LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA

Renata Petraškienė

ŽVYNELINE SERGANČIŲ PACIENTŲ SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMAS

Daktaro disertacija
Biomedicinos mokslai,
slauga (10B)

Kaunas, 2016

Disertacija rengta 2011–2016 metais Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Slaugos fakulteto Slaugos ir rūpybos katedroje.

Mokslinė vadovė

prof. dr. Jūratė Macijauskienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, slauga – 10B)

Disertacija ginama Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos slaugos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkė

prof. habil. dr. Vita Lesauskaitė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, slauga – 10B)

Nariai:

doc. dr. Vesta Kučinskienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 06B)

doc. dr. Olga Riklikienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, slauga – 10B)

prof. dr. Vidmantas Alekna (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, slauga – 10B)

prof. habil. dr. Jacek C. Szepietowski (Vroclovo medicinos universitetas (Lenkija), biomedicinos mokslai, medicina – 06B)

Disertacija ginama 2016 m. rugpjūčio 31 d. 12 val. viešajame slaugos mokslo krypties tarybos posėdyje Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kardiologijos instituto posėdžių salėje.

Adresas: Sukilėlių pr. 17, LT-50161 Kaunas, Lietuva.

LITHUANIAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL ACADEMY

Renata Petraškienė

ASSESSMENT OF HEALTH-RELATED LIFE QUALITY OF PSORIASIS PATIENTS

Doctoral Dissertation
Biomedical Sciences,
Nursing (10B)

Kaunas, 2016

Dissertation has been prepared at the Department of Nursing and Care of the Faculty of Nursing of Medical Academy of Lithuanian University of Health Sciences during the period of 2011–2016.

Scientific Supervisor

Prof. Dr. Jūratė Macijauskienė (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Nursing – 10B)

Dissertation is defended at the Nursing Research Council of the Lithuanian University of Health Sciences.

Chairperson

Prof. Dr. Habil. Vita Lesauskaitė (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Nursing – 10B)

Members:

Assoc. Prof. Dr. Vesta Kučinskienė (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Medicine – 06B)

Assoc. Prof. Dr. Olga Riklikienė (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Nursing – 10B)

Prof. Dr. Vidmantas Alekna (Vilnius University, Biomedical Sciences, Nursing – 10B)

Prof. Dr. Habil. Jacek C. Szepietowski (Wrolaw Medical University (Poland), Biomedical Sciences, Medicine – 06B)

Dissertation will be defended at the open session of the Nursing Research Council at noon on the 31th of August 2016 in the Symposium auditorium of the Institute of Cardiology of Lithuanian University of Health Sciences.

Address: Sukilėlių 17, LT-50161 Kaunas, Lithuania.

TURINYS

SANTRUMPOS 7
ĮVADAS 9
1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI 11
2. LITERATŪROS APŽVALGA 14
2.1. Žvynelinė ir gyvenimo kokybė 14
2.2. Gyvenimo kokybės samprata 17
2.3. Žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybės tyrimų apžvalga 20
2.4. Pacientų mokymas stebėti ir valdyti ligą 26
2.5. Slaugytojo vaidmuo gerinant pacientų gyvenimo kokybę 28
3. TYRIMO METODIKA 30
3.1. Tyrimo eiga ir imtis 30
3.2. Tiriamųjų kontingentas 31
3.2.1. Pacientai, sergantys žvyneline 31
3.2.2. Bendrosios praktikos slaugytojai 31
3.3. Tyrimo instrumentai 33
3.3.1. Pacientų klausimynas 33
3.3.2. Slaugytojų klausimynas 35
3.4. Statistinis duomenų vertinimas 36
4. DARBO REZULTATAI 37
4.1. Tiriamųjų kontingento sociodemografiniai ir klinikiniai rodmenys 37
4.2. Žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybės vertinimas 44
4.2.1. Gyvenimo kokybės ir ligos sunkumo vertinimas 44
4.2.2. Žvyneline sergančių pacientų sveikatos būklės, neįgalumo ir ligos sunkumo vertinimas 48
4.3. Pacientų psichoemocinės būklės vertinimas 53
4.4. Paciento žinios apie ligą ir požiūris į mokymąsi 57
4.5. Slaugytojų žinių apie žvynelinę vertinimas 59
5.DARBO REZULTATŲ APTARIMAS 63
5.1. Rizikos veiksnių sąsajos su žvynelinės paplitimu 63
5.2. Žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybės vertinimas 65
5.3. Žvyneline sergančių pacientų psichoemocinis vertinimas 69
5.4. Žvyneline sergančių pacientų ir nedermatologinio profilio slaugytojų žinios apie žvynelinę 71
IŠVADOS 75

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS 76
BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS 77
SĄRAŠAS PUBLIKACIJŲ, KURIOSE SKELBIAMI DISERTACIJOS REZULTATAI 97
STRAIPSNIŲ KOPIJOS, KURIOSE SKELBIAMI SVARBIAUSI TYRIMŲ REZULTATAI 98
SUMMARY 118
PRIEDAI 143
CURRICULUM VITAE 187
PADĖKA 188

SANTRUMPOS

BSA	Kūno paviršiaus plotas (angl. *Body Surface Area)*
DLQI	Dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas (ang. *Dermatology Quality of Life Index)*
EQ-5D	Sveikatos būklės anketa (angl. *EQ-5D Health Questionnaire*)
EQVAS	Europos vizualinė gyvenimo kokybės skalė (angl. *Europe Quality of Life Visual Analogue Scale)*
GK	Gyvenimo kokybė
HAD	Nerimo ir depresijos skalė (angl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*)
HRQOL	Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (angl. *Health-Related Quality of Life)*
IĮ	individuali įmonė
IP	Ligos poveikio vertinimas (angl. *Sickness Impact Profile)*
JCS	Jalovico įveikos Skalė (angl. *Jalowiec Coping Scale)*
KMI	kūno masės indeksas
LY DLQI	Praėjusių metų dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas (angl. *Last Year Dermatology Life Quality Index)*
LSMUL KK	Lietuvos sveikatos medicinos universiteto ligoninė Kauno klinikos
LT DLQI	Dermatologinis viso gyvenimo kokybės indeksas (angl. *LifeTime Dermatology Life Quality Index)*
LW DLQI	Praėjusios savaitės dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas (angl. *Last Week Dermatology Life Quality Index)*
mėn.	Mėnuo
n	tiriamųjų skaičius
p	reikšmingumas
PASI	Žvynelinės ploto ir sunkumo indeksas (angl. *Psoriasis Area and Severity Index)*
PDI	Žvynelinės neįgalumo indeksas (ang. *Psoriasis disability index*)
PGA VAS	Visuotinė vizualinė ligos aktyvumo skalė (angl. *Physician's Global Assessment of disease activity Visual Analogue Scale)*
PI	pasikliautinasis intervalas
PLSI	Žvynelinės sukelto streso aprašas (angl. *Psoriasis Life Stress Inventory*)

PQLQ	Žvynelinės gyvenimo kokybės klausimynas (angl. *Psoriasis Quality of Life Questionnaire)*
PRLE	Su žvyneline susiję gyvenimo įvykiai (angl. *Psoriasis Related Life Events)*
PSPĮ	pirminė sveikatos priežiūros įstaiga
QOLS	Gyvenimo kokybės skalė (angl. *Quality of Life Scale)*
SAPASI	Subjektyvus ploto ir sunkumo indeksas (angl. *Self Administered Area and Severity Index)*
sav.	Savaitė
SF	Trumpoji forma 36 (angl. *Short Form 36*)
SIP	Ligos poveikio vertinimas (angl. *Sicness Impact Profile*)
SN	standartinis nuokrypis
UAB	uždaroji akcinė bendrovė
VšĮ	Viešoji įstaiga

ĮVADAS

Žvynelinė, dar kitaip vadinama psoriaze, – tai autoimuninė lėtinė atsinaujinančios eigos odos uždegimo liga, kuriai būdinga ne tik odos, nagų, bet ir sąnarių pažeidimas, taip pat psichosocialiniai bei gyvenimo kokybės pokyčiai [106, 119]. Žvynelinė pasireiškia matomu pleiskanojančiu kūno odos ir galvos plaukuotosios dalies išbėrimu bei nagų pažeidimu. Nuo 6 iki 39 proc. ligonių išsivysto psoriazinis artritas, lemiantis neįgalumą [35, 148, 234, 237].

Įvairių šaltinių duomenimis, žvyneline serga apie 2–4 proc. pasaulio gyventojų [175]. Lietuvoje tikslių sergamumo žvyneline statistinių duomenų neturima, nes nėra ligos registro, bet manoma, kad ligonių yra apie 90–120 tūkstančių. Dažniausiai susergama iki 30 m. amžiaus, tačiau susirgti gali tiek vaikai, tiek vyresnio amžiaus asmenys, vienodai dažnai abiejų lyčių atstovai [120, 162, 178].

Ir pacientai, ir sveikatos priežiūros specialistai vis labiau domisi ne vien tuo, kaip sumažinti simptomus, bet ir kaip pagerinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Stengiamasi atkreipti visuomenės dėmesį į sergančius žvyneline, jų gyvenimo kokybę, socialinę izoliaciją. Įgyvendinant Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ bei nacionalinės sveikatos koncepcijoje išdėstytą ir sveikatos sistemos įstatyme įteisintą sveikatos politikos strategiją, gyvenimo kokybės tyrimas ir jos gerinimo būdai yra vieni pagrindinių Lietuvos sveikatos programos tikslų [136, 137]. Didėjant sergamumui lėtinėmis ligomis, vienu svarbiausių gydymo ir slaugos galutinių rezultatų rodikliu tampa su sveikata susijusios gyvenimo kokybės teigiamas pokytis.

Žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybės tyrimų metodika labai įvairuoja pagal įtrauktų į tyrimą tiriamųjų skaičių, naudotus sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės klausimynus, pasirinktą išbėrimų vertinimo (ligos sunkumo) skalę, taigi palyginti jų rezultatus gana sunku. Daugelio šalių klinikiniuose tyrimuose sergančiųjų žvyneline su sveikata susijusi gyvenimo kokybė vertinama prieš gydymą ir po jo [15, 67, 150, 191, 218].

Remiantis kitų šalių patirtimi, prie žvyneline sergančių pacientų priežiūros, slaugos tęstinumo užtikrinimo labai prisideda slaugytojai. Slaugytojas pacientui yra lengviau pasiekiamas asmuo, gebantis tinkamai suteikti individualią informaciją, gauti grįžtamąjį ryšį, geriau suvokiantis paciento situaciją nei kiti sveikatos priežiūros darbuotojai [29, 37, 199, 201]. Mūsų duomenimis, tyrimų, kuriais būtų įvertintos slaugytojų žinios apie žvynelinę, nėra atlikta.

Žvynelinė – paplitusi lėtinė liga, todėl, planuojant jos visavertę kontrolę, išsiaiškinti ligonių gyvenimo kokybės pokyčius ir slaugytojo vaidmenį ją gerinant yra aktualu ir ne mažiau svarbu nei gydyti vaistais.

Žvyneline sergančių ligonių su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų stoka Lietuvoje ir kitų šalių tyrimų rezultatai paskatino suplanuoti ir atlikti sergančiųjų žvyneline su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimą, įtraukiant keturias gyvenimo kokybės vertinimo metodikas, ir išsiaiškinti žvynelinės klinikinį, psichoemocinį poveikį gyvenimo kokybei, kartu įvertinant pacientų ir slaugytojų žinių lygį apie žvynelinę.

1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas

Įvertinti žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybę sąlygojančius veiksnius.

Uždaviniai

1. Įvertinti žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybei įtakos turinčius sociodemografinius ir klinikinius veiksnius.
2. Įvertinti žvyneline sergančių pacientų psichoemocinę būklę.
3. Įvertinti žvyneline sergančių pacientų žinias apie ligą ir požiūrį į mokymąsi.
4. Nustatyti slaugytojų vaidmenį gerinant žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybę.

Darbo hipotezės

1. Vyrų ir moterų žvynelinės klinikinis sunkumas yra susijęs su gyvenimo kokybe: kuo sunkesnė ligos klinikinė eiga, tuo blogesnė gyvenimo kokybė.
2. Pacientų, sergančių žvyneline ir slaugytojų, dirbančių nedermatologinio profilio skyriuose, žinios apie ligą per menkos, nepakanka su sveikata susijusios gyvenimo kokybės korekcijai.

Darbo mokslinis naujumas

Šiame darbe ištirta žvyneline sergančių ligonių su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir emocinė būklė atsižvelgiant į ligonio (lytis, amžius, KMI, išsilavinimas, socialinė grupė, šeiminė padėtis, žalingi įpročiai (rūkymas, alkoholio vartojimas)) ir ligos (žvynelinės trukmė, ligos sunkumas, psoriazinis artritas) veiksnius. Išanalizuota nerimo ir depresijos sąsaja su ligonio (lytis, amžius, KMI, išsilavinimas, socialinė grupė, šeiminė padėtis, žalingi įpročiai (rūkymas, alkoholio vartojimas)) ir ligos veiksniais (žvynelinės trukmė, sunkumas, psoriazinis artritas).

Atliktų žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybės tyrimų metodika labai įvairuoja pagal įtrauktų į tyrimą tiriamųjų skaičių, naudotus sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės klausimynus [31, 58, 62, 86, 114, 120, 154, 168, 170, 174, 183, 240, 257].

Mūsų duomenimis, tyrimų, skirtų įvertinti slaugytojų žinias apie žvynelinę, nėra atlikta. Tai pirmas disertacinis darbas Baltijos šalyse, kuriame nagrinėjama žvyneline sergančių ligonių su sveikata susijusi gyvenimo kokybė naudojant DLQI, HAD, PDI, EQ-5D klausimynus, kartu įvertinant ir slaugytojų žinias apie šią ligą.

Darbo praktinė reikšmė

Žvyneline sergančių asmenų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei vertinti naudojami ir bendrieji, ir specifiniai tik žvynelinei adaptuoti klausimynai. Vykdant šį mokslinį darbą, sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybei įvertinti naudotas bendrasis sveikatos būklės (EQ-5D) klausimynas bei nerimo ir depresijos skalė (HAD), specifiniai klausimynai: dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas (DLQI) ir žvynelinės neįgalumo indeksas (PDI).

Tyrimu įrodyta, kad nedermatologinio profilio gydymo įstaigose dirbantiems bendrosios praktikos slaugytojams tenka susitikti su žvyneline sergančiais pacientais, bet jiems stinga žinių apie šių pacientų priežiūrą, todėl jie nori tas žinias gilinti. Taigi slaugytojams būtina sudaryti sąlygas nuolat gilinti žinias, kad pacientui būtų suteikta visavertė, visapusiška pagalba.

Remiantis užsienio patirtimi, šio mokslinio tyrimo rezultatais, reikia šalies gydymo įstaigose steigti pagalbos sergantiems žvyneline centrus, kuriuose veiktų telefoninė pagalbos linija (teikti skubiai ir įprastinei pagalbai), kad pacientas galėtų skambinti ir konsultuotis su slaugytoju jam iškilusiais klausimais. Gydymo įstaigose, teikiančiose dermatologines paslaugas, reikia įsteigti sergančiųjų žvyneline ir jų artimųjų mokymo grupes, kuriose pagal sudarytą edukacinę programą ligoniai ir (ar) jų šeimos nariai galėtų gilinti žinias apie ligą, profilaktiką, mitybą, tinkamą vietiškai veikiančių vaistų vartojimą, gauti individualios informacijos odos priežiūros klausimais. Būtų naudinga sukurti pacientų paramos grupes, kuriose ligoniai patys galėtų dalytis patirtimi. Grupės lyderis, palaikydamas ryšį su slaugytojais, taip pat galėtų vykdyti mokomąjį procesą, teiktų emocinę paramą ligoniams bei šeimos nariams, organizuotų bei vykdytų visuomenės švietimo apie žvynelinės neužkrečiamumą programą.

Nustatyti gyvenimo kokybės duomenys gali būti panaudoti planuojant ir įgyvendinant nacionalinę žvyneline sergančių ligonių kontrolės ir mokymo programą, paciento žinių apie ligą, medicinos personalo kompleksinį mokymą. Gauti duomenys aktualūs ruošiant sveikatos stiprinimo, reabilitacijos ir socialinės adaptacijos programas žvyneline sergančiųjų asmenų grupėms. Gyvenimo kokybės tyrimai gydytojui ir slaugos personalui atskleidžia reikšmingus asmens ir ligos ypatumų veiksnius, kurie iš pirmo žvilgsnio gali atrodyti nereikšmingi. Tai gali pagerinti žvynelinės klinikinių sprendimų priėmimą ir gydymo rekomendacijų planavimą.

Parengus mokymo programą pacientams, būtų pradėta visavertė pacientų priežiūra, kuri gerintų ligonių gyvenimo kokybę, leistų stebėti gydymo poveikį ir ligos dinamiką. Bendravimas su pacientu, jo šeima pagerintų pa-

pildomos informacijos apie socialines problemas, slaugos galimybes, gyvenimo namuose sąlygas, ligonio fizinius ir psichologinius poreikius sklaidą.

Remiantis šio tyrimo rezultatais, galima vykdyti pacientų, sveikatos priežiūros specialistų bei visuomenės mokymą ir planuoti tolesnių mokslinių tyrimų kryptis.

Šio darbo rezultatai gali būti naudingi sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos specialistams, sveikatos politikams rengiant ir įdiegiant praktikoje žvyneline sergančių pacientų profilaktikos, sveikatinimo ir visuomenės švietimo programas.

Tik mokslinių tyrimų duomenimis pagrįsta praktika sudaro galimybes siekti optimalaus slaugos rezultato, didesnio pacientų pasitenkinimo slauga ir geresnės gyvenimo kokybės.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

3.5. Žvynelinė ir gyvenimo kokybė

Žvynelinė – viena dažniausių lėtinių atsinaujinančių autoimuninių uždegimo ligų, kuriai būdingas išplitęs odos išbėrimas tarsi žvynais padengtomis plokštelėmis, nagų pažeidimas (trečdaliui ligonių), sąnarių pažeidimas (apie 15 proc. ligonių), psichosocialiniai ir gyvenimo kokybės pokyčiai [46, 110, 119, 155, 165].

Paplitimas. Sisteminės literatūros apžvalgos duomenimis, vaikų žvynelinės dažnumas svyruoja nuo 0 proc. (Taivane) iki 2,1 proc. (Italijoje), suaugusiųjų – nuo 0,9 proc. (JAV) iki 8,5 proc. (Norvegijoje) [175]. Žvynelinės paplitimas toliau nuo pusiaujo didėja: pvz., Egipte, Tanzanijoje, Šri Lankoje, Taivane – šalyse, kurios yra arčiau pusiaujo, žvyneline žmonės serga rečiau (0–0,5 proc.) nei Europoje (0,73–2,9 proc.) [175]. Žvynelinės paplitimo svyravimai gali priklausyti ir nuo žmonių migracijos. Šiaurės Europoje daugiausia gyvena baltaodžiai. Žvynelinė šios rasės žmonėms pasireiškia dažniau nei juodaodžiams, atitinkamai 2,5 proc. ir 1,3 proc. [70]. Didelis žvynelinės paplitimas Australijoje (2,3–6,6 proc.) siejamas su europiečių migracija į šią šalį [175]. PSO duomenimis, žvyneline serga apie 125 mln. Žmonių, tai sudaro apie 4 proc. pasaulio gyventojų. Dažniausiai susergama iki 30 metų, tačiau gali susirgti ir kūdikiai bei vyresnio amžiaus žmonės. Vyrai ir moterys serga vienodai dažnai. Daugiau nei 80 proc. pacientų serga paprastąja (plokšteline) žvyneline. [124, 155, 175, 178]. Daugeliui (85 proc.) pacientų žvynelinė odos išbėrimus sukelia anksčiau nei sąnarių pažeidimus, bet nuo 5 iki 10 proc. atvejų pirmiau išryškėja psoriazinio artrito požymiai ir tik vėliau žvynelinės išbėrimas [32]. Kadangi Lietuvoje neturima žvynelinės registro, tikslios žvynelinės statistikos nėra. Manoma, kad šia liga serga apie 2–4 proc. gyventojų (apie 90–120 tūkst.).

Etiologija. Nepaisant atliekamų tyrimų, žvynelinės priežastys vis dar neaiškios. Išsiaiškinta daug išorinių ir vidinių ligą provokuojančių veiksnių: ūminės ir lėtinės infekcijos, medžiagų apykaitos sutrikimai, stresas, traumos, nutukimas, rūkymas ir alkoholis, kai kurie vaistai ir kontaktiniai dirgikliai. Tarp žvyneline sergančių monozigotinių dvynių nustatytas 35–72 proc. genų konkordiškumas. Lyginant su dizigotiniais dvyniais – 12–30 proc. genų konkordiškumas. Tai grindžia hipotezę, kad žvynelinė yra paveldima [50]. Genetiniai tyrimai rodo, kad žvynelinė yra 60–70 proc. paveldima (I tipo). Šio tipo ligai būdinga sunkesnė eiga, šeiminis paveldėjimas ir pradžia iki 40 gyvenimo metų. II tipo žvynelinė – santykinai leng-

vesnės eigos, ja suserga vyresni nei 40 metų žmonės, nebūdingas paveldimumas [15, 94, 171, 175, 178].

Klinikiniai požymiai. Žvynelinė pasireiškia įvairiomis klinikinėmis formomis, kurių sunkumas ir kūno odos pažeidimo plotas kinta. Sergant žvyneline, oda išberiama įvairaus dydžio ribotais raudonais mazgeliais, kurie pasidengia sausais balsvais žvynais. Pradžioje odos pakilimas gali būti taško, lašo, monetos dydžio, vėliau išbėrimo elementai gali susijungti, susilieti į delno didumo ir didesnius plotus nelygiais kraštais. Dažniausiai pažeidžiami lenkiamieji alkūnių ir kelių paviršiai, kryžkaulio sritis, plaukuotoji galvos dalis. Dažnai židiniai iš plaukuotosios galvos dalies išplinta į neplaukuotąją kaktos, skruostų, ausų, sprando sričių odą. Paprastai žvynelinės židiniai neniežti, tačiau gali niežėti, jei vystosi uždegimas, liga greitai plinta. Eritroderminė žvynelinė išsivysto 2–3 proc. ligonių, dažniausiai progresinėje ligos stadijoje dėl dirginančio gydymo. Viso kūno oda būna paraudusi ir infiltruota, padengta žvynais, atsiranda limfadenopatija ir bendrieji reiškiniai (karščiavimas, šaltkrėtis, artralgijos, kojų tinimas).

Atskirų sričių žvynelinė. *Nagų žvynelinė.* Nagai pažeidžiami 30–50 proc. žvyneline sergančių pacientų ir daugiau kaip 70 proc. turinčių psoriazinę artropatiją. Nagai sustorėja, patamsėja, distalinis kraštas pakyla nuo nago guolio, nago plokštelė tampa trapi. Paviršiuje atsiranda smulkių duobelių.

Galvos plaukuotosios dalies žvynelinė. Galvos plaukuotoji dalis pažeidžiama apie 50 proc. sergančiųjų žvyneline. Liga gali pažeisti vien tik galvos odą. Skiriami keli galvos plaukuotosios dalies žvynelinės variantai: paprastoji su storu žvynu ir be žvyno, su ryškia eksudacija. Išbėrimo elementai dažnai būna išsidėstę 1–2 cm žemiau plaukų linijos. Neretai išplinta į kaktos, ausų ir sprando sritį.

Delnų ir padų žvynelinė. Pasitaiko 10 proc. ligonių. Atsiranda sausų, sustorėjusių, pleiskanojančių židinių, kurie dažnai sutrūkinėja. Gali būti sterilaus skysčio prisipildžiusių smeigtuko galvutės dydžio pūslelių. Dažnai išbėrimus sukelia kontaktiniai alergenai ir dirgikliai.

Odos raukšlių žvynelinė. Ši forma nustatoma asmenims, sergantiems nutukimu, cukriniu diabetu, vaikams ar pagyvenusiems žmonėms. Žvynelinės židiniai susidaro netipinėse vietose, pvz.: pažastyse, kirkšnyse, anogenitalinėje srityje, moterims po krūtimis, po pilvo raukšle, bambos srityje. Šiose srityse žvynelinės išbėrimą sukelia odą dirginantys veiksniai, kontaktiniai alergenai ar infekcija (dažniausiai kandidamikozė). Pažeidimo židiniai paraudę, infiltruoti, šiek tiek pleiskanoja [74] .

Žvynelinės įtaka kasdieniam gyvenimui. Sergantieji žvyneline patiria didžiulį *psichologinį, socialinį bei fizinį diskomfortą*. Visuomenėje vis dar paplitęs klaidingas įsitikinimas, esą žvynelinė užkrečiama arba ją sukelia

prasta asmens higiena. Toks klaidingas požiūris, anot A. Y. Finlay, G. K. Khan ir kt. [58, 100], skatina sergančius žvyneline atsiriboti nuo viešumos (atsisakyti viešų baseinų, sveikatingumo klubų lankymo). Pacientai jaučiasi stigmatizuoti, jie gali imti vengti bendrauti, nebepasitikėti žmonėmis. Feldman ir kt. teigia, kad dėl žvynelinės kyla didesnė socialinė baimė [56]. Liga dažnai sukelia socialinį atstūmimą, kuris neigiamai veikia ligonių asmeninį ir socialinį gyvenimą. Matomi odos pokyčiai sukelia aplinkinių baimę dėl užsikrėtimo pavojaus, pasibjaurėjimą ir netoleranciją [100].

Žvynelinė turi neigiamos įtakos ir *lytiniam žmonių gyvenimui* [153, 206], tai labiau psichologiškai paveikia moteris [220]. Intymūs santykiai yra daug paprastesni tarp abiejų partnerių, sergančių žvyneline [254].

Alkoholio vartojimas, rūkymas daro didelę žalą ligos eigai, be to, jaudulys dėl pačios žvynelinės gali didinti poreikį vartoti alkoholį ar rūkyti.

Tyrimo duomenimis, žvyneline sergantys pacientai neretai patiria atstūmimo nuojautą, kaltę ir gėdą, jaučiasi *nevisaverčiai visuomenėje* [115, 121]. Nustatyta, kad žvynelinė gali būti sutrikusio bendravimo darbe arba mokykloje priežastis, sunki žvynelinė gali būti nedarbingumo priežastis [84, 89]. Žvynelinė turi įtakos sumažėjusiam darbo produktyvumui ir socialiniam funkcionavimui, tai galima paaiškinti šios ligos santykinai didele kaina tiek mikro, tiek makro lygmeniu [181]. Žvyneline sergantys pacientai dažniau yra priversti keisti įprastinę veiklą bei vengti socialinės veiklos. Tarptautinio žvynelinės fondo (angl. *National Psoriasis Foundation*) tyrimo metu nustatyta, kad sergantieji žvyneline susiduria su problemomis kasdieniame gyvenime dėvint, skalbiant, pasirenkant tinkamus drabužius, dažnu maudymusi, negalėjimu tinkamai sportuoti [121, 163].

Žvynelinės socialinis poveikis neigiamai atsiliepia pacientų *profesiniam gyvenimui, sukelia finansinių sunkumų*. Žvynelinės gydymo išlaidos gali būti rimta našta paciento šeimai [121]. Dalis pacientų susiduria su diskriminacija darbe, su sunkumais ieškant darbo, dažnesniu neatvykimu į darbą dėl lankymosi medicinos įstaigose, dėl fizinių apribojimų dėl ligos arba dėl darbo netekimo. Pacientai, sergantys psoriaziniu artritu, negali atlikti savo įprastų pareigų, pvz.: kilnoti dėžių, dirbti su dokumentais, jie priversti anksčiau išeiti į pensiją ar visiškai atsisakyti darbo. A. Y. Finlay ir E. C. Coles tyrime teigiama, kad daugiau kaip 59 proc. pacientų dėl žvynelinės buvo atleisti iš darbo [57]. Ligoniai susiduria su finansiniais sunkumais dėl išlaidų medikamentams, dėl darbo netekimo ar įgyto nedarbingumo [56].

Žvynelinės stigmatizacijos aspektas, kurį dažnai jaučia pacientai, gali labai pabloginti paciento gyvenimo kokybę ar net sukelti depresiją. Žvynelinė yra viena iš lėtinių ligų, kuria sergant yra didelė *rizika depresijai ir nerimui* formuotis [19, 21, 75, 184]. Žvyneline sergančios moterys daž-

niau skundžiasi nerimo ir depresijos simptomais nei vyrai [75]. Nustatyta, jog depresijos ir nerimo rizika susijusi su intensyviu pažeistos odos niežėjimu sergant žvyneline ir kitomis lėtinėmis odos uždegimo ligomis [84, 194, 196, 252, 255]. Gupta ir kt., ištyrę žvyneline sergančius pacientus, nustatė ryšį tarp niežėjimo intensyvumo ir depresijos sunkumo [84, 85]. Žvynelinė gali turėti didelės įtakos pacientų gyvenimui, šeimos nariams, partneriams [47]. Neišspręstos emocinės problemos skatina pyktį, nerimą, depresiją, dažnesnį alkoholio vartojimą [147]. Gupta ir kt. teigia, kad 9,7 proc. žvyneline sergančių pacientų mąsto apie mirtį, 5,5 proc. – turi minčių apie savižudybę. Psichologinė įtampa skatina nenorą reguliariai gydytis [87].

Žvynelinė blogina *miego kokybę*. Blogas miegas ar jo trūkumas pablogina paciento gyvenimo kokybę, kasdienę veiklą, darbo našumą [71, 222].

Devyniose Europos šalyse, įskaitant ir Lietuvą, buvo atliktas žvyneline sergančių asmenų *gyvenimo kokybės* tyrimas [173]. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad sergantys šia liga kenčia tiek pat kiek sergantys vėžiu, cukriniu diabetu, širdies nepakankamumu, reumatoidiniu artritu, depresija [16, 78, 173, 234, 241]. Nustatyta, jog sergančių sunkia žvyneline pacientų gyvenimo trukmė trumpesnė 5 metais, palyginti su žvyneline nesergančiais to paties amžiaus asmenimis [166]. To paties žmogaus su sveikata susijusios gyvenimo kokybės suvokimas ilgainiui kinta, nes jis adaptuojasi. Todėl nebūtinai sunkia liga sergantis žmogus gyvenimo kokybę laiko bloga [31]. A. Y. Finlay ir kiti autoriai teigia, kad, lyginant su sveikais žmonėmis, žvyneline sergančių suaugusių pacientų gyvenimo kokybė yra smarkiai pablogėjusi. Nors žvynelinė nekelia grėsmės gyvybei, ji pakenkia fizinei, socialinei, psichinei sveikatai, o tai atsiliepia gyvenimo kokybei.

2.2. Gyvenimo kokybės samprata

Apie gyvenimo pilnatvę ir žmogaus gerovę savo veikaluose kalbėjo graikų filosofas Aristotelis (384–322 per. Kr.). „Gyvenimo kokybės“ terminas pirmą kartą pavartotas A. C. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerovę 1920 metais [186], tačiau tada platesnio atgarsio jis nesukėlė iki Antrojo pasaulinio karo pabaigos.

Gyvenimo kokybės (GK) terminas su sveikata pradėtas sieti 1948 m., kai Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) pateikė svarbią reikšmę iki šiol turintį sveikatos apibrėžimą: „Sveikata yra visapusė fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas“ [127, 232]. Šis apibrėžimas išplėtė ligos sampratą [1].

Prieš 20 metų dominusi tik tam tikrų grupių pacientus (sergančius paskutinės stadijos vėžiu, fizinės negalios ištiktus ir psichikos ligonius) tyrusius

mokslininkus, GK dabar daugelyje medicinos sričių tapo lygiaverčiu tyrimo objektu kaip sergamumas ar mirštamumas [2, 66], rekomenduojamas klinikinėje praktikoje norint įvertinti ligos įtaką paciento kasdieniam gyvenimui [55, 102, 233].

JAV nacionalinės medicinos bibliotekos kompiuterizuotos paieškos sistemos *Medline* raktažodžiu GK tapo 1977 m. [3]. Pastaraisiais dešimtmečiais nuolat didėjantį medicinos visuomenės domėjimąsi GK tyrimais geriausiai rodo su šiuo raktiniu žodžiu paskelbtų publikacijų skaičius. Pavartojus raktažodį *Quality of Life*, PubMed/MEDLINE duomenų bazėje 1990, 2000, 2010, 2015 metais buvo galima rasti atitinkamai 8832, 41190, 144435, 242055 mokslinius straipsnius, kuriuose ši tema, jei ne nagrinėjama, tai bent minima.

GK apibrėžimas tebėra diskusijų objektas. PSO 1993 m. pasiūlė tokį apibrėžimą: „Gyvenimo kokybė – tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka“ [223]. Dauguma šios srities ekspertų pripažįsta, kad toks GK apibūdinimas yra pernelyg platus, apima daug gyvenimo sričių, tiesiogiai neveikiamų sveikatos ar jos priežiūros. Todėl medicinoje dažniausiai nagrinėjama su sveikata susijusi GK ir ją veikiantys fiziniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai [225].

GK pokyčio ir susijusių veiksnių problemą nagrinėja daugelis specialistų: sveikatos priežiūros specialistai, psichologai, sociologai ir filosofai. Psichologija GK apibrėžia kaip objektyvią psichikos gerovę. Socialiniai mokslai GK apibūdina kaip materialinę ir nematerialinę gerovę. Gyvenimo kokybę nagrinėjant medicininiu aspektu dėmesys telkiamas į sveikatos kriterijus [40].

Vertinant įvairiomis ligomis sergančių asmenų gyvenimo kokybę, vartojamas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės terminas (angl. *health related quality of life*). Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė apima ligos ir gydymo įtaką paciento gyvenimui. Tiriant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, siekiama sužinoti apie paciento funkcinę būklę (fizinį pajėgumą, gebėjimą bendrauti ir emocinę būklę) ir kokią reikšmę jai turi subjektyvūs veiksniai (darbas, mokymasis, laisvalaikis, socialiniai santykiai) [2, 107, 149].

M. F. Muldoon ir kt. pasiūlė paprastą ir aiškią su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepcijos schemą, skirtą medicinos tyrimams. Suskirstę sveikatą į psichikos ir fizinę, o jos vertinimą į objektyvų ir subjek-

tyvų, jie išskyrė keturis vienodai svarbius gyvenimo kokybės komponentus: objektyvų fizinį ir protinį pajėgumą bei subjektyvią psichologinę ir fizinę (sveikatos suvokimo aspektu) būklę. Fizinio pajėgumo įvertinimas apima žmogaus pajėgumą atlikti kasdienės veiklos, įskaitant ir profesinę, uždavinius. Protinį pajėgumą rodo gebėjimas atlikti mąstymo reikalingus veiksmus. Subjektyvi fizinė būklė apima ligos simptomų keliamą diskomfortą, gyvybingumą, apibendrintą sveikatos suvokimą. Psichologinė būklė apima nerimo, depresijos ir pykčio (ne) buvimą, emocinius ir socialinius ryšius su kitais žmonėmis [66, 156].

Literatūroje sąvokos GK ir su sveikata susijusi GK gana dažnai vartojami pakaitomis. Tačiau reikia paminėti, kad su sveikata susijusi gyvenimo kokybė kartais painiojama su sveikatos būkle ar funkcine būkle. Pagal J. R. Curtis ir kt., 1997 m. pasiūlytą sveikatos būklės, funkcinės būklės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės modelį (2.1 pav.), su sveikata susijusi gyvenimo kokybė – tai gyvenimo kokybės dalis, kuriai įtakos turi sveikata ir sveikatos priežiūra [40].



2.2.1 pav. *Sveikatos būklės, funkcinės būklės, gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tarpusavio sąsajos modelis [40]*

Nors šioje srityje sukaupta daug mokslo žinių, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata vis dar išlieka mokslinių diskusijų objektas. Remiantis šios sąvokos teoriniu kontekstu, šiam tyrimui buvo pasirinkta su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata ir nagrinėjami žvyneline sergančių pacientų su sveikata susijusios GK pokyčiai priklausomai nuo ligos eigos ypatumų ir kitų sociodemografinių veiksnių.

2.3. Žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybės tyrimų apžvalga

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė priklauso nuo daugybės sričių, įskaitant ligos būklę, fizinį ir socialinį funkcionavimą, emocinę būklę. Nėra nė vieno klausimyno, kuris visapusiškai įvertintų gyvenimo kokybę. Vienas didžiausių sunkumų, vertinant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, – kokį klausimyną pasirinkti.

Lietuvos sveikatos programoje gyvenimo kokybės problema pripažinta prioritetine. Daugumoje tyrimų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei ištirti dažniausiai naudojami bendrieji klausimynai PSO-100 ir SF-36, kurie yra taikomi tiek bendrosios populiacijos, tiek ir sergančių įvairiomis lėtinėmis ligomis gyvenimo kokybės vertinimui.

Žvyneline sergančių asmenų gyvenimo kokybės tyrimų metodų apžvalga. Sergančiųjų žvyneline populiacijoje gyvenimo kokybės tyrimų atlikta nedaug (2.3.1 lentelė). Vieno JAV atlikto apklausos tyrimo duomenimis (n = 599, tyrimo atsakas – 84 proc.), žvynelinės paplitimas siekia 2,6 proc. [120]. Daugiau nei pusė (58,8 proc.) apklaustųjų nurodo, kad žvyneline susirgo jaunesni nei 35 metų. Iš jų 42 proc. serga lengva, 24 proc. – vidutine ir 9 proc. – sunkios eigos žvyneline. Daugiau nei pusė respondentų teigia, kad žvynelinę gydo dermatologas (59 proc.), trečdalį (33 proc.) – šeimos gydytojas ir 9 proc. kitų specialybių gydytojai. Arti pusės (45 proc.) apklaustųjų žvynelinės medicinos įstaigoje nesigydo [120].

Mūsų duomenimis, iki šiol atliktas tik vienas nedidelės imties vienmomentis lyginamasis Lietuvos (n = 157) ir Ukrainos (n = 136) vieno dermatologijos centro pacientų tyrimas apie sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės pokytį [33]. Šio tyrimo duomenimis, Lietuvos pacientai nurodo didelę žvynelinės įtaką gyvenimo kokybei dažniau nei tiriamieji iš Ukrainos.

Daugelis kitų tyrimų sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės pokyčiui įvertinti atlikti dermatologijos centruose (2.3.1 lentelė). Matyti, jog šioje srityje atliktų tyrimų metodika labai įvairuoja pagal tyrime dalyvavusių centrų skaičių, įtrauktų į tyrimą tiriamųjų skaičių, naudotus žvyneline sergančiųjų gyvenimo kokybės klausimynus bei pasirinktą išbėrimų vertinimo (ligos sunkumo) skalę, todėl tyrimų rezultatus palyginti gana sunku. Gyvenimo kokybei nustatyti tyrėjai naudojo klausimyną, kurį dažniausiai pildė patys tiriamieji. Iš 2.3.1 lentelės duomenų matyti, jog iki 2000 metų tyrėjai dažniausiai naudojo PDI (angl. *Psoriasis Disability Index*) ir SF-36 (angl. *Short Form 36)* klausimynus. J. Koo tiriamųjų apklausą atliko sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės klausimynu (*angl. Psoriasis Quality of Life Questionnaire, PQLQ*). Jį sudaro klausimai apie žvynelinės

eigos sunkumą, patiriamus psichosocialinius ir emocinius veiksnius, kasdienės veiklos dėl ligos ribotumą, fizinių ligos simptomų (pleiskanojimas, niežėjimas) poveikį ir kt. Autoriai teigia, jog šiuo klausimynu galima nustatyti daugiau sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybei svarbių veiksnių nei PDI klausimynu.

J. M. Norlin ir kt. [168] sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybei įvertinti naudojo dermatologinį gyvenimo kokybės indeksą (angl. *Dermatology Life Quality Index,* DLQI). Tai standartizuotas klausimynas, išverstas ir validuotas daugelio šalių kalbomis (naudojamas daugiau nei 80 šalių ir išverstas į daugiau nei 90 kalbų). Tai pirmasis dermatologinėmis ligomis sergantiems pacientams pritaikytas klausimynas [231]. Sukurtas Didžiojoje Britanijoje A. Y. Finlay ir G. K Khan [58]. Validuotas 1994 m., 1995 m. validuota šio klausimyno vaikams DLQI versija (angl. *Children's Dermatology Life Quality Index,* CDLQI) [131]. Švedijos tyrimo duomenimis, esant aukštam EQ-5D ir DLQI balui, sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybė yra bloga. Klausimynas EQ-5D leidžia įvertinti ekonomines sąnaudas paciento gydymui [168]. Kai kuriuose sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės tyrimuose naudoti atviro tipo klausimynai bei interviu. Tokio pobūdžio apklausa pranašesnė už standartizuotą klausimyną, nes padeda nustatyti naujų veiksnių, menkinančių sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybę.

Gyvenimo kokybei reikšmingi veiksniai. Sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybę veikiančius veiksnius galima skirti į socialinius, fizinius ir psichologinius.

Amžius. Mičigano ligoninės tyrime nustatyta, jog tiriamųjų amžius reikšmingas sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybei. 18–45 m. amžiaus ligonių ji yra blogesnė nei vyresnių. Tai lemia sergančiųjų žvyneline stigmatizavimas visuomenėje. Jaunesni pacientai siekia karjeros ir aktyviau dalyvauja socialiniame gyvenime nei vyresni, todėl jauniems žmonėms optimali ligos kontrolė itin svarbi [86, 182, 205].

Lytis. Vyrai dėl žvynelinės dažniau nei moterys patiria didesnį stresą darbe [86, 111]. Kito tyrimo duomenimis, moterys dažniau nei vyrai nurodo, kad patiria stresą, kuris pablogina žvynelinės eigą [120, 122, 221, 250].

Fiziniai (ligos sukeliami) veiksniai. Nustatyta, jog žvyneline sergančius pacientus labiausiai vargina išbėrimų niežėjimas, pleiskanojimas ir atvirose kūno srityse susiformuojantys išbėrimai [62, 72, 80, 120, 128]. Gyvenimo kokybę blogina ir sąnarių pažeidimai. S. C. Weiss ir kt. [244] tyrime nustatyta, kad sergantiesiems žvyneline, kurie neturi sąnarių pažeidimų, liga emocinei gerovei ir socialiniam gyvenimui daro 18,8 proc. mažesnę įtaką

nei esant psoriaziniam artritui. Didžiosios Britanijos tyrimo duomenimis, žvynelinės sunkumas pagal PASI skalę (angl. *Psoriasis Area and Severity Index*) ir ligos trukmė neturi įtakos gyvenimo kokybei. H. L. Richards ir kt. atliktas tyrimas taip pat nurodo, kad psichosocialiniai veiksniai stipriau veikia gyvenimo kokybę nei ligos sunkumas, pažeidimo vieta ar ligos trukmė [200]. Kitų tyrimų duomenimis, žemos socialinės klasės atstovai turi didesnį neįgalumą nei aukštesnės [53, 170, 209]. Švedijos apklausos pagal EQ-5D duomenimis, iš sergančiųjų žvyneline esantys sveiki nurodo tik 27 proc., bendrojoje populiacijoje – 46 proc. tiriamųjų [168].

Psichologiniai veiksniai. J. Koo tyrimo duomenimis, 7 iš 10 sergančiųjų žvyneline kenčia nuo ligos daromo neigiamo psichosocialinio poveikio [120]. Daugiausia įtakos gyvenimo kokybės pokyčiui sergant žvyneline turi psichologiniai išgyvenimai dėl išvaizdos, ypač kai atidengiamos pažeistos kūno vietos (pvz., baseino lankymas, deginimasis, apsilankymas kirpykloje). Nedidelės imties tyrime [58] nustatyta, kad žvynelinė labiau veikia psichosocialinę negu fizinę veiklą.

JAV atliktas didelės apimties tyrimas, kurio metu telefonu apklausti sergantieji sunkia žvyneline. 6 proc. apklaustųjų nurodė patiriantys diskriminaciją darbe dėl pažeistos odos būklės. Didžiausią įtaką gyvenimo kokybei nurodė 18–34 m. amžiaus ligoniai. Iš jų 88 proc. patyrė stresą ir įtampą dėl baimės, kad jų odos būklė pablogės, 54 proc. – jautėsi prislėgti, 81 proc. – išgyveno dėl kitų žmonių nepalankaus požiūrio į jų išvaizdą [121]. Kito JAV tyrimo duomenimis, dauguma (88 proc.) sergančiųjų žvyneline nurodė neigiamą įtaką emocinei gerovei. Blogesnė gyvenimo kokybė nustatyta sergantiems sunkia nei vidutinio sunkumo žvyneline [120]. Tretinio lygio dermatologijos centre atliktame tyrime (n = 385), daugiau nei pusei sergančiųjų žvyneline, moterims dažniau nei vyrams, nepriklausomai nuo ligos sunkumo, nustatytas didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis, ypač esant žvynelinės sukeltiems nagų pažeidimams, nerimui ar depresijai [183].

Apibendrinimas. Dėl sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės tyrimų metodikos įvairovės tyrimų rezultatus sunku palyginti. Pagrindiniai veiksniai, kurie turi įtakos sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybei, yra jaunas amžius (18–45 metų), moteriškoji lytis, išbėrimai matomose kūno vietose bei nagų pažeidimai. Daugiau nei pusės ligonių psichologinei būklei žvynelinė daro neigiamą poveikį. Todėl pacientų ir jų artimųjų mokymas, psichologinės sveikatos stiprinimas bei optimali ligos kontrolė yra svarbi žvynelinės valdymo dalis.

2.3.1 lentelė. *Pacientų, sergančių žvyneline, gyvenimo kokybės tyrimų apžvalga*

Tyrimo autorius, metai	Tyrimo metodas	Tyrimo imtis		Ligos sunkumo vertinimas		Gyvenimo kokybės vertinimo metodika	Gyvenimo kokybę bloginantys veiksniai
		Tiriamųjų skaičius (vyrų: moterų santykis)	Amžiaus vidurkis (metai)	Vertintojas	Metodika		
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
J. Koo (1996) [120]	Populiacinis tyrimas	505 (1:1)	47	Patys pacientai	Ligos sunkumo skalė nuo 0 iki 10 balų	PQLQ	Fiziniai veiksniai (išbėrimų niežėjimas, pleiskanojimas)
A. Y. Finlay ir kt. (1990) [58]	Aprašomasis tyrimas	32 (1:1)	36	Nenuro-dyta	PASI	PDI, SIP	PASI ir SIP įverčiai
M. A. Gupta ir kt. (1995) [86]	Aprašomasis tyrimas	215 (1:1)	48 (SN 15,9)	Patys pacientai	Ligos sunkumo skalė nuo 0 iki 10 balų	PRLE (su žvyneline susiję gyvenimo įvykiai)	Jaunas (18–45 m.) amžius, palygintas su vyresniu; vyrai labiau nei moterys patiria didesnį stresą darbe
P. O'Neill ir kt. (1996) [170]	Aprašomasis tyrimas, dalyvavo 5 centrai	435 (1:1)	18–64	Nevertinta	Nevertinta	PDI, SF-36	Esant žemai socialinei padėčiai neįgalumas didesnis nei esant aukštesnei
D. G. Fortune ir kt. (1997) [62]	Vieno centro aprašomasis tyrimas	150 (1:1)	42,7 (SN 15,4)	Patys pacientai	Ligos sunkumo skalė nuo 0 iki 10 balų	PLSI, SF-36, PDI	Išbėrimai atvirose kūno vietose; PASI ir ligos trukmė neturi įtakos GK
A. Wahl ir kt. (1999) [240]	Aprašomasis tyrimas, dalyvavo 3 centrai	282 (1,3:1)	46,5	Patys pacientai	5 simptomų 7 taškų skalė (1 – oda sveika; 7 – sunki būklė)	PDI, QOLS, SF-36	Svarbus veiksnys yra ligos sąlygota negalia (PDI)

2.3.1 lentelės tęsinys

1	2	3	4	5	6	7	8
A. Wahl ir kt. (1999) [240]	Aprašomasis tyrimas, dalyvavo 3 centrai	273 (1,3:1)	46,3 (SN 15,3)	Patys pacientai	5 simptomų 7 taškų skalė (1 – oda sveika; 7 – sunki būklė)	PDI, QOLS, SF-36, JCS	Gera psichikos sveikata lemia geresnę gyvenimo kokybę. Pacientai, kurie realistiškai/optimistiškai vertino savo ligą, buvo labiau patenkinti savo gyvenimo kokybe. DLQI įtakos turi artimųjų palaikymas
J. M. Norlin ir kt. (2011) [168]	Kohortinis tyrimas: Švedijos nacionalinis registras sergančiųjų žvyneline ir 2006–2010 m. gydytų sisteminiais vaistais	2450 (1,5:1)	54	Medicininės dokumentacijos duomenys	PASI	EQ-5D, DLQI	Amžius – 20–29 m. Moteriškoji lytis PASI – neturi įtakos
A. Zampieron ir kt. (2012) [257]	Vieno centro vienmomentinis tyrimas	55	Nenurodyta	Nenurodyta	Nenurodyta	Scalpdex. SF-36 klausimynas	Galvos plaukuotosios dalies odos pažeidimas
M. Moradi ir kt. (2013) [154]	Vienos klinikos vienmomentis tyrimas	62 (3:1)	40,4 (SN 17,53)	Gydytojas	PASI, PGA VAS	EQ-5D, EQVAS, DLQI	Gyvenimo kokybę blogina žvynelinės pažeidimai kaklo ir dekoltė srityse, nagų pažeidimai. PASI įtaka DLQI nenustatyta
G. E. Kim ir kt. (2014) [114]	Trijų centrų retrosprektyvinis tyrimas	114 (1,5:1)	48,0	Du tyrėjai	SAPASI. BSA, PASI	LT DLQI, LY DLQI, LW DLQI	Jaunas amžius, kada liga pasireiškė (2–23 m.) GK nepriklauso nuo PASI

2.3.1 lentelės tęsinys

1	2	3	4	5	6	7	8
D. Pariser ir kt. (2015) [174]	Aprašomasis interviu, prieš gydymą ir po 16 sav. Gydymo. Apklausti žvynelinės centruose gydomi pacientai	101 (1:1)	49,0 (SN 14)	Du gydytojai dermato-logai	Nenurodyta	Struktūrizuoto interviu vertinimas priskiriant pacientų nusiskundimus iš anksto numatytiems simptomams, veiklos sritims. Struktūrizuoto interviu metu geriau atsiskleidžia sergančiojo žvyneline išgyvenimai dėl ligos, gyvenimo sritys, kurias veikia liga. Tai padeda gydytojui geriau suprasti pacientą ir parinkti tinkamiausią gydymą	Gyvenimo kokybę blogina žvynelinės pažeistos odos niežėjimas, pleiskanojimas. Dėl odos pažeidimų ribojamas socialinis ir intymus gyvenimas
H. Cakmur ir kt. (2015) [31]	Vieno centro vienmomentis tyrimas	127	Nenuro-dyta	Nenuro-dyta	PASI, BSA	DLQI	BSA blogina DLQI. PASI įtaka DLQI nenustatyta. DLQI blogina nagų pažeidimai ir rūkymas
R. Petraškienė ir kt. (2015) [183]	Vieno centro vienmomentis tyrimas	385 (1:1)	46,88 (SN 15,83)	Du tyrėjai	PASI	DLQI, HAD	GK blogina nagų pažeidimai, psoriazinis artritas, nerimas ir depresija. GK priklauso nuo PASI

2.4. Pacientų mokymas stebėti ir valdyti ligą

Daugelio pasaulio šalių sveikatos priežiūros įstaigose yra patvirtintos pacientų mokymo rekomendacijos. Pacientams ne tik suteikiama informacijos apie jų ligą, bet ir imta aiškinti, kaip stiprinti ir saugoti sveikatą. Šiuolaikinėje visuomenėje labai svarbu paciento informuotumas. Tai reiškia, jog pacientas turi gauti pakankamai žinių apie savo sveikatos būklę, ligą, galimus numatomo gydymo pranašumus ar riziką, apie galimus alternatyvius gydymo būdus, jų naudą ar galimą riziką ir pasekmes [104].

Viena iš priežasčių, kodėl aktyvus paciento dalyvavimas yra svarbus, yra ta, jog dauguma saugos problemų kyla gydymo pabaigoje, pavyzdžiui, vaistų vartojimo klaidos, todėl jos gali būti pastebėtos pačių pacientų [211].

Tam, kad pacientai aktyviai dalyvautų, neužtenka vien tik sveikatos priežiūros profesionalų palaikymo ir skatinimo. Patys pacientai turi būti pasirengę prisiimti daugiau atsakomybės už savo sveikatą, jos priežiūrą bei saugumą [238].

Pažangiose pasaulio valstybėse pacientų švietimui ir mokymui skiriama vis daugiau dėmesio. Vakarų Europoje ir JAV apie pacientų mokymo svarbą pradėta diskutuoti daugiau kaip prieš 40 metų [239]. Manoma, kad dauguma pacientų žinių apie savo ligą turi mažai, o dažnas drovisi tiesiogiai teirautis rūpimais klausimais gydytojo ar slaugytojo. Žinios apie ligą ir gydymą yra reikšmingai susijusios su geresne lėtine liga sergančio asmens gyvenimo kokybe [172]. Laiku pradėtas informavimas, švietimas bei mokymas gali labai smarkiai pagerinti paciento situaciją [90].

Pacientų mokymas yra svarbi kasdienės slaugos ir priežiūros dalis. Nors ligoniams stinga žinių gydymo, priežiūros ir profilaktikos klausimais, jų suteikimui skiriama nedaug laiko dėl trumpos stacionarinio gydymo trukmės [123].

Lietuvoje jau vykdomos ligonių, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, cukriniu diabetu, astma mokymo programos, taip pat epilepsija sergančių vaikų bei paauglių ir tėvų, auginančių epilepsija sergančius vaikus bei paauglius. Deja, žvyneline sergančių ligonių mokymo programos Lietuvoje nėra. Per pastaruosius kelis dešimtmečius paskelbti tik pavieniai tyrimai, kuriuose vertintos pacientų, sergančių žvyneline, žinios [125, 126, 129, 167, 197, 198, 242]. Jų duomenimis, sergantiems žvyneline žinių nepakanka, todėl, norint pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, reikia juos šviesti, suteikiant kuo daugiau naujų žinių apie odos priežiūrą, gydymo naujoves [242].

Pastaruoju metu daug dėmesio skiriama pacientams, dalyvaujantiems priimant gydymo sprendimus [109]. Gydytojo ir paciento partnerystė yra

svarbus reiškinys, pagrįstas abipusiu informacijos keitimusi. Paciento dalyvavimas priimant gydymo sprendimus gali prisidėti prie paciento pasitenkinimo ir sveikatos rezultatų. Geras paciento ir gydytojo bendradarbiavimas, pagrįstas paciento pasitenkinimu, anot C. Renzi ir kt., turi teigiamos įtakos ambulatoriškai gydomiems žvynelinės pacientams [199].

Pacientas, turėdamas daugiau žinių, gali būti labiau įgalintas priimti savarankiškus sprendimus. Įgalinimas reiškia sugebėjimą savarankiškai tvarkyti savo gyvenimą. Tai ne kažkas, kas duodama, o kas pasiimama: atsakomybė už padarytus sprendimus. Tai susiję su pozityviu savęs suvokimu. Įgalinimas – tai procesas, kai sergantysis įgyja puikų sveikos gyvensenos supratimą, išmoksta kontroliuoti sveikatos rizikos veiksnius ir aktyviai dalyvauti visuomenės sveikatos ugdymo veikloje [224]. Taigi, įgalinimas neįmanomas be maksimalaus asmens dalyvavimo. Jam turi būti suteikta galimybė priimti sprendimus. Todėl sveikatos raštingumo ugdymo procese pacientų įgalinimas labai svarbus uždavinys siekiant aukšto sveikatos raštingumo lygio [224].

Atlikti tyrimai atskleidė, kad pacientų įsitraukimo į sveikatos priežiūros sprendimus laipsnis priklauso nuo įvairių veiksnių, tokių kaip pacientų fizinė būklė, socialinė aplinka, medicininės žinios, ligos trukmė, sunkumas, pacientų požiūris į gaunamas paslaugas ir sveikatos profesionalus [219]. Taigi paciento įgalinimo laipsnis labai priklauso ne tik nuo sveikatos specialistų ir pacientų kompetencijos, bet ir nuo ligos tipo bei jos sudėtingumo.

Balica ir kt. teigia, kad labai svarbu plėtoti žvynelinės terapinio ugdymo programą, kuri palaikytų tarpkomandinį ryšį tarp paciento ir slaugytojo, gerintų ligonio žinias. Žinios turi būti teikiamos pagal individualius paciento poreikius [18]. C. Renzi ir kt. tyrimo duomenimis, didesnė dalis pacientų norėtų aptarti gydymą su gydytoju, trečdalis pacientų – paliktų sprendimus gydytojui [197].

Tyrimų, kuriais vertintos pacientų žinios apie ligą ir jų įtaka gyvenimo kokybei, nėra daug. S. W. Lanigan ir A. Layton (1991), S. W. Lanigan ir E. M. Farber (1990) nustatė, kad respondentai žinojo pagrindinius dalykus apie žvynelinę, tačiau nežinojo faktų, kurie galėtų būti naudingi savipriežiūrai [126, 125]. C. Renzi ir kt. (2011) teigė, kad nepakankamos pacientų žinios yra kliūtis kartu su gydytoju priimti sprendimus [198]. A. K. Wahl ir kt. [242] vertino pacientų žinias apie žvynelinę ir gydymą. Jų tyrimas atskleidė, kad demografiniai ir klinikiniai veiksniai turėjo įtakos pacientų žinioms. Moteriškoji lytis, aukštasis išsilavinimas, sunkesnė ligos forma prisidėjo prie geresnių žinių apie ligą. Tai paneigė ankstesnių tyrimų [126, 140, 227] išvadas, kad pacientų žinioms demografiniai duomenys, klinikinis sunkumas įtakos neturi. Nors E. Lubrano ir kt. (1998) buvo nustatęs teigiamą ryšį tarp

pacientų išsilavinimo ir žinių [140]. A. K. Wahl ir kt. 2013 m. teigė, kad ligoniai, turintys aukštąjį išsilavinimą, labiau domisi informacija, ilgiau sergantys per laiką įgyja daugiau žinių, o tie, kurių liga kliniškai sunkesnė, priversti įgyti žinių savipriežiūrai ir simptomų kontrolei [242].

Europos Komisijos užsakymu 2012 m. penkiolikoje Europos Sąjungos šalių buvo atliktas kokybinis tyrimas, skirtas pacientų įtraukimo į sveikatos priežiūrą laipsniui ištirti. Tyrimo duomenys atskleidė, kad trūksta aiškaus supratimo, kokią naudą pacientų įsitraukimas turi sveikatos priežiūros sistemai. Nustatyta, kad pacientai vis dėlto nenori patys būti atsakingi už sprendimų priėmimą, tačiau nori būti informuoti ir suprasti su gydymu susijusius sprendimus [54].

2.5. Slaugytojų vaidmuo gerinant pacientų gyvenimo kokybę

XIX a. viduryje Florence Nightingale rašė, kad pacientų mokymas yra neatsiejama slaugytojo veiklos dalis. Slaugytojai, mokydami pacientus, skatindavo būti atsakingus už savo sveikatą [5]. Slaugytojai nuolat atsakinėja į pacientų užduodamus klausimus, siekdami, kad pacientai kuo greičiau taptų savarankiškesni ir nepriklausomi [28]. „Pacientų mokymo“ sąvoka siejama su ugdymo procesu, tobulinančiu žinias, įgūdžius, kurių reikia pacientų sveikatai palaikyti ar pagerinti [28, 239].

Pacientų mokymas apima visas mokymo veiklas, susijusias su pacientu: terapinį mokymą, sveikatos mokymą, sveikatos propagavimą [239]. Sėkmingas pacientų mokymas didina pačių pacientų pasitenkinimą, gerina sveikatos priežiūros rezultatus, skatina pacientus tinkamai laikytis gydymo režimo [43, 259]. Žinios padeda formuoti sveikos gyvensenos įgūdžius ir nuostatas, sąmoningai suprasti rizikos veiksnių įtaką, o vėliau keisti elgseną, siekiant geresnės sveikatos [151]. Tyrimo duomenimis, dauguma sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų pritaria teiginiui, kad pacientų mokymas padėtų sutrumpinti ligą, hospitalizacijos laiką, sumažintų ligos atkryčių skaičių [152].

Slaugytojų veikla pasižymi tuo, kad jiems beveik nuolat reikia prisitaikyti prie kintančių profesinių aplinkybių: darbo krūvio, komandos darbo ypatumų, tenka slaugyti ūminėmis ir lėtinėmis ligomis sergančius asmenis, propaguoti sveiką gyvenseną, atlikti kasdienius slaugos darbus. Slaugytojo profesinę kompetenciją sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai, kuriuos slaugytojas įgyja studijų metu bei nuolat tobulindamas įgytą profesinę kvalifikaciją atsižvelgiant į nuolatinę slaugos mokslo ir praktikos pažangą. Tik taip slaugytojas neatitrūks nuo naujų slaugos mokslo technologinių atradimų, jų įsisavinimo ir taikymo [49]. Visa tai apibrėžta slaugos etikos

principuose ir įvairiuose su slaugytojų veikla susijusiuose dokumentuose [133, 169, 228, 229].

Lietuvos medicinos normoje MN28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytoja/slaugytojas“ nurodyta, kad slaugytojai privalo mokyti pacientus, šeimas, bendruomenę saugoti ir prižiūrėti sveikatą; privalo aiškinti pacientui ir (ar) jo šeimai apie procedūrų atlikimo būdus, pasiruošimą, galimas komplikacijas, apie gydytojo skirtus vaistus, galimą nepageidaujamą vaistų poveikį [133].

Tiek pirminėje, tiek antrinėje sveikatos priežiūros grandyje slaugytojai susitinka su pacientais, sergančiais įvairiomis ligomis, todėl, be abejo, turi išmanyti ir dermatologine liga sergančio paciento slaugymo ypatumus. Slaugytojai atlieka didžiulį darbą teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems dermatologinėmis ligomis [42, 145, 236]. Slaugytojas turi gebėti pritaikyti įgytas slaugos žinias pacientui, sergančiam žvyneline, pagal jo sveikatos problemas nustatyti slaugos poreikius, mokyti sveikos gyvensenos, skatinti paciento fizinį aktyvumą, teikti informaciją pacientui odos priežiūros klausimais [7]. Slaugytojas turi reguliariai stebėti pacientą, spręsti jo individualius poreikius, užtikrinti saugų ir veiksmingą gydymosi procesą [12, 243].

Atlikti tyrimai rodo, kad slaugytojų indėlis perduodant žinias ir pacientų noras jas gauti gerina ligonių gyvenimo kokybę, spartina gydymo ir slaugos procesą, gerina savipagalbą, didina pacientų aktyvumą priimant sprendimus [36, 125]. M. Courtenay ir kt. tyrimo duomenys patvirtina, kad slaugytojai gali padidinti dermatologinių paslaugų efektyvumą, puikiai užtikrindami medicinos paslaugų tęstinumą teikdami vietines konsultacijas ir konsultuodami pacientą telefonu. Tai pagerina paciento, slaugytojo ir gydytojo komandinio darbo efektyvumą [36].

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų mokymas, slaugytojų pacientui suteiktos žinios padidina dermatologinių paslaugų efektyvumą. Mokymas yra viena iš svarbiausių priemonių, padedančių žvyneline sergantiems pacientams prisitaikyti prie ligos. Slaugytojas, bendraudamas ir bendradarbiaudamas su pacientais bei jų artimaisiais, siekia pagerinti sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybę. Pacientams, sergantiems žvyneline, įgytos žinios apie ligą ir veiksnius, turinčius įtakos sveikatos būklei, yra naudingos. Žinios pacientams padeda geriau suvokti ligos rimtumą, kontrolę, aktyviai dalyvauti gydymo ir slaugos procese.

3. TYRIMO METODIKA

3.1. Tyrimo eiga ir imtis

Tyrimas vykdytas 2012–2015 metais gavus Kauno regioninio biomedicininių tyrimų Etikos komiteto leidimą Nr. BE-2-38 (1 priedas) ir Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos leidimą Nr. 2R-4406 (2 priedas).

Tiriamųjų (pacientų ir slaugytojų) imtys apskaičiuotos įvertinus ligos paplitimo proporciją, kai populiacija yra baigtinė, naudojant formulę:

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1-p)}{(1-1/N) \times d^2 + (z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1-p))/N}$$

Čia:

n – minimalus imties dydis;

$z_{1-\alpha/2}$ – Gauso skirstinio $(1-\alpha/2)$ eilės kvantilis (kai $\alpha = 0{,}05$, tai $z_{(1-\alpha)/2} = 1{,}96$);

p – numatomas paplitimas (proporcija nuo 0 iki 1);

d – paplitimo nustatymo paklaida;

N – populiacijos dydis;

Šio tyrimo atveju p = 0,5; d = 0,05.

Prieš tyrimą patikrinti klausimynai, kad būtų įvertinta jų kokybė ir suprantamumas. Bandomuoju tyrimu apklausta 20 žvyneline sergančių pacientų, neaiškūs klausimai pakoreguoti. 14 apklaustų bendrosios praktikos slaugytojų atsakė į visus anketoje pateiktus klausimus, tad padaryta išvada, kad klausimai yra aiškūs bei suprantami, taigi klausimynas tinkamas tolesniam tyrimo procesui. Po bandomojo klausimynų įvertinimo pradėtas pagrindinis duomenų rinkimas.

Apklausa atlikta laikantis sociologinių-medicininių tyrimų profesinės etikos normų [132].

3.2. Tiriamųjų kontingentas

3.2.1. Pacientai, sergantys žvyneline

Į tyrimą buvo įtraukti 18 metų ir vyresni vyrai bei moterys, sergantys žvyneline. Pagal anksčiau minėtą formulę apskaičiuota, kad į tyrimą reikia pakviesti ne mažiau kaip 384 pacientus.

Žvyneline sergantys pacientai, davę sutikimą dalyvauti tyrime, buvo apklausiami stacionare ir poliklinikoje atvykę gydytojo dermatologo konsultacijos. Stacionare pacientai buvo apklausiami palatose, pirmą hospitalizavimo dieną laisvu nuo procedūrų metu, o poliklinikoje – prieš gydytojo konsultaciją ar po jos.

Į tyrimą buvo kviečiami visi kriterijus atitikę į stacionarą guldomi ir poliklinikoje apsilankę pacientai. Tyrime sutiko dalyvauti visi kviestieji.

Tyrimo dalyviai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, išsamiai paaiškinta, kaip bus išsaugotas jų anonimiškumas. Respondentams buvo pabrėžiama, kad dalyvavimas yra savanoriškas, kad visa informacija išliks konfidenciali ir kad iš tyrimo galima pasitraukti bet kuriuo metu, nepaaiškinus pasitraukimo priežasties.

Buvo atliekamas kiekybinis vienmomentis tyrimas. Apklausos tvarka buvo suderinta su Kauno klinikų administracija. Tyrimui vykdyti gautas gydymo įstaigos generalinio direktoriaus sutikimas. Pacientai turėjo galimybę perskaityti „Asmens informavimo formą“ (3 priedas) ir pasirašyti paciento sutikimą dalyvauti apklausoje (4 priedas). Apklausos dieną žvyneline sergantiems pacientams buvo pateikiamas klausimynas (5 priedas). Tyrėja (R. P.) tyrimą vykdė pati. Pacientams buvo pateikiamai klausimynai ir laukiama, kol jie juos užpildys. Užpildytus klausimynus pasiimdavo pati tyrėja. Iš viso išdalyti 385 anoniminiai klausimynai, juos užpildė ir grąžino 385 respondentai (atsako dažnumas – 100 proc.).

3.2.2. Bendrosios praktikos slaugytojai

Į tyrimą buvo įtraukti terapinio profilio slaugytojai, dirbantys Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose (LSMUL KK) ir Kauno miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Pagal anksčiau minėtą formulę apskaičiuota, kad į tyrimą reikia įtraukti ne mažiau kaip 443 slaugytojus.

Bendrosios praktikos terapinio profilio slaugytojai, dirbantys Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose (LSMUL KK). LSMU KK terapinio profilio yra 55 padaliniai, juose dirbo 952 slaugos

specialistai (979,9 etato). Tyrime dalyvavo 32 terapinio profilio padaliniai, kuriuose dirbo 578 slaugos specialistai (592,45 etato). Pagal anksčiau minėtą formulę apskaičiuota, kad į tyrimą reikia pakviesti 234 terapinio profilio slaugytojus. Atsitiktinių skaičių generavimo funkcija iš turimo terapinio profilio ambulatorinių ir stacionaro skyrių sąrašo sugeneruota atsitiktinių skaičių seka, kuriuose dirbo 257 slaugytojai. Tyrimas vykdytas 15 skyrių: Endokrinologijos klinikos ambulatoriniame, Endokrinologijos, Gastroenterologijos, II kardiologijos, Kardiologijos klinikos ambulatoriniame, Chemoterapijos dienos stacionaro, Konsultacinės poliklinikos terapiniame, Nefrologijos, Neurologijos, Onkologijos, Konservatyviosios onkologijos (Onkologijos ligoninėje), Reumatologijos, Ekstrapulmoninės tuberkuliozės, II tuberkuliozės, Rezistentinės tuberkuliozės skyriuose.

Į tyrimą neįtraukti 23 padaliniai: odontologijos, dantų ir burnos intervenciniai, diagnostiniai, spindulinės terapijos skyriai, kuriuose dirba dantų technikai, gydytojo odontologo padėjėjai, radiologijos technologai, laboratorinės diagnostikos specialistai, laboratorinės medicinos padaliniai, kuriuose dirba klinikos laborantai; kineziterapijos skyrius, kuriame dirba kineziterapeuto padėjėjai, vaikų endokrinologijos, vaikų neurologijos, kuriuose dirba vaikų slaugytojos, Odos ir venerinių ligų ambulatorijos ir stacionaro skyrius – dėl objektyvesnių tyrimo rezultatų. Kadangi žvyneline sergantys pacientai, daugiausia yra gydomi Odos ir venerinių ligų padalinyje, manoma, ten dirbantys slaugytojai puikiai išmano apie žvynelinės ligą.

Bendrosios praktikos slaugytojai, dirbantys Kauno miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Kauno miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (PSPĮ) sąrašas gautas iš Kauno teritorinės ligonių kasos internetinio tinklalapio: http://www.ktlk.lt/gyventojams/aspi/. Sąraše rasta 43 pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, iš jų 36 individualios įmonės (IĮ) arba uždarosios akcinės bendrovės (UAB), 7 – viešosios įstaigos (VšĮ). Į tyrimą neįtrauktos 2 įstaigos, nes viena jų teikė dializės paslaugas, antroji – paliatyviosios medicinos paslaugas. Telefonu, faksu arba elektroniniu paštu gauti duomenys, kad šiose pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirba 448 slaugytojai. Atskirose įstaigose dirbančių slaugytojų skaičius svyravo nuo 1 iki 74 (IĮ ar UAB dirbančių slaugytojų skaičius svyravo nuo 1 iki 17, VšĮ – nuo 5 iki 74). Į tyrimą neįtrauktos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose dirbo mažiau nei 5 slaugytojai. Vadovaujantis šiuo kriterijumi, toliau tyrime dalyvavo 20 pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

Pagal anksčiau minėtą formulę apskaičiuota, kad į tyrimą reikia pakviesti 209 slaugytojus. Pagal atsitiktinių skaičių generavimo funkciją iš turimo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų sąrašo sugeneruota atsitiktinių

skaičių seka. Tokiu būdu atrinkta 15 įstaigų (9 – IĮ ar UAB ir 6 – VšĮ), kuriose dirbo 301 slaugytojas. Tuo pačiu atrankos būdu atrinktos individualios įmonės (IĮ) arba uždarosios akcinės bendrovės (UAB), atskirai – viešosios įstaigos (VšĮ). Tyrimas vykdytas IĮ „Jūsų šeimos klinika“, UAB „Bendrosios medicinos praktika“, UAB „Aušros medicinos centras“, UAB „Šilainių šeimos sveikatos centras“, UAB „Medgintras“, UAB „Sveikatos projektai“, UAB „Vita longa“, UAB „Panemunės šeimos sveikatos centras“, UAB „Sargėnų sveikatos centras“, VšĮ Kauno Kalniečių poliklinikoje, VšĮ „Auki sveikas“, VšĮ Kauno Centro poliklinikoje, VšĮ Kauno Šančių poliklinikoje, VšĮ Kauno Šilainių poliklinikoje, VšĮ „Socialinio solidarumo institutas“.

Tyrimui vykdyti gauti tyrime dalyvavusių gydymo įstaigų vadovų/ direktorių sutikimai. Slaugos administratorėms patikslinus dirbančių slaugytojų skaičių, joms buvo išdalijamos anketos. Prieš apklausą tyrėjas (R. P.) paaiškino tyrimo tikslus ir naudą, savanoriško dalyvavimo tyrime galimybę ir tai, kad tyrimų rezultatai bus analizuojami konfidencialiai, neatskleidžiant tiriamųjų tapatybės. Tiriamiesiems suteikta galimybė perskaityti „Asmens informavimo formą“ (6 priedas) ir pasirašyti sutikimą dalyvauti apklausoje (7 priedas).

Iš viso bendrosios praktikos slaugytojams, dirbantiems LSMU KK terapinio profilio skyriuose ir Kauno miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, išdalyti 549 klausimynai, grąžinti 505 klausimynai (atsako dažnumas – 92,0 proc.).

3.3. Tyrimo instrumentai

3.3.1. Pacientų klausimynas

Siekiant įvertinti pacientų, sergančių žvyneline, gyvenimo kokybę, jų žinias apie ligą, parengtas klausimynas (5 priedas), kurį sudarė:

- bendroji dalis – klausimai apie tiriamųjų (pacientų) bendrąsias charakteristikas (lytis, amžius, išsilavinimas, darbinė padėtis, gretutinės ligos, žalingi įpročiai), paciento ligos istorija, paciento žinios apie pačią ligą;
- specialioji dalis – gyvenimo kokybės vertinimas toliau aptariamais klausimynais.

Žvynelinės sukelto neįgalumo indeksas (angl. *Psoriasis Disability Index,* PDI) – pacientas turi pažymėti atsakymus, kaip odos problema paveikė jį per paskutines keturias savaites. PDI įvertinama žvynelinės įtaka gyvenimo kokybei. Tai skalė, skirta tik žvyneline sergančių ligonių neįgalumui vertinti, padedanti išsiaiškinti ligos įtaką kasdienei veiklai. PDI

tinkamas naudoti vyresniems nei 16 metų pacientams [4]. PDI sudaro 15 klausimų apie kasdienę veiklą, darbą ar mokslą, asmeninius santykius, laisvalaikį, gydymą. Atsakymų į kiekvieno klausimą yra keturi, vertinami nuo 0 iki 3 balų. Bendra PDI balų suma – nuo 0 iki 45 balų. Kuo didesnis balas, tuo blogesnė gyvenimo kokybė [230]. Leidimas versti PDI anketą į lietuvių kalbą gautas iš Jungtinės Karalystės Kardifo universiteto dermatologijos skyriaus. PDI anketos vertimo ir pritaikymo lietuvių kalbai etapai: pirminis vertimas (iš anglų kalbos į lietuvių kalbą); atgalinis vertimas (iš lietuvių kalbos į anglų kalbą); abiejų anglų kalbos tekstų sulyginimas ir suderinimas iki visiško sutapimo. Gavus galutinį pritarimą, lietuviškas PDI įkeltas į Kardifo universiteto dermatologijos skyriaus gyvenimo kokybės klausimynų duomenų bazę [230].

Dermatologinio gyvenimo kokybės indekso (angl. *Dermatology Life Quality Index*, DLQI) klausimynas – jį pildo pats pacientas, pažymi atsakymus, kaip odos problema paveikė jo kasdienę veiklą per paskutinę savaitę. Vertinama fizinė, protinė ir socialinė pacientų gerovė. DLQI sudaro 10 klausimų apie kasdienę veiklą, darbą ar mokslą, asmeninius santykius, gydymą. Nustatyta, kad didesnis nei 10 balų (skalė nuo 0 iki 30) indeksas sietinas su labai didele įtaka asmens gyvenimo kokybei. Jei indekso bendra balų suma yra 0–1, odos būklė įtakos žmogaus gyvenimui neturi, 2–5 balai – nedidelė įtaka žmogaus gyvenimui, 6–10 – vidutinė įtaka, 11–20 – didelė įtaka, 21–30 – labai didelė įtaka [231]. DLQI klausimynas validuotas, nes naudota jo originali forma iš nacionalinių žvynelinės metodinių rekomendacijų [106, 231].

Sveikatos būklės anketa (lietuviška versija Lietuvai) EQ-5D – ją pildydamas pacientas turi pažymėti atsakymus, kaip jis apibūdina sveikatos būklę apklausos metu. Tai gyvenimo visavertiškumo vertinimo anketa, sudaryta iš 5 bendrų žmogaus sveikatos parametrų (ligonio judėjimas, apsitarnavimas, įprastinė veikla, skausmas, nerimas). Kiekviena grupė klausimų turi 3 atsakymus: 1 – neturi sunkumų, 2 – turi kai kurių sunkumų, 3 – turi didelių sunkumų. Į EQ-5D įeina ir bendroji sveikatos vertinimo skalė. Joje pacientas žymi padalą, atitinkančią subjektyvią jo sveikatą (100 proc. ribos): 0 rodo įsivaizduojamą blogiausią būklę, o 100 – prilygsta geriausiai įmanomai sveikatai. EQ-5D klausimyno validuoti nereikėjo, nes jo validavimo procedūra buvo atlikta anksčiau [52].

Klinikinė nerimo ir depresijos skalė (angl. *Hospital Anxiety and depression Scale,* HAD) – pacientas turi nurodyti savo psichoemocinę savijautą per praėjusią savaitę. HAD skalę sudaro 14 teiginių, iš jų po septynis teiginius skirta nerimo ir depresijos simptomams įvertinti. Atsakymų į kiekvieną klausimą yra 4 variantai (0–3 balai), todėl tiek depresijos, tiek

nerimo galimas įvertis yra 0–21 balai: nėra (0–7 balai), lengvi (8–10 balų), vidutinio sunkumo (11–14), sunkūs nerimo ar depresijos simptomai (≥15 balų). Į lietuvių kalbą HAD skalė išversta 1991 m. ir yra plačiai naudojama [30].

Žvynelinės pažeidimo ploto ir sunkumo indeksas (angl. *Psoriasis Area and Severity Index,* PASI) – jį pildo tyrėjas. PASI yra vienas iš dermatologinių rodiklių, padedančių įvertinti žvynelinės sunkumo laipsnį [192, 210]. Šis indeksas apskaičiuojamas, įvertinus žvynelinei būdingų pagrindinių 4 simptomų (eritemos, infiltracijos, pleiskanojimo, pažeidimo) stiprumą ir pažeistos odos plotą. Simptomų išraiška vertinama balais nuo 0 (simptomų nėra) iki 4 (simptomas labai ryškus). Pažeistas kūno odos plotas procentais vertinamas nuo 0 iki 6. Galutinė PASI reikšmė gali svyruoti nuo 0 iki 72. Kai PASI yra iki 10 balų, žvynelinė laikoma lengvos eigos, o kai PASI viršija 10 – vidutinės ar sunkios eigos [106, 178].

Respondentai buvo **pasverti, išmatuotas ūgis** gydymo įstaigoje, kurioje atlikta apklausa. Tiriamųjų kūno masė matuota vienos rūšies elektroninėmis svarstyklėmis, o ūgis – stacionariomis ūgio matuoklėmis. Kiekvienam tiriamajam apskaičiuotas kūno masės indeksas (KMI), pagal formulę:

$$KMI = \text{kūno masė (kg)} / \text{ūgis (m}^2\text{)}.$$

KMI apskaičiuotas kaip rekomenduoja Pasaulio sveikatos organizacija (PSO): per mažas kūno svoris, kai KMI <18,5 kg/m^2, normalus kūno svoris – KMI – 18,5–24,99 kg/m^2, antsvoris – KMI buvo 25,0–29,99 kg/m^2 ir nutukimas – KMI ≥30 kg/m^2 [246–249].

3.3.2. Slaugytojų klausimynas

Norint įvertinti slaugytojų nuomonę apie pacientų, sergančių žvyneline, mokymą, jų dalyvavimą šiame procese bei jų pačių žinias apie žvynelinę, patys tyrėjai parengė dviejų dalių anoniminį klausimyną (8 priedas). Kadangi standartizuoto klausimyno slaugytojų žinioms apie žvynelinę įvertinti nėra, šiam tyrimui klausimynas parengtas remiantis nagrinėta literatūra. Pirmoji dalis „Bendroji dalis“ apėmė respondentų sociodemografiniai duomenis, įgytų žinių apie sergančiųjų žvyneline priežiūrą šaltinius bei norą jas gilinti, slaugytojų nuomonę apie reikiamos informacijos suteikimą sergantiesiems žvyneline. Antroje dalyje „Slaugytojų žinių apie žvynelinės ligą vertinimas“ pateiktas 15 klausimų testas, kurį sudaro klausimai, susiję su žvynelinės atpažinimu (žvynelinės apibrėžimas) ir jos rizikos veiksniais. Klausimai parinkti siekiant įvertinti slaugytojų žinias apie žvynelinei būdingus požymius, užkrečiamumą, paveldimumą, higieną,

mitybos, vaistų įtaką. Po kiekvienu klausimu pateikti trys atsakymų variantai, iš kurių vienas teisingas. Kiekvieno respondento atsakymai į pateiktus testo klausimus vertinti dešimties balų sistema (10 – puikiai, 9 – labai gerai, 8 – gerai, 7 – pakankamai, 6 – patenkinamai, 5 – silpnai, 1–4 labai silpnai).

3.4. Statistinis duomenų vertinimas

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant programą SPSS 20.0. Statistiniai ryšiai ir skirtumai tarp kokybinių požymių įvertinti taikant χ^2 kriterijų. Kadangi kiekybinių kintamųjų skirstinys netenkino normaliojo skirstinio prielaidų, skirtumai tarp dviejų nepriklausomų grupių įvertinti taikant neparametrinį Mano-Vitnio kriterijų. Ryšys tarp kiekybinių kintamųjų (DLQI, PASI, amžiaus, ligos trukmės, PDI) įvertintas apskaičiavus Spearmano koreliacijos koeficientą. Logistine regresine analize įvertintas ryšys tarp sergančiųjų gyvenimo kokybės ir veiksnių, kai gyvenimo kokybės DLQI rodiklis suskirstytas į 2 grupes: DLQI $\geq$ 10 ir DLQI < 10. Į dvinarės logistinės analizės daugiaveiksnį modelį įtraukti tik tie požymiai, kurių reikšmingumas vienaveiksnėje analizėje buvo $p<0,1$. Depresijos ir nerimo ryšio su socialiniais-demografiniais veiksniais įvertinimui taip pat taikyta logistinė regresinė analizė. Nerimo ir depresijos skalių reikšmės suskirstytos į 2 grupes: HAD-N (HAD-D) $\geq$8 ir HAD-N (HAD-D) <8. Į dvinarės logistinės analizės daugiaveiksnį modelį įtraukti tik tie požymiai, kurių reikšmingumas vienaveiknėje analizėje buvo $p<0,1$. Skirtumai ir ryšiai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$ (statistinio reikšmingumo lygmuo – 5 proc.).

Žvynelinės neįgalumo indekso (PDI), Dermatologinio gyvenimo kokybės indekso (DLQI), Klinikinės nerimo ir depresijos (HAD) skalės vidiniam nuoseklumui įvertinti skaičiuotas Kronbacho alfa (Cronbach‘s alpha) koeficientas, kuris įvertina, ar visos skalės klausimai pakankamai atspindi tiriamąjį dydį, ir leidžia patikslinti reikiamų klausimų skaičių skalėje [24]. PDI klausimyno vidinis nuoseklumas buvo aukštas tiek bendroje skalėje, tiek atskirų subskalių (virš 0,75). DLQI klausimyno Cronbach alfa koeficientas buvo 0,906, HAD klausimyno – 0,890, atskirai Nerimo srities Cronbach alfa koeficientas buvo 0,779, Depresijos – 0,868.

Koeficiento reikšmės iki 0,60 rodo, kad anketos homogeniškumą, nuo 0,60 iki 0,70 – pakankamą, nuo 0,70 iki 0,90 – aukštą homogeniškumą.

4. DARBO REZULTATAI

4.1. Tiriamųjų kontingento sociodemografiniai ir klinikiniai rodmenys

Tiriamųjų kontingento sociodemografinė charakteristika. Tyrime dalyvavo 385 žvyneline sergantys pacientai, iš jų – beveik 52 proc. vyrų ir 48 proc. moterų (4.1.1 lentelė).

4.1.1 lentelė. *Pacientų, sergančių žvyneline, sociodemografinė charakteristika*

Kintamieji	Absoliutusis skaičius (proc.)	p
Iš viso pacientų	385	
Lytis		
Moterys	186 (48,3)	0,508
Vyrai	199 (51,7)	
Amžiaus vidurkis	46,88, SN = 15,828	
Išsilavinimas		
Pradinis	3 (0,8)	
Nebaigtas vidurinis	24 (6,02)	
Vidurinis	127 (33,0)	<0,001
Aukštesnysis	137 (35,6)	
Aukštasis	94 (24,4)	
Šeiminė padėtis		
Susituokęs(usi)	253 (65,7)	
Viengungis(ė)	66 (17,1)	<0,001
Išsituokęs(usi)	37 (9,7)	
Našlys(ė)	29 (7,5)	
Užimtumas		
Žemės ūkio, miško darbai	17 (4,4)	
Pramonėje, statybose	75 (19,5)	
Įstaigose, protinis darbas	153 (39,7)	
Studijuoja/mokosi	24 (6,2)	<0,001
Namų šeimininkė	16 (4,2)	
Pensijoje	43 (11,2)	
Bedarbis	19 (4,9)	
Turi neįgalumą	38 (9,9)	

n – tiriamųjų skaičius, proc. – procentai, SN – standartinis nuokrypis,
p – reikšmingumo lygmuo

Pacientų amžius svyravo nuo 18 iki 85 metų. Daugiausia (26,2 proc.) apklaustųjų buvo jaunesni nei 35 metų amžiaus, beveik po lygiai 45–54 metų (23,1 proc.), 55–64 metų (21,3 proc.) amžiaus grupėse.

Daugiau kaip trečdalis (35,6 proc.) dalyvavusiųjų apklausoje turėjo aukštesnįjį, 33 proc. – vidurinį, 24,4 proc. – aukštąjį, 6,02 proc. – nebaigtą vidurinį išsilavinimą.

Didžioji dalis (65,7 proc.) apklaustųjų buvo susituokę. Daugiausia (39,7 proc.) apklaustųjų buvo tarnautojai, dirbantys įstaigose protinį darbą, 19,5 proc. – pramonėje, statybose, 11,2 proc. tiriamųjų sudarė pensininkai (4.1.1 lentelė).

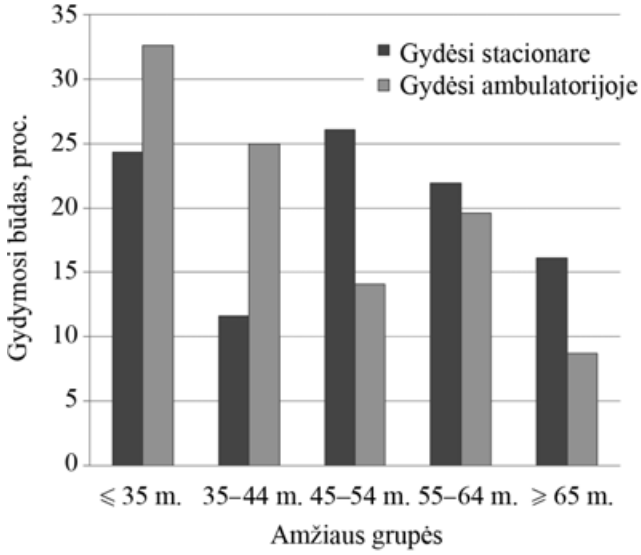
Didesnę dalį (69,4 proc.) apklaustųjų sudarė miesto gyventojai, beveik trečdalį (30,6 proc.) – kaimo gyventojai. Pagal gyvenamąją vietą 49 proc. tiriamųjų buvo Kauno miesto ir rajono gyventojai.

Daugiau nei pusė (76,1 proc.) įtrauktų į tyrimą pacientų tyrimo metu buvo gydomi stacionare ir 23,9 proc. – ambulatorijoje. Per pastaruosius penkerius metus 52 proc. tiriamųjų nuo žvynelinės buvo gydyti stacionare 0–20 kartų (vidutiniškai 1,8 karto, SN = 2,87). 41,8 proc. pacientų nuo žvynelinės per pastaruosius penkerius metus gydyti stacionare bent vieną kartą. Daugiausiai (arti 20 kartų) per pastaruosius penkerius metus stacionare buvo gydyti 2 pacientai.

Atsižvelgiant į amžiaus grupes, didesnė dalis respondentų iki 35 m. ir 35–44 m. buvo gydomi ambulatorijoje (atitinkamai 32,6 proc. ir 25 proc.), vyresnio amžiaus – 45–54 m., 55–64 m. ir per 65 m. – daugiau buvo gydomi stacionare (atitinkamai 26 proc., 21,9 proc., 16,1 proc.) (4.1.1 pav.).

Respondentų su liga susijusios charakteristikos. Sirgimo žvyneline trukmė svyravo nuo 0 iki 63 metų (4.2.1 lentelė). Sergantieji žvyneline pagal ligos trukmę buvo suskirstyti į grupes kas 10 metų. Beveik pusė (45,2 proc.) tiriamųjų žvyneline sirgo iki 10 metų, 21,5 proc. – iki 20 metų, 16,8 proc. – iki 30 metų, 16,5 proc. – daugiau kaip 30 metų.

PASI indekso reikšmė suskirstyta į du intervalus: PASI iki 10 balų (lengvos eigos liga), daugiau nei 10 balų (vidutinės ir sunkios eigos liga). Lengvos eigos žvynelinė pagal PASI indekso reikšmę nustatyta daugiau nei pusei pacientų (53,7 proc.), vidutinė ir sunki – 46,3 proc. (4.1.2 lentelė).



4.1.1 pav. *Pacientų, sergančiųjų žvyneline, pasiskirstymas pagal gydymo vietą (n = 385, p < 0,005)*

Daugiau nei trečdalis pacientų (35,7 proc.) apklausos metu nurodė, kad jiems nustatytas psoriazinis artritas (PA). 11,2 proc. tiriamųjų jautė stiprius uždegimo požymius (skausmą, sąnarių sąstingį, patinimą) sąnariuose, 15,1 proc. – vidutininius, 7,3 proc. – labai stiprius, 5,2 proc. tiriamųjų nurodė jaučią šiokius tokius uždegimo požymius.

Žvynelinė turi didžiulę įtaką žmogaus darbingumui. Tiriamųjų buvo klausta, kiek per praėjusius paskutinius 12 mėnesių negalėjo dirbti dėl žvynelinės. Buvo nurodyta nuo 0–730 dienų, vidutiniškai – 12,42 dienų (SN=57,47). 20,3 proc. tiriamųjų dėl žvynelinės turėjo nustatytą neįgalumą.

Per praėjusius 12 mėnesių sergantiesiems žvyneline buvo nustatytos arba gydytos gretutinės ligos (4.1.2 lentelė).

Trečdalis (33 proc.) tiriamųjų buvo normalaus kūno svorio, 32,2 proc. turėjo antsvorio, 32,5 proc. – buvo nutukę: kūno masės indeksas (KMI) buvo 30 kg/m^2 ir daugiau (4.1.2 lentelė).

22,3 proc. tiriamųjų 2 ar 3 kartus per savaitę laisvalaikiu buvo fiziškai aktyvūs (sportavo, bėgiojo, važinėjo dviračiu, dirbo sode ir pan.) mažiausiai 30 min. taip, kad pagerėjo kvėpavimas ir suprakaitavo, 15,8 proc. tai darė kasdien, 11,2 proc. to daryti negalėjo dėl ligos (4.1.2 lentelė).

Didesnė dalis tiriamųjų (39 proc.) teigė, kad žvynelinė jų odą paveikė vidutiniškai, 31,4 proc. – stipriai, 19,2 proc. – labai stipriai, 9,4 proc. tiriamųjų nurodė, kad žvynelinė tik šiek tiek paveikė jų odą.

4.1.2 lentelė. *Pacientų, sergančių žvyneline, su liga susijusios charakteristikos (n = 385)*

Kintamieji	Absoliutusis skaičius (proc.)	p
Sergančiųjų žvyneline ligos trukmės vidurkis metais	17,03 (SN = 14,07)	
Žvynelinės trukmė metais		
≤10 metų	173 (45,2)	
11–20 metų	81 (21,5)	
21–30 metų	66 (16,8)	<0,001
31–40 metų	44 (11,3)	
41–50 metų	12 (3,1)	
≥ 51 metai	9 (2,1)	
Ligos sunkumas pagal PASI (balais)		
≤10 (lengva)	202 (53,7)	0,203
>10 (vidutinė ir sunki)	174 (46,3)	
Psoriazinis artritas		
Nėra	241 (64,6)	<0,001
Yra	132 (35,4)	
Ligos, nustatytos ar gydytos per pastaruosius 12 mėn.		
Padidėjęs kraujo spaudimas, hipertenzija	129 (33,5)	
Padidėjusi cholesterolio koncentracija kraujyje	64 (16,6)	
Padidėjusi gliukozės koncentracija, cukrinis diabetas	33 (8,6)	
Miokardo infarktas, širdies priepuolis	11 (2,9)	
Krūtinės angina	19 (4,9)	
Širdies nepakankamumas	19 (4,9)	<0,001
Reumatinis artritas	52 (13,5)	
Stuburo ligos	81 (21)	
Lėtinis bronchitas, emfizema	14 (3,6)	
Astma	23 (6)	
Gastritas ar opaligė	25 (6,5)	
Kitos	32 (8,3)	
Ūgio vidurkis (cm)	172,47 (SN = 9,84)	
Svorio vidurkis (kg)	83,32 (SN = 18,56)	
KMI		
<18,5	9 (2,3)	
18,5–24,9	127 (33,0)	<0,001
25–29,9	124 (32,3)	
≥ 30	125 (32,5)	
Laisvalaikiu mankštinosi (sportavo, bėgiojo, važinėjo dviračiu, dirbo sode ir pan.) mažiausiai 30 min. taip, kad pagerėjo kvėpavimas ir suprakaitavo		
Kasdien	61 (15,8)	
4– kartus per sav.	32 (8,3)	
2 ar 3 kartus per sav.	87 (22,6)	<0,001
Kartą per sav.	47 (12,2)	
2 ar 3 kartus per mėn.	46 (11,9)	
Kelis kartus per metus ar rečiau	66 (17,1)	
Negali mankštintis dėl ligos ar neįgalumo	43 (11,2)	

n – tiriamųjų skaičius, proc. – procentai, SN – standartinis nuokrypis,
p – reikšmingumo lygmuo.

Daugiau nei pusę (53 proc.) tiriamųjų tenkino odos žvynelinės dabartinis gydymas, 23,9 proc. tiriamųjų tenkino vidutiniškai, 18,2 proc. – labai tenkino, mažąją dalį tiriamųjų (4,2 proc.) – visai netenkino.

26,8 proc. (n=103) tiriamųjų per pastaruosius 5 metus buvo gydomi nuo žvynelinės sistemiškai veikiančiais vaistais. Iš jų 20,3 proc. (n=78) vartojo metotreksatą, 3,6 proc. (n=14) – acitretiną, 8,3 proc. (n=32) gydyti biologiniais vaistais.

Žvyneline sergantys žmonės nuolat turi naudoti minkštinamuosius kremus ir įvairius vietiškai veikiančius tepalus. Anketose tiriamieji nurodė, kad nekompensuojamiems vaistams ligai suvaldyti per mėnesį išleido nuo 0 iki 300 EUR (vidurkis – 16,64; SN=23,62), kompensuojamųjų vaistų priemokai per mėnesį išleido nuo 0 iki 145 EUR (vidurkis – 13,1; SN=15,85).

Daugumai žvyneline sergančių pacientų, kaip vienas pagrindinių gydymo būdų, taikoma fototerapija – gydymas ultravioletiniais spinduliais. Šis gydymo būdas buvo taikytas 73,2 proc. tiriamųjų.

34,6 proc. (n=133) tiriamųjų nurodė, kad žvyneline sirgo kuris nors iš jų šeimos narių. 20,3 proc. teigė, kad vienas iš tėvų, 3,4 proc. – kad vienas iš senelių, kiti nurodė dėdes, tetas, vaikus ir pan. Apklausos duomenimis, daugiau nei pusė (54,1 proc.) sergančiųjų žvyneline teigė turį nagų pažeidimų (4.1.3 lentelė). Kiek laiko vargina nagų pažeidimai, buvo nurodytas laikotarpis nuo 0 iki 40 metų, vidurkis – 4,89 (SN=8,071). 13,2 proc. nurodė, jog žvynelinės pažeisti nagai sukelia daug fizinių sunkumų atliekant įprastinius darbus, 30,3 proc. respondentų nesmagiai jautėsi dėl jų išvaizdos, 15,4 proc. pažymėjo, kad tai turi įtakos jų visuomeninei ar darbinei veiklai. Dešimtadalis (13,5 proc.) respondentų nurodė, jog nagų žvynelinė sukelia nerimą, emocinį stresą ar miego sutrikimus, o 14 proc. apklaustųjų – skausmą. Kaip nagų pažeidimai, atsiradę dėl žvynelinės ligos, paveikė tiriamuosius matyti 4.1.3 lentelėje.

Respondentų rizikos veiksniai, susiję su žvyneline. Apklausos metu 23,9 proc. tiriamųjų nurodė, kad rūkė kasdien, 25,7 proc. – visiškai nerūkė. 43,4 proc. tiriamųjų vartojo bet kokį alkoholinį gėrimą kelis kartus per mėn., 17,1 proc. tiriamųjų – 2 ar 3 kartus per mėn. (4.1.4. lentelė).

Vertinant mitybą, nustatyta, kad 75,8 proc. tiriamųjų pusryčiavo kasdien, 24,2 proc. – pusryčių nevalgydavo. Ruošdami maistą, 86,2 proc. tiriamųjų dažniausiai vartojo aliejų, 39,7 proc. tiriamųjų dažniausiai gėrė vidutinio riebumo (2,5–3,2 proc.) parduotuvėje pirktą pieną, 66,3 proc. tiriamųjų į paruoštą maistą dar papildomai dėjo druskos (4.1.4. lentelė). Tiriamieji nurodė suvalgantys nuo 0–30 kiaušinių (virtų ar keptų) per savaitę (vidutiniškai – 3,6, SN=3,57), išgeriantys per dieną 0–8 puodelių kavos, vidutiniškai – 1,6 (SN=1,25), 0–10 puodelių arbatos, vidutiniškai – 1,7 (SN=1,30). Į

4.1.3 lentelė. *Žvynelinės sukeltų nagų pažeidimų įtaka respondentų kasdiennei veiklai*

Kintamieji	Absoliutusis skaičius (proc.)	p
Nesmagiai jautėsi dėl savo nagų išvaizdos		<0,001
Labai nesmagiai	66 (32,7)	
Nesmagiai	51 (25,3)	
Vidutiniškai	19 (9,4)	
Šiek tiek	30 (14,8)	
Visai ne	36 (17,8)	
Nagų išvaizda turi įtakos visuomeninei/darbinei veiklai		<0,001
Labai daug	33 (16,3)	
Daug	26 (12,9)	
Vidutiniškai	37 (18,3)	
Šiek tiek	42 (20,8)	
Visai ne	64 (31,7)	
Nagų žvynelinė veikia psichologiškai (jaučia nerimą, emocinį stresą, miego sutrikimus, depresijos simptomus)		<0,001
Labai stipriai	22 (10,9)	
Stipriai	30 (14,8)	
Vidutiniškai	40 (19,8)	
Šiek tiek	41 (20,3)	
Visai ne	69 (34,2)	
Bando slėpti nagų žvynelinę kosmetinėmis procedūromis (nagų poliravimu, nagų atkūrimu)		<0,001
Labai dažnai	23 (11,4)	
Dažnai	26 (12,9)	
Retai	16 (7,9)	
Kartais	36 (17,8)	
Visai ne	101 (50)	
Dėl žvynelinės nagai būna opūs, skausmingi		<0,001
Labai dažnai	14 (6,9)	
Dažnai	40 (19,9)	
Retai	19 (9,4)	
Kartais	70 (34,6)	
Visai ne	59 (29,2)	

p – reikšmingumo lygmuo, proc.– procentai.

vieną puodelį kavos dėjo 0–3 šaukštelius cukraus, vidutiniškai – 1,02 (SN= 0,837), į vieną arbatos puodelį cukraus dėjo 0–4 šaukštelius, vidutiniškai – 0,98 (SN=0,895).

Tiriamųjų buvo klausiama, ar per praėjusius 12 mėn. kas nors patarė pakeisti mitybą dėl sveikatos. 22,3 proc. teigė, kad patarimą gavo iš gydytojo, 4,2 proc. – iš kitų sveikatos priežiūros specialistų. 18,7 proc. patarimus dėl mitybos keitimo gavo iš šeimos narių, 8,6 proc. – iš kitų asmenų (4.1.4 lentelė).

4.1.4 lentelė. *Pacientų, sergančių žvyneline, žalingų įpročių ir mitybos charakteristika*

Kintamieji	Absoliutusis skaičius (proc.)	p
Rūkymas		
Kasdien	92 (23,9)	
Retkarčiais	51 (13,25)	<0,001
Visai nerūko	99 (25,71)	
Neatsakė	143 (37,14)	
Alkoholio vartojimas		
Kasdien	3 (0,78)	
2 ar 3 kartus per savaitę	8 (2,08)	
1 kartą per savaitę	15 (3,89)	<0,001
2 ar 3 kartus per mėnesį	66 (17,14)	
Kelis kartus per mėnesį	167 (43,38)	
Niekada	126 (32,73)	
Pusryčiauja		
Taip	292 (75,8)	<0,001
Ne	93 (24,2)	
Dažniausiai vartoja ruošdami maistą		
Aliejų	332 (86,2)	
Sviestą	26 (6,8)	
Margariną	13 (3,4)	<0,001
Taukus	5 (1,3)	
Nieko nevartoja	9 (2,3)	
Dažniausiai geria pieną		
Natūralų kaimišką	69 (17,9)	
Natūralų pirktą parduotuvėje	35 (9,1)	
Vidutinio riebumo (2,5–3,2 proc.)	153 (39,7)	<0,001
Liesą (1,0 proc. riebumo ir liesesnį)	17 (4,4)	
Negeria pieno	111 (28,8)	
Į paruoštą maistą papildomai deda druskos		
Niekada	118 (30,6)	
Kai trūksta druskos	255 (66,3)	<0,001
Beveik visada net neragavęs	12 (3,1)	
Per praėjusius 12 mėn. žinių mitybos keitimo klausimais gavo iš:		
Gydytojo		
Taip	87 (22,6)	<0,001
Ne	298 (77,4)	
Kitų sveikatos priežiūros specialistų		
Taip	16 (4,2)	<0,001
Ne	369 (95,8)	
Šeimos narių		
Taip	72 (18,7)	<0,001
Ne	313 (81,3)	
Kiti asmenų		
Taip	33 (8,6)	<0,001
Ne	352 (91,4	

n – tiriamųjų skaičius, proc. – procentai, p – reikšmingumo lygmuo.

4.2. Žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybės vertinimas

4.2.1. Gyvenimo kokybės ir ligos sunkumo vertinimas

Pirmiausia siekta palyginti žvyneline sergančių respondentų amžiaus, ligos trukmės, ligos sunkumo, gyvenimo kokybės ir ligos sukelto neįgalumo vertinimus lyties atžvilgiu. Respondentų žvynelinės gyvenimo kokybės rodiklis (DLQI) svyravo nuo 0 iki 30 balų (vidurkis – 13,63; SN=8,25), ligos sunkumo rodiklis (PASI) – nuo 0 iki 38,9 (vidurkis – 10,71; SN=6,74), žvynelinės neįgalumo rodiklis (PDI) – nuo 0 iki 40 balų (vidurkis – 17,19; SN=8,653). Moterų žvynelinės PASI rodiklis buvo mažesnis nei vyrų, tačiau gyvenimo kokybės pokytis pagal DLQI ir PDI atvirkščiai – didesnis moterų nei vyrų (4.2.1.1 lentelė).

4.2.1.1 lentelė. *Tiriamųjų amžiaus, ligos trukmės, žvynelinės sunkumo ir gyvenimo kokybės rodikliai priklausomai nuo lyties (n = 385)*

	Iš viso (M, SN)	**Moterys (M, SN)**	**Vyrai (M, SN)**	**p**
Amžius (metai)	46,88 (15,83)	48,79 (16,49)	45,11 (15,00)	0,017
Ligos trukmė (metai)	17,03 (14,07)	17 (15,62)	17,06 (12,49)	0,266
PASI rodiklis (balais)	10,71 (6,74)	8,98 (6,18)	12,32 (6,85)	<0,001
DLQI rodiklis (balais)	13,63 (8,25)	14,99 (8,23)	12,36 (8,08)	0,002
PDI rodiklis (balais)	17,25 (0,66)	18,25 (0,64)	16,20 (0,6)	0,027

DLQI – dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas, M – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, p – reikšmingumo lygmuo, PASI – žvynelinės ploto ir sunkumo indeksas, PDI – žvynelinės neįgalumo indeksas.

Siekiant įvertinti žvyneline sergančių pacientų ligos sunkumo ir gyvenimo kokybės sąsają, atlikta koreliacinė PASI ir DLQI analizė. Analizės vidutiniai įverčiai pateikti 4.2.1.2 lentelėje. Atlikus atskirų grupių amžiaus, ligos trukmės metais, PASI ir DLQI teiginių vertinimo analizę, nustatyta, kad ligos sunkumas ir gyvenimo kokybės rodiklis statistiškai reikšmingai priklausė nuo lyties, atitinkamai ($p<0,001$ ir $p=0,002$). Vyrų ir moterų ligos trukmė buvo panaši ($p = 0,266$). Statistiškai reikšmingo ryšio tarp amžiaus ir lyties nenustatyta ($p=0,017$). Nustatytas statistiškai reikšmingas teigiamas ryšys tarp PASI ir DLQI ($r=0,225$), PASI ir ligos trukmės ($r=0,276$), amžiaus ir ligos trukmės ($r=0,371$), tačiau nebuvo statistiškai reikšmingo ryšio tarp amžiaus ir PASI bei DLQI, DLQI ir ligos trukmės (4.2.1.2 lentelė).

4.2.1.2 lentelė. *Tiriamųjų ligos sunkumo, gyvenimo kokybės, amžiaus, ligos trukmės ryšio analizė*

	DLQI	Amžius	Ligos trukmė
PASI	r = 0,225, p < 0,001	r = –0,020, p = 0,698	r = 0,276, p < 0,001
DLQI	1	r = –0,002, p = 0,975	r = 0,031, p = 0,539
Amžius	r = –0,002, p = 0,975	1	r = 0,371, p < 0,001

DLQI – dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas, p – reikšmingumo lygmuo,
PASI – žvynelinės ploto ir sunkumo indeksas, r – koreliacijos koeficientas.

Tiriamųjų gyvenimo kokybė (pagal dermatologinį gyvenimo kokybės indeksą, DLQI) nepriklausė nuo gyvenamosios vietos, lyties, amžiaus, išsilavinimo ir ligos trukmės (4.2.1.3 lentelė).

Tiriamųjų gyvenimo kokybė priklausė nuo žvynelinės eigos ypatumų, vertintų pagal PASI (p=0,001). Didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis nustatytas daugiau nei pusei vidutine ir sunkia žvyneline (PASI>10 balų) sergančių pacientų. Iš pacientų, kurių ligos eiga buvo lengva (PASI<10 balų), didelis gyvenimo kokybės pokytis buvo nustatytas net 36,1 proc. (4.2.1.3 lentelė).

Iš 4.2.1.3 lentelės matyti, jog didelį ir labai didelį gyvenimo kokybės pokytį pagal DLQI rodiklį patyrė beveik du trečdaliai (69,7 proc.) PA sirgusių pacientų, o iš PA nesirgusių – 55,2 proc. (p>0,05).

Nagų žvynelinė taip pat turėjo įtakos ligonių gyvenimo kokybei (p=0,001) (4.2.1.3 lentelė). Daugiau nei pusei pacientų, kurių nagai buvo pažeisti, gyvenimo kokybės sutrikimas buvo didelis ar labai didelis, palyginti su neturėjusiais žvynelinės sukelto nagų pažeidimo (4.2.1.3 lentelė).

Iš 4.2.1.3 lentelės matyti, kad tiriamųjų gyvenimo kokybė nepriklausė nuo taikyto sisteminio gydymo, nuo to, ar pacientas gydytas stacionare ar ambulatorijoje.

Apklausos duomenimis, du trečdaliai sergančiųjų žvyneline teigė, kad žvynelinės sukeltas nerimas ar su šia liga susijusi depresinė būsena daro didelę ir labai didelę įtaką gyvenimo kokybei (4.2.1.3 lentelė).

4.2.1.3 lentelė. *Pacientų, sergančių žvyneline, gyvenimo kokybės skirstinys atsižvelgiant į sociodemografinius, fizinius bei psichologinius veiksnius (n = 376)*

Kintamieji		**Dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas (DLQI)**						
		n (proc.)	**Nėra įtakos (0–1 balai) n (proc.)**	**Nedidelė įtaka (2–5 balai) n (proc.)**	**Vidutinė įtaka (6–10 balų) n (proc.)**	**Didelė įtaka (11–20 balų) n (proc.)**	**Labai didelė įtaka (21–30 balų) n (proc.)**	**p**
1		**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Sociodemografiniai veiksniai								
Gyvenamoji vieta	Miestas	261 (69,4)	9 (3,4)	50 (19,2)	48 (18,4)	102 (39,1)	52 (19,9)	0,584
	Kaimas	115 (30,6)	3 (2,6)	15 (13)	25 (21,7)	45 (39,1)	27 (23,5)	
Lytis	Moterys	179 (47,6)	4 (2,2)	22 (12,3)	34 (19)	76 (42,3)	43 (24,3)	0,078
	Vyrai	197 (52,4)	8 (4,1)	43 (21,8)	39 (19,8)	71 (36)	36 (18,3)	
Amžius (metais)	<35	101 (26,9)	3 (3)	17 (16,8)	18 (17,8)	49 (48,5)	14 (13,9)	0,301
	35–44	55 (14,7)	1 (1,8)	12 (21,8)	14 (25,5)	15 (27,3)	13 (23,6)	
	45–54	85 (22,7)	4 (4,7)	12 (14,1)	11 (12,9)	34 (40)	24 (28,2)	
	55–64	79 (21,1)	3 (3,8)	12 (15,2)	15 (19)	31 (39,2)	18 (22,8)	
	≥65	55 (14,6)	1 (1,8)	12 (21,8)	14 (25,5)	18 (32,7)	10 (18,2)	
Išsilavinimas	Pradinis, nebaigtas vidurinis	26 (6,9)	0 (0)	8 (30,8)	5 (19,2)	7 (26,9)	6 (23,1)	0,453
	Vidurinis	123 (32,7)	5 (4,1)	16 (13)	23 (18,7)	51 (41,5)	28 (22,8)	
	Aukštesnysis	133 (35,4)	5 (3,8)	25 (18,8)	24 (18)	47 (35,3)	32 (24,1)	
	Aukštasis	94 (25)	2 (2,1)	16 (17)	21 (22,3)	42 (44,7)	13 (13,8)	

4.2.1.3 lentelės tęsinys

1	2	3	4	5	6	7	8	1
Ligos ypatumai (fiziniai veiksniai)								
Ligos trukmė (metais)	≤10	170 (45,2)	3 (1,8)	27 (15,9)	43 (25,3)	65 (38,2)	32 (18,8)	0,071
	11–20	81 (21,5)	3 (3,7)	15 (18,5)	9 (11,1)	41 (50,6)	13 (16)	
	21 – 30	63 (16,8)	4 (6,3)	9 (14,3)	9 (14,3)	22 (34,9)	19 (30,2)	
	>30	62 (16,5)	2 (3,2)	14 (22,6)	12 (19,4)	19 (30,6)	15 (24,2)	
Ligos sunkumas pagal PASI (balais)	≤10 (lengva)	202 (53,7)	7 (3,5)	40 (19,8)	52 (25,7)	73 (36,1)	30 (14,9)	0,001
	>10 (vidutinė ir sunki)	174 (46,3)	5 (2,9)	25 (14,4)	21 (12,1)	74 (42,5)	49 (28,2)	
Psoriazinis artritas	Nėra	241 (64,6)	6 (2,5)	50 (20,7)	52 (21,6)	95 (39,4)	38 (15,8)	0,002
	Yra	132 (35,4)	6 (4,5)	15 (11,4)	19 (14,4)	51 (38,6)	41 (31,1)	
Nagų pažeidimai	Nėra	166 (45,9)	4 (2,4)	34 (20,5)	44 (26,5)	62 (37,3)	22 (13,3)	0,001
	Yra	196 (54,1)	8 (4,1)	27 (13,8)	29 (14,8)	76 (38,8)	56 (28,6)	
Taikytas gydymas	Stacionarinis	284 (76,1)	10 (3,5)	46 (16,2)	47 (16,5)	111 (39,1)	70 (24,6)	0,009
	Ambulatorinis	92 (23,9)	2 (2,2)	19 (20,7)	26 (28,3)	36 (39,1)	9 (9,8)	
Taikytas siste-minis gydymas	Ne	279 (75,4)	7 (2,5)	51 (18,3)	58 (20,8)	106 (38)	57 (20,4)	0,683
	Taip	91 (24,6)	4 (4,4)	14 (15,4)	15 (16,5)	36 (39,6)	22 (24,2)	
Psichologiniai veiksniai								
Nerimas	Nėra	238 (63,3)	9 (3,8)	54 (22,7)	54 (22,7)	94 (39,5)	27 (11,3)	p < 0,001
	Yra	138 (36,7)	3 (2,2)	11 (8,0)	19 (13,8)	53 (38,4)	52 (37,7)	
Depresija	Nėra	291 (77,4)	10 (3,4)	60 (20,6)	62 (21,3)	116 (39,9)	43 (14,8)	
	Yra	85 (22,6)	2 (2,4)	5 (5,9)	11 (12,9)	31 (36,5)	36 (42,4)	

n – tiriamųjų skaičius; p – reikšmingumo lygmuo.

Logistinės regresinės analizės duomenimis (4.2.1.4 lentelė), didelio ir labai didelio gyvenimo kokybės pokyčio, kai DLQI>10 balų (pagal DLQI klausimyno rodiklį), tikimybė moterims yra 1,8 karto didesnė nei vyrams, pacientams, sergantiems vidutine ar sunkia žvyneline (PASI>10), 2,7 karto didesnė nei sergantiems lengvos eigos liga, apie du kartus ji didesnė turintiems žvynelinės sukeltų nagų pažeidimų nei jų neturintiems, taip pat ir nerimą ar depresinę būseną su šia ligą siejantiems pacientams nei nepatiriantiems šių sutrikimų.

4.2.1.4 lentelė. *Veiksniai, sąlygojantys didelį ir labai didelį gyvenimo kokybės pokytį sergant žvyneline**

Kintamieji	n	ŠS	95 proc. PI	p
Lytis				
Moterys	176	1,8	1,11–3,04	0,017
Vyrai	192	1		
PASI (balais)				
>10	177	2,7	1,63–4,25	<0,001
≤10	191	1		
Nagų pažeidimas				
Yra	202	1,9	1,16–2,98	0,010
Nėra	166	1		
Nerimas				
Yra	136	2.0	1,16–3,44	0,013
Nėra	232	1		
Depresija				
Yra	84	2,0	1,03–3,77	0,041
Nėra	284	1		

n – tiriamųjų skaičius, p – reikšmingumas, 95 proc. PI – pasikliautinasis intervalas,
ŠS – šansų santykis.
*Lentelėje nėra pateikta amžiaus, šeiminės padėties, KMI, ligos trukmės, psoriazinio artrito diagnozės ir gydymo (stacionare/ambulatoriškai) duomenų, nes kintamieji buvo įtraukiami į daugiaveiksnės logistinės regresijos analizę, jei vienaveiksnės analizės p<0,1.

4.2.2. Žvyneline sergančių pacientų sveikatos būklės, neįgalumo ir ligos sunkumo vertinimas

Vertinant sveikatos būklę, respondentų atsakymai išanalizuoti sugrupavus į penkias sritis ir vertinant trimis aspektais: sutrikimų nėra, yra nedidelių sutrikimų, yra didelių sutrikimų. Tyrime dalyvavusių respondentų atsakymai į atskirų EQ-5D sričių klausimus pateikti 4.2.2.1 lentelėje.

4.2.2.1 lentelė. *Tiriamųjų atsakymų skirstinys atsižvelgiant į atskiras EQ-5D sritis*

EQ-5D sritys		**Sutrikimų nėra**	**Nedideli sutrikimai**	**Dideli sutrikimai**
Judėjimas	n	271	114	0
	proc.	70,4	29,6	0
Savipriežiūra	n	240	144	1
	proc.	62,3	37,4	0,5
Įprastinė veikla	n	175	201	9
	proc.	45,5	52,2	2,3
Skausmas/bloga savijauta	n	141	212	32
	proc.	36,6	55,1	8,3
Nerimas/depresija	n	125	215	45
	proc.	32,5	55,8	11,7

n – tiriamųjų skaičius, proc. – procentai.

Vertinant žvyneline sergančių asmenų sveikatos būklę (EQ-5D klausimynu), nustatyta, kad daugiausia sveikatos sutrikimų ligoniai turėjo dėl nerimo/depresijos (67,5 proc.) ir dėl skausmo/blogos savijautos (63,4 proc.) (4.2.2.1 lentelė). Analogiškas išvadas pateikia ir kiti mokslininkai [41, 154]: jų tyrimuose nedidelių ir didelių sveikatos būklės problemų būta tose pačiose srityse kaip ir mūsų tyrime. Gyvenimo kokybę respondentų sveikatos būklė veikė skirtingai (žr. 11 priedas, 11.1 lentelė). Judėjimas sukėlė nedidelių sveikatos būklės problemų, turėjo įtakos lytis ($p=0,003$), amžius, išsilavinimas, KMI, dirbamas darbas ir socialinė padėtis, išsivystęs psoriazinis artritas, taikytas gydymas (stacionaras/ambulatorija) ($p<0,001$). Savipriežiūrai (nusiprausimui ir apsirengimui) įtakos turėjo respondentų amžius ($p<0,001$), šeiminė padėtis ($p=0,002$), psoriazinis artritas ($p<0,001$). 65–74 m. amžiaus grupėje nedidelių sveikatos būklės sutrikimų dėl savipriežiūros turėjo 48,9 proc. respondentų, o vyresnių kaip 75 m. grupėje 10 proc. tiriamųjų turėjo didelių sveikatos būklės sutrikimų dėl savipriežiūros ($p<0,001$). 29,5 proc. respondentų, kuriems nustatytas psoriazinis artritas, nurodė turintys nedidelių ir 0,4 proc. – didelių sveikatos būklės sutrikimų dėl savipriežiūros ($p<0,001$). Įprastinei veiklai (darbui, studijoms, namų ruošai, šeimos ar laisvalaikio užsiėmimams) įtakos turėjo amžius, psoriazinis artritas, nagų pažeidimai ($p<0,001$), šeiminė padėtis ($p=0,005$). Didelių sveikatos būklės sutrikimų dėl įprastinės veiklos nurodė turį 4,9 proc. 55–64 metų ir 20 proc. vyresnių nei 75 metų asmenų ($p<0,001$); 10,3 proc. našlių ($p=0,005$); 3,6 proc. sergančių psoriaziniu artritu ($p<0,001$); 3 proc. turėjusių žvynelinės pažeistus nagus ($p<0,001$). Respondentų savijautai, skausmui atsirasti įtakos turėjo amžius, šeiminė padėtis, psoriazinis artritas, nagų pažeidimai, taikytas gydymas (stacionaras/ambulatorija) ($p<0,0001$), KMI ($p=0,001$), darbas/

socialinė padėtis (p=0,002). Dėl savijautos ar patiriamo skausmo nedidelių sveikatos būklės sutrikimų turėjo 71,1 proc. 65–74 m. amžiaus grupės respondentų, o didelių sveikatos būklės sutrikimų – 16,9 proc. 45–54 metų ir 20 proc. vyresnių nei 75 metų grupės respondentų (p<0,001). Didelių sveikatos būklės sutrikimų dėl savijautos ar skausmo turėjo 18,1 proc. respondentų, kuriems nustatytas psoriazinis artritas (p<0,001) 14,3 proc. respondentų, kuriems žvynelinė pažeidė nagus (p<0,001); 10,2 proc. respondentų, kuriems taikytas stacionarinis gydymas (p<0,001); 15,2 proc. respondentų, kurie buvo nutukę (p=0,001); 13,2 proc. turinčiųjų neįgalumą (p=0,002). Vertinant sveikatos būklę, nustatyta, kad respondentai buvo prislėgti ar sunerimę dėl savo sveikatos būklės. Tam įtakos turėjo lytis (p<0,001), išsivystęs psoriazinis artritas (p=0,003).

EQ-5D vaizdinės analogijos skalė (VAS). EQ VAS skalės vidurkis buvo 58,00 (SN=21,47). Išsamiau EQ VAS pagrindinės tendencijos pateiktos vertinant pagal lytį (4.2.2.2 lentelė) ir atskirose tiriamųjų amžiaus grupėse (4.2.2.3 lentelė) (vidurkiai, standartinis nuokrypis). Žvyneline sergančių vyrų nurodytas sveikatos būklės balas buvo šiek tiek didesnis, moterys blogiau vertino savo sveikatos būklę nei vyrai (4.2.2.2 lentelė).

4.2.2.2 lentelė. *Tiriamųjų įsivaizduojamos sveikatos būklės pagrindinės tendencijos pagal lytį*

EQ VAS	Vyrai n = 199	Moterys n = 186
Vidurkis	60,93	54,87
SN	22,25	20,21
Mediana	60	50
25-as procentilis	50	40
75-as procentilis	80	70

EQ VAS – Europos gyvenimo kokybės sveikatos būklės vaizdinės analogijos skalė,
n – tiriamųjų skaičius, SN – standartinis nuokrypis.

Analizuojant amžiaus grupes, nustatyta, kad savo sveikatos būklę blogiau vertino 55–64 metų respondentai, geriausiai – jaunesni, iki 35 metų (4.2.2.3 lentelė).

4.2.2.3 lentelė. *Tiriamųjų įsivaizduojamos sveikatos būklės pagrindinės tendencijos pagal amžių*

EQ VAS	Amžiaus grupės					
	<35 m. n=101	**35–44 m. n=57**	**45–54 m. n=89**	**55–64 m. n=82**	**65–74 m. n=45**	**≥75 m. n=10**
Vidurkis	64,95	58,33	55,06	54,82	54,89	55
SN	21,96	21,64	22,62	18,68	19,38	23,69
Mediana	70	60	50	50	50	50
25-as procentilis	50	40	40	40	40	30
75-as procentilis	80	77,5	70	66,25	70	75

EQ VAS – Europos gyvenimo kokybės vaizdinės analogijos skalė, n – tiriamųjų skaičius, SN – standartinis nuokrypis.

Vertinant žvynelinės sukeltą neįgalumą pagal PDI klausimyno duomenis, nustatyta, kad daugiau nei pusei (53,2 proc.) respondentų kasdienė veikla sukėlė daug problemų, 19,5 proc. respondentų – labai daug (4.2.2.4 lentelė). 39,7 proc. respondentų žvynelinė kelia daug problemų planuojant laisvalaikį, 27,8 proc. respondentų – dėl darbo ar mokslo.

4.2.2.4 lentelė. *Tiriamųjų atsakymų skirstinys pagal atskiras žvynelinės sukelto neįgalumo indekso sritis*

PDI sritys		Labai daug	Daug	Mažai	Visai ne	p
Kasdienė veikla	n	75	205	102	3	0,005
	proc.	19,5	53,2	26,5	0,8	
Darbas ar mokykla	n	31	107	174	73	0,006
	proc.	8,1	27,8	45,2	19	
Asmeniniai santykiai	n	35	81	136	132	0,245
	proc.	9,1	21,1	35,4	34,4	
Laisvalaikis	n	29	153	162	41	0,528
	proc.	7,5	39,7	42,1	10,6	
Gydymas	n	3	14	82	286	0,865
	proc.	0,8	3,6	21,3	74,3	

PDI – žvynelinės sukelto neįgalumo indeksas, n – tiriamųjų skaičius, proc. – procentai, p – reikšmingumo lygmuo.

Tyrimo duomenimis, tarp ligos sunkumo (PASI) ir žvynelinės neįgalumo indekso (PDI) yra statistiškai reikšmingas teigiamas ryšys ($p<0,001$).

Lengvos eigos žvynelinė pagal PASI indekso reikšmę ($PASI\leq10$) nustatyta daugiau nei pusei pacientų (53,7 proc.), vidutinė ir sunki ($PASI>10$) – 46,3 proc. Gyvenimo kokybės rodiklis, kuris atspindi sergančiųjų žvyneline neįgalumą (PDI), vertintas pagal PASI, priklausė nuo kasdienės veiklos ($p=0,001$), nuo asmeninių santykių ($p=0,002$) ir laisvalaikio ($p<0,001$)

(4.2.2.5 lentelė). Mūsų išvados visiškai sutapo su S. V. Rakhesh [192], S. Aghaei [4] tyrimų išvadomis [4, 192], taip pat ir su Finlay, Aschoft, Gelfand tyrimų išvadomis, tik pastarieji tyrėjai nenustatė statistiškai reikšmingo teigiamo ryšio profesinėje (darbas/mokslas) srityje [14, 57, 68].

4.2.2.5 lentelė. *Žvynelinės neįgalumo indekso (bendras PDI) ir žvynelinės sunkumo (PASI) koreliacijos koeficientas*

PDI sritis	**Ligos sunkumas (PASI)**	
	r	**p**
PDI bendras	0,245	<0,001
Kasdienė veikla	0,211	<0,001
Darbas ar mokykla	0,140	0,006
Asmeniniai santykiai	0,156	0,002
Laisvalaikis	0,275	<0,001
Gydymas	0,017	0,744

r – koreliacijos koeficientas, p – reikšmingumo lygmuo, PASI – žvynelinės ploto ir sunkumo indeksas, PDI – žvynelinės sukelto neįgalumo indeksas.

Gyvenimo kokybės rodiklių pasiskirstymas pagal žvynelinės neįgalumo indeksą (PDI) ir ligos sunkumą (PASI) pateiktas 4.2.2.6 lentelėje.

4.2.2.6 lentelė. *Žvynelinės sukelto neįgalumo indekso (PDI) atskirų sričių rodiklių pasiskirstymas dviejose ligos sunkumo grupėse*

PDI sritis	**PASI ≤ 10 n = 205 (M±SN)**	**PASI > 10 n = 180 (M±SN)**	**p**
Kasdienė veikla	7,08±3,231	8,24±3,193	<0,001
Darbas ar mokykla	2,65±2,304	3,24±2,426	0,010
Asmeniniai santykiai	1,61±1,783	2,15±1,854	0,002
Laisvalaikis	3,77±2,605	5,17±2,905	<0,001
Gydymas	0,28±0,584	0,34±0,571	0,189
Bendras PDI	15,42±8,271	19,21±8,661	<0,001

n – tiriamųjų skaičius, M – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis,
p – reikšmingumo lygmuo, PASI – žvynelinės ploto ir sunkumo indeksas,
PDI – žvynelinės sukelto neįgalumo indeksas.

Vertinant žvynelinės sukelto neįgalumo indeksą, nustatyta, kad, sergant vidutine ir sunkia žvyneline (PASI>10), kasdienė veikla buvo sutrikusi daugiau nei dviejų trečdalių (78 proc.) ligonių. 42,2 proc. tiriamųjų liga neigiamai paveikė darbą ar mokslą, 58,3 proc. – laisvalaikio planavimą. Iš pacientų, kurių ligos eiga buvo lengva (PASI≤10), daug problemų atliekant kasdienę veiklą patyrė net 52,7 proc. (4.2.2.7 lentelė).

4.2.2.7 lentelė. *Žvynelinės sukelto neįgalumo indekso (PDI) atskirų sričių atsakymų skirstinys atsižvelgiant į ligos sunkumą*

PDI sritis	PASI		
	PASI ≤ 10 n (proc.)	**PASI > 10 n (proc.)**	**p**
Kasdienė veikla			
Visai ne	3 (1,5)	0	0,019
Mažai	63 (30,7)	39 (21,7)	
Daug	108 (52,7)	97 (53,9)	
Labai daug	31 (15,12)	44 (24,4)	
Darbas ar mokslas			
Visai ne	41 (20)	32 (17,8)	0,098
Mažai	102 (49,8)	72 (40)	
Daug	47 (28,9)	60 (33,3)	
Labai daug	15 (7,3)	16 (8,9)	
Asmeniniai santykiai			
Visai ne	80 (39,2)	52 (28,9)	0,004
Mažai	78 (38,2)	58 (32,2)	
Daug	30 (14,7)	51 (28,3)	
Labai daug	16 (7,58)	19 (10,6)	
Laisvalaikis			
Visai ne	27 (13,2)	14 (7,8)	<0,001
Mažai	101 (49,3)	61 (33,9)	
Daug	68 (33,2)	85 (47,2)	
Labai daug	9 (4,4)	20 (11,1)	
Gydymas			
Visai ne	158 (77,1)	128 (71,12)	0,117
Mažai	39 (19)	43 (23,9)	
Daug	5 (2,4)	9 (5)	
Labai daug	3 (1,5)	0	

p – reikšmingumo lygmuo, n – tiriamųjų skaičius, proc. – procentai, PASI – žvynelinės ploto ir sunkumo indeksas, PDI – žvynelinės sukelto neįgalumo indeksas.

4.3. Pacientų psichoemocinės būklės vertinimas

Nerimo ir depresijos simptomai nustatyti, kai HAD poskalių balų suma buvo daugiau nei 8 balai. Daugiau nei pusė (62,6 proc.) ligonių nepatyrė nerimo simptomų, lengvą nerimą jautė 15,6 proc., vidutinio stiprumo ir stiprų nerimą – atitinkamai 16,9 proc. ir 4,9 proc. sergančių žvyneline. Lengva depresija nustatyta 16,9 proc. sergančiųjų žvyneline, vidutinio stiprumo ir stipri – atitinkamai 5,2 proc. ir 1,3 proc.

Nerimo ir depresijos simptomų dažnumas priklausomai nuo tiriamųjų lyties pateiktas 4.3.1 lentelėje. Nerimo ir depresijos simptomai moterims pasireiškė dažniau nei vyrams.

4.3.1 lentelė. *Žvyneline sergančių pacientų nerimo ir depresijos simptomų dažnumas priklausomai nuo lyties*

Kriterijai	**Visi tiriamieji n (proc.)**	**Vyrai n (proc.) n = 199**	**Moterys n (proc.) n = 186**	**p**
Nerimo simptomai				
<8 balai	241 (62,6)	153 (76,8)	88 (47,3)	<0,001
≥8 balų	144 (37,4)	46 (23,2)	98 (52,7)	
Depresijos simptomai				
<8 balai	295 (76,6)	168 (84,4)	127 (68,2)	0,001
≥8 balų	90 (23,4)	31 (15,6)	59 (31,8)	

n – tiriamųjų skaičius, p – reikšmingumo lygmuo, proc. – procentai.

Žvyneline sergančių pacientų nerimo ir depresijos simptomų dažnumas atsižvelgiant į ligos trukmę pateiktas 4.3.2 lentelėje. Depresijos simptomų nustatyta daugiau nei pusei tiriamųjų, žvyneline sirgusių iki 20 metų, sergantieji ilgiau jų patyrė rečiau. Nerimo simptomai nuo ligos trukmės nepriklausė. Vertinant amžiaus grupes matyti, jog depresijos simptomai vyresniems kaip 55 metų pacientams pasireiškė dažniau nei jaunesniems. Nerimo simptomų dažnumas nuo amžiaus nepriklausė (4.3.2 lentelė).

4.3.2 lentelė. *Pacientų, sergančių žvyneline, nerimo ir depresijos simptomų dažnumas priklausomai nuo ligos trukmės ir amžiaus*

Kriterijai	Tiriamųjų skaičius n	Iš jų patiriantys nerimo simptomus	Iš jų patiriantys depresijos simptomus
		n (proc.)	n (proc.)
Žvynelinės trukmė (metai)			
≤10	173	64 (37,0)	36 (20,8)
11–20	81	25 (30,8)	26 (19,7)
21–30	66	28 (42,4)	19 (28,8)
31–40	44	15 (34,1)	11 (25,0)
41–50	12	7 (58,4)	4 (33,3)
≥50	9	5 (55,5)	4 (44,4)
		p=0,635	p<0,001
Amžiaus grupės (metai)			
≤35	101	28 (27,8)	8 (7,9)
35–44	57	18 (31,6)	9 (15,8)
45–54	89	39 (43,8)	20 (22,5)
55–64	82	17 (37,4)	30 (36,6)
65–74	45	4 (40,0)	21 (46,6)
≥75	10	4 (40,0)	2 (20,0)
		p=0,378	p<0,001

n – tiriamųjų skaičius, p – reikšmingumo lygmuo, proc. – procentai.

Logistinės regresinės analizės, kuria vertintas sergančiųjų žvyneline depresijos ir nerimo simptomų ryšys su sociodemografiniais veiksniais, rezultatai pateikti 4.3.3 lentelėje.

Depresijos simptomų tikimybė moterims yra didesnė (ŠS=1,71) nei vyrams. 55–64 metų amžiaus grupėje tikimybė, kad pasireikš depresijos simptomų, yra septynis kartus didesnė (ŠS=7,28) nei grupėje iki 35 metų. Pradinio ir nebaigto vidurinio išsilavinimo grupėje, lyginant su aukštuoju išsilavinimu, ji taip pat buvo didesnė (ŠS=1,26) (4.3.3 lentelė). Tikimybė, kad pasireikš nerimo simptomų, 55–64 metų amžiaus grupėje didesnė (ŠS=1,22) nei grupėje iki 35 metų, keturis kartus ji didesnė moterims nei vyrams (ŠS=4,72) ir tiek pat pradinio bei nebaigto vidurinio išsilavinimo grupėje (ŠS=4,42), lyginant su aukštuoju išsilavinimu (4.3.3 lentelė).

***4.3.3 lentelė**. Nerimo ir depresijos simptomų ryšys su tiriamųjų lytimi, amžiumi, išsilavinimu**

Kintamieji	n	ŠS	95% PI	p
Depresijos simptomai				
Lytis				
Moterys	81	1,71	0,78–3,73	0,173
Vyrai	160	1		
Amžiaus grupės, metais				
<35	76	1		
35–44	39	1,72	0,47–6,33	0,409
45–54	60	3,02	0,87–10,55	0,082
55–64	49	7,28	2,10–25,16	0,002
≥65	17	5,52	1,16–26,27	0,032
Išsilavinimas				
Pradinis, nebaigtas vidurinis	15	1,26	0,25–6,28	0,777
Vidurinis	89	0,59	0,22–1,60	0,307
Aukštesnysis	85	0,74	0,28–1,94	0,550
Aukštasis	52	1		
Nerimo simptomai				
Lytis				
Moterys	160	4,72	2,53–8,83	<0,001
Vyrai	81	1		
Amžiaus grupės, metais				
<35	76	1		
35–44	39	0,85	0,33–2,20	0,751
45–54	60	1,04	0,42–2.57	0,929
55–64	49	1,22	0,47–3,15	0,676
≥65	17	0,4	0,08–1,76	0,224
Išsilavinimas				
Pradinis, nebaigtas vidurinis	15	4,42	1,12–17,42	0,034
Vidurinis	89	0,94	0,42–2,12	0,899
Aukštesnysis	85	1,05	0,47–2,34	0,889
Aukštasis	52	1		

n – tiriamųjų skaičius (n = 241) neįtraukus neatsakiusiųjų, ŠS – šansų santykis,
95 proc. PI – pasikliautinasis intervalas, p – reikšmingumas, proc. – procentai.
*Lentelėje nepateikti šeiminės padėties, KMI, rūkymo ir alkoholio vartojimo duomenys. Kintamieji buvo įtraukti į daugiaveiksnės logistinės regresijos analizę, jei vienaveiksnės analizės $p < 0,1$.

4.4. Paciento žinios apie ligą ir požiūris į mokymąsi

Beveik pusė (44,4 proc.) tiriamųjų savo žinias apie ligą įvertino patenkinamai, 29,6 proc. nurodė, kad jiems trūksta žinių, 19,7 proc. teigė, kad gerai žino apie savo ligą, 2,9 proc. – viską žino, o 2,9 proc. tiriamųjų – nieko nežino apie savo ligą.

Daugiau nei pusė (57,4 proc.) tiriamųjų gydymo įstaigose gavo pakankamai informacijos apie žvynelinę, 33,5 proc. – informacijos gavo iš dalies, 9,1 proc. – gavo nepakankamai informacijos.

Apie savo ligą daugiausiai tiriamųjų (70,1 proc.) sužinojo iš gydytojo, 48,1 proc. – iš interneto, 15,6 proc. – iš spaudos, 10,9 proc. – iš televizijos ar radijo laidų, 9,1 proc. žinių apie savo ligą gavo iš slaugytojo.

Apie žvynelinės gydymo būdus, metodus pakankamai informacijos gavo 47,3 proc. tiriamųjų, apie žvynelinės vaistų šalutinį poveikį – 24,7 proc., apie reikiamų tyrimų atlikimą prieš skiriant gydymo kursą – 41,6 proc., apie gydymą fototerapija, jos šalutinį poveikį, kontraindikacijas – 34 proc. tiriamųjų (4.4.1. lentelė).

4.4.1 lentelė. *Respondentų nuomonė dėl jiems suteiktos informacijos apie žvynelinę kiekį*

Kintamieji	**Absoliutusis skaičius (proc.)**
Pakankamai gauna informacijos apie žvynelinės gydymo būdus	
Taip	182 (47,3)
Ne	88 (22,9)
Nežinau	114 (29,6)
Pakankamai gauna informacijos apie žvynelinės vaistų šalutinį poveikį	
Taip	95 (24,7)
Ne	150 (39)
Iš dalies	138 (35,8)
Pakankamai gauna informacijos apie reikiamų tyrimų atlikimą prieš skiriant gydymo kursą	
Taip	160 (41,6)
Ne	96 (24,9)
Iš dalies	128 (33,2)
Pakankamai gauna informacijos apie gydymą fototerapija, jos šalutinį poveikį, kontraindikacijas	
Taip	131 (34)
Ne	134 (34,8)
Iš dalies	119 (30,9)

n – tiriamųjų skaičius, proc. – procentai.

Daugiau nei pusė (63,9 proc.) teigė, kad išvykdami į namus gavo pakankamai informacijos apie odos priežiūrą, 27,8 proc. tiriamųjų – gavo iš dalies, 7,5 proc. – informacijos nepakako.

21,6 proc. tiriamųjų informacija apie vaistus, skiriamus žvynelinei gydyti, buvo paaiškinta sudėtingai, pusė tiriamųjų (52,2 proc.) – informaciją suprato, 26 proc. tiriamųjų nežinojo, ar informacija buvo paaiškinta sudėtingai. Apie biologinius vaistus nieko nežino net 67,1 proc. tiriamųjų, 33 proc. tiriamųjų teigė žiną, kas yra biologiniai vaistai. Dauguma (76,1 proc.) tiriamųjų žino, kas yra fototerapija, bet 23,9 proc. tiriamųjų to nežino.

Tiriamųjų buvo klausiama, kam yra svarbus sveikatos mokymas. Didžiuma (95,1 proc.) atsakė, kad svarbus pačiam ligoniui, 3,9 proc. nurodė, kad – gydytojui, slaugytojui bei kitam medicinos personalui.

Dauguma tiriamųjų (79,2 proc.) norėtų, kad slaugytojas suteiktų papildomų žinių apie mitybos, fizinio aktyvumo, žalingų įpročių, streso, odos priežiūros ypatumus, 9,1 proc. – jų nepageidavo.

Kad pacientų, sergančių žvyneline, mokymas turėtų padėti saugiau jaustis visuomenėje, manė 73,8 proc. tiriamųjų, 20 proc. tiriamųjų – to nežinojo, 9,1 proc. tiriamųjų nemano, kad tai padėtų būti saugesniam.

Tyrimo metu norėta sužinoti pacientų žinias apie pagrindinius žvynelinės aspektus. Tyrimo rezultatai rodo, kad didesnė dalis pacientų žinojo pagrindinius dalykus apie ligą (4.4.2 lentelė).

4.4.2 lentelė. *Respondentų turimų žinių apie žvynelinę įvertinimo rezultatai*

Eil. Nr.	Klausimas	Paciento atsakymas (n = 385)	
		Teisingas n (proc.)	Neteisingas n (proc.)
1.	Ar reikia laikytis tam tikrų mitybos taisyklių sergant žvyneline	317 (82,3)	68 (17,7)
2.	Ar stresas, nervinė įtampa turi įtakos sergant žvyneline	362 (94)	23 (6)
3.	Ar kiti gali užsikrėsti nuo asmens, sergančio žvyneline	338 (87,8)	47 (12,2)
4.	Ar alkoholis daro didelę žalą ligos eigai	310 (80,5)	75 (19,5)
5.	Ar fizinis aktyvumas yra svarbi priemonė sergant psoriaziniu artritu	203 (52,7)	182 (47,3)

n – tiriamųjų skaičius, proc. – procentai.

Apibendrinant galima teigti, kad didesnė dalis ligonių žinojo pagrindinius dalykus apie žvynelinę, tačiau dauguma savo žinias įvertino patenkinamai. Didžioji dalis respondentų išreiškė norą, kad slaugytojas suteiktų papildomų žinių apie ligą, taip pat teigė, kad ligonių mokymas turi reikšmės saugiau jaustis visuomenėje.

4.5. Slaugytojų žinių apie žvynelinę vertinimas

Tyrime dalyvavo 505 slaugytojai (503 moterys ir 2 vyrai), dirbantys pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (n=279) ir terapinio profilio padaliniuose (n=226). Slaugytojų amžius svyravo nuo 22 iki 70 metų (amžiaus vidurkis – 45,34; SN=10,5 m.), darbo stažas – nuo 1 iki 48 m. (vidurkis – 23,2; SN=11,4 m., mediana – 24 m.). Daugiau nei pusė slaugytojų (54,7 proc.) nurodė, kad sutinka pacientus, sergančius žvyneline, rečiau nei kartą per mėnesį, 24,1 proc. slaugytojų visai nesutinka tokių pacientų. Aukštesnįjį, aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turėjo 436 (86,3 proc.), aukštąjį universitetinį – 69 (13,7 proc.). Slaugytojų žinių apie žvynelinę įvertis svyravo nuo 4 iki 10 balų, mediana – 7 balai (4.5.1 lentelė).

4.5.1 lentelė. *Slaugytojų, dalyvavusių apklausoje, pagrindinės charakteristikos*

Charakteristika	Slaugytojų skaičius (n)	proc.	p
Išsilavinimas			
Aukštesnysis, aukštasis neuniversitetinis	436	86,3	<0,001
Aukštasis universitetinis	69	13,7	
Darbo vieta			
Pirminis sveikatos priežiūros lygmuo	279	55,2	0,119
Tretinis sveikatos priežiūros lygmuo	226	44,8	
Darbo stažas			
<10 metų	72	14,2	<0,001
10–25 metai	217	43	
>25 metai	216	42,8	
Amžius			
<35 metų	76	15	<0,001
35–55 metai	330	65,3	
>55 metai	99	19,7	
Sutinka pacientus, sergančius žvyneline			
Kasdien	18	3,6	<0,001
Kartą per savaitę	19	3,8	
Kartą per mėnesį	70	13,8	
Rečiau nei kartą per mėnesį	276	54,7	
Visai nesusiduria	122	24,1	
Slaugytojų žinių įvertinimas (balais)			
Puikiai (10 balų)	13	2,6	<0,001
Gerai (8–9 balai)	194	38	
Patenkinamai (6–7 balai)	245	48,5	
Blogai (4–5 balai)	53	10	

n – tiriamųjų skaičius, proc. – procentai, p – reikšmingumo lygmuo.

Daugiausiai slaugytojų 245 (48,5 proc.) buvo įvertintos patenkinamai, puikiai įvertintos 13 (2,6 proc.) slaugytojų (p>0,05) (4.5.1 lentelė).

Žinių įvertis statistiškai reikšmingai nesiskyrė nei amžiaus grupėse (χ^2=6,484, p=0,371), nei darbo stažo grupėse (χ^2=3,817, p=0,701). Nors daugiau nei pusės slaugytojų, turinčių aukštąjį universitetinį išsilavinimą (53,6 proc.), lyginant su turinčiais aukštesnįjį ar aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą (39,0 proc.), žinios įvertintos gerai ar puikiai, šis skirtumas taip pat nėra statistiškai reikšmingas (χ^2=5,610, p=0,132). Slaugytojų, dirbančių su bendrosios praktikos gydytojais ir su gydytojais specialistais, žinios įvertintos panašiai (χ^2=6,135, p=0,105), o slaugytojų, sutinkančių žvyneline sergančius pacientus bent kartą per savaitę, geriau nei sutinkančių juos rečiau nei kartą per mėnesį (χ^2=15,970, p=0,014) (4.5.2 lentelė).

Geresnės žinios žvynelinės klausimais buvo slaugytojų, turinčių aukštąjį universitetinį išsilavinimą, lyginant su neuniversitetiniu (ŠS=1,95), ir slaugytojų, dažniau susitinkančių su žvyneline sergančiais pacientais: kartą per savaitę (ŠS=3,27) ir kartą per mėnesį (ŠS=1,85), lyginant su tais, kurie sutinka rečiau nei 1 kartą per mėnesį ar visai nesutinka (4.5.3 lentelė). Vadinasi, aukštojo išsilavinimo slaugytojams galimybė (šansas) turėti geresnes žinias yra 1,95 karto didesnė nei aukštesniojo bei aukštojo neuniversitetinio išsilavinimo slaugytojams.

Daugiau nei pusė slaugytojų žinių apie žvynelinės ligą įgijo studijų metais. Santykinai maža dalis slaugytojų jų įgijo savo praktinio darbo metu (8,1 proc.), konferencijose ir seminaruose (2 proc.), tobulinimosi kursuose (1,4 proc.) (4.5.4 lentelė). Be to, 1,8 proc. slaugytojų nurodė, kad žinių apie žvynelinę įgijo slaugydamos ja sergančius savo artimuosius.

Viena iš slaugytojų pareigų – mokyti pacientus bei jų artimuosius, todėl dauguma (77,4 proc.) tyrime dalyvavusių respondentų norėtų įgyti papildomų žinių apie žvynelinę ir sergančių ja priežiūrą. Trečdalis slaugytojų (25,6 proc.) norėjo papildyti žinias seminaruose, konferencijose, šiek tiek daugiau nei viena dešimtoji – skaitydami medicinos leidinius, straipsnius, kitą medicinos literatūrą ar dalyvaudami tobulinimosi kursuose. Tik maža dalis (3,9 proc.) slaugytojų papildomų žinių norėjo įgyti nuotolinių studijų būdu (el. studijos). Ketvirtadalis slaugytojų papildomų žinių siektų įgyti iš kelių išvardytųjų šaltinių.

4.5.2 lentelė. *Slaugytojų žinių apie žvynelinę lygis atsižvelgiant į amžių, išsilavinimą, darbo stažą (n=505)*

Charakteristika	**Puikios n (proc.)**	**Geros n (proc.)**	**Pakankamos n (proc.)**	**Blogos n (proc.)**	**p**
Amžius					
<35 metų	4 (5,3)	29 (38,1)	37 (48,7)	6 (7,9)	0,371
35–55 metai	7 (2,1)	134 (40,6)	156 (47,3)	33 (10,0)	
>55 metai	2 (2,0)	31 (31,3)	52 (52,5)	14 (14,2)	
Išsilavinimas					
Aukštesnysis, aukštasis neuniversitetinis	10 (2,3)	160 (36,7)	219 (50,2)	47 (10,8)	0,132
Aukštasis universitetinis	3 (4,3)	34 (49,3)	36 (37,7)	6 (8,7)	
Darbo vieta					
Pirminis sveikatos priežiūros lygmuo	6 (2,2)	112 (40,1)	125 (44,8)	36 (12,9)	0,105
Tretinis sveikatos priežiūros lygmuo	7 (3,1)	82 (36,3)	120 (53,1)	17 (7,5)	
Darbo stažas					
<10 metų	3 (4,2)	23 (31,9)	38 (52,8)	8 (11,1)	0,701
10–25 metai	7 (3,2)	87 (40,1)	102 (47,0)	21 (9,7)	
>25 metai	3 (1,4)	84 (38,9)	105 (48,6)	24 (11,1)	
Sutinka pacientus, sergančius žvyneline					
Kartą per savaitę	1 (2,7)	23 (62,2)	13 (35,1)	0 (0)	0,014
Kartą per mėnesį	3 (4,3)	32 (45,7)	28 (40,0)	7 (10,0)	
Rečiau nei kartą per mėnesį	7 (2,5)	96 (34,6)	141 (51,3)	32 (11,6)	
Visai nesutinka sergančių žvyneline pacientų	2 (1,6)	143 (35,3)	63 (51,6)	14 (11,5)	

n – tiriamųjų skaičius, p – reikšmingumo lygmuo ($p \leq 0,05$).

4.5.3 lentelė. *Slaugytojų žinių lygio priklausomybė nuo išsilavinimo ir susitikimų su žvyneline sergančiais pacientais dažnumo*

	ŠS	**p**	**n**
Išsilavinimas			
Aukštasis universitetinis	1,95	0,012	69
Aukštesnysis, aukštasis neuniversitetinis	1,0		436
Susitikimų su pacientu dažnumas			
Kartą per savaitę	3,27	0,003	37
Kartą per mėnesį	1,85	0,045	70
Rečiau nei kartą per mėnesį	1,03	0,887	276
Visai nesusiduria	1,0		122

n – tiriamųjų skaičius, p – reikšmingumo lygmuo,
ŠS – šansų santykis, bendras teisingo atpažinimo procentas yra 61,6.

4.5.4 lentelė. *Slaugytojų žinių apie žvynelinę įgijimo šaltiniai (n=505)*

Slaugytojų žinių šaltiniai	n	proc.	p
Neuniversitetinės studijos	271	53,7	<0,001
Universitetinės studijos	29	5,7	
Darbinė patirtis	41	8,1	
Mokslo literatūra, medicinos leidiniai	66	13,1	
Konferencijos ar seminarai	10	2	
Tobulinimosi kursai	7	1,4	
Įvairūs šaltiniai	81	16	

n – tiriamųjų skaičius, proc. – procentai, p – reikšmingumo lygmuo.

Į klausimą, kokios informacijos reikėtų sergančiam žvyneline, atsakymo nežinojo 33,9 proc. slaugytojų, nes jiems patiems stigo žinių, 17,8 proc. manė, kad pacientui reikia įvairios informacijos apie ligą, 13,9 proc. – apie odos priežiūrą, higieną, 12,1 proc. nuomone, visa reikiama pacientui informacija apie ligą, gyvenimo kokybės gerinimą turėtų būti suteikiama paskaitėlių pacientams metu. Slaugytojų nuomonė, kas turėtų teikti informaciją pacientui buvo įvairi: 14,3 proc. mano, kad tik slaugytojas, 36,6 proc. – tik gydytojas, 38,6 proc. – ir slaugytojas, ir gydytojas kartu.

Didžioji dalis slaugytojų (80,0 proc.) teigia, kad pacientui reikėtų nuolat aiškinti apie jo ligą, 13,3 proc. mano, kad to daryti nereikia.

Apibendrinant: slaugytojų žinios yra patenkinamos, jų lygis priklauso nuo aukštesnio išsilavinimo ir susitikimo su sergančiais žvyneline dažnumo. Didesnė dalis slaugytojų žinių apie žvynelinę yra įgiję tik studijų metais, todėl norėtų jas gilinti.

5. DARBO REZULTATŲ APTARIMAS

5.1. Rizikos veiksnių sąsajos su žvynelinės paplitimu

Tai pirmasis didelės apimties kiekybinis vienmomentis tyrimas Lietuvoje žvynelinės tema. Šiame moksliniame tyrime vertinta bendroji sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybė. Nagrinėtas gyvenimo kokybės pokytis, priklausomybė nuo lėtinės ligos. Pagal Europos gyvenimo kokybės klausimyną EQ-5D ir vaizdinio atitikmens skalę (toliau EQ VAS) vertinta sergančiųjų žvyneline sveikatos būklė. Mūsų žiniomis, Lietuvoje žvyneline sergančių pacientų sveikatos būklė pagal EQ-5D nėra vertinta.

Didelės įtakos žvynelinei atsirasti turi paveldimumas kartu su rizikos veiksniais, kaip antai medžiagų apykaitos sutrikimai (antsvoris), rūkymas, alkoholio vartojimas, netaisyklinga mityba, fizinio aktyvumo stoka.

Pacientai, sergantys žvyneline, dažniau turi *antsvorio* (KMI≥25 kg/m^2, bet <30 kg/m^2) arba yra nutukę (KMI ≥ 30 kg/m^2), palyginti su pacientais, nesergančiais žvyneline [96, 101, 164]. Žvyneline sergantiems pacientams, kurie turi antsvorio, dažniau pasitaiko sunkesnės formos liga, depresija, cukrinis diabetas, jie miršta jaunesni nei žvyneline nesergantys [82]. Kadangi žvynelinė tiesiogiai susijusi su kūno masės indeksu (KMI) [94, 159], rekomenduojama mažinti antsvorį [251]. Mūsų tyrimo duomenimis, antsvorio turėjo 33,3 proc. respondentų, 33,5 proc. – buvo nutukę. Tai veikė tiek judėjimo funkciją ($p<0,001$), tiek bendrąją savijautą ($p=0,001$) (pagal EQ-5D klausimyną). Nustatyta, kad nutukimas gali būti vienas iš veiksnių, didinančių riziką vyresnio amžiaus žmonėms susirgti žvyneline [95].

Rūkymas ir alkoholio vartojimas yra žvynelinės rizikos veiksniai [45, 258, 260]. Keletas tyrimų rodo, kad alkoholio vartotojų grupėje žvynelinė yra labiau paplitusi ir sunkesnė eigos, bet kitos studijos tokio ryšio nepagrindžia [98, 188]. Alkoholinių gėrimų vartojimas dažnas tarp sergančiųjų žvyneline [187, 189]. Kadangi alkoholis skatina histamino išsiskyrimą, odos pažeidimai gali paūmėti [216]. Be to, nesaikingas alkoholio vartojimas gali būti susijęs su gausiu riebaus maisto, sočiųjų riebalų ir mažu daržovių bei vaisių suvartojimu [159, 256]. Taigi alkoholinių gėrimų vartojimas, sergant žvyneline, turi būti ribojamas [251]. Šiame tyrime alkoholio vartojimas neturėjo įtakos žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybei.

Sergamumas žvyneline yra didesnis rūkančiųjų grupėje [25, 158, 160, 164], sergantys žvyneline rūko daugiau nei ja nesergantys [13]. Tyrimų duomenimis [61, 212, 258], iki 50 proc. visų atvejų rūkymas blogina žvynelinės eigą, rūkantys žmonės dažniau serga sunkia ir gydymui atsparia žvyneline nei nerūkantys. Dauguma mano, kad šis žalingas įprotis padeda

slopinti negatyvius jausmus. Mūsų tyrime rūkymo neigiamos įtakos gyvenimo kokybei nepastebėta. Pusė visų tyrime dalyvavusių respondentų teigė, kad anksčiau rūkė kasdien, apklausos dieną kasdien rūkantys nurodė 23,9 proc. respondentų. Tyrimo metu rūkymas plačiau nebuvo nagrinėjamas, tik klausta, ar ligonis šiuo metu rūko. Mūsų tyrimas rodo, kad rūkantiems pacientams depresijos būklė yra dažnesnė nei nerūkantiems nepriklausomai nuo amžiaus, lyties ir ligos trukmės. Įvairios nesėkmės, šiuo atveju fiziniai pokyčiai, kaip antai negraži, žvynuota oda, niežulys, sąnarių skausmai, – tai veiksniai, kurie skatina žmogų įgyti žalingų įpročių [93]. Visuomenę būtina šviesti apie rūkymo žalą, tiems, kurie nesugeba mesti rūkyti patys, derėtų teikti psichologinę paramą. Nerūkantys ar rūkyti metę pacientai geba geriau kontroliuoti savo žvynelinės eigą [212].

Remiantis K. Bo ir kt., C. Fortes ir kt. mokslininkais, galima teigti, jog žalingi įpročiai, rūkymas ir alkoholio vartojimas, turi įtakos žvynelinės išsivystymui, o rūkantiesiems dažniau nei nerūkantiesiems pasunkėja ligos eiga [25, 61].

Nereikėtų pamiršti, kad nustoję rūkyti žmonės priauga svorio. Kadangi turint antsvorio psoriazė gali paūmėti, svarbu laikytis sveikos *mitybos* taisyklių. Klinikinių studijų metu nustatytas žvynelinės simptomų sušvelnėjimas badaujant, valgant mažo kaloringumo, vegetarišką maistą [135, 204]. Mūsų tyrime atsižvelgta į mitybą: žvyneline sergantiems pacientams buvo sunku laikytis mitybos reikalavimų. Dalis teigė suvalgydavę iki 30 vnt. kiaušinių per savaitę, didesnė dalis (69,4 proc.) į paruoštą maistą papildomai dėdavo druskos, dalis arbatą ar kavą saldindavo 3–4 šaukšteliais cukraus. Galima teigti, kad sergantiems žvyneline stinga žinių apie sveiką mitybą. Lietuvos, kaip ir daugelio kitų Europos šalių, gyventojų mityba palanki lėtinėms ligoms atsirasti, todėl būtina ją keisti, mokant ir skatinant visuomenę ugdyti sveikos ir tinkamos mitybos įpročius [73, 134]. Šiame tyrime sąsajos tarp mitybos režimo laikymosi, ligos sunkumo ir gyvenimo kokybės nenagrinėtos.

Dėl per mažo *fizinio aktyvumo* žmogus dažniau serga lėtinėmis ligomis (ypač širdies ir kraujagyslių sistemos), mažėja jo darbingumas, gyvybingumas; nepakankamas fizinis pajėgumas neigiamai veikia ir centrinę nervų sistemą. Žvynelinė, pažeisdama sąnarius, labai riboja ligonio judėjimą ir gyvenimo kokybę. PSO rekomenduoja, kad suaugę žmonės fiziškai aktyvūs būtų bent 30 min. per dieną didesnę dalį savaitės dienų arba geriausia – kasdien. Fizinis aktyvumas turi būti sveikatą stiprinantis ir reguliarus [190]. Mūsų tyrime klausta, ar pacientai laisvalaikiu mankštinasi: sportuoja, bėgioja, važinėja dviračiu, dirba sode ir pan. mažiausiai 30 min. Didesnė dalis respondentų (22,6 proc.) teigė, kad tai daro 2–3 kartus per savaitę,

15,8 proc. – kasdien, 11,2 proc. to negali daryti dėl ligos ar neįgalumo. Apskritai Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo tyrimų duomenys rodo, kad Lietuvos gyventojų bendrasis fizinis aktyvumas yra patenkinamas, vis dėlto menko fizinio aktyvumo grupei priskiriama vis dar nemažai asmenų – 19,6 proc. [138]. Stebint ilgesnį laikotarpį matyti, kad Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo būklė per pastaruosius keletą metų kito nedaug. Tokia ar panaši statistika pateikiama daugelyje Europos, pasaulio šalių. Tačiau, 2013 m. „Eurobarametro“ tyrimo duomenis, niekada nesportuoja ir nesimankština net 46 proc. Lietuvos gyventojų, o tai yra žemiau Europos Sąjungos šalių vidurkio [139].

Mokslo literatūroje aprašomos mirtingumo sąsajos su širdies ir kraujagyslių ligomis ir žvyneline [69, 94]. Tai aiškinama tais pačiais rizikos veiksniais: padidėjusiu KMI, hipertenzija, hiperlipidemija, nesaikingu alkoholio vartojimu, nepakankamu fiziniu aktyvumu [69, 94, 180, 181] ir pan. Gottlieb ir Dann teigia, kad fizinis aktyvumas yra svarbus tiek sergant žvyneline, tiek kitomis ją lydinčiomis ligomis (pvz., širdies ir kraujagyslių) [76, 161].

Ši liga, nepaisant jos eigos, blogina pacientų gyvenimo kokybę – panašiai kaip lėtinės širdies ligos, cukrinis diabetas ar piktybiniai navikai.

5.2. Žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybės vertinimas

Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad žvynelinė sukelia daug problemų kasdieniame gyvenime – daugiau nei pusei (60,1 proc.) ištirtų pacientų nustatytas didelis ar labai didelis gyvenimo kokybės pokytis. Panašūs rezultatai skelbiami T. Palota ir kt. autorių tyrime: čia didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės sutrikimas irgi nustatytas daugiau nei pusei apklaustųjų, sergančiųjų žvyneline [173].

Žvyneline sergančių asmenų gyvenimo kokybės tyrimus galima skirti į vykdytus populiacijoje [120] arba viename ar keliuose dermatologijos centruose [114, 154, 240, 241, 257]. 599 sergančiųjų žvyneline apklausa (duomenys gauti iš JAV gyventojų nacionalinio registro) atskleidė, jog 25 proc. pacientų yra visiška ligos remisija, 42 proc. serga lengva žvyneline, 33 proc. – vidutine ir sunkia žvyneline. 59 proc. apklaustųjų buvo gydomi dermatologų, 33 proc. – šeimos gydytojų, 3 proc. – vidaus ligų specialistų, 6 proc. – kitų specialistų. Tyrimo duomenimis, žvynelinė stipriai (8–10 balų) psichologiškai veikė 36 proc. ligonių [120]. Šis rodiklis yra du kartus mažesnis nei mūsų tyrime, matyt, dėl to, jog mūsų tyrimas vykdytas viename dermatologijos centre, o ne bendrojoje populiacijoje. Tiek mūsų tyrimas, tiek kitų tyrimų rezultatai [114, 154, 240, 241, 257] rodo, jog dermatologijos centruose besilankantiems pacientams dažnesnė sunkesnės

formos žvynelinė. Mūsų tyrime moterų žvynelinės sunkumo pagal PASI rodiklis buvo mažesnis nei vyrų, o gyvenimo kokybės pokytis atvirkščiai – didesnis moterų nei vyrų. Manytina, kad moterys dažniau nei vyrai patiria stresą, kuris pablogina žvynelinės eigą. B. Engin ir kt. tyrimo duomenimis, gyvenimo kokybės pokytis priklauso nuo lyties, bet vyrų yra didesnis nei moterų, nes buvo manoma, kad dėl žvynelinės vyrai dažniau nei moterys patiria didesnį stresą darbe [51].

Mūsų tyrimo duomenimis, neigiamas žvynelinės poveikis GK ryškesnis jaunesnio amžiaus (<35 m.) asmenų grupėje. 2005 m. Young tyrime nustatyta, kad smarkiausiai žvynelinės veikiami buvo dar jaunesni (18–24 m.) ligoniai, o Sampogna ir kt. [209] teigimu, žvynelinė gyvenimo kokybę blogina vyresniame amžiuje (>65 m.).

Mabuchi ir kt. [141] nustatė, jog žvynelinės sunkumas pagal PASI skalę yra reikšmingas gyvenimo kokybės pokyčiui pagal DLQI. H. Çakmur ir E. Derviş duomenimis, reikšmingas teigiamas ryšys yra tarp ligos trukmės ir žvynelinės sunkumo pagal PASI skalę, bet ne tarp gyvenimo pokyčio ir PASI [31]. Kiti tyrimai neatskleidė sąsajų tarp žvynelinės eigos sunkumo ir ja sergančių gyvenimo kokybės pokyčio [131, 174]. A. B. Kimball ir kt. [116] duomenimis, pacientų, sergančių žvyneline, socialinė, fizinė negalia, stigmatizacija bei psichosocialinės problemos ne visada siejasi su ligos sunkumu. Kai kurie pacientai panašiai stipriai kenčia ir dėl nedidelių žvynelinės išbėrimų. Tai patvirtina ir mūsų tyrimo rezultatai: net 36, 1 proc. tiriamųjų, sergančių lengva žvyneline (PASI < 10 balų), nustatytas didelis ir 14,9 proc. tiriamųjų – labai didelis gyvenimo kokybės pokytis.

Tyrimų duomenimis, psoriazinis artritas neigiamai veikia žvyneline sergančių asmenų sveikatos būklę ir blogina jų gyvenimo kokybę [27, 77, 103, 202]. Mūsų tyrime statistiškai reikšmingo ryšio tarp gyvenimo kokybės pokyčio ir psoriazinio artrito dažnumo nenustatyta. Galimai dėl jaunesnio respondentų amžiaus (amžiaus vidurkis – 47 metai), dėl užimtumo (tik 30 proc. respondentų nedirbo, buvo pensijoje, turėjo neįgalumą, buvo bedarbiai), dėl nustatyto psoriazinio artrito (diagnozė patvirtinta 35,8 proc. respondentų).

Mūsų rezultatai rodo, kad gyvenimo kokybei įtakos turi nagų žvynelinė ($p = 0,001$). Tiek mūsų, tiek kitų mokslininkų tyrimuose [20, 83, 195, 207] išsiaiškinta, kad nagų žvynelinė darė neigiamą poveikį pacientų kasdieninei ir socialinei veiklai.

Kadangi žvynelinė pažeidžia odą, priklausomai nuo ligos sunkumo ir pažeidimo vietos, ligoniui sukelia fizinį diskomfortą ir negalią. PDI klausimynu žvynelinės sukeltas neįgalumas vertintas penkiais aspektais: kasdienė veikla, darbas ir mokslas, asmeniniai santykiai, laisvalaikis ir

gydymas. Rankų ir kojų žvynelinė gali sukelti sunkumų atliekant kasdienius namų ruošos darbus, niežulys ir skausmas gali trikdyti savirūpą, vaikščiojimas gali tapti skausmingas dėl įtrūkusių padų.

Mūsų tyrimo duomenimis, iš penkių PDI sričių labiausiai žvynelinės paveikta buvo kasdienė veikla (76,7 proc.), kuri apima darbą namuose, dėl ligos tam tikrų drabužių dėvėjimą, skalbimą, lankymąsi pas kirpėją, maudymąsi. Kad žvynelinė daugiausia sutrikdo, riboja kasdienę veiklą nustatyta ir Manjula ir kt., Rakhesh ir kt. tyrimuose [144, 192] (90 proc.), Al-Mazeedi tyrimuose [8] (iki 50 proc.), de Korte tyrimuose [44]. Manjula ir kt. [144] statistiškai reikšmingo teigiamo ryšio tarp amžiaus ir lyties nenustatė, o mūsų tyrime tarp vyrų ir moterų grupių buvo statistiškai teigiamas ryšys, bet tarp amžiaus grupių nebuvo. Kasdienėje veikloje žvynelinė daug problemų sukėlė 52,7 proc. moterų, labai daug problemų – 25,8 proc. moterų, vyrų grupėje atitinkamai – 53,8 proc. ir 13,6 proc. Kadangi žvynelinė sukelia matomus pažeidimus, spėtina, kad nuolatiniai išbėrimai turi įtakos moterų rengimosi stiliui: jos renkasi drabužius, dengiančius kuo daugiau kūno, kad paslėptų defektus, atsisako kai kurių spalvų, jaučia diskomfortą eidamos į kirpyklą.

Žvynelinė neigiamai atsiliepia ir laisvalaikiui. 47,2 proc. apklaustųjų liga turėjo įtakos išvykoms ar kitai tam tikros rūšies veiklai, apsunkino sportavimą, trukdė naudotis bendromis maudymosi ar persirengimo paslaugomis. Manjula ir kt. tyrimo duomenimis, žvynelinė neigimai laisvalaikį paveikė net 71,9 proc. respondentų. Galima daryti prielaidą, kad ligoniai vengia baseino, paplūdimio, įvairių sporto šakų ar situacijų, kai aplinkiniai gali pamatyti jų bendrą odos būklę. Mūsų tyrimo duomenimis, žvynelinės įtaka laisvalaikiui nepriklausė nuo respondentų lyties ir amžiaus, tokias išvadas pateikia ir Manjula ir kt. [144].

Mūsų tyrimo duomenimis, 35,9 proc. respondentų žvynelinė turėjo neigiamą poveikį mokslui, darbui, kasdieniams gyvenimo įpročiams, profesinei karjerai, tačiau nei lytis, nei amžius statistiškai reikšmingos įtakos tam neturėjo. Manjula ir kt. tyrime, žvynelinė neigiamą įtaką darbui, kasdieniams gyvenimo įpročiams, profesinei karjerai turėjo net 84,4 proc. tiriamųjų [144].

Žvynelinė sukėlė problemų bendraujant su partneriu ar kitais artimais žmonėmis bei giminaičiais, seksualinių sunkumų. Manjula ir kt. duomenimis, žvynelinė blogino gyvenimo kokybę 62,7 proc. respondentų [144], Al-Mazeedi ir kt. – 33 proc. [8], Gupta ir kt. – 40,8 proc. [88]. Mūsų tyrime žvynelinė gyvenimo kokybę blogino 30,2 proc. apklaustųjų. Žvynelinė trukdė kasdienei veiklai, laisvalaikiui, asmeniniams santykiams, kėlė psicholo-

gines kančias ir ardė socialinius santykius. Statistinio ryšio tarp lyties bei amžiaus grupių ir asmeninių santykių nenustatyta.

Mūsų tyrime 4,4 proc. respondentų nurodė, kad dėl gydymosi namuose jie tapo nevalyvi ar netvarkingi. Manjula ir kt. tyrimuose šis skaičius siekė 68,7 proc. Tarp gydymo rezultatų ir amžiaus grupių bei lyties teigiamo statistinio ryšio nebuvo nustatyta nei mūsų, nei Manjula ir kt. tyrimuose.

Remiantis bendru PDI rodikliu, mūsų tyrime žvynelinė gyvenimo kokybę blogino 39 proc. respondentų. Kituose tyrimuose neigiamas žvynelinės poveikis gyvenimo kokybei nustatytas 75 proc. pacientų, galimai dėl vyresnio apklausoje dalyvavusių respondentų amžiaus [86, 144, 163].

PASI yra labai svarbus rodiklis įvertinti žvynelinės poveikį psichosocialinei ir darbinei veiklai [117, 210]. Mūsų tyrime ligos sunkumas buvo statistiškai teigiamai susijęs su bendru PDI rodikliu ir atskiromis PDI sritimis (išskyrus darbą/mokslą bei gydymą) ($p<0,001$). Mūsų išvados sutapo su S. V. Rakhesh [192], S. Aghaei [4] tyrimų išvadomis [4, 192], taip pat su Finlay, Aschoft, Gelfand tyrimų išvadomis, tik pastarieji tyrėjai nenustatė statistiškai teigiamo ryšio profesinėje (darbas/mokslas) srityje [14, 57, 68].

Yang ir kt., Fortune ir kt. tyrimuose tarp PASI ir PDI statistiškai reikšmingo ryšio nebuvo [62, 253]. Jis nenustatytas ir Fortune tyrime, tačiau čia daugumos pacientų ligos sunkumo balai nebuvo aukšti (PASI vidurkis – 8,8 balo), tuo tarpu 2008 m. Rakhesh ir kt. tyrime PASI vidurkis buvo 22,23 balai, mūsų tyrime – 10,71 balo [62, 192].

J. Koo įrodė, kad PDI yra patikimesnė gyvenimo kokybės vertinimo priemonė pacientams, sergantiems sunkesne žvyneline, kuri sukelia didesnę fizinę negalią ir labiau pablogina gyvenimo kokybę [120]. Taigi galima teigti, kad sunkesnė žvynelinė sukelia fizinę negalią ir blogina GK, o tai patvirtina ir mūsų tyrime nustatyta reikšminga koreliacija tarp PASI ir PDI. Fortune ir kt. 1997 m. tyrime tarp PASI ir PDI statistiškai reikšmingas ryšys nenustatytas, nes tiriamieji sirgo lengvesnės eigos žvyneline.

Atskiros PDI sritys (išskyrus gydymą ir profesinę veiklą) statistiškai priklausė nuo ligos sunkumo ($p<0,001$, $p=0,002$). Panašios tyrimo išvados paskelbtos ir Rakhesh ir kt. darbe, tik čia griežčiau vertintas ligos sunkumas (PASI>18), be to, statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta ir tarp ligos sunkumo bei laisvalaikio.

Iškeltą hipotezę, kad vyrų ir moterų žvynelinės klinikinis sunkumas yra susijęs su gyvenimo kokybe: kuo sunkesnė ligos klinikinė eiga, tuo blogesnė gyvenimo kokybė, tyrimo rezultatai patvirtino.

5.3. Žvyneline sergančių pacientų psichoemocinės būklės vertinimas

Literatūros duomenimis, nuo 3 proc. iki 17 proc. Europos gyventojų patiria įvairius depresijos simptomus [17, 179]. Mūsų tyrime pirmajame Lietuvoje nagrinėjama žvyneline sergančių ligonių emocinė būklė. Iki 2006 m. Lietuvoje buvo atliekami tyrimai, skirti įvertinti depresijos paplitimą tik atskirose gyventojų grupėse: sergančių sunkiomis ligomis, pagyvenusių, jaunų žmonių, dirbančių asmenų [213].

Nagrinėjant psichoemocinės būklės įtaką žvynelinei, daugiausia dėmesio skiriama nerimo ir depresijos raiškai. Manoma, kad nerimas sergant žvyneline kai kuriems pacientams gali pasireikšti labiau nei sergant kitomis lėtinėmis ligomis, net vėžiu [63]. Nerimo varginamas žmogus psichologiškai gali jaustis pažeidžiamas, išsigandęs, jį gali kamuoti grėsmės ar baimės jausmas, bloga nuotaika, sumažėjęs darbingumas ir kt.

Remiantis moksliniais tyrimais, daugumoje teigiama, kad vienodai gali pasireikšti tiek nerimas, tiek depresija [105]. Šiame tyrime, panašiai kaip ir kituose [75, 63], žvyneline sergantiems pacientams nerimas nustatytas dažniau nei depresija, jį jautė 36,7 proc. respondentų. Kilic ir kt. tyrimuose teigiamo ryšio tarp žvynelinės ir nerimo nenustatyta [113].

M. A. AlShahwan [9], ištyręs dermatologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinę būklę, nustatė, jog 29 proc. pacientų pasireiškė nerimas, 14 proc. pacientų – depresija, D. Boehm ir kt. [26], išanalizavę nerimo ir depresijos sąsają su rankų egzema, išsiaiškino, jog nerimą jautė 20 proc. pacientų, depresijos simptomus – 14 proc. Pacientams, kurie sirgo sunkesnėmis dermatologinėmis ligomis (melanoma, žvyneline, *alopecia areata*), nerimas ir depresija pasireiškė labai stipriai, lyginant su sirgusiais lengvesnėmis dermatologinėmis ligomis (pvz., dermatitu). Taigi, įvairūs tyrimai rodo nerimo ir depresijos ryšį su įvairiomis lėtinėmis odos ligomis [26, 65, 176]. Nuolat žmogų kamuojantis nerimas blogai veikia jo psichologinę būklę, menkina socialinius ir profesinius pasiekimus, gyvenimo kokybę. Mūsų tyrimo duomenys rodo, jog pradinio ar nebaigto vidurinio išsilavinimo pacientų nerimas stipresnis nei turinčių aukštąjį išsilavinimą.

Daugiau nei trečdaliui nerimą jaučiančių apklaustųjų nustatytas didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis (atitinkamai 38,4 proc. ir 37,7 proc.).

Sergant žvyneline, paūmėję odos pažeidimai skatina emocinius sutrikimus, kurie gali pasireikšti ir depresija.

Lėtinės ligos yra vienas depresijos rizikos veiksnių, o sergančių žvyneline grupėje depresija nustatoma net iki 58 proc. ligonių [63]. Dešimtadalis jų mąsto apie mirtį, 5,5 proc. – apie savižudybę [87]. Mūsų tyrime depresijos

simptomai nustatyti 23,4 proc. sergančiųjų žvyneline. Žvynelinė labai išvargina ligonį, todėl depresijos simptomai gali būti sąlygoti ilgą laiką esančių odos pažeidimų nepaisant reguliaraus gydymo. Ligoniai ima mąstyti apie savižudybę, mirtį, tai atskleista Gupta ir kt. moksliniuose tyrimuose [87] (šiame tyrime nebuvo klausiama apie mintis dėl savižudybės ar mirties).

Depresija moterys serga dažniau nei vyrai [122, 214, 221, 245], moterys, atsiradus depresijos simptomams, dažniau kreipiasi į gydytoją, o vyrai šiuos simptomus labiau linkę maskuoti [111]. Mūsų tyrimo duomenys patvirtina kitų autorių pateiktus rezultatus, kad, sergant žvyneline, moterims dažniau nei vyrams pasireiškia depresija ir nerimas [6, 63, 75, 209]. Dažniau depresijos simptomus nurodo vyresnio bei senyvo amžiaus moterys [34, 91, 177, 213], turintieji žemesnį išsilavinimą [22, 92, 213].

Pagyvenusiems asmenims depresija didina sergamumą, negalios laipsnį, blogina gyvenimo kokybę ir apsitarnavimą, gydymo režimo laikymąsi [182, 205]. Sampogna ir kt. [209] tyrimo duomenimis, sergančių žvyneline vyresnių nei 65 metų pacientų, lyginant su jaunesniais, gyvenimo kokybė yra blogesnė, jie dažniau patiria stresą. Mūsų tyrime depresija dažniau pasireiškė vyresniems nei 55 metų pacientams.

Esant žvynelinės sąlygotai depresinei būklei, daugiau nei ketvirtadaliui (42,4 proc.), buvo stebėtas didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis.

E. R. Berndt ir kt. [23] teigia, jog ankstyva depresijos pradžia susijusi su žemesniu išsilavinimu, blogesniu socialiniu prisitaikymu, mažesniu pasitenkinimu šeimyniniu gyvenimu bei sunkesne depresijos eiga. A. Aluoja ir kt. [10] tyrimas parodė, jog depresija sergantys ligoniai yra žemesnio išsilavinimo, turi blogesnį profesinį pasirengimą, gauna mažesnes pajamas. M. Esposito ir kt. [53] nustatė, jog depresijos simptomai tarp pradinį ar vidurinį išsilavinimą turinčių pacientų dažnesni nei tarp turinčių aukštesnįjį išsilavinimą. Depresijos požymiai pasireiškė daugiau nei pusei tyrimo dalyvių, turinčių nebaigtą vidurinį ir vidurinį išsilavinimą, ir tik 19 proc. – turinčių aukštąjį išsilavinimą. Teigiama, jog mažiau išsilavinę žmonės dirba sunkesnėmis sąlygomis mažiau kvalifikuotą darbą, dažniau jaučiasi nesaugūs, gauna nepakankamai pajamų. Aukštesnio išsilavinimo žmonės paprastai turi daugiau žinių apie sveiką gyvenseną, fizinį aktyvumą, mitybą, yra motyvuoti gydytis [53, 208].

Mūsų tyrime nerimas bei depresija dažniau nustatyti išsituokusiems, našliams ir susituokusiems pacientams nei viengungiams. Tai netiesiogiai rodo, jog partnerio turėjimas dabar ar praeityje kelia psichologinių problemų ligoniams, galimai ir jų sutuoktiniams. Šiam faktui neprieštarauja kito tyrimo duomenys, kurie rodo, kad žvynelinė smarkiai pablogina pacientų

bei jų šeimos narių gyvenimo kokybę ir sukelia tiek nerimą, tiek depresiją [146]. Vertinant sergančiųjų žvyneline sveikatos būklę (EQ-5D klausimynu), nustatyta, kad dažniausiai sveikatos problemas kėlė nerimas/depresija (67,5 proc.) ir skausmas/bloga savijauta (63,4 proc.). Analogiškos išvados buvo pateiktos ir kitų mokslininkų [41, 154] tyrimuose: nedidelės ir didelės sveikatos būklės problemos nustatytos tose pačiose srityse kaip ir mūsų tyrime. Atskirų EQ-5D sričių (judėjimo, savipriežiūros, įprastinės veiklos, skausmo/blogos savijautos, nerimo/depresijos) rodiklių vidurkiai buvo atitinkamai 1,3 (SN=0,46), 1,38 (SN=0,49), 1,57 (SN=0,54), 1,72 (SN=0,61), 1,79 (SN=0,63). Lyginant su Moradi ir kt. [154] tyrimų šių sričių rodiklių vidurkiai skyrėsi neženkliai (1,2 (SN=0,42), 1,11 (SN=0,33), 1,29 (SN=0,47), 1,57 (SN=0,72), 1,48 (SN=0,6)). EQ VAS vidurkis buvo 64,41 (SN=18). Matyti, kad labiausiai respondentų sveikatos būklę veikė nerimas ir depresija. Sveikatos būklė dėl nerimo/depresijos, tiek mūsų, tiek kitų mokslinių tyrimų duomenimis [154, 185], moterų buvo blogesnė nei vyrų ($p<0,001$). Manoma, kad moterys labiau nei vyrai linkusios pripažinti, kad turi psichoemocinių sutrikimų [60]. Timotijevič ir kt. nenustatė reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų. Apibendrinant galima teigti, kad sergant žvyneline pagal EQ-5D ir EQ VAS rimtų sveikatos būklės sutrikimų dažniausiai kyla dėl nerimo/depresijos ir skausmo/blogos savijautos.

Žvynelinės priežastis neaiški, bet gerai žinomi ir vis geriau valdomi ligos simptomai. Nepaisant to, pacientai, ypač moterys ir vyresnio amžiaus žmonės jaučia nerimą ir patiria depresijos simptomų. Mūsų tyrimo duomenys padeda geriau suprasti žvyneline sergančių pacientų psichosocialinių problemų valdymą įvertinus sociodemografinius veiksnius ir žalingus įpročius.

5.4. Žvyneline sergančių pacientų ir nedermatologinio profilio slaugytojų žinios apie žvynelinę

Žvynelinės išgydyti negalima, bet ją galima sėkmingai kontroliuoti, todėl ligonis nuo pat pradžių turi dalyvauti gydymo planavimo ir gydymo procese. Žinios apie ligą ir jos gydymą ligoniams yra labai svarbios [242]. Pacientų įtraukimas į jų sveikatos problemų sprendimą ugdo atsakomybę už savo pačių sveikatą [203]. J. Skiveren ir kt. teigė, kad ligoniui žinios labai svarbios dėl savipriežiūros. Jų duomenimis, pacientai turėjo geras žinias apie ligą, tačiau stokojo žinių apie riziką, ligos komplikacijas [215]. E. C. Murzaku ir kt. nuomone, žinios apie tinkamą mitybą yra būtinos, kad ligonis galėtų kontroliuoti ligos eigą, užkirstų kelią netinkamos mitybos skatinamam ligos paūmėjimui [157]. Mūsų tyrime 44,4 proc. respondentų teigė, kad jų žinios apie ligą patenkinamos, trečdaliui – trūksta žinių, 20 proc.

respondentų gerai išmano ligą. Į pateiktus pagrindinius klausimus apie žvynelinę dauguma atsakė teisingai. Tačiau didžioji dalis (79,2 proc.) respondentų iš slaugytojo norėtų gauti papildomų žinių mitybos, fizinio aktyvumo, streso valdymo, odos priežiūros klausimais. Renzi ir kt. teigimu, ligoniai, kurių žinios geros, atvyksta pas gydytoją konsultacijai visiškai patenkinti esama būkle, lyginant su tais, kurių prastos žinios [197]. Todėl medikų tikslas – mokyti ligonius bei jų šeimas suprasti organizmo pokyčius ir daryti pagrįstus sprendimus, keičiant žvynelinės gydymą.

Sveikatos specialistai turi ištirti, iš kur jų pacientai gauna informacijos apie ligas bei elgesį ligos atveju, įvertinti, ar ši informacija yra patikima, informuoti pacientus apie geriausius informacijos šaltinius [130]. Dauguma europiečių paklausti apie pagrindinį šaltinį, iš kur gauna informacijos apie sveikatą, pasakė, kad iš sveikatos profesionalų (gydytojų, slaugytojų, farmacininkų ir pan.): taip teigė 61,9 proc. airių, 61,8 proc. – ispanų [112]. Mūsų atlikto tyrimo duomenys rodo, kad 70 proc. respondentų vienas pagrindinių informacijos šaltinių yra gydytojas, ir tik 9,1 proc. – slaugytojas. Šiuos skirtumus galima būtų iš dalies paaiškinti tuo, kad mūsų 48 proc. respondentų informacijos ieško internete, 15,6 proc. – spaudoje.

Tyrimų duomenimis [7, 145, 193, 227], pacientų mokymas dažnai deleguojamas slaugytojui, kuris atlieka svarbų vaidmenį pacientų slaugymo, švietimo ir gydymo procese. Nors šiame tyrime didesnė pusė apklausoje dalyvavusių slaugytojų mano, kad mokant pacientus turi dalyvauti gydytojas, ar gydytojas ir slaugytojas kartu.

Žvynelinė daro didelį neigiamą poveikį pacientų gyvenimo kokybei, sukelia fizinę negalią ir skausmą. Žvynelinė matomose kūno vietose (veido, nagų, rankų) kartais gyvenimo kokybę paveikia daugiau nei kitos lėtinės ligos [97, 143, 226]. M. M. Jiaravuthisan ir kt. duomenimis, iš 1369 pacientų 90 proc. teigė, kad nagų žvynelinė buvo didelė estetinė problema ir labai ribojo kasdienę veiklą [108]. Mūsų tyrimas atskleidė, kad trečdalis (32,7 proc.) respondentų dėl savo nagų išvaizdos jaučiasi labai nesmagiai, 29,2 proc. respondentų nagų išvaizda turėjo daug ir labai daug įtakos visuomeninei/darbinei veiklai.

Lėtinių ligų, tarp jų ir žvynelinės, gydymas yra ilgalaikis, reikalingas nuolatinių pastangų, todėl labai svarbu pacientus mokyti, kad įgytų žinių apie ligą [118]. Labai svarbu, kad ir mokymas būtų ilgalaikis, nes tada pacientas gali mokytis jam tinkamu tempu ir išvengti per daug informacijos vienu metu. Pacientas turi išmokti su liga gyventi taip, kaip jam atrodo geriausia.

Slaugos specialisto pareiga – mokyti sveikus ir sergančius pacientus. Slaugytojai ligonius apmoko tinkamai vartoti vaistus, išaiškina gydymo

režimą, supažindina su mitybos ypatumais ar moko prisitaikyti prie naujų gyvenimo sąlygų [81]. Slaugos veiksmus reikia planuoti kartu su pacientu, atsižvelgiant į jo individualius poreikius ir išteklius. Mūsų tyrimo duomenimis, didžioji dalis slaugytojų mano, kad pacientui reikia nuolat aiškinti apie jo ligą, teikti įvairią informaciją pacientą dominančiais klausimais. Užsienio literatūroje teigiama, kad pacientų mokymas yra slaugos prioritetas [64].

Tyrime dalyvavusių nedermatologinio profilio slaugytojų žinių lygis apie žvynelinės ligą buvo įvertintas vidutiniškai 7,38 balo, t. y. pakankamai, todėl suprantama, kad didžioji dalis (77,4 proc.) norėtų įgyti papildomai žinių apie žvynelinę ir ja sergančiųjų priežiūrą.

Moksliniai tyrimai rodo, kad pacientų mokymas pagerina jų gyvenimo kokybę [123]. Reikia nuolatinio profesinio tobulinimosi, nes slaugos žinios nuolat kinta [11]. Kad būtų užtikrinta gera dermatologinių ligonių priežiūra, slaugytojai turi turėti tinkamų žinių ir jas nuolat atnaujinti [229]. Mūsų tyrime dalyvavę slaugytojai savo žinias apie žvynelinę tobulina ir gilina dalyvaudami konferencijose ar seminaruose, tobulinimosi kursuose ar skaitydami medicinos literatūrą. N. H. Cox ir kt. duomenimis, slaugytojai dažnai dalyvauja gydant dermatologinius pacientus, deja, iš jų net 72 proc. nežino, kad reikia gydyti pleiskanojančią galvos plaukuotosios dalies odą [38]. Slaugytojai, dirbantys kiekvieną dieną su žvyneline sergančiais pacientais, įgyja neįkainuojamus žinių išteklius [118, 236]. Mūsų tyrimu siekta išsiaiškinti, nuo ko priklauso slaugytojų žinių lygis. Paaiškėjo, kad patenkinamos ar blogos slaugytojų žinios nesisieja su amžiumi, darbo vieta (pirminė sveikatos priežiūros grandis ar specializuoto profilio skyrius), darbo stažu. Slaugytojų žinios priklausė nuo išsilavinimo ir nuo to, kaip dažnai sutinka žvyneline sergančius pacientus.

Slaugytojai, dirbantys su įvairiais pacientais, privalo turėti pakankamai žinių ir įgūdžių mokyti juos ir ruošti visuomeniniam gyvenimui. Moksliniuose tyrimuose slaugytojų žinios buvo įvertintos įvairiai. Lietuvoje slaugytojų teorinės žinios apie onkologinio skausmo malšinimą vienais metais dešimties balų sistemoje buvo įvertintos 5 balais, po trejų metų tęsiant tą patį tyrimą – jau 7–8 balais [79], slaugytojų žinios apie pacientų, kuriems buvo suformuota stoma, priežiūrą buvo vertintos 7,09 balo [81]. Užsienio literatūros duomenimis, slaugytojų žinių apie pooperacinį skausmą įvertinimas buvo 69,3 proc. [64], apie širdies nepakankamumą – 71 proc. [142], vaikų slaugytojų žinių apie skausmą – 38,2 proc. [48].

Mūsų tyrimas rodo, kad ir nedermatologinio profilio slaugytojai gana dažnai sutinka pacientus, sergančius žvyneline, tačiau jaučia žinių trūkumą ir norėtų jas gilinti. Dermatologijos centruose dirbantys slaugytojai yra

geriau pasirengę teikti medicinos pagalbą ir praktines rekomendacijas įvairiomis dermatologinėmis ligomis sergantiems pacientams, net ir telefonu [39, 235]. Tačiau daugelis jų taip pat nurodo žinių apie odos ligas stoką [37, 217].

Tyrimų duomenimis [7, 145, 193, 227], pacientų mokymas paprastai deleguojamas slaugytojui, kuris atlieka svarbų vaidmenį pacientų slaugymo, švietimo ir gydymo procese. Vis dėlto mūsų tyrime daugiau kaip pusė respondentų mano, kad mokant pacientus turi dalyvauti gydytojas, ar gydytojas ir slaugytojas kartu.

Apibendrinant pasakytina, kad nedermatologinio profilio slaugytojai dažnai sutinka žvyneline sergančius pacientus, o jų žinios apie šią ligą yra tik vidutinės. Didžioji dalis slaugytojų mano, jog pacientams reikia nuolat aiškinti apie ligą, nes sunkiausia sergančiųjų žvyneline problema yra stigmatizacija. Atsižvelgiant į tai, labai svarbu, kad slaugytojai aktyviau dalyvautų perduodant pacientams sveikatos žinias, o pacientams būtų sudarytos galimybės gauti visapusišką informaciją apie jų ligą, slaugymą ir gydymą. Tikėtina, kad geriau savo ligą išmanantys pacientai bus linkę gydytis ir geriau suprasti klinikinius sprendimus.

Iškeltą hipotezę, kad pacientų, sergančių žvyneline ir slaugytojų, dirbančių nedermatologinio profilio skyriuose, žinios apie ligą per menkos, nepakanka su sveikata susijusios gyvenimo kokybės korekcijai, tyrimo rezultatai patvirtino.

IŠVADOS

1. Daugiau nei pusei (60,1 proc.) sergančiųjų žvyneline, moterims dažniau nei vyrams, nepriklausomai nuo ligos sunkumo, nustatytas didelis ar labai didelis gyvenimo kokybės pokytis. Gyvenimo kokybė dažniau nukenčia esant psoriaziniam artritui, žvynelinės sukeltiems nagų pažeidimams, nerimui ar depresijai.

2. Nerimo ir depresijos simptomai moterims pasireiškė dažniau nei vyrams. Vyresniems kaip 55 metų respondentams, depresijos simptomai pasireiškė dažniau nei jaunesniems. Atsižvelgiant į tai, pacientų mokymas apie ligą, žalingų įpročių vengimą gali pagerinti žvyneline sergančių pacientų psichosocialinių problemų valdymą.

3. Didesnė dalis pacientų žino pagrindinius ligos aspektus, savo žinias vertina patenkinamai. Didžioji dalis ligonių mano, kad mokymasis turi reikšmės saugiau jaustis visuomenėje pačiam ligoniui ir norėtų, kad slaugytojas suteiktų papildomų žinių apie ligą.

4. Slaugytojų žinių lygis priklauso nuo jų išsilavinimo ir kaip dažnai slaugytojas susitinka su žvyneline sergančiais pacientais. Slaugytojams, dirbantiems nedermatologinio profilio sveikatos priežiūros įstaigose, žinių apie žvynelinę nepakanka, jie išreiškė norą jas gilinti.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Lietuvoje tai pirmas disertacinis darbas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sergant žvyneline tema, atskleidęs reikšmingų sociodemografinių, ligos eigos ir psichologinių veiksnių visumos įtaką sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybei.

1. Gauti rezultatai rodo, kad dermatologijos srityje prasminga vykdyti gyvenimo kokybės tyrimus, nagrinėjančius pacientų psichikos sveikatą. Šių pacientų ir jų artimųjų mokymas, psichologinės sveikatos stiprinimas bei optimali ligos kontrolė yra svarbi žvynelinės valdymo dalis.
2. Būtų galima kurti slaugos, psichologinės bei socialinės paramos ir pagalbos strategijas. Psichosocialinių problemų sprendimui tikslinga kurti programą, orientuotą į paciento priežiūrą, pagrįstą streso mažinimu, individualia ar grupine terapija, muzikos terapija, paramos grupėmis.
3. Rengiant žvynelinės programas, tikslinga atsižvelgti į amžiaus, lyties, socialinių veiksnių, ligos trukmės, ligos sunkumo, mitybos, žalingų įpročių (rūkymą, alkoholio vartojimą) įtaką gyvenimo kokybei ir emocinei būklei.
4. Rekomenduojama slaugytojams, slaugantiems žvyneline sergančius pacientus, perteikti naujausią sveikatos informaciją pacientams suprantama kalba ar kitomis sveikatos ugdymo priemonėmis. Svarbu atsižvelgti į paciento norą, poreikius ir pageidavimus. Taigi, pacientui reikalinga informacija, kuri yra jam suprantama, naudinga ir gali motyvuoti.
5. Didinti žinios, kad žvynelinė nėra užkrečiama liga, sklaidą visuomenėje, siekiant mažinti stigmatizaciją.
6. Atsižvelgiant į žvynelinės klinikinį sunkumą, psichoemocines problemas, slaugytojų ir pacientų žinias apie ligą, šio darbo rezultatai yra nauji ir aktualūs mokslo bei praktikos požiūriu. Šio tyrimo duomenų palyginimas su kitų šalių tyrimų rezultatais padės įvertinti sergančiųjų žvyneline su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dėsningumus. Tai leidžia numatyti reikalingų tolesnių mokslinių tyrimų sklaidą ir žvynelinės kontrolės gerinimo gaires. Tiriamųjų žinių apie žvynelinę ir požiūrio į šią ligą įvertinimas prieš tiriamųjų mokymą apie žvynelinę ir po jo padėtų išsiaiškinti visuomenės švietimo svarbą.

BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS

1. ACC/AHA Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. JACC 2001; 38(7): 2102-12.
2. Addington-Hall J, Kalra L. Who should measure quality of life? BMJ 2001;322:1417-20.
3. Ades PA, Maloney A, Savage P, Carhart RL Jr. Determinants of physical functioning in coronary patients: response to cardiac rehabilitation. Arch Intern Med 1999;159:2357-60.
4. Aghaei S, Moradi A, Ardekani GS. Impact of psoriasis on quality of life in Iran. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2009;75(2):220.
5. Aghakhani N, Nia HS, Ranjbar H, Rahbar N, Beheshti Z. Nurses' attitude to patient education barriers in educational hospitals of Urmia University of Medical Sciences. Iran J Nurs Midwifery Res 2012; 17(1):12-5.
6. Akay A, Pekcanlar A, Bozdag KE, Altintas L, Karaman A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002; 16(4):347-52.P
7. Aldridge A. The role of the community nurse in psoriatic co-morbidities interventions. Br J Community Nurs 2014;19(1):38-42.
8. Al-Mazeedi K, El-Shazly M, Al-Ajmi HS. Impact of psoriasis on quality of life in Kuwait. Int J Dermatol 2006;45(4):418-24.
9. AlShahwan MA. The Prevalence of Anxiety and Depression in Arab Dermatology Patients. J Cutan Med Surg 2015;19(3):297-303.
10. Aluoja A, Leinsalu M, Shlik J, Vasar V, Luuk K. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. J Affect Disord 2004;78(1):27-35.
11. Angela H. Defining nursing knowledge. Nursing Times 2005;101(48): 34–7.
12. Armstrong AW, Aldredge L, Yamauchi PS. Managing Patients With Psoriasis in the Busy Clinic: Practical Tips for Health Care Practitioners. J Cutan Med Surg 2015; 1203475415623508.

13. Armstrong AW, Harskamp CT, Dhillon JS, Armstrong EJ. Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol 2014;170(2):304-14.
14. Ashcroft DM, Li Wan Po A, Williams HC, Griffiths CE. Quality of life measures in psoriasis: a critical appraisal of their quality. J Clin Pharm Ther 1998;23(5):391-8.
15. Augustin M, Abeysinghe S, Mallya U, Qureshi A, Roskell N, McBride D, Papavassillis C, Gelfand J. Secukinumab treatment of plaque psoriasis shows early improvement in DLQI response - results of a phase II regimen-finding trial. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 ;30(4):645-9.
16. Augustin M, Krüger K, Radtke MA, Schwippl I, Reich K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: A multicenter cross-sectional study in Germany. Dermatology 2008; 216:366–72.
17. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. Br J Psychiatry 2001;179:308-16.
18. Balica S, Bernier C, Mazereeuw-Hautier J, Chiaverini C, Bulai-Livideanu C, Lahfa M et al. Guide for therapeutic education program in psoriasis. Ann Dermatol Venereol 2011; 138(4):337-53.
19. Bangemann K, Schulz W, Wohlleben J, Weyergraf A, Snitjer I, Werfel T et al. Depression and anxiety disorders among psoriasis patients: protective and exacerbating factors. Hautarzt 2014; 65(12): 1056-61.
20. Baran R. The burden of nail psoriasis: an introduction. Dermatology 2010;221(l):1-5.
21. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: An update. Int J Dermatol 2011;50:783–92.
22. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. (1999) Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry 1999;174:307-11.
23. Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN, Gelenberg AJ, Kornstein SG, Miller IM et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. Am J Psychiatry 2000;157(6):940-7.
24. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. BMJ 1997;22:314(7080): 572.
25. Bo K, Thoresen M, Dalgard F. Smokers report more psoriasis, but not atopic dermatitis or hand eczema: results from a Norwegian population survey among adults. Dermatology 2008; 216:40–5.

26. Boehm D, Schmid-Ott G, Finkeldey F, John, SM, Dwinger C, Werfel T. Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema. Contact Dermatitis 2012; 67:184–92.
27. Boehncke WH, Menter A. Burden of disease: psoriasis and psoriatic arthritis. Am J Clin Dermatol 2013;14(5):377-88.
28. Bostoen J, Bracke S, De Keyser S, Lambert J. An educational programme for patients with psoriasis and atopic dermatitis: a prospective randomized controlled trial. Br J Dermatol 2012;167(5):1025-31.
29. Brooks N, Otway C, Rashid C, Kilty L, Maggs C. Nurse prescribing: what do patients think? Nurs Stand 2001;15(17):33-8.
30. Burkauskas J, Bunevicius R. HAD scale: the instrument for the evaluation of depression and anxiety. Biological psychiatry and psychopharmacology 2013; 15(2): 59-61.
31. Çakmur H, Derviş E. The relationship between quality of life and the severity of psoriasis in Turkey. Eur J Dermatol 2015;25(2): 169–76.
32. Catanoso M, Pipitone N, Salvarani C. Epidemiology of psoriatic arthritis. Reumatismo 2012; 64(2):66–70.
33. Chernyshov PV, Bylaĭte M. Comparative study of quality of life in patients with psoriasis from Lithuania and Ukraine. Lik Sprava 2010;7–8:107–11.
34. Chrzan R, Karmowski A, Pawelec M, Łatkowski KJ, Karmowski M. Depression in women aged 75-89 - predisposing factors and preventive measures. Adv Clin Exp Med 2012; 21(1):69-73.
35. Colombo D, Chimenti S, Grossi PA, Marchesoni A, Bardazzi F, Ayala F et al. Prevalence of acute and chronic viral seropositivity and characteristics of disease in patients with psoriatic arthritis treated with cyclosporine: a post hoc analysis from a sex point of view on the observational study of infectious events in psoriasis complicated by active psoriatic arthritis. Clin Cosmet Investig Dermatol 2015;9:1-7.
36. Courtenay M, Carey N, Stenner K, Lawton S, Peters J. Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. Br J Dermatol 2011;164(2):396-401.
37. Courtenay M, Carey N. Nurse-led care in dermatology: a review of literature. Br J Dermatol 2006;154 (1):1-6.
38. Cox NH, Bowman J. An evaluation of educational requirements for community nurses treating dermatological patients 2000;25 (1): 12-5.
39. Cox NH, Walton Y. Prescribing for out-patients by nursing staff in a dermatology department. Br J Dermatol 1998;139(1):77-80.

40. Curtis JR, Martin DP, Martin TR. Patient-assessed health outcomes in chronic lung disease: what are they, how do they help us, and where do we go from here? Am J Respir Crit Care Med 1997;156(4):1032-9.
41. Daudén E, Pujol RM, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Vanaclocha F, Puig L et al. VACAP Study Investigators. Demographic characteristics and health-related quality of life of patients with moderate-to-severe psoriasis: The VACAP study. Actas Dermosifiliogr 2013; 104(9):807-14.
42. Daus L. Give them a hand: patients with hand and foot psoriasis require special attention. Dermatol Nurs 2008;20(4):291-3.
43. de Bes J, Legierse CM, Prinsen CA, de Korte J. Patient education in chronic skin diseases: a systematic review. Acta Derm Venereol. 2011;91(1):12-7.
44. de Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. J Investig Dermatol Symp Proc 2004;9(2):140-7.
45. Eder L, Shanmugarajah S, Thavaneswaran A, Chandran V, Rosen CF, Cook RJ et al. The association between smoking and the development of psoriatic arthritis among psoriasis patients. Ann Rheum Dis 2012; 71(2):219-24.
46. Egeberg A. Psoriasis and comorbidities. Epidemiological studies. Dan Med J 2016;63(2):B5201.
47. Eghlileb AM, Basra MK, Finlay AY. The psoriasis family index: preliminary results of validation of a quality of life instrument for family members of patients with psoriasis. Dermatology 2009;219(1): 63-70.
48. Ekim A, Ocakcı AF. Knowledge and attitudes regarding pain management of pediatric nurses in Turkey. Pain Manag Nurs 2013; 14(4):262-7.
49. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267(16):2221-6.
50. Enamandram M, Kimball AB. Psoriasis Epidemiology: The Interplay of Genes and the Environment. Journal of Investigative Dermatology 2013;133(2):287–9.
51. Engin B, Kutlubay Z, Celik U, Calay OO, Serdaroglu S, Tüzün Y. Correlation between PASI and DLQI in patients with psoriasis. JEADV 2013;27(4):1-77.
52. EQ-5D-3L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. Available at:

http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/EQ-5D-3L_UserGuide_2015.pdf
53. Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depresion. Dermatology 2006; 212:123–7.
54. Eurobarometer Qualitative Study. http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf
55. Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. Res Dev Disabil. 1995;16(1):51-74.
56. Feldman SR, Malakouti M, Koo JY. Social impact of the burden of psoriasis: effects on patients and practice. Dermatol Online J 2014; 17:20(8).
57. Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. Br J Dermatol 1995; 132(2):236-44.
58. Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS. Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in psoriasis. Br J Dermatol 1990;123(6):751–6.
59. Finlay AY. Current severe psoriasis and the rule of tens. Br J Dermatol 2005;152(5):861-7.
60. Finzi A, Colombo D, Caputo A, Andreassi L, Chimenti S, Vena G et al. Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21(9):1161-9.
61. Fortes C, Mastroeni S, Leffondre K, Sampogna F, Melchi F, Mazzotti E et al. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. Arch Dermatol 2005; 141:1580–4.
62. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: The contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. Br J Dermatol 1997;137(5):755–60.
63. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Markham T, Rogers S et al. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. Arch Dermatol 2003;139(6): 752-6.
64. Francis L, Fitzpatrick JJ. Postoperative pain: nurses' knowledge and patients' experiences. Pain Manag Nurs 2013;14(4):351-7.
65. Fried RG, Webster GF, Eichenfield LF, Friedlander SF, Fowler Jr JF, Levy ML. Medical and psychosocial impact of acne. Semin Cutan Med Surg 2010;29:9–12.

66. Furmonavičius T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. Biomedicina 2001;1(2):128-132.
67. Geale K, Henriksson M, Schmitt-Egenolf M. The Relationship Between Disease Severity and Quality of Life In Patients With Moderate to Severe Psoriasis. Value Health. 2015;18(7):A675.
68. Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population. J Am Acad Dermatol 2004;51(5):704-8.
69. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. JAMA 2006;296(14):1735–41.
70. Gelfand JM, Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Thomas J, Kist J et al. The prevalence of psoriasis in African Americans: results from a population-based study. J Am Acad Dermatol 2005;52(1):23–6.
71. Gezer O, Batmaz İ, Sariyildiz MA, Sula B, Ucmak D, Bozkurt M et al. Sleep quality in patients with psoriatic arthritis. Int J Rheum Dis 2014; doi: 10.1111/1756-185X.12505.
72. Gladman DD, Helliwell P, Mease PJ, Nash P, Ritchlin C, Taylor W. Assessment of patients with psoriatic arthritis: a review of currently available measures. Arthritis Rheum 2004;50(1):24-35.
73. Global strategy on diet, physical activity and health. WHA57.17, Geneva, World Health Organisation, 2004.
74. Gollnick H, Bonnekoh. Psoriasis – Pathogenese, Klinic and Therapie. UNI-MED Verlag AG, 2001.
75. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Ghasemi M, Ebadi A, Koohkan F et al. Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study. Dermatol Res Pract 2012;2012:381905.
76. Gottlieb AB, Dann F. Comorbidities in patients with psoriasis. Am J Med 2009;122(12):1150.
77. Gratacós J, Daudén E, Gómez-Reino J, Moreno JC, Casado MÁ, Rodríguez-Valverde V. Health-related quality of life in psoriatic arthritis patients in Spain. Reumatol Clin. 2014;10(1):25-31.
78. Grozdev I, Kast D, Cao L, Carlson D, Pujari P, Schmotzer B et al. Physical and mental impact of psoriasis severity as measured by the compact Short Form-12 Health Survey (SF-12) quality of life tool. J Invest Dermatol 2012;132(4):1111-6.
79. Gudaitytė J. Slaugytojų žinių apie onkologinio skausmo malšinimą pokyčio vertinimas. Klinikinės slaugos magistro darbas; Kauno medicinos universitetas, Slaugos fakultetas, 2009; 1-68.

80. Guenther L, Han C, Szapary P, Schenkel B, Poulin Y, Bourcier M et al. Impact of ustekinumab on healthrelated quality of life and sexual difficulties associated with psoriasis: results from two phase III clinical trials. J Eur Acad Dermatol Venereol 2011;25(7):851-7.
81. Gulbinienė J, Girdauskienė J. Slaugytojų žinių ir požiūrio vertinimas analizuojant pacientų, kuriems suformuota stoma, priežiūra. Sveikatos mokslai 2006;4:292-9.
82. Gulliver WP, Macdonald D, Gladney N, Alaghehbandan R, Rahman P, Adam Baker K. Long-term prognosis and comorbidities associated with psoriasis in the Newfoundland and Labrador founder population. J Cutan Med Surg 2011;15(1):37-47.
83. Gupta AK, Cooper EA. Psoriatic nail disease: quality of life and treatment. J Cutan Med Surg 2009;13(2):102-6.
84. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, Weiner HK, Mace TM, Schork NJ et al. Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. Arch Dermatol 1988;124(7):1052–7.
85. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. Psychosom Med 1994;56(1):36–40.
86. Gupta MA, Gupta AK. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. Int J Dermatol 1995;34(10):700–3.
87. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998;139(5):846-50.
88. Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. Int J Dermatol 1997;36(4):259-62.
89. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. Int J Dermatol 1993;32(3):188-90.
90. Halbjorg A. Klinikinė slauga I dalis. Kaunas; 1999. p. 35 -327.
91. Han B. The impact of age, gender, and race on the relationship between depression and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. Home Health Care Serv Q 2001;20(3):27-43.
92. Harpole LH, Williams JW Jr, Olsen MK, Stechuchak KM, Oddone E, Callahan CMet al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. Gen Hosp Psychiatry 2005;27(1):4-12.
93. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. Dermatol Ther 2010;23(2):174-80.
94. Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. J Am Acad Dermatol 1995;32(6):982-6.

95. Herédi E, Csordás A, Clemens M, Adám B, Gáspár K, Törőcsik D et al. The prevalence of obesity is increased in patients with late compared with early onset psoriasis. Ann Epidemiol 2013;23(11):688-92.
96. Herron MD, Hinckley M, Hoffman MS, Papenfuss J, Hansen CB, Callis KP et al. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. Arch Dermatol 2005;141(12):1527–34.
97. Heydendael VM, de Borgie CA, Spuls PI, Bossuyt PM, Bos JD, de Rie MA. The burden of psoriasis is not determined by disease severity only. J Investig Dermatol Symp Proc 2004;9(2):131-5.
98. Ho JKh, Antrum JH. Severity of Psoriasis Among Adult Males is Associated with Smoking, Not with Alcohol Use. Indian J Dermatol 2014;59(5):516.
99. Hongbo Y, Thomas CL, Harrison MA, Salek MS, Finlay AY. Translating the science of quality of life into practice: What do dermatology life quality index scores mean? J Invest Dermatol. 2005;125(4):659-64.
100. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. Acta Derm Venereol 2012; 92(1):67-72.
101. Huerta C, Rivero E, Rodriguez LA. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. Arch Dermatol 2007;143(12):1559–65.
102. Hunt SM. The problem of quality of life. Qual Life Res. 1997; 6(3):205-12.
103. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Cook RJ. Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2001;45(2):151-8.
104. Iwanowicz-Palus GJ. Assessment of patients' access to information during their hospitalization. Wiad Lek 2002;55:1:136-44.
105. Janosky JE, South-Paul JE, Lin CJ. Pain and depression in a cohort of underserved, community-dwelling primary care patients. J Am Board Fam Med 2012;25(3):300-7.
106. Jasaitienė D, Marčiukaitienė IO, Valiukevičienė S, Bylaitė M. Žvynelinės sisteminio gydymo ir fototerapijos metodika. Metodinės rekomendacijos. Kaunas; 2010.
107. Jenkins CD, Jono RT, Stanton BA, Stroup-Benham CA. The measurement of health-related quality of life: major dimensions identified by factor analysis. Soc Sci Med 1990;31(8):925-31.

108. Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, Murphy F, Muhn CY. Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. J Am Acad Dermatol 2007;57(1): 1-27.
109. Kabat-Zinn J. Participatory medicine. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000;14(4):239-40.
110. Kelley NL. Living with psoriasis: a patient case study. J Vis Commun Med. 2015;38(3-4):164-7.
111. Khouram HR, Tiu Tan D, Gill TS. Psichiatrijos vadovas. Vilnius; 2008.
112. Kickbush I. Improving health literacy in the European Union: towards European Health Forum: Gastlin; 2004.
113. Kiliç A, Güleç MY, Gül U, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008;22(5):537-42.
114. Kim GE, Seidler E, Kimball AB. Effect of Age at Diagnosis on Chronic Quality of Life and Long-Term Outcomes of Individuals with Psoriasis. Pediatr Dermatol 2015;32(5):656–62.
115. Kimball AB, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren RB, Augustin M. Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? J Eur Acad Dermatol Venereol 2010;24(9):989-1004.
116. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. Am J Clin Dermatol 2005;6(6):383–92.
117. Kirby B, Richards HL, Woo P, Hindle E, Main CJ, Griffiths CE. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. J Am Acad Dermatol 2001;45(1):72-6.
118. Kirkevold M. Toward a practice theory of caring for patients with chronic skin disease. Sch Inq Nurs Pract 1993;7(1):37-52.
119. Kivelevitch D, Mansouri B, Menter A. Long term efficacy and safety of etanercept in the treatment of psoriasis and psoriazic arthritis. Biologics 2014;17(8):169-82.
120. Koo J. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. Dermatol Clin 1996;14(3): 485–96.
121. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. Arch Dermatol 2001;137(3):280-4.

122. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. Acta Psychiatr Scand 2003;108(3):163-74.
123. Kyngäs H. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. J Clin Nurs 2003;12(5):744-51.
124. Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. Ann Rheum Dis. 2005;64:2:18-23.
125. Lanigan SW, Farber EM. Patients' knowledge of psoriasis: pilot study. Cutis 1990; 46(4):359-62.
126. Lanigan SW, Layton A. Level of knowledge and information sources used by patients with psoriasis. Br J Dermatol 1991;125(4):340-2.
127. Larson I, Arvidson S, Bergman S, Arvidsson B. Patients' percepsions of drug information given by a rheumatology nurse: a phenomenographic study. Musculoskeletal care 2010; 8(1):36-45.
128. Lebwohl M. Psoriasis. Lancet 2003;361(9364):1197-204.
129. Leung YY, Tam LS, Lee KW, Leung MH, Kun EW, Li EK. Involvement, satisfaction and unmet health care needs in patients with psoriatic arthritis. Rheumatology (Oxford) 2009;48(1):53-6.
130. Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. Health Promot Int 2001;16(1):87-94.
131. Levis V, Finlay AY. Ten years experience of Dermatology Life Quality Index (DLQI). J Invest Dermatol Symp Proc 2004;9(2):169–80.
132. Lietuvos bioetikos komitetas. Prieiga per internetą: http://bioetika.sam.lt
133. Lietuvos medicinos norma MN 28:2011. Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė. Lietuvos sveikatos ministerija 2011.
134. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Sveikos mitybos rekomendacijos. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/veiklos-sritys/visuomene-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas.
135. Lithell H, Bruce A, Gustafsson IB, Höglund NJ, Karlström B, Ljunghall K et al. A fasting and vegetarian diet treatment trial on chronic inflammatory disorders. Acta Derm Venereol 1983;63(5):397-403.
136. LR Seimas Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas. 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552
137. LR Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ 1988 m. liepos 2 d. N. VIII-833

138. LR Sveikatos apsaugos ministerija. 2014 metų Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos cento atlikto tyrimo rezultatai. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/.
139. LR Sveikatos apsaugos ministerija. Veiklos kryptys. Prieiga per internetą: sam.lrv.lt/veiklos-sritys.
140. Lubrano E, Helliwell P, Parsons W, Emery P, Veale D. Patient education in psoriatic arthritis: a cross sectional study on knowledge by a validated self-administered questionnaire. J Rheumatol 1998;25(8): 1560-5.
141. Mabuchi T, Yamaoka H, Kojima T, Ikoma N, Akasaka E, Ozawa A. Psoriasis affects patient's quality of life more seriously in female than in male in Japan. Tokai J Exp Clin Med 2012;37(3):84-8.
142. Mahramus TL, Penoyer DA, Sole ML, Wilson D, Chamberlain L, Warrington W. Clinical nurse specialist assessment of nurses' knowledge of heart failure. Clin Nurse Spec 2013; 27(4):198-204.
143. Manhart R, Rich P. Nail psoriasis. Clin Exp Rheumatol 2015;33(5):7-13.
144. Manjula VD, Sreekiran S, Saril PS, Sreekanth MP. A study of psoriasis and quality of life in a tertiary care teaching hospital of kottayam, kerala. Indian J Dermatol 2011;56(4):403-6.
145. Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. J Contin Educ Nurs 2002;33(3):112-8.
146. Martínez-García E, Arias-Santiago S, Valenzuela-Salas I, Garrido-Colmenero C, García-Mellado V, Buendía-Eisman A. Quality of life in persons living with psoriasis patients. J Am Acad Dermatol 2014; 71(2):302-7.
147. Mease P. Management of psoriatic arthritis: the therapeutic interface between rheumatology and dermatology. Curr Rheumatol Rep 2006;8:348–54.
148. Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. J Am Acad Dermatol 2006; 54(4):685-704.
149. Mehrez A, Gafni A. Evaluating health related quality of life: an indifference curve interpretation for the time trade-off technique. Soc Sci Med 1990;31(11):1281-3.
150. Mercy KM, Gordon KB, Paller AS. Patient satisfaction and quality of life in psoriasis and psoriatic arthritis. JAMA. 2014;312(24):2676-7.
151. Milašauskienė Ž, Zagurskiene D. Slaugytojų veikla, ugdant pacientų sveiką gyvenseną. Sveikatos mokslai 2003; 6:24.

152. Misevičienė I, Milašauskienė Ž, Sakalauskas R. The attitude of the chiet's physician toward patient's health education. Second conference on public health researches in the Baltic countries. Abstract book. Kaunas; 2000. p. 46.
153. Molina-Leyva A, Jiménez-Moleón JJ, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa JC. Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015;29(4):649-55.
154. Moradi M, Rencz F, Brodszky V, Moradi A, Balogh O, Gulácsi L. Health status and quality of life in patients with psoriasis: An Iranian cross-sectional survey. Arch Iran Med 2015; 18(3):153–59.
155. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, Spuls P, Griffiths CE, Nast A et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. Arch Dermatol Res 2011;303(1):1-10.
156. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? BMJ 1998;316(7130):542-5.
157. Murzaku EC, Bronsnick T, Rao BK. Diet in dermatology: Part II. Melanoma, chronic urticaria, and psoriasis. J Am Acad Dermatol 2014;71(6):1053.
158. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Belloni Fortina A, Peserico A, Virgili AR et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case–control study. J Invest Dermatol 2005;125:61–7.
159. Naldi L, Parazzini F, Peli L, Chatenoud L, Cainelli T. Dietary factors and the risk of psoriasis. Results of an Italian case-control study. Br J Dermatol 1996;134(1):101-6.
160. Naldi L, Peli L, Parazzini F. Association of early-stage psoriasis with smoking and male alcohol consumption: evidence from an Italian case–control study. Arch Dermatol 1999; 135:1479–84.
161. Nash AS, McAteer H, Schofield J, Penzer R, Gilbert AK. Psoriasis today: experiences of healthcare and impact on quality of life in a major UK cohort. Prim Health Care Res Dev 2015;16(4):415-23.
162. Nast A, Gisondi P, Ormerod AD, Saiag P, Smith C, Spuls PI et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update 2015 - Short version - EDF in cooperation with EADV and IPC. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015;29(12):2277-94.
163. National Psoriasis Foundation. Benchmark survey on psoriasis and psoriatic arthritis. Summary of top-line results. Available at: http:// www.psoriasis.org/files/pdfs/press/npfsurvey.pdf.Accessed Mart 21, 2014.

164. Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB, Gelfand JM.et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol 2006;55:829–35.
165. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. N Engl J Med 2009; 361(5):496-509.
166. Ni C, Chiu MW. Psoriasis and comorbidities: links and risks. CCID 2014;7:119-32.
167. Nijsten T, Whalley D, Gelfand J, Margolis D, McKenna SP, Stern RS. The psychometric properties of the psoriasis disability index in United States patients. J Invest Dermatol 2005;125(4):665-72.
168. Norlin JM, Steen Carlsson K, Persson U, Schmitt-Egenolf M. Analysis of three outcome measures in moderate to severe psoriasis: a registry-based study of 2450 patients. Br J Dermatol 2012;166(4): 797–802.
169. Nursing's agenda for the future: A call to the nation. American Nurses Association, 2002. Prieiga per internetą: http://ana.nursingworld.org/ MainMenuCategories/HealthcareandPoli-cyIssues/HealthSystem Reform/What-ANA-is-Doing/AgendafortheFuture.aspx
170. O'Neill P, Kelly P. Postal questionnaire study of disability in the community associated with psoriasis. BMJ 1996;313(7062):919–21.
171. Omland SH, Gniadecki R. Psoriasis inversa: A separate identity or a variant of psoriasis vulgaris? Clin Dermatol 2015;33(4):456-61.
172. Osborne RH, Elsworth GR, Whitfield K. The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. Patient Educ Couns 2007;66(2):192-201.
173. Palota T, Szepietowski JC, Pec J, Arenberger P, Giurcaneanu C, Gyulai R et al. A survey of disease severity, quality of life, and treatment patterns of biologically naive patients with psoriasis in central and eastern Europe. Acta Dermatovenerol Croat 2010; 18(3):151-61.
174. Pariser D, Schenkel B, Carter C, Farahi K, Brown TM, Ellis CN. Psoriasis Patient Interview Study Group. A multicenter, non-interventional study to evaluate patient-reported experiences of living with psoriasis. J Dermatolog Treat 2015;3:1–8.
175. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence Identification and Management of Psoriasis and Associated ComorbidiTy (IMPACT) project team. J Invest Dermatol 2013; 133(2):377–85.

176. Pärna E, Aluoja A, Kingo K. Quality of life and emotional state in chronic skin disease. Acta Derm Venereol 2015;95(2):312-6.
177. Pastore LM, Patrie JT, Morris WL, Dalal P, Bray MJ. Depression symptoms and body dissatisfaction association among polycystic ovary syndrome women. J Psychosom Res 2011;71(4):270-6.
178. Pathirana D, Nast A, Ormerod AD, Reytan N, Saiag P, Smith CH et al. On the development of the European S3 guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris: structure and challenges. J Eur Acad Dermatol Venereol 2010;24(12):1458-67.
179. Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15(4):411-23.
180. Pearce DJ, Morrison AE, Higgins KB, Crane MM, Balkrishnan R, Fleischer AB Jr et al. The comorbid state of psoriasis patients in a university dermatology practice. J Dermatolog Treat 2005;16(5-6):319-23.
181. Pearce DJ, Singh S, Balkrishnan R, Kulkarni A, Fleischer AB, Feldman SR. The negative impact of psoriasis on the workplace. J Dermatolog Treat 2006;17(1):24-8.
182. Penninx BW, Deeg DJ, van Eijk JT, Beekman AT, Guralnik JM. Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. J Affect Disord 2000;61(1-2):1-12.
183. Petraškienė R, Valiukevičienė S, Macijauskienė J. Sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės ypatumai. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2015;12(10):651-7.
184. Pfohler C, Muller CS, Vogt T. Psoriasis vulgaris and psoriasis pustulosa - epidemiology, quality of life, comorbidities and treatment. Curr Rheumatol Rev 2013;9(1):2-7.
185. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Puddu P, Pasquini P. Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body. Acta Derm Venereol 2001;81(6):410-4.
186. Pigou AC. The Economics of Welfare. London; 1932.
187. Poikolainen K, Karvonen J, Pukkala E. Excess mortality related to alcohol and smoking among hospital-treated patients with psoriasis. Arch Dermatol 1999;135(12):1490-3.
188. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J, Lauharanta J, Kärkkäinen P. Alcohol intake: a risk factor for psoriasis in young and middle aged men? 1990;300(6727):780-3.
189. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J. Smoking, alcohol and life events related to psoriasis among women. Br J Dermatol 1994; 130(4):473-7.

190. Prevention of coronary heart disease in clinical practice, Global strategy on diet, physical activity and health. WHA57.17, Geneva, World Health Organisation, 2004
191. Prinsen CA, Spuls PI, Lindeboom R, Sprangers MA, de Rie MA, de Korte J. The efficacy of a health-related quality-of-life intervention during 48 weeks of biologic treatment of patients with moderate to severe psoriasis: results of a multicentre randomized controlled trial. Br J Dermatol. 2015;173(4):1091-4.
192. Rakhesh SV, D'Souza M, Sahai A. Quality of life in psoriasis: a study from south India. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008;74(6):600-6.
193. Rasmussen GS, Maindal HT, Lomborg K. Self-management in daily life with psoriasis: an integrative review of patient needs for structured education. Nurs Res Pract 2012; 2012:890860.
194. Reich A, Hrehorow E, Szepietowski JC. Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. Acta Derm Venereol 2010;90(3):257–63.
195. Reich A, Szepietowski JC. Health-related quality of life in patients with nail disorders. Am J Clin Dermatol 2011;12(5):313-20.
196. Remröd C, Sjöström K, Svensson A. Pruritus in Psoriasis: A Study of Personality Traits, Depression and Anxiety. Acta Derm Venereol 2014; 10.2340/00015555-1975.
197. Renzi C, Di Pietro C, Gisondi P, Chinni LM, Fazio M, Ianni A et al. Insufficient knowledge among psoriasis patients can represent a barrier to participation in decision-making. Acta Derm Venereol 2006;86(6):528-34.
198. Renzi C, Di Pietro C, Tabolli S. Participation, satisfaction and knowledge level of patients with cutaneous psoriasis or psoriatic arthritis. Clin Exp Dermatol 2011;36(8):885-8.
199. Renzi C, Picardi A, Abeni D, Agostini E, Baliva G, Pasquini P et al. Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. Arch Dermatol 2002;138(3):337-42.
200. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. J Psychosom Res 2001;50(1):11–5.
201. Riddoch C. The benefits of switching to nurse-led management of patients with psoriasis. Prof Nurse 2005;20(5):38-40.
202. Rosen CF, Mussani F, Chandran V, Eder L, Thavaneswaran A, Gladman DD. Patients with psoriatic arthritis have worse quality of

life than those with psoriasis alone. Rheumatology (Oxford). 2012; 51(3):571-6.
203. Rosén P, Anell A, Hjortsberg C. Patient views on choice and participation in primary health care. Health Policy 2001;55(2):121-8
204. Rucević I, Perl A, Barisić-Drusko V, Adam-Perl M. The role of the low energy diet in psoriasis vulgaris treatment. Coll Antropol 2003; 27(1):41-8.
205. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. JAMA 2003; 290(2):215-21.
206. Ryan C, Sadlier M, De Vol E, Patel M, Lloyd AA, Day A et al. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. J Am Acad Dermatol 2015;72(6):978-83.
207. Salomon J, Szepietowski JC, Proniewicz A. Psoriatic nails: a prospective clinical study. J Cutan Med Surg 2003;7(4):317-21.
208. Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Tabolli S, Abeni D et al. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. Br J Dermatol 2006;154(2):325-31.
209. Sampogna F, Tabolli S, Söderfeldt B, Axtelius B, Aparo U, Abeni D. IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigatorsMeasuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the SF-36. Br J Dermatol 2006;154(5):844-9.
210. Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. Dermatology 2005;210(3):194-9.
211. Schwappach DL, Wernli M. Predictors of chemotherapy patients' intentions to engage in medical error prevention. Oncologist 2010; 15(8):903-12
212. Setty AR, Curhan G, Choi HK. Smoking and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. Am J Med 2007;120(11):953-9.
213. Sidlauskaitė-Stripeikiene I, Zemaitiene N, Klumbiene J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. Medicina (Kaunas) 2010;46(10):693-9.
214. Šinkariova L. Vyresnių Kauno miesto gyventojų depresiškumo ir išeminės širdies ligos bei jų rizikos veiksnių sąsajos. Daktaro disertacija / Kauno medicinos universitetas; 2000. p. 1-94.

215. Skiveren J, Philipsen P, Therming G. Patients with psoriasis have insufficient knowledge of their risk of atherothrombotic disease and metabolic syndrome. Clin Exp Dermatol 2015;40(6):600-4.
216. Smith KE, Fenske NA. Cutaneous manifestations of alcohol abuse. J Am Acad Dermatol 2000;43(1):1-16.
217. Smoker AL. The role of the practice nurse in the care of people with skin conditions. Br J Dermatol Nursing 1999;3(2):5-7.
218. Sobell JM, Foley P, Toth D, Mrowietz U, Girolomoni G, Goncalves J et al. Effects of Apremilast on Pruritus and Skin Discomfort/Pain Correlate With Improvements in Quality of Life in Patients With Moderate to Severe Plaque Psoriasis. Acta Derm Venereol. 2016; 96(4):514-20.
219. Soleimani M, Rafii F, Seyedfatemi N. Participation of patients with chronic illness in nursing care: An Iranian perspective. Nurs Health Sci 2010;12(3):345-51.
220. Splete H. Impact of psoriasis on sexual activity. Skin & Allergy News. 2013. Available at: http://www.skinandallergynews.com/index.php?id=159&tx_ttnews%5Btt_news%5D=223073&cHash=5d1771b5739545e6e717000274d012d0. Accessed Jun 25, 2015.
221. Stewart DE, Gucciardi E, Grace SL. Depression. BMC Womens Health 2004; 25:4-19.
222. Strober BE, Sobell JM, Duffin KC, Bao Y, Guérin A, Yang H et al. Sleep quality and other patient-reported outcomes improve after patients with psoriasis with suboptimal response to other systemic therapies are switched to adalimumab: results from PROGRESS, an open-label Phase IIIB trial. Br J Dermatol 2012;167(6):1374-81.
223. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993;2(2):153-9
224. Šveikauskas V. Sveikatos edukologija. Kaunas; 2008.
225. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. New Engl J Med 1996; 28:334(13):835-40.
226. Tham SN, Lim JJ, Tay SH, Chiew YF, Chua TN, Tan E et al. Clinical observations on nail changes in psoriasis. Ann Acad Med Singapore 1988;17(4):482-5.
227. Tham SN, Tay YK. A questionnaire-based survey of patients' knowledge of psoriasis at the National Skin Centre. Ann Acad Med Singapore 1995;24(3):415-20.

228. The Code of Ethics for Nurses. American Nurses Association, 2001. Prieiga per internet: http://www.nursingworld.org/MainMenu Cate gories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics. pdf
229. The Code of Ethics for Nurses. International Council of Nurses, 2006. Prieiga per internetą: http://www.icn.ch/
230. The department of dermatology at Cardiff University webpage. Psoriasis Disability questionares. Available at: http://www.cardiff. ac.uk/dermatology/quality-of-life/psoriasis-disability-index-pdi/pdi-different-language-versions/
231. The Department of Dermatology at Cardiff University webpage. Quality of life questionares. Available at: http://www.cardiff.ac.uk/ dermatology/quality-of-life/dermatology-quality-of-life-index-dlqi/. Accessed November 11, 2015.
232. The World Health Organization. Assessment of Quality of Life in Health Care: A working party report. Geneva. World Health Organization, 1991, p.5.
233. Vaitkaitiene E, Makari J, Zaborskis A. Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos nulemptos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai. Medicina (Kaunas) 2007;43(9):746-55.
234. Valenzuela F, Silva P, Valdés MP, Papp K. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile. Actas Dermosifiliogr 2011;102(10):810-6.
235. van Onselen J. Dermatology care: the next role for primary care nurses. Community Nurse 1998;4(8):28-30.
236. Venables J. Knowledge needed to educate patients about psoriasis. Nurs Times 1994;90 (23):32-5.
237. Villanova F, Di Meglio P, Nestle FO. Biomarkers in psoriasis and psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis 2013;72(2):104-110.
238. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? Qual Saf Health Care 2002;11(1):76-80.
239. Visser A, Deccoche A, Bensing J. Patient education in Europe: united differences. Patient Educ. Couns 2001;44 (1)1-5.
240. Wahl A, Hanestad BR, Wiklund I, Moum T. Coping and quality of life in patients with psoriasis. Qual Life Res 1999;8(5):427–33.
241. Wahl A, Moum T, Hanestad BR, Wiklund I. The relationship between demographic and clinical variables, and quality of life aspects in patients with psoriasis. Qual Life Res 1999; 8(4):319–26.
242. Wahl AK, Moum T, Robinson HS, Langeland E, Larsen MH, Krogstad AL. Psoriasis Patients' Knowledge about the Disease and Treatments. Dermatol Res Pract 2013;2013:921737.

243. Waldron N. Care and support of patients with psoriatic arthritis. Nurs Stand 2012;26(52):35-9.
244. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. J Am Acad Dermatol 2002; 47(4):512–8.
245. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry 1977;34(1):98-111.
246. WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. The Lancet, 2004; 157-163].
247. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
248. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.
249. WHO/IASO/IOTF. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Health Communications Australia: Melbourne, 2000.
250. Wittchen HU, Hoger J, Friis R. International Journal of Methods in Psychiatric research 2006;10(1): 52-7.
251. Wolters M. Diet and psoriasis: experimental data and clinical evidence. Br J Dermatol 2005;153(4):706-14.
252. Wood-Dauphinee S. Assessing Quality of Life in Clinical Research: From Where We Have Come and Where Are We Going? J Clin Epidemiol 1999,52(4):355-63.
253. Yang Y, Koh D, Khoo L, Nyunt SZ, Ng V, Goh CL. The psoriasis disability index in Chinese patients: contribution of clinical and psychological variables. Int J Dermatol 2005;44(11):925-9.
254. Young M. The psychological and social burdens of psoriasis. Dermatol Nurs. 2005 Feb;17(1):15-9.
255. Zachariae R, Lei U, Haedersdal M, Zachariae C. Itch severity and quality of life in patients with pruritus: preliminary validity of a Danish adaptation of the itch severity scale. Acta Derm Venereol 2012;92(5):508-14.
256. Zamboni S, Zanetti G, Grosso G, Ambrosio GB, Gozzetti S, Peserico A. Dietary behaviour in psoriatic patients. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 1989;146:182-3.

257. Zampieron A, Buja A, Fusco M, Linder D, Bortune M, Piaserico S et al. Quality of life in patients with scalp psoriasis. G Ital Dermatol Venereol 2015;150(3):309–16.
258. Zhu KJ, Liu Z, Liu H, Li SJ, Zhu CY, Li KS et al. An association study on the CHRNA5/A3/B4 gene cluster, smoking and psoriasis vulgaris. Arch Dermatol Res 2014;306 (10):939-44.
259. Zirwas MJ, Holder JL. Patient education strategies in dermatology: part 1: benefits and challenges. J Clin Aesthet Dermatol 2009;2(12): 24-7.
260. Zou L, Lonne-Rahm SB, Helander A, Stokkeland K, Franck J, Nordlind K. Alcohol Intake Measured by Phosphatidylethanol in Blood and the Lifetime Drinking History Interview Are Correlated with the Extent of Psoriasis. Dermatology 2015;230(4):375-80.

SĄRAŠAS PUBLIKACIŲ, KURIOSE SKELBIAMI DISERTACIJOS REZULTATAI

1. **Petraškienė R,** Valiukevičienė S, Macijauskienė J. Association of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. Medicina. Amsterdam: Elsevier. 2016;52 (5): 00-00. Impact factor – 0,609 (2015).
2. **Petraskiene** R, Valiukeviciene S, Blazevicienė A, Macijauskiene J. Competence in topic of psoriasis among nurses in healthcare institutions. Georgian Med News. 2015; 10(247):63-70.
3. **Petraškienė** R, Valiukevičienė S, Macijauskienė J. Sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybė. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2015;(19):651-8.
4. **Petraškienė** R, Kučinskaitė A, Karčiauskienė J, Valiukevičienė S. Sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės tyrimų apžvalga. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2016;(20):24-9.
5. **Petraškienė R**, Macijauskienė J. Žvynelinės klinikos ypatumai ir gyvenimo kokybės pokytis tarp pacientų tretinio lygio dermatologijos centre. Lietuvos gydytojo žurnalas. 2015; 9(82):22-3.

Sąrašas konferencijų, kuriose skelbiami disertacijos rezultatai

1. **Petraskiene R**, Sukiene A, Valiukeviciene S, Macijauskiene J. „The relationship between demographic and clinical factors, and quality of life in patients with psoriasis“ 5th JEADV Congress of the Psoriasis International Network, 7-9 July 2016 Paris, France.
2. **Petraškienė R**, Macijauskienė J. Gyvenimo kokybės epidemiologinis tyrimas tarp žvyneline sergančiųjų Lietuvoje. 2015 m. spalio 23 d. Kaunas. Žodinis pranešimas.
3. **Petrauskiene R**, Valiukeviciene S, Blazeviciene A, Macijauskiene J. „Knowledge about psoriasis among nurses in non-dermatological health-care institutions”. 4th JEADV Congress of the Psoriasis International Network, 4-6 July 2013 Paris, France.
4. **Petrauskiene R**, Dimsiene T, Valiukeviciene S, Blazeviciene A, Macijauskiene J. „Associated Factors of Knowledge about Psoriasis among Nurses in Non-dermatological Healthcare Institutions in Lithuania”. 11th Congress of the Baltic Association of Dermatovenereologists, 17-19 October 2013 Kaunas, Lithuania.

STRAIPSNIŲ KOPIJOS, KURIOSE SKELBIAMI SVARBIAUSI TYRIMŲ REZULTATAI

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/medici

MEDICINA

Original Research Article

Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis

Renata Petraškienė [a,*], *Skaidra Valiukevičienė* [b], *Jūratė Macijauskienė* [c]

[a] Department of Nursing and Care, Faculty of Nursing, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania
[b] Department of Skin and Venereal Diseases, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania
[c] Department of Geriatrics, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

ARTICLE INFO

Article history:
Received 18 April 2016
Received in revised form
5 July 2016
Accepted 9 July 2016
Available online xxx

Keywords:
Anxiety
Depression
Psoriasis
Quality of life

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the interrelationships between the quality of life and psycho-emotional, demographic, and clinical factors in patients with psoriasis.
Materials and methods: The study included 18-year-old or older patients with psoriasis recruited from the university hospital ($n = 385$). Their sociodemographic data, Psoriasis Area and Severity Index score and disease duration were assessed. The quality of life was evaluated by using the Dermatology Life Quality Index. Depression and anxiety were assessed using the Hospital Anxiety and Depression scale.
Results: A severe change in the quality of life (DLQI ≥ 10 points) was found by 1.8 times more commonly in females, by 2.7 times more commonly in patients with moderate and severe psoriasis (PASI ≤ 10) than in those with a mild psoriasis (PASI ≤ 10), and by about 2 times more commonly in patients with nail psoriasis than in those without, as well as in patients with psoriasis-related anxiety or depression than in subjects without those symptoms. Anxiety and depression were observed in 37.4% and 23.4% of the patients, respectively. Depression was more frequently in patients older than 55 years than in those <35 years of age. Anxiety was more frequent in females and in the respondents with primary and unfinished secondary education.
Conclusions: One-half of patients with psoriasis, women more often than men, regardless of the severity of the disease, reported a significant change in their quality of life. Patients with psoriasis, especially women and older people (aged more than 55 years), experienced anxiety and symptoms of depression.

© 2016 The Lithuanian University of Health Sciences. Production and hosting by Elsevier Sp. z o.o. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

* *Corresponding author at:* Department of Nursing and Care, Faculty of Nursing, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Eivenių 2, 50009 Kaunas, Lithuania.
E-mail address: renatai.petr@gmail.com (R. Petraškienė).
Peer review under responsibility of the Lithuanian University of Health Sciences.

Production and hosting by Elsevier

http://dx.doi.org/10.1016/j.medici.2016.07.001
1010-660X/© 2016 The Lithuanian University of Health Sciences. Production and hosting by Elsevier Sp. z o.o. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

1. Introduction

Psoriasis is a chronic recurrent inflammatory disease that affects the skin, the scalp, and nails. According to the World Health Organization (WHO) data, about 3% of the global population has psoriasis [1], and 15%–30% of the affected patients develop psoriatic arthritis [2]. To the best of our knowledge, no research data on the prevalence of psoriasis have been published in Lithuania.

Various environmental factors have been suggested as aggravating factors for psoriasis, including stress, physical trauma, excessive alcohol consumption and smoking [3–7]. Psoriasis has a greater impact on the quality of life of patients aged 18–45 years and affects the socialization of both sexes equally. Men face greater work-related stresses as a result of their psoriasis [8].

Psoriasis is one of the chronic diseases that are characterized by a high risk of depression and anxiety [9]. The disease has been linked to the depression and suicidal tendencies in the patients. Gupta et al. have found that 9.7% of psoriasis patients thought about death, and 5.5% of such patients considered suicide [10]. In addition, patients with psoriasis generally have low self-esteem. Thus 81% have reported feeling embarrassment and shame, whereas 75% reported feeling physically unattractive or sexually undesirable [11]. Psychological stress results in unwillingness to undergo regular treatment of psoriasis [12]. Several studies have shown that in patients with psoriasis or other chronic inflammatory skin diseases, the risk of anxiety and depression is associated with intensive pruritus [13–15]. The itchiness, scaling and localization of skin lesions on body sites not covered with clothes, are major symptoms that cause the most suffering in patients with psoriasis [2,16,17]. Therefore psoriasis affects not only the patients', but also their relatives' quality of life [18].

According to our data, so far only one small-scale cross-sectional study has been conducted comparing associations in the quality of life in Lithuanian ($n = 157$) and Ukrainian ($n = 136$) psoriasis patients [19]. In this study, the majority of Lithuanian patients – in contrast to Ukrainian patients – reported a very large or an extremely large effect of psoriasis on their quality of life. The aim of this study was to evaluate demographic and clinical factors that affect the quality of life and psycho-emotional status of patients with psoriasis. To the best of our knowledge, this is the first large study in Lithuania in this field.

2. Materials and methods

The study included 18 year-old or older male and female patients with psoriasis who were treated at the inpatient and outpatient departments of the Hospital of the Lithuanian University of Health Sciences, the Department of Skin and Venereal Diseases. The study was carried out during 2012–2014 with the permission of Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee (No BE-2-38).

Patients who agreed to participate in the study filled out the questionnaire prior to the physicians' consultations at the outpatient unit. Subjects of treated in the inpatient unit were interviewed on the first day of their arrival. The exclusion criteria were attending psychiatric consultations and treatment with psychotropic drugs. In total, 385 anonymous questionnaires were distributed (response rate, 100%).

For the survey, we used an anonymous questionnaire including questions on the patients' sociodemographic data, disease duration, height, and weight. The body mass index (BMI) was calculated following the WHO recommendations, dividing the patients into the following categories: underweight, BMI up to 18.4 kg/m^2; normal body weight, BMI 18.5–24.9 kg/m^2; overweight, BMI 25.0–29.9 kg/m^2; and obesity, BMI ≥ 30 kg/m^2 [20,21].

The subjects' quality of life was evaluated by applying the standardized Dermatology Life Quality Index (DLQI) using 10 questions about the patients' everyday activity, work or studies/learning, personal relationships, and treatment [22]. A validated Lithuanian version of the DLQI questionnaire was used [23]. If the DLQI score ranged from 0 to 1 point, the skin condition had no effect on the subject's life; 2–5 points, the effect was mild; 6–10 points, moderate; 11–20 points, large; and 21–30 points, extremely large.

Using data from medical documentation, the severity of psoriasis was determined by applying the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) evaluated by the physician. The total PASI score ranged from 0 to 72 points. Psoriasis was classified as moderate and severe when the PASI score was >10 points [24,25].

Anxiety and depression in patients with psoriasis were evaluated using the Hospital Anxiety and Depression (HAD) questionnaire. This scale is used for surveys of patients treated in general and specialized non-mental healthcare institutions [26]. In 1991, the HAD scale was translated into Lithuanian and has been widely used since [27]. The HAD questionnaire consists of 14 items, 7 of which relate to anxiety and 7 to depression. The evaluation of anxiety and depression was the following: no symptoms (0–7 points), mild symptoms (8–10 points), moderate symptoms (11–14 points), and severe symptoms (≥15 points). Anxiety and depression states were diagnosed when the total score in each subscale of the HAD was ≥8 points.

Statistical analysis. Statistical data analysis was conducted using SPSS 20.0 and Microsoft Office Excel 2007 software. To assess the internal consistency of DLQI and HAD scales, Cronbach's alpha coefficient was used. It evaluates whether all questions of the scale sufficiently reflect the research value, and allows for adjusting the required number of questions on the scale. The internal consistency of the DLQI questionnaire was high in the general scale (0.906). The internal consistency of the HAD questionnaire in the general scale was 0.890; in the anxiety domain, it was 0.779, and in the depression domain, 0.868.

Statistical relationships between qualitative characteristics were evaluated by applying the χ^2 test. Logistic regression analysis was used to determine the factors that significantly severely affected psoriasis patients' quality of life (DLQI ≥ 10). For this purpose, the values of the DLQI were distributed into two groups: DLQI < 10 and DLQI ≥ 10. The initial logistic regression model contained such variables as sex, age, duration of psoriasis, diagnosed psoriatic arthritis, treatment (inpatient/outpatient), PASI, nail lesions, anxiety

and depression, i.e. the variables whose p values in the univariate analysis were less than 0.1. Odds ratios and their 95% confidence intervals were calculated. Odds ratios were considered to be statistically significant if the 95% confidence interval did not include the null value of 1, and P was less than 0.05. The final OR of DLQI ≥ 10 were calculated for sex, PASI, nail lesions, anxiety, and depression.

According to literature data [28–30], a change in the quality of life frequently becomes the cause of anxiety and depression. For this reason, we included demographic, clinical (BMI), and psoriasis-specific (PASI) variables into the logistic regression analysis as independent variables, while DLQI and HADS were included as dependent variables.

Logistic regression analysis was applied in order to evaluate the associations of anxiety and depression with age, sex, education level, BMI, marital status, alcohol use, and smoking. The values of the anxiety and depression scales were distributed into two groups – HAD ≥ 8 and HAD < 8. The multivariate model of the binary logistic analysis included the attributes whose level of significance in the univariate analysis was $P < 0.1$.

3. Results

The study included 186 women and 199 men. The patients' age ranged from 18 to 85 years (SD, 15.83 years). In total, 76.1% of the patients were undergoing inpatient treatment and 23.9% outpatient treatment. The majority (69.4%) of the patients was inhabitants of urban areas, and others were from rural areas.

The duration of psoriasis varied from 0 to 63 years (SD, 14.07). One-fourth (44.9%) of the subjects had psoriasis for up to 10 years; 21% of the subjects, up to 20 years, 17.1%, up to 30 years, and 17%, more than 30 years.

The PASI scores in patients ranged from 0 to 38.9 points. Over one-half of the patients (53.7%) were found to have mild psoriasis, whereas moderate or severe disease (PASI > 10 points) was detected in 46.3% of the patients. The DLQI scores in patients ranged from 0 to 30 points. The DLQI score was higher in women than men (mean, 14.99; SD, 8.23 versus mean, 12.36; SD, 8.08; $P = 0.002$). The PASI was lower in women than men (mean, 8.98; SD, 6.18 versus mean, 12.32; SD, 6.85; $P < 0.001$). Negative evaluations of the quality of life were observed in 48.1% of the patients with moderate or severe psoriasis (PASI > 10 points).

The survey showed that 54.1% of the patients with psoriasis had affected nails. Of these, 13.2% indicated that nail psoriasis caused significant physical difficulty in performing routine tasks, 30.3% of the respondents felt ill, and 15.4% of them reported that their social and working activities were affected. Nail psoriasis affected the patients' quality of life ($P = 0.001$). A large or an extremely large change in the DLQI score was found in 38.8% and 28.6% of the subjects, respectively. Only 4.1% of the respondents stated that psoriasis-related nail damage had no effect on their quality of life.

According to the data of the logistic analysis (Table 1), a large or an extremely large effect on the quality of life (DLQI ≥ 10 points) was by 1.8 times more common in females than in males, by 2.7 times more common in patients with moderate and severe psoriasis than in those with a mild psoriasis (PASI ≤ 10 points), and by about 2 times more common in patients with nail psoriasis than in those without, as well as in patients with psoriasis-related anxiety or depression than in subjects without those symptoms. Over one-third of the patients (35.4%) indicated the presence of psoriatic arthritis (PA), which was confirmed by rheumatologists. The presence of PA was not associated with changes in the DLQI (Table 1). In univariate analysis, the DLQI score of the subjects did not depend on their age, marital status, the duration of psoriasis, treatment (inpatient/outpatient), or BMI (data are not shown).

The patients had symptoms of anxiety and depression: 37.4% and 23.4%, respectively (Table 2). Depression was more frequently observed in patients older than 55 years than in those younger than 35 years of age. Anxiety was more frequent in women than men and in the respondents with primary and unfinished secondary education than in those with higher education (Table 3).

Table 1 – Factors with a large or an extremely large effect on the quality of life (DLQI ≥ 10 points) among patients with psoriasis* ($n = 368$).

Variables	n	OR	95% CI	P
Sex				
Women	176	1.8	1.11–3.04	0.017
Men	192	1		
PASI (points)				
>10	177	2.7	1.63–4.25	<0.001
≤10	191	1		
Nail lesions				
Present	202	1.9	1.16–2.98	0.010
Absent	166	1		
Anxiety				
Present	136	2.0	1.16–3.44	0.013
Absent	232	1		
Depression				
Present	84	2.0	1.03–3.77	0.041
Absent	284	1		

* Adjusted by other variables in the Table and age, marital status, body mass index, duration of psoriasis, diagnosed psoriatic arthritis, and treatment (inpatient/outpatient). The variables were included into the multivariate logistic regression analysis if P was less than 0.1 in the univariate analysis.

Table 2 – The distribution of symptoms of anxiety and depression according to the HAD scale in patients with psoriasis.

Criteria	All subjects n (%)	Men $n = 199$ (%)	Women $n = 186$ (%)
Anxiety			
<8 points	241 (62.6)	153 (76.8)	88 (47.3)
≥8 points	144 (37.4)	46 (23.2)	98 (52.7)
Depression			
<8 points	295 (76.6)	168 (84.4)	127 (68.2)
≥8 points	90 (23.4)	31 (15.6)	59 (31.8)

Anxiety and depression were diagnosed when the Hospital Anxiety and Depression (HAD) score was ≥8 points.

Table 3 – The association of anxiety and depression with the subjects' sex, age, and education* (n = 241).

Variables	n	OR	95% CI	P
Depression				
Sex				
Women	81	1.71	0.78–3.73	0.173
Men	160	1		
Age groups, years				
35–44	39	1.72	0.47–6.33	0.409
45–54	60	3.02	0.87–10.55	0.082
55–64	49	7.28	2.10–25.16	0.002
≥65	17	5.52	1.16–26.27	0.032
<35	76	1		
Education				
Primary, unfinished secondary	15	1.26	0.25–6.28	0.777
Secondary	89	0.59	0.22–1.60	0.307
Continuing	85	0.74	0.28–1.94	0.550
Higher	52	1		
Anxiety				
Sex				
Females	160	4.72	2.53–8.83	<0.001
Males	81	1		
Age groups, years				
35–44	39	0.85	0.33–2.20	0.751
45–54	60	1.04	0.42–2.57	0.929
55–64	49	1.22	0.47–3.15	0.676
≥65	17	0.4	0.08–1.76	0.224
<35	76	1		
Education				
Primary, unfinished secondary	15	4.42	1.12–17.42	0.034
Secondary	89	0.94	0.42–2.12	0.899
Continuing	85	1.05	0.47–2.34	0.889
Higher	52	1		

* Adjusted by other variables in the table and marital status, body mass index, smoking, and alcohol consumption. The variables were included into the multivariate logistic regression analysis if P was less than 0.1 in the univariate analysis.

4. Discussion

This is the first study in Lithuania analyzing the psychosocial status of patients with psoriasis. The obtained results facilitate a better understanding of social life in psoriasis patients who experience symptoms of anxiety and depression, and would help in the development of educational programs about this condition.

The results of our study showed that in one-half of the patients, psoriasis had a large or an extremely large effect on the quality of life. Similar results were also observed in other studies [31–33]. In our study, the severity of psoriasis according to the PASI score was lower in females than in males, yet, conversely, changes in the quality of life were greater among females than among males. In contrast to our findings, Engin et al. stated that changes in the quality of life were greater in men than women [34].

Kimball et al. [35] reported that social and physical disability, stigmatization, and psychosocial problems did not always positively correlate with the severity of psoriasis. A study conducted by Richards et al. also showed that psychoemotional factors had a more significant effect on the quality of life than the severity of the disease, the body site affected, or the duration of the disease did [36]. In contrast, our study showed that changes in the quality of life were by 2.7 times more frequent in patients with moderate and severe psoriasis than in those with mild psoriasis.

Psoriasis varies by course, severity, and response to the treatment. Individual exacerbation of the diseases causes anxiety and depression, which impair social and professional achievements as well as the quality of life [31].

A systematic literature review [28] showed that most studies that investigated the effect of psoriasis on the quality of life were performed as cross-sectional studies. Kilic et al. in their study failed to find any positive link between psoriasis and anxiety [37].

According to literature data, between 3% and 17% of the European population experience various symptoms of depression [38,39]. Psoriasis may cause more anxiety than other chronic diseases or even cancer [40]. Some authors reveal that anxiety may be as common as depression [41,42], while in our study as well as in others [1,29,40], anxiety in psoriasis patients was more common than depression.

The results of our study as well as those conducted by other researchers confirmed that female patients with psoriasis more frequently experienced anxiety and depression than males did [1,30,40,43]. The results of our study were also in line with those of other studies showing that elderly patients more frequently complained of symptoms of depression [30,44–47]. Anxiety was found to be more common in patients with lower education levels [44,48].

We did not find any associations of anxiety and depression with body mass index or marital status of the investigated subjects. In contrast, other authors have showed that psoriasis significantly impairs the well-being of the patients and their families and causes mutual expression of psoriasis and depression [49].

Our study has several limitations. The investigated subjects were psoriasis patients treated in outpatient and inpatient units. It remains unclear whether the results in a population-based study would be different. The methods concerning the questionnaires used in studies on patients' quality of life vary to a great extent [28]. In this study, the patients' quality of life was evaluated by using the DLQI, and the expression of anxiety and depression, by using the HAD questionnaire because both instruments had been validated in our national language (Lithuanian). The results of our study as well as those of many cross-sectional studies do not allow for concluding causal relationships between psoriasis, quality of life, anxiety, and depression in the investigated patients. Therefore, longitudinal multicenter studies should be undertaken in this field for a better understanding of regional, psychological, and clinical outcomes of psoriasis.

5. Conclusions

One-half of patients with psoriasis, women more often than men, regardless of the severity of the disease, reported a significant change in their quality of life. The quality of life often deteriorated in patients with psoriatic nail damage and anxiety or depression caused by psoriasis. Patients with

psoriasis, especially women and older people (aged more than 55 years), experienced anxiety and symptoms of depression. In this context, patient education about the disease and avoidance of addictions might improve the management of psychological problems in patients with psoriasis.

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest to declare.

REFERENCES

[1] Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, et al. Depression and anxiety disorders among patients with psoriasis: a hospital-based case–control study. Dermatol Res Pract 2012;381905.

[2] Villanova F, Di Meglio P, Nestle FO. Biomarkers in psoriasis and psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis 2013;72(Suppl 2): 104–10.

[3] de Arruda LH, De Moraes AP. The impact of psoriasis on quality of life. Br J Dermatol 2001;144:33–6.

[4] Fleischer Jr AB, Feldman SR, Rapp SR, Reboussin DM, Exum ML, Clark AR, et al. Disease severity measures in a population of psoriasis patients: the symptoms of psoriasis correlate with self-administered psoriasis area severity index scores. J Invest Dermatol 1996;107(1):26–9.

[5] Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. Arch Dermatol 2001;137:280–4.

[6] Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer Jr AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. J Am Acad Dermatol 1999;41:401–7.

[7] Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C, et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. Br J Dermatol 2002;146:1006–16.

[8] Gupta MA, Gupta AK. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. Int J Dermatol 1995;34 (10):700–3.

[9] Bangemann K, Schulz W, Wohlleben J, et al. Depression and anxiety disorders among psoriasis patients: protective and exacerbating factors. Hautarzt 2014;65(12):1056–61.

[10] Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998;139(5):846–50.

[11] Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient–membership survey. Arch Dermatol 2001;137(3):280–4.

[12] Choi J, Koo JY. Quality of life issues in psoriasis. J Am Acad Dermatol 2003;49:557–66.

[13] Remröd C, Sjöström K, Svensson A. Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. Acta Derm Venereol 2015;95(4):439–43.

[14] Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, et al. Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. Arch Dermatol 1988;124:1052–7.

[15] Zachariae R, Lei U, Haedersdal M, Zachariae C. Itch severity and quality of life in patients with pruritus: preliminary validity of a Danish adaptation of the itch severity scale. Acta Derm Venereol 2012;92:508–14.

[16] Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM, Identification and Management of Psoriasis and Associated ComorbidiTy (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol 2013;133(2):377–85.

[17] Smith CH, Anstey AV, Barker JN, et al. British Association of Dermatologists. British Association of Dermatologists guidelines for use of biological interventions in psoriasis 2005. Br J Dermatol 2005;153(3):486–97.

[18] Koo J. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. Dermatol Clin 1996;14(3):485–96.

[19] Chernyshov PV, Bylaïte M. Comparative study of quality of life in patients with psoriasis from Lithuania and Ukraine. Lik Sprava 2010;7–8:107–11.

[20] WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet 2004;157–63.

[21] WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization; 2000.

[22] Bronsard V, Paul C, Prey S, et al. What are the best outcome measures for assessing quality of life in plaque type psoriasis? A systematic review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol 2010;24(2):17–22.

[23] Department of Dermatology. Quality of Life Questionnaires. Available at: http://www.cardiff.ac.uk/dermatology/quality-of-life/dermatology-quality-of-life-index-dlqi/dlqi-different-language-versions/. Accessed February 15, 2016.

[24] Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, et al. European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. Eur Acad Dermatol Venereol 2009;2:1–70.

[25] Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. Arch Dermatol Res 2011;303(1):1–10.

[26] Mykletun A, Stordal E, Dahl AA. Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. Br J Psychiatry 2001;179:540–4.

[27] Burkauskas J, Bunevicius R. HAD scale: the instrument for the evaluation of depression and anxiety. Biol Psychiatry Psychopharmacol 2013;15(2):59–61.

[28] de Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. J Investig Dermatol Symp Proc 2004;9(2):140–7.

[29] Kouris A, Christodoulou C, Stefanaki C, et al. Quality of life and psychosocial aspects in Greek patients with psoriasis: a cross-sectional study. An Bras Dermatol 2015;90(6):841–5.

[30] Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, et al. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. Br J Dermatol 2006;154(2): 325–31.

[31] Çakmur H, Derviş E. The relationship between quality of life and the severity of psoriasis in Turkey. Eur J Dermatol 2015;25(2):169–76.

[32] Palota T, Szepietowski JC, Pec J, et al. A survey of disease severity, quality of life, and treatment patterns of biologically naive patients with psoriasis in central and Eastern Europe. Acta Dermatovenerol Croat 2010;18(3): 151–61.

[33] Kyriakou A, Patsatsi A, Sotiriadis D. Quality of life and severity of skin and nail involvement in patients with plaque psoriasis. Eur J Dermatol 2014;24(5):623–5.

[34] Engin B, Kutlubay Z, Celik U, Calay OO, Serdaroglu S, Tüzün Y. Correlation between PASI and DLQI in patients with psoriasis. JEADV 2013;27(4):1–77.

[35] Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. Am J Clin Dermatol 2005;6 (6):383–92.

[36] Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. J Psychosom Res 2001;50(1):11–5.

[37] Kiliç A, Güleç MY, Gül U, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008;22(5):537–42.
[38] Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. Br J Psychiatry 2001;179:308–16.
[39] Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. Eur Neuro Psychopharmacol 2005;15 (4):411–23.
[40] Fortune DG, Richards HL, Kirby B, et al. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. Arch Dermatol 2003;139(6): 752–6.
[41] Janosky JE, South-Paul JE, Lin CJ. Pain and depression in a cohort of underserved, community-dwelling primary care patients. J Am Board Fam Med 2012;25(3):300–7.
[42] Remröd C, Sjöström K, Svensson Å. Subjective stress reactivity in psoriasis – a cross sectional study of associated psychological traits. BMC Dermatol 2015;2(15):6.
[43] Akay A, Pekcanlar A, Bozdag KE, Altintas L, Karaman A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002;16(4):347–52.
[44] Sidlauskaite-Stripeikiene I, Zemaitiene N, Klumbiene J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. Medicina (Kaunas) 2010;46(10):693–9.
[45] Chrzan R, Karmowski A, Pawelec M, Łatkowski KJ, Karmowski M. Depression in women aged 75-89-predisposing factors and preventive measures. Adv Clin Exp Med 2012;21(1):69–73.
[46] Pastore LM, Patrie JT, Morris WL, Dalal P, Bray MJ. Depression symptoms and body dissatisfaction association among polycystic ovary syndrome women. J Psychosom Res 2011;71(4):270–6.
[47] Han B. The impact of age, gender, and race on the relationship between depression and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. Home Health Care Serv Q 2001;20(3):27–43.
[48] Harpole LH, Williams Jr JW, Olsen MK, et al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. Gen Hosp Psychiatry 2005;27(1):4–12.
[49] Martínez-García E, Arias-Santiago S, Valenzuela-Salas I, Garrido-Colmenero C, García-Mellado V, Buendía-Eisman A. Quality of life in persons living with psoriasis patients. J Am Acad Dermatol 2014;71(2):302–7.

Sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybė

PECULIARITIES OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PSORIASIS







Renata Petraškienė[1], Skaidra Valiukevičienė[2], Jūratė Macijauskienė[3]
[1]LSMUL Kauno klinikos, [2]LSMU MA Odos ir venerinių ligų klinika,
[3]LSMU MA Slaugos fakultetas ir Geriatrijos klinika

Santrauka

Tyrimo tikslas – įvertinti žvyneline sergančiųjų gyvenimo kokybės ir ligos eigą pacientų, kurie gydomi tretinio lygio dermatovenerologijos centre. **Metodika.** Vienmomentinis skerspjūvio tyrimas (2012–2014 m.) LSMUL Kauno klinikų ambulatorijos ir stacionaro skyriaus pacientų, sergančiųjų žvyneline. Tiriamųjų ligos sunkumas nustatytas pagal PASI. Sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybė nustatyta pagal DLQI klausimyną. Depresijos ir nerimo būsena įvertinta pagal HAD skalę. **Rezultatai.** Ištirti 385 pacientai, sergantys žvyneline. Pacientų amžiaus vidurkis – 46,9 metų (SN±15,8), ligos trukmės vidurkis – 17,0 metų (SN ± 14,1). Didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis dažniau nustatytas moterims nei vyrams, sergantiems lengva nei vidutine arba sunkia žvyneline, nerimo arba depresinės būsenos palyginus su šių sutrikimų neturinčiais pacientais. **Išvados**. Daugiau nei pusei sergančiųjų žvyneline, moterims dažniau nei vyrams, nepriklausomai nuo ligos sunkumo, nustatytas didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis. Gyvenimo kokybė dažniau nukenčia asmenų, turinčių žvynelinės sukeltų nagų pažeidimų, nerimą arba depresijos būseną.
Reikšminiai žodžiai: žvynelinė, gyvenimo kokybė, ligos sunkumas.

Summary

The aim of the study was to evaluate the peculiarities of the quality of life and the course of the disease in psoriasis patients treated at a tertiary–level center of dermatovenereology. **Methods.** This cross-sectional study was carried out in psoriasis patients who were treated at the inpatient and outpatient departments of the Hospital of the Lithuanian University of health Sciences Kauno klinikos between 2012 and 2014. The severity of the condition was evaluated by applying the Psoriasis Area and Severity Index (PASI). The quality of life in patients with psoriasis was evaluated by using the Dermatology Life Quality Index (DLQI). Depression and anxiety states were evaluated by using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). **Results.** In total, 385 patients with psoriasis were investigated. The patients' mean age was 46.9 years (SD±15.8), and mean duration of the disease – 17 years (SD ± 14.1). Marked or highly marked changes in the quality of life were more frequently reported by women than by men, by patients with mild forms of the disease than by those with moderate or severe forms of the condition, and by patients with anxiety or depression than by individuals without these disorders. **Conclusions**. Over one-half of psoriasis patients, irrespectively of the severity of the condition, experienced marked or highly marked changes in their quality of life. Women experienced such changes more frequently than men did. The quality of life was more frequently affected in patients in whom psoriasis involved their nails, and who had anxiety or depression.
Key words: psoriasis, quality of life, severity of the disease.

ĮVADAS

Žvynelinė (sin. *psoriasis*) yra lėtinė uždegiminė liga, kuriai būdingas odos, nagų ir sąnarių pažeidimas [1, 2]. Nuo 15 iki 30 proc. sergančiųjų šia liga išsivysto psoriazinis artritas, sukeliantis pacientų neįgalumą [3, 4]. Žvyneline serga nuo 2 iki 4 proc. žmonių [5]. Lietuvoje žvynelinės paplitimas – nenustatytas.

Sergančiųjų žvyneline ligos sunkumas vertinamas pagal pažeistų kūno odos sričių sunkumo indeksą (angl. *Psoriasis Area and Severity Index*, PASI). PASI rodiklis rodo žvynelinei būdingų išbėrimų (eritema – odos paraudimas, infiltracija – sustorėjimas, pleiskanojimas) atskirose kūno srityse suminę vertę balais. Jei PASI iki 10 balų, žvynelinė priskiriama lengvos

Renata Petraškienė, LSMUL Kauno klinikų vyresnysis slaugytojas–slaugos administratorius (nuo 1997 m.). Nuo 2003 m. pirmoji kvalifikacinė bendrosios praktikos slaugytojos kategorija; visuomenės sveikatos vadybos magistro kvalifikacinis laipsnis (2005 m.). Praktinio domėjimosi sritis – odos ligomis sergančiųjų slaugos kokybės gerinimas. LSMU doktorantas Slaugos ir rūpybos katedroje (nuo 2011 m.), asistentas (nuo 2011 m.). Mokslinio darbo tema „Žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybei įtakos turintys sociodemografiniai ir klinikiniai veiksniai, žinios apie šią ligą". El. paštas: renata.petraskiene@kaunoklinikos.lt

Prof. Skaidra Valiukevičienė, 1993 m. baigė Kauno medicinos akademiją, 1996 m. – vidaus ligų, 1998 m. – dermatovenerologijos rezidentūrą, 2002 m. apgynė daktaro disertaciją, tema „Vaikų pigmentinių apgamų paplitimo ir konstitucinių, fenotipinių veiksnių bei saulės poveikio sąsajos". Dirba LSMU MA Odos ir venerinių ligų klinikos vadove, profesore. Mokslinio ir praktinio domėjimosi sritis – odos melanoma, lėtinių uždegiminių odos ligų ir lytiškai plintančių infekcijų epidemiologiniai ir klinikiniai tyrimai. Per pastaruosius penkerius metus: 5 mokomųjų knygų, 3 metodinių priemonių, 8 mokslinių straipsnių su ISI, 5 recenzuojamų mokslo straipsnių, 26 recenzuojamų tezių, 36 nerecenzuojamų tezių konferencijose bendraautorė. El. paštas: skaidra.valiukeviciene@kaunoklinikos.lt

Prof. Jūratė Macijauskienė, 1992 m. baigė Kauno medicinos akademiją, 1994 m. – vidaus ligų rezidentūrą, 2000 m. apgynė daktaro disertaciją, tema „Chronic obstructive pulmonary disease in the elderly and its impacts on quality of life". Dirba LSMU Slaugos fakulteto dekane ir Geriatrijos klinikos profesore. Mokslinio ir praktinio domėjimosi sritis – vyresnio amžiaus žmonių priežiūra, gyvenimo kokybė, psichogeriatrija, slauga. Per pastaruosius penkerius metus: 9 mokslinių straipsnių su ISI, 19 recenzuojamų mokslo straipsnių, 4 metodinių priemonių, 38 kitų publikacijų bendraautorė. El. paštas: jurate.macijauskiene@lsmuni.lt

eigos, esant daugiau nei 10 balų – vidutinės ir sunkios eigos liga [1,2].

Naujausios sisteminės literatūros apžvalgos duomenimis [6], sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės pokytis yra panašus kaip sergant lėtinėmis širdies ir kraujagyslių ligomis, cukriniu diabetu, inkstų, kepenų ligomis ir piktybiniais navikais. Dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas (angl. *Dermatology Life Quality Index*, DLQI) – tai standartizuotas klausimynas naudojamas sergančiųjų odos ligomis gyvenimo kokybei įvertinti moksliniuose tyrimuose ir klinikinėje praktikoje. Jis yra išverstas ir validuotas į daugelio šalių kalbas [7]. Nustatyta [8–10], kad didesnis nei 10 balų DLQI koreliuoja su labai didele tiriamos odos ligos įtaka asmens gyvenimo kokybei [11, 12].

Mūsų duomenimis, iki šiol atliktas tik vienas nedidelės imties vienmomentinis lyginamasis Lietuvos (n=157) ir Ukrainos (n=136) vieno dermatologijos centro pacientų tyrimas apie žvyneline sergančiųjų gyvenimo kokybės pokytį [13]. Šio tyrimo duomenimis, dauguma Lietuvos pacientų nurodo didelę žvynelinės įtaką gyvenimo kokybei dažniau nei tiriamieji iš Ukrainos. Atsižvelgdami į epidemiologinių duomenų stygių Lietuvoje, mes atlikome statistiniais skaičiavimais pagrįstos tiriamųjų imties tyrimą, kurio tikslas įvertinti žvyneline sergančiųjų gyvenimo kokybės ir ligos eigą pacientų, gydomų tretinio lygio dermatovenerologijos centre.

TIRIAMIEJI IR TYRIMO METODIKA

Vienmomentinis tyrimas vykdytas 2012–2014 m., gavus Kauno regioninio biomedicininių tyrimų Etikos komiteto leidimą. Į tyrimą įtraukti 18 metų ir vyresni pacientai, sergantys žvyneline, kurie kreipėsi konsultacijos į LSMUL Kauno klinikų gydytoją dermatovenerologą. Tyrime sutiko dalyvauti visi kviesti pacientai. Medicinos dokumentacijos duomenimis, tiriamųjų ligos sunkumas nustatytas pagal PASI rodiklį (balais), kurį vertino gydantis arba konsultuojantis gydytojas. PASI rodiklis svyruoja nuo 0 (nėra) iki 4 (požymis išreikštas labai stipriai), o pažeistos odos plotas – nuo 0 iki 6 balų. Galutinė PASI reikšmė gali svyruoti nuo 0 iki 72 balų [1]. Tiriamųjų gyvenimo kokybės pokytis vertintas pagal standartizuotą DLQI klausimyną, kurį pildė patys tiriamieji. Tyrime naudotas validuotas DLQI klausimynas (lietuvių kalba) [14]. DLQI sudaro 10 klausimų apie kasdienę paciento veiklą, darbą arba mokslą, asmeninius santykius, gydymą. Jei DLQI rodiklis yra nuo 0 iki 1 balo, odos būklė įtakos žmogaus gyvenime neturi, atitinkamai 2–5 balai – nedidelė įtaka, 6–10 balai – vidutinė įtaka, 11–20 – didelė įtaka, 21–30 – labai didelė. Depresijos ir nerimo būsena vertinta pagal HAD (angl. *Hospital Anxiety and Depression*) skalę. Ji naudojama depresijos ir nerimo sutrikimams vertinti pacientams, kurie gydomi bendrojo arba specializuotuose ne psichiatrijos profilio medicinos įstaigose [15]. HAD skalę sudaro 14 teiginių, iš jų po septynis teiginius skirta nerimo ir depresijos simptomams vertinti. Nerimo ir depresijos vertinimas: nėra (0–7 balai), lengvai išreikšta (8–10 balų), vidutinio sunkumo (11–14), sunkūs nerimo arba depresijos simptomai (≥15 balų). Į lietuvių kalbą HAD skalė išversta 1991 m. [16].

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant programą SPSS 20.0. Statistiniai ryšiai ir skirtumai tarp kokybinių požymių vertinti, taikant chi kvadrato (c^2) kriterijų. Kadangi kiekybinių kintamųjų skirstinys netenkino normaliojo skirstinio prielaidų, skirtumai tarp dviejų nepriklausomų grupių nustatyti pagal neparametrinį Mano-Vitnio kriterijų. Skirtumai ir ryšiai statistiškai reikšmingi, kai $p<0,05$ (statistinio reikšmingumo lygmuo – 5 proc.). Logistinės regresinės analizės duomenimis, nustatytas ryšių stiprumas veiksnių, kurie daro didelį įtaką sergančiųjų gyvenimo kokybei (DLQI ≥10). Tuo tikslu DLQI rodiklio rezultatų kintamasis suskirstytas į dvi kategorijas. Į binarinės logistinės analizės galutinį modelį įtraukti tik tie požymiai, kurie buvo statistiškai reikšmingi gyvenimo kokybės pokyčiui pagal DLQI, remiantis vienaveiksmės chi kvadrato (χ^2) analizės duomenimis.

REZULTATAI

Tyrime dalyvavo 385 pacientai, 51,7 proc. (n=199) vyrų ir 48,3 proc. (n=186) moterų. Pacientų amžius svyravo nuo 18 iki 85 metų (vidurkis – 46,9 metų; SN ± 15,8 metų). Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių pateikiamas 1 pav.

Žvyneline sergančiųjų ligos trukmė svyravo nuo 0 iki 63 metų, vidurkis – 17,0 metų (SN ± 14,1). Tiriamųjų žvynelinės PASI rodiklis svyravo nuo 0 iki 38,9 balų, o DLQI – nuo 0 iki 30 balų. 1 lentelėje pateikiamais duomenimis, žvynelinės PASI rodiklis yra mažesnis moterų nei vyrų, tačiau gyvenimo kokybės pokytis pagal DLQI atvirkščiai didesnis moterų nei vyrų (1 lentelė).

Didesnę dalį (69,4 proc.) tiriamųjų sudarė miesto gyventojai, trečdalis (30,6 proc.) – kaimo gyventojai. Tiriamųjų gyvenimo kokybė nepriklausė nuo gyvenamosios vietos, lyties, amžiaus, išsilavinimo ir ligos trukmės (2 lentelė). Beveik pusė (45,2 proc.) tiriamųjų žvyneline serga iki 10 metų, atitinkamai – 21,5 proc. – iki 20 metų, 16,8 proc. – iki 30 metų, 16,5 proc. – daugiau nei 30 metų.

Lengvos eigos žvynelinė pagal PASI indekso reikšmę nustatyta daugiau nei pusei pacientų (53,7 proc.), vidutinė ir sunki (PASI ≥10 balų) – 46,3 proc. Tiriamųjų gyvenimo kokybė priklausė nuo žvynelinės eigos, vertintos pagal PASI (p=0,001). Daugiau nei pusei vidutine ir sunkia žvyneline (PASI≥10 balų) sergančių pacientų nustatytas didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis. Tačiau net 36,1 proc. pacientų, kurių ligos eiga buvo lengva (PASI<10 balų), nustatytas didelis gyvenimo kokybės pokytis (2 lentelė).

Daugiau nei trečdalis pacientų (35,7 proc.) apklausos metu nurodė, kad jiems diagnozuotas psoriazinis artritas (PA). Psoriazinio artrito dažnis priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus pateikiamas 2 pav. 2 lentelės duomenimis nustatytas didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis pagal DLQI rodiklį beveik dviems trečdaliams (69,7 proc.) pacientų, kurie sirgo PA, atitinkamai nesergantiems PA – 55,2 proc. (p>0,05).

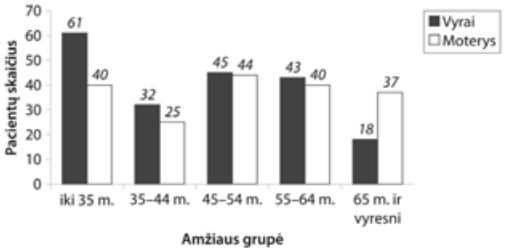
Apklausos duomenimis, daugiau nei pusė (54,1 proc.) sergančiųjų žvyneline teigė, kad turi nagų pažeidimų (2 lentelė). Iš jų 13,2 proc. nurodė, jog žvynelinės sukelti nagų pažeidimai sukelia daug fizinių sunkumų atliekant įprastinius darbus, 30,3 proc. respondentų nesmagiai jautėsi dėl jų išvaizdos, 15,4 proc. pažymėjo, kad tai turi įtakos jų visuomeninei arba darbinei veiklai. Dešimtadalis (13,5 proc.) respondentų nurodė, jog nagų žvynelinė sukelia nerimą, emocinį stresą arba miego sutrikimus, atitinkamai 14 proc. apklaustųjų – skausmą.

Nagų žvynelinė taip pat turėjo įtakos sergančiųjų gyvenimo kokybei (p=0,001) (2 lentelė).

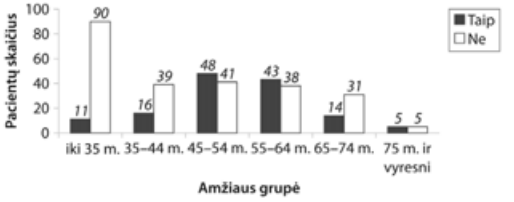
1 lentelė.
Tiriamųjų amžius, ligos trukmė, žvynelinės sunkumo pagal PASI ir gyvenimo kokybės pagal DLQI rodikliai priklausomai nuo lyties (n=385)

Rodikliai	Moterys (M±SN)	Vyrai (M±SN)	p
Amžius (metai)	48,79 ± 16,49	45,11 ± 15,00	0,017
Ligos trukmė (metai)	17 ± 15,62	17,06 ± 12,49	0,266
PASI rodiklis (balais)	8,98 ± 6,18	12,32 ± 6,85	<0,001
DLQI rodiklis (balais)	14,99 ± 8,23	12,36 ± 8,08	0,002

M – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, p – reikšmingumo lygmuo, PASI – angl. Psoriasis Area and Severity Index.



1 pav.
Sergančiųjų žvyneline pasiskirstymas pagal amžių ir lytį (n=385)



2 pav.
Psoriazinio artrito dažnis priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus (p<0,001)

Daugiau nei pusei pacientų, turinčių nagų pažeidimų nustatytas didelis arba labai didelis gyvenimo kokybės sutrikimas nei tiems, kurie neturėjo žvynelinės sukelto nagų pažeidimų (2 lentelė).

Daugiau nei pusė (76,1 proc.) įtrauktų į tyrimą pacientų tyrimo metu buvo gydomi stacionare, 23,9 proc. – ambulatorijoje. 41,8 proc. pacientų dėl žvynelinės gydyti stacionare per pastaruosius penkerius metus bent vieną kartą. Daugiausia – arti 20 kartų stacionare gydėti du pacientai per pastaruosius penkerius metus. 2 lentelės duomenimis, tiriamųjų gyvenimo kokybė nepriklausė nuo taikyto sisteminio gydymo ar pacientų gydymo stacionare ar ambulatorijoje.

2 lentelė.
Sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės pagal DLQI skirstinys priklausomai nuo sociodemografinių, fizinių bei psichologinių veiksnių (n=376)

Kintamieji		Dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas (DLQI)						p
		n (proc.)	Nėra įtakos (0–1 balas), n (proc.)	Nedidelė įtakos (2–5 balas), n (proc.)	Vidutinė įtaka (6–10 balų), n (proc.)	Didelė įtaka (11–20 balų), n (proc.)	Labai didelė įtaka (21–30 balų), n (proc.)	
Sociodemografiniai veiksniai								
Gyvenamoji vieta	Miestas	261 (69,4)	9 (3,4)	50 (19,2)	48 (18,4)	102 (39,1)	52 (19,9)	0,584
	Kaimas	115 (30,6)	3 (2,6)	15 (13)	25 (21,7)	45 (39,1)	27 (23,5)	
Lytis	Moterys	179 (47,6)	4 (2,2)	22 (12,3)	34 (19)	76 (42,3)	43 (24,3)	0,078
	Vyrai	197 (52,4)	8 (4,1)	43 (21,8)	39 (19,8)	71 (36)	36 (18,3)	
Amžius (metais)	<35	101 (26,9)	3 (3)	17 (16,8)	18 (17,8)	49 (48,5)	14 (13,9)	0,301
	35–44	55 (14,7)	1 (1,8)	12 (21,8)	14 (25,5)	15 (27,3)	13 (23,6)	
	45–54	85 (22,7)	4 (4,7)	12 (14,1)	11 (12,9)	34 (40)	24 (28,2)	
	55–64	79 (21,1)	3 (3,8)	12 (15,2)	15 (19)	31 (39,2)	18 (22,8)	
	≥65	55 (14,6)	1 (1,8)	12 (21,8)	14 (25,5)	18 (32,7)	10 (18,2)	
Išsilavinimas	Pradinis, nebaigtas vidurinis	26 (6,9)	0 (0)	8 (30,8)	5 (19,2)	7 (26,9)	6 (23,1)	0,453
	Vidurinis	123 (32,7)	5 (4,1)	16 (13)	23 (18,7)	51 (41,5)	28 (22,8)	
	Aukštesnysis	133 (35,4)	5 (3,8)	25 (18,8)	24 (18)	47 (35,3)	32 (24,1)	
	Aukštasis	94 (25)	2 (2,1)	16 (17)	21 (22,3)	42 (44,7)	13 (13,8)	
Ligos savitumai (fiziniai veiksniai)								
Ligos trukmė (metais)	≤10	170 (45,2)	3 (1,8)	27 (15,9)	43 (25,3)	65 (38,2)	32 (18,8)	0,071
	11–20	81 (21,5)	3 (3,7)	15 (18,5)	9 (11,1)	41 (50,6)	13 (16)	
	21 – 30	63 (16,8)	4 (6,3)	9 (14,3)	9 (14,3)	22 (34,9)	19 (30,2)	
	>30	62 (16,5)	2 (3,2)	14 (22,6)	12 (19,4)	19 (30,6)	15 (24,2)	
Ligos sunkumas pagal PASI (balais)	≤10 (lengva)	202 (53,7)	7 (3,5)	40 (19,8)	52 (25,7)	73 (36,1)	30 (14,9)	0,001
	>10 (vidutinė ir sunki)	174 (46,3)	5 (2,9)	25 (14,4)	21 (12,1)	74 (42,5)	49 (28,2)	
Psoriazinis artritas	Nėra	241 (64,6)	6 (2,5)	50 (20,7)	52 (21,6)	95 (39,4)	38 (15,8)	0,002
	Yra	132 (35,4)	6 (4,5)	15 (11,4)	19 (14,4)	51 (38,6)	41 (31,1)	

Nagų pažeidimai	Nėra	166 (45,9)	4 (2,4)	34 (20,5)	44 (26,5)	62 (37,3)	22 (13,3)	0,001
	Yra	196 (54,1)	8 (4,1)	27 (13,8)	29 (14,8)	76 (38,8)	56 (28,6)	
Taikytas gydymas	Stacionarinis	284 (76,1)	10 (3,5)	46 (16,2)	47 (16,5)	111 (39,1)	70 (24,6)	0,009
	Ambulatorinis	92 (23,9)	2 (2,2)	19 (20,7)	26 (28,3)	36 (39,1)	9 (9,8)	
Taikytas sisteminis gydymas	Ne	279 (75,4)	7 (2,5)	51 (18,3)	58 (20,8)	106 (38)	57 (20,4)	0,683
	Taip	91 (24,6)	4 (4,4)	14 (15,4)	15 (16,5)	36 (39,6)	22 (24,2)	
Psichologiniai veiksniai								
Nerimas	Nėra	238 (63,3)	9 (3,8)	54 (22,7)	54 (22,7)	94 (39,5)	27 (11,3)	p<0,001
	Yra	138 (36,7)	3 (2,2)	11 (8,0)	19 (13,8)	53 (38,4)	52 (37,7)	
Depresija	Nėra	291 (77,4)	10 (3,4)	60 (20,6)	62 (21,3)	116 (39,9)	43 (14,8)	
	Yra	85 (22,6)	2 (2,4)	5 (5,9)	11 (12,9)	31 (36,5)	36 (42,4)	

n – tiriamųjų skaičius; p – reikšmingumo lygmuo.

Apklausos duomenimis du trečdaliai sergančiųjų žvyneline teigė, kad žvynelinės sukeltas nerimas arba su šia liga susijusi depresijos būsena daro didelę ir labai didelę įtaką gyvenimo kokybei (2 lentelė).

Logistinės analizės duomenimis (3 lentelė) didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis pagal DLQI klausimyno rodiklį nustatytas moterims – 1,8 karto dažniau nei vyrams, atitinkamai apie tris kartus dažniau sergantiesiems lengva (PASI <10) nei vidutine arba sunkia ligos eiga, apie du kartus dažniau tiems, kurie turi žvynelinės sukeltų nagų pažeidimų nei jų neturintiems, taip pat nerimą arba depresinę būseną su šia ligą siejantiems pacientams nei tiriamiesiems, neturintiems šių sutrikimų.

REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad žvynelinė yra didelė problema ja sergančiųjų kasdieniame gyvenime, nes daugiau nei pusei (60,1 proc.) tirtų pacientų nustatytas didelis arba labai didelis gyvenimo kokybės pokytis. Panašius rezultatus skelbia ir kiti tyrėjai. T.Palota ir kiti nustatė, jog daugiau nei pusei apklaustųjų, sergančiųjų žvyneline, nustatytas didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės sutrikimas [17].

Literatūros duomenimis, žvyneline sergančiųjų gyvenimo kokybės tyrimus galima suskirstyti į tyrimus, atliktus populiacijoje

3 lentelė.
Didelio ir labai didelio gyvenimo kokybės pokyčio (DLQI >=10 balų) veiksniai pacientų, sergančių žvyneline

Kintamieji	ŠS	95 proc. PI	p
Lytis			
Moterys	1,8	1,11–3,04	<0,001
Vyrai	1		
PASI (balais)			
≤10	2,9	1,78–4,65	<0,001
>10	1		
Nagų pažeidimas			
Yra	1,7	1,16–2,98	0,010
Nėra	1		
Psoriazinis artritas			
Diagnozuotas	1,3	0,73–2,17	0,412
Nediagnozuotas	1		
Nerimas			
Yra	1,9	1,16–3,44	0,013
Nėra	1		
Depresija	2,0	1,03–3,77	0,041
Yra	1		
Nėra			

ŠS – galimybių santykis; 95% PI – pasikliautinasis intervalas; p – reikšmingumo lygmuo; PASI – angl. Psoriasis Area and Severity Index. Bendras teisingo atpažinimo procentas – 67,7 proc.

[18] ir skaitlingus tyrimus, vykdytus vienaме arba keliuose dermatologijo centuose [19–23]. JAV gyventojų nacionaliniu registru paremtas tyrimas (599 sergančiųjų žvyneline apklausa) rodo, jog 25 proc. pacientų yra ligos remisijoje, 42 proc. serga lengva žvyneline, 33 proc. – vidutine ir sunkia žvyneline. Iš apklaustųjų 59 proc. buvo gydomi dermatologų, 33 proc. – šeimos gydytojų, 3 proc. – vidaus ligų specialistų, 6 proc. – kitų specialistų. Šiame tyrime nustatyta, jog žvynelinė turėjo stiprų – nuo 8 iki 10 balų psichologinį poveikį 36 proc. sergančiųjų [18]. Šis rodiklis yra du kartus mažesnis nei mūsų tyrime galimai dėl to, jog mes tyrimą atlikome viename dermatologijos centre, bet ne bendrojoje populiacijoje. Tiek mūsų tyrimas, tiek kitų tyrimų rezultatai [19–23] rodo, jog dermatologijos centruose besilankantiems pacientams dažniau nustatoma sunkesnė žvynelinės forma.

Mūsų tirtų moterų žvynelinės sunkumo pagal PASI rodiklis buvo didesnis nei vyrų, tačiau gyvenimo kokybės pokytis atvirkščiai – didesnis moterų nei vyrų. B. Engin ir kt. tyrimo duomenimis, gyvenimo kokybės pokytis priklauso nuo lyties ir atvirkščiai – yra didesnis vyrų nei moterų [24].

Mabuchi ir kt. [25] nustatė, jog žvynelinės sunkumas pagal PASI skalę yra reikšmingas gyvenimo kokybės pokyčiui pagal DLQI. H. Çakmur ir E. Derviş nustatė reikšmingai teigiamą ryšį tarp ligos trukmės ir žvynelinės sunkumo pagal PASI skalę, bet ne tarp gyvenimo pokyčio ir PASI [26]. Kiti tyrėjai nerado sąsajų tarp žvynelinės eigos sunkumo ir ją sergančiųjų gyvenimo kokybės pokyčio [10, 24]. A.B. Kimball ir kt. [27] duomenimis, sergančiųjų žvyneline socialinė, fizinė negalia, stigmatizacija, bei psichosocialinės problemos ne visada turi teigiamą ryšį su ligos sunkumu. Kai kurie pacientai panašiai stipriai išgyvena ir dėl nedaug išplitusių žvynelinės išbėrimų. Tai patvirtina ir mūsų tyrimo rezultatai, nes net 36, 1 proc. tiriamųjų, sergančių lengva žvyneline (PASI <10 balų), nustatytas didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis. Kitų tyrimų duomenimis, psoriazinis artritas blogina sergančiųjų gyvenimo kokybę [28,29]. Mūsų tyrime statistiškai patikimo ryšio tarp gyvenimo kokybės pokyčio ir psoriazinio artrito dažnio nenustatyta.

Depresija tarp sergančiųjų žvyneline nustatoma iki 58 proc. atvejų [30]. Dešimtadalis (9,7 proc.) ja sergančiųjų galvoja apie mirtį, 5,5 proc. – apie savižudybę [31]. Mūsų tyrime 36,7 proc. sergančiųjų žvyneline jautė nerimą, 22,6 proc. apklaustųjų nustatyta depresija.

Daugiau nei trečdaliui nerimą jaučiančių apklaustųjų (atitinkamai – 38,4 ir 37,7 proc.) nustatytas didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis. Su šia liga susietai depresijos būsenai daugiau nei trečdaliui (36,5 proc.) ir daugiau nei ketvirtadaliui (42,4 proc.) apklaustųjų nustatytas didelis ir labai didelis gyvenimo kokybės pokytis.

Mūsų tyrimas neišvengė metodinių apribojimų. Pirma, tyrime dalyvavo tik vieno dermatologijos centro pacientai, kurių didesnė dalis buvo gydomi stacionare. Antra, tiriamųjų ligos trukmė buvo labai įvairi. Trečia, žvynelinės sunkumo rodiklis pagal PASI nustatytas remiantis medicininės dokumentacijos, o nagų pažeidimas bei PA diagnozė – pacientų apklausos duomenimis. Tačiau, nepaisant šių apribojimų, mūsų tyrimo rezultatai pirmą kartą Lietuvoje pateikia reikšmingų socioдemografinių, ligos eigos ir psichologinių veiksnių visumos įtaką žvyneline sergančiųjų gyvenimo kokybei. Tai leidžia numatyti reikalingų tolesnių mokslinių tyrimų sklaidą ir žvynelinės kontrolės gerinimo gaires.

IŠVADOS

Daugiau nei pusei (60,1 proc.) sergančiųjų žvyneline, moterims dažniau nei vyrams, nepriklausomai nuo ligos sunkumo nustatytas didelis arba labai didelis gyvenimo kokybės pokytis. Gyvenimo kokybė dažniau nukenčia asmenims, turintiems žvynelinės sukeltus nagų pažeidimų, nerimo arba depresijos būsenos.

LITERATŪRA

1. *Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, Smith C, Spuls PI, Nast A,et al.* European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23(Suppl 2):1-70.
2. *Jasaitienė D, Marčiukaitienė IO, Valiukevičienė S, Bylaitė M.* Žvynelinės sisteminio gydymo ir fototerapijos metodika:metodinės rekomendacijos. Kaunas:LSMU Spaudos namai; 2010.
3. *Mease PJ, Menter MA.* Quality-of-lifeissues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. J Am Acad Dermatol. 2006;54(4):685-704.
4. *Villanova F, Di Meglio P, Nestle FO.* Biomarkers in psoriasis and psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2013;72(Suppl 2): ii104- ii110.
5. *Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM.* Identification and Management of Psoriasis and Associated ComorbidiTy (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol.2013;133(2):377-85.
6. *Møller AH, Ernstoft S, Vinding GR, Jemec GB.* A systematic literature review to compare quality of life in psoriasis with other chronic diseases using EQ-5D-derived utility values. Patient Relat Outcome Meas. 2015;7;6:167-77.
7. *Levis V, Finlay AY.* Ten years experience of Dermatology Life Quality Index (DLQI). J Investig Dermatol Symp Proc. 2004; 9(2):169-80.
8. *Finlay AY.* Current severe psoriasis and the rule of tens. Br J Dermatol. 2005;152(5):861-7.
9. *Ashcroft DM, Li Wan Po A, Williams HC, Griffiths CEM.* Clinical measures of disease severity and outcome in psoriasis: a critical appraisal of their quality. Br J Dermatol. 1999;141(2):185-91.
10. *Hongbo Y, Thomas CL, Harrison MA, Salek MS, Finlay AY.* Translating the science of quality of life into practice: what do Dermatology Life Quality Index scores mean? J Invest Dermatol. 2005;125(4):659-64.
11. *Mazzotti E, Picardi A, Sampogna F, Sera F, Pasquini P, Abeni D.* Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences study group. Sensitivity of the Dermatology Life Quality Index to clinical change in patients with psoriasis. Br J Dermatol.2003; 149(2):318-22.
12. *Smith CH, Anstey AV, Barker JN, Burden AD, Chalmers RJ, Chandler D, et al.* British Association of Dermatologists. British Association of Dermatologists guidelines for use of biological interventions in psoriasis 2005. Br J Dermatol.2005;153(3):486-97.

13. *Chernyshov PV, Bylaitė M.* Comparative study of quality of life in patients with psoriasis from Lithuania and Ukraine. Lik Sprava. 2010;(7-8):107-11.
14. Department of Dermatology. Quality of Life Questionnaires. Available at: http://www.cardiff.ac.uk/dermatology/quality-of-life/dermatology-quality-of-life-index-dlqi/dlqi-different-language-versions/. Accessed June 30, 2015.
15. *Zigmond AS, Snaith RP.* The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand.1983;67(6):361-70.
16. *Burkauskas J, Bunevičius R.* HAD skalė: depresijos ir nerimo sutrikimų vertinimo instrumentas. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija = Biological psychiatry and psychopharmacology. 2013;15(2),59-61.
17. *Palota T, Szepietowski JC, Pec J, Arenberger P, Giurcaneanu C, Gyulai R, et al.* A survey of disease severity, quality of life, and treatment patterns of biologically naive patients with psoriasis in central and eastern Europe. Acta Dermatovenerol Croat.2010;18(3):151-61.
18. *Koo J.* Population-basedepidemiologicstudy of psoriasis with emphasis on quality of lifeassessment. Dermatol Clin. 1996; 14(3):485-96.
19. *de Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD.* Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. J Investig Dermatol Symp Proc. 2004;9(2):140-7.
20. *Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS.* Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in Psoriasis. Br J Dermatol. 1990;123(6):751-6.
21. *Gupta MA, Gupta AK.* Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. Int J Dermatol. 1995;34(10):700-3.
22. *O'Neill P, Kelly P.* Postalquestionnairestudy of disability in the communityassociated with psoriasis. BMJ. 1996;313(7062):919-21.
23. *Wahl A, Hanestad BR, Wiklund I, Moum T.* Coping and quality of life in patients with psoriasis. Qual Life Res. 1999;8(5):427–33.
24. *Engin B, Kutlubay Z, Celik U, Calay OO, Serdaroglu S, Tüzün Y.* Correlation between PASI and DLQI in patients with psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013;27(4):1-77.
25. *Mabuchi T, Yamaoka H, Kojima T, Ikoma N, Akasaka E, Ozawa A.* Psoriasis affects patient's quality of life more seriously in female than in male in Japan.Tokai J Exp Clin Med. 2012;37(3):84-8.
26. *Çakmur H, Derviş E.* The relationship between quality of life and the severity of psoriasis in Turkey. Eur J Dermatol. 2015;25(2):169-76.
27. *Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y.* The psychosocial burden of psoriasis. Am J Clin Dermatol.2005;6(6):383-92.
28. *Gratacós J, Daudén E, Gómez-Reino J, Moreno JC, Casado MÁ, Rodríguez-Valverde V.* Health-related quality of life in psoriatic arthritis patients in Spain. Reumatol Clin. 2014;10(1):25-31.
29. *Boehncke WH, Menter A.* Burden of disease: psoriasis and psoriatic arthritis. Am J Clin Dermatol. 2013;14(5):377-88.
30. *Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Markham T, Rogers S, et al.* Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. Arch Dermatol. 2003;139(6):752-6.
31. *Gupta MA, Gupta AK.* Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol.1998;139(5):846-50.

Gauta: 2015 10 23
Priimta spausdinti: 2015 11 20

COMPETENCE IN TOPIC OF PSORIASIS AMONG NURSES IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

[1]Petraskiene R., [2]Valiukeviciene S., [1]Blazevicienė A., [3]Macijauskiene J.

[1]Lithuanian University of Health sciences, Medical academy, Faculty of nursing, department of nursing and care;
[2]Faculty of Medicine, department of skin and Venereal diseases;
[3]Faculty of nursing, department of Geriatrics, Kaunas, Lithuania

The development of public health and the control of the risk factors of chronic diseases attract much attention because health education is equally important for healthy population, for people with health problems, and for patients with chronic diseases alike [39,26]. Nowadays, nurses play the leading role in organizing health education.

The characteristic feature of nurses' activity is that it requires almost continuous adaptation to the changing professional environment – workload, communication and cooperation between team members, nursing of patients with acute or chronic diseases, promotion of healthy lifestyle, and engaging in everyday nursing activities. The professional competence of a nurse consists of knowledge, abilities, and skills acquired during studies and through continuous improvement of the professional qualification with respect to the progress of the science and practice of nursing. This is the only way for the nurses to keep up with new technological developments in the nursing science and to be able to apply them [12]. All of this is defined in the principles of nursing ethics as well as in various documents regulating the nursing activity [27,32-34].

Patient education is an integral part of everyday nursing and care, but patients have insufficient knowledge about nursing, treatment, and prevention; moreover, they receive insufficient information about their disease both during inpatient treatment and when being discharged [5].

Nurses working in primary and secondary healthcare units face patients with various diseases, and therefore they

should be fully familiar with the peculiarities of the nursing of dermatological patients.

Nurses play the leading role in the delivery of care to patients with dermatological diseases [6,7,29]. Nurse's follow-up clinics have become increasingly popular during the recent years [15]. Psoriasis is one of the leading chronic inflammatory skin diseases that affects 2-3% of the population and can cause significant impairment of the quality of life, absenteeism in the workplace, and significant psychological distress in patients. In total, psoriasis affects about 125 million of the world's population [2].

Dermatology nurses play an important role in improving these patients' quality of life through support, counsel, education, and meeting their medical and emotional needs [9]. Nurses will encounter people with psoriasis in their work and everyday lives [36]. Their impact on service delivery within dermatology may be crucial in relation to chronic diseases, where coordination of education and treatment is an important factor in disease management [15].

Nurses use a wide range of knowledge - both theoretical and practical - in their work, and therefore identifying what nursing knowledge is should be central to practice. Nursing knowledge is the means by which the whole purpose of caring for patients is achieved because it underpins what we actually do [18].

A nurse has to be able to apply the acquired knowledge in nursing of patients with psoriasis, to identify such patients' needs with respect to their health problems, to teach them a healthy lifestyle, and to stimulate their physical activity.

The development of the science of nursing involves an increasing number of studies analyzing nurses' knowledge and their attitude to patient education [10,13,16,17,24], yet there has been no research on the knowledge of nurses working in non-dermatological institutions.

The aim of this study was to assess the competence in psoriasis treatment among nurses working in non-dermatological institutions and the factors associated with it. To our knowledge, this is the first cross-sectional study on this topic.

Material and methods. The study was conducted between August - October, 2012 in Kaunas city (with the population 342,768). The study was performed with the approval of Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee. In total, 15 primary and 15 secondary health care institutions were randomly selected from 41 non-dermatological primary and 55 secondary health care units in Kaunas city. All nurses of the selected units were invited to participate in the study. The response rate was 92%.

To evaluate the nurses' knowledge, a self-administered questionnaire was provided to the participants of the study; the questionnaire consisted of 15 questions about signs of psoriasis, its etiology, heredity, skin care, nutrition, and treatment. Based on the responses, the nurses' level of knowledge was evaluated in points (10 – excellent, 9-8 – good, 7-6 – satisfactory, and 5-4 – poor).

To evaluate the nurses' opinion about the education of patients with psoriasis, their participation in this process, and the evaluation of their knowledge about psoriasis, an anonymous bipartite questionnaire was designed by the researchers. The first part - "General Data" - evaluated the respondents' socio-demographic characteristics, the sources of the acquired knowledge on the care for psoriasis patients, the willingness to expand this knowledge, and the nurses' opinion about providing the required information to these patients. The second part – "Evaluation of the Nurses' Knowledge about Psoriasis" - contained a test consisting of 15 questions that evaluated the nurses' knowledge about psoriasis and its characteristic signs, contagiousness, and heredity, hygiene to be observed while being affected by this disease, and the effect of nutrition and medications on the course of the disease. Each question (questions 1-15) was followed by three response options, only one of which was correct. The responses of each respondent were evaluated using a ten-point system (10 points – excellent, 9 – very good, 8 – good, 7 – sufficient, 6 – satisfactory, 5 – poor, and 1-4 points – very poor).

The statistical analysis was performed using SPSS 19.0 for Windows. Pearson's chi-squared test (χ^2) was applied for the analysis of categorical variables. The knowledge levels were divided into satisfactory (8-10 points) and non-satisfactory (less than 7 points) ones. Logistic regression analysis was performed for the evaluation of the satisfactory (8-10 points) and non-satisfactory knowledge levels (less than 7 points) in relation with the associated factors.

Results and their discussion. The study included 505 nurses (503 females and 2 males) working in primary and secondary healthcare units together with family physicians (n=279) and internal medicine specialists (n=226). The nurses' work experience ranged between 1 to 48 years (mean work experience was 23.2±11.4 years, median – 24 years). The respondents' age ranged from 22 to 70 years (mean age - 45.34±10.5 years). More than one-half of the nurses (54.7%) reported seeing patients with psoriasis less than once a month, 24.2% of nurses have not seen such patients at all, 13.9% of the nurses saw patients with psoriasis once a month, and 7.3% - at least once a week (Table 1). The nurses' level of knowledge about psoriasis ranged from 4 to 10 points, median – 7 points. The comparison of the nurses' knowledge by age groups or by work experience showed that over one-half of the nurses demonstrated satisfactory or poor knowledge about psoriasis (p>0.05) (Table 2).

Table 1. The main characteristics of the study participants (n=505)

Characteristics	Number (n)	Percentage (%)
Education level		
Vocational and higher non-university	436	86.3
Higher university	69	13.7
Workplace		
Primary healthcare level	279	55.2
Secondary healthcare level	226	44.8
Work experience		
<10 years	72	14.2
10-25 years	217	43
>25 years	216	42.8
Age		
<35 years	76	15
35-55 years	330	65.3
>55 years	99	19.7
Seeing patients with psoriasis		
Daily	18	3.6
At least once a week	19	3.8
Once a month	70	13.8
Less than once a month	276	54.7
Did not see at all	122	24.1

Table 2. The relationship of the knowledge about psoriasis with age, education level and work experience of the nurses (n=505)

Characteristics	Excellent n (%)	Good n (%)	Satisfactory n (%)	Poor n (%)	p*
Age					
<35 years	4 (5.3)	29 (38.1)	37 (48.7)	6 (7.9)	0.371
35-55 years	7 (2.1)	134 (40.6)	156 (47.3)	33 (10.0)	
>55	2 (2.0)	31 (31.3)	52 (52.5)	14 (14.2)	
Education level					
Vocational and higher-non university	10 (2.3)	160(36.7)	219 (50.2)	47 (10.8)	0.132
Higher university	3 (4.3)	34 (49.3)	36 (37.7)	6 (8.7)	
Workplace					
Primary healthcare level	6 (2.2)	112 (40.1)	125 (44.8)	36 (12.9)	0.105
Secondary healthcare level	7 (3.1)	82 (36.3)	120 (53.1)	17 (7.5)	
Work experience					
<10 years	3 (4.2)	23 (31.9)	38 (52.8)	8 (11.1)	0.701
10-25 years	7 (3.2)	87 (40.1)	102 (47.0)	21 (9.7)	
>25 years	3 (1.4)	84 (38.9)	105 (48.6)	24 (11.1)	
Seeing patients with psoriasis					
At least once a week	1 (2.7)	23 (62.2)	13 (35.1)	0 (0)	**0.014**
Once a month	3 (4.3)	32 (45.7)	28 (40.0)	7 (10.0)	
Less than once a month	7 (2.5)	96 (34.6)	141 (51.3)	32 (11.6)	
Did not see at all	2 (1.6)	143 (35.3)	63 (51.6)	14 (11.5)	

*n, number of participants; p, significance level; * p<0.05*

Nurses who during their work saw psoriasis patients less than once a month or did not see them at all more frequently demonstrated satisfactory or poor knowledge about psoriasis (62.9%), compared to those who saw such patients once a month (50%) or at least once a week (35.1%) (p=0.014) (Table 2).

Table 3. The knowledge level about psoriasis by the education level and frequency of contact with psoriasis patients

Feature	B	OR	p	n
Education level				
Higher university	0.67	**1.95**	**0.012**	436
Vocational and higher non-university		1.0		69
Seeing patients with psoriasis				
At least once a week	1.19	**3.27**	**0.003**	37
Once a month	0.61	**1.85**	**0.045**	70
Less than once a month	0.03	1.03	0.887	276
Did not see at all		1.0		122

n, number of participants; B, regression coefficient; p, significance level; or, odds ratio; the percentage of correct prediction is 61.6%

Table 4. sources of nurses' knowledge about psoriasis patients (n=505)

Sources of nurses' knowledge	Frequency (n)	Percentage (%)
Non-university studies	271	53,7
University studies	29	5,7
Practical work	41	8,1
Scientific literature, medical publications	66	13,1
Conferences and seminars	10	2
Refresher courses	7	1,4
Other sources	81	16

The level of satisfactory knowledge was significantly higher among nurses with higher university education (OR=1.95) than in respondents with non-university education, and among nurses who during their work saw psoriasis patients at least once a week (OR=3.27) or once a month (OR=1.85) in comparison with the respondents who during their work saw psoriasis patients less than once a month or did not see them at all (Table 3). Over one-half of the nurses acquired knowledge about psoriasis during their studies. A relatively small part of the nurses acquired this knowledge during their practical work (8.1%), conferences and seminars (2%), or continuous professional education courses (1.4%) (Table 4). Also, 1.8% of the nurses acquired knowledge about psoriasis from their family members who had this condition.

Many (77.4%) respondents expressed a wish to obtain additional knowledge about psoriasis. One-third of the nurses preferred to acquire knowledge about psoriasis only during conferences or seminars, about 10 % of the nurses – from medical articles or during continuous education courses, and 3.9% - via telemedicine. One-fourth of the nurses stated that they would use various sources and methods for obtaining knowledge about psoriasis.

When asked about what information psoriasis patients need, one-third (33.9%) of the nurses had no clear opinion. Other nurses (17.8%) stated that such patients need comprehensive information, while 13.9% of the nurses stated that psoriasis patients mostly need information about skin care and hygiene. When asked about the best knowledge transfer method, 12.1% of the respondents said that lectures would be such method. Also, 14.3%, 36.6%, and 38.6% of the respondents indicated that information about psoriasis to patients with this condition should be provided by a nurse, physician, or the nurse together with the physician, respectively.

The majority (80.0%) of the nurses stated that psoriasis patients need continuous explanations about their condition, whereas 13.3% of the respondents thought that it was not necessary.

Research findings have shown that patient education organized by nurses improves the patients' quality of life [21]. For this reason, nurses' knowledge about the disease and their participation in patient education programs are important factors in the improvement of patients' healthcare. Continuous professional development is required because knowledge about nursing is changing all the time [18]. For this reason, nurses who participated in our study improved their knowledge about psoriasis through conferences, seminars, refresher courses, or by reading medical literature.

To ensure good dermatology care, nurses have to maintain a high level of knowledge, which should be continuously updated [32]. According to N. H. Cox et al., nurses frequently participate in the treatment of dermatology patients, but

© GMN

despite this, 72% of nurses participating in the treatment of psoriasis do not know how to treat desquamating skin of the scalp [7].

Nurses who work with psoriasis patients on an everyday basis have invaluable knowledge resources [20,36]. During our study, we aimed at investigating the factors that determined the level of the nurses' knowledge. The evaluation of the results showed that satisfactory or poor level of knowledge was not associated with age, work place (a primary healthcare institution or a specialized unit), or work experience. Our study showed that nurses who had more frequent contacts with psoriasis patients had better knowledge about this condition than those who met such patients rarely. Nurses with higher education level also demonstrated better knowledge about psoriasis.

Nurses working with various patients should have sufficient knowledge and skills to educate those patients and to prepare them for social life. Studies provide variable evaluations of nurses' knowledge. According to the studies performed in Lithuania, the nurses' theoretical knowledge about alleviation of tumor-related pain was evaluated by 5 points on a 10-point scale, while after three years, the evaluation score in the same study was already 7-8 points [16]; the nurses' knowledge about care of patients with a stoma was 7.09 points on a 10-point scale [17]. According to foreign literature, the nurses' knowledge about postoperative pain was evaluated by 69.3% [13], the knowledge of pediatric nurses about pain – by 38.2% [10], and the knowledge about heart failure – by 71% [24].

Our study showed that nurses with non-dermatological specialization quite frequently met psoriasis patients, but had moderate knowledge about this condition. The majority of the nurses wanted to gain more knowledge about the condition. In contrast, dermatology nurses were well prepared for providing of medical assistance and practical recommendations (even by phone) to patients with various skin pathologies [35, 9]. However, despite this, the majority of dermatology nurses indicated that they still lacked knowledge about skin diseases – especially psoriasis [6,30]. The comparison of non-dermatology nurses' knowledge about psoriasis cannot be performed due to the absence of studies in this field.

Research data [25,28,31] have shown that patient education is frequently delegated to the nurses – who perform an important role in patients' treatment. In this study, the nurses demonstrated a self-critical approach. Over one-half of the respondents thought that the physician – or the physician together with the nurse – should participate in patient education. Patient education is important in the empowerment of patients, so that they can be involved in making medical decisions, and bring about improvements in their health status [22]. Over the last decade, various studies have been initiated in Lithuania on patient education and information. The issues that are most frequently analyzed are those on patient education in cases of various diseases, and on information provided to patients by physicians – not nurses [14,23]. Scientific literature allocates sufficient attention to patient training. In Western Europe and in the US, the importance of patient training has been discussed for several decades [37]. Numerous articles have analyzed problems associated with the education of patients with chronic diseases such as epilepsy [4], diabetes mellitus [11], or psoriasis [1,3,38].

In general, non-dermatology nurses have frequent contacts with psoriasis patients, and yet they have only moderate knowledge about this condition. Stigmatization is the main difficult experience for patients with psoriasis. Due to their aesthetic aspect, skin diseases frequently cause social rejection, which negatively affects personal and social life. Visible skin changes may cause fear, repulsion, or intolerance, as other people may be afraid of contracting the disease [19]. This article analyzed nurses' knowledge and their attitude to patient education, and showed that the majority of the nurses supported patient education and wanted to improve their knowledge on psoriasis even when working in non-dermatology units because they rather frequently had contacts with psoriasis patients in their work. This highlights the importance of a nurse as an educator because knowledge acquired in practical work and in the nurses' efforts to help psoriasis patients should focus not only on the improvement of nursing and treatment of such patients, but also on increasing the society's awareness that psoriasis is not a contagious disease.

The majority of the nurses thought that patients need continuous explanation about the disease. This highlights the importance of nurses' participation in the development of patients' knowledge; on the other hand, the patients should have the possibility to receive full information about their disease and its treatment, as patients who are better informed about their disease would be more compliant and would better understand clinical decisions. For this reason, it is important that education and training programs for nurses allocate sufficient time for the nursing and treatment of dermatology patients.

The study was conducted only in one of the large cities where nurses have good access to postgraduate education. Further studies should aim at evaluating nurses' knowledge about the treatment of psoriasis and assistance to psoriasis patients in smaller cities as well.

Conclusion. The nurses' level of knowledge depended on their education level and the frequency of contacts with psoriasis patients. Nurses working in non-dermatological healthcare institutions had insufficient knowledge about psoriasis, and expressed willingness to learn more. This study suggests that nurses play an important role in patient care by adding support and education as part of the initial consultation process.

Conflict of interest statement: The authors have no conflict of interest to declare.

REFERENCES

1. Balato N, Megna M, Di Costanzo L, Balato A, Ayala F. Educational and motivational support service: a pilot study for mobile-phone-based interventions in patients with psoriasis. Br J Dermatol 2013; 168(1):201-205.
2. Balica S, Bernier C, Mazereeuw-Hautier J, Chiaverini C, Bulai-Livideanu C, Lahfa M, Kalampokas A, Beylot-Barry M, Goujon-Henry C, Sid Mohand D, Misery L, Stalder JF, Paul C. Guide for therapeutic education program in psoriasis. Ann Dermatol Venereol 2011; 138(4):337-353.
3. Bostoen J, Bracke S, De Keyser S, Lambert J. An educational programme for patients with psoriasis and atopic dermatitis: a prospective randomized controlled trial. Br J Dermatol 2012; 167(5):1025-1031.
4. Burneo JG. An evaluation of the quality of epilepsy education on the Canadian World Wide Web. Epilepsy Behav 2006; 8(1):299-302.
5. Cameron C. Patient compliance; recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. J Adv Nurs 1996; 24:244-250.
6. Courtenay M, Carey N. Nurse-led care in dermatology: a review of literature. Br J Dermatol 2006; 154(1):1-6.
7. Cox NH, Bowman J. An evaluation of educational requirements for community nurses treating dermatological patients. Clin Exp Dermatol 2000; 25(1): 12-15.
8. Cox NH, Walton Y. Prescribing for out-patients by nursing staff in a dermatology department. Br J Dermatol 1998; 139(1):77-80.
9. Daus L. Give them a hand: patients with hand and foot psoriasis require special attention. Dermatol Nurs 2008; 20(4):291-293.
10. Ekim A, Ocakcı AF. Knowledge and attitudes regarding pain management of pediatric nurses in Turkey. Pain Manag Nurs 2013; 14(4):262-267.
11. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. Patient Educ Couns 2004; 52(1):97-105.
12. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267(16):2221-2226.
13. Francis L, Fitzpatrick JJ. Postoperative pain: nurses' knowledge and patients' experiences. Pain Manag Nurs 2013; 14(4):351-357.
14. Giedrikaite R, Miseviciene I, Jakusovaite I. The evaluation of information provided to patients about the disease and its course in hospitals. Medicina (Kaunas) 2007; 43(8):664-670.
15. Gradwell C, Thomas KS, English JS, Williams HC. A randomized controlled trial of nurse follow-up: do they help patients and do they free up consultants' time? Br J Dermatol 2002; 147(3):513-517.
16. Gudaityte J. Assessment of nurses knowledge change about oncology pain control, master thesis; Kaunas University of medicine, Faculty of nursery, Department of Nursing and Care. – Kaunas, 2009; 1-68.
17. Gulbiniene J, Girdauskiene J. The knowledge and attitudes of nurses about care of ostomy patients. Health Sciences 2006; 4:292-299.
18. Hall A. Defining nursing knowledge. Nursing Times 2005; 101:48, 34–37.
19. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. Acta Derm Venereol 2012; 92(1):67-72.
20. Kirkevold M. Toward a practice theory of caring for patients with chronic skin disease. Sch Inq Nurs Pract 1993; 7(1):37-52.
21. Kyngäs H. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. J Clin Nurs 2003; 12(5):744-751.
22. Leung YY, Tam LS, Lee KW, Leung MH, Kun EW, Li EK. Involvement, satisfaction and unmet health care needs in patients with psoriatic arthritis. Rheumatology 2009; 48:53-56.
23. Liubarskiene ZV, Juodryte I, Jacobsen R. What kind of information do family physicians provide to their patients about possible side effects of contraceptive pills. Medicina (Kaunas) 2006; 42(4):340-345.
24. Mahramus TL, Penoyer DA, Sole ML, Wilson D, Chamberlain L, Warrington W. Clinical nurse specialist assessment of nurses' knowledge of heart failure. Clin Nurse Spec 2013; 27(4):198-204.
25. Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. J Contin Educ Nurs 2002; 33(3):112-118.
26. Milasauskiene Z, Zagurskiene D. Nurses' activity in patients' health education. Health Sciences 2003; 6:24.
27. Nursing's agenda for the future: A call to the nation. American Nurses Association, 2002. Retrieved the World Wide Web: http://ana.nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPoli-cyIssues/HealthSystemReform/What-ANA-is-Doing/AgendafortheFuture.aspx
28. Rasmussen GS, Maindal HT, Lomborg K. Self-management in daily life with psoriasis: an integrative review of patient needs for structured education. Nurs Res Pract 2012; 2012:890860.
29. Riddoch C. The benefits of switching to nurse-led management of patients with psoriasis. Prof Nurse 2005; 20 (5):38-40.
30. Smoker AL. The role of the practice nurse in the care of people with skin conditions. Br J Dermatol Nursing 1999; 3(2):5-7.
31. Tham SN, Tay YK. A questionnaire-based survey of patients' knowledge of psoriasis at the National Skin Centre. Ann Acad Med Singapore 1995; 24(3):415-420.
32. The Code of Ethics for Nurses (2006). International Council of Nurses. Retrieved the World Wide Web: http://www.icn.ch/
33. The Code of Ethics for Nurses. American Nurses Association, 2001. Retrieved the World Wide Web: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.pdf

34. The standard of Lithuanian medicine MS 28:2011. Gen- eral practice nurse. Rights, competence and responsibility. Vilnius: Lithuanian Ministry of Health; 2011.
35. van Onselen J. Dermatology care: the next role for pri- mary care nurses. Community Nurse 1998; 4(8):28-30.
36. Venables J. Knowledge needed to educate patients about psoriasis. Nurs Times 1994; 90 (23):32-35.
37. Visser A, Deccache A, Bensing J. Patient education in Europe: united differences. Patient Educ Couns 2001; 44(1):1-5.
38. Wahl AK, Moum T, Robinson HS, Langeland E, Larsen MH, Krogstad AL. Psoriasis Patients' Knowledge about the Disease and Treatments. Dermatol Res Pract 2013; 2013:921737.
39. Zagurskiene D, Miseviciene I. The comparision of patients' and nurses' attitudes to health education and nurses'participation in this process. Medicina (Kaunas) 2008; 44 (11):885-894.

SUMMARY

COMPETENCE IN TOPIC OF PSORIASIS AMONG NURSES IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

[1]Petraskiene R., [2]Valiukeviciene S., [1]Blazevicienė A., [3]Macijauskiene J.

[1]Lithuanian University of Health sciences, Medical acade- my, Faculty of nursing, department of nursing and care;
[2]Faculty of Medicine, department of skin and Venereal diseases;
[3]Faculty of nursing, department of Geriatrics, Kaunas, Lithuania

Nurses in their everyday work meet patients with various diseases (including chronic skin diseases), and play an important role in improving patients' quality of life. Nurses working in dermatology clinics frequently play leading roles in the care of patients with skin disorders. The aim of the study was to investigate the knowledge about the psoria- sis among nurses working in non-dermatological healthcare institutions. Across-sectional study in randomly selected 16 healthcare institutions of Kaunas city was conducted. The study included 505 nurses. A questionnaire to assess the knowledge was developed, containing 15 questions about signs of psoriasis. Based on the responses, the nurses' level of knowledge was evaluated in points. The respondents' age was 45.34±10.52 years, and the mean duration of their work experience was 23.2±11.42 years.

Conclusion: the nurses' level of knowledge depended on their education level and the frequency of contacts with psoriasis patients. Nurses working in non-dermatological healthcare institutions had insufficient knowledge about psoriasis, and expressed willingness to learn more.

Keywords: nurses, knowledge, psoriasis, patients' education.

SUMMARY

Introduction

Psoriasis is an autoimmune, chronic, reoccurring inflammatory skin disease characterized by not only the skin, nail damage, but also damage to the joints, as well as psychosocial and live quality changes [106, 119]. Psoriasis causes visible rash and flaky skin of the body, in addition to the scalp, and nail damage. From 6 to 39% of patients develop psoriatic arthritis, which causes patient disability [35, 148, 234, 237].

Various sources indicate that psoriasis affects about 2–4 % of the world's population [175]. In Lithuania, accurate psoriasis morbidity statistics is not known, because there is no disease registry, but it is believed that the number of patients can reach about 90–120 thousand. Most often it occurs before the age of 30, but it may affect also children and older people alike, and often both sexes [120, 162, 178].

Both patients and health care professionals are increasingly interested not only in how to reduce the symptoms, but also to improve health-related quality of life. Efforts are also made to draw public attention to patients with this disease, their quality of life, and social isolation. In implementing the European health policy "Health for everyone in the twenty-first century", and the health policy strategy set out in the National Health Concept and the Law on Health System, the study of life quality and its improvement methods are some of the most important objectives of the Lithuanian Health Programme [136, 137].

Methods of many research of the quality of life of psoriasis patients vary widely according to the number of subjects included in the studies, questionnaires on the quality of life in psoriasis patients, and the chosen rash assessment (severity) scale. Therefore, it is quite difficult to compare the results. In many countries, studies evaluating the health-related life quality of patients with psoriasis are carried out in assessing the condition before and after treatment, in clinical trials [15, 67, 191, 150, 218].

Based on the experience of other countries, a large contribution of nurses is observed in the care of psoriasis patients and continuity of nursing. A nurse is a person more close to the patient, able to adequately provide individual patient information, to get feedback, having a greater understanding of the patient's situation, compared to other health care personnel [29, 37, 199, 201]. According to our data, there are no studies that have assessed the knowledge of nurses about psoriasis.

Psoriasis is a common chronic disease, therefore, research of the changes in life quality of patients with this disease and identification of the role of nurse in its improvement are relevant and no less important than medical treatment in the planning of a full control of this disease.

Lack of information about health-related quality of life with psoriasis in Lithuania and the results of research in other countries led to plan and carry out the study of health-related quality of life of psoriasis patients employing four life quality assessment methodologies, and finding out the clinical, psycho-emotional impact of psoriasis on the quality of life, while assessing the knowledge of patients and nurses about psoriasis.

Aim and objectives

Aim of the study

To evaluate the factors affecting the life quality of patients with psoriasis.

Objectives of the study

1. To evaluate the socio-demographic and clinical factors affecting the life quality of patients with psoriasis.
2. To evaluate the psycho-emotional condition of patients with psoriasis
3. To evaluate the knowledge of patients with psoriasis about the disease and their approach to learning
4. To determine the role of a nurse in the improvement of life quality of psoriasis patients.

Hypotheses of the work

1. Clinical severity of psoriasis in men and women affects their quality of life: the more severe the clinical course of the disease, the poorer the quality of life.
2. Patients with psoriasis and nurses working in non-dermatological departments have poor knowledge about the disease, and this knowledge is insufficient for the correction of the quality of life.

Scientific novelty

This paper investigates the health-related quality of life and the emotional state of patients with psoriasis depending on the patient factors (gender, age, BMI, education, social group, marital status, addictions (smoking, alcohol consumption) and diseases (psoriasis duration, severity of the disease, psoriatic arthritis). The work analysed relationship between anxiety and depression with the factors of the patient (gender, age, BMI,

education, social group, marital status, addictions (smoking, alcohol consumption) and disease (duration of psoriasis, severity of the disease, psoriatic arthritis).

Methodology of many studies about the quality of life of patients with psoriasis vary widely depending on the number of subjects included in the studies, and quality of life questionnaires used for patients with psoriasis [31, 58, 62, 86, 114, 120, 154, 168, 170, 174, 183, 240, 257].

According to our data, there are no studies that have assessed the knowledge of nurses about psoriasis. This is the first dissertation in the Baltic countries, examining the health-related quality of life of patients with psoriasis using the DLQI, HAD, PDI, EQ-5D questionnaires, and evaluating the knowledge of nurses about the disease.

Practical implications of the work. The health-related quality of life of patients with psoriasis is evaluated by using both general and specific questionnaires adapted only for psoriasis. This scientific work in analysing the quality of life of patients with psoriasis was performed using the generic health status (EQ-5D) questionnaire and the hospital anxiety and depression scale (HAD), and specific questionnaires – Dermatology Life Quality Index (DLQI) and Psoriasis Disability Index (PDI). The study proved that the nurses of general practice working not at the dermatologic medical institutions encountering psoriasis patients lack knowledge about the care of these patients and they want to improve such knowledge. Therefore, it is necessary to ensure conditions for nurses for constant learning in order to provide comprehensive and full support for patients.

Based on the experience of foreign countries and the research results, the country's health care institutions should establish help centres for psoriasis patients, operating a telephone help line (for urgent and routine assistance), where patients can call and consult with the nurse on urgent issues. Health care institutions providing dermatological services should establish training groups of patients with psoriasis and their relatives where based on the educational program the patients and/or their family members can learn about the disease, its prevention, nutrition, correct use of local medications and get information about individual skin care issues. It would be useful to create patient support groups where sufferers can share experiences. The group leader in liaison with the nurses could also carry out the educational process, and provide emotional support for patients and family members, organize and conduct public campaigns about psoriasis and its non-contagiousness awareness.

The data of the quality of life could be used in planning and implementing the national programme of control and training of psoriasis patients and

complex knowledge of patients and medical personnel about the disease. The data obtained are also relevant for the development of health promotion, rehabilitation and social adaptation programs in psoriasis patients groups. Quality of life research help physicians and nursing staff to identify the relevant factors of the person and the disease which may seem insignificant at first glance. This can improve clinical decisions about psoriasis and planning of treatment recommendations.

The development of a training program for patients might be a start for a comprehensive patient care improving their quality of life and allowing to monitor the effects of treatment and disease dynamics. Communication with the patient, his/her family might improve spreading of additional information about social problems, nursing opportunities and living conditions at home, the patient's physical and psychological needs.

Based on the results of this study, it would be possible to carry out the training of patients, health care professionals and the public, and to plan further areas of research.

Results of this work can be useful for health care and public health professionals, for preparing the health policy and implementing the preventive health care and public education programs on psoriasis.

The research and evidence based practice makes possible to achieve the optimum care result, greater patient satisfaction with care and better quality of life.

Methodology of the study

The research was carried out in 2012–2015 with permit No. BE-2-38 of Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee (Annex 1) and permit No. 2R-4406 of the State Data Protection Inspectorate (Annex 2).

Samples of subjects (patients and nurses) were calculated in estimating the disease prevalence proportion with finite population, using the formula:

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1-p)}{(1-1/N) \times d^2 + (z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1-p))/N}$$

Where:

n – minimum sample size;

$z_{1-\alpha/2}$ – Gaussian distribution $(1-\alpha/2)$ consecutive quintile (when $\alpha = 0.05$, then $z_{(1-\alpha)/2} = 1.96$);

p – estimated prevalence (proportion from 0 to 1);

d – prevalence estimation error;

N – population size;

In this study, p = 0.5; d = 0.05.

Before the survey, the questionnaires were check in order to assess their quality and intelligibility. The pilot study was used to survey 20 patients with psoriasis and vague questions were corrected. 14 nurses were interviewed who responded to all questions in the questionnaire, and it was concluded that the questions are clear and understandable, therefore, the questionnaire is suitable for further course of the research.

The survey was conducted in accordance with the norms of professional ethics of sociological – medical research [132].

Research subjects

Patients with psoriasis

The study included men and women 18 years of age and older, suffering from psoriasis. Under the above formula it was estimated that at least 384 patients have to be included in the study. Patients with psoriasis who have consented to participate in the study were interviewed in hospital and in the outpatient clinic upon arrival to the dermatologist for consultation. Inpatient patients were interviewed in the wards on the first day of hospitalization, at the time free from procedures, and in the clinic – before or after the physician's consultation. All patients meeting the criteria, hospitalised and visiting the clinic, were invited to the study. All invited patients agreed to participate in the study. The cross-sectional study was carried out. The researcher (R. P.) conducted all study on her own. Patients were given questionnaires and they filled them. The researcher collected the completed questionnaires. 385 anonymous questionnaires were handed out, 385 respondents filled them up and returned (response rate – 100%).

General practice nurses

The study also included therapeutic profile nurses working in the Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos (LSMUL KK) and Kaunas city primary health care facilities. According to the above formula it was calculated that at least 443 nurses should be included in the study.

General practice nurses of therapeutic profile working in the Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno Klinikos (LSMUL KK). The therapeutic profile of the LSMUL KK consisted of 55 units, employing 952 nurses (979.9 full-time job). The study involved 32 therapeutic profile units, which employ 578 nurses (592.45 full-time job). According to the above formula it was calculated that 234 nurses employed in the therapeutic profile should be invited in the study. Since psoriasis patients are mainly

treated in the Skin and Venereal Diseases unit, presumably, nurses working there are well aware of the psoriasis disease, therefore, they were excluded from the study.

Nurses of general practice working in Kaunas city primary health care institutions. The list of Kaunas city primary health care institutions was obtained from the Kaunas territorial patients' web site: http://www.ktlk.lt/gyventojams/aspi/. The list included 43 primary health care facilities, employing 448 nurses. The study did not include 2 institutions, because one of them was providing dialysis services, and the second – palliative medical services. The study did not include institutions with fewer than 5 nurses. According to the above formula it was calculated that the study has to include 209 nurses. Before the survey the researcher (R. P.) explained the research objectives and benefits, the voluntary participation in the study and that the results will be analyzed confidentially, without disclosing the identity of subjects.

A total 549 questionnaires were distributed to nurses of general practice working in therapeutic units of the LSMUL KK and Kaunas city primary health care institutions, 505 questionnaires were returned (response rate – 92.0 %).

Research instruments

Patient questionnaire

In order to evaluate the quality of life of patients with psoriasis, their understanding of the disease, questionnaire was developed (Annex 5), which consisted of:

- general part – questions on general characteristics of subjects (patients) (gender, age, education, employment status, comorbidities, addictions), patient's medical history, patient's knowledge about the disease;
- special part – assessment of the quality of life which consisted of the questionnaires presented below.

Psoriasis Disability Index (PDI) is desigend to get information how the skin problems affected him/her over the last four weeks. This scale is intended for use for patients with psoriasis over 16 years of age and evaluates disability of patients with psoriasis and allows to estimate the impact of disease on daily life activities [4]. The PDI consists of 15 questions about daily activities, work, education, personal relationships, leisure, and treatment. Each question has 4 answer options ranging from 0 to 3 points. Overall PDI score is from 0 to 45 points. The higher the score, the

worse the quality of life is [230]. Permission to translate the PDI questionnaire to the Lithuanian language was received from the Department of Dermatology at the University of Cardiff, United Kingdom. The following stages were chosen for the PDI questionnaire translation and adaptation to the Lithuanian language: original translation (from English to Lithuanian); back translation (from Lithuanian into English); comparison of two English texts and adjustment to complete match. Upon receipt of final approval, the Lithuanian PDI was uploaded to the Questionnaire Database of Life Quality of Cardiff University Department of Dermatology [230].

Dermatology Life Quality Index (DLQI) is completed by the patient, checking the answers, about how the skin problem was affecting their daily activities in the last week. Physical, mental and social well-being of patients is evaluated. The DLQI consists of 10 questions about daily activities, work, education, personal relationships, and treatment. If the total score of the index is 0-1, the skin condition no effect at all on patient´s, 2-5 points – small effect on patient´s life, 6-10 – moderate effect on patient´s life, 11-20 – very large effect on patient´s life, 21-30 – extremely large effect on patient´s life [231]. The DLQI questionnaire is validated, and its original form of the National Psoriasis methodological recommendations was used [106, 231].

Health status questionnaire (Lithuanian version for Lithuania) EQ – 5D consists of 5 general human health assessment groups (patient movement, self-care, usual activities, pain, anxiety). Each group of questions has 3 answers: 1 – no difficulty, 2 – some difficulty, 3 – have serious difficulties. The EQ-5D includes a general health assessment scale: the patient marks a division corresponding to the subjective health (100% range) – 0 being the worst imaginable condition, and 100 – comparable to the best possible health. The EQ-5D questionnaire did not require validation because it's validation procedure was performed earlier [52].

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), in which the patient has to select his/her psycho-emotional well-being over the past week. The HAD scale consists of 14 statements, of which seven statements are designed to assess the anxiety and depressive symptoms. Each question has 4 response options (0-3 points), therefore, the possible values are 0-21 scores of both depression and anxiety: none (0-7 points), mild (8-10 points), moderate (11-14), severe anxiety or depression symptoms (≥ 15 points). The HAD scale was translated to the Lithuanian language in 1991 and is widely used [30].

Psoriasis Area and Severity Index (PASI) is completed by the investigator and helps to assess the severity of psoriasis [192, 210]. This index is calculated by assessing the severity of 4 main symptoms of psoriasis

(erythema, infiltration, scaling, damage) and the affected area of the skin. Symptom severity is measured on a scale from 0 (no symptoms) to 4 (very strong symptom). Damaged skin area as a percentage of the body area is measured from 0 to 6. The final PASI value can range from 0 to 72. With the PASI index to 10, psoriasis is considered as an easy condition, and in the case of PASI above 10 – moderate or severe [106, 178]

Respondents were **weighed and their height** measured. The BMI was calculated as recommended by the World Health Organization (WHO): low body weight when the BMI <18.5 kg/m^2, normal body weight – the BMI – 18.5-24.99 kg/m^2, overweight – the BMI from 25.0 to 29.99 kg/m^2, and obesity – BMI ≥ 30 kg/m^2 [246-249].

Questionnaire for nurses

In order to assess the opinion of nurses on teaching of the treatment of patients with psoriasis, their participation in this process, and assessment of their own knowledge of psoriasis, the anonymous questionnaire of two parts was prepared by the same researcher (Annex 8). As there is no standardized questionnaire to evaluate the knowledge of nurses about psoriasis, the survey questionnaire was based on the analysis of literature. The first part, "General", evaluates the socio-demographic data of respondents, sources of knowledge about the care of patients with psoriasis, and the intention to deepen such knowledge, opinion of nurses about learning more information about patients with psoriasis. The second part, "Evaluation of the knowledge of nurses about the psoriasis disease" contains a test of 15 questions, which consists of questions related to the recognition of psoriasis (psoriasis definition) as well as questions related to psoriasis risk factors. The questions were selected to assess the knowledge of nurses about the characteristic features of psoriasis, infectivity, heredity, hygiene during illness, nutrition, and influence of medications. Each question had three options of answers, one of which is correct. The answers of each respondent to the test questions were assessed in ten-point scale (10 – excellent, 9 – very good, 8 – good, 7 – sufficient, 6 – satisfactory, 5 – weak, 1-4 very weak).

Statistical analysis

The statistical data analysis was carried out with the *SPSS 20.0* software. Statistical relations and differences between the qualitative assessment of symptoms using the criterion χ^2. Since the distribution of quantitative variables did not meet the assumptions of a normal distribution, the

differences between the two independent groups were evaluated by applying Mann-Whitney nonparametric test. The relationship between the quantitative variables (DLQI, PASI, age, disease duration, PDI) was estimated by calculating the Spearman correlation coefficient. Logistic regression analysis was used to evaluate the relationship between the life quality of patients and factors, when the index of the quality of life DLQI was divided into 2 groups: DLQI≥10 and DLQI<10. The final model of binary logistic analysis included only the features that were statistically significant change for the quality of life according to DLQI, based on the results of the univariate analysis χ^2. Logistic regression analysis was also used for the assessment of depression and anxiety with socio-demographic factors. Differences and relationships are statistically significant at $p<0.05$ (statistical significance level – 5%).

To assess the internal consistency of the Psoriasis Disability Index (PDI), the Dermatology Life Quality Index (DLQI), the Clinical Anxiety and Depression (HAD) scale, the Cronbach's alpha coefficient was used. It evaluates whether all questions of the scale sufficiently reflect the research value, and allows to adjust the required number of questions on the scale. The internal consistency of the PDI questionnaire was high both in the general scale and individual subscales (above 0.75). Cronbach's alpha coefficient for the DLQI questionnaire was 0.906. The internal consistency of the HAD questionnaire in the general scale was 0.890; in the anxiety domain, it was 0.779, and in the depression domain – 0.868.

Coefficient values up to 0.60 indicate low homogeneity of the questionnaire, from 0.60 to 0.70 – satisfactory, from 0.70 to 0.90 – high homogeneity.

Results of the study

Socio-demographic and clinical factors of the respondents

Socio-demographic characteristics of the research subjects. The study involved 385 patients with psoriasis, of them almost 52% of men and 48% of women (Table 1).

The patient age ranged between 18 and 85 years. Most (26.2%) of the respondents were younger than 35 years of age. The majority (65.7%) of the respondents were married. Most (39.7%) of the respondents were employees working in offices, mental work (Table 1). The major part (69.4%) of the respondents amounted to the city residents. 76.1% of patients enrolled in the study were treated in hospital.

Table 1. *Socio-demographic characteristics of patients with psoriasis*

Variables	Absolute number (%)	p
Total number of patients	385	
Gender		
Females	186 (48.3)	0,508
Males	199 (51.7)	
Average age	46.88 (SD=15.828)	
Education		
Primary	3 (0.8)	
Incomplete secondary	24 (6.02)	<0,001
Secondary	127 (33.0)	
High	137 (35.6)	
Higher	94 (24.4)	
Marital status		
Married	253 (65.7)	
Single	66 (17.1)	<0,001
Divorced	37 (9.7)	
Widow	29 (7.5)	
Employment		
Agriculture, forestry	17 (4.4)	
Industry, construction	75 (19.5)	
Offices, mental work	153 (39.7)	
Studying/learning	24 (6.2)	<0,001
Housewife	16 (4.2)	
Retired	43 (11.2)	
Unemployed	19 (4.9)	
Disability	38 (9,9)	

SD – standard deviation, n – number of subjects, % – per cent, p – significance.

Disease-related characteristics of respondents. Duration of disease of psoriasis patients ranged from 0 to 63 years. By duration of disease, patients were divided into groups of 10 years (Table 2). The PASI index value was divided into two ranges: PASI score up to 10 (mild course of the disease), more than 10 points (medium and severe course of the disease). Mild value of course of psoriasis by PASI index was found in more than half of the patients (53.7%), medium and severe – 46.3% (Table 2).

One-third (33%) of patients had a normal weight, 32.2% were overweight, 32.5% – were obese. 22.3% of the subjects were physically active 2-3 times a week, 11.2% could not do it due to illness (Table 2). More than one-third of patients (35.7%) during the survey indicated that they were diagnosed with psoriatic arthritis (PA). 11.2% of the subjects felt strong inflammatory symptoms (pain, joint stiffness, swelling) in joints, 15.1% felt

Table 2. *Disease characteristics of psoriasis patients (n = 385)*

Variables	Absolute number (%)	p
Average duration of disease of psoriasis patients, years	17.03 (SD=14.07)	
Psoriasis duration in years		<0,001
≤ 10 years	173 (45.2)	
11–20 years	81 (21.5)	
21–30 years	66 (16.8)	
31–40 years	44 (11.3)	
41–50 years	12 (3.1)	
≥ 51 years	9 (2.1)	
Severity of disease according to PASI (scores)		0,203
≤ 10 (mild)	202 (53.7)	
> 10 (moderate and severe)	174 (46.3)	
PsoPsoriatic arthritis		<0,001
None	241 (64.6)	
Yes	132 (35.4)	
Height average, cm	172.47 (SD=9.84)	
Weight average, kg	83.32 (SD=18.56)	
Body mass index		<0,001
< 18.5	9 (2.3)	
18.5–24.9	127 (33.0)	
25–29.9	124 (32.3)	
≥ 30	125 (32.5)	
Exercising (sports, joggling, riding a bike, gardening etc.) for at least 30 min. to accelerate breathing and sweating		<0,001
Every day	61 (15.8)	
4–6 times/week	32 (8.3)	
2–3 times/week	87 (22.6)	
Once a week	47 (12.2)	
2–3 times per month	46 (11.9)	
Several times a year or less	66 (17.1)	
Unable to exercise because of illness or disability	43 (11.2)	

SD – standard deviation, n – number of subjects, % – per cent,
PASI –Psoriasis Area and Severity Index, p – significance.

moderate inflammatory symptoms, 7.3% – very strong symptoms. More than one third of the subjects (39%) reported that their skin was moderately affected by psoriasis, 31.4% – affected strongly, 19.2% – very severely, 9.4% of the subjects expressed that psoriasis has only a small effect on the skin. According to the survey, more than half (54.1%) of patients with psoriasis claimed to have nail lesions (average duration – 4.89 (SD=8.071)). 13.2% stated that the nail lesions caused by psoriasis is a reason of many

physical problems during routine work, 30.3% of respondents felt uneasy because of their appearance, 15.4% stated that it has an impact on their public or working activities.

Risk factors of respondents associated with psoriasis. The incidence of psoriasis is higher among smokers [25, 158, 160, 164], there are more smokers among psoriasis patients compared to healthy persons [13]. During the survey 23.9% of the subjects indicated that they were smoking on a daily basis, 25.7% – did not smoke at all. Consumption of alcoholic beverages is common among patients with psoriasis [187, 189]. 43.4% of subjects consumed any alcoholic drinks a few times a month, 17.1% of the subjects used them 2-3 times a month. Nutrition in Lithuania, like in many other European countries, is conducive to the emergence of chronic diseases, it is therefore necessary to change it, educating and encouraging the public to develop healthy and proper eating habits [73, 134]. 75.8% of the subjects had breakfast on a daily basis, 24.2% – did not eat breakfast. When preparing food 86.2% of subjects most commonly used oil, 66.3% of subjects noted they add salt to food. The subjects stated they eat an average of 3.6, SD=3.57), eggs (boiled or fried) per week, drink 0-8 cups of coffee per day, an average of 1.6 (SD=1.25), 0-10 cups of tea, average 1.7 (SD=1.30). They were using an average of 1.02 (SD=0.837) teaspoons of sugar per one cup of coffee), on average 0.98 of sugar per one tea cup (SD=0.895) (Table 3).

Table 3. *Characteristics of psoriasis patients in terms of addictions and nutrition*

Variables	**Absolute number, n (%)**	p
Smokers		
Every day	92 (23.9)	
Occasionally	51 (13.25)	<0,001
Do not smoke	99 (25.71)	
Not answered	143 (37.14)	
Alcohol drinking		
Every day	3 (0.78)	
2–3 times per week	8 (2.08)	
Once a week	15 (3.89)	<0,001
2–3 times per month.	66 (17.14)	
Several times a month	167 (43.38)	
Never	126 (32.73)	
Have breakfast		
Yes	292 (75.8)	<0,001
No	93 (24.2)	

n – number of subjects, % – per cent, p – significance.

Life quality assessment of patients with psoriasis

Psoriasis Life Quality Index (DLQI) of respondents ranged from 0 to 30 points (average – 13.63; SD=8.25), disease severity index (PASI) ranged from 0 to 38.9 (average – 10.71; SD=6.74), Psoriasis Disability Index (PDI) ranged from 0 to 40 points (average – 17.19; SD=8.653). Psoriasis PASI score was lower among the investigated women than men, but the quality of life change according to DLQI and PDI was higher among women than men (Table 4)

Table 4. *Age, duration of disease, psoriasis severity and quality of life indicators of research subjects by gender (n=385)*

	Total (M, SD)	**Females (M, SD)**	**Males (M, SD)**	**p**
Age (years)	46.88 (15.83)	48.79 (16.49)	45.11 (15.00)	0.017
Disease duration (years)	17.03 (14.07)	17 (15.62)	17.06 (12.49)	0.266
PASI index (scores)	10.71 (6.74)	8.98 (6.18)	12.32 (6.85)	< 0.001
DLQI index (scores)	13.63 (8.25)	14.99 (8.23)	12.36 (8.08)	0.002
PDI index (scores)	17.25 (0.66)	18.25 (0.64)	16.20 (0.6)	0.027

M – mean, SD – standard deviation, p – significance, PASI – Psoriasis Area and Severity Index, DLQI – Dermatology Life Quality Index, PDI – Psoriasis Disability Index.

The analysis of individual groups by age, disease duration, PASI and DLQI statement assessment revealed that the severity of disease and quality of life index were statistically significantly depended on gender, respectively ($p<0.001$ and $p=0.002$). Duration of disease among men and women was similar ($p=0.266$). No statistically significant relationship was found between age and gender ($p=0.017$). A statistically significant positive correlation was found between the PASI and DLQI ($r=0.225$), PASI and disease duration ($r=0.276$), age and disease duration ($r=0.371$), but there was no statistically significant relationship between age and PASI and DLQI, DLQI and disease duration (Table 5).

Table 5. *Analysis of relation between the severity of disease, quality of life, age, disease duration*

	DLQI	**Age**	**Duration of disease**
PASI	r = 0.225, p < 0.001	r = –0.020, p = 0.698	r = 0.276, p < 0.001
DLQI	1	r = –0.002, p = 0.975	r = 0.031, p = 0.539
Age	r = -0,002, p = 0,975	1	r = 0.371, p < 0.001

r – correlation coefficient, p – significance,
PASI – Psoriasis Area and Severity Index, DLQI – Dermatology Life Quality Index.

Mabuchi et al. [141] found that the severity of psoriasis by the PASI scale is significant to the change in the quality of life according to DLQI. Cakmur H and Dervis E found a significant positive relationship between the disease duration and severity of psoriasis by the PASI scale [31]. In our study, the quality of life of subjects was related with the features of psoriasis, evaluated by PASI (p=0.001). More than half of patients with moderate to severe psoriasis (PASI>10 points) had high and very high change in the quality of life. However, as many as 36.1 per cent of patients with mild course of disease (PASI<10 points) had high change in the quality of life (Table 7). High and very high change in the quality of life was observed according to the DLQI index in almost two-thirds (69.7%) of patients who had psoriatic arthritis (PA), respectively, and for healthy patients the PA was 55.2%, respectively (p>0.05). Other studies indicate that psoriatic arthritis also affects the health condition of psoriasis patients and worsen the quality of life [27, 77, 103, 202].

More than half of the patients with nail lesions had high or very high quality of life impairment. AlShahwan MA [9] investigating the psycho-emotional state of dermatological patients found that 29% of patients experienced anxiety, 14% of patients depression. According to the survey, two-thirds of patients with psoriasis said that psoriasis-induced anxiety or depression related with this disease had significant and very significant impact on the quality of life.

Logistic regression analysis (Table 6) showed that high and very high change of the quality of life (DLQI>10 points) is 1.8 times more likely in women than in men and 2.7 times more likely in patients with moderate or severe (PASI>10) than the mild course of the disease, about two times more likely in those who have psoriasis-induced nail damage than without it, as well as patients linking anxiety or depressive state with this disease than in subjects without these disorders.

Table 6. *The impact of the factors resulting in high or very high life quality impairment**

Variables	n	OR	95% CI	p
Sex				
Females	176	1.8	1.11-3.04	0.017
Males	192	1		
PASI (points)				
>10	177	2.7	1.63-4.25	< 0.001
≤10	191	1		
Nail lesions				
Present	202	1.9	1.16-2.98	0.010
Absent	166	1		
Anxiety				
Present	136	2.0	1.16-3.44	0.013
Absent	232	1		
Depression				
Present	84	2.0	1.03-3.77	0.041
Absent	284	1		

n – Number of subjects (n=368) with excluded missing data; OR – odds ratio;
95% CI – confidence interval; p – level of significance.
*Adjusted by other variables in the Table and age, marital status, body mass index, duration of psoriasis, diagnosed psoriatic arthritis, and treatment (inpatient/outpatient). The variables were included in the multivariate logistic regression analysis if p was less than 0.1 in the univariate analysis.

The results of the study confirmed the hypothesis that clinical severity of psoriasis in men and women affected their quality of life: the more severe the clinical course of the disease, the poorer the quality of life.

Table 7. *The distribution of the quality of life of patients with psoriasis depending on socio-demographic, physical and psychological factors (n = 376)*

Variables		Dermatology Life Quality Index (DLQI)						
		n (%)	No effect at all (0-1 points) n (%)	Small effect (2-5 points) n (%)	Moderate effect (6-10 points) n (%)	Very large effect (11-20 points) n (%)	Extremely effect (21-30 points) n (%)	p
1		2	3	4	5	6	7	8
Socio-demographic factors								
Place of residence	City / town	261 (69.4)	9 (3.4)	50 (19.2)	48 (18.4)	102 (39.1)	52 (19.9)	
	Village	115 (30.6)	3 (2.6)	15 (13)	25 (21.7)	45 (39.1)	27 (23.5)	0.584
Gender	Females	179 (47.6)	4 (2.2)	22 (12.3)	34 (19)	76 (42.3)	43 (24.3)	
	Males	197 (52.4)	8 (4.1)	43 (21.8)	39 (19.8)	71 (36)	36 (18.3)	0.078
Age (years)	< 35	101 (26.9)	3 (3)	17 (16.8)	18 (17.8)	49 (48.5)	14 (13.9)	
	35-44	55 (14.7)	1 (1.8)	12 (21.8)	14 (25.5)	15 (27.3)	13 (23.6)	0.301
	45-54	85 (22.7)	4 (4.7)	12 (14.1)	11 (12.9)	34 (40)	24 (28.2)	
	55-64	79 (21.1)	3 (3.8)	12 (15.2)	15 (19)	31 (39.2)	18 (22.8)	
	≥65	55 (14.6)	1 (1.8)	12 (21.8)	14 (25.5)	18 (32.7)	10 (18.2)	
Education	Primary, incomplete secondary	26 (6.9)	0 (0)	8 (30.8)	5 (19.2)	7 (26.9)	6 (23.1)	
	Secondary	123 (32.7)	5 (4.1)	16 (13)	23 (18.7)	51 (41.5)	28 (22.8)	0.453
	High	133 (35.4)	5 (3.8)	25 (18.8)	24 (18)	47 (35.3)	32 (24.1)	
	Higher	94 (25)	2 (2.1)	16 (17)	21 (22.3)	42 (44.7)	13 (13.8)	

Table 7 continue

1		2	3	4	5	6	7	8
Features of disease (physical factors)								
Disease duration (years)	≤10	170 (45.2)	3 (1.8)	27 (15.9)	43 (25.3)	65 (38.2)	32 (18.8)	0.071
	11-20	81 (21.5)	3 (3.7)	15 (18.5)	9 (11.1)	41 (50.6)	13 (16)	
	21-30	63 (16.8)	4 (6.3)	9 (14.3)	9 (14.3)	22 (34.9)	19 (30.2)	
	>30	62 (16.5)	2 (3.2)	14 (22.6)	12 (19.4)	19 (30.6)	15 (24.2)	
Severity of disease according to PASI (scores)	≤ 10 (mild)	202 (53.7)	7 (3.5)	40 (19.8)	52 (25.7)	73 (36.1)	30 (14.9)	0.001
	> 10 (moderate and severe)	174 (46.3)	5 (2.9)	25 (14.4)	21 (12.1)	74 (42.5)	49 (28.2)	
Psoriatic arthritis	None	241 (64.6)	6 (2.5)	50 (20.7)	52 (21.6)	95 (39.4)	38 (15.8)	0.002
	Yes	132 (35.4)	6 (4.5)	15 (11.4)	19 (14.4)	51 (38.6)	41 (31.1)	
Nail damage	None	166 (45.9)	4 (2.4)	34 (20.5)	44 (26.5)	62 (37.3)	22 (13.3)	0.001
	Yes	196 (54.1)	8 (4.1)	27 (13.8)	29 (14.8)	76 (38.8)	56 (28.6)	
Treatment	Inpatient	284 (76.1)	10 (3.5)	46 (16.2)	47 (16.5)	111 (39.1)	70 (24.6)	0.009
	Outpatient	92 (23.9)	2 (2.2)	19 (20.7)	26 (28.3)	36 (39.1)	9 (9.8)	
Systemic treatment	No	279 (75.4)	7 (2.5)	51 (18.3)	58 (20.8)	106 (38)	57 (20.4)	0.683
	Yes	91 (24.6)	4 (4.4)	14 (15.4)	15 (16.5)	36 (39.6)	22 (24.2)	
Psychological factors								
Anxiety	None	238 (63.3)	9 (3.8)	54 (22.7)	54 (22.7)	94 (39.5)	27 (11.3)	**p < 0.001**
	Yes	138 (36.7)	3 (2.2)	11 (8.0)	19 (13.8)	53 (38.4)	52 (37.7)	
Depression	None	291 (77.4)	10 (3.4)	60 (20.6)	62 (21.3)	116 (39.9)	43 (14.8)	
	Yes	85 (22.6)	2 (2.4)	5 (5.9)	11 (12.9)	31 (36.5)	36 (42.4)	

n – number of subjects; p – significance, PASI – Psoriasis Area and Severity Index.

Assessment of health condition, disability and disease severity of patients with psoriasis

In assessing the health condition the responses of patients were grouped into five categories and assessed at three levels – no disorders, minor disorders, significant disorders. Answers of the study respondents to separate EQ-5D dimensions are presented in Table 8.

Table 8. *Distribution of the answers of respondents according to separate EQ-5D dimensions*

EQ-5D dimensions		No impairment	Minor impairment	Significant impairment
Mobility	n	271	114	0
	%	70.4	29.6	0
Self-care	n	240	144	1
	%	62.3	37.4	0.5
Usual activity	n	175	201	9
	%	45.5	52.2	2.3
Pain/Discomfort	n	141	212	32
	%	36.6	55.1	8.3
Anxiety/Depression	n	125	215	45
	%	32.5	55.8	11.7

n – number of subjects, % – percent.

The evaluation of health status of patients with psoriasis (EQ-5D questionnaire) showed that patients had most health problems due to anxiety/depression (67.5%) and due to pain/discomfort unwell (63.4%). Similar findings have been made also by other researchers [41, 154]. Studies found minor and significant impairement in the same groups as in our study. Health condition of respondents influenced the quality of life in different ways.

Mobility caused minor impairment to respondents, it was also dependent on gender ($p=0.003$), age, education, BMI, type of work and social situation, developed psoriatic arthritis, applied treatments (inpatient/outpatient) ($p<0.001$).

Self-care (washing, shower and dressing) was influenced by the age of respondents, ($p<0.001$), marital status ($p=0.002$), psoriatic arthritis ($p<0.001$). In the age group of 65-74, 48.9% of respondents had minor impairment in self-care and 10% of patients older than 75 years ($p<0.001$). 29.5% of respondents diagnosed with psoriatic arthritis reported having minor and 0.4% – major impairment in self-care ($p<0.001$).

Usual activities (work, study, housework, family or leisure activities) was influenced by age, psoriatic arthritis, nail lesions ($p<0.001$), marital status ($p=0.005$). 4.9% of patients in the age group of 55-64 and 20% of those over 75 years old reported having serious impairment in usual activities ($p<0.001$). 10.3% of widows had significant impairment in the course of usual activities ($p=0.005$). 3.6% of respondents with psoriatic arthritis had significant impairment in usual activities ($p<0.001$).

Respondents' well-being, *pain* was influenced by age, marital status, psoriatic arthritis, nail damage, treatments (inpatient/outpatient) ($p<0.0001$), BMI ($p=0.001$), work/social status ($p=0.002$). 71.1% of respondents in the age group of 65-74 years had minor impairment due to pain, while 16.9% in the 45-54 years of age group and 20% of respondents of more than 75 years reported having significant impairment due to discomfort, pain ($p<0.001$). 18.1% of respondents with psoriatic arthritis had significant impairment due to pain ($p<0.001$). 15.2% of respondents who were obese, have stated about significant impairment due to pain ($p=0.001$).

In assessing the health condition, it was found that respondents were *depressed or anxious* about their health condition. This was influenced by gender ($p<0.001$), developed psoriatic arthritis ($p=0.003$).

EQ-5D visual (VAS) scale. EQ VAS scale average was 58.00 (SD=21.47). More details on the main trends of the EQ visual (VAS) scale assessment by gender (Table 9) and in individual age groups (Table 10) (averages, standard deviation). Men indicated slightly higher score for their health status in psoriasis, women rated their health worse as compared to men (Table 9).

Table 9. *Main trends of health condition perceived by respondents in terms of gender*

EQ VAS	Males n= 199	Females n= 186
Average	60.93	54.87
SD	22.25	20.21
Median	60	50
25th percentile	50	40
75th percentile	80	70

EQ VAS – visual (VAS) scale, n – number of subjects, SD – standard deviation.

In terms of age groups, respondents in the age group of 55-64 rated their health condition worse, and younger persons in the age group of up to 35 years rated the health condition best (Table 8.10).

Table 10. *Main trends of the EQ visual (VAS) scale in different age groups of subjects*

EQ VAS	Age groups					
	<35 years n= 101	**35-44 years n= 57**	**45-54 years n= 89**	**55-64 years n= 82**	**65-74 years n= 45**	**≥ 75 years n= 10**
Average	64.95	58.33	55.06	54.82	54.89	55
SD	21.96	21.64	22.62	18.68	19.38	23.69
Median	70	60	50	50	50	50
25th percentile	50	40	40	40	40	30
75th percentile	80	77.5	70	66.25	70	75

n – number of subjects, SD – standard deviation, EQ VAS – visual (VAS) scale.

In assessing the disability of psoriasis by the PDI questionnaire data, for more than half (53.2%) of respondents daily activities caused a lot of problems in the quality of life, 19.5% of respondents – a lot of problems (Table 11). For 39.7% of respondents psoriasis has caused a lot of problems in planning their leisure, 27.8% of respondents had a lot of trouble related to work or education.

According to the survey, statistically significant positive correlation was found between the severity of the disease (PASI) and the psoriasis disability index (PDI) ($p<0.001$).

Table 11. *Distribution of answers by individual disability dimensions of psoriasis*

PDI dimensions		Very much	A lot	A little	Not at all	p
Daily activities	n	75	205	102	3	0.005
	%	19.5	53.2	26.5	0.8	
Work or school	n	31	107	174	73	0.006
	%t	8.1	27.8	45.2	19	
Personal relationships	n	35	81	136	132	0.245
	%	9.1	21.1	35.4	34.4	
Leisure	n	29	153	162	41	0.528
	%	7.5	39.7	42.1	10.6	
Treatment	n	3	14	82	286	0.865
	%	0.8	3.6	21.3	74.3	

n – number of subjects, p – significance, % – per cent, PDI – Psoriasis Disability Index.

Mild course of psoriasis by PASI index value (PASI≤10) was found in more than half of the patients (53.7%), moderate and severe (PASI>10) – in 46.3%; the quality of life index, which reflects the disability of patients with psoriasis (PDI), evaluated by PASI, was depended on daily activities (p=0.001), personal relationship (p=0.002) and leisure (p<0.001) (Table 12). Similarly, our findings coincided with the findings of the research of Rakhesh SV, Aghaei S research [4, 192]. Also, our findings coincided with the research findings of Finlay, Aschoft, Gelfand, but these investigators did not find a statistically significant positive association in the professional (work/education) group [14, 57, 68].

Table 12. *Correlation coefficient between the Psoriasis Disability Index (PDI total) and psoriasis severity (PASI)*

	Disease severity (PASI)	
	r	**p**
PDI total	0.245	< 0.001
Daily activities	0.211	< 0.001
Work or school	0.140	0.006
Personal relationships	0.156	0.002
Leisure	0.275	< 0.001
Treatment	0.017	0.744

r – correlation coefficient, p – significance, PASI – Psoriasis Area and Severity Index, PDI – Psoriasis Disability Index.

Distribution of the quality of life indicators according to the psoriasis disability index (PDI) and disease severity (PASI) is presented in Table 13.

Table 13. *Distribution of Psoriasis Disability Index (PDI) in the two-dimensional severity groups of disease*

PDI dimensions	**PASI≤10, n=205 (M±SD)**	**PASI>10, n=180 (M±SD)**	**p**
Daily activities	7.08±3.231	8.24±3.193	< 0.001
Work or school	2.65±2.304	3.24±2.426	0.010
Personal relationships	1.61±1.783	2.15±1.854	0.002
Leisure	3.77±2.605	5.17±2.905	< 0.001
Treatment	0.28±0.584	0.34±0.571	0.189
Total PDI	15.42±8.271	19.21±8.661	< 0.001

n – number of subjects, M – mean, SD – standard deviation, p – significance, PASI – Psoriasis Area and Severity Index, PDI – Psoriasis Disability Index.

In terms of the Psoriasis Disability Index, over two-thirds (78%) of patients with moderate to severe psoriasis (PASI>10) had impaired daily activities, for 42.2% of patients the disease negatively affected their work or education, 58.3% – recreation planning. However, as many as 52.7% of patients whose disease course was mild (PASI≤10), had a lot of problems in daily activities (Table 14).

Table 14. *Distribution of Psoriasis Disability (PDI) in different groups and severity of the disease*

PDI dimensions	PASI		
	PASI≤10 n (%)	PASI>10 n (%)	p
Daily activities			
Not at all	3 (1.5)	0	0.019
A little	63 (30.7)	39 (21.7)	
A lot	108 (52.7)	97 (53.9)	
Very much	31 (15.12)	44 (24.4)	
Work or school			
Not at all	41 (20)	32 (17.8)	0.098
A little	102 (49.8)	72 (40)	
A lot	47 (28.9)	60 (33.3)	
Very much	15 (7.3)	16 (8.9)	
Personal relationships			
Not at all	80 (39.2)	52 (28.9)	0.004
A little	78 (38.2)	58 (32.2)	
A lot	30 (14.7)	51 (28.3)	
Very much	16 (7.58)	19 (10.6)	
Leisure			
Not at all	27 (13.2)	14 (7.8)	< 0.001
A little	101 (49.3)	61 (33.9)	
A lot	68 (33.2)	85 (47.2)	
Very much	9 (4.4)	20 (11.1)	
Treatment			
Not at all	158 (77.1)	128 (71.12)	0.117
A Little	39 (19)	43 (23.9)	
A lot	5 (2.4)	9 (5)	
Very much	3 (1.5)	0	

p – significance, n – number of subjects, % – per cent,
PASI – Psoriasis Area and Severity Index, PDI – Psoriasis Disability Index.

Assessment of patient psycho-emotional condition

Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis is presented in article Medicina. Amsterdam: Elsevier. The Page 98 of the dissertation, Petraš-kienė R et al. Medicina Amsterdam: Elsevier.

Patient's awareness about the disease and the approach to learning

Almost half (44.4%) of test subjects rated their knowledge about the disease as satisfactory, 29.6% indicated they lack knowledge, 19.7% said they are well aware of their disease, 2.9% – know everything, and 2.9% of the subjects do not know anything about the disease. More than half (57.4%) of the subjects got sufficient information about psoriasis in health care institutions, 33.5% – information received in part, by 9.1% – did not receive enough information. Most subjects (70.1%) learned about their disease from the physician, 48.1% – from the Internet, 15.6% – in the press, by 10.9% – from television or radio broadcasts, 9.1% knew about their disease from a nurse. Sufficient information about psoriasis treatments, methods was received by 47.3% of the subjects, of side effects of psoriasis medications – 24.7%, of tests required before prescribing a course of treatment – 41.6%, of phototherapy treatment, its side effects, counter indications – 34% of the subjects. More than half (63.9%) of subjects said that before going home they received enough information about skin care, 27.8% of the subjects – received in part, 7.5% – did not receive sufficient information. To 21.6% of the subjects of information about medicines that were administered in the treatment of psoriasis, was explained in a complicated way, half of the patients (52.2%) – understood the information, 26% of the subjects do not know whether the information was explained in a complicated way.

The majority of subjects (79.2%) would like a nurse to provide additional information about nutrition, physical activity, addictions, stress, skin care features, 9.1% did not want such information. 73.8% of the subjects were of the opinion that training of patients with psoriasis could help them feel safer in the society, 20% of the subjects – did not know that, 9.1% of the subjects did not consider that it would be safer.

The study aimed to rate the level of patient knowledge about key aspects of psoriasis. The results of research showed that most of the patients knew the key aspects of their disease (Table 15).

Table 15. *Results of the assessment of respondents' knowledge about psoriasis*

Item No	Question	Patient's response (n = 385)	
		Correct n (%)	False n (%)
1.	Do you need to follow certain dietary rules when you have psoriasis	317 (82.3)	68 (17.7)
2.	Does stress and nervous tension affect patients with psoriasis	362 (94)	23 (6)
3.	Can others get infected from a person sick with psoriasis	338 (87.8)	47 (12.2)
4.	Does alcohol cause significant damage to the course of disease	310 (80.5)	75 (19.5)
5.	Does physical activity is an important tool in patients with psoriatic arthritis	203 (52.7)	182 (47.3)

n – number of subjects, % – per cent.

Assessment of knowledge of nurses about psoriasis

Knowledge of nurses dealing with psoriasis patients at work, and willingness to learn more was described in the article of the magazine *Georgian Med News* (Page 117 of the dissertation, Petraskiene R et al. Georgian Med News).

The results of the study confirmed the hypothesis patients with psoriasis and nurses working in non-dermatological departments had poor knowledge about the disease, and that knowledge was insufficient for the correction of the quality of life.

Conclusions

1. More than half (60.1%) of patients with psoriasis, women more often than men, regardless of the severity of the disease, were found to have a significant or very significant change in the quality of life. The quality of life often is deteriorated to persons suffering from psoriatic arthritis, having nail lesions, anxiety or depression caused by psoriasis.
2. Patients with psoriasis – especially women and older people (over 55 years of age) – experienced anxiety and symptoms of depression. In this context, patient education about the disease, avoidance of addictions can improve the management of psychological problems of patients with psoriasis.

3. A higher proportion of patients are aware of the key aspects of the disease, their knowledge is considered satisfactory. The majority of patients believe that learning is important in order to feel safer society for the patient and wanted a nurse to provide additional information about the disease.
4. The level of knowledge of nurses depends on their education and how often the nurse is taking care of patients with psoriasis. Nurses working not in the dermatological profile health care facilities do not have enough knowledge about psoriasis and expressed a desire to learn more.

Practical recommendations

1. The results show that it is relevant to perform life quality studies exploring the mental health of patients in the field of dermatology. Such training of patients and their relatives, enhancement of their psychological health and optimal disease control is an important part of the management of psoriasis.
2. It would be possible to develop the strategies of nursing care, psychological and social support and assistance. For psychosocial problem solving it is appropriate to create a program focusing on patient care, based on stress reduction, individual or group therapy, music therapy, support groups.
3. In preparing psoriasis programs, it is appropriate to take into account the influence of age, gender, social factors, disease duration, disease severity, diet, addictions (smoking, alcohol consumption) on the quality of life and emotional state.
4. It is recommended for nurses caring for patients with psoriasis, to convey the latest health information for patients in the language understandable to them, or using other health promotion measures. It is important to take into account the patient's expectations, needs and preferences. Therefore, information must be understandable, useful and motivating the patient.

PRIEDAI

1 priedas

KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

LSMUL KK, Fiziologijos ir farmakologijos institutas (Klinikinės farmakologijos padalinys), Eivenių g.2, LT-50009 Kaunas, tel. (+370) 37 32 68 89;el.paštas: aurelija.noreikaitė@lsmuni.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2012-10-09 Nr. BE-2-38

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: **"Žvyneline sergančiųjų pacientų gyvenimo kokybę įtakojantys sociodemografiniai ir klinikiniai veiksniai, žinios apie ligą bei jų gerinimo būdai"**	
Protokolo Nr.:	**1**
Data:	**2012-08-01**
Versija:	**1**
Pagrindinis tyrėjas:	**Prof. Jūratė Macijauskienė** **Prof. Skaidra Valiukevičienė**
Biomedicininio tyrimo vieta: Įstaigos pavadinimas: Adresas:	**VšĮ LSMUL Kauno klinikos** **Odos ir venerinių ligų klinika** **Eivenių g.2, LT- 50009 Kaunas, Lietuva**

Išvada:

Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto posėdžio, įvykusio **2012 m. spalio 2 d.** (protokolo Nr. 100/2012) sprendimu pritarta biomedicininio tyrimo vykdymui.

Mokslinio eksperimento vykdytojai įsipareigoja: (1) nedelsiant informuoti Kauno Regioninį biomedicininių Tyrimų Etikos komitetą apie visus nenumatytus atvejus, susijusius su studijos vykdymu, (2) iki sausio 15 dienos – pateikti metinį studijos vykdymo apibendrinimą bei, (3) per mėnesį po studijos užbaigimo, pateikti galutinį pranešimą apie eksperimentą.

Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto nariai			
Nr.	Vardas, Pavardė	Veiklos sritis	Dalyvavo posėdyje
1.	Doc. Romaldas Mačiulaitis	klinikinė farmakologija	taip
2.	Prof. Edgaras Stankevičius	fiziologija	taip
3.	Dr.Eimantas Peičius	filosofija	taip
4.	Dr. Ramunė Kasperavičienė	kalbotyra	taip
5.	Med. dr. Jonas Andriuškevičius	chirurgija	taip
6.	Agnė Krušinskaitė	teisė	taip
7.	Doc. dr. Skaidrius Miliauskas	pulmunologija	taip
8.	Med. dr. Rokas Bagdonas	chirurgija	ne
9.	Eglė Vaižgelienė	Visuomenės sveikata	taip

Kauno regioninis biomedicininių tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininių tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Pirmininkas Romaldas Mačiulaitis

SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS * LIETUVOS
KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

2 priedas

VALSTYBINĖ DUOMENŲ APSAUGOS INSPEKCIJA

Lietuvos sveikatos mokslų universitetui
A.Mickevičiaus g. 9, LT-44307 Kaunas

(registruotu laišku ir el. paštu renata.petrauskiene@kaunoklinikos.lt)

SPRENDIMAS
DĖL LEIDIMO LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETUI ATLIKTI ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO VEIKSMUS

2012 m. gruodžio 3 d. Nr. 2R- 1106 (2.6.1)
Vilnius

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, išnagrinėjusi Lietuvos sveikatos mokslų universiteto 2012 m. spalio 16 d. Pranešimą dėl išankstinės patikros Nr. 1 ir Duomenų apsaugos priemonių aprašą Nr. 2 (Inspekcijoje gauta 2012-10-22, reg. Nr. 1R-4148) (toliau – Pranešimas), bei raštuose „Dėl išankstinės patikros“ (Inspekcijoje gauta 2012-11-15, reg. Nr. 1R-4519 ir 2012-11-28, reg. Nr. 1R-4713) pateiktus Pranešimo patikslinimus dėl asmens duomenų tvarkymo biomedicininio tyrimo „Žvyneline sergančiųjų pacientų gyvenimo kokybę įtakojantys sociodemografiniai ir klinikiniai veiksniai, žinios apie ligą bei jų gerinimo būdai“ tikslu,

n u s t a t ė,

kad Pranešime ir jo patikslinimuose nurodyti asmens duomenų tvarkymo veiksmai atitinka Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme (Žin., 1996, Nr. 63-1497; 2008, Nr. 22-804; 2011, Nr. 65-3046) nustatytus asmens duomenų tvarkymo ir duomenų subjektų teisių įgyvendinimo reikalavimus, bei numatytos tinkamos organizacinės ir techninės duomenų saugumo priemonės.

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 33 straipsniu, Išankstinės patikros atlikimo taisyklių, patvirtintų Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2006 m. vasario 2 d. įsakymu Nr.1T-6 (Žin., 2006, Nr. 18-653; 2009, Nr. 11-447) 11 ir 18.1 punktais,

n u s p r e n d ž i a

Lietuvos sveikatos mokslų universitetui išduoti leidimą atlikti Pranešime ir jo patikslinimuose nurodytų asmens duomenų tvarkymo mokslinio medicininio tyrimo: ***„Žvyneline sergančiųjų pacientų gyvenimo kokybę įtakojantys sociodemografiniai ir klinikiniai veiksniai, žinios apie ligą bei jų gerinimo būdai“*** tikslu, veiksmus.

Direktorius dr. Algirdas Kunčinas

A. Krisenel, tel. (8 5) 219 7276, el. p. aurelija.krisenel@ada.lt
G. Bakšys, tel. (8 5) 219 7267, el. p. gediminas.baksys@ada.lt

3 priedas

ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Šios asmens informavimo formos paskirtis yra suteikti Jums visą pagrindinę informaciją apie tyrimą, kuriame dalyvausite, jei sutiksite, taip pat informuoti apie naudą, galimus nepatogumus tyrimo metu ir kitą svarbią informaciją. Jei nuspręsite dalyvauti, paprašysime Jūsų pasirašyti sutikimo formą.

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Slaugos ir rūpybos katedra vykdo tyrimą „Sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybė, jai įtakos turintys veiksniai bei ligonių mokymo galimybės“.

Šio biomedicininio tyrimo tikslas – įvertinti gyvenimo kokybę, jai įtakos turinčius veiksnius, ligonių žinias apie ligą bei slaugytojų galimybes suteikti žinias. Šį tikslą pasieksime įvertinę sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybę jai įtakos turinčius veiksnius, psichosocialinę būklę, paciento žinias apie ligą ir norą gilinti žinias apie minimą ligą.

Į tyrimą kviesime suaugusius 18 metų amžiaus ir vyresnius vyrus bei moteris, sergančius įvairaus tipo žvyneline. Tikimės apklausti apie 500 pacientų, sergančių žvyneline. Planuojama tyrimo trukmė yra dveji su puse metų, t. y. į tyrimą ligonius kviesime dviejų su puse metų laikotarpiu, tačiau Jūs būsite apklausiamas tik vieną kartą.

Tyrimas atliekamas tik Lietuvoje.

Pacientų apklausai parengtas dviejų dalių klausimynas:

1. Bendroji dalis – klausimai apie tiriamųjų (pacientų) bendrąsias charakteristikas (lytis, amžius, išsilavinimas, darbinė padėtis, sergamumas, žalingi įpročiai), paciento ligos istorija, paciento žinios apie pačią ligą.

2. Gyvenimo kokybei vertinti bus naudojami:

2.1. Žvynelinės sukelto neįgalumo indeksas (*Psoriasis Disability Index*, PDI);

2.2. Dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas (*Dermatology Life Quality Index*, DLQI);

2.3. Sveikatos būklės anketa (Lietuvai skirta versija) EQ-5D;

2.4. Žvynelinės ploto ir sunkumo indeksas (*Psoriasis Area and Severty Index*, PASI);

2.6. Psichoemocinei būklei vertinti – klinikinė nerimo ir depresijos skalė (*Hospital Anxiety and depression Scale,* HAD).

Išsamus sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybės įvertinimas leis pažvelgti į daugelio veiksnių visumą, lemiančią paciento gyvenimo kokybę. Šis darbas bus naudingas sveikatos priežiūros specialistams, visuomenės sveikatos specialistams, sveikatos politikams ruošiant ir įdiegiant praktikoje sergančių žvyneline profilaktikos, sveikatinimo programas, visuomenės švietimo programas.

Sutikimas dalyvauti tyrime nėra privalomas ir tik priklauso nuo Jūsų apsisprendimo. Šio tyrimo metu ir jam pasibaigus Jūsų asmens tapatybė bei tyrimo duomenys nebus atskleisti, nes visos anketos bus koduojamos.

Jums sutikus dalyvauti tyrime, bus renkama ir naudojama tyrimui atlikti reikalinga informacija apie Jus (vardas, pavardė, gyvenamosios vietos adresas, diagnozė, tyrimų ir apžiūrų rezultatai, skirtas gydymas). Visa informacija bus užrašoma specialiai tyrimui sudaromuose elektroniniuose ir „popieriniuose“ dokumentuose ir saugoma tyrimo centre 15 metų po tyrimo pabaigos. Tiek laiko saugoti duomenis įpareigoja teisės aktai dėl duomenų kokybės ir kontrolės užtikrinimo. Vėliau Jūsų asmens duomenys bus sunaikinti tyrimo centro nustatyta tvarka. Jūsų konfidencialumas bus užtikrintas, nes kiekviena anketa koduojama. Be to, Jus identifikuojanti informacija nebus pateikta jokiose mokslinėse ir

kitose publikacijose. Jūs galite atsisakyti dalyvauti tyrime ar pasitraukti iš jo bet kuriuo metu ir tai neturės jokios įtakos Jūsų tolesnei medicinos priežiūrai.

Davę sutikimą dalyvauti tyrime, Jūs būsite apklausiami stacionare ar poliklinikoje ambulatoriškai atvykę gydytojo dermatologo konsultacijos. Stacionare bus apklausiama palatose laisvu nuo procedūrų metu, o poliklinikoje prieš gydytojo konsultaciją ar po jos. Jums anketos pildymas užtruks iki 40 min.

Tyrimo metu rizikos ir žalos Jūs nepatirsite. Galimi tik tyrimo nepatogumai, kurie susiję su sugaištu laiku pildant klausimyną. Dalyvavimas tyrime yra savanoriškas, už dalyvavimą tyrime nebus sumokėta.

Civilinės atsakomybės draudimo tyrimui nereikia, nes nėra medicininių intervencijų, gydymo.

Dėl savo, kaip tiriamojo dalyvio teisių galite kreiptis į Lietuvos bioetikos komitetą telefonu (8~5) 212 45 65, el. paštu: lbek@sam.lt arba Kauno regioninį biomedicininių tyrimų etikos komitetą, telefonu (8~37) 32 68 69.

Kilus klausimams apie tyrimą galite kreiptis į tyrėją Renatą Petrauskienę telefonu 8 698 11202, el. paštu: renata.petrauskiene@kaunoklinikos.lt

Pagrindinis tyrėjas Jūratė Macijauskienė, prof. dr.
Kontaktinis tel. 8-37 327304; el.paštas: jurate.macijauskiene@lsmuni.lt

4 priedas

PACIENTO SUTIKIMAS DALYVAUTI APKLAUSOJE

Aš, _____, sutinku dalyvauti tyrime **„Žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybei įtakos turintys sociodemografiniai ir klinikiniai veiksniai, žinios apie ligą bei jų gerinimo būdai“.** Man suprantama forma paaiškinta apie šio mokslinio tyrimo eigą ir svarbą. Aš sutinku, kad surinkta tyrimo rezultatų informacija būtų naudojama ruošiant mokslinius straipsnius, pranešimus, užtikrinant visišką gautų duomenų anonimiškumą (vardas, pavardė sunaikinama, suvedus duomenis į kompiuterinę programą).

Sutinku ir patvirtinu, kad mano dalyvavimas tyrime yra laisvanoriškas ir gauti duomenys gali būti panaudoti tyrimo tikslui.

Tyrime dalyvaujantis asmuo: _____
parašas

Tyrimas atliekamas:
Slaugos ir rūpybos katedra
Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
Eivenių g. 2, LT-50009 Kaunas
Telefonas: 8 37 327147
Kontaktinis asmuo: Renata Petrauskienė _____
parašas

Nr. _____ Data: _____

5 priedas

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA

SERGANČIŲJŲ ŽVYNELINE GYVENIMO KOKYBĖS, JAI ĮTAKOS TURINČIŲ VEIKSNIŲ IR LIGONIŲ ŽINIŲ BEI MOKYMOSI GALIMYBIŲ ANKETA

Kodas _ _ _ _

Anketos užpildymo data: 20 _ _ m. _ _ mėn. _ _ d.

Gerb. Paciente,

Jūsų sveikata ir žvynelinės eiga labai priklauso nuo mitybos, fizinio aktyvumo, žalingų įpročių, streso. Pasitelkdama šią anketą Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakulteto Slaugos ir rūpybos katedros doktorantė Renata Petrauskienė pirmą kartą Lietuvoje vykdo tyrimą, kurio tikslas – įvertinti pacientų sergančių žvyneline gyvenimo kokybę, jai įtakos turinčius veiksnius bei sergančiųjų žinių ir mokymo galimybes.

Dalyvauti tyrime kviečiame pacientus, kuriems ligos kontrolei reikalinga gydytojo dermatologo priežiūra ambulatorijos ir (ar) stacionaro sąlygomis.

Maloniai prašome Jūsų užpildyti šią anketą. Užtikriname, kad apibendrinti apklausos duomenys bus naudojami konfidencialiai. Tikimės, kad Jūs palankiai įvertinsite šio tyrimo svarbą ir dalyvausite jame. Apibendrinti tyrimo rezultatai padės sužinoti daugiau apie Jūsų ligos keliamas problemas ir suteiks žinių, kaip ją geriau valdyti.

Maloniai prašome pažymėti labiausiai Jums tinkantį atsakymą ☑ ženklu tuščiame langelyje arba įrašyti atsakymą.

I DALIS. KLAUSIMAI APIE GYVENSENĄ

1. Bendri duomenys

1. Jūsų lytis:
☐ vyras
☐ moteris

2. Jūsų gimimo data: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
diena mėnuo metai
3. Jūsų tautybė: .....
(įrašykite)
4. Jūsų šeiminė padėtis:
☐ susituokęs (susituokusi) arba gyvena su draugu (-e)
☐ susituokęs (susituokusi)
☐ išsituokęs (-usi)
☐ našlys (-ė)

5. Koks Jūsų išsimokslinimas?
☐ pradinis (3–4 klasės)
☐ nebaigtas vidurinis (iki 9 klasių)
☐ vidurinis
☐ specialus vidurinis
☐ aukštasis:
☐ neuniversitetinis
☐ universitetinis
☐ mokslo laipsnis

6. Kokį darbą dirbate didesnę metų dalį?
☐ dirbu žemės ūkio ir miško darbus
☐ dirbu pramonėje, statybose ir pan.
☐ tarnauju įstaigoje, dirbu protinį darbą arba aptarnavimo sferoje
☐ studijuoju / mokausi
☐ namų šeimininkė
☐ pensijoje
☐ bedarbis
☐ turiu invalidumą

2. Gyvenimo būdas

7. Ar rūkote **bute** Jūs pats arba Jūsų šeimos nariai ?
☐ niekas nerūko
☐ taip, kai kas rūko

8. Ar Jūs kada nors rūkėte?
☐ ne *(pereikite prie 12 klausimo)*
☐ taip

9. Ar Jūs kada rūkėte kasdien (beveik kiekvieną dieną mažiausiai metus)? Kiek metų iš viso?

☐ niekada nerūkiau kasdien
☐ rūkiau kasdien..... metų

10. Ar Jūs dabar rūkote (cigaretes, cigarus, pypkę)?

☐ taip, kasdien
☐ retkarčiais
☐ visai nerūkau

11. Ar norėtumėte mesti rūkyti?

☐ taip
☐ ne
☐ abejoju
☐ dabar nerūkau

12. Ar dažnai vartojate stiprius alkoholinius gėrimus?

☐ kasdien
☐ 2–3 kartus per savaitę
☐ kartą per savaitę
☐ 2–3 kartus per mėnesį
☐ kelis kartus per mėnesį
☐ niekada negeriu

13. Ar dažnai geriate vyną?

☐ kasdien
☐ 2–3 kartus per savaitę
☐ kartą per savaitę
☐ 2–3 kartus per mėnesį
☐ kelis kartus per mėnesį
☐ niekada negeriu

14. Ar dažnai geriate alų?

☐ kasdien
☐ 2–3 kartus per savaitę
☐ kartą per savaitę
☐ 2–3 kartus per mėnesį
☐ kelis kartus per mėnesį
☐ niekada negeriu

15. Ar dažnai geriate bet kokį alkoholinį gėrimą?

☐ kasdien
☐ 2–3 kartus per savaitę
☐ kartą per savaitę
☐ 2–3 kartus per mėnesį
☐ kelis kartus per mėnesį
☐ niekada negeriu

16. Ar Jūs paprastai pusryčiaujate?
☐ taip
☐ ne

17. Kokius riebalus **Jūs dažniausiai** vartojate ruošdami maistą? **Pabraukite tik vieną atsakymą:**
☐ dažniausiai aliejų
☐ dažniausiai sviestą
☐ dažniausiai margariną
☐ dažniausiai taukus
☐ dažniausiai nieko nevartoju

18. Kokį pieną **Jūs dažniausiai** geriate? **Pabraukite tik vieną atsakymą:**
☐ natūralų kaimišką karvės pieną
☐ natūralų parduotuvėje pirktą pieną
☐ vidutinio riebumo (2,5–3,2%)
☐ liesą (1,0% riebumo ir liesesnį)
☐ negeriu pieno

19. Kiek kiaušinių (virtų ar keptų) Jūs paprastai suvalgote per savaitę?
.....

20. Kiek puodelių kavos ar arbatžolių arbatos Jūs paprastai išgeriate per dieną?
Pažymėkite **abu** variantus:
☐ kavos ..... puodelius
☐ arbatos ..... puodelius

21. Kiek šaukštelių cukraus Jūs dedate **į vieną puodelį** kavos arba arbatos?
Jei cukraus nevartojate, prašome įrašyti „0“

☐ ..... šaukštelių cukraus į 1 puodelį kavos
☐ ..... šaukštelių cukraus į 1 puodelį arbatos

22. Ar Jūs papildomai dedate druskos į paruoštą maistą?
☐ niekada
☐ kai trūksta druskos
☐ beveik visada net neragavęs

23. Ar per praėjusius 12 mėn. kas nors iš išvardintų asmenų patarė Jums pakeisti mitybą dėl sveikatos?
☐ gydytojas
☐ kiti sveikatos priežiūros specialistai
☐ šeimos nariai
☐ kiti asmenys
☐ niekas

3. Svoris, ūgis ir fizinis aktyvumas

24. Jūsų ūgis ..... cm

25. Jūsų svoris ..... kg

26. Ar dažnai **laisvalaikiu** mankštinatės (sportuojate, bėgiojate, važiuojate dviračiu, dirbate sode ir pan.) mažiausiai 30 min. taip, kad pagerėtų kvėpavimas ir suprakaituojate?

☐ kasdien
☐ 4–6 kartus per savaitę
☐ 2–3 kartus per savaitę
☐ kartą per savaitę
☐ 2–3 kartus per mėnesį
☐ kelis kartus per metus ar rečiau
☐ negaliu mankštintis dėl ligos ar dėl invalidumo

II DALIS. LIGOS ISTORIJA

1. Ligos anamnezė

Odos žvynelinė

27. Ar stipriai žvynelinė paveikė Jūsų odą?

☐ labai stipriai
☐ stipriai
☐ vidutiniškai
☐ šiek tiek
☐ visai ne

28. Kaip seniai Jūs sergate odos žvyneline (metai)? _____

29. Ar Jūsų pirmos eilės šeimos nariai serga/sirgo?

☐ taip, kas? ……..
☐ ne

30. Ar per paskutiniuosius 5 metus Jūs buvote gydomas stacionare dėl žvynelinės?

☐ taip
☐ ne

Jei atsakėte taip, įrašykite kiek kartų ……

31. Kokios iš išvardintų ligų Jums buvo nustatytos arba gydytos per praėjusius 12 mėn.?

☐ padidėjęs kraujo spaudimas, hipertenzija
☐ padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje, hipercholesterolemija
☐ padidėjęs cukraus kiekis kraujyje, diabetas, cukraligė
☐ miokardo, širdies infarktas, širdies priepuolis
☐ krūtinės angina (skausmas krūtinėje fizinio krūvio metu)
☐ širdies nepakankamumas
☐ reumatinis artritas
☐ stuburo ligos

☐ lėtinis bronchitas, emfizema (plaučių išsiplėtimas)
☐ bronchinė astma
☐ gastritas ar opaligė
☐ kitos (įrašykite).....

32. Ar Jus tenkina odos žvynelinės dabartinis gydymas?
☐ labai tenkina
☐ tenkina
☐ vidutiniškai tenkina
☐ visai netenkina

Nagų žvynelinė
33. Ar sergant žvyneline atsirado nagų pažeidimų?
☐ taip
☐ ne *(pereikite prie 42 klausimo)*
34. Kaip seniai Jūs sergate nagų žvyneline (metai)? .....

35. Ar Jums kilo fizinių sunkumų dėl nagų žvynelinės, atliekant įprastinius darbus (užsisegant drabužius, paimant smulkius daiktus, įdedant rankas į kišenes, užsegant piniginę ar batus, nukarpant nagus)?
☐ labai daug
☐ daug
☐ nedaug
☐ šiek tiek
☐ visai ne

36. Ar Jūs nesmagiai jaučiatės dėl savo nagų išvaizdos?
☐ labai nesmagiai
☐ nesmagiai
☐ vidutiniškai
☐ šiek tiek
☐ visai ne

37. Ar nagų išvaizda turi įtakos Jūsų visuomeninei/darbinei veiklai?
☐ labai daug
☐ daug
☐ vidutiniškai
☐ šiek tiek
☐ visai ne

38. Ar nagų žvynelinė veikia Jus psichologiškai (jaučiate nerimą, emocinį stresą, miego sutrikimus, depresijos simptomus)?
☐ labai stipriai
☐ stipriai
☐ vidutiniškai
☐ šiek tiek
☐ visai ne

39. Ar Jūs bandote slėpti nagų žvynelinę kosmetinėmis procedūromis (nagų poliravimu, nagų atkūrimu)?

☐ labai dažnai
☐ dažnai
☐ retai
☐ kartais
☐ visai ne

40. Ar Jūsų nagai būna opūs, skausmingi dėl žvynelinės?

☐ labai dažnai
☐ dažnai
☐ retai
☐ kartais
☐ visai ne

41. Ar Jus tenkina nagų žvynelinės dabartinis gydymas?

☐ labai tenkina
☐ tenkina
☐ vidutiniškai tenkina
☐ visai netenkina

Psoriazinio artrito simptomai (sąnarių žvynelinė)

42. Ar Jums diagnozuotas psoriazinis artritas?

☐ taip
☐ ne *(pereikite prie 46 klausimo)*

43. Ar per praėjusį mėnesį (30 dienų) Jus vargino (-a) šie negalavimai:

☐ sąnarių skausmai
☐ juosmens skausmai
☐ sprando ir peties skausmai
☐ kojų skausmai

44. Ar Jūs jaučiate uždegimo požymius sąnariuose (skausmą, sąnarių sustingimą ar patinimą)?

☐ labai stipriai
☐ stipriai
☐ vidutiniškai
☐ šiek tiek
☐ visai ne

45. Ar Jus dėl sąnarių pažeidimo konsultavo reumatologas?

☐ taip
☐ ne

2. Taikytas gydymas

46. Ar Jūs per paskutiniuosius 5 metus buvote gydomas dėl žvynelinės sistemiškai veikiančiais medikamentais?

☐ ne

☐ taip, kokiais (trukmė mėnesiais)?

□ Metotrekstas ..... mėn.

□ Ciklosporinas ..... mėn.

□ Acitretinas ..... mėn.

□ Biologiniai vaistai ..... mėn: Kokiais ..... ?

□ kiti .....

47. Ar Jūs per paskutinius 5 metus buvote gydomas dėl žvynelinės vietiškai veikiančiais medikamentais (kremais, tepalais)?

☐ taip

☐ ne *(pereikite prie 50 klausimo)*

48. Kokius vietinius vaistus Jūs vartojote/-ate žvynelinei gydyti, pažymėkite ir įrašykite jų pavadinimą?

☐ Emolientai:

kokie?…….....……

☐ Ditranolis, deguto preparatai

☐ Gliukokortikoidai, I klasės (*Hydrocortisone acetate seu Hydrocortison DAK, Prednisolonum seu Premandol* ?) ar kitas.....

☐ Gliukokortikoidai, II klasės (*Hydrocortisoni butyras seu Laticort*, *Triamcinoloni acetonidum seu Ftorocort),* ar kitas.....

☐ Gliukokortikoidai, III klasės (*Methylprednisoloni aceponas seu advantan, Betamethasoni valeras seu Betnovate, Flucinar, Momethasoni furoas seu Elocon, Fluticasoni proionas seu Cutivat),* ar kitas .....

☐ Gliukokortikoidai, IV klasės (*Clobetasoli propionas* seu *Dermaovate*):.....

☐ Vitamino D3 analogai (kalcipotriolis).....

☐ Imunomoduliatoriai (*takrolimus*), (*Pimekrolimus seu Elidel*) .....

kiti .....

49. Kokius vietinius vaistus Jūs vartojote/-ate per paskutiniuosius 12 mėnesių dėl žvynelinės (įrašykite kaip ilgai, mėnesiais)?

☐ Emolientai: kokie?……

☐ Ditranolis, deguto preparatai .....

☐ Gliukokortikoidai, I klasės (*Hydrocortisone acetate seu Hydrocortison DAK, Prednisolonum seu Premandol*), ar kitas.....

☐ Gliukokortikoidai, II klasės (*Hydrocortisoni butyras seu Laticort*, *Triamcinoloni acetonidum seu Ftorocort),* ar kitas.....

☐ Gliukokortikoidai, III klasės (*Methylprednisoloni aceponas seu advantan, Betamethasoni valeras seu Betnovate, Flucinar, Momethasoni furoas seu Elocon, Fluticasoni proionas seu Cutivat),* ar kitas .....

☐ Gliukokortikoidai, IV klasės (*Clobetasoli propionas* seu *Dermovate*):.....

☐ Vitamino D3 analogai (kalcipotriolis).....

☐ Imunomoduliatoriai (*takrolimus*), (*Pimekrolimus seu Elidel*) .....

kiti .....

50. Kiek lėšų (litais) sunaudojate kompensuojamų vaistų priemokai dėl žvynelinės per mėnesį ? ..... Lt

51. Kiek lėšų (litais) sunaudojate nekompensuojamiems vaistams žvynelinei gydyti per mėnesį? ..... Lt

52. Kiek lėšų (litais) sunaudojate nekompensuojamiems emolientams ir galvos priežiūros priemonėms žvynelinės pažeistos odos priežiūrai per mėnesį? ..... Lt

53. Ar Jūs esate/buvote gydomas ultravioletinių spindulių terapija dėl žvynelinės?
- ☐ ne
- ☐ taip, kokia?
- ☐ UVA
- ☐ UVA/UVB
- ☐ UVB – 311nm (siaurabangiai)
- ☐ PUVA vonios
- ☐ sisteminė PUVA

54. Kiek dienų per praėjusius paskutiniuosius 12 mėnesių Jūs negalėjote dirbti dėl žvynelinės …… dienos(-ų)?

55. Ar Jūs dėl žvynelinės šiuo metu turite nedarbingumo pažymėjimą?
- ☐ ne
- ☐ taip, nuo kada: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
  diena mėnuo metai

56. Ar dėl šios ligos Jums yra nustatytas neįgalumo lygis?
- ☐ ne
- ☐ taip, koks? …….. Kaip ilgai……..(mėnesiai)?

III DALIS. PACIENTO ŽINIOS IR POŽIŪRIS Į MOKYMĄSI

57. Kaip Jūs vertinate savo žinias apie ligą?
- ☐ viską žinau
- ☐ geros žinios
- ☐ patenkinamos
- ☐ trūksta žinių
- ☐ nieko nežinau

58. Iš kur daugiausiai sužinote apie savo ligą?
- ☐ iš slaugytojo
- ☐ iš gydytojo
- ☐ iš šeimos narių
- ☐ iš spaudos
- ☐ iš televizijos/radijo
- ☐ iš interneto
- ☐ kita

59. Ar gaunate pakankamai informacijos gydymo įstaigoje apie šį susirgimą?
☐ taip
☐ ne
☐ iš dalies

60. Kas Jums daugiau suteikia informacijos apie Jūsų susirgimą?
☐ slaugytojas
☐ gydytojas
☐ medikų komanda (gydytojas, slaugytojas)

61. Ar Jūs pakankamai gaunate informacijos apie žvynelinės gydymo būdus, metodus?
☐ taip
☐ ne
☐ nežinau

62. Ar Jūs pakankamai gaunate informacijos apie žvynelinės vaistų šalutinį poveikį?
☐ taip
☐ ne
☐ iš dalies

63. Ar Jūs pakankamai gaunate informacijos apie reikiamų tyrimų atlikimą prieš skiriant gydymo kursą?
☐ taip
☐ ne
☐ iš dalies

64. Ar Jūs pakankamai gaunate informacijos apie gydymą fototerapija, jos šalutinį poveikį, kontraindikacijas?
☐ taip
☐ ne
☐ iš dalies

65. Ar Jums pakankamai suteikia informacijos išvykstant į namus apie odos priežiūrą?
☐ taip
☐ ne
☐ iš dalies

66. Ar informacija apie vaistus, kurie yra skiriami gydant žvynelinę, buvo paaiškinta sudėtingai?
☐ taip
☐ ne
☐ nežinau

67. Kaip manote, kam yra svarbus sveikatos mokymas?
☐ pačiam sergančiajam
☐ sergančio artimiesiems
☐ gydytojui, slaugytojui, bei kitam med. personalui

68. Ar Jūs norėtumėte, kad slaugytoja suteiktų papildomai žinių apie mitybos, fizinio aktyvumo, žalingų įpročių, streso, odos priežiūros ypatumus?
- ☐ taip
- ☐ ne
- ☐ nežinau

69. Kaip Jūs manote, ar pacientų, sergančių žvyneline mokymas turėtų reikšmės saugiau jaustis visuomenėje?
- ☐ taip
- ☐ ne
- ☐ nežinau

70. Kaip Jūs manote, ar reikia laikytis tam tikrų mitybos taisyklių, sergant žvyneline?
- ☐ taip
- ☐ ne
- ☐ nežinau

71. Kaip Jūs manote, ar stresas, nervinė įtampa turi įtakos sergant žvyneline?
- ☐ taip
- ☐ ne
- ☐ nežinau

72. Kaip Jūs manote, ar kiti gali užsikrėsti nuo sergančiojo žvyneline?
- ☐ taip
- ☐ ne
- ☐ nežinau

73. Kaip Jūs manote, ar alkoholis daro didelę žalą ligos eigai?
- ☐ taip
- ☐ ne
- ☐ nežinau

74. Kaip Jūs manote, ar fizinis aktyvumas yra svarbi priemonė sergant psoriaziniu artritu?
- ☐ taip
- ☐ ne
- ☐ nežinau

75. Ar žinote, kas tai yra biologiniai vaistai?
- ☐ taip
- ☐ ne
- ☐ nežinau

76. Ar žinote, kas tai yra fototerapija?
- ☐ taip
- ☐ ne
- ☐ nežinau

IV. GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMAS

1. ŽVYNELINĖS NEĮGALUMO INDEKSAS

(Psoriasis Disability Index, PDI)

- **Ačiū už pagalbą pildant šį klausimyną**.
- Prašome pažymėti kiekvieno klausimo po vieną langelį.
- Kiekvienas klausimas susijęs su **PASKUTINIŲ KETURIŲ SAVAIČIŲ LAIKOTARPIU.**

Visi klausimai susiję su PASTAROSIOMIS KETURIOMIS SAVAITĖMIS KASDIENINĖ VEIKLA:

1. Kiek žvynelinė įtakoja Jūsų darbus namuose ar sode?	Labai daug	❑
	Daug	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑
2. Kaip dažnai dėl žvynelinės dėvite skirtingos rūšies ar spalvų drabužius?	Labai dažnai	❑
	Dažnai	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑
3. Kaip dažnai Jūs turite keisti ar skalbti savo drabužius dėl šios ligos?	Labai dažnai	❑
	Dažnai	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑
4. Kiek Jūs turite problemų lankantis pas kirpėją?	Labai daug	❑
	Daug	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑
5. Kiek dažniau nei įpastai turite maudytis vonioje?	Labai dažnai	❑
	Dažnai	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑

- Yra dvi skirtingos versijos 6, 7 ir 8 klausimų.
- Jei **dirbate nuolatinį darbą arba mokotės** prašome atsakyti pirmus 6–8 klausimus.
- Jei **nedirbate nuolatinio darbo, nesimokote** prašome atsakyti sekančius 6–8 klausimus.

Visi klausimai susiję su <u>PASTAROSIOMIS KETURIOMIS SAVAITĖMIS</u>.

<u>DARBAS AR MOKYKLA (jei reikia)</u>

6. Kiek Jūs dėl žvynelinės praleidžiate laiko nedirbdamas ar nesimokydamas per paskutines keturias savaites**?**	Labai daug Daug Mažai Visai ne	❑ ❑ ❑ ❑
7. Kiek Jums žvynelinė trukdo dirbti ar mokytis per paskutines keturias savaites?	Labai daug Daug Mažai Visai ne	❑ ❑ ❑ ❑
8. Ar Jūsų profesinę karjerą paveikė žvynelinė? Pvz., atšauktas paaukštinimas, praradote darbą, ar prašėte pakeisti darbą.	Labai daug Daug Mažai Visai ne	❑ ❑ ❑ ❑

<u>JEI NEDIRBATE AR NESIMOKOTE, ALTERNATYVUS KLAUSIMAS</u>

9. Kiek žvynelinė **<u>trukdo Jūsų</u>** kasdieninei veiklai per paskutines keturias savaites ?	Labai daug Daug Mažai Visai ne	❑ ❑ ❑ ❑
10. Kiek žvynelinė **<u>pakeitė jūsų kasdieninio gyvenimo įpročius</u>** per paskutines keturias savaites?	Labai daug Daug Mažai Visai ne	❑ ❑ ❑ ❑
11. Ar Jūsų profesinę karjerą paveikė žvynelinė? Pvz. atšauktas paaukštinimas, praradote darbą, ar prašėte pakeisti darbą.	Labai daug Daug Mažai Visai ne	❑ ❑ ❑ ❑

Visi klausimai susiję su <u>PASTAROSIOMIS KETURIOMIS SAVAITĖMIS</u>.

<u>ASMENINIAI SANTYKIAI:</u>

12. Ar žvynelinė sukelia Jums seksualinių sunkumų per paskutines keturias savaites?	Labai daug	❑
	Daug	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑
13. Ar žvynelinė sukelia Jums problemų su Jūsų partneriu ar bet kuriuo iš jūsų artimų draugų ar giminaičių?	Labai daug	❑
	Daug	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑

<u>LAISVALAIKIS:</u>

14. Kiek žvynelinė stabdo Jūsų viešas išvykas ar kitas tam tikros veiklos rūšis (funkcijas)?	Labai daug	❑
	Daug	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑
15. Ar žvynelinė apsunkina bet kokį Jūsų sportavimą?	Labai daug	❑
	Daug	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑
16. Ar Jūs negalite naudotis, esate kritikuojamas ar nustojote naudotis bendromis maudymosi ar persirengimo paslaugomis?	Labai daug	❑
	Daug	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑
17. Ar dėl žvynelinės pradėjote daugiau rūkyti, vartoti alkoholį nei, kad tai darėte įprastai?	Labai daug	❑
	Daug	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑

<u>GYDYMAS:</u>

18. Ar dėl žvynelinės ar jos gydymo labai tapote nevalyvas ar netvarkingas namuose?	Labai daug	❑
	Daug	❑
	Mažai	❑
	Visai ne	❑

Prašome patikrinti, ar atsakėte į visus klausimus.
Ačiū už pagalbą.

© A Y Finlay 1993. This must not be copied without the permission of the author.
PDI Version : Tick-box 1999

2. **DERMATOLOGINIS GYVENIMO KOKYBĖS INDEKSAS**

(Dermatology Life Quality Index, DLQI)

DLQI rezultatas ☐

Šio klausimyno tikslas – nustatyti, kaip odos problema paveikė jūsų gyvenimą PASTARĄJĄ SAVAITĘ. Prašome prie kiekvieno klausimo varnele ☑ pažymėti vieną atsakymą.

1. Ar labai Jums niežėjo, skaudėjo ar degino odą?
☐ labai
☐ vidutiniškai
☐ mažai
☐ visai ne

2. Ar labai nusiminęs, susigėdęs, drovus ar liūdnas buvote dėl savo ligos?
☐ labai
☐ vidutiniškai
☐ mažai
☐ visai ne

3. Ar labai Jūsų odos būklė trukdė Jums eiti apsipirkti ar rūpintis namais, sodu?
☐ labai
☐ vidutiniškai
☐ mažai
☐ visai ne
☐ nesusiję

4. Ar labai pasikeitėte, dėvėjote kitokius ar specialius drabužius dėl savo odos sutrikimų?
☐ labai
☐ vidutiniškai
☐ mažai
☐ visai ne
☐ nesusiję

5. Ar labai Jūsų odos sutrikimai paveikė Jūsų bendravimą su žmonėmis ar laisvalaikio praleidimą?
☐ labai
☐ vidutiniškai
☐ mažai
☐ visai ne
☐ nesusiję

6. Ar labai dažnai Jums teko atsisakyti sporto dėl odos sutrikimų?
☐ labai
☐ vidutiniškai
☐ mažai
☐ visai ne
☐ nesusiję

7. Ar Jūs dėl savo odos būklės negalėjote dirbti ar mokytis?
☐ taip
☐ ne
☐ nesusiję

7.1 Jei atsakėte „ne“, ar daug problemų Jūsų odos sutrikimai sudarė Jums darbe ar moksluose?
☐ daug
☐ mažai
☐ visai ne

8. Ar labai Jūsų odos sutrikimai kliudė Jums bendrauti su partneriu, artimais draugais,ar giminaičiais?
☐ labai
☐ vidutiniškai
☐ mažai
☐ visai ne
☐ nesusiję

9. Ar labai Jūsų odos sutrikimai trukdė seksualiniams santykiams?
☐ labai
☐ vidutiniškai
☐ mažai
☐ visai ne
☐ nesusiję

10. Ar labai trukdė Jūsų odos ligos gydymas (pvz.: ištepdavo įvairius daiktus, rūbus ar užimdavo daug laiko)?
☐ labai
☐ vidutiniškai
☐ mažai
☐ visai ne
☐ nesusiję

Prašome patikrinti, ar atsakėte į VISUS klausimus.
Dėkojame.

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, 1992 m. balandis, www.dermatology.org.uk, šį klausimyną be autorių leidimo kopijuoti draudžiama.

Lithuanian for Lithuania

3. EQ-5D SVEIKATOS BŪKLĖS ANKETA



Sveikatos būklės anketa

Lietuviška versija Lietuvai

(Lithuanian version for Lithuania)

Lithuania (Lithuanian)© 2002EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

Kiekvienoje teiginių grupėje varnele pažymėkite po vieną langelį, esantį greta teiginio, tiksliausiai apibūdinančio Jūsų sveikatos būklę šiandien.

Judėjimas
Man vaikščioti nesunku ❑
Man vaikščioti sunku ❑
Esu ligos „prirakintas“ prie lovos ❑

Savipriežiūra
Savęs priežiūra man nekelia jokių problemų ❑
Man atsiranda kai kurių problemų prausiantis ar rengiantis ❑
Aš nesugebu nusiprausti ar apsirengti ❑

Įprasta veikla *(pvz., darbas, mokslas, namų ruoša, šeimos ar laisvalaikio užsiėmimai)*
Aš be problemų galiu užsiimti savo įprasta veikla ❑
Man atsiranda kai kurių problemų užsiimant savo įprasta veikla ❑
Aš nesugebu užsiimti savo įprasta veikla ❑

Skausmas/bloga savijauta
Nejaučiu skausmo, savijauta gera ❑
Jaučiu nedidelį skausmą, savijauta vidutiniška ❑
Jaučiu labai didelį skausmą, savijauta labai bloga ❑

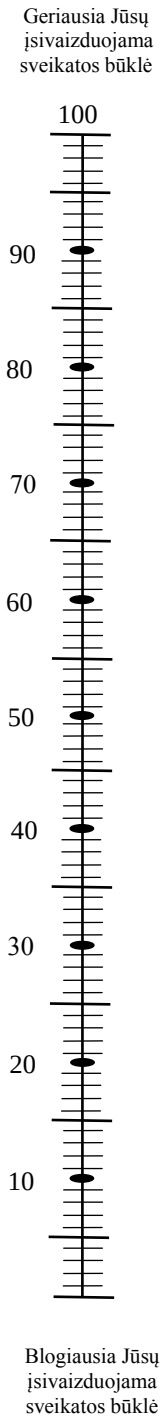
Nerimas/depresija
Nesu sunerimęs(-usi) ar prislėgtas(-a) ❑
Esu truputį sunerimęs(-usi) ar prislėgtas(-a) ❑
Esu labai sunerimęs(-usi) ar prislėgtas(-a) ❑

Lithuania (Lithuanian)© 2002EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

Norėdami padėti žmonėms išsakyti, kokia gera ar bloga yra jų sveikatos būklė, mes nupiešėme skalę (panašią į termometrą), kurioje geriausia Jūsų įsivaizduojama sveikatos būklė yra pažymėta 100, o blogiausia Jūsų įsivaizduojama sveikatos būklė yra pažymėta 0.

Mes norėtumėme, kad Jūs šioje skalėje pažymėtumėte, kokia gera ar bloga, Jūsų nuomone, Jūsų sveikata yra šiandien. Prašome tai padaryti nubrėžiant liniją nuo juodo langelio su užrašu „Jūsų sveikatos būklė šiandien“, esančio apačioje, iki bet kurio taško skalėje, kuris geriausiai nurodytų, kokia Jūsų sveikatos būklė yra šiandien.

Jūsų sveikatos būklė šiandien



Lithuania (Lithuanian)© 2002EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

4. HAD NERIMO IR DEPRESIJOS SKALĖ

(*Hospital Anxiety and Depression scale*)

Ligos eiga ir gydymas didele dalimi priklauso nuo emocinės būklės. Ši anketa padės įvertinti Jūsų savijautą. Nekreipkite dėmesio į skaičius kairėje. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir pabraukite atsakymą, kuris artimiausias Jūsų savijautai per praėjusią savaitę. Ilgai nesvarstykite, nes pirma reakcija į klausimą tiksliau atspindi Jūsų savijautą nei apgalvotas atsakymas.

N Aš jaučiu įtampą ir nerimą 3 Beveik visą laiką, nuolat 2 Didelę laiko dalį, dažnai 1 Retkarčiais 0 Niekada nejaučiu	D Aš jaučiuosi nuslopintas, lėčiau galvoju ir judu 3 Beveik visą laiką 2 Labai dažnai 1 Kartais, nestipriai 0 Visiškai ne
D Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmo ir anksčiau 0 Visiškai tiek pat 1 Mažiau nei anksčiau 2 Daug mažiau 3 Beveik visiškai nedžiugina	N Mane apima baimė, kelianti vidinį virpulį ar spaudimą po krūtine 0 Visiškai ne 1 Kartais 2 Gana dažnai 3 Labai dažnai, nuolat
N Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti 3 Labai aiškiai ir stipriai 2 Taip, bet nestipriai 1 Nestipriai, bet manęs tai nejaudina 0 Visiškai ne	D Aš nustojau rūpintis savo išvaizda 3 Pradėjau visiškai nesirūpinti 2 Nesirūpinu tiek, kiek reikėtų 1 Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau 0 Rūpinuosi tiek pat, kiek visuomet
D Aš galiu juoktis ir suprasti humorą 0 Taip pat, kaip anksčiau 1 Mažiau ir sunkiau 2 Daug mažiau ir sunkiau 3 Visiškai negaliu	N Jaučiu, kad nenurimstu vietoje 3 Labai stipriai 2 Gana stipriai 1 Truputį 0 Visiškai ne
N Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai 3 Didžiąją laiko dalį, nuolat 2 Daug laiko, dažnai 1 Retkarčiais, bet ne dažnai 0 Tik retkarčiais	D Iš gyvenimo aš laukiu kažko malonaus 0 Tiek pat, kiek visada 1 Mažiau nei anksčiau 2 Daug mažiau nei anksčiau 3 Visiškai nelaukiu
D Man linksma 3 Niekada 2 Labai retai 1 Kartais 0 Didžiąją laiko dalį	N Mane staiga apima didelis nerimas ar baimė 3 Tikrai labai dažnai 2 Pakankamai dažnai 1 Retai 0 Niekada
N Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti 0 Visada 1 Dažnai 2 Retai 3 Niekada	D Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo ar televizijos laida 0 Dažnai 1 Kartais 2 Retai 3 Labai retai
D – depresija; N – nerimas	Bendra balų suma _____

Nėra <8; riba – 8–10; yra > 10

Pildo tyrėjas

5. ŽVYNELINĖS PLOTO IR SUNKUMO INDEKSO NUSTATYMO PROTOKOLAS (PASI)

(Psoriasis Area and Severty Index)

Vertinimo indekso balai / Požymiai	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1.Eritema	nėra	nežymi	vidutinė	stipri	labai stipri	-	-
2.Infiltracija	nėra	nežymi	vidutinė	stipri	labai stipri	-	-
3.Pleiskanojimas	nėra	nežymus	vidutinis	stiprus	labai stiprus	-	-
4.Pažeidimas, %	0	1–9	10–29	30–49	50–69	70–89	90–100

PASI apskaičiavimas (įrašyti balus ar skaičius į daugtaškiais pažymėtas vietas)

Požymiai	Vertinimo indekso balais skalė	Galva	Rankos	Kūnas	Kojos
1. Eritema	0–4	.....	.....	.....	.....
2. Infiltracija	0–4	.....	.....	.....	.....
3. Pleiskanojimas	0–4	.....	.....	.....	.....
4.Pažeidimas	0–6	.....	.....	.....	.....
I PASI apskaičiavimo etapas	1+2+3 požymių balų suma x pažeidimo indekso sandauga =	.....x..... =.....	.....x..... = ...	.....x..... =.....	.....x..... = ...
II PASI apskaičiavimo etapas	1 etapo PASI rodiklis x kūno srities koeficiento sandauga	.....x 0.1= =.....	.....x 0.2= =.....	.....x 0.3= =.....	.....x 0.4= =.....
PASI balų suma	Suma visų sričių PASI rodiklių	= .....+.....+.....+.....=..... (galva) (rankos)(kūnas)(kojos)			

PASI BALŲ SUMA _____

Maksimalus PASI:

Galva: 0.1 x (4+4+4) x 6 = 0.1 x 12 x 6 = **7.2**
Kūnas: 0.3 x (4+4+4) x 6 = 0.3 x 12 x 6 = **21.6**
Rankos: 0.2 x (4+4+4) x 6 = 0.2 x 12 x 6 = **14.4**
Kojos: 0.4 x (4+4+4) x 6 = 0.4 x 12 x 6 = **28.8**
IŠ VISO: **72.0**

Galva: 10%
Kūnas: 30%
Rankos: 20%
Kojos: 40%

Data:

Užpildė: .....
v., pavardė

6 priedas

ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos ir rūpybos katedros doktorantė pirmą kartą Lietuvoje vykdo mokslinį tyrimą, kurio tikslas yra įvertinti pacientų, sergančių žvyneline, gyvenimo kokybę, ją įtakojančius veiksnius bei sergančiųjų mokymo galimybes.

Šiame tyrime kviečiame dalyvauti ir slaugytojas, dalyvaujančias pacientų mokyme.

Slaugytojų žinių apie žvynelinę ir jų pasirengimą mokyti sergančiuosius vertinimui naudosime pačių sukurtą anketą. Remiantis tyrimo rezultatais paruošime mokymo programą bendrosios praktikos slaugytojoms „Pacientų, sergančių žvyneline, mokymas kontroliuoti ligą“.

Užtikriname, kad apklausos duomenys bus naudojami **konfidencialiai** ir bus publikuojami tik apibendrinti.

Kilus klausimams apie tyrimą galite kreiptis į tyrėją Renatą Petrauskienę telefonu 8 698 11202, el. paštu: renata.petrauskiene@kaunoklinikos.lt

Darbo mokslinis vadovė prof. dr. Jūratė Macijauskienė

Tyrėja Renata Petrauskienė

7 priedas

SLAUGYTOJO SUTIKIMAS DALYVAUTI APKLAUSOJE

Aš, _____ , sutinku dalyvauti Lietuvos
(vardas, pavardė)
sveikatos mokslų universiteto Slaugos ir rūpybos katedros doktorantės Renatos Petrauskienės atliekamoje mokslinėje apklausoje, skirtoje įvertinti slaugytojų žinias apie žvynelinės ligą ir jų pasirengimą mokyti sergančiuosius.

Esu informuotas, kad apklausos duomenys bus naudojami konfidencialiai, nes kiekviena anketa koduojama ir duomenys bus publikuojami tik apibendrinti.

Tyrime dalyvaujantis asmuo: _____ Data_____
(parašas)

Tyrimas atliekamas:
LSMU Slaugos ir rūpybos katedra
Eivenių g. 2, LT –50009 Kaunas; tel. 8 37 327147
Kontaktinis asmuo Renata Petrauskienė _____
(parašas)

Nr._____

8 priedas

SLAUGYTOJŲ ŽINIŲ IR POŽIŪRIO Į SERGANČIŲJŲ ŽVYNELINE MOKYMĄ ANKETA

Kodas _ _ _

Gerb. Respondente,

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakulteto Slaugos ir rūpybos katedros doktorantė pirmą kartą Lietuvoje vykdo tyrimą, kurio tikslas – įvertinti, sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybę, jai įtakos turinčius veiksnius bei sergančiųjų mokymo galimybes.

Dalyvauti tyrime kviečiame ir slaugytojus. Maloniai prašome Jūsų užpildyti šią anketą. Užtikriname, kad apklausos duomenys bus naudojami konfidencialiai ir publikuojami tik apibendrinti. Tikimės, kad Jūs palankiai įvertinsite šio tyrimo svarbą ir dalyvausite jame.

Maloniai prašome pažymėti labiausiai Jums tinkantį atsakymą „X“ ženklu tuščiame langelyje arba įrašyti atsakymą.

I. BENDROJI DALIS

1. Anketos užpildymo data: metai _ _ _ _ mėnuo _ _ diena _ _
2. Jūsų amžius: _ _ metai.
3. Jūsų lytis

☐ vyras
☐ moteris

4. Jūsų išsilavinimas

☐ aukštesnysis
☐ aukštasis neuniversitetinis
☐ aukštasis universitetinis:
☐ bakalauro laipsnis
☐ magistro laipsnis

5. Jūsų darbo stažas: _ _ metai (- ų)
6. Kurio lygio sveikatos priežiūros įstaigoje Jūs dirbate?

☐ pirminio lygio
☐ antrinio lygio
☐ tretinio lygio

7. Jūsų šeiminė padėtis

☐ nevedusi (-ęs)
☐ ištekėjusi (vedęs), gyvenu su draugu (-e)
☐ išsituokusi (-ęs)
☐ našlė (-ys)

8. Kaip dažnai susiduriate kasdieniame darbe su pacientais, kurie serga žvyneline?

☐ kasdien
☐ kartą per savaitę
☐ kartą per mėnesį
☐ rečiau nei kartą per mėnesį
☐ nesusiduriu iš viso

9. Žinių apie sergančiųjų žvyneline priežiūrą, Jūs įgijote (galimi keli atsakymo variantai):

- ☐ paskaitų ir praktinių užsiėmimų metu aukštesniojoje medicinos mokykloje
- ☐ paskaitų ir praktinių užsiėmimų metu kolegijoje
- ☐ paskaitų ir praktinių užsiėmimų metu universitete
- ☐ tobulinimosi kursų metu
- ☐ konferencijose, seminaruose
- ☐ skaitydama medicinos leidinius
- ☐ per darbinę praktiką

kita .....

10. Ar Jūs norėtumėte įgyti papildomų žinių apie žvynelinę ir ja sergančiųjų priežiūrą?

- ☐ taip
- ☐ ne (pereikite prie 11 klausimo)
- ☐ nežinau

Papildomos informacijos apie žvynelinės ligą norėčiau įgyti (galimi keli atsakymo variantai):

- ☐ konferencijų, seminarų metu
- ☐ tobulinimosi kursų metu
- ☐ skaitant medicinos leidinius
- ☐ skaitant straipsnius ir kitą medicinos literatūrą
- ☐ nuotolinių studijų būdu (e. studijos)

kita .....

11. Kaip manote, kokios informacijos reikėtų sergančiajam žvyneline?

.....
.....
.....

12. Jūsų nuomone, kas turėtų teikti šią informaciją (nurodytą 11 klausime)?

- ☐ gydytojas
- ☐ vyr. slaugytoja
- ☐ bendrosios praktikos slaugytoja

kita .....

13. Jūsų nuomone, ar pacientui reikia nuolat aiškinti apie jo ligą?

- ☐ taip
- ☐ ne
- ☐ nežinau

II. SLAUGYTOJŲ ŽINIŲ APIE ŽVYNELINĖS LIGĄ VERTINIMAS

*Prašome Jūsų pažymėti **vieną** teisingą atsakymą „X“ ženklu tuščiajame langelyje.*

1. Kas yra žvynelinė?

☐ tai infekcinis alerginis odos uždegimas, pasireiškiantis bendra organizmo intoksikacija

☐ tai odos pažeidimas, kurį sukelia padidėjęs riebalų išsiskyrimas ir dėl to atsirandančios gausios pleiskanos

☐ tai lėtinis atsinaujinantis odos uždegimas

2. Kokie požymiai būdingi žmogui, sergančiam žvyneline?

☐ odos paraudimas, niežulys, odos įtrūkimai, šašai, pleiskanos plaukuotose odos dalyse

☐ kūno odos išbėrimas papulėmis ir plokštelėmis, plaukuotos galvos dalies pažeidimas, nagų pažeidimai, sąnarių pažeidimai, psichosocialiniai ir gyvenimo kokybės pokyčiai

☐ karščiavimas, limfmazgių padidėjimas, raumenų skausmas, gerklės skausmas, kietos neskausmingos opos, limfmazgių sukietėjimas ir paslankumas, rausvas viso kūno išbėrimas

3. Kas dažniau serga šia liga?

☐ vyrai

☐ moterys

☐ vienodai dažnai abiejų lyčių žmonės

4. Ar žvynelinė užkrečiama liga?

☐ taip, jei nusilpęs imunitetas

☐ taip, jei nesilaikoma asmens higienos taisyklių

☐ ne

5. Kas rečiau serga šia liga?

☐ Šiaurės Europos gyventojai

☐ Afrikos ir Azijos gyventojai

☐ Amerikos gyventojai

6. Ar žvynelinė išgydoma liga?

☐ taip, svarbu laiku pasiskiepyti

☐ taip, svarbūs teisingi asmens higienos įpročiai (pvz., rankų plovimas ir kt.)

☐ ne

7. Ar žvynelinė yra paveldima liga?

☐ ne

☐ taip

☐ nežinau

8. Ar sergantysis žvyneline gali maudytis vonioje ar po dušu?

☐ ne, nes per pažeistą odą gali patekti infekcija

☐ taip

☐ taip, jei labai prakaituoja

9. Kas sukelia žvynelinę ir turi įtakos jos vystymuisi?

☐ sisteminės ligos, ichtiozė, kolagenozės, gausus prakaitavimas, imunodeficitinės būklės, plataus veikimo antibiotikai, gliukokortikoidų, chemoterapinių vaistų vartojimas, sintetiniai, ankšti drabužiai, avalynė, kontaktas su sergančiaisiais, didelės rizikos vietų lankymas (baseinai, pirtys)

☐ ūminės ir lėtinės infekcinės, medžiagų apykaitos sutrikimas, nesaikingas alkoholio vartojimas, rūkymas, stresas, kontaktiniai alergenai, medikamentai

☐ paveldimumas, stresas, nuovargis, miego – budrumo režimo nesilaikymas, nesaikingas alkoholio vartojimas, kai kurie maisto produktai, badavimas, staigus meteorologinių sąlygų pasikeitimas

10. Sergančiuosius žvyneline gali varginti:

☐ viso kūno išbėrimai, išskyrus padus, delnus, kelių sritis

☐ tik tam tikrų kūno vietų (sričių) žvynelinė (t. y. nagų žvynelinė, galvos plaukuotosios dalies žvynelinė, padų, delnų žvynelinė, odos raukšlių žvynelinė)

☐ išbėrimai, esantys ant plaštakų, riešų, aplink bambą, lyties organus, pažastų duobes, ant šlaunų vidinio paviršiaus, sėdmenų (išbėrimų nebūna ant veido, nugaros, krūtinės)

11. Ar mityba turi įtakos žvynelinės eigai?

☐ taip, turi

☐ ne, galima valgyti viską

☐ taip, išskyrus jogurtus

12. Žvynelinė diagnozuojama:

☐ tik pagal jai būdingus odos pažeidimus

☐ tik paėmus nedidelį odos gabalėlį iš pažeistos odos vietos ir ištyrus laboratorijoje

☐ abu minėti variantai

13. Ar kurie nors medikamentai gali išprovokuoti žvynelinę?

☐ taip

☐ ne

☐ nežinau

14. Ar žvynelinė gali pažeisti sąnarius?

☐ taip

☐ ne

☐ nežinau

15. Kas yra fototerapija?

☐ tai fizioterapijos gydymo metodas, pagrįstas stimuliuojamuoju šalčio, kaip pagrindinio fizinio veiksnio, poveikiu žmogaus kūno paviršiui

☐ tai gydymo metodas, kurio metu gydymui naudojami ultravioletiniai (UVA, UVB) spinduliai, monoterapija arba kartu su medikamentais

☐ tai gydymo metodas stangriais fizinės aplinkos mechaniniais svyravimais, kurių dažnis daugiau 20 000 Hz, plintančiais bangomis

Ačiū už dalyvavimą tyrime.

9 priedas

RENATA PETRAUSKIENĖ
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakulteto
Slaugos ir rūpybos katedros doktorantė
(tel. 8 698 11202)

UAB „....."
Vadovui / Direktoriui

PRAŠYMAS

DĖL LEIDIMO ATLIKTI APKLAUSĄ
2012-07-05

Kaunas

Prašau leisti atlikti slaugytojų apklausą Jūsų vadovaujamoje gydymo įstaigoje.

PRIDEDAMA:
1. Tyrimo santrauka: tyrimo objektas, tikslas, uždaviniai.
2. Anketa, kuria planuojama anketuoti tiriamuosius asmenis.
3. Tiriamojo asmens informavimo forma.
4. Tiriamojo asmens sutikimo forma.

Renata Petrauskienė .....
(parašas)

10 priedas

MOKSLINIO TYRIMO SANTRAUKA

Darbo tema: žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybei įtakos turintys sociodemografiniai ir klinikiniai veiksniai, žinios apie ligą bei jų gerinimo būdai.

Tyrimo tikslas – įvertinti sergančiųjų žvyneline gyvenimo kokybę, jai įtakos turinčius veiksnius, ligonių žinias apie ligą bei slaugytojų galimybes suteikti žinias.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti žvyneline sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir jai įtakos turinčius veiksnius.
2. Įvertinti žvyneline sergančių pacientų emocinę būklę pagal amžiaus grupes, išsilavinimą, darbinę ir šeiminę padėtį.
3. Įvertinti žvyneline sergančių pacientų žinias apie savo ligą ir norą jas gilinti žinias.
4. Įvertinti slaugytojų žinias apie žvynelinę ir jų pasirengimą mokyti ligonius.

Tyrimo objektas:

1. LSMU KK Odos ir venerinių ligų klinikos pacientai, sergantys žvyneline;
2. Kauno miesto pirminės sveikatos priežiūros gydymo įstaigų slaugytojos, pasirinktos atsitiktine tvarka atrinkus pirminės sveikatos priežiūros gydymo įstaigas.

Atranka ir apklausos būdas:

1. Imtis iš populiacijos bus atrinkta grynai atsitiktinai ir nepriklausomai (bus apklausiami tuo laiku stacionare besigydantys pacientai, dienos stacionare besigydantys pacientai bei ambulatoriniai pacientai, atvykę planinės konsultacijos pas dermatologą, prieš tai gavus jų sutikimą).
2. Imtis (slaugytojų) atrinkta grynai atsitiktinai parenkant pirmines sveikatos priežiūros įstaigas iš Kauno teritorinės ligonių kasos (KTLK) asmens sveikatos priežiūros įstaigų sąrašo.

Tiriamųjų konfidencialumo užtikrinimas. Tiriamųjų konfidencialumas bus užtikrintas, nes kiekviena anketa koduojama.

Galimas rizikos bei žalos pacientams įvertinimas. Tyrimo metu žalos tiriamasis nepatirs. Galimi tik tyrimo nepatogumai, kurie gali būti susiję su sugaištu laiku pildant klausimynus.

Tyrimą atliks Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakulteto Slaugos ir rūpybos katedros doktorantė Renata Petrauskienė.

Darbo mokslinė vadovė prof. dr. Jūratė Macijauskienė

Tyrėja Renata Petrauskienė

11 priedas

11.1 lentelė. *Sergančiųjų žvyneline EQ-5D skirstinys priklausomai nuo sociodemografinių, fizinių bei psichologinių veiksnių (n = 385)*

Kriterijai	**Tiriamųjų skaičius n**	**Nėra sutrikimų**	**Yra nedidelių sutrikimų**	**Yra didelių sutrikimų**
		n (proc.)	**n (proc.)**	**n (proc.)**
JUDĖJIMAS				
Gyvenamoji vieta				
Miestas	267	194 (72,7)	97 (36,3)	0
Kaimas	118	77 (65,3)	41 (34,7)	0
p = 0,090				
Lytis				
Vyrai	199	153 (76,9)	46 (23,1)	0
Moterys	186	118 (63,4)	68 (36,6)	0
				p = 0,003
Amžiaus grupės, metais				
≤35	101	92 (91,1)	9 (8,9)	0
35–44	57	41 (71,9)	16 (28,1)	0
45–54	89	59 (66,3)	30 (33,7)	0
55–64	82	52 (63,4)	30 (36,6)	0
65–74	45	23 (51,1)	22 (48,9)	0
≥75	10	4 (40)	6 (60)	0
				p < 0,001
Išsilavinimas				
Pradinis, nebaigtas vidurinis	27	11 (40,7)	16 (59,3)	0
Vidurinis	127	85 (66,9)	42 (33,1)	0
Aukštesnysis	137	98 (71,5)	39 (28,5)	0
Aukštasis	94	77 (81,9)	17 (18,1)	0
				p < 0,001
Žvynelinės trukmė metais				
≤10	173	126 (72,8)	47 (27,2)	0
11–20	81	58 (71,6)	23 (28,4)	0
21–30	66	46 (69,7)	20 (30,3)	0
31–40	44	28 (63,6)	16 (36,4)	0
41–50	12	8 (66,7)	4 (33,3)	0
≥50	9	5 (55,6)	4 (44,4)	0
				p = 0,767

KMI				
<18,5	9	7 (77,8)	2 (22,2)	0
18,5–24,9	127	99 (78)	28 (22)	0
25–29,9	124	97 (78,2)	27 (21,8)	0
≥30	125	68 (54,4)	57 (45,6)	0
				p < 0,001
Darbas ar socialinė padėtis				
Žemės ūkio, miško darbai	17	7 (41,2)	10 (58,8)	0
Pramonėje, statybose	75	60 (80)	15 (20)	0
Įstaigose, protinis darbas	153	119 (77,8)	34 (22,2)	0
Studijuoja/mokosi	24	22 (91,7)	2 (8,3)	0
Namų šeimininkė	16	11 (68,6)	5 (31,3)	0
Pensijoje	43	19 (44,2)	24 (55,8)	0
Bedarbis	19	14 (73,7)	5 (26,3)	0
Turi neįgalumą	38	19 (50)	19 (50)	0
				p < 0,001
Šeiminė padėtis				
Susituokęs (-usi), gyvena su draugu (-e)	253	183 (72,3)	70 (27,7)	0
Nesusituokęs (-usi)	66	54 (81,8)	12 (18,2)	0
Išsituokęs (-usi)	37	18 (48,6)	19 (51,4)	0
Našlys (-ė)	29	16 (55,2)	13 (44,8)	0
				p = 0,001
Ligos sunkumas pagal PASI (balais)				
≤10 (lengva)	205	150 (73,2)	55 (26,8)	0
>10 (vidutinė ir sunki)	180	121 (67,2)	59 (32,8)	0
p = 0,122				
Psoriazinis artritas				
Nėra	244	206 (84,4)	38 (15,6)	0
Yra	138	63 (45,7)	75 (54,3)	0
				p < 0,001
Nagų pažeidimai				
Nėra	168	130 (77,4)	38 (22,6)	0
Yra	203	131 (64,5)	72 (35,5)	0
				p = 0,005
Taikytas gydymas				
Stacionarinis	293	193 (65,9)	100 (34,1)	0
Ambulatorinis	92	78 (84,8)	14 (15,2)	0
				p < 0,001

Taikytas sisteminis gydymas				
Ne	282	208 (73,8)	74 (26,2)	0
Taip	97	57 (58,8)	40 (41,2)	0
				p = 0,005
SAVIPRIEŽIŪRA				
Gyvenamoji vieta				
Miestas	267	169 (63,3)	97 (36,3)	1 (0,4)
Kaimas	118	71 (60,2)	47 (39,8)	0
				p = 0,658
Lytis				
Vyrai	199	135 (67,8)	64 (32,2)	0
Moterys	186	105 (56,5)	80 (43)	1 (0,5)
				p = 0,047
Amžiaus grupės, metais				
≤35	101	78 (77,2)	23 (22,8)	0
35–44	57	38 (66,7)	19 (33,3)	0
45–54	89	51 (57,3)	38 (42,7)	0
55–64	82	44 (53,7)	38 (46,3)	0
65–74	45	23 (51,1)	22 (48,9)	0
≥75	10	5 (50)	4 (40)	1 (10)
				p < 0,001
Išsilavinimas				
Pradinis, nebaigtas vidurinis	27	11 (40,7)	14 (51,9)	2 (7,4)
Vidurinis	127	53 (41,7)	71 (55,9)	3 (2,4)
Aukštesnysis	137	64 (46,7)	69 (50,4)	4 (2,9)
Aukštasis	94	47 (50)	47 (50)	0
				p = 0,333
Žvynelinės trukmė metais				
≤10	173	111 (64,2)	61 (35,3)	1 (0,6)
11–20	81	48 (59,3)	33 (40,7)	0
21–30	66	40 (60,6)	26 (39,4)	0
31–40	44	26 (59,1)	18 (40,9)	0
41–50	12	9 (75)	3 (25)	0
≥50	9	6 (66,7)	3 (33,3)	0
				p = 0,979
KMI				
<18,5	9	6 (66,7)	3 (33,3)	0
18,5–24,9	127	91 (71,7)	36 (28,3)	0
25–29,9	124	81 (65,3)	43 (34,7)	0
≥30	125	62 (49,6)	62 (49,6)	1 (0,8)
				p = 0,018

Darbas ar socialinė padėtis				
Žemės ūkio, miško darbai	17	11 (64,7)	6 (35,3)	0
Pramonėje, statybose	75	54 (72)	21 (28)	0
Įstaigose, protinis darbas	153	96 (62,7)	57 (37,3)	0
Studijuoja/mokosi	24	16 (66,7)	8 (33,3)	0
Namų šeimininkė	16	12 (75)	4 (25)	0
Pensijoje	43	20 (46,5)	22 (51,2)	1 (2,3)
Bedarbis	19	12 (63,2)	7 (36,8)	0
Turi neįgalumą	38	19 (50)	19 (50)	0
				p = 0,181
Šeiminė padėtis				
Susituokęs (-usi), gyvena su draugu (-e)	253	158 (62,5)	95 (37,5)	0
Nesusituokęs (-usi)	66	49 (74,2)	17 (25,8)	0
Išsituokęs (-usi)	37	17 (45,9)	20 (54,1)	0
Našlys (-ė)	29	16 (55,2)	12 (41,4)	1 (3,4)
				p = 0,002
Ligos sunkumas pagal PASI (balais)				
≤10 (lengva)	205	125 (61)	80 (390	0
>10 (vidutinė ir sunki)	180	115 (63,9)	64 (35,6)	1 (0,6)
				p = 0,454
Psoriazinis artritas				
Nėra	244	66 (47,8)	72 (52,2)	0
Yra	138	171 (70,1)	72 (29,5)	1 (0,4)
				p < 0,001
Nagų pažeidimai				
Nėra	168	113 (67,3)	54 (32,1)	1 (0,6)
Yra	203	119 (58,6)	84 (41,4)	0
				p = 0,110
Taikytas gydymas				
Stacionarinis	293	179 (61,1)	113 (38,6)	1 (0,3)
Ambulatorinis	92	61 (66,3)	31 (33,7)	0
				p = 0,588
Taikytas sisteminis gydymas				
Ne	282	185 (65,6)	96 (34)	1 (0,4)
Taip	97	50 (51,5)	47 (48,5)	0
				p = 0,037

ĮPRASTINĖ VEIKLA **Gyvenamoji vieta**				
Miestas	267	128 (47,9)	134 (50,2)	5 (1,9)
Kaimas	118	47 (39,8)	67 (56,8)	4 (3,4)
	p = 0,263			
Lytis				
Vyrai	199	101 (50,8)	96 (48,2)	2 (1)
Moterys	186	74 (39,8)	105 (56,5)	7 (3,8)
				p = 0,032
Amžiaus grupės, metais				
≤35	101	60 (59,4)	41 (40,6)	0
35–44	57	31 (54,4)	26 (45,6)	0
45–54	89	33 (37,1)	54 (60,7)	2 (2,2)
55–64	82	28 (34,1)	50 (61)	4 (4,9)
65–74	45	20 (44,4)	24 (53,3)	1 (2,2)
≥75	10	3 (30)	5 (50)	2 (20)
				p < 0,001
Išsilavinimas				
Pradinis, nebaigtas vidurinis	27	11 (40,7)	14 (51,9)	2 (7,4)
Vidurinis	127	53 (41,7)	71 (55,9)	3 (2,4)
Aukštesnysis	137	64 (46,7)	69 (50,4)	4 (2,9)
Aukštasis	94	47 (50)	47 (50)	0
				p = 0,333
Žvynelinės trukmė metais				
≤10	173	81 (46,8)	85 (49,1)	7 (4)
11–20	81	43 (53,1)	38 (46,9)	0
21–30	66	24 (36,4)	40 (60,6)	2 (3)
31–40	44	18 (40,9)	26 (59,1)	0
41–50	12	6 (50)	6 (50)	0
≥50	9	3 (33,3)	6 (66,7)	0
				p = 0,360
KMI				
< 18,5	9	6 (66,7)	3 (33,3)	0
18,5 – 24,9	127	64 (50,4)	61 (48)	2 (1,6)
25 – 29,9	124	60 (48,4)	63 (50,8)	1 (0,8)
≥ 30	125	45 (36)	74 (59,2)	6 (4,8)
				p = 0,073

Darbas ar socialinė padėti				
Žemės ūkio, miško darbai	17	7 (41,2)	10 (58,8)	0
Pramonėje, statybose	75	39 (52)	35 (46,7)	1 (1,3)
Įstaigose, protinis darbas	153	66 (43,1)	85 (55,6)	2 (1,3)
Studijuoja/mokosi	24	17 (70,8)	7 (29,2)	0
Namų šeimininkė	16	8 (50)	7 (43,8)	1 (6,3)
Pensijoje	43	15 (34,9)	27 (62,8)	1 (2,3)
Bedarbis	19	11 (57,9)	8 (42,1)	0
Turi neįgalumą	38	12 (31,6)	22 (57,9)	4 (10,5)
				p = 0,018
Šeiminė padėtis				
Susituokęs (-usi), gyvena su draugu (-e)	253	115 (45,5)	133 (52,6)	5 (2)
Nesusituokęs (-usi)	66	39 (59,1)	27 (40,96)	0
Išsituokęs (-usi)	37	14 (37,8)	22 (59,5)	1 (2,7)
Našlys (-ė)	29	7 (24,1)	19 (65,5)	3 (10,3)
				p = 0,005
Ligos sunkumas pagal PASI (balais)				
≤10 (lengva)	205	99 (48,3)	103 (50,2)	3 (1,5)
>10 (vidutinė ir sunki)	180	76 (42,2)	98 (54,4)	6 (3,3)
				p = 0,282
Psoriazinis artritas				
Nėra	244	135 (55,3)	105 (43)	4 (1,6)
Yra	138	38 (27,5)	95 (68,8)	5 (3,6)
				p < 0,001
Nagų pažeidimai				
Nėra	168	96 (57,1)	69 (41,1)	3 (1,8)
Yra	203	74 (36,5)	123 (60,6)	6 (3)
				p < 0,001
Taikytas gydymas				
Stacionarinis	293	121 (41,3)	163 (55,6)	9 (3,1)
Ambulatorinis	92	54 (58,7)	38 (41,3)	0
				p = 0,006
Taikytas sisteminis gydymas				
Ne	282	142 (50,4)	135 (47,9)	5 (1,8)
Taip	97	30 (30,9)	63 (64,9)	4 (4,1)
				p = 0,003

SKAUSMAS/BLOGA SAVIJAUTA				
Gyvenamoji vieta				
Miestas	267	103 (38,6)	145 (54,3)	19 (7,1)
Kaimas	118	38 (32,2)	67 (56,8)	13 (11)
				p = 0,287
Lytis				
Vyrai	199	83 (41,7)	102 (51,3)	14 (7)
Moterys	186	58 (31,2)	110 (59,1)	18 (9,7)
				p = 0,091
Amžiaus grupės, metais				
≤35	101	60 (59,4)	41 (40,6)	0
35–44	57	24 (42,1)	27 (47,4)	6 (10,5)
45–54	89	21 (23,6)	53 (59,6)	15 (16,9)
55–64	82	23 (28)	53 (64,6)	6 (7,3)
65–74	45	10 (22,2)	32 (71,1)	3 (6,7)
≥75	10	3 (30)	5 (50)	2 (20)
				p < 0,001
Išsilavinimas				
Pradinis, nebaigtas vidurinis	27	8 (29,6)	17 (63)	2 (7,4)
Vidurinis	127	41 (32,3)	71 (55,9)	15 (11,8)
Aukštesnysis	137	47 (34,3)	80 (58,4)	10 (7,3)
Aukštasis	94	45 (47,9)	44 (46,8)	5 (5,3)
				p = 0,157
Žvynelinės trukmė metais				
≤10	173	77 (44,5)	82 (47,4)	14 (8,1)
11–20	81	33 (40,7)	41 (50,6)	7 (8,6)
21–30	66	14 (21,2)	44 (66,7)	8 (12,1)
31–40	44	10 (22,7)	31 (70,5)	3 (6,8)
41–50	12	5 (41,7)	7 (58,3)	0
≥50	9	2 (22,2)	7 (77,8)	0
				p = 0,029
KMI				
< 18,5	9	4 (44,4)	5 (55,6)	0
18,5 – 24,9	127	59 (46,5)	64 (50,4)	4 (3,1)
25 – 29,9	124	48 (38,7)	67 (54)	9 (7,3)
≥ 30	125	30 (24)	76 (60,8)	19 (15,2)
				p = 0,001

Darbas ar socialinė padėtis				
Žemės ūkio, miško darbai	17	2 (11,8)	11 (64,7)	4 (23,5)
Pramonėje, statybose	75	31 (41,3)	37 (49,3)	7 (9,3)
Įstaigose, protinis darbas	153	65 (42,5)	78 (51)	10 (6,5)
Studijuoja/mokosi	24	14 (58,3)	10 (41,7)	0
Namų šeimininkė	16	7 (43,8)	8 (50)	1 (6,3)
Pensijoje	43	7 (16,3)	33 (76,7)	3 (7)
Bedarbis	19	9 (47,4)	8 (42,1)	2 (10,5)
Turi neįgalumą	38	6 (15,8)	27 (71,1)	5 (13,2)
				p = 0,002
Šeiminė padėtis				
Susituokęs (-usi), gyvena su draugu (-e)	253	93 (36,8)	139 (54,9)	21 (8,3)
Nesusituokęs (-usi)	66	38 (57,6)	25 (37,9)	3 (4,5)
Išsituokęs (-usi)	37	6 (16,2)	25 (67,6)	6 (16,2)
Našlys (-ė)	29	4 (13,8)	23 (79,3)	2 (6,9)
				p < 0,001
Ligos sunkumas pagal PASI (balais)				
≤10 (lengva)	205	88 (42,9)	101 (49,3)	16 (7,8)
>10 (vidutinė ir sunki)	180	53 (29,4)	111 (61,7)	16 (8,9)
				p = 0,023
Psoriazinis artritas				
Nėra	244	129 (52,9)	108 (44,3)	7 (2,9)
Yra	138	10 (7,2)	103 (74,6)	25 (18,1)
				p < 0,001
Nagų pažeidimai				
Nėra	168	85 (50,6)	80 (47,6)	3 (1,8)
Yra	203	51 (25,1)	123 (60,6)	29 (14,3)
				p < 0,001
Taikytas gydymas				
Stacionarinis	293	93 (31,7)	170 (58)	30 (10,2)
Ambulatorinis	92	48 (52,2)	42 (45,7)	2 (2,2)
				p < 0,001
Taikytas sisteminis gydymas				
Ne	282	119 (42,2)	146 (51,8)	17 (6)
Taip	97	22 (22,7)	66 (61,9)	15 (15,5)
				p < 0,001
NERIMAS/DEPRESIJA				
Gyvenamoji vieta				
Miestas	267	95 (35,6)	145 (54,3)	27 (10,1)
Kaimas	118	30 (25,4)	70 (59,3)	18 (15,3)
				p = 0,090

Lytis				
Vyrai	199	85 (42,7)	100 (50,3)	14 (7)
Moterys	186	40 (21,5)	115 (61,8)	31 (16,7)
				p < 0,001
Amžiaus grupės, metais				
≤35	101	39 (38,6)	52 (51,5)	10 (9,9)
35–44	57	21 (36,8)	27 (47,4)	9 (15,8)
45–54	89	28 (31,5)	49 (55,1)	12 (13,5)
55–64	82	26 (31,7)	47 (57,3)	9 (11)
65–74	45	8 (17,8)	33 (73,3)	4 (8,9)
≥75	10	3 (30)	6 (60)	1 (10)
				p = 0,452
Išsilavinimas				
Pradinis, nebaigtas vidurinis	27	9 (33,3)	15 (55,6)	3 (11,1)
Vidurinis	127	35 (27,6)	71 (55,9)	21 (16,5)
Aukštesnysis	137	46 (33,6)	79 (57,7)	12 (8,8)
Aukštasis	94	35 (37,2)	50 (53,2)	9 (9,6)
				p = 0,448
Žvynelinės trukmė metais				
≤10	173	52 (30,1)	98 (56,6)	23 (13,3)
11–20	81	34 (42)	39 (48,1)	8 (9,9)
21–30	66	21 (31,8)	37 (56,1)	8 (12,1)
31–40	44	13 (29,5)	28 (63,6)	3 (6,8)
41–50	12	4 (33,3)	7 (58,3)	1 (8,3)
≥50	9	1 (11,1)	6 (66,7)	2 (22,2)
				p = 0,629
KMI				
< 18,5	9	1 (11,1)	8 (88,9)	0
18,5 – 24,9	127	51 (40,2)	64 (50,4)	12 (9,4)
25 – 29,9	124	45 (36,3)	64 (51,6)	15 (12,1)
≥ 30	125	28 (22,4)	79 (63,2)	18 (14,4)
				p = 0,025

Darbas ar socialinė padėtis				
Žemės ūkio, miško darbai	17	2 (11,8)	10 (58,8)	5 (29,4)
Pramonėje, statybose	75	30 (40)	38 (50,7)	7 (9,3)
Įstaigose, protinis darbas	153	57 (37,3)	82 (53,6)	14 (9,2)
Studijuoja/mokosi	24	10 (41,7)	10 (41,7)	4 (16,7)
Namų šeimininkė	16	3 (18,8)	10 (62,5)	3 (18,8)
Pensijoje	43	11 (25,6)	28 (65,1)	4 (9,3)
Bedarbis	19	7 (36,8)	11 (57,9)	1 (5,3)
Turi neįgalumą	38	5 (13,2)	26 (68,4)	7 (18,4)
				p = 0,047
Šeiminė padėtis				
Susituokęs (-usi), gyvena su draugu (-e)	253	90 (35,6)	137 (54,2)	26 (10,3)
Nesusituokęs (-usi)	66	21 (31,8)	39 (59,1)	6 (9,1)
Išsituokęs (-usi)	37	8 (21,6)	20 (54,1)	9 (24,3)
Našlys (-ė)	29	6 (20,7)	19 (65,5)	4 (13,8)
				p = 0,121
Ligos sunkumas pagal PASI (balais)				
≤10 (lengva)	205	67 (32,7)	116 (56,6)	22 (10,7)
>10 (vidutinė ir sunki)	180	58 (32,2)	99 (55)	23 (12,8)
				p = 0,822
Psoriazinis artritas				
Nėra	244	92 (37,7)	129 (52,9)	23 (9,4)
Yra	138	30 (21,7)	86 (62,3)	22 (15,9)
				p = 0,003
Nagų pažeidimai				
Nėra	168	60 (35,7)	92 (54,8)	16 (9,5)
Yra	203	61 (30)	114 (56,2)	28 (13,8)
				p = 0,309
Taikytas gydymas				
Stacionarinis	293	87 (29,7)	169 (57,7)	37 (12,6)
Ambulatorinis	92	38 (41,3)	46 (50)	8 (8,7)
				p = 0,102
Taikytas sisteminis gydymas				
Ne	282	94 (33,3)	157 (55,7)	31 (11)
Taip	97	29 (29,9)	54 (55,7)	14 (14,4)
				p = 0,612

n – tiriamųjų skaičius, p – reikšmingumo lygmuo,
PASI – angl. *Psoriasis Area and Severity Index,* KMI – kūno masės indeksas.

CURRICULUM VITAE

Full name:	Renata Petraškienė
Address:	The Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno Klinikos Eivenių 2, LT-50009 Kaunas
Mob.	8 698 11202
Work tel. E-mail:	8(37)326660, renata.petraskiene@kaunoklinikos.lt
Education:	
1990–1993	Utena School of Medicine – nurse
1993–1997	Kaunas Medical Academy, Faculty of Nursing – graduate nurse (nurse). Acquired specialization: Human Resource Management, Nursing Teaching Practice, Social Care in Medicine, Child Care and Welfare.
2004–2005	Public Health Management programme of studies at the Kaunas University of Medicine with master's degree in public health, and certificate on completion of the programme of studies of the second cycle of Public Health Management of the university studies in the field of public health, specialising in management
From 2011	Doctoral studies at the LSMU Department of Nursing and Care
Professional experience (workplaces and position titles)	
01-04-1993–01-07-1997	Kaunas Academic Clinics, Prematurity Pathology unit – nurse
01-07-1997–30-06-2001	Kaunas II Clinical Hospital Palliative treatment unit – chief nurse
01-01-2000–29-02-2004	Public Institution Kaunas II Clinical Hospital, Intensive Care and Resuscitation unit – general practice nurse
12-10-2001–present	The Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno Klinikos**,** Department of Skin and Venereal Diseases – chief nurse – nursing administrator
License	General practice nurse Licence issue date: No. SPL-05686 of 24-04-2002
Participation in clinical research	Area – Dermatology
Membership in professional associations	Union of Lithuanian Nurse Managers Kaunas Region Association of Dermatologists and Venereologists

PADĖKA

Dėkoju visiems, kurie vienaip ar kitaip prisidėjo prie mano mokslinių tyrimų ir šios disertacijos rašymo.

Nuoširdžiai dėkoju savo mokslinio darbo vadovei prof. dr. Jūratei Macijauskienei už vertingus patarimus, pastabas, nuolatinį palaikymą ir skatinimą tobulėti, idėjas, kantrybę ir pasitikėjimą.

Nuoširdžiai dėkoju prof. dr. Skaidrai Valiukevičienei už vertingas pastabas ir patarimus rengiant šį tyrimą, už geranorišką pagalbą „moksliniame kelyje“, pastabas, patarimus, už pagalbą rengiant mokslines publikacijas.

Dėkoju doc. Rimai Kregždytei už vertingas konsultacijas, visokeriopą pagalbą atliekant tyrimo duomenų statistinę analizę.

Dėkoju visų gydymo įstaigų vadovams, visiems darbuotojams už geranorišką pagalbą renkant duomenis jų gydymo įstaigose.

Dėkoju visiems LSMU Odos ir venerinių ligų klinikos darbuotojams už galimybę dirbti kartu ir perimti dalį žinių.

Dėkoju LSMU Mokslo centro darbuotojams už visokeriopą pagalbą.

Iš anksto dėkoju visiems disertacijos gynimo tarybos nariams už pateiktas pastabas ir kritiką, kurią labai vertinu ir tikiuosi atsižvelgti ateityje rengdama kitus darbus.

Nuoširdžiai dėkoju savo šeimai, draugams, kurie visada palaiko mano siekius ir skatina žengti pirmyn.