

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS
SLAUGOS MAGISTRANTŪROS DIENINIŲ STUDIJŲ PROGRAMA

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Slaugos studijų
komiteto pirmininkė prof. D. Kalibatienė

Data: 2008 06

Darbo autorė
Marina Bracuk

BRONCHŲ ASTMA SERGANČIŲ PACIENTŲ
EMOCINĖS BŪKLĖS POVEIKIS GYVENIMO
KOKYBEI

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas:

VU MF Reabilitacijos, sporto medicinos ir
slaugos instituto docentė

dr. Violeta Ožeraitienė

Darbo priėmimo data: 2008 05 16

Vadovo parašas:.....

VILNIUS, 2008

TRUMPA DARBO ANOTACIJA

Magistro baigiamasis darbas atliktas 2007 – 2008 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute. Darbo tema buvo pasirinkta konsultuojantis su darbo vadovu, po bakalaurnio darbo kilus naujoms hipotezėms. Literatūros rinkimas nagrinėjama tema vyko nuo 2007 09 01 iki 2008 03 15. Tyrimui naudotas anoniminės anketos apklausos metodas. Anketinė apklausa vykdyta nuo 2007 12 iki 2008 03 VŠĮ Šeškinės poliklinikoje, VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje, VŠĮ Centro poliklinikos Lukiškių filiale ir Diagnostikos Centre. Pasirinktas paplitimo (skerspjūvio) tyrimo tipas, kuris optimaliai atitinka iškeltam tyrimo tikslui pasiekti ir tinkamas tirti per trumpą laikotarpį. Apklaunami bronchų astma sergantys pacientai, kurie lankėsi ir gydėsi pas šeimos gydytojus. Apklausti 142 pacientai.

Surinktų duomenų analizė vykdyta taikant standartinę statistinę programą „SPSS for Windows“ 10 v. Darbas yra fundamentinio pobūdžio, apimtis – 71 puslapis.

Darbo vadovas: VU MF Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto docentė dr. Violeta Ožeraitienė.

Recenzantai:

1.

2.

Darbas bus ginamas 2008 m. birželio mėn. 9 d.

Darbo gynimo vieta: Vilniaus miesto universitetinė ligoninės Didžioji auditorija.

Nuoširdžiai dėkoju magistro darbo vadovui VU MF Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto doc. dr. Violetai Ožeraitienei už gerą vadovavimą, recenzentams – už vertingus patarimus.

Mokslinio tyrimo apie bronchų astmą, atliekamo nuo 2006 metų, rezultatai yra paskelbti dviejose publikacijose:

1. Ožeraitienė V., Vaičekonis V., **Bracuk M.** Vyresnio amžiaus ligonių, sergančių LOPL, žasto ir blauzdos antropometrinių matmenų reikšmė gyvenimo kokybės rodikliams. *Medicinos teorija ir praktika* 2007; 2(13): 164-169. (*IndexCopernicus*)
2. Makaravičienė D., Ožeraitienė V., **Bracuk M.** Influence of Emotional State on the Quality of Life of Patients with Bronchial Asthma. *WONCA 2008, Istanbul* (tezės).

SANTRAUKA

Darbo autorė: Marina Bracuk

Darbo pavadinimas: „**Bronchų astma sergančių pacientų emocinės būklės poveikis gyvenimo kokybei**“

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas: Doc. Dr. V. Ožeraitienė.

Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas,

Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas.

Bronchų astmos (BA) problema aktuali visame pasaulyje. Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) yra nustačiusi, kad pasaulyje bronchų astma serga apie 150 milijonų žmonių, ir sergančiųjų skaičius nuolat auga, o miršta nuo šios ligos apie 180 000 žmonių kasmet. Su astma susiję ekonominiai nuostoliai yra didesni nei nuostoliai dėl tuberkuliozės ir ŽIV/AIDS kartu paėmus. Prognozuojama, jog 2010 metais šia liga sirgs daugiau kaip 6 proc. visų planetos gyventojų, iš jų 50 proc. sudarys darbingo amžiaus žmonės.

Susirgus BA pablogėja sergančiojo darbingumas, kasdienis veiklumas, sunkėja ekonominė padėtis, vaistams tenka išleisti daugiau savo pajamų. BA daro įtaką kasdieniui, socialinei, emocinei, intelektualinei veiklai, vadinamajai gyvenimo kokybei (GK). Blogėjant GK, keičiasi gyvenimo būdas, veiklos rūšys, saviraiška, nes dėl ligos tenka atsisakyti mėgstamų darbų bei užsiėmimų.

BA sergantys pacientai dažniau nei sveiki žmonės serga nerimo sutrikimais ir depresija. Įvairūs tyrimai pateikia skirtingą nerimo sutrikimų ir depresijos paplitimą tarp sergančiųjų astma. Nurodoma, kad nuo 6 iki 30 proc. sergančių BA serga lydinčiais nerimo sutrikimais, o depresijos paplitimas svyruoja nuo 1 iki 45 proc.

Darbo tikslas: Įvertinti pacientų, sergančių bronchų astma, emocinės būklės poveikį gyvenimo kokybei.

Darbo uždaviniai: 1. Įvertinti pacientų, sergančių BA, gyvenimo kokybę, naudojant *St. George* kvėpavimo anketa, validizuotą Lietuvoje. 2. Nustatyti GK rodiklių tarpusavio ryšius, jų priklausomybę nuo amžiaus ir ligos trukmės. 3. Įvertinti pacientų emocinę būklę, naudojant Ligoninės nerimo ir depresijos skalę. 4. Įvertinti emocinės būklės ryšį su GK parametrais, ligonių amžiumi, ligos trukme.

Tyrimo objektas ir metodai: Tyrime dalyvavo 142 BA sergantys pacientai. Anketinė anoniminė apklausa vykdyta 2007–2008 metais trijose Vilniaus miesto poliklinikose. Naudotos dvi anketos: *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGKA) kvėpavimo anketa ir *Hospital Anxiety and Depression* (HAD) (Ligoninės nerimo ir depresijos) skalė. Duomenų

analizė atlikta, naudojant statistinę programą „SPSS for Windows“ 10 v.. Skirtumas laikytas statistiškai patikimu, kai $p < 0,05$.

Darbo rezultatai: SGKA parodė, kad gyvenimo kokybė pablogėja 75 proc. pacientų, daug metų sergančių BA ir vyresnių nei 41 metų amžiaus. 84% pacientų ligos simptomai turi poveikį GK ($r=0,692$; $p < 0,05$). Pablogėjusi GK labiausiai trikdo psichinę – socialinę gerovę 58% atvejų ($r=0,921$; $p < 0,05$), o nuo pablogėjusios gerovės 85% nukenčia pacientų fizinis veiklumas. GK rodikliai patikimai koreliuoja su demografiniais rodikliais ($p < 0,05$). Emocinės būklės vertinimas parodė, kad 13% pacientų pasireiškia depresijos simptomai, 24% – nerimo simptomai, o 18% pacientų nustatyti abu simptomai. HAD depresijos subskalės parametrai patikimai koreliavo su lytimi bei amžiumi ($p < 0,05$). Nustatytas reikšmingas ($r=0,512$; $p < 0,05$) ryšys tarp Ligoninės nerimo ir depresijos skalės (HAD) ir *St. George* kvėpavimo anketos (SGKA) komponentų, atspindinčių socialinę – emocinę sergančiųjų gerovę. Visi GK rodikliai patikimai koreliavo su HAD skalės nerimo ir depresijos subskalių parametrais. Pacientų psichinę ir socialinę gerovę labiausiai veikė depresijos ($r=0,331$; $p < 0,05$) ir nerimo pasireiškimas ($r=0,515$; $p < 0,05$).

Darbo išvados:

1. Gyvenimo kokybė pablogėja 75% sergančiųjų bronchų astma. Ligos simptomai turi reikšmingą poveikį gyvenimo kokybei ir trikdo kasdienį aktyvumą bei veiklumą 85% sergančiųjų, o socialinę gerovę bei emocinę būklę trikdo 58% sergančiųjų.
2. Visi gyvenimo kokybės rodikliai yra reikšmingai susiję. Psichinė – socialinė gerovė bei fizinis aktyvumas labiausiai turi įtakos gyvenimo kokybei. Pacientų amžius, išsilavinimas ir ligos trukmė turi tiesioginį reikšmingą poveikį *St. George* kvėpavimo anketos rodikliams.
3. 55% sergančiųjų bronchų astma turi emocinių sutrikimų, 13% kenčia nuo depresijos simptomų, 24% nustatytas nerimas, 18% pacientų kartu patiria ir nerimo ir depresijos simptomų.
4. Sergančiųjų bronchų astma emocinė būklė neigiamai veikia jų gyvenimo kokybę, ypač vyresnio amžiaus pacientų, sergančių ilgiau nei 15 metų. Depresiniai sutrikimai, labiau susiję su amžiumi bei lytimi, turėjo reikšmingą poveikį pacientų psichinei – socialinei gerovei.

SUMMARY

Author: **Marina Bracuk**

Description of the work:

Influence of Emotional State on the Quality of Life of Patients with Bronchial Asthma

Final work of the Master of Nursing

Scientific adviser: Doc. V. Ožeraitienė

Vilnius University Faculty of Medicine,

Institute of Rehabilitation, Sport Medicine and Nursing

The issue of bronchial asthma (BA) is relevant all over the world. The World Health Organization (WHO) determined that 100 to 150 million people have asthma in the world, and the number of persons with the BA constantly increases. Each year 180,000 people die of asthma; the economic losses associated with asthma are greater than the losses due to tuberculosis and HIV/AIDS together. More than 6 per cent of people of the whole world are forecasted to contract the BA in 2010, of which 50 per cent will consist of the employable age persons.

After contracting BA, a possibility to work and to act is aggravated. The economic position of a person changes, and he has to spend more income on medicines. The BA has an effect on the daily, social, emotion, intellectual activity, i.e. on the quality of life (QL). When these functions fail to a greater extent, the lifestyle, types of activities, self-expression change, since a person has to give up his favourite activities due to the symptoms caused by the disease.

The patients with the BA have anxiety disorders and depression more often as compared to healthy people. Different studies indicate a different prevalence of anxiety and depression disorders among the persons with asthma. It is indicated that 6 to 30 per cent of the patients with asthma have concomitant anxiety disorders, whereas the prevalence of depression ranges from 1 to 45 per cent.

Purpose of the work: to assess an emotional state of bronchial asthma on the quality of life of patients with bronchial asthma.

Tasks of the work: 1. To assess the quality of life of patients with the BA using *St. George* breathing questionnaire validated in Lithuania. 2. To determine the correlation of the QL, age and the length of the disease. 3. To assess the emotional condition of patients using the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale. 4. To assess the correlation of emotional condition, age, length of the disease and different QL parameters.

Subject of study and method: 142 patients with bronchial asthma participated in the survey. Form anonymous interrogation was conducted 2007-2008 in three out-patient clinic of

Vilnius city. In the work two questionnaires were used: *St. George* respiratory questionnaire (SGRQ) and the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale. We used program package “SPSS for Windows” 10 v. in order to analyse and interpret obtained data. Data are considered to be reliable when $p < 0,05$.

Results of the work: Based on the SGRQ, the QL of patients who have had the BA for a number of years and were aged over 41 years decreased in 75 % of the cases. The disease symptoms had an effect on the QL of 84% of patients ($r=0,692$, $p < 0,05$). The deteriorated QL mostly affected the mental-social welfare in 58% of the cases ($r=0,921$, $p < 0,05$), whereas the physical activeness of the patients was affected due to the deteriorated welfare in 85% of the cases ($r=0,682$, $p < 0,05$). The QL indicators reliably correlated with the demographic indicators ($p < 0,05$). The assessment of emotional condition indicated that depression symptoms manifested in 13%, anxiety symptoms in 24%, and two disorders in 18% of the patients. The HADd reliably correlated with sex and age ($p < 0,05$). Is established the significant connection between HAD and SGRQ by the components, which reflect the social-emotional welfare of the patients. All QL indicators reliably correlated with the HAD scale of anxiety and depression subscales, yet the manifestation of depression ($r=0,331$, $p < 0,05$) and anxiety mostly affected the emotional and social welfare of patients ($r=0,515$, $p < 0,05$).

Conclusions of the work:

1. The deterioration of the quality of life of persons with the BA was determined in 75% of the cases. The disease symptoms have a reliably most significant effect on the quality of life in 85% of the patients, and impaired the daily activeness and activities of nearly all patients, but it only affected the social and emotional welfare of patients in 58% of the cases.
2. All parameters of quality of a life are considerably connected. Mental- social welfare and physical activity have a reliably most significant influence on the quality of life. The age of patients, development and duration of illness have direct influence on parameters of the *St. George* respiratory questionnaire.
3. 55 % of patient with BA have emotional disorder, 13% of patients suffer from the depression, 24% is established the anxiety and 18% of the patients suffer from anxiety and depression symptoms.
4. The emotional state of the patients with BA negatively affect their QL, especially to the patients, who be ill more than 15 years. Depression disorder, which are most connected with the years and a sex of patients, had the greatest influence on mental and a social welfare.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. BA ekonominiai aspektai (išlaidos)	15
2 lentelė. Sergamumas BA Lietuvoje pagal Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenis (LSIC).....	18
3 lentelė. BA rizikos veiksniai.....	18
4 lentelė. Bronchų astmos klasifikacija pagal ligos sunkumą	20
5 lentelė. Veiksniai didinantys riziką susirgti depresija	36
6 lentelė. Depresijos paplitimas.....	37
7 lentelė. Nerimo paplitimas.....	38
8 lentelė. Tirtųjų asmenų charakteristika.....	43
9 lentelė. BA būdingi simptomai.....	48
10 lentelė. St. George kvėpavimo anketos rodiklių tarpusavio koreliacijos	50
11 lentelė. St.George kvėpavimo anketos ir demografinių rodiklių koreliacija.....	51
12 lentelė. Depresijos ir nerimo paplitimas tiriamųjų grupėse pagal amžių.	53
13 lentelė. Depresijos ir nerimo paplitimas pagal lytį.	53
14 lentelė. Depresijos ir nerimo paplitimas pagal ligos trukmę.	54
15 lentelė. HAD skalės ir demografinių rodiklių ryšis.....	54
16 lentelė St.George kvėpavimo anketos ir HAD skalės rodiklių ryšys	56

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Išlaidų struktūra	14
2 pav. BA simptomai	21
3 pav. Plaučių ligos ir neįgalumo ryšys	22
4 pav. Įvairių veiksmų įtaką GK.....	30
5 pav. Pacientų amžius	43
6 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.....	44
7 pav. Šeimyninė padėtis	44
8 pav. Tiriamųjų socialinė padėtis	45
9 pav. Ligos trukmė	45
10 pav. SGKA rodiklių vidurkiai	45
11 pav. Gyvenimo kokybė.....	46
12 pav. Suminio rodiklio balų intervalai	46
13 pav. Simptomų poveikis GK	47
14 pav. Rodiklio simptomai balų intervalai	47
15 pav. Veiklumo sumažėjimo reikšmė	48
16 pav. Rodiklio veiklumas balų intervalai	49
17 pav. Ligos poveikis psichinei ir socialinei gerovei.....	49
18 pav. Dalyvumo rodiklio balų intervalai	50
19 pav. Depresijos simptomų pasireiškimas.....	51
20 pav. Nerimo simptomų pasireiškimas	52
21 pav. Nerimo ir depresijos simptomų lygiagretus pasireiškimas	52
22 pav. Nerimo ir depresijos pasireiškimas amžiaus grupėse	53
23 pav. Nerimo ir depresijos pasireiškimas pagal lytį.....	54
24 pav. Nerimo ir GK SUMINIO rodiklio ryšys.....	55
25 pav. Depresijos ir GK SUMINIO rodiklio ryšys.....	55

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

BA – Bronchų astma

HAD – *Hospital Anxiety and Depression scale*

PSO- Pasaulinė Sveikatos Organizacija

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

ES – Europos sąjunga

TR – Tabako rūkymas

GK – Gyvenimo kokybė

SGKA– *St. George* kvėpavimo anketa

GINA - *Global Initiative for Asthma*

TURINYS

TRUMPA DARBO ANOTACIJA	2
SANTRAUKA	3
SUMMARY	5
LENTELIŲ SĄRAŠAS	6
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	8
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS	9
ĮVADAS	12
1. LITERATŪROS APŽVALGA	14
1.1. Medicininė, ekonominė, socialinė reikšmė.	14
1.2. Bronchų astmos sąvoka.	16
1.3. Bronchų astmos epidemiologija	17
1.4. Bronchų astmos rizikos veiksniai	18
1.5. Bronchų astmos klasifikacija.....	20
1.6. Bronchų astmos simptomai	21
1.7. Įvadas į gyvenimo kokybę.....	23
1.6.1. Gyvenimo kokybės sąvokos istorija.....	23
1.6.2. Gyvenimo kokybės sąvoka.....	23
1.6.3. GK tyrimų medicinoje priežastys	25
1.6.4. GK tyrimų instrumentai ir metodikos.....	25
1.6.5. Tyrėjo ir tiriamojo vaidmuo bei instrumento parinkimas.....	27
1.6.6. Gyvenimo kokybės tyrimai Lietuvoje	27
1.6.7. Gyvenimo kokybės tyrimų praktinė reikšmė ir perspektyvos	28
1.6.8. BA sergančiųjų gyvenimo kokybė	29
1.7. Slaugytojo vaidmuo pagerinant gyvenimo kokybę.	30
1.8. BA sergančiųjų emocinės būklės pokyčiai.....	32
1.8.1. Nerimas.....	33
1.8.2. Nerimo apibrėžimas.....	34
1.8.3. Nerimo simptomai	34
1.8.4. Mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas	35
1.8.5. Nerimas ir somatiniai sutrikimai	35
1.8.6. Depresijos apibrėžimas.....	35
1.8.7. Depresijos simptomai	36
1.8.8. Depresija ir somatinės ligos.....	36

1.8.9.	Nerimas ir depresija sergant BA.....	36
2.	TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	40
3.	TYRIMO REZULTATAI	43
3.1.	Bendri pacientų duomenys	43
3.2.	Detalesnė pacientų charakteristika.	43
3.2.1.	Pacientų amžius	43
3.2.2.	Pacientų išsilavinimas	44
3.2.3.	Šeimyninė padėtis.....	44
3.2.4.	Darbinė (socialinė) veikla.....	44
3.2.5.	Ligos trukmė.....	45
3.3.	<i>St. George</i> kvėpavimo anketos analizė.....	45
3.3.1.	Bendras gyvenimo kokybės vertinimas.....	46
3.3.2.	Ligos simptomų poveikis gyvenimo kokybei.....	47
3.3.3.	Pacientų fizinio aktyvumo (veiklumo) poveikis gyvenimo kokybei.....	48
3.3.4.	Ligos poveikis psichinei ir socialinei gerovei (dalyvumui)	49
3.3.5.	SGKA rodiklių ir demografinių rodiklių tarpusavio ryšiai	50
3.4.	Ligoninės nerimo ir depresijos (HAD) skalės analizė.....	51
4.	REZULTATŲ APTARIMAS	57
	IŠVADOS	60
	PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	61
	LITERATŪRA	62
	PRIEDAI	66
	1 PRIEDAS	67
	2 PRIEDAS	75

[VADAS

Medicinos ir slaugos praktikoje kvėpavimo organų ligos yra labai svarbios. Jomis gana dažnai sergama, o mirštamumas tik šiek tiek mažesnis negu nuo širdies bei kraujagyslių ligų ir piktybinių navikų. Sergančiųjų kvėpavimo ligomis ne tik nemažėja, bet literatūros duomenimis, sparčiai daugėja, o taip pat ilgėja segamumo šiomis ligomis trukmė [162].

Bronchų astmos (BA) problema aktuali visame pasaulyje. Gerėjančios gyvenimo sąlygos, stiprėjantis žmonių polinkis į alergijas, oro užterštumas lemia, kad astma sparčiai plinta visame pasaulyje ir jau yra tapusi pasauline sveikatos problema. Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) yra nustačiusi, kad pasaulyje bronchų astma serga nuo 100 iki 150 milijonų žmonių, ir sergančiųjų skaičius nuolat auga. Vien Europoje astma diagnozuota 32 mln. žmonių, iš jų 6 mln. astmos eiga yra sunki. Tai reiškia, kad 3 iš 4 pacientų bent kartą per savaitę patiria sunkų astmos priepuolį, 1 iš 5 turi apriboti savo kasdienį gyvenimą arba profesinę veiklą, nes tai sukelia dusulį ar kitus astmos simptomus. Beveik 70 % astma sergančių žmonių dusulys vargina sportuojant, lipant laiptais, greičiau paėjus. Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad Vakarų Europoje kas valandą dėl astmos ar jos sukeltų komplikacijų miršta bent 1 žmogus. Kiekvienais metais pasaulyje nuo astmos miršta 180 000 žmonių; ekonominiai su astma susiję nuostoliai yra didesni nei nuostoliai dėl tuberkuliozės ir ŽIV/AIDS kartu paėmus. Prognozuojama, jog 2010 metais sirgs per 6 proc. visų planetos gyventojų, tarp jų 50 proc. sudarys darbingo amžiaus žmonės [2].

Susirgus šia liga, pasunkėja galimybė dirbti, veikti. Keičiasi santykiai su aplinka, dėl to neretai pablogėja ne tik savijauta, bet ir santykiai su artimaisiais. Keičiasi žmogaus ekonominė padėtis, tenka daugiau išleisti savo turimų pajamų vaistams. BA daro įtaką kasdieninei, socialinei, emocinei, intelektualinei veiklai, tai yra gyvenimo kokybei. Labiau sutrikus šioms funkcijoms, keičiasi gyvenimo būdas, veiklos rūšys, saviraiška, nes tenka atsisakyti mėgstamų užsiėmimų dėl ligos sukeltų simptomų [3].

BA yra lėtinė liga, daranti didelę įtaką sergančiojo gyvenimui. Užsienio literatūros duomenimis, BA sergantys pacientai dažniau serga nerimo sutrikimais ir depresija nei sveiki žmonės. Įvairūs tyrimai pateikia skirtingą nerimo sutrikimų paplitimą tarp sergančiųjų astma: nurodoma, kad nuo 6 iki 30 proc. astma sergančių pacientų serga lydinčiais nerimo sutrikimais. Lavoie K. L. ir bendraautorai, apibendrinę kelių tyrimų rezultatus, pateikia duomenis apie depresijos paplitimą - ja serga nuo 14 iki 41 proc. BA sergančių pacientų [4].

Lietuvoje nepavyko aptikti tyrimų, kurie nagrinėtų sergančiųjų BA emocinę būklę, ryšį su amžiumi, ligos trukme ir gyvenimo kokybe. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje ši sritis dar

nėra tyrinėta ir kad ji gali būti aktuali slaugytojo kasdieninėje praktikoje, buvo pasirinkta tokia darbo tema ir suformuluoti darbo tikslai.

Darbo tikslas:

Įvertinti pacientų, sergančių bronchų astma, emocinės būklės poveikį gyvenimo kokybei.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti pacientų, sergančių bronchų astma, gyvenimo kokybę, naudojant *St. George* kvėpavimo anketą, validizuotą Lietuvoje.
2. Nustatyti gyvenimo kokybės rodiklių tarpusavio ryšius, priklausomybę nuo amžiaus ir ligos trukmės.
3. Įvertinti pacientų emocinę būklę, naudojant Ligoninės nerimo ir depresijos skalę (HAD).
4. Įvertinti emocinės būklės ryšį su GK parametrais, ligonių amžiumi, ligos trukme.

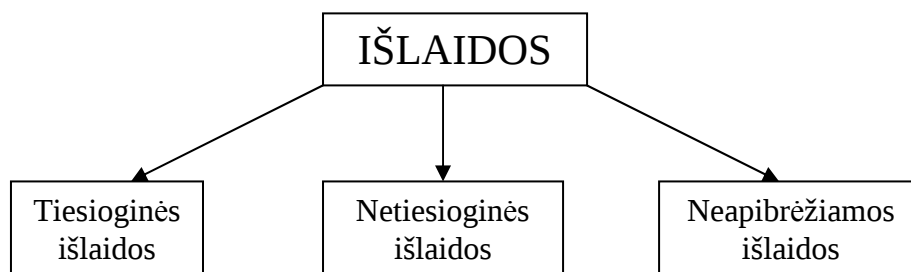
1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Medicininė, ekonominė, socialinė reikšmė.

BA tampa globaline sveikatos problema: ji dažnėja, jaunėja susirgusiųjų amžius. Išsivysčiusiose ir besivystančiose šalyse kiekvienais metais nustatoma vis daugiau BA atvejų. Pasaulyje kas 10 metų sergančiųjų šia liga skaičius padvigubėja. Sergamumo astma didėjimas yra visuomenės duoklė patogesniai, geresniam gyvenimui. Pažeista ekologinė pusiausvyrą, „aukštų technologijų“, žmogaus susintetintų ir gamtoje nesuskytančių cheminių junginių gausa, gyvosios gamtos išnaikinimas, neracionalus antibiotikų vartojimas, maisto papildai ir konservantai – visa tai gali tapti dažniausios lėtinės kvėpavimo takų ligos BA priežastimi [4].

BA yra svarbi sergamumo ir mirtingumo priežastis daugelyje pasaulio šalių. Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) nustačiusi, kad pasaulyje astma serga nuo 100 iki 150 milijonų žmonių, ir sergančiųjų skaičius nuolat auga – astma diagnozuota dešimtadaliui pasaulio vaikų ir 5% suaugusiųjų. Kiekvienais metais pasaulyje nuo šios ligos miršta 180 000 žmonių, ekonominiai su astma susiję nuostoliai yra didesni nei nuostoliai dėl tuberkuliozės ir ŽIV/AIDS kartu paėmus [6].

Astmos gydymas yra labai brangus, o gydymo kaštai didėja sunkėjant ligos eigai ar gydant netinkamai. Išsivysčiusiose šalyse vidutinės išlaidos, tenkančios vienam šia liga sergančiam asmeniui, siekia 850 Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) dolerių. Astmai gydyti išleidžiama nuo 1 iki 1,5% sveikatos priežiūrai skirtą biudžetą. JAV per metus dėl astmos prarandama apie 6,2 mlrd. JAV dolerių. Europoje BA gydymui išleidžiama 17,7 mlrd. eurų (0,5 mlrd. eurų - stacionarinis gydymas, 3,8 mlrd. eurų -ambulatorinis gydymas, 3,6 mlrd. eurų išleidžiama vaistams, 9,8 mlrd. eurų prarandama nedarbingumo laikotarpiu) [4,7]. Išlaidų BA struktūrą (1 pav.) sudaro tiesioginės, netiesioginės ir neapibrėžiamos išlaidos [8].



1 pav. Išlaidų struktūra

Didžiausią išlaidų dalį sudaro tiesioginės medicininės išlaidos (1 lentelė): hospitalizavimo, skubios pagalbos, vaistų [8].

1 lentelė. BA ekonominiai aspektai (išlaidos)

Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos
• Sveikatos priežiūros išlaidos: ✓ asmens priežiūros įstaigų išlaidos pacientų priežiūrai, įskaitant stacionarines, ambulatorines bei skubios pagalbos išlaidas; ✓ išlaidos, sąlygotos stacionarinę ir ambulatorinę pagalbą teikiančių gydytojų veiklos, įskaitant specialistų konsultacijas; ✓ išlaidos gydymo priemonėms, įskaitant vaistus ir prietaisus BA gydymui, taip pat ir kitus reikalingus vaistus (antibiotikus, vaistus pašalinams BA gydymo reiškiniams šalinti ir t.t.); ✓ išlaidos tyrimams (rentgenologiniams, kvėpavimo funkcijos, kraujo bei kraujo dujų, vaistų koncentracijos kraujyje monitoravimui ir t.t.) • Kitos išlaidos ✓ kelionės gauti medicinos pagalbą ir jos laukimo išlaidos (priėmimo pas gydytoją ar jo vizito, stacionarinės pagalbos, tyrimų ir t.t.); ✓ alternatyvaus gydymo bei specialios mitybos išlaidos; ✓ išlaidos specialioms prietaisams.	✓ išlaidos dėl prarastos darbo produkcijos, sąlygotos visiško ar dalinio, laikino ar nuolat sergančio BA nedarbingumo; ✓ išlaidos dėl prarastos darbo produkcijos, slaugant ar prižiūrint namuose BA sergančius pacientus; ✓ išlaidos dėl prarastos darbo produkcijos, sąlygotos dėl priešlaikinės mirties nuo BA
	Neapibrėžiamos išlaidos ✓ prarasta gyvenimo kokybė; ✓ socialinis barjeras, kurio vienoje pusėje - BA segantys suaugę ir vaikai, kitoje – BA sergančių tėvai ir artimieji; ✓ BA sąlygotas skausmas, kitos kančios bei diskomfortas.

BA problemai spręsti bei globalizuoti PSO kartu su Amerikos nacionaliniu širdies, plaučių ir kraujo institutu parengė projektą – “Pasaulinė iniciatyva astmai įveikti” (*Global Initiative for Asthma: Global Strategy for Asthma Management and Prevention*)(GINA). 1993m. buvo sukurta darbo grupė, kuri parengė pirmąsias astmos diagnostikos ir gydymo rekomendacijas – GINA (angl. Global Initiative for Asthma). 1995 metais sukurta GINA

pasaulinė astmos iniciatyva, turinti padėti sumažinti pasaulyje astmos paplitimą, sergamumą astma ir mirštamumą nuo jos. Jose nurodoma, kad ilgalaikis paciento gydymas laikytinas sėkmingu, o liga – kontroliuojama, jei pacientas dėl astmos nepabunda naktimis, nepraranda darbingumo (pvz.: nepraleidžia mokslo ar darbo dienų) bei fizinio aktyvumo, jam nereikia skubios medicininės pagalbos, jo kvėpavimo funkcija yra normali (ar beveik normali), o pats pacientas yra patenkintas ligos gydymu. Buvo išspausdinti išsamūs nurodymai dėl astmos diagnozės ir kontrolės. Nuolat atnaujinamos GINA rekomendacijos įgyvendinamos 60 pasaulio šalių, taip pat ir Lietuvoje. Pagal GINA projekto rekomendacijas kiekvienoje šalyje siūloma:

- ✓ Skatinti nacionalines BA programas, dalyvauti plačiuose epidemiologiniuose sergamumo tyrimuose, vertinant sergančiųjų gyvenimo kokybę;
- ✓ Nustatyti įvairių diagnostikos ir gydymo būdų santykinę efektyvumą, vertinant ligonio gyvenimo kokybę;
- ✓ Skatinti atlikti patikimus, pageidautina, neinvazinius tyrimus, atskleidžiančius kvėpavimo takų uždegimą, naudingus diagnozuojant ligą ir vertinant jos gydymą;
- ✓ Tirti ekonomiškai optimalias strategijas. Nustatyti, kaip geriausiai naudoti gydymo ir profilaktikos resursus [7,8].

Pagrindinės PSO globalinės strategijos yra perspėti astmą, sumažinti neįgalumą nuo šio susirgimo ir stacionarinio gydymo dažnumą, gydymo kainą, organizuojant pacientų mokymą, kaip teisingai naudotis šiuolaikinėmis gydymo priemonėmis, kaip pažinti savo ligos „kaprizus“, kaip prisitaikyti gyvenant su astma, kaip pagerinti savo gyvenimo kokybę [9].

1.2. Bronchų astmos sąvoka.

BA žinoma nuo seniausių laikų. Astmos gydymas aprašytas Eberso papiruse Egipte. Kinijoje Geltonasis imperatorius Huang-Ti (2698 - 2598 m. pr. Kr.) aprašė BA kliniką. BA savo darbuose mini ir žymiausias antikos gydytojas Hipokratas (460 – apie 377 m. Pr. Kr.), antikinės medicinos klasikas, Romos imperatoriaus Marko Aurelijaus gydytojas Galenas, žymus XVI amžiaus šveicarų gydytojas, Bazelio universiteto profesorius Paracelsas. 1780 m. William Wittering rašė: „Nors BA kartais ligoniui sukelia kančias, tačiau gyvenimo trukmės ji nesutrumpina“. XIX a. Olver Wendell Holmse Amerikoje spazminę astmą pavadino „lengvu negalavimu, prailginančiu gyvenimą“. Beveik tuo pačiu metu garsus gydytojas Trousseau (Triuso) astmą vertino kaip apdovanojimą žmogui, nes ji prailgina gyvenimą. 1906m. seras Williams Osler pareiškė nuomonę, kad nėra žinoma, jog žmogus mirtų astmos priepuolio metu [10].

Buvo atlikta daug tyrinėjimų, parašyta daug įvairių straipsnių apie BA etiologiją, rizikos veiksnius, patogenezę ir ligos gydymą. Tačiau šiuolaikinis mokslas astma (gr. *asthma* – dusulys) apibūdina taip:

BA – tai lėtinė persistojanti liga, apibūdinama padidėjusiu kvėpavimo takų jautrumu įvairiems dirgikliams ir pasireiškianti kvėpavimo takų spindžio susiaurėjimu, kuri gali praeiti savaime arba gydant [11].

Bronchų astmai būdinga:

- 1) apatinių kvėpavimo takų spindžio susiaurėjimas;
- 2) kvėpavimo takų gleivinės uždegimas, dažniausiai alerginis. Gleivinė infiltruota eozinofilais, putliomis ląstelėmis, T limfocitais. Šios ląstelės išskiria įvairias aktyvias medžiagas, mediatorius, kurie sukelia bronchų epitelio destruktiją, žaloja gleivinę, ji paburksta – vystosi edema;
- 3) padidėjęs kvėpavimo takų dirglumas įvairiems nespecifiniams faktoriams – cheminėms medžiagoms, šalčiui, fiziniam krūviui. Tai bronchų hiperreaktyvumas, kuris pasireiškia kosuliu ir dusuliu. Bronchai pradeda gaminti daugiau sekreto. Tirštos gleivės susilaiko kvėpavimo takuose dėl bronchų spazmo, o dėl to bronchų spindis dar daugiau susiaurėja ir sutrinka oro iškvėpimo procesas [12].

1.3. Bronchų astmos epidemiologija

BA yra laikoma civilizacijos liga. Šia liga serga vaikai ir suaugę, moterys ir vyrai, nors ir ne vienodai dažnai. Tai ne retas susirgimas. Pasaulyje BA serga 4-5 % gyventojų. Įvairių šalių mokslininkų ir praktikų darbuose rašoma, kad ši liga dažnėja, ypač po 1960 metų. Sidney S. Braman nurodo, kad didžiausias astmos paplitimas Jungtinėje Karalystėje yra >15%, Naujojoje Zelandijoje (15,1%), Australijoje (14,7%), Airijoje (14,6%), Kanadoje (14,1%), ir JAV (10,9%). Vokietijoje BA serga 4 milijonai gyventojų [6].

Besivystančiose šalyse (Afrika, Centrinė ir Pietų Amerika, Azija, Ramiojo vandenyno salos), didėjantis sergamumas siejamas su urbanizacija. Apytikriai apskaičiavimai parodo, kad > 40 milijonų žmonių Pietų ir Centrinėje Amerikoje ir > 50 milijonų žmonių Afrikoje šiuo metu serga BA. Aukštas paplitimas buvo nustatytas Peru (13,0 %), Kosta Rikoje (11,9 %) ir Brazilijoje (11,4 %). Afrikos žemyne astmos paplitimas yra didžiausias Pietų Afrikoje (8,1 %). Beveik 44 milijonai žmonių Rytų Azijoje / Ramiojo vandenyno regione serga astma [6,7].

Lietuvoje tyrimų duomenimis BA serga 1,5-4,8 % gyventojų (2 lentelė) [8].

2 lentelė. Sergamumas BA Lietuvoje pagal Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenis (LSIC).

Metai	Vaikai iki 15 metų		Suaugusieji	
	Pacientų skaičius	Sergamumas 1000 gyv.	Pacientų skaičius	Sergamumas 1000 gyv.
1992	2084	2,5	9400	3,2
1994	2864	3,5	10993	3,8
1996	4177	5,3	13526	4,6
1998	7776	9,6	16162	5,6
2000	11688	16,0	22382	7,5

2005 m. LSIC duomenimis, astma sirgo 14 170 vaikų iki 16 m. ir 25 156 suaugusieji [13].

1.4. Bronchų astmos rizikos veiksniai

3 lentelėje pateikiami BA rizikos veiksniai, kurie skirstomi į priežastinius ir nespecifinius [2,14].

3 lentelė. BA rizikos veiksniai

Priežastiniai veiksniai	Nespecifiniai veiksniai
• Namų aplinkos alergenai ✓ Dulkių erkės ✓ Naminių gyvūnų ir paukščių plaukai, epidermis, plunksnos, seilių ir kt. baltymai ✓ Tarakonai ✓ Pelėsiniai grybeliai • Išorinės aplinkos alergenai: ✓ Žiedadulkės ✓ Sezoninių grybelių sporos ✓ Gyvulių plaukai, epidermis • Maisto ir kiti alergenai: ✓ Vaistai (aspirinas ir kt.)	✓ Virusinės kvėpavimo takų infekcijos ✓ Tabako dūmai (aktyvus ir pasyvus rūkymas) ✓ Fizinis krūvis ✓ Stresas, stiprios emocijos (juokas, verksmas, pyktis) ✓ Maistas, gėrimai, maisto priedai ✓ Atmosferos, oro teršalai ✓ Fiziniai dirgikliai (staigi oro drėgmės ir temperatūros kaita, įvairios dulkės) ✓ Cheminiai dirgikliai (aeroliai, kvepalai, aštrūs kvapai, dažai, skalbikliai ir kt.) ✓ Dujos buityje (dujinės viryklės, šildymas) ✓ Vaistai, vakcinos ✓ Gastroezofaginis refluksas ✓ Endokrininiai veiksniai (fiziologinės būsenos, skydliaukės ligos) ✓ Klimato arba gyvenamosios aplinkos pakeitimas

Alergija. Ligoniams, susirgusiems bronchų astma vaikystėje, dažnai nustatomas padidėjęs jautrumas įvairiems alergenams. Dažniausi alergenai: dulkių erkės, plunksnos, gyvūnų plaukai, pelėsiniai grybeliai, žiedadulkės, kai kurie maisto produktai (pienas, kiaušiniai, žuvis, žemuogės, riešutai) ir vaistai (aspirinas, penicilinas, vitaminai). Alergija – pagrindinė vaikų bronchų astmos atsiradimo priežastis. Ši liga glaudžiai susijusi su alerginiu rinitu, atopiniu dermatitu bei kitomis alerginėmis ligomis. Suaugusiems, sergantiems bronchine astma, alerginis komponentas nustatomas rečiau.

Rūkymas yra vienas iš pagrindinių daugelio plaučių ligų, taip pat ir lėtinės obstrukcinės plaučių ligos, BA ir plaučių vėžio rizikos veiksnių.

Rūkančiųjų mirtingumas nuo plaučių ligų yra didesnis nei nerūkančiųjų. Mirtingumas didesnis tų rūkančiųjų, kurie surūko daugiau cigarečių, pradeda anksčiau rūkyti ir giliau įkvepia dūmus.

Tabako produktuose yra 4000 cheminių medžiagų, iš kurių 40 yra žinomos kaip kancerogenai. Tabako dūmuose esančios medžiagos (nikotinas, dervos, anglies monoksidas ir dioksidas, azoto oksidas, vandenilio cianidas) žalingai veikia bronchų medį, sukelia gleivinės uždegimą, skatina bronchų liaukų produkciją, virpamojo epitelio metaplaziją, bronchų hiperaktyvumą.

Rūkantieji dažniau patiria respiracinių sindromų bei plaučių funkcijos sutrikimų. Forsuoto iškvėpimo tūris per pirmąją sekundę (FEV_1) nerūkantiems ir vyresniems kaip 30 metų per metus sumažėjo 20-30 ml, tuo tarpu rūkančiųjų FEV_1 mažėja kur kas greičiau ir daugiau (30-90 ml per metus). Nustatyta, kad rūkant padidėja bronchų reaktyvumas ir imunoglobulino E (IgE) koncentracija.

Plaučių ligomis dažnai serga ir pasyvūs rūkaliai, tai yra žmonės, kuriems tenka būti prirūkytoje aplinkoje. Ištyrus tokių pasyvių rūkalių nikotino koncentraciją seilėse bei šlapime nustatyta, kad pasyvus rūkymas atitinka 0,1-2 cigaretes, surūkytas per dieną. 25% nerūkančiųjų, plaučių ligomis sergančiųjų pasyvus rūkymas paaštrina ligos simptomus. Pasyvus rūkymas itin kenkia vaikams. Jis yra ankstyvo švokštimo vaikystėje, BA ir padidėjusio bronchų jautrumo atsiradimo priežastis [15].

Profesiniai veiksniai lemia sergamumą 5-10 % BA.

Bronchinės astmos išsivystymui svarbūs ir **kiti veiksniai**: virusinė ir bakterinė kvėpavimo takų infekcija, stresas, cheminiai dirgikliai, fizinis krūvis, užterštas oras (šilti, blogai vėdinami butai, padidėjusi automobilių išmetamųjų dujų koncentracija), gastroezofaginis refluksas (GERL nustatomas maždaug 75 % vaikų ir daugiau kaip 50% suaugusiųjų, sergančių BA), bronchų ir plaučių formavimosi ypatumai, nespecifiniai klimato ir aplinkos pakitimai [15,16].

Be to, manoma, kad yra **genetinis** šios ligos **polinkis** (dažnai serga paciento šeimos nariai). Įvairių autorių duomenimis, BA serga 10-25 % pirmosios eilės giminių [15].

Astma galima susirgti bet kuriame amžiuje. Tai neužkrečiama liga. Daug dažniau serga žmonės, kurių šeimoje arba giminėje jau yra sergančiųjų astma ar kitomis alerginėmis ligomis. Sergantįjį astma gali kamuoti ir kitos alerginės ligos: alerginis rinitas, rinosinusitas, atopinis dermatitas [17].

1.5. Bronchų astmos klasifikacija

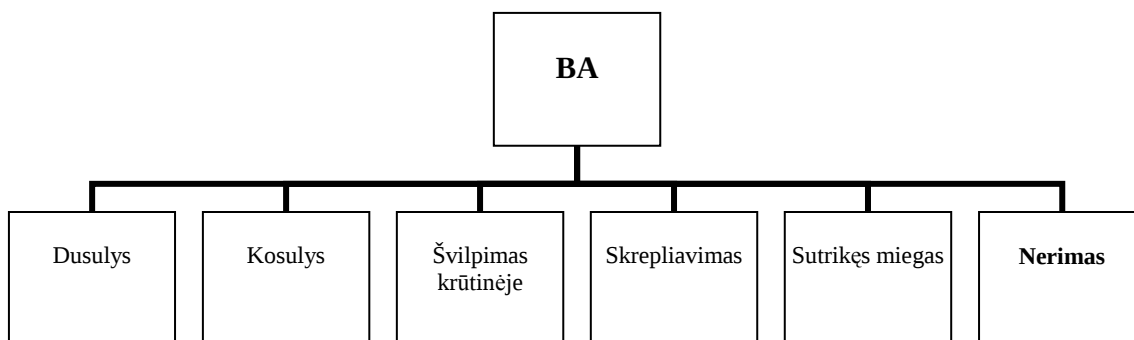
BA klasifikuojama (4 lentelė) pagal etiologiją ir ligos eigos sunkumą (pagal GINA rekomendacijas) [7,16].

4 lentelė. Bronchų astmos klasifikacija pagal ligos sunkumą

	Simptomai	Naktiniai simptomai	Kvėpavimo funkcija
4 PAKOPA Sunki persistuojanti	▪ nuolatiniai ▪ ribotas fizinis aktyvumas ▪ dažni ligos paūmėjimai	dažni	▪ PEF ar FEV1 $\leq$ 60% ▪ PEF paros svyravimai $>30\%$
3 PAKOPA Vidutinio sunkumo persistuojanti	▪ kasdien ▪ kasdieninis trumpalaikio veikimo β_2 agonistų vartojimas ▪ paūmėjimų metu ribotas fizinis aktyvumas	>1 kartą per savaitę	▪ $60\% < \text{PEF ar FEV1} < 80\%$ ▪ PEF paros svyravimai $>30\%$
2 PAKOPA Lengva persistuojanti	▪ ≥ 1 kartą per savaitę, bet nekasdien ▪ paūmėjimų metu gali būti ribotas fizinis aktyvumas	>2 kartus per mėnesį	▪ PEF ar FEV1 $\geq 80\%$ ▪ PEF paros svyravimai 20 – 30%
1 PAKOPA Epizodinė (intermituojanti)	▪ <1 kartą per savaitę ▪ remisijos metu nėra simptomų, o PEF ar FEV1 normalūs ▪ paūmėjimai trumpi (kelios val. – dienos), įvairaus sunkumo	≤ 2 kartus per mėnesį	▪ PEF ar FEV1 $\geq 80\%$ ▪ PEF paros svyravimai $<20\%$

1.6. Bronchų astmos simptomai

Sergantieji BA turi įvairių nusiskundimų. Pagrindiniai simptomai parodyti 2 pav.



2 pav. BA simptomai

Šios ligos sukelti negalavimai gali pasireikšti tik tam tikrais metų laikais, tačiau kartais sezoniskumas nebūdingas, sergama visais metų laikais, ypač ligai įsisenėjus. BA simptomai atsiranda staiga, jie dažniausiai trumpalaikiai (trunka tik kelias minutes ar valandas), tačiau gali kartotis keletą kartų per parą. Esant ligos paūmėjimui, simptomai sunkesni, tęsiasi kelias dienas ar savaites, pasireiškia progresuojantis dusulys. Ilgainiui deguonies trūkumas pažeidžia ir kitas organizmo sistemas: sutrinka miegas, atsiranda nerimas, kito priepuolio baimė. BA eiga labai nevienoda. Liga gali būti epizodinė ir nuolatinė. Epizodinė astma pasireiškia tam tikrais periodais, dažniausiai po trumpalaikio kontakto su alergenais. Jai būdinga lengva eiga ir ilgi pagerėjimo periodai. Esant nuolatinei astmai, bronchų uždegimas yra pastovus.

Dusulio priepuolis

Tai sunkus, dažnas iškvėpimas. Ligonis švokščia, jam sunku iškvėpti, jis susijaudinęs, kalba trūkinėjanti, negali eiti ar gulėti, nosies šnervės išsiplečia, kvėpuojant dalyvauja pagalbiniai raumenys, įsitraukia duobutė virš raktikaulio, tarpai tarp šonkaulių. Pečiai ir krūtinės ląsta pakelti, galva įtraukta, susikūprinęs, palinkęs į priekį. Priepuolis gali prasidėti staiga, netikėtai, ūmiai – per kelias minutes. Jis gali būti lengvas ar sunkus, net pavojingas gyvybei. Tarp priepuolių ligonis gali jaustis visiškai sveikas.

Kosulys

Sausas, įkyrus, pasireiškia priepuoliais, ypač vargina naktį, yra net skausmingas. Tai yra padidėjusio bronchų jaudrumo požymis. Būklei gerėjant tampa drėgnas. Kartais gali būti vienintelis astmos požymis.

Švokštimas krūtinėje

Aukštų tonų švilpiamieji garsai iškvepiant, būdingi ypač vaikams. Kvėpavimas daugiau ar mažiau triukšmingas. Ligonis negali pakankamai gerai iškvėpti.

Sutrumpėjęs įkvėpimas

Nevisiškai iškvėpto oro dalis lieka plaučiuose ir ji trukdo patekti įkvėptam orui su deguonimi (liekamasis oras). Plaučiuose kaupiantis liekamajam orui, plečiasi krūtinės ląsta. Ligonis jaučia pastovų oro trūkumą, dusulį, o įkvėpti pakankamai oro negali.

Skrepliavimas

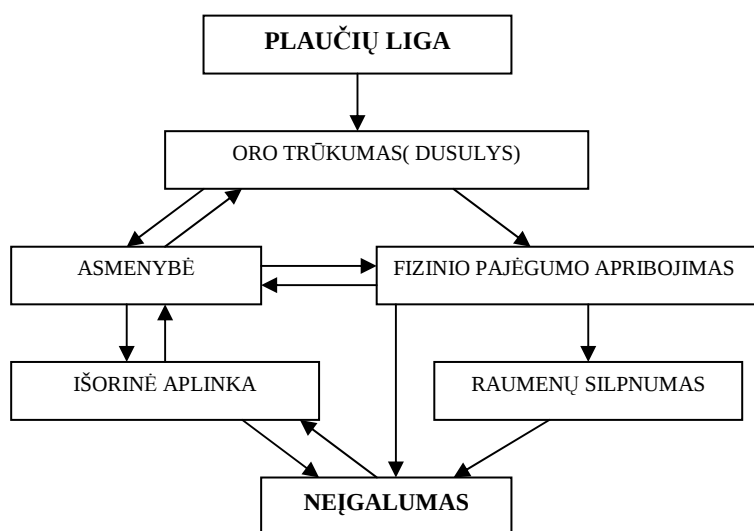
Negausus, sunkiai atkosimas, skrepliai tāsūs, gleivėti, lipnūs, galima pamatyti Kuršmano spirales (bronchiolėse susiformavę gleivių kamščiai).

Pabudimas iš miego

Naktį arba ankstyvą rytą kosulio arba sunkaus kvėpavimo priepuolis gali pažadinti ligonį iš miego [17].

Liga gali komplikuotis užsitęsusiu sunkiu BA priepuoliu – astmine būkle (*status asthmaticus*). Priepuoliui užsitęsus, dėl prakaitavimo ir tachipnėjos ligonis netenka daug skysčių, sutrinka drenažinė bronchų funkcija, dalis bronchų užsikemša tasiu sekretu. Ligonio būklė pablogėja, nusilpsta kvėpavimo raumenys, kvėpavimo judesiai pasidaro greiti, neefektyvus. Ligonis pasidaro mieguistas, pritemsta jo sąmonė, gali ištikti hipokseminė koma, dėl kvėpavimo centro paralyžiaus galima mirtis. Astminė būklė ištinka 3-5% sergančiųjų BA. Mirtingumas nuo astminės būklės – 1-10% [15].

Ligos simptomai blogina ligonių **gyvenimo kokybę**: intensyvus gydymas ligoninėje, nedarbingumas ar neįgalumas, ribotas fizinis aktyvumas, sutrikęs miegas ar elgesys trukdo gyventi visavertį gyvenimą (3 pav.) [18].



3 pav. Plaučių ligos ir neįgalumo ryšys

1.7. Įvadas į gyvenimo kokybę

Pastaraisiais dešimtmečiais nuolat didėja medicinos visuomenės susidomėjimas gyvenimo kokybės (GK) tyrimais. Prieš 20 metų GK tyrusius mokslininkus domino tik atskiros pacientų grupės, pvz.: sergantys paskutinėmis vėžio stadijomis, fizinės negalios ir psichikos ligoniai. GK daugelyje medicinos sričių tapo tokia pat mokslo tirama tema, kaip sergamumas arba mirtingumas [19].

1.6.1. Gyvenimo kokybės sąvokos istorija

Apie gyvenimo pilnatvę, žmogaus laimę savo veikaluose rašė Aristotelis (384–322 pr. Kr.) ir kiti graikų filosofai. Visuomenės raidoje gyvenimo kokybės samprata visada buvo aktuali rašytojams ir filosofams.

GK terminas pirmą kartą buvo pavartotas A. C. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerbūvį 1920 metais, tačiau susidomėjimo šis naujas terminas nesukėlė ir buvo pamirštas iki Antrojo pasaulinio karo pabaigos. Maždaug tuo pat metu PSO išplėtė sveikatos apibrėžimą, įtraukdama į jį fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės sąvokas. Tai sukėlė diskusijas, ar sveikatą būtų galima išmatuoti. Aštuntojo dešimtmečio viduryje JAV sociologai pradėjo įvairių gyventojų grupių GK tyrimus, kurių metu tyrinėjo tokių veiksnių, kaip išsilavinimas, sveikata, šeima, darbas, aplinka ir materialinės sąlygos, įtaką žmonių gerovei. Per paskutinius du dešimtmečius GK tyrimai tampa vieni iš aktualiausių medicininių tyrimų, aiškinantis įvairių ligų poveikį gyvenimo gerovei [19].

1.6.2. Gyvenimo kokybės sąvoka

Gyvenimo kokybės apibrėžimas iki šiol yra diskusijų objektas. Jei sveikata apibūdinama kaip fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, tai liga pažeidžia visa tai. GK kiekvienas gali apibrėžti savaip. Dažniausiai ji apibūdinama taip:

- Gera sveikata;
- Vaikai;
- Tarpusavio supratimas šeimoje;
- Darbas;
- Materialinė gerovė;
- Artimi ryšiai sutuoktiniu.

Paprasčiausias ir dažniausias apibrėžimas – tai skirtumas tarp norų ir galimybių, t.y. tarp to, ko trokštame ir to ką galime. PSO 1993 metais 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, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka” [19,20].

Dauguma mokslininkų pripažįsta, kad toks GK apibūdinimas yra pernelyg platus, apima daug gyvenimo sferų, tiesiogiai neįtakojamų sveikatos ar jos priežiūros. Medicinoje GK dažniausiai vadinama su sveikata susijusia GK (SSGK) ir nagrinėjama siauresniu aspektu, apimančiu fizinį, psichologinį ir socialinį sveikatos lygmenį, kaip atskiras sritis, įtakojamas asmens patirties, įsitikinimų, lūkesčių ir pojūčių [21].

SSGK yra ta GK dalis, kurią veikia sveikata ir sveikatos priežiūra. Ji apibūdina žmogaus subjektyvų pojūtį, kaip jo sveikatos būklė veikia GK. Tyrinėjant GK siekiama gauti dvejopą informaciją: apie paciento funkcinę būklę ir paties paciento vertinimą apie ligos poveikį sveikatai ir GK. SSGK yra neatitikimas tarp sveikatos, kokios mes tikimės ir kokią patiriame. Taip paaiškinama, kodėl GK suvokimas skiriasi tarp individų, kadangi skiriasi pastarųjų lūkesčiai, priklausantys nuo įgytos patirties, tampančios naujų vilčių atskaitos tašku, bendros savijautos.

Haas B.K. 1997 metais išanalizavo mokslinėje literatūroje spausdintus straipsnius apie GK ir atliko jų tematinę analizę. Buvo nustatyti penki požymiai, kurie atspindi šiuolaikinį GK modelį:

- GK savo prigimtimi yra daugialypė;
- GK apima subjektyvius ir objektyvius žymenis;
- GK yra dabar egzistuojančių individo gyvenimo aplinkybių įvertinimas;
- GK yra pagrįsta išpažįstamomis vertybėmis ir kintama;
- GK geriausiai gali įvertinti asmenys, pajėgūs atlikti subjektyvią savianalizę.

Remdamasis šiais požymiais, Haas B.K. suformulavo savitą GK apibrėžimą:

„GK yra įvairiapusis individo dabartinių gyvenimo aplinkybių įvertinimas kultūros, kuriai priklauso, bei išpažįstamų vertybių kontekste“. Taigi, apibendrinant įvairių tyrinėtojų koncepcijas, galima konstatuoti, kad GK – tai pirmiausia subjektyvus gerovės pojūtis, apimantis fizinį, psichologinį, socialinį ir dvasinį lygį [19].

Calman K. C. siūlo kitokį SSGK apibrėžimą [21]: „SSGK yra neatitikimas tarp sveikatos, kokios žmogus tikisi ir kokia ji yra“. Bulinger M. SSGK apibrėžia kaip sveikatos suvokimo poveikį žmogaus gebėjimui gyventi visavertį gyvenimą.

Galima išskirti kelis pagrindinius GK, susijusios su sveikata, komponentus:

- Simptomus, jų stiprumą ir efektyvų atsaką;
- Nuotaikas, jų svyravimus;
- Veiklumą, dalyvavimą, funkcijas, galimybes, apribojimus;
- Sveikatos ir gyvenimo suvokimą, lūkesčius;
- Požiūrį į ligą bei santykį su ja [21].

1.6.3. GK tyrimų medicinoje priežastys

GK tyrimai pradėti sociologų ir psichologų, netrukus tapo svarbūs ir sveikatos priežiūrai. Pamažu imta remtis ne vien klinikiniais simptomais ir laboratorinių tyrimų duomenimis, bet ieškoti būdų, leidžiančių įvertinti ligą paciento požiūriu. GK tyrinėjimus skatino pacientų noras gauti atsakymus apie sveikatos priežiūros teikiamas galimybes jiems suprantamomis sąvokomis, o taip pat vis didėjančios išlaidos sveikatos apsaugai [22].

1.6.4. GK tyrimų instrumentai ir metodikos

Įvertinti GK yra sudėtinga, kadangi pati GK sąvoka yra gana abstrakti. Daug diskusijų tarp tyrinėtojų kelia klausimas, kas turi vertinti sergančiojo GK – pats ligonis, medikas ar globėjas? Kitas svarbus klausimas: kokie instrumentai tinkamesni GK vertinti – bendriniai, tinkami visiems, ar specifiniai – skirti tik ta liga sergantiesiems? Manoma, kad ypač svarbus yra subjektyvus GK vertinimas. Pasitenkinimas turi atspindėti daugelį gyvenimo sričių: darbą, mokymąsi, laisvalaikį, socialinius ryšius [22].

GK vertinti naudojami įvairūs klausimynai (instrumentai). Jie sudaromi, remiantis skirtingais GK apibrėžimais, modeliais. Nors ir nėra vieningos nuomonės, GK tyrėjai sutaria, kad visi GK tyrimų instrumentai turėtų matuoti tiriamojo fizinę būklę, psichologinį gerbūvį, bendravimą su kitais žmonėmis ir kasdienę veiklą. Taip pat iki šiol nėra vieningos GK klausimynų klasifikacijos. Apibendrinant išanalizuotą literatūrą, GK klausimynus galima suskirstyti į šias grupes:

- Bendrinius (angl. *generic*).
- Specifinius ligai ar populiacijai (angl. *disease or population specific*).
- Specifinius sričiai (angl. *domain specific*).
- Naudos (angl. *utility*).
- Individualizuotus (angl. *individualised*) [19].

Bendriniai (generiniai) instrumentai

Jie dažniausiai naudojami populiacijos sveikatai stebėti epidemiologinių tyrimų metu, tačiau tinka ir įvairioms pacientų grupėms tirti bei įvairioms ligoms ir būklėms palyginti. Dėl platesnių naudojimo galimybių šie instrumentai yra deramai išbandyti esant įvairioms klinikinėms būklėms ir taikyti skirtingoms pacientų grupėms. Jie gali įvertinti nepageidaujamą šalutinį gydymo poveikį fizinei, psichinei ir socialinei sveikatos sritims ir atspindėti bendrą gydymo poveikį paciento gyvenimui.

Plačiausiai naudojami ir žinomiausi bendriniai GK tyrimo instrumentai yra: *Sickness Impact Profile*, *Nottingham Health Profile*, *SF-36*, *EuroQoL*, *WHOQOL-100*. Jie apima keturis pagrindinius SSGK komponentus: fizinę būklę, psichologinį gerbūvį, bendravimą ir

kasdienę veiklą. Šios sritys kai kuriuose klausimynuose gali būti ir labiau išskaidytos (pvz., nepriklausomybės laipsnis, aplinka, dvasingumas ir kt.).

Specifiniai instrumentai

Šie instrumentai skirti kokios nors vienos ligos požymių (pvz., dirgliosios žarnos sindromo, gastroezofaginio reflukso ar širdies nepakankamumo ir kt.), būklės (dusulio, skausmo, silpnumo) intensyvumui išmatuoti, funkcijos sutrikimo (miego, darbingumo, seksualinės funkcijos) įtakai subjektyviam sveikatos pojūčiui įvertinti. Daugeliui ligų yra sudaryti specifiniai klausimynai, pavyzdžiui, skirti onkologiniams ligoniams (RSCL – *Rotterdam Symptom Checklist*), epilepsijai (QOLIE–89 – *Quality of Life in Epilepsy*), LOPL (Lėtinių kvėpavimo ligų anketa (CRDQ), *St. George* kvėpavimo (SGRQ), Sietlo obstrukcinės ligos klausimynas (SOLQ) ir kiti, kurie matuoja tam tikrų ligų požymių pasireiškimą ir intensyvumą. Šie instrumentai jautriau nei bendriniai matuoja ir nedidelius sveikatos pakitimus. Specifiniai ligos vertinimo klausimynai buvo sudaryti siekiant stebėti gydymo efektyvumą, ligos eigą bei atskirų specifinių simptomų išraiškas.

Specifiniai sričiai instrumentai

Jie skirti tam tikriems sveikatos aspektams matuoti. Specifiniai sričiai GK klausimai matuoja tam tikrus atskirus požymius: skausmą, nuovargį, miego sutrikimus, fizinį funkcionavimą. Šio instrumento pavyzdžiai gali būti *Beck* depresijos skalė, *McGill* skausmo klausimynas.

Naudos GK instrumentai

Tai daugiau specializuoti GK tyrimo instrumentai. Jie skirti ekonominiams kainos naudos įvertinimams ir rečiau naudojami klinikinių eksperimentinių tyrimų rezultatams vertinti. Tokio tyrimo instrumento pavyzdys yra *EuroQoL* (EQ-5D) klausimynas. Jis tinkamas daugeliui ligų ir būklių įvertinti, matuoja fizinį, psichinį ir socialinį funkcionavimą, tačiau rekomenduojamas naudoti lygiagrečiai su kitais instrumentais.

Individualizuoti GK tyrimo instrumentai

Individualizuoti GK instrumentai leidžia kiekvienam respondentui pačiam įtraukti ir įvertinti gyvenimo aspektų svarbą.

Bet kuri GK vertinanti anketa privalo atitikti šiuos reikalavimus. Anketa turi būti:

- Standartizuota ir galiojanti (validi, įteisinta);
- Turėtų galimybę atskirti pacientų sveikatos lygius;
- Efektyvi individualios paciento klinikinės būklės pokyčiams;
- Patikimai pakartojama;
- Griežtai vertinanti sveikatą;

- Trumpa ir paprasta [19].

1.6.5. Tyrėjo ir tiriamojo vaidmuo bei instrumento parinkimas

GK tyrinėtojai dažnai susiduria su specifinėmis tiriamųjų grupėmis: vaikais ar senyvo amžiaus žmonėmis, terminaline ligos stadija sergančiais pacientais, neigaliaisiais ir psichikos ligoniais. Šios paminėtos grupės yra labai specifinės. Dėl to tenka apsispręsti, kas gali atsakyti į GK instrumento klausimus. Atsižvelgiant į tai, kas pildo klausimyną, klausimynai skirstomi į tris grupes:

- pildomus pačių tiriamųjų;
- pildomus juos pakeičiančio asmens;
- pildomus tyrėjo, apklausiančio tiriamąjį.

Apklausa gali būti atlikta keliais būdais:

1. betarpiškai apklausiant tiriamąjį „akis į akį“,
2. telefonu,
3. siunčiant anketą paštu,
4. panaudojant kompiuterių galimybes, internetą [21].

1.6.6. Gyvenimo kokybės tyrimai Lietuvoje

1998 m. Lietuvos sveikatos programoje GK problema pripažinta viena iš trijų pagrindinių programos tikslų. Programoje nurodyta, kad „GK – svarbi visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti esminio prioritetų koregavimo ir sveikatos priežiūros resursų perskirstymo“. Pabrėžiama, kad „turimų lėšų negalima naudoti vien ligoms gydyti ir gyvenimui ilginti“. Programoje siūloma sudaryti sąlygas socialiai remtinų žmonių, neigaliųjų, sergančių lėtinėmis ligomis pacientų GK pagerinti. Šis tikslas Programoje suformuluotas taip: *„Iki 2005 m. parengti ir įgyvendinti Lietuvos gyventojų GK stebėsenos ir analizės sistemą. Atsižvelgiant į gautus rezultatus, bus nustatytas tikslas iki 2010 metų“* [23].

Lietuvos sveikatos programos rengėjai atkreipė dėmesį, kad GK iki šiol Lietuvoje beveik nebuvo tiriama ir vertinama. Todėl Programa rekomenduoja vykdyti nuolatinę GK stebėseną ir, remiantis jos duomenimis, rengti GK gerinimo programą.

Norint sėkmingai įgyvendinti GK gerinimo strategiją, būtina įdiegti:

- GK stebėsenos sistemą;
- suaktyvinti piliečių dalyvavimą sveikatos politikos formavime;
- gerinti visuomenės narių išsilavinimą;
- sveikatą pripažinti socialine norma;
- sveikatos priežiūros srityje daugiau dėmesio skirti gyvenimo kokybei.

Tik pastaraisiais metais Lietuvoje pradėta nustatyti žmonių GK, pritaikant įvairius GK matavimo instrumentus. GK pradėjo tirti tiek klinikistai, tiek visuomenės sveikatos tyrinėtojai, epidemiologai. Galima teigti, kad iki šiol atlikti tik gana fragmentiški GK tyrimai, apimantys ne visas amžiaus, socialines grupes ir ligų kategorijas. Iki šiol nėra atlikta pakankamai reprezentacinių populiacinių nacionalinio lygio GK mokslinių tyrimų, galinčių plačiai ir išsamiai atspindėti problemą [19].

1.6.7. Gyvenimo kokybės tyrimų praktinė reikšmė ir perspektyvos

Visuomenės sveikatos srityje GK žymenys naudojami gyventojų grupių sveikatos pokyčiams stebėti, vykdomos sveikatos apsaugos ir socialinės politikos programų poveikiui visuomenei įvertinti. Gyventojų sveikatos rodiklių ir GK stebėjimas yra svarbus Lietuvos sveikatos programos uždavinys. Sveikatos, gyvensenos ir GK žymenų stebėsena turi padėti vertinti įvairių gyventojų grupių būklę ir nustatyti sveikatos priežiūros bei ekonomikos prioritetus. Populiacinių ir didelės rizikos prevencinės strategijos priemonių taikymo efektyvumą leis įvertinti pakartotiniai GK tyrimai.

Klinikinėje praktikoje GK tyrimai ateityje bus dar plačiau taikomi. GK tyrinėtojai Higgins I. J. ir kt. nurodo aštuonias šių tyrinėjimų klinikinio panaudojimo sritis:

1. Ligonio problemų įvertinimas ir svarbiausių simptomų, negalavimų prioriteto nustatymas.
2. Bendravimo tarp medikų ir paciento, tarp pačių medikų, tarp medikų ir ligonio šeimos pagerinimas.
3. Paslėptų ligonio problemų išaiškinimas (profilaktinė patikra).
4. Gydomo prioriteto nustatymas atsižvelgiant į ligonio nuomonę.
5. Gydomo poveikio stebėsena remiantis ligonio subjektyviu GK sferų vertinimu.
6. Medicinos personalo kompleksinis mokymas.
7. Klinikinio audito vykdymas.
8. Klinikinės vadybos kokybės gerinimas.

Apibendrinant įvairių tyrinėtojų duomenis, galima išskirti tokias GK tyrimų klinikinio panaudojimo sritis:

1. Individualių sergančiųjų sveikatos, socialinių problemų sprendimas.
2. Gilesnis ligos eigos ir aktyvumo įvertinimas.
3. Išsamus ligos dinamikos įvertinimas.
4. Gydomo veiksmingumo nustatymas.
5. Individualus gydymo metodo parinkimas.
6. Šalutinio medikamentų poveikio analizavimas bei įvertinimas.
7. Pacientų žinių apie ligą ir sveikatą pagilinimas.
8. Farmakologinio ir ekonominio poveikio įvertinimas.

Ligonio problemų įvertinimas ypač svarbus, kai vertinama lėtinėmis ligomis sergančių ligonių būklė, kai yra pažeista tiek fizinė, psichinė, tiek socialinė ligonio gyvenimo sferos. Bendravimo su ligoniu, jo šeima pagerinimas dažnai suteikia papildomos informacijos apie socialines problemas, slaugos galimybes, gyvenimo namuose sąlygas, ligonio fizinius ir psichologinius poreikius. Subjektyvus ligonio gydymo metodų vertinimas bei savo sveikatos vertinimas dažnai medikams nėra svarbūs kriterijai, nes šiuolaikiniai gydytojai daugiau pasitiki technologijomis bei laboratorinių tyrimų rezultatais.

Įdiegti GK tyrimai gydytojui ar slaugos personalui gali padėti nustatyti svarbiausias paciento problemas, kurios iš pirmo žvilgsnio gali atrodyti kliniškai nereikšmingos. Toks bendras klinikinių sprendimų priėmimo kelias pagerintų gydymo rekomendacijų laikymąsi ir ligonių pasitenkinimą gydymu. Be to, GK stebėsena leistų sekti gydymo poveikį ligoniui ir ligos dinamiką [19-23].

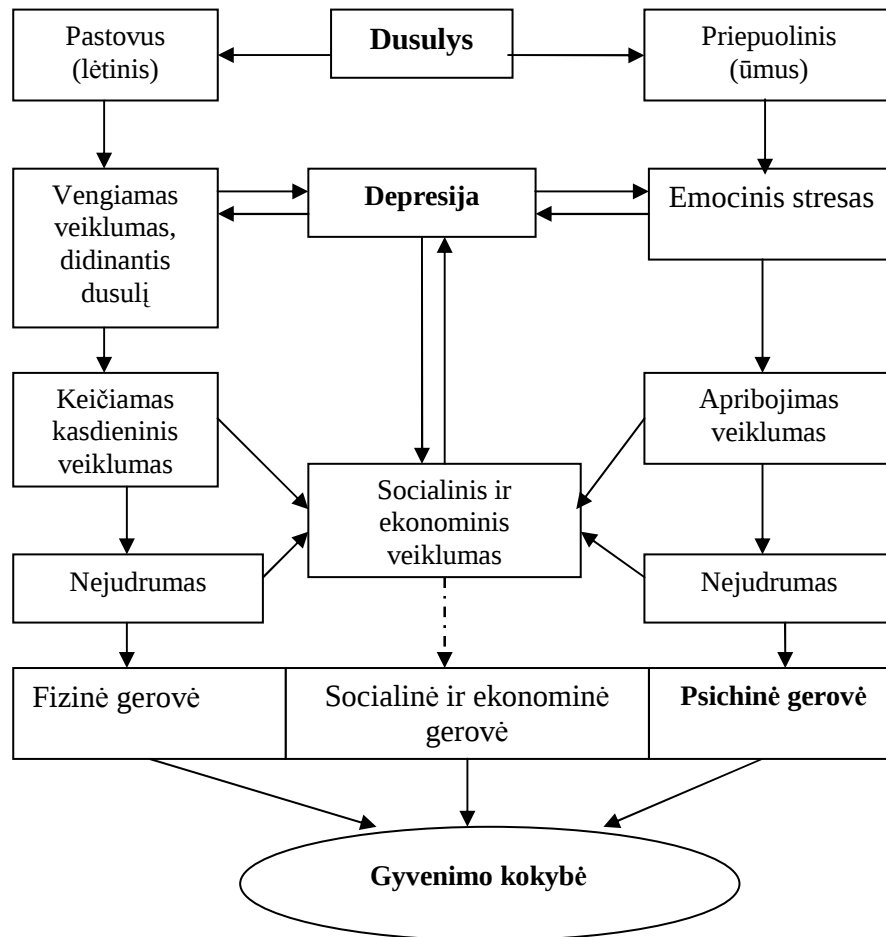
1.6.8. BA sergančiųjų gyvenimo kokybė

BA – lėtinė, nepagydoma ir daugeliu atveju nuolat progresuojanti liga, veikianti paciento fizinę, emocinę bei socialinę būklę, kurios etiopatogenetinis ir paliatyvus gydymas tik švelnina jos eigą, lėtina progresavimą, mažina simptomų aštrumą bei neigiamą poveikį kasdieniniams gyvenimo veiklai. Ligos nulemti simptomai trikdo darbingumą, dažnai baigiasi neįgalumu. Dėl šios ligos visuomenė priversta prarasti didelę dalį išteklių. Tenka ne tik nustatyti ligą, ją gydyti, bet dažniausiai ir išlaikyti sergantįjį. Dar sunkesnė našta visuomenei tenka, kai ligos pasekmės lemia neįgalumą. Tada prie išlaidų gydymui ir diagnostikai prisideda ir pragyvenimo išlaidų kompensavimas. Žmogus prarandamas kaip aktyvus kūrėjas ir darbo jėga. BA lemia kvėpavimo funkcijų kokybės blogėjimą, todėl nuolat mažėja paciento aktyvumas iki visiško neįgalumo. Pacientai, kuriems yra vidutinio sunkumo ligos eiga, jau yra neįgalūs, nes negali atlikti tų veiksmų, kuriuos norėtų atlikti. Be to, liga veikia sergančiojo santykius ir socialinius kontaktus: socialinė izoliacija ir vienišumas gali paveikti ir pacientą, ir jo šeimą bei partnerius [3,24].

Ligos simptomų kompleksas, o taip pat pavieniai simptomai, atskirai paėmus, blogina GK. Oro trūkumas bei dusulys yra pagrindiniai šios ligos simptomai. Jie riboja fizinį aktyvumą, todėl greitai vystosi fizinis neįgalumas. Jis gali būti sustiprintas, nes fizinis neaktyvumas lemia raumenų nykimą, o tai dar labiau skatina neįgalumą, jau nepriklausomai nuo oro trūkumo. Dar vienas svarbus veiksnys yra tas, kad neįgalumą sudaro ir patofiziologiniai veiksniai, ir nuotaikos bei individualios paciento savybės. Tai yra labai

svarbu, nes rodo subjektyvų sveikatos pakenkimo aspektą, individualų kiekvienam pacientui [25].

Įvairių veiksnių įtaką GK pavaizduota 4 pav. [18].



4 pav. Įvairių veiksnių įtaką GK

1.7. Slaugytojo vaidmuo pagerinant gyvenimo kokybę.

Lietuvos sveikatos statistikos duomenimis, pagrindinės mirties priežastys dėl kvėpavimo organų ligų 45-64 metų amžiaus grupėje tarp vyrų siekia 4,9 proc., tarp moterų – 2,4 proc.. Vyresniame amžiuje (daugiau kaip 64 m.) šie rodikliai po truputį didėja tarp vyrų ir sudaro 5,8 proc., o tarp moterų išlieka toks pat – 2,2 proc.[26]

Didėjant sergamumui ir mirtingumui dėl lėtinių ligų bei didėjant išgyvenamumui dėl medicinos mokslo progreso, svarbu didelį dėmesį skirti sveikatos mokymui, nes žinios apie sveikatą yra naudingos tiek sveikiems, tiek turintiems sveikatos problemų ar sergantiems lėtinėmis ligomis. Pažangiose pasaulio valstybėse pacientų švietimui ir mokymui kasdien skiriama vis daugiau dėmesio, nes manoma, kad daugumą pacientų gauna mažai informacijos

apie savo ligą, o dažnas iš jų droviasi tiesiogiai teirautis apie jiems rūpimus klausimus gydytojo ar slaugytojo. Būdamas pacientu, žmogus gali jaustis sutrikęs ir susirūpinęs, taip pat gali jausti, kad nekontroliuoja to kas vyksta. Dažnai pacientas nesupranta jiems pateikiamos informacijos. Kartais ir medicinos darbuotojai, norintys pranešti žinią, ne visada būna tam pasiruošę ir dažnai nežino, ką nori pasakyti. Neįvertinamas mokymo tikslas, paciento imlumas informacijai, paciento informavimo, švietimo ir mokymo poreikiai bei konkrečiam pacientui tinkami mokymo metodai. Pacientų žinios apie savo ligą dažnai laikomos nereikšmingos. Neįvertinama, kad pacientų švietimas bei mokymas apie ligos simptomus, priežastis, gydymo būdus gali maksimaliai pagerinti paciento gyvenimo kokybę [27].

Pacientų mokymas galėtų būti realizuojamas per slaugos grandį. Nors ilgą laiką slaugytojas buvo laikoma tik gydytojo nurodymų vykdytojas, tačiau vykstantys dinamiški pokyčiai Lietuvos gyvenimo srityse, lydimi sveikatos priežiūros sistemos reformos, išryškino slaugytojų veiklos pokyčius. Šiandien slaugytojas turi ne tik vykdyti gydytojo paskyrimus, jis gali savarankiškai konsultuoti pacientus jiems rūpimais klausimais. Dabar slaugytojas yra sveikatos ugdytojas. Šiandieninėje slaugoje tampa svarbūs socialiniai, psichologiniai bei pedagoginiai aspektai. Slaugytojas daugiausiai bendrauja su pacientu, todėl tarp paciento ir slaugytojo dažnai susiformuoja glaudūs ryšiai, paremti tarpusavio pasitikėjimu. Slaugytojai dažnai turi padėti pacientam atgauti pusiausvyrą ir tapti nepriklausomiems. J. Bydam teigia, kad konsultavimas, mokymas yra neatsiejama slaugos dalis, reikalinga daugeliui pacientų [28].

Bronchų astma yra lėtinė liga. D. Britanijos nacionalinio antiastminio judėjimo vyriausiojo medicinos patarėjo dr. M. R. Partridge tyrimai parodė, kad pirmą kartą nustačius BA diagnozę - 44 proc. pacientų nesuvokia situacijos, daugiau informacijos nori 56 proc., mano gavę pakankamai informacijos 9 proc., pakankamai pasikalbėję su gydytoju ir slaugytoju tik 22 proc. pacientų. Dauguma BA sergančių pacientų ir jų šeimos narių pasijunta vieniši su dviem baimę keliančiomis situacijomis: vaistų šalutinė reakcija ir pavojingais dusulio priepuoliais [29].

GINA projekto rekomendacijose išskiriami tokie pacientų mokymo principai:

- ✓ Pacientų mokymas pradedama tuoj pat nustačius diagnozę;
- ✓ Mokant pacientus dalyvauja visas medicinos personalas: gydytojai, slaugytojai, todėl labai svarbus komandos vieningas astmos supratimas;
- ✓ Mokomi ne tik pacientai, bet ir jų šeimos nariai;
- ✓ Geriausi mokymo rezultatai pasiekiami, kai mokymas vyksta individualiai pagal kiekvieno paciento suvokimo lygį;
- ✓ Pacientams pageidaujant padedama susijungti į sergančiųjų astma klubus;
- ✓ Būtina išsamiai atsakyti į visus pacientų klausimus.

Gali būti individualūs, grupiniai, kolektyviniai (astmos klubai, mokyklos, stovyklos) mokymo metodai. Kiekvienas metodas turi savo trūkumų ir privalumų, tačiau visada reikia atsižvelgti į paciento galimybes [7,9,16].

Kokie bebūtų pasirinkti mokymo metodai ar būdai, būtina siekti šių astmos mokymo tikslų [16]:

- ✓ Suteikti esminių žinių apie kvėpavimo sistemą ir BA;
- ✓ Išaiškinti sveikųjų ir BA sergančiųjų kvėpavimo sistemos (takų) skirtumus;
- ✓ Paaikškinti pokyčius, vykstančius priepuolio metu;
- ✓ Išmokyti vengti astmą provokuojančių veiksnių;
- ✓ Išsamiai patarti priemones ir būdus, padedančius išvengti astmos priepuolių (pvz.: aplinkos tvarkymas, priežiūra);
- ✓ Išmokyti tinkamos vaistų inhaliavimo technikos;
- ✓ Išmokyti vertinti savo būklę (pvz.: pagal simptomus);
- ✓ Išmokyti pažinti astmos paūmėjimo požymius ir sau padėti;
- ✓ Supažindinti su pakopinio gydymo principais ir išsamiai jį pritaikyti;
- ✓ Akcentuoti paciento atsakomybę ir veiksmų reikšmę gerai jo astmos kontrolei.

Pagrindinis pacientų ir jų šeimos narių mokymo tikslas yra tai, kad jie, suprasdami ligos esmę, sąmoningai saugotų savo sveikatą ir vykdytų gydytojo sudarytą gydymo planą, visose gyvenimo situacijose jaustųsi saugūs, psichologiškai ramūs [9]. Siekiant šių tikslų, pacientų mokymas, suvienijus gydytojų, slaugytojų ir pacientų pastangas, turi tapti sudėtine gydymo ir slaugos dalimi [9,16].

1.8. BA sergančiųjų emocinės būklės pokyčiai

Mokslininkai yra nustatę, kad sergant somatinėmis ligomis, padidėja psichikos sutrikimų rizika. 1996 m. buvo atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo 1523 pacientai. Jų būklė buvo vertinama pagal bendrinį sveikatos klausimyną (angl. *General Health Questionnaire – GHQ*). Tyrimo rezultatai parodė, kad kuo daugiau fizinės negalios, tuo daugiau psichikos sutrikimų. Sunkus somatinis susirgimas yra susijęs su psichinės būklės pablogėjimu [30].

Psichikos sutrikimai somatinėje klinikoje dažniausiai pasireiškia ne kaip izoliuotas sindromas, o kartu su kokia nors somatine liga. Tokiais atvejais svarbu teisingai įvertinti psichikos ir somatinės patologijos santykį. Kai psichikos sutrikimai išsivysto chronologiškai kartu su somatine liga ar tuoj pat po jos, jie vadinami antriniais. Antrinių psichikos sutrikimų sąveika su juos sukėlusiomis somatinėmis ligomis gali būti įvairi. Kartais pati žinia, kad asmuo susirgo sunkia liga ar dėl ligos atsiradusios komplikacijos, negalia, tampa stipriu psichosocialiniu stresoriumi ir sukelia adaptacijos sutrikimą, kuris gali pasireikšti pvz.: nerimo ar depresijos simptomais [31].

Antrinių nerimo ir depresijos sutrikimų kilmė yra įdomi, nes yra kompleksinė. Egzistuoja mažiausiai trys skirtingi paaiškinimai. Yra manoma, kad šių sutrikimų atsiradimą gali lemti:

- ✓ psichologiniai ryšiai – gali būti, kad nerimas ir depresija yra tam tikros fiziologinės disfunkcijos pasekmė;
- ✓ depresija ir nerimas atspindi daug sunkesnę somatinę ligą;
- ✓ psichologinė reakcija į ligą.

Psichologinės reakcijos labai svarbios. Šiais atvejais dažnesnė reakcija į ligą yra depresija. Tais atvejais, kai pacientas į ligą reaguoja nerimu, šis dažnai pasireiškia socialinės fobijos pavidalu ir labiau susijęs su negalia. Nerimo ir depresijos simptomai, atsiradę dėl somatinė ligos sunkiai nugalimi ir giliai įsišakniję [30].

Nuo sveikatos priklausanti gyveniena tampa vis svarbesnė vykdant sveikatos ir psichikos sutrikimų tyrinėjimus. Nerimo ir depresijos simptomai bei sutrikimai gyvenimui turi ypač didelę reikšmę. Jie ne tik dalyvauja daugelio sutrikimų patofiziologiniuose mechanizmuose, bet ir pablogina gydymo rezultatus, dėl to padažnėja ligos pasikartojimų ir komplikacijų dažnis [18].

1.8.1. Nerimas

Daugiau ar mažiau išreikštas nerimas lydi žmones nuolatos, tai dalis įprasto gyvenimo. Nerimas - netgi būtinas, nes įspėja apie pavojus ir grėšiančią žalą. Simpatinė nervų sistema užtikrina apsauginę reakciją į grėsmę nerimu. Nerimaujant organizmas pasiruošia veiksmui – tai vadinama “bėgimo-puolimo” mechanizmu. Esant grėsmingai situacijai, nerimas ir baimė padeda pasirengti kovai arba sprukti ir taip didina individo galimybes išlikti priešiškoje aplinkoje. Nerimo dėka pavojų sutinkame energingiau pasirengę, nerimas padeda išvengti nemalonumų ir susidoroti su kasdieninio gyvenimo kliūtimis. Tačiau milijonams pasaulio žmonių stiprus nerimas yra jau nebe normalus gyvenimo atspindys, o tiesiog kasdien kančią keliantis sutrikimas. Dažnas net nežino, kad būtent nerimo sutrikimai yra dažniausiai sutinkami psichikos sveikatos negalavimai, netgi dažnesni nei depresija. JAV Nerimo asociacijos duomenimis nerimo sutrikimai yra labiausiai paplitę psichikos sutrikimai, dėl kurių kenčia 19,1 milijono žmonių (13,3% suaugusių 18-54 m. amžiaus JAV gyventojų). Amerikos nerimo sutrikimų asociacijos parengto pranešimo “Ekonominė nerimo sutrikimų našta” duomenimis šie sutrikimai kasmet šaliai kainuoja 42 milijardus dolerių. Praktiškai pusė šios sumos išleidžiama dėl daugkartinio sveikatos paslaugų naudojimo, nes negydomi nerimo sutrikimai vargina ir verčia kreiptis į įvairiausių gydytojų [32].

Dažnai ne tik pacientas, bet ir gydytojas nerimo simptomų nelaiko rimtais, nors nerimo sutrikimai yra dažni tarp sergančiųjų somatinėmis ligomis. Dažnai perdėtas susirūpinimas yra laikomas normaliu reiškiniu, neatsižvelgiant į luošinančias pasekmes paciento darbinei veiklai, asmeniniam santykiams ir gyvensenai.

1.8.2. Nerimo apibrėžimas

Nerimas – dažniausia emocija, žmogų lydinti nuo gimimo iki mirties [33].

Nerimas yra žmogaus emocinė būseną, neapibrėžtas grėsmės jausmas, kylantis dėl realaus ar įsivaizduojamo pavojaus [34].

Nerimą patiria kiekvienas ištiktas streso. Nerimas skirstomas į normalų ir pataloginį, nerimo būseną ir broožą. Nerimo būseną yra nerimo jutimas dabar, tam tikru momentu, dažnai pasireiškia stresinėje aplinkoje. Nerimas gali tęstis ir ilgą laiką, galbūt visą gyvenimą. Toks nerimas vertinamas kaip broožas, būdingas asmenybės sutrikimui. Normalus nerimas ir nerimo būseną kokybiškai nesiskiria, skiriasi tik kiekybiniais simptomais. Nerimo būsenos metu pacientai gali jausti įtampą, pasimetimą, pažeidžiamumą, dusulį, uždusimo jausmą, išgąstį ir kitus simptomus. Nerimas vadinamas pataloginiu, jei atsiranda be aiškos priežasties. Toks nerimas, nesusijęs su koku nors provokuojančiu veiksmu, jis gali būti vadinamas „laisvai plaukiojančiu nerimu“, autonominiu nerimu [35].

1.8.3. Nerimo simptomai

Pacientus, kuriems yra nerimo sutrikimų, gali varginti psichologiniai ar somatiniai nerimo simptomai [36].

Psichologiniai: bloga nuojauta, grėsmės ir baimės jausmas, vidinė įtampa, padidėjęs dirglumas, nerimavimas dėl smulkmenų, nesugebėjimas atsipalaiduoti, panika, siaubo jausmas, sumažėjusi dėmesio koncentracija, nemiga.

Somatiniai: galvos skausmas ir svaigimas, nesugebėjimas aiškiai mąstyti, smauginimo jausmas, burnos sausumas, „gumulas“ gerklėje, hiperventiliacija, dusulys, mirties nuo uždusimo baimė, pasunkėjęs kvėpavimas, skausmas krūtinėje, širdies plakimas, tachikardija, pykinimas, vėmimas, viduriavimas, pilvo skausmas, sutrikusi seksualinė funkcija, padažnėjęs šlapinimasis, krūpčiojimas, nenustygimas vietoje, raumenų įtampa, virpulys, drebulys, raumenų skausmas, kojų ir bendras silpnumas, greitas nuovargis, prakaitavimas, šaltkrėtis, paraudimas.

1.8.4. Mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas

Nerimas dažnai lydi depresiją. Mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas diagnozuojamas tada, kai kartu pasireiškia ir nerimo, ir depresijos simptomai, tačiau nei vieni iš jų nėra akivaizdžiai vyraujantys, o atskirai jų neužtenka konkrečiam nerimo ar depresijos sutrikimui diagnozuoti. Jei ir nerimo, ir depresijos simptomai yra labai stiprūs, tuomet reikia diagnozuoti abu šiuos sutrikimus atskirai [37].

1.8.5. Nerimas ir somatiniai sutrikimai

Nerimo sutrikimai socialines žmogaus funkcijas ir prisitaikymą sutrikdo smarkiau nei tokios lėtinės somatinės ligos kaip diabetas, hipertenzija ir artritas. Nerimas ir depresija pablogina beveik visų somatinių ligų simptomus. Frieling, Cooke ir Wood (Didžioji Britanija) nurodo, kad labiausiai nerimas būdingas sergantiems dirgliosios žarnos sindromu (DŽS) [33].

Esant nerimo sutrikimams dažnai pastebimas perdėtas susirūpinimas savo sveikatos būkle, sunkiai paaiškinamų somatinių nusiskundimų gausa. Nerimastingi savo sveikatos būklę dažniau nei kiti įvertina kaip prasta. Dažnai pacientas net negali tiksliai paaiškinti, kas yra blogai, todėl dažnai kreipiasi į įvairius specialistus gydytojus. Jų gydymas užtrunka ilgiau, ir jie yra mažiau patenkinti gydymo rezultatais [33].

Nerimo patofiziologija turi didelę reikšmę vadinamiems psichosomatiniais sutrikimams atsirasti. Nerimo simptomai provokuoja stresinį organizmo atsaką, o tai gali paskatinti astmos priepuolį, miokardo infarktą, skrandžio opas.

Stresas ir nerimas gali ryškiai pasunkinti astmos simptomus, padažninti priepuolius, o šie savo ruožtu skatina priepuolio baimę ir dar labiau sustiprina nerimą. Įvairūs tyrimai pateikia skirtingą nerimo sutrikimų paplitimą tarp sergančiųjų astma: nurodoma, kad nuo 6 iki 30 proc. astma sergančių pacientų serga ir lydinčiais nerimo sutrikimais [33].

Nerimo sutrikimai didina somatinių susirgimų riziką, skatina depresijos vystymąsi ir ryškiai blogina gyvensenos rodiklius.

1.8.6. Depresijos apibrėžimas

Depresija yra liguista būseną, kuriai būdinga prislėgta, liūdna nuotaika, sulėtėjęs mąstymas ir prislopinti judesiai. Depresija gali būti pagrindinis ligos požymis, bet ji neretai pasitaiko ir kitų psichopatologinių sindromų struktūroje [38].

Depresijų psichopatologija pasikeitė, vis rečiau pasitaiko vadinamoji klasikinė, gili depresija, daugėja švelnesnių, atipiškų variantų, kurių struktūroje svarbią vietą užima somatiniai, vegetaciniai ligonių nusiskundimai [38].

1.8.7. Depresijos simptomai

Dažniausiai pasitaikantys simptomai pagal savo rūšį ir kilmę gali būti skirstomi į tris grupes: tipiški depresijos simptomai, įprastiniai ir somatiniai [36].

Tipiški depresijos simptomai: liūdna nuotaika, sumažėję interesai ir pasitenkinimas veikla, kuri ankščiau teikė malonumą, sumažėjusi energija ir padidėjęs nuovargis.

Įprastiniai simptomai: susilpnėjusi koncentracija ir dėmesys, sumažėjęs savęs vertinimas ir pasitikėjimas savimi, kaltės ir beviltiškumo idėjos, savęs žalojimo ir savižudybės idėjos ar veiksmai.

Fiziniai simptomai: miego ir apetito sutrikimai, skrandžio ir žarnyno negalavimai, galvos skausmai, „kamuolys“ gerklėje, spaudimas krūtinėje, širdies skausmai, libido ir potencijos praradimas, karščio bangos ir šiuropulys, silpnumas, raumenų skausmas.

1.8.8. Depresija ir somatinės ligos

Depresija nustatoma 4 -5 proc. gyventojų bendroje populiacijoje, o tarp sergančių somatinėmis ligomis ji pasireiškia daug dažniau – 12-36 proc. [39]. Depresijos ir somatinių ligų pasireiškimą lemia daugelis veiksnių [34]. Dažniausiai pati liga ir jos gydymas gali pabloginti paciento psichinę savijautą. Autorius E. Bazire išskyrė per 100 vaistų (steroidiniai hormonai, teofilinas, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, cimetidinas, β adrenoblokatoriai, interferonas), galinčių būti depresijos priežastimi. Be to, depresijos atsiradimą gali lemti ir psichologiniai veiksniai, ypač, jei ligos eiga yra lėtinė [35]. Nustatyta keletas rizikos veiksnių, kurie padidina riziką (5 lentelė) susirgti depresija [34].

5 lentelė. Veiksniai didinantys riziką susirgti depresija

Biologiniai	✓ hormonų, mitybos, elektrolitų balanso ar endokrininiai pokyčiai; ✓ nepageidaujama medikamentinis poveikis; ✓ sisteminės ar (ir) smegenų ligos sukeltos fizinės pasekmės.
Psichologiniai	✓ dėl sunkios ligos atsiradęs pasimetimas, gyvenimo prasmės praradimas; ✓ išvaizdos pokyčiai, savigarbos praradimas; ✓ darbingumo sumažėjimas, pasunkėjęs bendravimas.

1.8.9. Nerimas ir depresija sergant BA.

Pastaraisiais dešimtmečiais nuolat didėja susidomėjimas emocinės būklės poveikiu BA sergantiems pacientams. BA, kaip ligos, pasireiškiančios priepuoliais, paūmėjimais, labai svarbus komponentas yra paciento psichologinė būklė, nes dusulio priepuolio metu psichogeninis veiksnys sudaro apie 16 - 40% pradinės ir/ar palaikančios jį priežasties. Kartais net 70 – 80 proc. [40].

Ryšys tarp astmos ir psichologinių faktorių buvo pastebėtas prieš kelis dešimtmečius. 1930 -1950 m. ji buvo priskirta prie kitų psichosomatinių susirgimų – arterinės hipertenzijos, skrandžio opaligės ir kt. Nuo 1970 m. tobulėjant mokslui, astmos etiologijos ir patofiziologijos supratimas keitėsi, mažiau dėmesio skiriama emocinei pacientų būklei. Tačiau nežiūrint į mokslo laimėjimus, sergamumas ir mirtingumas nuo šios ligos didėjo. Mokslininkai ir vėl susidomėjo emocine BA sergančiųjų būkle ir buvo atlikta daug tyrimų, nagrinėjančių ryšį tarp astmos ir psichologinių faktorių [41].

Pavartojus raktažodį *asthma, depression, anxiety* MEDLINE duomenų bazėje galima rasti mokslinius straipsnius šia tema. Zielinski ir kt. bendraautorai atliko paiešką MEDLINE (1966-1999) ir PSYCHINFO (1967-1999) duomenų bazėse, norėdami rasti informacijos apie emocinių sutrikimų paplitimą tarp astma sergančiųjų (6 lentelė) [42].

6 lentelė. Depresijos paplitimas.

Tyrimas	Objektas	Vertinimo instrumentas	Rezultatai
Jones ir kt. (1976)	147 BA sergantys suaugę pacientai	MMPI	49 proc. turėjo depresijos simptomų
Teiramaa (1979)	100 BA sergančių paauglių ir suaugusiųjų	BDI, MMPI	53 proc. turėjo >15 balų
Lyketsot ir kt. (1987)	35 BA sergantys suaugę pacientai 165 kiti susirgimai	SAD	Didesnis SAD balas BA sergančiųjų ($p>0,005$)
Seigel ir Golden (1990)	40 BA sergantys pacientai 40 kontrolinė grupė	BDI	Didesnis balas sergančiųjų BA
Baduox ir Levy (1994)	102 BA sergantys pacientai 252 kontrolinė grupė	BSI	Didesnis balas sergančiųjų BA, $p>0,001$
Dyer ir Sinclair	40 BA sergantys pacientai 40 kontrolinė grupė	GDS	48 proc. astma sergančiųjų sirgo depresija

Yra nustatyta, kad depresijos simptomai sergantiems BA pacientams pasireiškia 2-3 kartus dažniau negu sveikiems žmonėms. Įvairių mokslininkų duomenimis, depresijos paplitimas svyruoja nuo 1% iki 45%. Tokių duomenų skirtumą jie aiškina tuo, kad naudojami skirtingi metodai, nustatant depresiją [42].

McSweeney vienas pirmųjų pastebėjo, kad BA sergantys pacientai jaučia emocinius sutrikimus - nerimą, depresiją, susirūpinimą ir bendrą nepasitenkinimą gyvenimu [18]. Etinger ir bendraautoriai nurodo, kad depresijos simptomai pasireiškia 22-28% BA sergantiems pacientams, ir jie išsivysto po BA klinikinių simptomų paūmėjimo [43]. M.D. Eisner ir kiti autoriai teigia, kad depresija yra susijusi su sunkia astmos eiga, padidinta hospitalizavimo rizika, bloga savijauta ir pablogėjusia GK [4]. J.Kolbe nustatė, kad depresijos simptomai dažnesni stacionare gydomiems pacientams. L. D. Rimington ir kt. nurodo, kad depresija labiau susijusi su astmos simptomais, negu su objektyviais bronchų obstrukcijos rodikliais. R. D. Goldney nagrinėjęs ryšį tarp BA ir depresijos simptomų, nustatė, kad rytiniai simptomai, dusulys, pabudimas naktį stipriai koreliuoja su depresijos simptomais [44,45].

Yra nustatyta, kad depresija turi neigiamą poveikį BA eigai. Pacientai, sergantys BA skiria mažiau dėmesio gydytojo nurodymų vykdymui. Mokslininkų duomenimis, BA sergantieji suvartoja mažiau nei 70 % visų jiems paskirtų vaistų [41].

DiMatteo ir bendraautoriai iškėlė hipotezę apie galimą „grįžamojo ryšio ciklą“. Anot jo, depresija sergantis pacientas nevykdo gydytojo nurodymų, kas sunkina astmos simptomus, o astmos paūmėjimas sąlygoja depresijos simptomų paūmėjimą. Ir taip susidaro uždaras ratas, kurio pagrindinis veiksnys yra depresija. Šią hipotezę palaiko ir kiti mokslininkai [46].

BA yra nerimo išsivystymo rizikos veiksnys. Pacientai, astmos paūmėjimų metu turi nerimo sutrikimą. Nerimas, anot R. E. Carr yra susijęs su dažniais apsilankymais pas gydytoją, hospitalizavimo trukme [47]. G. Hasler nurodo, kad nerimas labiau susijęs su kvėpavimo simptomais (dusuliu, švokštimu, kosuliu), taip pat nerimas gali išprovokuoti astmos simptomų paūmėjimus. Pacientai, kuriems yra nustatytas nerimas, blogiau vertina savo sveikatą ir mano, jog ligos eiga yra sunki [48]. 7 lentelėje pateikiami duomenys apie nerimo paplitimą tarp BA sergančiųjų [47,49].

7 lentelė. Nerimo paplitimas.

Autorius/metai	BA sergantys pacientai	Imtis	Nerimo paplitimas	
Shavitt RG., Gentil V., Mandetta R. 2000	Ambulatoriškai besigydantys pacientai	107	17	16%
G.M.F. Garden, J.G. Ayres 1994	Pulmonologinio skyriaus pacientai	40	8	20%
Schmaling K., Bell J 1997	Ambulatoriškai besigydantys pacientai	407	111	27,8%
Carr RE., Lehrer PM., Rausch LL., Hochorn SM. 1997	Stacionare besigydantys pacientai	93	32	34,7%
P.M. Yellowlees ,1988	Stacionare besigydantys pacientai	49	18	36,7%

Karajgi B., Rifkin A., Doddi S., Kolli R 1999	Pulmonologinio skyriaus pacientai	95	37	38,9%
Centanni S, Di Marco F, Castagna F, Boveri B, Casanova F, Piazzini A. 2000	Stacionare besigydančys pacientai	80	34	42,5%

Atlikti tyrimai parodo, kad BA sergantys pacientai serga lydinčiais nerimo ir depresijos sutrikimais. Šių tyrimų rezultatai paskatino medicinos visuomenę susirūpinti BA sergančiųjų priežiūros kokybe. Mokslininkai vis labiau gilinasi į emocinių sutrikimų ir BA lygiagretų pasireiškimą. Nauji tyrinėjimai turėtų išvystyti naujas ir efektyvias farmakologinio, psichologinio ir psichosocialinio gydymo galimybes. Integruotos gydymo programos turi užkirsti kelią emocinių susirgimų išsivystymui [41].

2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrime dalyvavo 142 pacientai, sergantys bronchų astma (BA). Apklausa vykdyta 2007 12- 2008 03. Buvo apklausiami BA sergantys pacientai, kurie lankėsi pas šeimos gydytojus. Anketavimas vyko VŠĮ Šeškinės poliklinikoje, VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje, VŠĮ Centro poliklinikos Lukiškių filiale ir Diagnostikos centre.

Pacientai buvo apklausiami anoniminio anketavimo būdu, sutikus jiems dalyvauti tyrime. Anketas pildė patys pacientai. Anketų pradžioje buvo pateikta pildymo instrukcija.

Tiriamajame darbe buvo panaudotos dvi anketos: *St.George* kvėpavimo anketa (SGKA) ir Ligoninės nerimo ir depresijos skalė (**HAD** – *Hospital Anxiety and Depression scale*)

St.George kvėpavimo anketa, skirta įvertinti sergančiųjų BA gyvenimo kokybę. *St.George* kvėpavimo anketa (SGKA) pasiūlyta 1992 m. P.V. Jones ir bendraautorių [50]. Ji plačiai naudota daugelyje pasaulio šalių: Anglijoje, JAV, Kanadoje, Vokietijoje, Italijoje, Ispanijoje, Belgijoje, Šveicarijoje, Danijoje, Olandijoje, Tailande ir kitose šalyse. Anketa, kurią užpildo pats ligonis tikslas – standartiškai objektyvizuoti lėtinių kvėpavimo takų įtaką sveikatai bei savijautai ir pakankamai tiksliai nustatyti ligos pokyčius. Anketa sudaro trys klausimyno dalys. Autoriai kūrė anketa siūlo ją naudoti vyresniems nei 20 metų asmenims, kurie serga bronchų astma, LOPL, taip pat bronhektazine liga. Ji taip pat tinka vertinti vartojamų medikamentų, ilgalaikės deguonies terapijos namuose bei fizioterapijos įtaką pacientų GK [51].

SGKA yra validizuota ir taikyta Lietuvoje, vertinant GK pacientų, sergančių BA. Šią anketa savo moksliniuose tyrimuose naudojo daugelis lietuvių mokslininkų ir tyrėjų [24,51-52]. Visų tyrėjų nuomone, SGKA ir jos lietuviškas variantas yra patikimas metodas vertinant sergančiųjų gydymo efektyvumą ir GK, ir gali būti taikoma ilgalaikiams tyrimams, jautri individualaus paciento klinikinės būklės pokyčiams, patogi vartoti, nes reliatyviai trumpa ir paprasta.

SGKA sudaryta iš 50 klausimų. Yra trys klausimų grupės, kurios labai konkrečiai atspindi GK prasmes, susijusias su ligos simptomais (pirmoji klausimyno dalis), veiklumu (antroji dalis) ir dalyvumu (trečioji dalis). Gyvenimo kokybės rodiklių terminai:

Pirmoji dalis – **SIMPTOMAI** - klausimų grupė apie ligos simptomus, jų dažnį bei intensyvumą. Klausimai apima tokius simptomus: kosulys, skrepliavimas, dusulys, švokštimas ir oro trūkumas, jų trukmė bei dažnis.

Antroji dalis – **VEIKLUMAS** - užduočių atlikimas arba asmens veiksmai, aktyvumo ribojimai, nulemti ligos simptomų. (Antros dalies II ir VI skyriai).

Trečia dalis – **DALYVUMAS** - asmens įtraukimas į gyvenimo situacijas, priklausančias nuo sveikatos būklės, kūno struktūrų ir funkcijų, veiklų ir aplinkybių. Tai socialinių ir psichologinių sutrikimų dėl šios ligos aspektų aprašymas. Dalyvumas apima tokius faktorius, kaip darbingumas, ligos kontrolė, medikamentinio gydymo reikalingumas ir šalutiniai poveikiai, sveikatos ir kasdieninio gyvenimo lūkesčiai. (Antros dalies I, III, IV, V, VII skyriai). Dar suskaičiuojamas bendras SUMINIS rodiklis.

Atsakymai į anketos klausimus yra vertinami balais nuo 0 iki 100. Išskiriami tokie intervalai:

- ✓ Iki 40 balų - nėra gyvenimo kokybės sutrikimo;
- ✓ 40-60 balų - lengvas gyvenimo kokybės sutrikimas;
- ✓ 60-80 balų - vidutinis gyvenimo kokybės sutrikimas;
- ✓ 80-100 balų - sunkus gyvenimo kokybės sutrikimas.

Ligoninės nerimo ir depresijos skalė (**HAD** – *Hospital Anxiety and Depression scale*) tai patikima ir plačiai naudojama nerimo ir depresijos sutrikimų atrankos anketa, skirta tirti ligoniams bendro profilio ir specializuotose ne psichiatrijos medicinos įstaigose. HAD skalė gali būti panaudota ir emocinių sutrikimų sunkumui bei depresijos ir nerimo simptomų kitimui gydymo metu įvertinti. Šią skalę 1983 metais pasiūlė anglų psichiatrai A. S. Zigmont ir R. P. Snaith, o 1991 metais ji buvo išversta į lietuvių kalbą ir plačiai naudojama mokslo tiriamajame darbe [53].

HAD skalę pildo pats pacientas, ją sudaro instrukcija ir 14 teiginių. Instrukcijoje pacientas informuojamas, kaip turi pildyti anketą, ir raginamas dirbti sparčiai, atsakymus pasirinkti ilgai nesvarstydamas. Tai leidžia greičiau užpildyti anketą, be to, manoma, kad pirma reakcija į klausimą atspindi emocinę būklę nei apgalvotas atsakymas.

Septyni anketos klausimai skirti depresijos simptomams (depresijos subskalė-HADd) ir dar septyni - nerimo simptomams (nerimo subskalė-HADn) įvertinti. Kiekvienam teiginiui yra pateikiami keturi atsakymai, iš kurių tiriamasis turi pasirinkti tą, kuris tiksliausiai atspindi jo savijautą per praėjusią savaitę. Anketos tikslas - įvertinti paciento savijautą tyrimo metu, o taip pat savijautą per paskutinę savaitę. Nerimo ir/ar depresijos sutrikimų sunkumo laipsnis vertintas taip:

- ✓ 0–7 balai – nėra nerimo ir/ar depresijos;
- ✓ 8–10 balų – vidutiniškai išreikštas nerimas ir/ar depresija;
- ✓ 11–21 balas – ryškiai išreikštas nerimas ir/ar depresija.

Tyrimo metu gauti duomenys buvo užkoduoti ir įvesti į personalinį kompiuterį. Duomenims analizuoti ir interpretuoti naudojome programų paketą „SPSS for Windows“ v. 10, taikant aprašomąją statistiką, χ^2 kriterijų bei duomenų koreliaciją (Spearman's r.).

Vidurkių skirtumai tikrinti remiantis Stjudento (t) kriterijumi. Statistiškai reikšmingi ryšiai ar skirtumai laikyti, kai $p < 0,05$. Diagramų kūrimui vadovavomės EXEL programa.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Bendri pacientų duomenys

Tyrimo metu buvo apklausti 142 pacientai, sergantys BA, iš kurių 77 (45,8%) moterys ir 65 (54,2%) vyrai. Jauniausiajam apklaustajam yra 41 metai, vyriausiajam – 86 metai. Tirtųjų asmenų charakteristika pateikta 8 lentelėje.

8 lentelė. Tirtųjų asmenų charakteristika.

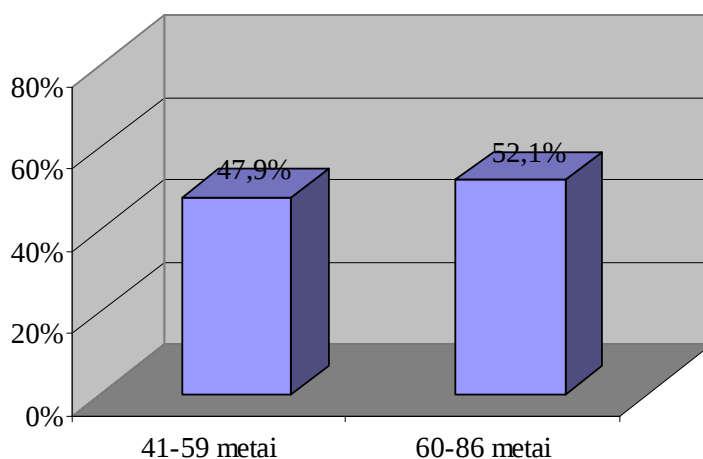
	Apklaustųjų skaičius	Amžiaus vidurkis metais $\pm$ SD	95% PI	Procentinė reikšmė
Bendri duomenys	142	60,13 $\pm$ 9,96	58,48 – 61,79	100 %
Vyrai	65	58,13 $\pm$ 9,30	60,20 - 64,81	54,2 %
Moterys	77	62,51 $\pm$ 10,11	55,84 - 60,42	45,8 %

SD- standartinis nuokrypis

3.2. Detalesnė pacientų charakteristika.

3.2.1. Pacientų amžius

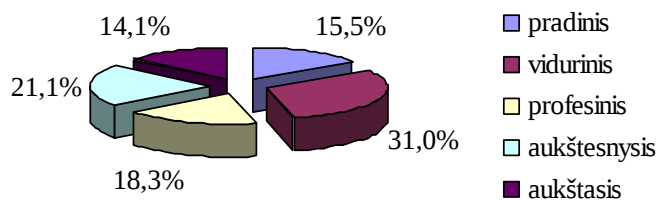
Detaliau įvertinus apklaustųjų respondentų amžiaus duomenis, paaiškėjo, kad didesnę respondentų dalį sudarė vyresni nei 60 metai amžiaus žmonės (52,1 %) (5 pav.) .



5 pav. Pacientų amžius

3.2.2. Pacientų išsilavinimas

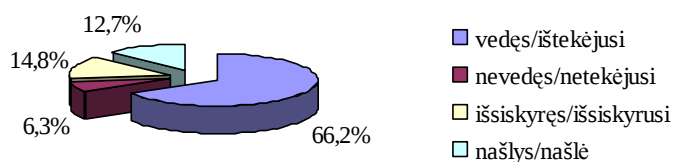
Smulkiau analizavau tiriamųjų pasiskirstymą pagal išsilavinimą (6 pav.). Iš 6 pav. matyti, kad didesnė dalis apklaustųjų (32 %) turi vidurinį išsilavinimą.



6 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

3.2.3. Šeimyninė padėtis

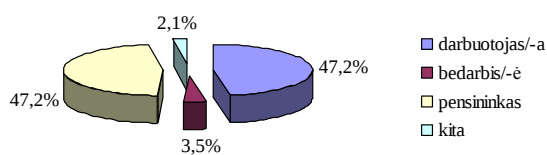
Įvertinusi pacientų šeimyninę padėtį, sužinojau, kad gyvena susituokę 94 (66,2%), o vieni gyvena 48 (33,8%) (7 pav.)



7pav. Šeimyninė padėtis

3.2.4. Darbinė (socialinė) veikla

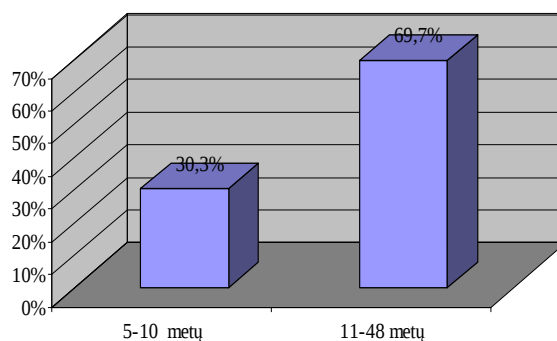
Analizuojant pacientų dabartinę socialinę padėtį (8 pav.), paaiškėjo, kad tik 47,2% apklaustųjų yra aktyvūs dirbantys visuomenės nariai, o didesnė jų dalis 52,8% nedalyvauja darbinėje veikloje, nes yra pensininkai, turi neįgalumą arba yra bedarbiai.



8 pav. Tiriamųjų socialinė padėtis

3.2.5. Ligos trukmė

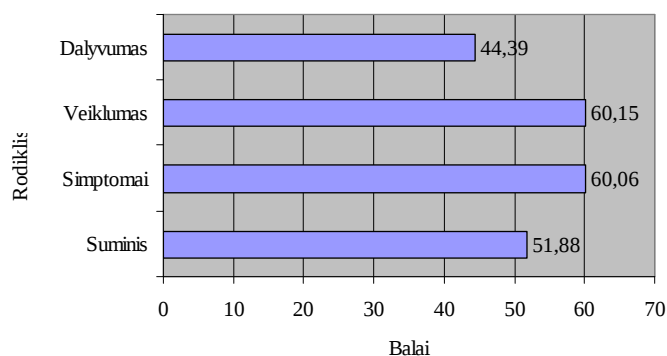
Apklaustųjų ligos trukmės laikas svyruoja nuo 5 iki 48 metų. Sugrupavus pacientus pagal ligos trukmę (9 pav.), matyti, kad didesnė pacientų dalis serga ilgiau nei 10 metų (beveik 70% apklaustųjų).



9 pav. Ligos trukmė

3.3. St. George kvėpavimo anketos analizė

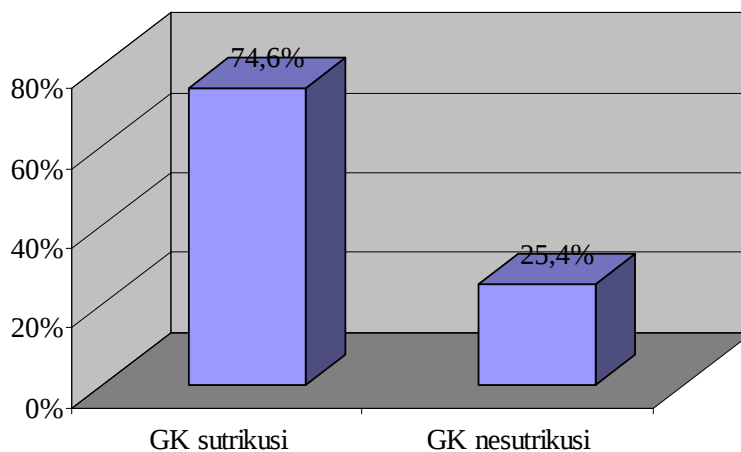
Atlikus SGKA anketos rodiklių analizę (įvertinus rodiklių vidurkius) nustatėme, jog pacientai nurodo, kad jų GK trikdo simptomai ir veiklumo sumažėjimas, kiek mažiau dalyvumo sumažėjimas (10 pav.)



10 pav. SGKA rodiklių vidurkiai

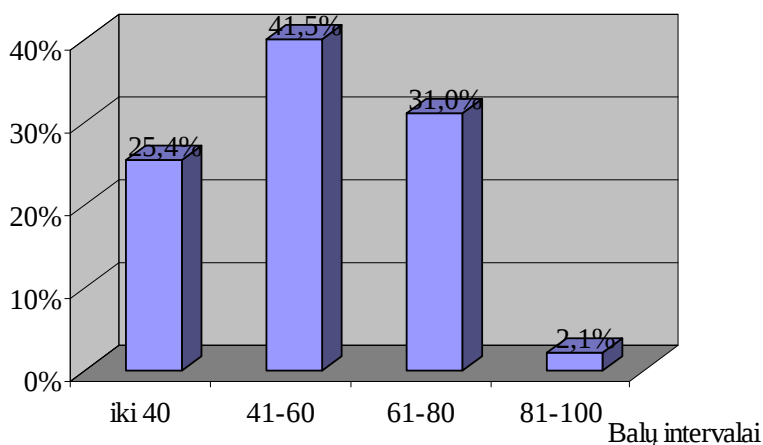
3.3.1. Bendras gyvenimo kokybės vertinimas

BA yra lėtinė liga, sutrikdanti pacientų gyvenimo kokybę. Mano duomenys tai patvirtina (11 pav.). Apklausiusi BA sergančius pacientus ir įvertinusi bendrą (SUMINI) St. George kvėpavimo anketos balą, sužinojau, kad 74,6% respondentų nurodo, jog jų gyvenimo kokybė yra pakenkta ir 25,4% mano, kad liga neturi įtakos jų gyvenimo kokybei.



11 pav. Gyvenimo kokybė

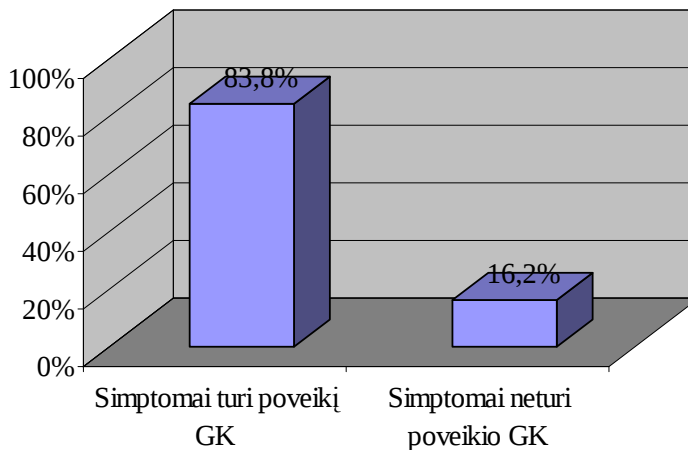
Sugrupavus atsakymų balus į intervalus, sužinojau, kad didžiausias atsakymų procentas yra intervale 41-60 balų, t.y. 59 (41,5%) pacientai nurodo, kad BA lengvai trikdo jų GK, o 44 pacientai (31,0%) nurodo, kad jų GK yra vidutiniškai sutrikdyta (12 pav.).



12 pav. Suminio rodiklio balų intervalai

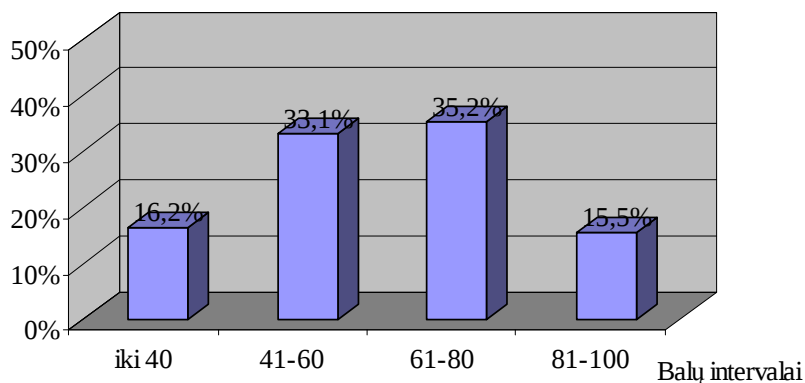
3.3.2. Ligos simptomų poveikis gyvenimo kokybei

Įvertinusi rodiklio **SIMPTOMAI** bendrą balą, paaiškėjo, kad 119 (83,8%) pacientai nurodo, jog simptomai reikšmingai trikdo jų GK, 23(16,2%) pacientų mano, kad jie GK neturi įtakos. Simptomų poveikis GK matyti 13 pav.



13 pav. Simptomų poveikis GK

Sugrupavusi atsakymų balus į intervalus (14 pav.), paaiškėjo, kad didžiausias atsakymų procentas yra intervale 61-80. Tyrimas parodė, kad 35,2% atvejų ligos simptomai vidutiniškai trikdo ir 15,5% atvejų stipriai trikdo GK.



14 pav. Rodiklio simptomai balų intervalai

Nagrinėjant varginančių simptomų dažnumą, paaiškėjo, kad daugelį pacientų kosulys, skrepliavimas, oro trūkumas, švilpimas krūtinėje (dusulys) kankina beveik kiekvieną dieną ar keletą dienų per savaitę. Duomenys patiekti 9 lentelėje.

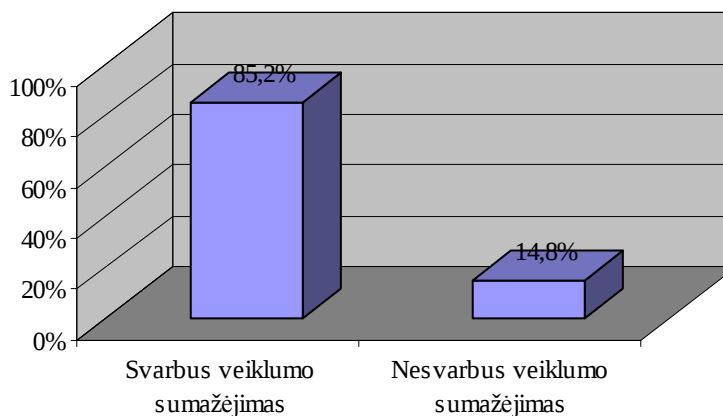
9 lentelė. BA būdingi simptomai.

Pasireiškimo dažnis	Beveik kiekvieną dieną	Keletą dienų per savaitę	Keletą dienų per mėnesį	Tik esant infekcijai	Visai ne
Simptomai					
<i>Kosulys</i>	67 (47,2%)	38 (26,8%)	16 (11,2%)	21 (14,8%)	0 (0%)
<i>Skrepliavimas</i>	40 (28,2%)	48 (33,8%)	21 (14,8%)	16 (11,3%)	3 (2,1%)
<i>Oro trūkumas</i>	34 (23,9%)	49 (34,5%)	39 (27,5%)	30 (21,1%)	4 (2,8%)
<i>Švilpiantis dusulys</i>	26 (18,3%)	41 (28,9%)	28 (19,7%)	39 (27,5%)	5,6 (8%)

Naudojant koreliacinę analizę, nustatytas patikimas ($\chi^2=53,551$, $p<0,05$) ir yra stiprus ($r=0,692$, $p<0,001$) ryšys tarp GK (SUMINIO) ir SIMPTOMŲ.

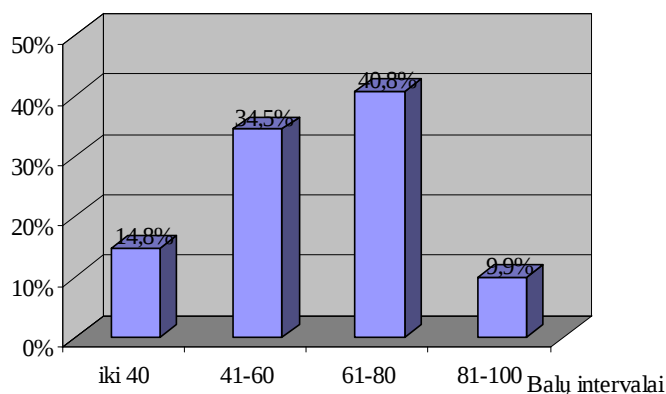
3.3.3. Pacientų fizinio aktyvumo (veiklumo) poveikis gyvenimo kokybei

Įvertinusi **VEIKLUMO** rodiklio bendrą balą, sužinojau, kad 85,2% atvejų veiklumo sumažėjimas laikomas svarbiu veiksniu, gerokai atsiliepiančiu pacientų GK (15 pav.).



15 pav. Veiklumo sumažėjimo reikšmė

Atsakymų balų analizė parodė, kad ligos nulemtas fizinės veiklos sumažėjimas pacientams yra reikšmingas. Net 85,2% respondentų pažymi, kad kasdieninė fizinė veikla yra ribota dėl jų ligos (16 pav.).

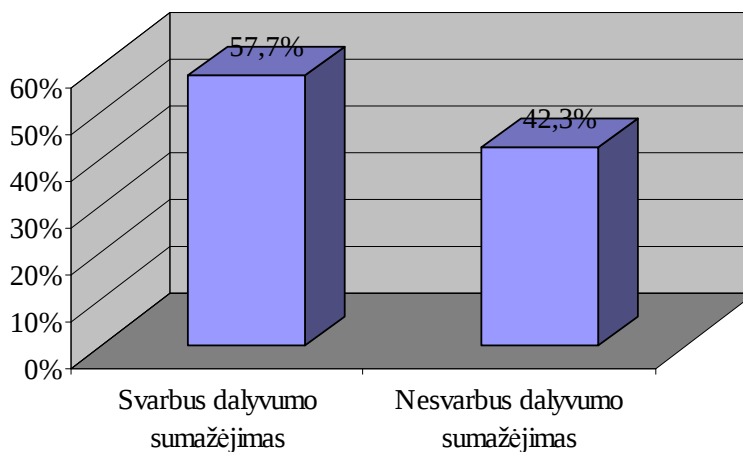


16 pav. Rodiklio veiklumas balų intervalai

Koreliacinė analizė parodė, kad yra patikimas ($\chi^2=287,162$, $p<0,05$) ir yra vidutinio stiprumo ($r=0,856$, $p<0,05$) ryšys tarp GK (SUMINIO) ir VEIKLUMO. Nustačiau, kad veiklumo apribojimą pacientai laiko labiausiai jų GK trikdančiu veiksmu.

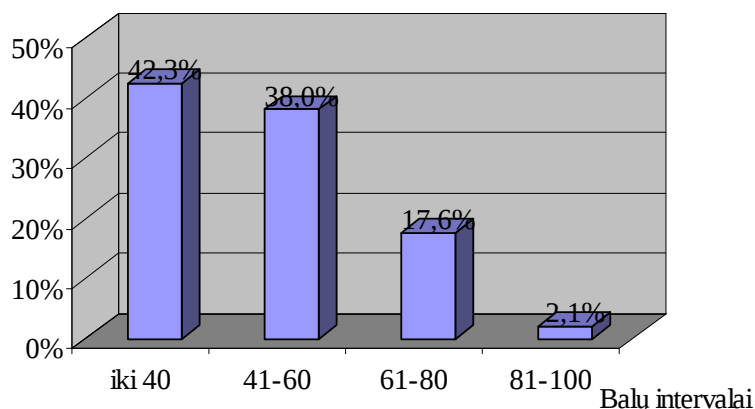
3.3.4. Ligos poveikis psichinei ir socialinei gerovei (dalyvumui)

17 pav. matyti, kad tik 42% atvejų BA neturi poveikio mūsų respondentų psichinei ir socialinei gerovei, o 58% tokią poveikį konstatavo.



17 pav. Ligos poveikis psichinei ir socialinei gerovei

Atsakymų balų analizė parodė, kad BA poveikis labai reikšmingai blogino respondentų socialinę ir emocinę gerovę (18 pav.), t.y. dalyvumo sumažėjimą jie vertino 41 balu ir daugiau.



18 pav. Dalyvumo rodiklio balų intervalai

Koreliacinė analizė parodė, kad ryšys tarp rodiklių GK (SUMINIO) ir DALYVUMAS (psichinė ir socialinė gerovė) yra patikimas ($\chi^2=264,282$, $p<0,05$) ir yra stiprus ($r=0,921$, $p<0,05$).

Tiriant SGKA rodiklių tarpusavio ryšius (10 lentelė), nustaciau, kad simptomų ir dalyvumo ryšiai su pagrindiniu suminiu rodikliu yra patikimai stiprūs. Iš lentelės matyti, kad nuo pablogėjusios gerovės labiausiai nukenčia psichinė-socialinė gerovė bei fizinis veiklumas ar kasdieninis aktyvumas.

10 lentelė. St. George kvėpavimo anketos rodiklių tarpusavio koreliacijos

Rodiklis	Rodiklis	Koreliacijos koeficientas (r)	Patikimumas (p)
SUMINIS	SIMPTOMAI	0,692	<0,05
SUMINIS	VEIKLUMAS	0,856	<0,05
SUMINIS	DALYVUMAS	0,921	<0,05
SIMPTOMAI	VEIKLUMAS	0,543	<0,05
SIMPTOMAI	DALYVUMAS	0,535	<0,05
DALYVUMAS	VEIKLUMAS	0,682	<0,05

3.3.5. SGKA rodiklių ir demografinių rodiklių tarpusavio ryšiai

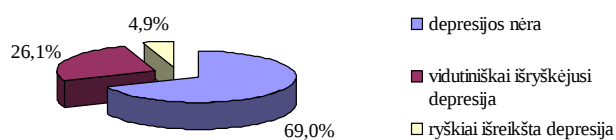
Nustaciau GK rodiklių ir demografinių rodiklių tarpusavio ryšius ir pastebėjau, kad SGKA rodikliai patikimai silpnai susiję su demografiniais rodikliais (11 lentelė).

11 lentelė. St.George kvėpavimo anketos ir demografinių rodiklių koreliacija

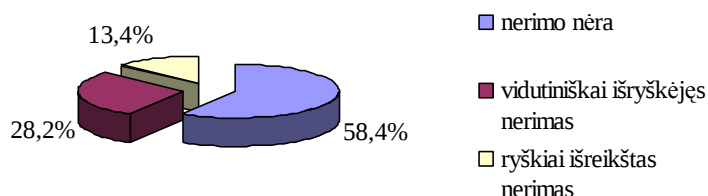
Rodiklis	Rodiklis	Koreliacijos koeficientas (r)	Patikimumas(p)
SUMINIS	LYTIS	0,187	<0,05
SIMPTOMAI	LYTIS	0,200	<0,05
VEIKLUMAS	LYTIS	0,167	<0,05
DALYVUMAS	LYTIS	0,168	<0,05
SUMINIS	AMŽIUS	0,425	<0,05
SIMPTOMAI	AMŽIUS	0,299	<0,05
VEIKLUMAS	AMŽIUS	0,448	<0,05
DALYVUMAS	AMŽIUS	0,366	<0,05
SUMINIS	LIGOS TRUKMĖ	0,323	<0,05
SIMPTOMAI	LIGOS TRUKMĖ	0,097	>0,05
VEIKLUMAS	LIGOS TRUKMĖ	0,383	<0,05
DALYVUMAS	LIGOS TRUKMĖ	0,287	<0,05
SUMINIS	IŠSILAVINIMAS	-0,376	<0,05
SIMPTOMAI	IŠSILAVINIMAS	-0,227	<0,05
VEIKLUMAS	IŠSILAVINIMAS	-0,391	<0,05
DALYVUMAS	IŠSILAVINIMAS	-0,338	<0,05

3.4. Ligoninės nerimo ir depresijos (HAD) skalės analizė

Paskaičiavusi HAD skalės subskalės HADd balus, sužinojau, kad depresijos simptomai nustatyti 44 (31 %) pacientams (vidutiniškai išryškėjusi depresija – 26,1 %, ryškiai išreikšta depresija – 4,9 %). (19 pav.)

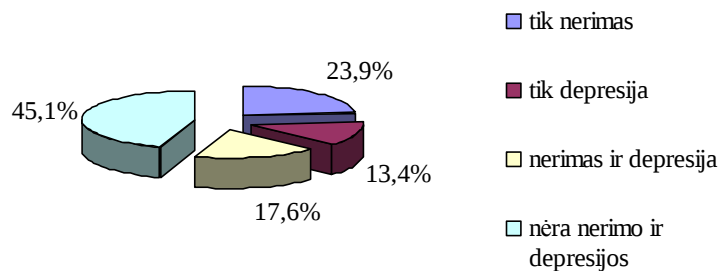
**19 pav. Depresijos simptomų pasireiškimas**

Paskaičiavusi HAD skalės subskalės HADn balus, sužinojau, kad nerimo simptomai nustatyti 59 (41,6%) pacientams (vidutiniškai išryškėjęs nerimas –28,2%, ryškiai išreikštas nerimas – 13,4%) (20 pav.).



20 pav. Nerimo simptomų pasireiškimas

Įvertinau galimą nerimo ir depresijos simptomų lygiagretų pasireiškimą. Nustačiau, kad 25 (17,6%) pacientai turėjo kartu ir nerimo ir depresijos simptomus, 34 (23,9%) – tik nerimo, 19 (13,4%) – tik depresijos simptomus, o 64 (45,1%) nenustatyta nei nerimo, nei depresijos simptomų (21 pav.).

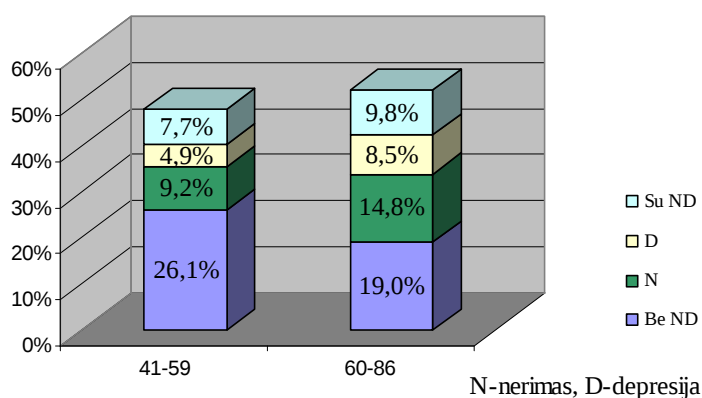


21 pav. Nerimo ir depresijos simptomų lygiagretus pasireiškimas

Įvertinusi nerimo ir depresijos simptomų paplitimą amžiaus grupėse, nustačiau, kad šie simptomai labiau paplitę vyresnių pacientų grupėje (12 lentelė ir 22 pav.).

12 lentelė. Depresijos ir nerimo paplitimas tiriamųjų grupėse pagal amžių.

Amžiaus grupės (metais)	Depresijos paplitimas			Nerimo paplitimas		
	Nėra	Vidutiniškai išryškėjęs	Ryškiai išreikštas	Nėra	Vidutiniškai išryškėjęs	Ryškiai išreikštas
41-59	50 (35,2%)	15 (10,6%)	3 (2,1%)	44 (31,0%)	15 (10,6%)	9 (6,3%)
60-86	48 (33,8%)	22 (15,5%)	4 (2,8%)	39 (27,5%)	25 (17,6%)	10 (7,0%)



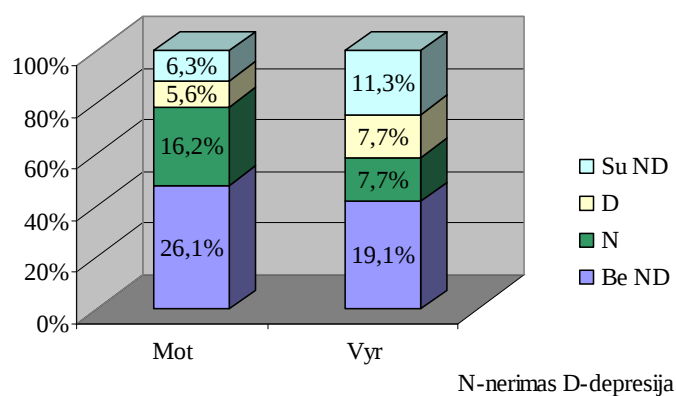
22 pav. Nerimo ir depresijos pasireiškimas amžiaus grupėse

Atlikta koreliacinė analizė parodė, kad ryšys tarp rodiklių HADn ir amžius nėra patikimas ($\chi^2=2,605$, $p>0,05$), tačiau tarp rodiklių HADd ir amžius yra nustatytas silpnas ryšys ($r=0,184$, $p<0,05$).

Įvertinusi nerimo ir depresijos simptomų paplitimą vyrų ir moterų tarpe, pastebėjau, kad nerimo simptomai labiau paplitę moterų tarpe –22,5 %, o depresijos simptomai –vyrų tarpe ir sudaro 19% (13 lentelė ir 23 pav.).

13 lentelė. Depresijos ir nerimo paplitimas pagal lytį.

Lytis	Depresijos paplitimas			Nerimo paplitimas		
	Nėra	Vidutiniškai išryškėjęs	Ryškiai išreikštas	Nėra	Vidutiniškai išryškėjęs	Ryškiai išreikštas
Vyrai	38 (26,8%)	22 (15,5%)	5 (3,5%)	38 (26,8%)	18 (12,7%)	9 (6,3%)
Moterys	60 (42,3%)	15 (10,6%)	2 (1,4%)	45 (31,7%)	22 (15,5%)	10 (7,0%)



23 pav. Nerimo ir depresijos pasireiškimas pagal lytį.

Koreliacinė analizė parodė, kad ryšys tarp rodiklių HADn ir lytis nėra patikimas ($\chi^2=0,029$, $p>0,05$). Ryšys tarp rodiklių HADd ir lytis yra silpnas ($r=0,278$, $p<0,05$) bei patikimas ($\chi^2=6,582$, $p<0,05$).

Įvertinus nerimo ir depresijos simptomų paplitimą pagal ligos trukmę, pastebėjau, kad emociniai sutrikimai labiau paplitę tarp pacientų, kurie BA serga ilgiau nei 10 metų (14 lentelė).

14 lentelė. Depresijos ir nerimo paplitimas pagal ligos trukmę.

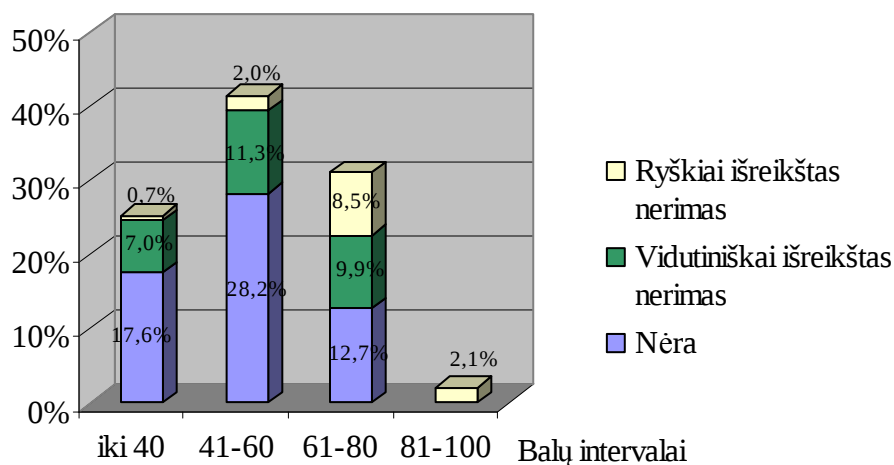
Ligos trukmė (metais)	Depresijos paplitimas			Nerimo paplitimas		
	Nėra	Vidutiniškai išryškėjusi	Ryškiai išreikšta	Nėra	Vidutiniškai išryškėjęs	Ryškiai išreikštas
5-10	35 (24,6%)	6 (4,2%)	2 (1,4%)	26 (18,3%)	13 (9,2%)	4 (2,8%)
11-48	63 (44,4%)	31 (21,8%)	5 (3,5%)	57 (40,1%)	27 (19,0%)	15 (10,6%)

Nustačiau HAD skalės ir demografinių rodiklių tarpusavio ryšius ir pastebėjau, kad HAD rodikliai patikimai silpnai susiję su demografiniais rodikliais (15 lentelė).

15 lentelė. HAD skalės ir demografinių rodiklių ryšis.

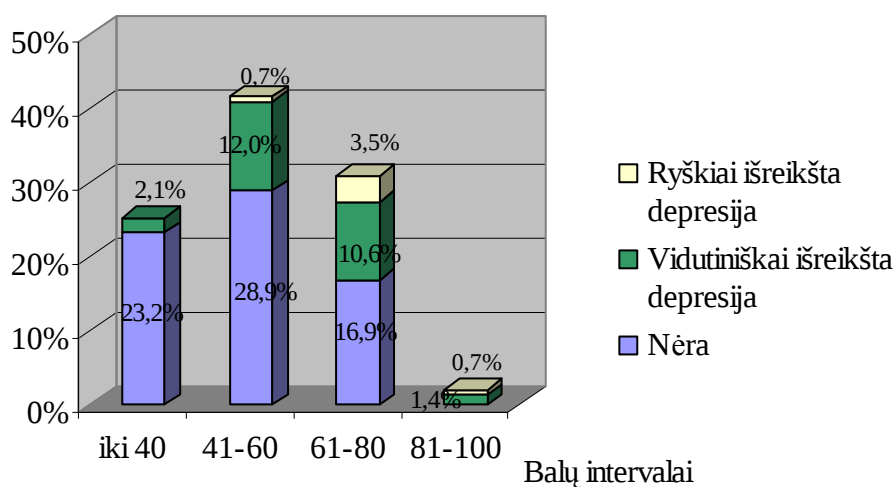
Rodiklis	Rodiklis	Koreliacijos koeficientas (r)	Patikimumas(p)
HADn	LYTIS	0,023	$>0,05$
HADn	AMŽIUS	0,065	$>0,05$
HADn	LIGOS TRUKMĖ	0,044	$>0,05$
HADd	LYTIS	0,278	$<0,05$
HADd	AMŽIUS	0,184	$<0,05$
HADd	LIGOS TRUKMĖ	0,158	$>0,05$

Įvertinus nerimo simptomų pasireiškimą ir BA sergančiųjų gyvenimo kokybę, atlikusi detalesnę analizę, pastebėjau, kad nerimo simptomus jaučia BA sergantieji, kurie mano, kad jų GK yra sutrikdyta (24 pav.).



24 pav. Nerimo ir GK SUMINIO rodiklio ryšys

Įvertinus depresijos ir GK SUMINIO rodiklio ryšį, pastebėjau, kad depresijos simptomai yra labiau išreikšti tiems BA sergantiems pacientams, kurie nurodo, jog jų GK yra pakenkta (25 pav.).



25 pav. Depresijos ir GK SUMINIO rodiklio ryšys

Tiriant SGKA rodiklių ir HAD skalės ryšius, nustatiau, kad visi GK rodikliai patikimai koreliavo su HAD skalės nerimo ir depresijos subskalėmis (16 lentelė). Tačiau depresijos ir nerimo pasireiškimas labiausiai veikė pacientų psichinę ir socialinę gerovę.

16 lentelė St.George kvėpavimo anketos ir HAD skalės rodiklių ryšys

Rodiklis	Rodiklis	Koreliacijos koeficientas (r)	Patikimumas(p)
SUMINIS	HADn	0,331	<0,05
SIMPTOMAI	HADn	0,208	<0,05
VEIKLUMAS	HADn	0,222	<0,05
DALYVUMAS	HADn	0,345	<0,05
SUMINIS	HADd	0,515	<0,05
SIMPTOMAI	HADd	0,358	<0,05
VEIKLUMAS	HADd	0,345	<0,05
DALYVUMAS	HADd	0,512	<0,05
HADn	HADd	0,475	<0,05

4. REZULTATŲ APTARIMAS

BA yra viena labiausiai paplitusių lėtinių ligų pasaulyje. Kai kuriose šalyse BA serga daugiau nei 10 proc. gyventojų. Įvairių mokslininkų duomenimis, sergamumas BA nuolat didėja. Manoma, kad Lietuvoje BA serga apie 3 proc. gyventojų. Mirtingumas dėl BA didėja, pasaulyje kasmet miršta apie 180 000 žmonių. Žmogui susirgus šia liga, keičiasi jo santykiai su aplinka ir savimi, dėl ligos neretai pablogėja ne tik savijauta, galimybė veikti, dirbti, bet taip pat keičiasi ekonominės konkurencinės žmogaus galimybės. Tai lemia ir GK pablogėjimą.

Pastaraisiais dešimtmečiais pasaulio medicininė mokslinė bendruomenė susirūpino tokia padėtimi. Įvairiose šalyse buvo atlikti gyvensenos būdo pokyčių, nulemtų BA, tyrinėjimai. GINA rekomendacijose taip pat numatyta, kad kiekvienoje šalyje būtų atliekami tyrimai, vertinantys BA sergančių žmonių GK. Pastebėta, kad žmogaus savo būklės suvokimas yra vienas svarbiausių metodų, vertinant diagnostikos, gydymo, reabilitacijos, slaugos, ilgalaikės priežiūros bei mokymo rezultatus. Be to, mokslininkai pastebėjo, kad nemažiau svarbi problema yra BA sergančiųjų emocinės būklės pokyčiai. Yra nustatyta, kad daugiau kaip 6 proc. astma sergančiųjų patiria nerimą, bei apie 30 proc. serga depresija [2-9].

Pasitarusi su savo darbo vadovu ir apžvelgusi užsienyje ir Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatus, nutariau atlikti BA sergančiųjų GK tyrimą bei kartu įvertinti jų emocinės būklės pokyčius, pratęsdama tyrimus, pradėtus rašant bakalauro darbą.

Tyrimo metu buvo apklausti 142 pacientai, sergantys BA. Atlikusi surinktų duomenų analizę, pastebėjau, kad apklaustųjų amžiaus vidurkis buvo $60,13 \pm 9,96$ metai. Beveik 70% serga BA ilgiau nei 10 metų, 53% nedalyvauja darbinėje veikloje, nes yra pensininkai, turi neįgalumą arba yra bedarbiai.

Atlikau SGKA anketos, vertinančios apklaustųjų GK, analizę. Įvertinusi SUMINIO rodiklio balą, sužinojau, kad 75% respondentų nurodo, jog jų GK yra pakenkta. Beveik 42% pacientų nurodo, kad BA lengvai trikdo jų GK, o 31% nurodo, kad jų GK yra vidutiniškai sutrikdyta. Kitų autorių duomenimis, nustatomas GK pablogėjimas yra panašus [25,54-57].

Įvertinusi rodiklio SIMPTOMAI bendrą balą, sužinojau, kad beveik 84% pacientų nurodo, jog simptomai reikšmingai trikdo jų GK, 16% pacientų mano, kad jie GK neturi įtakos. Tyrimas parodė, kad 35% atvejų ligos simptomai vidutiniškai trikdo GK. Ligos simptomai - kosulys, skrepliavimas, dusulys, švokštimas ir oro trūkumas kankina pacientus beveik kiekvieną dieną ar keletą dienų per savaitę.

Įvertinusi rodiklio VEIKLUMAS bendrą balą, nustačiau, kad 85% respondentų pažymi, kad kasdieninė fizinė veikla yra ribota dėl jų ligos.

Įvertinusi rodiklio DALYVUMO bendrą balą, nustačiau, kad 58% mūsų respondentų konstatavo ligos poveikį psichinei ir socialinei gerovei.

Taigi SIMPTOMAI ir VEIKLUMO sumažėjimas nurodomi, kaip labiausiai GK trikdantys veiksniai. Kitų autorių duomenimis, pacientai dažniausiai nurodo SIMPTOMŲ nulemtą GK pakenkimą, kaip labiausiai jų GK trikdantį veiksnį, tuo tarpu VEIKLUMO ir DALYVUMO sumažėjimas nėra laikomi tokiais svarbiais. Tai, anot tyrėjų, galima paaiškinti tuo, kad pacientai įpranta prie atsiradusių veiklos apribojimų kasdieniniam gyvenime dėl BA. Pacientai atsiriboja nuo aplinkinių, nuo tam tikrų užsiėmimų, todėl individo poreikis veiklai sumažėja. Simptomai, pasireiškiantys dusuliu, kosuliu, švokštimu, skrepliavimu, atsirandantys epizodiškai, priepuoliais, labiausiai daro įtaką GK, kenkia gyvenimo pilnatvei [25,54-57].

Įvertinti GK rodiklių tarpusavio ryšiai. Visų rodiklių koreliacija su SUMINIU rodikliu vertinama kaip gera ir pakankamai stipri. Nustatytas VEIKLUMO ($r=0,856$, $p<0,05$) ir DALYVUMO ($r=0,921$, $p<0,05$) stiprus ryšys su SUMINIU rodikliu. Galima teigti, kad nuo pablogėjusios GK nukenčia psichinė-socialinė gerovė bei fizinis veiklumas ar kasdieninis aktyvumas.

Nustatyta, kad SGKA rodikliai patikimai silpnai susiję su demografiniais rodikliais ($0,01<r<0,4$, $p<0,05$). Kitų autorių duomenys nerodo SGKA anketos jautrumą demografiniais rodikliams [3].

Įvertinta GK priklausomybė nuo išsilavinimo. Nustatyta, kad išsilavinimas ir GK rodikliai susieti, tarp jų egzistuoja netiesioginis silpnas ar vidutinio stiprumo ryšys. Tai reiškia, kad skirtingo išsilavinimo pacientai skirtingai suvokia savo sveikatos būklę. Panašius rezultatus pateikia A. Balbieris [3].

Atlikau Ligoninės nerimo ir depresijos (HAD) skalės, vertinančios emocinius sutrikimus (nerimą ir depresiją), analizę. Šią skalę naudojo daugelis mokslininkų užsienio šalyse, vertinant BA sergančiųjų emocinės būklės sutrikimus [58]. Pastebėta, kad beveik 42% apklaustųjų patiria nerimą ir 31% yra nustatyta depresija. Mano gauti tyrimo rezultatai atitinka kitų autorių duomenis: N.F. Jones ir kt., E.Teiramaa, A. Baduos ir D.A. Levy nustatė, jog depresiją turi apie 43% pacientų, sergančių BA. R.G. Shavitt ir kt. nustatė, kad nerimo paplitimas svyruoja nuo 16% iki 40% sergančiųjų BA. Tokius pat duomenis pateikia W.J. Katon ir bendraautorai [42,47,49,59].

Vertindama galimą nerimo ir depresijos pasireiškimą kartu, nustačiau, kad beveik 18% pacientų turėjo kartu ir nerimo ir depresijos simptomus, 24%- tik nerimą, 13%- tik depresiją, o 45% nenustatyta emocinių sutrikimų.

Tyrimo metu nustaciau, kad nerimo ir depresijos simptomai labiau paplitę vyresnių, sergančių ilgiau nei 10 metų pacientų grupėje. Sužinojau, kad nerimo simptomai labiau paplitę tarp moterų (beveik 23%), o depresijos simptomai būdingi labiau vyrams (19%). Panašius duomenis pateikia ir kiti autoriai [58-60].

Atlikta koreliacinė analizė parodė, kad nerimo simptomams neturi reikšmės amžius ($r=0,065$, $p>0,05$), lytis ($r=0,023$, $p>0,05$), tačiau nustatyta silpna depresijos pasireiškimo koreliacija su amžiumi ($r=0,184$, $p<0,05$) ir lytimi ($r=0,278$, $p<0,05$). Mano gauti duomenis atitinka Ö. Oguztürk ir bendraautorių gautus rezultatus [58].

Įvertinusi nerimo ir depresijos simptomų pasireiškimą ir GK sergančiųjų BA, pastebėjau, kad nerimo ir depresijos simptomus jaučia BA sergantieji, kurie mano, kad jų GK yra sutrikdyta [59,60].

Patikrinau, ar SGKA anketos rodikliai koreliuojasi su HAD skalės rodikliais. Nustatyta, kad pacientų emocinės būklės pokyčiai veikia jų GK. Depresija labiau koreliuojasi su SUMINIU balu ($r=0,515$, $p<0,05$) nei su nerimu ($r=0,331$, $p<0,05$). Tačiau didesnę poveikį GK turėjo depresijos simptomai, kurie veikė pacientų psichinę ir socialinę gerovę. Pacientų DALYVUMUI turėjo įtakos depresija ($r=0,512$, $p<0,05$).

IŠVADOS

1. Gyvenimo kokybė pablogėja 75% sergančiųjų bronchų astma. Ligos simptomai turi reikšmingą poveikį gyvenimo kokybei ir trikdo kasdienį aktyvumą bei veiklumą 85% sergančiųjų, o socialinę gerovę bei emocinę būklę trikdo 58% sergančiųjų.
2. Visi gyvenimo kokybės rodikliai yra reikšmingai susiję. Psichinė – socialinė gerovė bei fizinis aktyvumas labiausiai turi įtakos gyvenimo kokybei. Pacientų amžius, išsilavinimas ir ligos trukmė turi tiesioginį reikšmingą poveikį St.George kvėpavimo anketos rodikliams.
3. 55% sergančiųjų bronchų astma turi emocinių sutrikimų, 13% kenčia nuo depresijos simptomų, 24% nustatytas nerimas, 18% pacientų kartu patiria ir nerimo ir depresijos simptomų.
4. Sergančiųjų bronchų astma emocinė būklė neigiamai veikia jų gyvenimo kokybę, ypač vyresnio amžiaus pacientų, sergančių ilgiau nei 15 metų. Depresiniai sutrikimai, labiau susiję su amžiumi bei lytimi, turėjo reikšmingą poveikį pacientų psichinei – socialinei gerovei.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. BA yra lėtinė liga. Vis daugiau žmonių pasaulyje kenčia nuo jos. Gyvenimo kokybės ištyrimas sergantiems BA galėtų būti taikomas, vertinant pacientų gyvenimo kokybės pokyčius po gydymo, vertinant vaistų poveikį simptomų dinamikai. *St. George* kvėpavimo anketa, ypač specifinė BA, plačiai naudojama kitose šalyse, jautri individualaus paciento klinikinės būklės pokyčiams, patogi vartoti, nes yra trumpa bei paprasta. Ši anketa galėtų būti naudojama ne tik slaugytojų kasdieniniame darbe, kaip pagalbinė priemonė ligai kontroliuoti, bet ir jų moksliniuose tyrinėjimuose.

2. BA yra lėtinė liga, trikdanči pacientų gyvenimo kokybę ir pažeidžianti emocinę gerovę. Emocinės būklės vertinimas padeda geriau suprasti paciento savijautą, įvertinti jo požiūrį į ligą ir savo sveikatos būklę. Slaugytojai, naudodami Ligoninės nerimo ir depresijos (HAD) skalę, galėtų geriau objektyvizuoti ir įvertinti pacientų emocinę būklę.

3. Kompleksinis abiejų anketų pritaikymas praktiniame darbe gali tarnauti ne tik kaip diagnostinė priemonė, padedanti įvertinti gyvenimo kokybės pokyčius priklausomai nuo ligos sunkumo laipsnio, bet leidžia atrinkti ligonius su depresijos sutrikimais tikslingam specialistų gydymui bei planuoti psichologinės pagalbos metodus slaugos procese.

LITERATŪRA

1. Kalibatienė D. Kvėpavimo organų ligomis sergančiųjų ligonių slauga. Vilnius; 2001. p.59-60;
2. Stoškutė L. Astmos kontrolės sėkmės formulė. Farmacija ir laikas 2005; 4: 41-42;
3. Balbieris A., Nargėla R. V., Norvaišas G. A. Lėtinėmis obstrukcinėmis plaučių ligomis sergančių žmonių gyvenimo kokybės įvertinimas. Vaikų pulmonologija ir alergologija 2001;1-2:1304-1311;
4. Lavoie K. L., Bacon S. L., Barone S., Cartier A., Ditto B., Labrecque M. What Is Worse for Asthma Control and Quality of Life. Chest 2006;130:1039-1047;
5. Sakalauskas R. Astmos kontrolės Lietuvoje kokybė, pacientų apklausos duomenimis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2002; 4: 225-229;
6. Braman S. The Global Burden of Asthma. Chest 2006;130:4-12;
7. Global Initiative for Asthma: Global Strategy for Asthma Management and prevention. NHLBI/WHO workshop report (GINA) 2006. p.23-26,63-67;
8. Lietuvos mokslų akademija, SAM. Bronchinės astmos problemos Lietuvoje. Vilnius; 1997.p.1-19;
9. Norvaišas G. A., Norvaišas A. Bronchų astmos mokymo metodika: (metodinės rekomendacijos gydytojams). Klaipėda; 1998. p.1-31;
10. Stonkus V. Bronchinė astma : trumpa istorinė apžvalga ir komentarai. Vilnius; 2006. p.11;
11. Valiulis A., Bojarskas J., Ėmužytė R. Lietuvos vaikų bronchų astmos diagnostikos ir gydymo sutarimas. Vaikų pulmonologija ir alergologija. 2004; 6:2489 – 2523;
12. Jasiulionienė V. Bronchinė astma-alerginė liga. Sveikata: medicinos mokslo, sveikos gyvensenos, sveikatos kultūros propagavimo žurnalas 1996; 4-5: 28-29;
13. Norvaišas G. A., Zolubas M. Bronchų astmos mokymo sistema Lietuvoje. Vaikų pulmonologija ir alergologija 2001;4:1548-1554;
14. Knašienė J. Vyresnio amžiaus žmonių bronchinė astma. Medinfo 2004; 4: 14-15;
15. Šatkauskas B., Danila E. Klinikinė pulmonologija. Vilnius; 2001. p. 94-103;
16. Blažienė A., Dubakienė R., Ėmužytė R., Kleišytė P., Razgauskas E., Valiulis A. Bronchinės astmos diagnostika ir gydymo rekomendacijos. Internistas 2001; 9: 46-55;
17. Ėmužytė R. Bronchinė astma. Praktiniai patarimai. Vilnius; 1998. p. 3-36;
18. Čučalin A. G. Lėtinės obstrukcinės plaučių ligos. Maskva; 2000. p. 171-189;
19. Furmonavičius T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. Biomedicina 2001; 2:128-132;

20. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas; 1998. p. 25-26;
21. Šumskienė J. Gyvenimo kokybės įvertinimas ir praktinė reikšmė. Gydytojas 2005; 10: 30-35;
22. Chamitov R. F., Palmova L. J., Novožonov L. J. Ocenka kačestva žizni pri chroničeskoj bronholiogočnoj patologiji. Rosijskije medicinskije vesti 2005; 3: 13-19;
23. Lietuvos sveikatos programa 1997-2010 m. SAM. p. 9-10;
24. Balbieris A., Nargėla R. V., Andziūlis A., Norvaiša G. N. Gyvenimo kokybės matavimai Šv. George ligoninės pulmonologine anketa. Vaikų pulmonologija ir alergologija 2002; 3:1837-1845;
25. Bosquet J., Knani J., Dhiver H. Quality of life in asthma. J. Crit. Car. Med. 1998;149:371-373;
26. Lietuvos sveikatos statistika. Vilnius; 2006. p.14;
27. Almas H. Klinikinė slauga. I dalis. Kaunas; 1999. p. 35-51;
28. Bydam J. Pedagogika. Vilnius; 2000. p. 1-12, 44-62;
29. Ališauskienė R. Gyvenimas su astma. Paciento mokymas. Slauga. Mokslas ir praktika. 2002;12: 12-15;
30. Špėlytė G. Somatinių ligų sukelti nerimas ir depresija. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija 2001;1:37-39;
31. Norkus A., Žilinskas M. Somatinės ligos ir depresija šeimos gydytojo praktikoje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2004; 10: 661-664;
32. Goštautaitė N. Nerimas ir benzodiazepinai. Psichiatrijos žinios 2002; 4:8;
33. Salburg J. Nerimas ir somatiniai sutrikimai. Psichiatrijos žinios 2002;5: 11-12;
34. Ruseckienė R. Depresijos gydymo aspektai, sergant gretutinėmis somatinėmis ligomis. Internistas 2004; 4:120-121, 130;
35. Šurkutė V. Depresija ir somatinės ligos: pasireiškimas kartu bei pagrindiniai gydymo aspektai. Farmakoterapija. Apžvalgos ir aktualijos 2004; 4: 3-4;
36. Depresija. Nerimo sutrikimai. Gydytojas 2003; 8:125-126;
37. Daubaras G. Generalizuoto nerimo sutrikimas. Nerimas ir somatinės ligos. Pharmacia and Upjohn; p. 22-23;
38. Dembinskas A.. Psichiatrija. Vilnius; 2003. p. 45, 136, 169, 387, 412 – 413;
39. Bulikienė J., Filipavičiūtė R., Lapėnas R. Depresija ir somatinės ligos. Gerontologija 2001; 3:188-194;

40. Smoller J. W., Simon N.M., Pollack M.H., Stern T. Anxiety in patients with pulmonary disease: comorbidity and treatment. *Seminars in clinical neuropsychiatry* 1999; 4: 84 – 87;
41. Opolski M., Wilson I. Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005; 1:18;
42. Zielinski T. A., Brown Sh., Netjek A. V., Khan A.D., Motore J., Rush J. Depression in Asthma: prevalence and Clinical Implications *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2000; 2:5:153-158;
43. Ettinger A, Reed M., Cramer J . Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology* 2004; 63:1008-1014;
44. Rimington L. D., Davies D. H., Lowe D. ,M. G. Pearson Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. *Thorax* 2001; 56: 266-271;
45. Goldney R. D., Ruffin R., Fisher L. J., Wilson D. H. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. *MJA* 2003; 178 (9): 437-441;
46. DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000, 160:2101-2107;
47. Carr R. E. Panic disorder and asthma: Causes, effects and research implications. *Journal of Psychosomatic Research* 1998; 44:43-52;
48. Hasler G., Gergen P.J., Kleinbaum D. G., Ajdacic V., Gamma A., Eich D., Rössler W., Angst J. Asthma and Panic in Young Adults : A 20-Year Prospective Community Study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2005;171:1224-1230;
49. Yellowlees P.M., Haynes S., Potts N., Ruffin R.E. Psychiatric morbidity in patients with life-threatening asthma: initial report of a controlled study. *Med. J. Aust.*1988;149:246-249;
50. Jones P.W., Quirk H. K., Baveystock Ch. M., Littlejohns P. The St. George Respiratory Questionnaire. *Eur. Respiratory Review* 1992; 9:1321-1327;
51. Jakaitytė J., Lesauskaitė V. Ligonių, sergančių lėtinėmis plaučių ligomis, gyvenimo kokybės įvertinimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 1998; 4: 430-432;
52. Macijauskienė I., Lesauskaitė V., Čygaitė- Buožienė I. Lėtinės obstrukcinės plaučių ligos įtaka vyresnio amžiaus žmonių įtaka kasdieninei veiklai. *Gerontologija* 2001; 2(2):79-86;
53. Bunevičius R. HAD skalė – patogus depresijos ir nerimo sutrikimų tyrimų instrumentas. *Nervų ir psichikos ligos* 2002; 1:19-20;

54. Jones P. W. Quality of life in chronic obstructive lung diseases. *Chest* 1995; 107:187 – 193;
55. Carone M., Jones P.W. Health status “quality of life” . *European Respiratory Monograph* 2000; 5: 22 – 35;
56. Donner C. F., Carone M., Bertolotti G. Methods of assessment of quality of life. *Eur. Resp. Rev.* 1997; 7: 43 – 45;
57. Maille A.R., Kaptein A.A., de Haes J.C.J.M., Everaerd W.Th.A.M. Assessing quality of life in chronic non – specific lung diseases – a review of empirical studies published between 1980 and 1994. *Quality of life Research* 1996; 5:35-39;
58. Oguztürk Ö., Ekici A., Kara M. Psychological Status and Quality of Life in Elderly Patients With Asthma. *Psychosomatics* 2005; 46:1;
59. Katon W. J., Richardson L., Lozano P , McCauley E. The Relationship of Asthma and Anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66:349-355;
60. Cooper C. L., Parry G. D., Saul C, Morice A. H.. Anxiety and panic fear in adults with asthma: prevalence in primary care. *BMC Family Practice* 2007, 8:62;

PRIEDAI

1 PRIEDAS

St. George kvėpavimo anketa

Gerbiamas paciente, ši anketa skirta įvertinti ligos įtaką Jūsų sveikatai bei gyvenimo kokybei ir pakankamai tiksliai nustatyti ligos sukeltus pokyčius. Perskaitę klausimą pasirinkite labiausiai tinkantį atsakymą ir pažymėkite kryžiu (x). Garantuoju šių anketų anonimiškumą. Dėkoju už pastangas ir nuoširdžius atsakymus.

1. Lytis : ☐ moteris; ☐ vyras.

2. Amžius.....

3. Išsilavinimas:

- ☐ Pradinis;
- ☐ Vidurinis;
- ☐ Profesinis;
- ☐ Aukštesnysis;
- ☐ Aukštasis.

4. Šeimyninė padėtis:

- ☐ Vedęs/ištekėjusi;
- ☐ Nevedęs/netekėjusi;
- ☐ Išsiskyręs/išsiskyrusi;
- ☐ Našlys/našlė.

5. Šiuo metu esate:

- ☐ Darbuotojas/-a;
- ☐ Bedarbis/ė;
- ☐ Pensininkas/ė;
- ☐ Turite nustatytą invalidumo grupę.

6. Prieš kiek metų nustatyta liga.....(įrašykite).

I DALIS

Klausimai apie paskutiniuosius metus Jus varginusius kvėpavimo sutrikimus.

1. Paskutiniuosius metus kosėjau:

Beveik kiekvieną dieną-☐; keletą dienų per savaitę-☐; keletą dienų per mėnesį-☐;
tik esant infekcijai-☐; visai ne-☐.

2. Paskutiniaisiais metais atkosėdavau skreplių:

Beveik kiekvieną dieną-☐; keletą dienų per savaitę-☐; keletą dienų per mėnesį-☐;
tik esant infekcijai-☐; visai ne-☐.

3. Paskutiniaisiais metais man trūkdavo oro:

Beveik kiekvieną dieną-☐; keletą dienų per savaitę-☐; keletą dienų per mėnesį-☐;
tik esant infekcijai-☐; visai ne-☐.

4. Paskutiniaisiais metais švilpiančio dusulio priepuoliai buvo:

Beveik kiekvieną dieną-☐; keletą dienų per savaitę-☐; keletą dienų per mėnesį-☐;
tik esant infekcijai-☐; visai ne-☐.

5. Kiek paskutiniaisiais metais buvo stiprių ar labai nemalonių kvėpavimo simptomų priepuolių:

Daugiau nei 3-☐; 3 priepuoliai-☐; 2 priepuoliai-☐;
1 priepuolis-☐; nebuvo-☐.

Jei priepuolių nebuvo 6 klausimą praleiskite ir atsakinėkite į 7 klausimą.

6. Kiek ilgai tęsėsi stipriausias priepuolis:

Savaitę ir ilgiau-☐; 3 dienas ir ilgiau-☐; 1 ar 2 dienas-☐;
trumpiau nei 1 dieną-☐.

7. Kiek paskutiniaisiais metais vidutiniškai gerų dienų buvo per savaitę:

Nebuvo gerų dienų-☐; 3 ar 4 geros dienos-☐; kiekviena diena gera-
☐;
1 ar 2 geros dienos-☐; beveik kiekviena diena gera-☐.

8. Jei Jus vargina švokščiantis dusulys, ar jis stipresnis rytą:

Ne-☐; taip-☐.

II DALIS

I SKYRIUS. Pažymėkite tik vieną langelį.

Kaip Jus apibūdintumėte savo krūtinės būklę?

1. Tai pats didžiausias rūpestis..... ☐.
2. sukelia daug rūpesčių..... ☐.
3. sukelia nedaug rūpesčių..... ☐.
4. nesudaro jokių rūpesčių..... ☐.

Jei Jus kada nors dirbote(ar mokėtės), pažymėkite vieną iš šių langelių:

1. turėjote atsisakyti darbo dėl kvėpavimo problemų....☐.
2. trukdė dirbti ir privertė mane pakeisti darbą.....☐.
3. neturi įtakos mano darbui.....☐.

II SKYRIUS. Kuri veikla šiuo metu paprastai Jums sukelia dusulį? Kiekviename punkte pažymėkite, ar tai tiesa (**Taip**), ar ne(**Ne**).

1. ramiai sėdint ar gulint..... Taip-☐ Ne-☐.
2. prausiantis ar rengiantis..... Taip-☐ Ne-☐.
3. vaikstant po namus..... Taip-☐ Ne-☐.
4. vaikstant lygioje vietoje lauke..... Taip-☐ Ne-☐.
5. lipant laiptais aukštyn..... Taip-☐ Ne-☐.
6. lipant į kalną..... Taip-☐ Ne-☐.
7. sportuojant ir žaidžiant..... Taip-☐ Ne-☐.

III SKYRIUS. Dar apie kosulį ir dusulį šiomis dienomis. Kiekviename punkte pažymėkite, ar tai tiesa (**Taip**), ar ne(**Ne**):

1. kosulys sukelia skausmą..... Taip-☐ Ne-

☐;

2. kosulys mane nuvargina..... Taip-☐ Ne-

☐;

3. kai kalbu man trūksta oro..... Taip-☐ Ne-

☐;

4. pasilenkus mane dusina..... Taip-☐ Ne-

☐;

5. kosulys ir dusulys sutrikdo mano miegą..... Taip-☐ Ne-

☐;

(pvz.: Sunku užmigti, atsibunda naktį dėl tam tikrų ligos simptomų ir pan.)

6. aš greit pavargstu..... Taip-☐ Ne-

☐;

(pvz.: Užsiimdamas kasdienine įprasta veikla, tokia kaip prausimasis, rengimasis ar namų ruošą).

IV SKYRIUS. Kokią įtaką kvėpavimo sutrikimai Jums turi šiomis dienomis? Kiekviename punkte pažymėkite, ar tai tiesa (**Taip**), ar ne (**Ne**):

1. kosulys ar dusulys viešoje vietoje trikdo mane.....Taip-☐ Ne-

☐;

2. mano kvėpavimo sutrikimai trikdo mano šeimą.....Taip-☐ Ne-

☐;

draugus, kaimynus

(pvz.: Kosulys pažadina sutuoktinį ar namiškius, verčia kreiptis į šeimos narius ar draugus vykstant į gydymo įstaigą, per daug dėmesio skirti gydytojo nurodymams išpildyti ir pan.)

3. aš išsigąstu kai negaliu įkvėpti.....Taip-☐ Ne-

☐.

4. jaučiu, kad negaliu įveikti savo kvėpavimo sutrikimų....Taip-☐ Ne-☐.

5. nesitikiu, kad kvėpavimo sutrikimai pagerės.....Taip-☐ Ne-

☐.

6. tapau ligotu ir invalidu dėl kvėpavimo sutrikimų.....Taip-☐ Ne-☐.

7. man nesaugu sportuoti.....Taip-☐

Ne-☐.

8. atrodo, kad viskas reikalauja daug pastangų.....Taip-☐ Ne-

☐.

V SKYRIUS. Kiekviena punkte pažymėkite, ar tai tiesa (**Taip**), ar ne (**Ne**). Jei Jus nevartojate medikamentų, skaitykite toliau VI skyrių:

1. mano vaistai man nelabai padeda..... Taip-☐

Ne-☐.

2. jaučiuosi nepatogiai, vartodamas vaistus viešoje vietoje... Taip-☐

Ne-☐.

3. vartojami vaistai sukelia nemalonius šalutinius reiškinius. Taip-☐

Ne-☐.

(pvz.: svorio augimas, odos pakitimai, dispepsijos reiškiniai ir pan.)

4. mano vaistai labai trukdo mano gyvenimui..... Taip-☐

Ne-☐

(pvz.: trikdo kvėpavimą, verčia nuolat galvoti apie juos visą laiką ir pan.)

VI SKYRIUS. Kiek kvėpavimas gali turėti įtakos Jūsų veiklai? Pažymėkite **Taip**, jei 1 ar daugiau klausimo dalių Jums tinka, jei ne, pažymėkite **Ne**:

(Šiais klausimais vertinamas Jūsų neįgalumas, susijęs su kvėpavimo sutrikimu).

1. aš ilgai prausiuosi ir rengiuosi.....Taip-☐

Ne-☐

2. negaliu maudytis vonioje ar duše, arba tai trunka ilgai.....Taip-☐ Ne-

☐

3. vaikštau lėčiau nei kiti žmonės arba sustoju pailsėti.....Taip-☐

Ne-☐

4. namų tvarkymo darbai užima daug laiko arba turiu pailsėti...Taip-☐ Ne-

☐

5. lipdamas laiptais į 1 aukštą turiu sulėtinti tempą.....Taip-☐

Ne-☐

6. jei skubu ar einu greitai, turiu sustoti ar sulėtinti tempą.....Taip-☐ Ne-

☐

7. dėl kvėpavimo sutrikimo man sunku lipti į kalną, nešti daiktus aukšty-

laiptais, nesunkiai dirbti sode(ravėti), šokti, žaisti lengvus žaidimus.. Taip-☐

Ne-☐

8. dėl kvėpavimo sutrikimo man sunku nešti sunkius nešulius, kasti žemę ar sniegą, lengvai bėgioti ar greičiau eiti, žaisti tenisą ar plaukti..... Taip-☐

Ne-☐

9. dėl kvėpavimo sutrikimo man sunku sunkiai fiziškai dirbti, bėgti, greitai plaukti ar varžytis žaidžiant sportinius žaidimus.....Taip-☐ Ne-☐

VII SKYRIUS. Kokią įtaką kvėpavimo sutrikimai turi Jūsų kasdieniniam gyvenimui?

Kiekvienaime punkte pažymėkite, ar tai tiesa(**Taip**), ar ne(**Ne**). Nepamirškite, kad žymėsite, jei veiklą trikdo kvėpavimas:

1.negaliu sportuoti ar žaisti.....Taip-☐

Ne-☐

2.negaliu išeiti pailsėti ar pasilinksinti.....Taip-☐

Ne-☐

3.negaliu išeiti iš namų į parduotuvę pirkinių.....Taip-☐

Ne-☐

4.negaliu tvarkyti namų.....Taip-☐

Ne-☐

5.negaliu nueiti toli nuo lovos ar kėdės.....Taip-☐

Ne-☐

Dabar pažymėkite langelį (**tik vieną**), kuris teiginys geriausiai atitinka kvėpavimo sutrikimų įtaką Jūsų veiklai:

1. netrukdo atlikti man nieko, ką aš norėčiau.....Taip-☐

Ne-☐

2. trukdo atlikti keletą darbų, kuriuos norėčiau atlikti.....Taip-☐

Ne-☐

3. trukdo atlikti daugumą darbų.....Taip-☐

Ne-☐

4. priverstas nieko nedaryti, ką aš norėčiau.....Taip-☐

Ne-☐

2 PRIEDAS

HAD skalė

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 pirmą reakciją į klausimą 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 užslopintas, 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 anksčiau 0 • Visiškai tiek pat 1 • Mažiau nei anksčiau 2 • Daug mažiau 3 • Beveik visai nedžiugina	N Mane apima baimė, lydimą vidinio virpulio ar spaudimo 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 laikiu 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 ir 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