Healthcare: Implications for Women in the EU. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2025/769519/EPRS_ATA\(2025\)769519_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2025/769519/EPRS_ATA(2025)769519_EN.pdf)
- Lietuvos akušerių ginekologų draugijos (LAGD) valdybos sudaryta specialistų darbo grupė (2012). Endometriozės diagnostikos ir gydymo metodika. https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Asmens_sveikatos_prieziura/Diagnostikos_metodikos_ir_rekomendacijos/Metodikos/Endometriozes_gydymo_metodika.pdf
- Lins-Kusterer, L., Aguiar, I., Santos-Lins, L. S., Lins-Rocha, M., Aguiar, C. V. N., Menezes, M. S., ... & Brites, C. (2022). Validation of the RAND 36-item health survey questionnaire in Brazil. *Arquivos de Gastroenterologia*, 59, 193-197.
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. (2nd Ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Marinho, M. C., Magalhaes, T. F., Fernandes, L. F. C., Augusto, K. L., Brilhante, A. V., & Bezerra, L. R. (2018). Quality of life in women with endometriosis: an integrative review. *Journal of women's health*, 27(3), 399-408.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74(1), 193-218.
- Neff, K. D., Tóth-Király, I., Yarnell, L., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N.,... Mantios, M. (2019). Examining the Factor Structure of the Self-Compassion Scale using exploratory SEM bifactor analysis in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological Assessment*, 31 (1), 27-45.
- Norkiene, I., Jovarauskaite, L., Kvedaraite, M., Uppal, E., Phull, M. K., Chander, H., ... & Kazlauskas, E. (2021). 'Should I stay, or should I go?' Psychological distress predicts career change ideation among intensive care staff in Lithuania and the UK amid COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2660.

- Orwelius, L., Nilsson, M., Nilsson, E., Wenemark, M., Walfridsson, U., Lundström, M., ... & Kristenson, M. (2018). The Swedish RAND-36 Health Survey-reliability and responsiveness assessed in patient populations using Svensson's method for paired ordinal data. *Journal of patient-reported outcomes*, 2(1), 4.
- Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Perez, N. (2025). *The Health and Economic Benefit of Increasing Funding for Gynecological Research* (Doctoral dissertation, Northeastern University).
- Psichotraumatologijos centras (n.d.). Paimta 2025 m. lapkričio 14d. iš <https://www.fsf.vu.lt/psichologijos-institutas/psichologijos-instituto-struktura/centrai/vu-traumu-psichologijos-grupe#ivertinimo-instrumentai>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- RAND (n.d.a). 36-Item Short Form Survey (SF-36) Scoring Instructions. Paimta vasario 10 d., 2026, iš <https://www.rand.org/health/surveys/mos/36-item-short-form/scoring.html>
- RAND (n.d.b). 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36). Paimta sausio 5, 2026, iš <https://www.rand.org/health/surveys/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html>
- Reis, F. M., Coutinho, L. M., Vannuccini, S., Luisi, S., & Petraglia, F. (2020). Is stress a cause or a consequence of endometriosis?. *Reproductive Sciences*, 27(1), 39-45.
- Sabaitytė, E., & Diržytė, A. (2016). Psychological capital, self-compassion, and life satisfaction of unemployed youth. *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach/Tarptautinis Psichologijos Žurnalas: Biopsichosocialinis Požiūris*, (19).
- Saunders, P. T., & Horne, A. W. (2021). Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*, 184(11), 2807-2824.
- Schenken., R. S. (2025). Endometriosis in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis. Barbieri, R. L. (Ed.), *UpToDate*. Paimta 2025 m. spalio 27 d. iš <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis>

- Self-Compassion Institute (n.d.a). Instruments for Researchers. <https://self-compassion.org/self-compassion-scales-for-researchers/>
- Self-Compassion Institute (n.d.b). Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF). <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2021/03/SCS-SF-information.pdf>
- Skinner, C. M., & Kuijer, R. G. (2025). Self-compassion and health-related quality of life in individuals with endometriosis. *Psychology & health*, 40(9), 1479-1496.
- Snair, M., & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2024). Overview of Research Gaps for Selected Conditions in Women's Health Research at the National Institutes of Health.
- Staniūtė, M. (2007). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 9(1), 22-25.
- Swami, V., Tran, U. S., Voracek, M., Aavik, T., Ranjbar, H. A., Adebayo, S. O., ... & Lukács, A. (2025). Self-compassion around the world: Measurement invariance of the short form of the Self-Compassion Scale (SCS-SF) across 65 nations, 40 languages, gender identities, and age groups. *Mindfulness*, 16(6), 1569-1596.
- Szyplowska, M., Tarkowski, R., & Kułak, K. (2023). The impact of endometriosis on depressive and anxiety symptoms and quality of life: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1230303.
- Tarlov, A. R., Ware, J. E., Greenfield, S., Nelson, E. C., Perrin, E., & Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcomes Study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *Jama*, 262(7), 925-930.
- The International Society for Quality of Life Research (ISOQOL) (n.d.). *What Is QOL?* Paimta 2026 m. balandžio 14 d. iš <https://www.isoqol.org/what-is-qol/>
- Thiel, P. S., Bougie, O., Pudwell, J., Shellenberger, J., Velez, M. P., & Murji, A. (2024). Endometriosis and mental health: a population-based cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(6), 649-e1.
- Truskauskaite-Kuneviciene, I., Brailovskaia, J., Margraf, J., & Kazlauskas, E. (2021). Evidence on resilient initial response to COVID-19 pandemic among youth: findings from the prospective study of mental health in two european countries. *Emerging Adulthood*, 9(5), 566-575.

- Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VLK prie SAM) (2015). TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas. <https://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
- Van Niekerk, L., Johnstone, L., & Matthewson, M. (2022a). Health-related quality of life in endometriosis: the influence of endometriosis-related symptom presence and distress. *Journal of health psychology*, 27(14), 3121-3135.
- Van Niekerk, L., Johnstone, L., & Matthewson, M. (2022b). Predictors of self-compassion in endometriosis: the role of psychological health and endometriosis symptom burden. *Human Reproduction*, 37(2), 264-273.
- Wang, Y., Li, B., Zhou, Y., Wang, Y., Han, X., Zhang, S., ... & Ouyang, L. (2021). Does endometriosis disturb mental health and quality of life? A systematic review and meta-analysis. *Gynecologic and obstetric investigation*, 86(4), 315-335.
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483.
- Weldring, T., & Smith, S. M. (2013). Article commentary: patient-reported outcomes (PROs) and patient-reported outcome measures (PROMs). *Health services insights*, 6, HSI-S11093.
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies.
- World Economic Forum & Boston Consulting Group (2026). *Women's Health Investment Outlook: 6% of Funding for Nearly 50% of the Population – not Just a Gap, but Untapped White Space*. https://reports.weforum.org/docs/WEF_Womens_Health_Investment_Outlook_2026.pdf
- World Health Organization (2025a, October 15). Endometriosis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
- World Health Organization (2025b). WHOQOL - Measuring Quality of Life. World Health Organization. Paimta 2026 m. balandžio 30 d. iš <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization (2026, April 9). *Call for experts: new WHO guideline on endometriosis*. <https://www.who.int/news-room/articles-detail/call-for-experts-for-the-new-who-guideline-on-endometriosis>

Zhang, J., Pang, M., Li, L., & Guo, C. (2025). Global, regional, and national burden of endometriosis among women of reproductive age, 1990–2021: Insights from the global burden of disease study 2021. *Plos one*, 20(11), e0337074.

PRIEDAI

1 priedas. Dirbtinio intelekto (DI) naudojimo deklaracija

Studento/ės vardas ir pavardė: Jurga Juškaitė

Baigiamojo darbo tema: Endometriozę turinčių moterų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė: sąsajos su atjauta sau ir ligos suvokimu

Vadovaudamasis/i „Dirbtinio intelekto naudojimo Vilniaus universitete gairėmis“, patvirtinu, kad rengdama šį baigiamąjį darbą:

1. **Prisiimu atsakomybę** už viso darbe pateikto turinio kūrimą ir jo originalumą. Patvirtinu, kad generatyvinio DI įrankiai buvo naudojami tik kaip pagalbinė priemonė, o ne kaip darbo bendraautoris ar autorius.
2. **Atlikau turinio patikrą (validaciją).** Visa DI pateikta informacija buvo patikrinta pirminiuose šaltiniuose.
3. **Užtikrinau duomenų saugą.** Į DI sistemas nekėliau konfidencialių tyrimo duomenų, asmens duomenų ar nepublikuotos medžiagos.

Darbe dirbtinis intelektas panaudotas:

Naudojimo sritis	Panaudotas / nenaudotas	Panaudoti DI įrankiai (pvz., ChatGPT 5.3)	Kita svarbi informacija
Literatūros paieškai	☒ Panaudota ☐ Nenaudota	Litmaps AI, Anara	☒ Patvirtinu, kad susipažinau su pirminiais į darbą įtrauktais literatūros šaltiniais
Tyrimo stimulinės medžiagos kūrimui	☐ Panaudota ☒ Nenaudota		
Santraukos vertimui į anglų kalbą	☐ Panaudota		

	☒ Nenaudota		
Gramatinių klaidų paieškai	☐ Panaudota ☒ Nenaudota		

Data: 2026-05-14

2 priedas. Kintamųjų aprašomoji statistika ir normalumo kriterijai

Kintamieji	N	M	SD	Kolmogorovo		Asimetrija	Ekscesas
				ir Smirnov	<i>p</i>		
				kriterijus			
FS	187	56	22,02	0,06	0,035	-0,13	-0,86
PS	187	48,39	22,85	0,07	0,013	-0,08	-1,10
Fizinis aktyvumas	187	79,68	20,04	0,19	<0,001	-1,62	2,85
Veiklos							
apribojimas dėl	187	52,01	40,06	0,19	<0,001	-0,06	-1,56
fizinių negalavimų							
Skausmas	187	52,43	27,83	0,09	<0,001	0,02	-0,84
Energingumas/							
gyvybingumas	187	39,25	19,48	0,09	<0,001	0,05	-0,41
Socialinė funkcija	187	54,29	28,71	0,10	<0,001	0,07	-1,03
Veiklos							
apribojimas dėl							
emocinių	187	52,41	40,88	0,24	<0,001	-0,001	-1,60
sutrikimų							
Emocinė būklė	187	47,61	19,55	0,08	0,002	0,24	-0,67
Bendras sveikatos							
vertinimas	187	39,89	20,79	0,09	<0,001	0,53	-0,20
BIPQ1	187	7,35	2,10	0,17	<0,001	-0,92	0,91
BIPQ2	187	9,20	1,38	0,38	<0,001	-1,88	2,87
BIPQ2	178	9,42	1,00	0,41	<0,001	-1,69	2,05
BIPQ3	187	4,58	2,68	0,09	<0,001	0,008	-0,92
BIPQ3-R**	187	5,42	2,68	0,09	<0,001	-0,008	-0,92
BIPQ4	187	5,13	2,87	0,13	<0,001	-0,25	-0,90
BIPQ4-R**	187	4,87	2,87	0,13	<0,001	0,25	-0,90
BIPQ5	187	7,23	2,42	0,17	<0,001	-0,84	-0,06
BIPQ6	187	7,82	2,23	0,17	<0,001	-0,87	0,01

BIPQ7	187	7,21	2,31	0,12	<0,001	-0,58	-0,12
BIPQ7-R**	187	2,79	2,31	0,12	<0,001	0,58	-0,12
BIPQ8	187	7,49	2,44	0,15	<0,001	-0,82	-0,10
BSCS	187	2,99	0,69	0,06	0,059	0,32	0,32
DS	187	9,26	5,88	0,10	<0,001	0,37	-0,88
NS	187	7,86	5,00	0,09	0,001	0,32	-0,63
SS	187	11,42	5,21	0,09	<0,001	-0,28	-0,67
Amžius	187	33,43	7,73	0,08	0,009	0,30	-0,38
GS	169	3,88	3,90	0,20	<0,001	1,55	2,93
GS*	167	3,68	2,36	0,19	<0,001	1,10	0,62
S	187	7,73	3,03	0,08	0,007	-0,14	-0,46
DA	165	7,27	6,80	0,16	<0,001	0,91	0,76

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu, Min – mažiausia reikšmė, Max – didžiausia reikšmė, M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, *p* – reikšmingumo lygmuo, * Statistiniai kriterijai panaikinus kritines išskirtis, ** Apversti teiginiai, Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, RAND-36 – su sveikata susijusi gyvenimo kokybės klausimynas, DASS-21 – depresijos, nerimo ir streso skalė, SCS-SF – trumpoji atjautos sau skalė, BIPQ – trumpas ligos suvokimo klausimynas, FS – fizinė sveikata, PS – psichikos sveikata, R1 – fizinis aktyvumas, R2 – veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, R3 – veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, R4 – energingumas/gyvybingumas, R5 – emocinė būseną, R6 – socialinis funkcionavimas, R7 – skausmas, R8 – bendras sveikatos vertinimas, DS – depresijos skalė, NS – nerimo skalė, SS – streso skalė, BSCS – bendra atjauta sau, BIPQ1 – ligos padariniai, BIPQ2 – ligos trukmė, BIPQ3 – asmeninė kontrolė, BIPQ4 – gydymo kontrolė, BIPQ5 – tapatumas, BIPQ6 – susirūpinimas liga, BIPQ7 – ligos aiškumas, BIPQ8 – emocinis poveikis

3 priedas. Amžiaus ir RAND-36, DASS-21 SCS-SF, BIPQ sąsajos – Pearson koreliacijos

	RAND-36		DASS-21		SCS-SF		BIPQ
	Amžius		Amžius		Amžius		Amžius
FS	-0,083	DS	0,027	BSCS	0,017	BIPQ1	0,073
PS	-0,051	NS	-0,016			BIPQ2	-0,114
R1	-0,235**	SS	-0,012			BIPQ3	-0,009
R2	-0,036					BIPQ4	-0,070
R3	0,046					BIPQ5	-0,068
R4	-0,058					BIPQ6	-0,087
R5	-0,108					BIPQ7	-0,141
R6	-0,114					BIPQ8	-0,064
R7	0,001						
R8	-0,056						

Pastaba. ** $p < 0,01$, RAND-36 – su sveikata susijusi gyvenimo kokybės klausimynas, DASS-21 – depresijos, nerimo ir streso skalė, SCS-SF – trumpoji atjautos sau skalė, BIPQ – trumpas ligos suvokimo klausimynas, FS – fizinė sveikata, PS – psichikos sveikata, R1 – fizinis aktyvumas, R2 – veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, R3 – veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, R4 – energingumas/gyvybingumas, R5 – emocinė būseną, R6 – socialinis funkcionavimas, R7 – skausmas, R8 – bendras sveikatos vertinimas, DS – depresijos skalė, NS – nerimo skalė, SS – streso skalė, BSCS – bendra atjauta sau, BIPQ1 – ligos padariniai, BIPQ2 – ligos trukmė, BIPQ3 – asmeninė kontrolė, BIPQ4 – gydymo kontrolė, BIPQ5 – tapatumas, BIPQ6 – susirūpinimas liga, BIPQ7 – ligos aiškumas, BIPQ8 – emocinis poveikis.

4 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiskumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp gyvenamosios vietos grupių – nepriklausomų imčių stjudent t testas

Kintamieji	Didmiestis (n = 106)		Kita (n = 81)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
FS	58,53	21,60	52,70	22,26	1,80	185	,073
PS	50,93	23,08	45,06	22,26	1,74	185	,082
R1	83,40	16,07	74,81	23,51	2,82	134,29	,006
R2	54,48	40,20	48,77	39,90	,96	185	,335
R3	52,52	41,89	52,26	39,77	,04	185	,967
R4	42,45	19,01	35,06	19,42	2,61	185	,010
R5	50,98	19,90	43,21	18,28	2,74	185	,007
R6	57,78	29,62	49,72	26,98	1,91	185	,057
R7	54,72	28,17	49,44	27,26	1,28	185	,200
R8	41,51	20,87	37,78	20,61	1,21	185	,225
DS	8,36	5,62	10,43	6,04	-2,41	185	,017
NS	6,92	4,61	9,09	5,24	-2,99	185	,003
SS	11,02	5,13	11,94	5,31	-1,19	185	,233
BSCS	3,05	,63	2,92	,76	1,31	185	,190
BIPQ1	7,24	2,21	7,51	1,95	-,87	185	,385
BIPQ2	9,49	,97	9,34	1,04	,96	176	,334
BIPQ3	5,16	2,62	5,75	2,74	-1,47	185	,141
BIPQ4	4,81	2,90	4,95	2,84	-,32	185	,743
BIPQ5	7,12	2,50	7,37	2,33	-,69	185	,491
BIPQ6	7,80	2,15	7,84	2,35	-,11	185	,910

BIPQ7	2,76	2,27	2.82	2.38	-.18	185	.854
BIPQ8	7,46	2,40	7.52	2.51	-.15	185	.877

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, n – imties dydis, p – reikšmingumo lygmuo, df – laisvės laipsniai, FS – fizinė sveikata, PS – psichikos sveikata, R1 – fizinis aktyvumas, R2 – veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, R3 – veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, R4 – energingumas/gyvybingumas, R5 – emocinė būseną, R6 – socialinis funkcionavimas, R7 – skausmas, R8 – bendras sveikatos vertinimas, DS – depresijos skalė, NS – nerimo skalė, SS – streso skalė, BSCS – bendra atjauta sau, BIPQ1 – ligos padariniai, BIPQ2 – ligos trukmė, BIPQ3 – asmeninė kontrolė, BIPQ4 – gydymo kontrolė, BIPQ5 – tapatumas, BIPQ6 – susirūpinimas liga, BIPQ7 – ligos aiškumas, BIPQ8 – emocinis poveikis

5 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiskumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp išsilavinimo grupių – nepriklausomų imčių Student t testas

Kintamieji	Aukštasis universitetinis (n = 102)		Kitas (n =85)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
FS	59.77	20.18	51.49	23.36	2.60	185	.010
PS	51.17	22.48	45.06	22.98	1.83	185	.069
R1	84.41	16.18	74.00	22.68	3.54	148	.001
R2	54.90	39.80	48.53	40.34	1.08	185	.280
R3	52.94	41.25	51.76	40.66	.19	185	.845
R4	42.35	18.84	35.53	19.70	2.41	185	.017
R5	50.24	19.16	44.47	19.65	2.02	185	.044
R6	59.14	28.21	48.47	28.39	2.56	185	.011
R7	56.42	26.71	47.65	28.53	2.16	185	.031
R8	43.33	20.62	35.76	20.34	2.51	185	.013
DS	8.30	5.36	10.40	6.30	-2.42	165	.017
NS	7.24	4.79	8.61	5.16	-1.88	185	.061
SS	11.26	4.76	11.60	5.73	-.42	163	.668
BSCS	3.02	.67	2.97	.72	.45	185	.648
BIPQ1	7.10	2.09	7.66	2.07	-1.82	185	.069
BIPQ2	9.44	.97	9.40	1.04	.31	176	.751
BIPQ3	5.19	2.57	5.69	2.79	-1.26	185	.207
BIPQ4	4.53	2.78	5.27	2.93	-1.74	185	.083

BIPQ5	6.69	2.54	7.88	2.12	-3.50	184	.001
BIPQ6	7.63	2.37	8.05	2.05	-1.28	185	.202
BIPQ7	2.75	2.08	2.83	2.57	-.23	161	.817
BIPQ8	7.31	2.40	7.69	2.49	-1.05	185	.291

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, n – imties dydis, p – reikšmingumo lygmuo, df – laisvės laipsniai, FS – fizinė sveikata, PS – psichikos sveikata, R1 – fizinis aktyvumas, R2 – veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, R3 – veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, R4 – energingumas/gyvybingumas, R5 – emocinė būseną, R6 – socialinis funkcionavimas, R7 – skausmas, R8 – bendras sveikatos vertinimas, DS – depresijos skalė, NS – nerimo skalė, SS – streso skalė, BSCS – bendra atjauta sau, BIPQ1 – ligos padariniai, BIPQ2 – ligos trukmė, BIPQ3 – asmeninė kontrolė, BIPQ4 – gydymo kontrolė, BIPQ5 – tapatumas, BIPQ6 – susirūpinimas liga, BIPQ7 – ligos aiškumas, BIPQ8 – emocinis poveikis

6 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiskumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp vaikų turėjimo grupių – nepriklausomų imčių Student t testas

Kintamieji	Turi (n = 63)		Neturi (n = 124)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
FS	53.98	20.97	57.03	22.55	-.896	185	.372
PS	46.81	22.10	49.19	23.27	-.671	185	.503
R1	77.22	18.50	80.93	20.74	-1.196	185	.233
R2	49.60	41.27	53.23	39.55	-.583	185	.560
R3	53.44	41.27	51.88	40.83	.246	185	.806
R4	37.38	17.66	40.20	20.35	-.935	185	.351
R5	45.52	19.78	48.68	19.42	-1.043	185	.298
R6	50.91	25.75	56.01	30.06	-1.148	185	.253
R7	50.44	27.40	53.45	28.09	-.698	185	.486
R8	38.65	18.77	40.52	21.78	-.581	185	.562
DS	9.87	5.47	8.94	6.08	1.021	185	.309
NS	9.16	4.70	7.20	5.03	2.566	185	.011
SS	12.03	5	11.10	5.31	1.149	185	.252
BSCS	2.89	.68	3.05	.70	-1.403	185	.162
BIPQ1	7.56	1.92	7.25	2.18	.940	185	.348
BIPQ2	9.30	1.16	9.49	.91	-1.124	99	.264
BIPQ3	5.69	2.79	5.28	2.62	1	185	.317
BIPQ4	4.92	2.67	4.84	2.97	.16	185	.869
BIPQ5	7.32	2.22	7.19	2.53	.35	185	.726
BIPQ6	7.70	2.24	7.88	2.23	-.52	185	.603
BIPQ7	2.95	2.50	2.70	2.21	.67	185	.499
BIPQ8	7.35	2.591	7.56	2.38	-.54	185	.586

7 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiskumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp šeiminės padėties grupių – One Way ANOVA

Kintamieji	Ilgalaikiai santykiai (n = 76)		Santuoka (n = 75)		Kita (n = 36)				
	M	SD	M	SD	M	SD	F	df	p
FS	57.66	21.52	56.38	20.66	51.74	25.62	0.9	2	0.409
PS	49.36	20.84	51.78	23.45	39.29	23.89	3.85	2	0.023*
R1	81.38	18.98	79.27	17.35	76.94	26.68	0.62	2	0.538
R2	57.89	39.83	49.33	38.98	45.14	42.18	1.52	2	0.220
R3	48.68	39.41	60.89	40.03	42.59	43.36	3.03	2	0.051
R4	41.78	16.22	41.20	21.24	29.86	19.69	5.43	2	0.005*
R5	48.58	18.54	49.76	20.84	41.11	17.90	2.57	2	0.079
R6	58.39	27.17	55.27	28.74	43.61	29.96	3.39	2	0.036*
R7	51.09	27.23	55.30	26.95	49.31	30.95	0.71	2	0.492
R8	40.26	21.41	41.60	19.76	35.56	21.50	1.04	2	0.352
DS	8.95	5.60	8.21	5.43	12.08	6.59	5.71	2	0.004*
NS	7.84	4.68	7.44	4.90	8.78	5.81	0.87	2	0.421
SS	11.91	4.81	10.36	5.45	12.58	5.26	2.83	2	0.062
BSCS	3.00	.68	3.04	.68	2.88	.75	0.63	2	0.529
BIPQ1	7.33	1.97	7.29	2.25	7.53	2.06	0.15	2	0.854
BIPQ2	9.50	.93	9.29	1.11	9.55	.90	1.11	2	0.330
BIPQ3	5.52	2.63	5.20	2.68	5.66	2.80	0.46	2	0.631
BIPQ4	5.34	2.74	4.86	2.86	3.88	2.99	3.20	2	0.043*
BIPQ5	7.50	2.42	6.96	2.39	7.22	2.50	0.93	2	0.395
BIPQ6	8.05	2.06	7.61	2.25	7.75	2.54	0.74	2	0.475
BIPQ7	2.81	2.35	2.98	2.35	2.33	2.15	0.97	2	0.379
BIPQ8	7.54	2.25	7.27	2.62	7.83	2.47	0.67	2	0.508

8 priedas. Ligos charakteristikų ir vertintų kintamųjų sąsajos - Pearson koreliacijos

	RAND-36				DASS-21				SCS-SF				BIPQ		
	GS	DA	S		GS	DA	S		GS	DA	S		GS	DA	S
F	-	-	-	D	.247*	.195	.335*	BSC	-	-	-	BIPQ	.255*	.09	.464*
S	.329*	.199*	.533*	S	*	*	*	S	.09	.07	.282*	1	*	9	*
	*		*						9	7	*				
P	-	-	-	N	.241*	.071	.383*					BIPQ	.089	.14	.008
S	.281*	.210*	.423*	S	*		*					2		9	
	*	*	*												
R	-	-.072	-	S	.223*	.185	.342*					BIPQ	.181*	-	.263*
1	.282*		.380*	S	*	*	*					3		.07	*
	*		*											7	
R	-	-	-									BIPQ	.180*	.13	.274*
2	.243*	.217*	.442*									4		0	*
	*	*	*												
R	-	-.149	-									BIPQ	.311*	.02	.457*
3	.234*		.367*									5	*	2	*
	*		*												
R	-	-	-									BIPQ	.140	.03	.342*
4	.221*	.211*	.394*									6		4	*
	*	*	*												
R	-	-.145	-									BIPQ	-.131	-	.017
5	.267*		.273*									7		.02	
	*		*											6	
R	-	-	-									BIPQ	.251*	.03	.428*
6	.236*	.211*	.371*									8	*	3	*
	*	*	*												
R	-	-	-												
7	.329*	.210*	.455*												
	*	*	*												

R	-	-.067	-
8	.211*		.433*
	*		*

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, RAND-36 – su sveikata susijusi gyvenimo kokybės klausimynas, DASS-21 – depresijos, nerimo ir streso skalė, SCS-SF – trumpoji atjautos sau skalė, BIPQ – trumpas ligos suvokimo klausimynas, FS – fizinė sveikata, PS – psichikos sveikata, R1 – fizinis aktyvumas, R2 – veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, R3 – veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, R4 – energingumas/gyvybingumas, R5 – emocinė būseną, R6 – socialinis funkcionavimas, R7 – skausmas, R8 – bendras sveikatos vertinimas, DS – depresijos skalė, NS – nerimo skalė, SS – streso skalė, BSCS – bendra atjauta sau, BIPQ1 – ligos padariniai, BIPQ2 – ligos trukmė, BIPQ3 – asmeninė kontrolė, BIPQ4 – gydymo kontrolė, BIPQ5 – tapatumas, BIPQ6 – susirūpinimas liga, BIPQ7 – ligos aiškumas, BIPQ8 – emocinis poveikis, GS – aplankytų gydytojų skaičius iki nustatytos diagnozės, DA – diagnozės atidėjimas, S – patiriamų endometriozių simptomų visuma

9 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiskumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp turinčių ir neturinčių kitų diagnozuotų ligų grupių – nepriklausomų imčių Stjudent t testas

Kintamieji	Turi kitų ligų (n = 76)		Neturi kitų ligų (n = 109)				
	M	SD	M	SD	t	df	p
FS	46.99	22.55	62.35	19.59	-4.92	183	.000
PS	41.48	22.71	53.15	21.98	-3.50	183	.001
R1	72.17	24.37	84.91	14.54	-4.07	112	.000
R2	37.50	39.05	62.16	38.13	-4.28	183	.000
R3	42.54	39.10	59.33	41.16	-2.78	183	.006
R4	34.67	20.58	42.39	18.27	-2.68	183	.008
R5	44.05	20.54	50.17	18.68	-2.10	183	.037
R6	44.64	28.20	60.71	27.47	-3.87	183	.000
R7	45.86	26.98	57.25	27.76	-2.77	183	.006
R8	32.43	20.85	45.09	19.37	-4.23	183	.000
DS	10.63	6.34	8.34	5.40	2.63	183	.009
NS	8.83	5.29	7.24	4.73	2.14	183	.033
SS	12.37	5.35	10.76	5.06	2.07	183	.039
BSCS	2.89	.63	3.07	.73	-1.77	183	.078
BIPQ1	7.86	2.00	7.01	2.12	2.72	183	.007
BIPQ2	9.37	1.08	9.48	.92	-.70	175	.480
BIPQ3	5.98	2.73	5.0092	2.60	2.46	183	.015
BIPQ4	4.86	2.84	4.8991	2.91	-.07	183	.943
BIPQ5	7.58	2.39	6.99	2.45	1.62	183	.107
BIPQ6	8.20	2.08	7.56	2.32	1.91	183	.057
BIPQ7	2.80	2.43	2.7798	2.24	.06	183	.948
BIPQ8	7.84	2.32	7.28	2.52	1.55	183	.122

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, RAND-36 – su sveikata susijusi gyvenimo kokybės klausimynas,

DASS-21 – depresijos, nerimo ir streso skalė, SCS-SF – trumpoji atjautos sau skalė, BIPQ – trumpas

ligos suvokimo klausimynas, FS – fizinė sveikata, PS – psichikos sveikata, R1 – fizinis aktyvumas, R2

– veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, R3 – veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, R4 – energingumas/gyvybingumas, R5 – emocinė būseną, R6 – socialinis funkcionavimas, R7 – skausmas, R8 – bendras sveikatos vertinimas, DS – depresijos skalė, NS – nerimo skalė, SS – streso skalė, BSCS – bendra atjauta sau, BIPQ1 – ligos padariniai, BIPQ2 – ligos trukmė, BIPQ3 – asmeninė kontrolė, BIPQ4 – gydymo kontrolė, BIPQ5 – tapatumas, BIPQ6 – susirūpinimas liga, BIPQ7 – ligos aiškumas, BIPQ8 – emocinis poveikis, GS – aplankytų gydytojų skaičius iki nustatytos diagnozės, DA – diagnozės atidėjimas, S – patiriamų endometriozei simptomų visuma

10 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiškumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp taikomo gydymo grupių – ANOVA

Kintamieji	Abu (n = 59)		Medikamentinis (n = 53)		Chirurginis (n = 37)		Netaikomas (n = 28)		F	df	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
FS	56.30	22.99	56.84	21.51	57.75	23.48	49.71	20.56	.83	3	.47
PS	48.07	23.49	49.20	21.27	47.69	23.53	45.72	23.75	.14	3	.93
R1	79.66	20.04	80.38	20.30	79.73	19.36	76.61	22.97	.22	3	.88
R2	52.54	41.18	50.94	39.21	57.43	38.57	43.75	43.36	.62	3	.60
R3	53.11	41.57	52.83	38.36	54.05	46.04	44.05	39.60	.39	3	.75
R4	38.64	18.75	41.42	19.54	37.43	19.49	39.29	21.41	.34	3	.79
R5	46.98	22.43	47.85	17.07	45.84	18.10	47.14	19.14	.07	3	.97
R6	53.56	30.20	54.72	26.75	53.45	29.19	52.41	28.34	.04	3	.98
R7	54.19	30.05	54.06	26.09	53.18	30.91	42.23	24.51	1.34	3	.26
R8	38.81	20.41	41.98	21.33	40.68	21.76	36.25	18.44	.53	3	.65
DS	9.05	5.64	9.55	5.86	9.46	6.36	9.64	6.05	.09	3	.96
NS	7.85	5.84	8.30	4.63	7.78	4.90	8.14	4.37	.10	3	.95
SS	10.98	5.61	12.06	4.74	11.08	5.55	12.25	4.84	.66	3	.57
BSCS	3.11	.75	2.81	.66	3.00	.73	2.99	.56	1.75	3	.15
BIPQ1	7.64	2.23	7.06	1.86	7.00	2.55	7.82	1.56	1.52	3	.20
BIPQ2	9.65	.76	9.14	1.25	9.43	.91	9.26	1.09	2.37	3	.07
BIPQ3	5.55	2.86	5.16	2.62	5.35	2.44	6.28	2.40	1.15	3	.33
BIPQ4	5.13	2.96	4.00	2.67	5.21	2.83	5.17	2.51	2.18	3	.09
BIPQ5	7.34	2.54	6.79	2.64	7.03	2.38	8.29	1.58	2.47	3	.06
BIPQ6	7.63	2.60	7.79	2.01	7.70	2.40	8.32	1.44	.64	3	.58
BIPQ7	2.01	1.93	3.45	2.12	2.94	2.40	3.25	2.95	4.18	3	.007
BIPQ8	7.27	2.65	7.55	2.29	7.24	2.76	8.00	1.94	.67	3	.56

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, RAND-36 – su sveikata susijusi gyvenimo kokybės klausimynas, DASS-21 – depresijos, nerimo ir streso skalė, SCS-SF – trumpoji atjautos sau skalė, BIPQ – trumpas ligos suvokimo klausimynas, FS – fizinė sveikata, PS – psichikos sveikata, R1 – fizinis aktyvumas, R2 –

veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, R3 – veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, R4 – energingumas/gyvybingumas, R5 – emocinė būseną, R6 – socialinis funkcionavimas, R7 – skausmas, R8 – bendras sveikatos vertinimas, DS – depresijos skalė, NS – nerimo skalė, SS – streso skalė, BSCS – bendra atjauta sau, BIPQ1 – ligos padariniai, BIPQ2 – ligos trukmė, BIPQ3 – asmeninė kontrolė, BIPQ4 – gydymo kontrolė, BIPQ5 – tapatumas, BIPQ6 – susirūpinimas liga, BIPQ7 – ligos aiškumas, BIPQ8 – emocinis poveikis, GS – aplankytų gydytojų skaičius iki nustatytos diagnozės, DA – diagnozės atidėjimas, S – patiriamų endometriozių simptomų visuma

11 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, nerimo, depresiškumo, streso, atjautos sau ir ligos suvokimo įverčių palyginimas tarp nuo diagnozės praėjusio laiko grupių – ANOVA

Kintamieji	Iki 1 m. (n = 53)		>1 iki 3 m. (n = 42)		>3 m. (n = 89)				
	M	SD	M	SD	M	SD	F	df	p
FS	48.34	21.76	63.13	16.52	57.47	23.25	5.89	2	.003
PS	42.37	21.95	51.40	22.91	50.81	22.72	2.77	2	.065
R1	78.30	20.28	87.14	11.05	77.02	22.42	3.93	2	.021
R2	37.74	40.91	58.93	34.84	57.30	40.10	4.97	2	.008
R3	45.28	41.39	51.59	39.09	56.93	41.19	1.36	2	.258
R4	33.30	18.02	45.24	18.60	40.34	19.91	4.77	2	.010
R5	42.26	18.45	51.14	18.83	49.35	19.96	3.09	2	.047
R6	48.63	28.22	57.62	28.66	56.63	28.70	1.61	2	.201
R7	43.07	25.91	61.55	23.19	54.04	29.72	5.61	2	.004
R8	34.25	20.48	44.88	19.83	41.52	20.78	3.51	2	.032
DS	11.23	6.39	8.79	5.11	8.24	5.65	4.62	2	.011
NS	8.92	4.69	7.40	4.72	7.38	5.19	1.81	2	.166
SS	13.13	4.70	11.19	5.25	10.47	5.19	4.61	2	.011
BSCS	2.79	.46	3.06	.78	3.07	.74	3.05	2	.050
BIPQ1	7.36	1.67	7.02	2.06	7.46	2.35	.61	2	.542
BIPQ2	9.29	1.05	9.47	.95	9.47	1.01	.55	2	.574
BIPQ3	6.28	2.39	5.16	2.60	5.14	2.76	3.49	2	.032
BIPQ4	5.09	2.55	4.54	2.96	4.94	3.03	.44	2	.643
BIPQ5	7.57	2.14	6.95	1.89	7.11	2.80	.86	2	.421
BIPQ6	8.38	1.80	7.45	2.34	7.64	2.39	2.51	2	.084
BIPQ7	3.75	2.17	3.11	2.29	2.05	2.17	10.50	2	.000
BIPQ8	7.96	2.12	7.19	2.25	7.29	2.69	1.58	2	.208

Pastaba. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, RAND-36 – su sveikata susijusi gyvenimo kokybės klausimynas, DASS-21 – depresijos, nerimo ir streso skalė, SCS-SF – trumpoji atjautos sau skalė, BIPQ – trumpas ligos suvokimo klausimynas, FS – fizinė sveikata, PS – psichikos sveikata, R1 – fizinis aktyvumas, R2 – veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, R3 – veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, R4 – energingumas/gyvybingumas, R5 – emocinė būseną, R6 – socialinis funkcionavimas, R7 – skausmas, R8 – bendras sveikatos vertinimas, DS – depresijos skalė, NS – nerimo skalė, SS – streso skalė, BSCS –

bendra atjauta sau, BIPQ1 – ligos padariniai, BIPQ2 – ligos trukmė, BIPQ3 – asmeninė kontrolė, BIPQ4 – gydymo kontrolė, BIPQ5 – tapatumas, BIPQ6 – susirūpinimas liga, BIPQ7 – ligos aiškumas, BIPQ8 – emocinis poveikis, GS – aplankytų gydytojų skaičius iki nustatytos diagnozės, DA – diagnozės atidėjimas, S – patiriamų endometriozės simptomų visuma

12 priedas. RAND-36, DAS-21, SCS-SF ir Brief IPQ rezultatų tarpusavio sąsajos

	FS	PS	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	DS	NS	SS	BS CS	BIP Q1	BIP Q2	BIP Q3	BIP Q4	BIP Q5	BIP Q6	BIP Q7
FS	1																				
PS	.748 **	1																			
R1	.722 **	.542 **	1																		
R2	.890 **	.679 **	.536 **	1																	
R3	.559 **	.843 **	.330 **	.576 **	1																
R4	.668 **	.857 **	.547 **	.544 **	.556 **	1															
R5	.585 **	.804 **	.456 **	.469 **	.496 **	.785 **	1														
R6	.741 **	.861 **	.571 **	.661 **	.568 **	.740 **	.653 **	1													
R7	.828 **	.589 **	.480 **	.631 **	.467 **	.514 **	.449 **	.568 **	1												
R8	.719 **	.560 **	.533 **	.480 **	.342 **	.573 **	.504 **	.560 **	.498 **	1											
DS	-.582 **	-.793 **	-.461 **	-.466 **	-.541 **	-.767 **	-.798 **	-.701 **	-.438 **	-.534 **	1										
NS	-.516 **	-.618 **	-.432 **	-.377 **	-.430 **	-.565 **	-.591 **	-.584 **	-.441 **	-.472 **	.724 **	1									
SS	-.528 **	-.685 **	-.370 **	-.427 **	-.472 **	-.612 **	-.738 **	-.608 **	-.421 **	-.517 **	.795 **	.720 **	1								
BS CS	.347 **	.469 **	.276 **	.268 **	.337 **	.431 **	.506 **	.371 **	.272 **	.314 **	-.585 **	-.472 **	-.492 **	1							
BIP Q1	-.589 **	-.454 **	-.502 **	-.433 **	-.318 **	-.433 **	-.316 **	-.483 **	-.485 **	-.545 **	.368 **	.356 **	.307 **	-.163 *	1						

13 priedas. Fizinės sveikatos daugialypės ir hierarchinės regresinių analizių rezultatai

		Nepriklausomi kintamieji		Priklausomas kintamasis		
		Fizinė sveikata		F	p	R2
		Beta (β)	p			
1 modelis	SCS	.133	.026	23,31	<0,001	0,477
	BIPQ1	-.338	.000			
	BIPQ3	-.151	.014			
	BIPQ4	-.047	.414			
	BIPQ5	-.151	.038			
	BIPQ6	-.047	.508			
	BIPQ8	-.125	.093			
2 modelis	SCS	-.055	.381	23,32	<0,001	0,579
	BIPQ1	-.310	.000			
	BIPQ3	-.136	.016			
	BIPQ4	-.031	.555			
	BIPQ5	-.131	.058			
	BIPQ6	-.019	.776			
	BIPQ8	-.018	.803			
	DS	-.254	.006			
	NS	-.048	.545			
	SS	-.150	.097			
3 modelis	SCS	-.076	.256	14,23	<0,001	0,631
	BIPQ1	-.248	.001			
	BIPQ3	-.118	.066			
	BIPQ4	.020	.737			
	BIPQ5	-.111	.149			
	BIPQ6	-.002	.972			
	BIPQ8	-.070	.343			
	DS	-.157	.126			
	NS	-.036	.673			
	SS	-.153	.116			

Pastaba. 3 modelis atliktas kontroliuojant sociodemografines ir su liga susijusias charakteristikas FS – fizinė sveikata, PS – psichikos sveikata, R1 – fizinis aktyvumas, R2 – veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, R3 – veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, R4 – energingumas/gyvybingumas, R5 – emocinė būseną, R6 – socialinis funkcionavimas, R7 – skausmas, R8 – bendras sveikatos vertinimas, DS – depresijos skalė, NS – nerimo skalė, SS – streso skalė, BSCS – bendra atjauta sau, BIPQ1 – ligos padariniai, BIPQ2 – ligos trukmė, BIPQ3 – asmeninė kontrolė, BIPQ4 – gydymo kontrolė, BIPQ5 – tapatumas, BIPQ6 – susirūpinimas liga, BIPQ7 – ligos aiškumas, BIPQ8 – emocinis poveikis

14 priedas. Psichinės sveikatos daugialypės ir hierarchinės regresinių analizių rezultatai

		Nepriklausomi kintamieji		Priklausomas kintamasis			
				Psichinė sveikata			
		Beta (β)	p	F	p	R2	
1 modelis	SCS	.268	.000	24.604	<0,001	.451	
	BIPQ1	-.158	.043				
	BIPQ3	-.092	.125				
	BIPQ5	-.069	.349				
	BIPQ6	.023	.747				
	BIPQ8	-.358	.000				
2 modelis	SCS	-.026	.622	43.149	<0,001	0,687	
	BIPQ1	-.110	.065				
	BIPQ3	-.070	.126				
	BIPQ5	-.053	.360				
	BIPQ6	.074	.184				
	BIPQ8	-.189	.002				
	DS	-.526	.000				
	NS	.031	.645				
	SS	-.187	.015				
3 modelis	SCS	-.004	.944	21,119	<0,001	0,687	
	BIPQ1	-.094	.163				
	BIPQ3	-.055	.313				
	BIPQ5	-.033	.621				
	BIPQ6	.091	.159				
	BIPQ8	-.210	.002				
	DS	-.400	.000				
	NS	.011	.891				
	SS	-.226	.013				

Pastaba. 3 modelis – hierarchinės regresijos modelis, atliktas kontroliuojant sociodemografines ir su sveikata susijusias charakteristikas, FS – fizinė sveikata, PS – psichikos sveikata, R1 – fizinis aktyvumas, R2 – veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, R3 – veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, R4 – energingumas/gyvybingumas, R5 – emocinė būseną, R6 – socialinis funkcionavimas, R7 – skausmas, R8 – bendras sveikatos vertinimas, DS – depresijos skalė, NS – nerimo skalė, SS – streso skalė, BSCS – bendra atjauta sau, BIPQ1 – ligos padariniai, BIPQ2 – ligos trukmė, BIPQ3 – asmeninė kontrolė, BIPQ4 – gydymo kontrolė, BIPQ5 – tapatumas, BIPQ6 – susirūpinimas liga, BIPQ7 – ligos aiškumas, BIPQ8 – emocinis poveikis

15 priedas. Kvietimas dalyvauti tyrime

Kvietimas dalyvauti tyrime

Sveiki,

esu Jurga Juškaitė, Vilniaus universiteto Sveikatos psichologijos magistrantūros studentė. Kviečiu Jus dalyvauti tyrime, kuriame siekiu įvertinti endometrioze sergančių moterų atjautos sau, ligos suvokimo, psichologinės savijautos bei su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas.

Užpildyti apklausą kviečiu endometriozės diagnozę bei ne mažiau kaip 18 metų turinčias moteris.

Anketos užpildymas truks apie 10-15 minučių.

Kodėl verta skirti laiko apklausos užpildymui?

Endometrioze siejama su prastesne moterų psichologine savijauta ir gyvenimo kokybe. Tačiau yra pastebima, kad dalis moterų patiria mažiau neigiamą šios ligos poveikį, tikėtina, kad taip yra dėl individualių skirtumų. Psichologiniuose tyrimuose siekiama įvertinti, kokie aspektai, siejasi su mažiau neigiamu moterų endometriozės patyrimu. Šiame tyrime nagrinėjami aspektai – atjauta sau ir ligos suvokimas.

Tikimės, kad gauti rezultatai prisidės prie gilesnio endometrioze sergančių moterų fizinę ir psichologinę savijautą lemiančių veiksnių supratimo bei padės sukurti kompleksinės pagalbos organizavimo rekomendacijas.

Jūsų saugumo užtikrinimas

Apklausa yra anoniminė, o dalyvavimas tyrime – savanoriškas. Surinkti apklausos duomenys bus naudojami baigiamajame darbe ir tik apibendrinti. Duomenims rinkti naudojama Bendrąjį duomenų saugos reglamentą (BDAR, 2018) atitinkanti platforma „Microsoft Forms“.

Kilus klausimams, susisiekite el. paštu: jurga.juskaite@fsf.stud.vu.lt

Nuoširdžiai dėkoju už dalyvavimą ir Jūsų atsakymus!

16 priedas. Sociodemografinių klausimų anketos dalis

1) Koks Jūsų amžius? *(įrašykite skaičiais, pvz., 26)*

2) Koks Jūsų išsilavinimas? *(jei šiuo metu išsilavinimas tik įgyjamas – jį ir pažymėkite)*

- a. Pagrindinis
- b. Vidurinis
- c. Profesinis
- d. Aukštasis neuniversitetinis
- e. Aukštasis universitetinis

3) Kokia Jūsų šeiminė padėtis?

- a. Partnerio(-ės) neturiu
- b. Esu ilgalaikiuose santykiuose
- c. Esu ištekėjusi
- d. Esu išsiskyrusi
- e. Esu našlė
- f. Kita

4) Ar turite biologinių vaikų?

- a. Neturiu
- b. Šiuo metu esu nėščia
- c. Turiu vieną vaiką
- d. Turiu du ar daugiau vaikų

5) Kokia Jūsų gyvenamoji vieta?

- a. Didysis Lietuvos miestas (pvz., Vilnius, Kaunas) ar jo priemiestis
- b. Miestas
- c. Miestelis
- d. Kaimas

6) Koks Jūsų užimtumas?

- a. Studijuoju
- b. Studijuoju ir dirbu
- c. Dirbu pilnu etatu
- d. Dirbu nepilnu etatu
- e. Dirbu didesniu nei pilnu etatu
- f. Esu laisvai samdoma darbuotoja / dirbu pagal individualią veiklą
- g. Nedirbu / darbo neturiu
- h. Esu nėštumo ir gimdymo / vaiko priežiūros atostogose
- i. Kita

17 priedas. Su endometrioze susijusių klausimų anketos dalis

1) Prieš kiek laiko Jums buvo kliniškai diagnozuota endometrioze?

- a. <0.5 metų
- b. 0.5–1 metai
- c. >1–2 metai
- d. >2–3 metai
- e. >3–5 metai
- f. >5 metai
- g. Negaliu atsakyti

2) Kuriuos iš šių simptomų jaučiate?

Pažymėkite visus Jūsų patirtus/ patiriamus endometrioze simptomus:

- Skausmingos menstruacijos (dismenoreja)
- Gausus kraujavimas
- Skausmas lytinių santykių metu ar po jų (dispareunija)
- Lėtiniai dubens skausmai
- Skausmas ovuliacijos metu / skausmai ciklui įpusėjus
- Cikliška pasikartojantys ar priešmenstruaciniai simptomai su kraujo priemaišomis ar be jo
- Skausmingas šlapinimasis ar tuštinimasis
- Pilvo pūtimas
- Vidurių užkietėjimas ar viduriavimas
- Kitos problemos/simptomai susiję su šlapinimusi ar tuštinimusi (pvz., dažnumas, staigus užsinorėjimas, skausminga žarnyno peristaltika ar panašiai)
- Pykinimas ar diskomfortas epigastriumo srityje

- Nevaisingumas
- Lėtinis nuovargis
- Cikliniai kojų ar sėdimąjo nervo (n. ischiadicus) skausmai
- Kita (*įrašykite*) _____

3) Jūsų amžius, kai pradėjote jausti simptomus, siejamus su endometrioze (*įrašykite skaičiais, pvz., 17*):

(jei į šį klausimą atsakyti negalite – įrašykite skaičių 0)

4) Jūsų amžius, kai Jums buvo diagnozuota endometrioze (*įrašykite skaičiais, pvz., 24*):

(jei į šį klausimą atsakyti negalite – įrašykite skaičių 0)

5) Diagnozuota endometrioze stadija:

- 1 stadija – minimali endometrioze
- 2 stadija – lengva
- 3 stadija – vidutinė
- 4 stadija – sunki
- Negaliu atsakyti

6) Taikomas(-ytas) gydymas:

- Medikamentinis
- Chirurginis
- Abu
- Kita (*įrašykite*) _____

7) Kiek apytiksliai skirtingų gydytojų apsilankėte (dėl patiriamų simptomų) iki diagnozuojant endometriozę? (*įrašykite skaičiumi, pvz., 5*)

(jei į šį klausimą atsakyti negalite – įrašykite skaičių 0)

8) Ar turite kitų diagnozuotų ligų (*pvz., lėtinių ar autoimuninių ligų*)?

- a. Taip
- b. Ne
- c. Nenoriu atsakyti

9) Ar dėl endometriozių teko kreiptis psichologinės pagalbos pas psichikos sveikatos specialistą?

- a. Taip, teko apsilankyti pajutus poreikį
- b. Taip, lankausi reguliariai
- c. Ne, poreikio nejaučiu
- d. Ne, tačiau jaučiu poreikį
- e. Kita (*įrašykite*) _____

18 priedas. Anketoje pateiktas kontrolinis klausimas

Jeigu skaitote šį klausimą, prašome pasirinkti atsakymą 0. *

0	1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19 priedas. Padėka ir pagalbos numeriai užpildžius anketą



Ačiū už dalyvavimą!

Jūsų psichologinė savijauta yra labai svarbi, todėl jei šios anketos pildymas sukėlė stiprias emocijas arba šiuo metu susiduriate su sunkumais – nelikite viena:

„Pagalbos moterims linija“ tel.: +370 800 66366

„Vilties linija“ tel.: 116 123.

Daugiau naudingos informacijos apie psichologinę pagalbą galite rasti:

<https://pagalbasau.lt/>

<https://pagalbosmoterimslinija.lt/>