

# SAVO SVEIKATOS VERTINIMAS BEI JO KITIMAI SERGANČIŪJŲ DEPRESIJA IR ŠIZOFRENIJA STACIONARINIO GYDYMO LAIKOTARPIU

Antanas Goštautas<sup>1,2</sup>, Brigita Miežienė<sup>2</sup>, Justina Stakauskaitė<sup>2</sup>, Tatjana Volkovienė<sup>2</sup>, Edita Ivinkina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vytauto Didžiojo universitetas, <sup>2</sup>Lietuvos sveikatos psichologų sąjunga

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – nustatyti ir palyginti sergančiųjų depresija ir šizofrenija savo sveikatos vertinimo ypatumus, pokytį stacionarinio gydymo laikotarpiu ir jo sąsajas su sociodemografiniais, klinikiniais ir pažintinių gebėjimų rodikliais.

**Medžiaga ir metodai.** Tyrime dalyvavo 149 Žiegždrių psichiatrijos ligoninės pacientai, sergantys depresija (69) ir sergantys šizofrenija (80). Vyrų amžiaus vidurkis – 38,6, moterų – 41,8 metai. Savo sveikatai įvertinti nustatyti naudojome 64 teiginių klausimyną (Goštautas, 2008). Atlikę klausimyno faktoriinę analizę išskyrėme septynis faktorius – savo sveikatos vertinimo (toliau – SSV) komponentes (fizinį pajėgumą, fizinį atsparumą, fizinę savijautą, pažintinius-emocinius aspektus, psichologinę orientaciją, socialinį palaikymą, socialines-ekonomines sąlygas). Pažintiniams gebėjimams vertinti šiame darbe naudojome supratingumo, panašumų ir skaičių pakartojimo tiesiogine ir atgaline tvarka subtestus, parengtus 1955 m. Wechslerio metodikos pagrindu. Tyrimą atlikome dviem etapais: nustatėme SSV stacionarinio gydymo pradžioje ir pabaigoje.

**Rezultatai ir išvados.** Tyrimas atskleidė, kad sergantys šizofrenija pacientai geriau vertina fizinės ir psichologinės, bet mažiau socialinės sveikatos komponentes nei sergantys depresija pacientai. Daugelio savo sveikatos komponentių vertinimas stacionarinio gydymo laikotarpiu gerėjo. Daugiausiai sergančiųjų depresija ir šizofrenija grupėse gerėjo fizinės savijautos vertinimas. Sveikimo rodikliai depresija ir šizofrenija sergančiųjų grupėse nesiskiria. Sergančiųjų depresija grupėje savo vertinamos sveikatos komponentių didesni pokyčiai dažniausiai susiję su didesniais atminties pokyčiais, aukštesniu išsilavinimu ir vyriška lytimi, sergančiųjų šizofrenija grupėje – tik su išsilavinimu.

**Raktažodžiai:** savo sveikatos vertinimas, depresija, šizofrenija, sveikimas.

## ĮVADAS

Depresija ir šizofrenija labiausiai paplitusios ir sekinančios psichikos ligos. 2005 m. Lietuvoje depresija sirgo 605,5 iš 100 000 gyventojų [1], liga paplitusi tarp 6,5 proc. pasaulio gyventojų [2]. O šizofrenijos paplitimas Lietuvoje 2009 m. buvo 474 atvejai 100 000 gyventojų [1]. Pasaulyje šizofrenija serga maždaug 1,3 proc. žmonių [2].

Jungtinių Amerikos Valstijų visuomenės sveikatos tinklalapyje skelbiama, kad 5–10 proc. visų depresija sergančių ligonių gydomi stacionare [14]. Stacionarizuojama 88 proc. besikreipiančių konsultacijai dėl šizofrenijos ar šizotipinio sutrikimo. Dažniausiai tai 35–40 metų vyrai ir moterys [15].

Minėtų ligų gydymo veiksmingumas stacionare paprastai siejamas su ligos simptomų nykimu. Žvelgiant iš šios perspektyvos, literatūroje aptinkama duomenų, kad 1/3 šizofrenija sergančių pacientų sėkmingai pasveiksta, 1/3 pasveikimas būna dalinis ar laikinas ir likusios 1/3 pacientų būklė nepasikeičia [16]. Gydymo stacionare metu simptomai išnyksta apie 30 proc. depresija sergančių pacientų [17], pusei visų pacientų depresijos simptomai stacionarinio gydymo pabaigoje gerokai sumažėja [18]. Taigi akivaizdu, kad gydymo veiksmingumas, kuris paprastai vertinamas ligos simptomų išnykimu, nėra pakankamas.

Biopsichosocialiniu modeliu paremta psichikos sveikatos ir ligos samprata sujungia patofiziologinę ligos mechanizmą, simptomus, emocinį bei fizinį funkcionavimą ir asmens funkcionavimą šeimoje, visuomenėje, darbo rinkoje [19, 20]. Lygiagrečiai su ligos patofiziologinio mechanizmo normalizavimu ir simptomų išnykimu vyksta sveikimo procesas – nyksta ligos sukelti pašaliniai reiškiniai, prisitaikymo sunkumai. Pastarieji tiesiogiai nėra liga, tačiau gali būti įvardijami kaip sveikatos pažeidimai. Todėl

**Adresas susirašinėti:** Antanas Goštautas,  
Vytauto Didžiojo universiteto  
Socialinių mokslų fakultetas,  
K. Donelaičio g. 52-315, 44244 Kaunas.  
El. p. antanas.gostautas@gmail.com

tyrinėjant psichikos ligonių sveikatos būklę, ligos gydymą ir sveikimą, tenka galvoti apie daug platesnį kontekstą, apimantį biologinius, psichologinius ir socialinius asmens sveikatos aspektus [21].

Taigi, psichikos liga sergančiųjų sveikimo koncepcija apima ne tik simptomų sumažėjimą ar išnykimą, bet ir funkcinio pajėgumo, kuris literatūroje įvardijamas kaip gebėjimas apsitarnauti ir būti nepriklausomu kasdieniame gyvenime, susigrąžinimą [22]. Tai reiškia, kad, sudarant gydymo planą, dera išsiskirti tikslus, susijusius su visuminiu paciento funkcionavimu [23]. Siekiant pagerinti funkcionavimą šeimoje, darbe ir visuomenėje, galima sumažinti atkryčio ir ligos progresavimo galimybę [24]. Platesnė sėkmingo ligos gydymo ir sveikimo (sveikatos atstatymo) samprata atitinka sisteminių biologinių, psichologinių ir socialinių reiškinių savitarpio ryšių sistemos modelį [25].

Biopsichosocialinių reiškinių sistemos modeliu galima pagrįsti ligos gydymą, lygiagrečiai – sveikatos stiprinimą, naudojantis asmens turimu sveikatos potencialu. Vienas iš šio potencialo, sveikatos pažeidimų ir sveikimo rodiklių yra subjektyviai paties asmens įvertinta sveikata. **Savo sveikatos vertinimas** (angl. *self-rated health*) – tai subjektyvus, daugiakomponentis, jautrus pokyčiams sveikatos matas, apimantis funkcionavimo fizinėje, psichologinėje ir socialinėje srityse vertinimą. SSV lygis, susijęs su kasdiene asmens gyvenimo kokybe, apima motyvaciją įsitraukti į visuomeninę veiklą ir atspindi žmogaus galimybes funkcionuoti organizacijoje [26], tikslesnius visuomenės sveikatos, sveikatos paslaugų poreikio rodiklius ir užtikrina tikslesnį sveikatos paslaugų planavimą [27]. Taip pat jis siejamas su mirtingumu, lėtinių ligų paplitimo rodikliais, naudojimusi sveikatos paslaugomis, vaistų vartojimu [28, 29]. Subjektyviai įvertinta sveikata atspindi paciento požiūrį, jausmus, svarbius sprendžiant apie gydymo veiksmingumą [30].

Literatūroje galima aptikti nemažai ir vienos, ir kitos ligos pasireiškimo lyties atžvilgiu skirtumų, kurie gali paveikti gydymo rezultatus ir sveikimo procesą. E. Johanssono ir kt. (2009) atlikta metaanalizė atskleidė, kad Vakarų visuomenėse depresija vyrams ir moterims diagnozuojama pagal tuos pačius kriterijus. Moterims būdingas savęs kaltinimas vyrams pasitaiko gerokai rečiau [3]. Sergant šizofrenija, skiriasi vyrų ir moterų psichosocialinės reakcijos. Moteris patiria daugiau neigiamų emocinių reakcijų, taip pat pasižymi didesniu pozityviųjų ir depresijos simptomų kiekiu [4]. Šizofrenija sergančios moteris dažniau nei vyrai sugeba atlikti socialinius vaidmenis, turi

daugiau draugų. Ligos atsiradimo momentu trečdalis moterų būna sukūrusios šeimas, o tik penktadalis vyrų tuo metu būna vedę [5].

Sergantiesiems depresija ir šizofrenija būdingas pažintinių gebėjimų nepakankamumas, sunkumas sukaupti ir išlaikyti dėmesį, atminties ir mokymosi sunkumai [6]. Psichologiniai tyrimai atskleidžia aukštesnius sergančiųjų šizofrenija depresijos skalių įvertinimus [7]. Šie reiškiniai susiję su sergančiųjų depresija ir šizofrenija funkcionavimu kasdieniame gyvenime ir profesinėje veikloje [8, 9].

Kai kurių sociodemografinių rodiklių – amžiaus, išsilavinimo – sąsajos su depresija ar šizofrenija nėra vienprasmės: skirtingų tyrimų duomenimis, jų nėra, jos atsitiktinės arba su minėtomis ligomis susijusios ne tiesiogiai, o per kitus veiksnius [10–13].

Šiame tyrime siekiama gilintis į sergančiųjų depresija ar šizofrenija ligos ir sveikatos santykį, sveikimo ypatybes ir tai lemiančius veiksnius.

Tyrimo **tikslas** – nustatyti ir palyginti sergančiųjų depresija ir šizofrenija SSV ypatumus, pokytį stacionarinio gydymo laikotarpiu ir jo sąsajas su sociodemografiniais, klinikiniais ir pažintinių gebėjimų rodikliais.

## TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimas atliktas pagal mokslo ir praktikos bendradarbiavimo sutartį (Goštautas, Matonienė, 2002, VDU) Žiegdrių psichiatrinėje ligoninėje 2009 m. sausio – 2010 m. kovo mėnesiais. Tiriamieji buvo informuoti apie tai, kad apibendrinti tyrimo duomenys bus panaudoti moksliniam darbui. Tyrimas buvo atliktas gydančio gydytojo skyrimu dviem etapais. Tiriamasis pirmą kartą buvo tiriamas per 5 dienas nuo stacionarinio gydymo pradžios. Antrąjį kartą tiriamasis buvo tiriamas analogiška procedūra, likus ne daugiau kaip 5 dienoms iki ligonio išrašymo iš stacionaro. Kiekvieno tiriamojo ištyrimas truko po 1–1,5 val. kiekvieno susitikimo metu.

Tyrimo dalyvavo 26 vyrai ir 43 moterys, sergančios depresija (F32, F32.2, F32.3, F33.3), bei 39 vyrai ir 41 moteris, serganti šizofrenija (F20.0, F20.01, F20.91). Sergančiųjų depresija vyrų buvo beveik du kartus mažiau nei sergančiųjų depresija moterų. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį sergančiųjų šizofrenija grupėje buvo panašus. Tai atitiko literatūroje aprašytą pasiskirstymą pagal lytį sergant minėtomis ligomis [31, 32]. Amžiaus ir išsilavinimo vidurkiai diagnozės atžvilgiu nesiskyrė nei vyrų, nei moterų grupėse ( $p > 0,05$ ). Todėl tolimesniame tyrime analizuodami sergančiųjų depresija ir šizofrenija skirtumus laikysime, kad

tiriamųjų amžius ir išsilavinimas neturi įtakos gali-  
mai gautiems skirtumams.

Sergančiųjų depresija vidutinis ligos trukmės lai-  
kas –  $6,3 \pm 6,3$  metai, sergančiųjų šizofrenija –  $14,78 \pm 9,4$  metai. Sergančiųjų depresija grupės stacionariza-  
cijų skaičiaus vidurkis –  $3,7 \pm 4,4$  kartų, sergančiųjų  
šizofrenija –  $11,6 \pm 8,1$  kartų.

SSV nustatyti ekspertiniu būdu buvo sudarytas  
64 teiginių klausimynas (Goštautas, 2008), atrenkant  
klausimus, atitinkančius PSO sveikatos apibrėžimą  
[21] ir sisteminių požiūrį. Visi teiginiai išreiškė teigia-  
mas sveikatos charakteristikas. 4 balais pagal Likerto  
skalę įvertinamas atsakymas reiškė visišką sutikimą  
su teiginiu ir atspindėjo geriausią sveikatos vertinimą.  
Todėl didesnė surinkta balų suma reiškė geresnį SSV.

Klausimyno struktūrai įvertinti atlikome faktorinę  
klausimų analizę. Jos metu buvo panaudoti 149 ser-  
gančiųjų depresija ir šizofrenija SSV duomenys. Nusta-  
tyta, kad duomenys faktorinei analizei tinka – KMO  
= 0,859, Bartlett'o sferiškumo testo patikimumas  $p < 0,001$ . Faktoriniai išskirti taikant esminių komponentių  
(angl. *Principal component*) metodą, kurio pagrindinė  
savybė tokia, kad pirmasis išskirtas faktorius yra svar-  
biausias tiriamajai grupei ir kiekvienas kitas faktorius  
išrikiuotas pagal juo matuojamo reiškinio svarbumą  
[33]. Buvo taikomas Promaxo įstrižas faktorių pasu-  
kimo metodas, nefiksuojuot galimų faktorių skaičiaus.  
Teiginiai, kurių bendrumas su faktoriumi buvo  $< 0,4$ ,  
ir faktoriai, kuriuos sudarė mažiau nei trys teiginiai,  
buvo šalinami. Kiekvieną kartą pašalinus teiginius,  
faktorinės analizės procedūra buvo kartojama. Galu-  
tiniame variante buvo palikti septynis faktorius (svei-  
katos vertinimo komponentes) sudarantys 47 teiginiai,  
kurie kartu paaiškino 64,38 proc. dispersijos.

Fizinės sveikatos vertinimą sudarė *fizinio pajėgu-  
mo* (fizinė būklė, darbingumas, energija, aktyvumas),  
*fizinio atsparumo* (pasitenkinimas savo kūnu, širdies  
darbu, atsparumas peršalimo ligoms) ir *fizinės savi-  
jautos* (psichosomatinė būseną ir jos dinamika tyri-  
mo laikotarpiu) komponentės. Jas sudarančių teigi-  
nių vidinis suderinamumas (*Cronbach α*) svyruoja  
nuo 0,73 iki 0,93. Psichologinės sveikatos vertinimą  
sudarė *psichologinės orientacijos* (gebėjimas orien-  
tuotis aplinkoje, imlumas naujiems dalykams, op-  
timizmas, orientacija įvairiose situacijose) ir *pažin-  
tinių-emocinių sveikatos aspektų* (gebėjimas valdyti  
savo emocijas, saugumo, ramybės pojūtis ir pažinti-  
niai gebėjimai (dėmesys, atmintis) vertinimo kompo-  
nentės. Jų *Cronbach α* rodikliai yra atitinkamai 0,83 ir  
0,90. Socialinės sveikatos vertinimą sudarė *socialinio  
palaikymo* (gaunamas palaikymas iš šeimos, draugų,

artimųjų, bendradarbių) ir *socialinių-ekonominių są-  
lygų* (finansinė padėtis, gyvenimo ir darbo sąlygos)  
vertinimo komponentės. Jų *Cronbach α* rodikliai yra  
atitinkamai 0,89 ir 0,87. Bendro SSV klausimyno tei-  
ginių vidinis suderinamumas (*Cronbach α*) yra 0,95.

Pažintiniams gebėjimams vertinti šiame darbe  
naudoti supratingumo, panašumų ir skaičių pakarto-  
jimo tiesiogine ir atgaline tvarka subtestai, parengti  
1955 m. Wechslerio metodikos pagrindu [34]. Siekta  
apimti platesnį respondentų psichikos būsenos (dė-  
mesio, apibendrinimo ir trumpalaikės atminties)  
įvertinimą gydymo pradžioje.

Sociodemografinių-klinikinių klausimų blokas  
apėmė amžių, lytį, išsilavinimą, ligos trukmę, gydy-  
mosi patirtį. Diagnozė nustatyta gydančio gydytojo.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS  
15,0 statistinį paketą. Faktoriams išskirti naudota fak-  
torinė analizė. Aprašomoji statistika,  $\chi^2$ , t kriterijai  
naudoti tiriamiesiems apibūdinti. Kadangi daugumos  
faktorinės analizės metu išskirtų SSV komponentių  
duomenys tiriamųjų grupėse pasiskirstę neatitinkan-  
čiais normaliojo skirstiniais, atliekant duomenų ana-  
lizę ir lyginant naudoti priklausomų ir nepriklausomų  
imčių neparametriniai Manno-Whitney'o U, Ženklių  
(angl. *Sign*) kriterijai. Pirminiai pirmojo tyrimo etapo  
bendro SSV ir septynių SSV komponentių duomenys  
buvo pervesti į standartizuotus T balus pagal bendros  
tiriamosios grupės normas, siekiant ne tik palyginti  
skales tarp grupių, bet ir įvertinti skalės išreikštumą  
kitų skalių atžvilgiu. Antrojo tyrimo etapo pirminiai  
balai buvo pervesti į T balus, normoms naudojant pir-  
mojo tyrimo etapo atitinkamos komponentės rodik-  
lių vidurkius ir standartinius nuokrypius. SSV kom-  
ponentių pokyčių sąsajos buvo tikrinamos atliekant  
žingsninę logistinę regresinę analizę, taikant *Stepwise  
forward* metodą. Taikant šį metodą pagal koreliacinio  
ryšio su priklausomu kintamuoju stiprumą palaips-  
niui įtraukiami nepriklausomi kintamieji. Pateikiant  
rezultatus nurodomi duomenys, atskleisti paskutinia-  
me žingsnyje. Analizė atlikta atskirai sergančiųjų de-  
presija ir sergančiųjų šizofrenija grupėms. Nustatant  
šansų santykius (ŠS) kiekviena tiriamųjų grupė buvo  
padalinta į dvi dalis pagal komponentės vertinimo  
rodiklio pokyčio vidurkį – pasiekusius mažesnio ir  
pasiekusius didesnio pokyčio stacionarinio gydymo  
metu. Numatomas kintamasis – didesnis kompen-  
tės rodiklio pokytis. Nepriklausomo kintamojo sąsaja  
su priklausomu kintamuoju laikyta statistiškai reikš-  
minga, kai jos šansų santykio p reikšmė  $< 0,05$  ir vie-  
netas neįėjo į pasikliautinį intervalą (PI). Rezultatai  
laikomi reikšmingais, kai  $p < 0,05$ .

## REZULTATAI

Palyginome sergančiųjų depresija ar sergančiųjų šizofrenija savo vertinamos sveikatos skalių vidurkius stacionarinio gydymo pradžioje. Rezultatai pateikti 1 lentelėje.

Nustatyta, kad sergančiųjų depresija ir šizofrenija bendras sveikatos vertinimas stacionarinio gydymo pradžioje nesiskiria ( $p > 0,05$ ) tiek vyrų, tiek ir moterų grupėse. Tačiau analizuojant dedamąsias sveikatos vertinimo komponentes paaiškėjo, kad savo fizinį pajėgumą ir fizinį atsparumą vertina geriau ( $p < 0,05$ ) sergantys šizofrenija nei sergantys depresija tiriamieji. Šizofrenija sergančios moterys taip pat geriau vertina ( $p < 0,05$ ) savo pažintinius-emocinius sveikatos aspektus nei depresija sergančios moterys. O socialinio palaikymo vertinimas geresnis ( $p < 0,05$ ) depresija nei šizofrenija sergančių vyrų ir moterų (1 lentelė).

Kita vertus, standartizuotais T balais pateikti SSV skalių rodikliai (1 lentelė) atskleidžia, kad sergančiųjų depresija vyrų ir moterų geriausiai vertinama yra socialinio palaikymo sveikatos komponentė (atitinkamai 53,58 ir 52,69 T balai), o sergantys šizofrenija vyrai ir moterys gaunamą socialinį palaikymą vertina blogiausiai iš visų savo vertinamos sveikatos komponentių (atitinkamai 46,64 ir 48,05 T balai). Sergantys šizofrenija vyrai geriausiai vertina fizinį pajėgumą (54 T balai) ir fizinį atsparumą (54,08 T balai), o sergantys depresija vyrai fizinį atsparumą vertina

blogiausiai (48,92 T balai), kaip ir pažintinius-emocinius savo vertinamos sveikatos aspektus (48,92 T balai). Sergančios šizofrenija moterys geriausiai vertina pažintinius-emocinius savo sveikatos aspektus (51,75 T balai) ir fizinį pajėgumą (51,59 T balai), kai sergančios depresija moterys pažintinius-emocinius savo sveikatos aspektus ir fizinį pajėgumą vertina blogiausiai iš visų savo vertinamos sveikatos komponentių (atitinkamai 45,30 ir 45,51).

Siekiant įvertinti savo vertinamos sveikatos ypatumus stacionarinio gydymo pabaigoje ir palyginti gautus sergančiųjų depresija ir šizofrenija rezultatus tarpusavyje, kiekvienas tiriamasis, artėjant jo gydymosi stacionare pabaigai, buvo pakartotinai ištirtas tomis pačiomis metodikomis. Rezultatai pateikti 2 lentelėje.

Stacionarinio gydymo pabaigoje išlieka geresnis ( $p < 0,05$ ) šizofrenija nei depresija sergančių moterų fizinio pajėgumo, fizinio atsparumo vertinimas. Taip pat liko geresnis šizofrenija nei depresija sergančių moterų savo pažintinių-emocinių sveikatos aspektų vertinimas. Vertinant šiuos aspektus atsirado skirtumų ( $p < 0,05$ ) ir vyrų grupėje. Šizofrenija sergantys vyrai savo pažintines galimybes ir emocijų valdymą gydymo pabaigoje vertino statistiškai reikšmingai geriau nei depresija sergantys vyrai. Geresnis ( $p < 0,05$ ) socialinio palaikymo vertinimas išlieka depresija sergančių vyrų grupėje. Moterų grupėje stacionarinio gydymo pradžioje buvę geresni depresija sergančių moterų

**1 lentelė.** Sergančiųjų depresija ir šizofrenija SSV vidurkiai ir jų palyginimas stacionarinio gydymo pradžioje

SSV komponentės	Lytis	Sergantys depresija vyrai (n = 26), moterys (n = 43)	Sergantys šizofrenija vyrai (n = 39), moterys (n = 41)	p reikšmė
		T balų vidurkis, ± std. nuokrypis	T balų vidurkis, ± std. nuokrypis	
Fizinio pajėgumo vertinimas	Vyrai	48,96 ± 8,80	54,00 ± 10,26	<b>0,048</b>
	Moterys	45,51 ± 8,07	51,59 ± 10,82	<b>0,005</b>
Fizinio atsparumo vertinimas	Vyrai	48,92 ± 8,54	54,08 ± 9,46	<b>0,007</b>
	Moterys	45,91 ± 9,58	51,39 ± 10,05	<b>0,019</b>
Fizinės savijautos vertinimas	Vyrai	52,12 ± 11,49	51,67 ± 10,18	0,750
	Moterys	48,51 ± 9,04	48,46 ± 9,81	0,863
Psichologinės orientacijos vertinimas	Vyrai	49,54 ± 9,57	51,03 ± 10,96	0,595
	Moterys	48,67 ± 8,65	50,24 ± 11,09	0,703
Pažintinių-emocinių aspektų vertinimas	Vyrai	48,92 ± 7,49	53,87 ± 9,25	0,094
	Moterys	45,30 ± 7,79	51,75 ± 11,95	<b>0,003</b>
Socialinio palaikymo vertinimas	Vyrai	53,58 ± 6,84	46,64 ± 10,23	<b>0,005</b>
	Moterys	52,69 ± 8,48	48,05 ± 11,63	<b>0,005</b>
Socialinių-ekonominių sąlygų vertinimas	Vyrai	49,62 ± 9,67	52,34 ± 10,44	0,788
	Moterys	46,91 ± 9,93	51,22 ± 9,07	0,158
Bendras sveikatos vertinimas	Vyrai	50,54 ± 9,20	52,28 ± 10,23	0,809
	Moterys	47,23 ± 8,55	50,51 ± 11,15	0,569

Paryškintos statistiškai reikšmingus skirtumus nurodančios p reikšmės.

socialinio palaikymo vertinimo rodikliai (1 lentelė) gydymo pabaigoje susilygino su šizofrenija sergančių moterų socialinio palaikymo vertinimo rodikliais ( $p > 0,05$ ). Taip pat šizofrenija sergančios moterys stacionarinio gydymo pabaigoje pasižymėjo aukštesniais psichologinės orientacijos vertinimo rodikliais nei depresija sergančios moterys ( $p < 0,05$ ) (2 lentelė).

Stacionarinio gydymo pabaigoje savo vertinamos sveikatos rodiklių palyginimas su rodikliais stacionarinio gydymo pradžioje (3 lentelė) atskleidė, kad gydymas stacionare teigiamai susijęs su sergančiųjų bendros savo vertinamos sveikatos pagerėjimu. Taip pat reikšmingai gerėja daugelio savo sveikatos komponentų vertinimas, išskyrus depresija sergančių moterų socialinio palaikymo, socialinių-ekonominių sąlygų ir fizinio atsparumo vertinimą, šizofrenija sergančių vyrų ir moterų fizinio atsparumo ir šizofrenija sergančių vyrų socialinių-ekonominių sąlygų vertinimą. Minėtų savo vertinamos sveikatos komponentų vertinimas nesikeitė ( $p > 0,05$ ).

Siekiant įvertinti gydymo stacionare veiksmingumą, nustatant savo vertinamos sveikatos pokyčius stacionarinio gydymo laikotarpiu, ir palyginti sergančiųjų depresija ir šizofrenija pokyčius tarpusavyje, buvo paskaičiuotas stacionarinio gydymo pabaigos ir pradžios standartizuotų T balų skirtumas. Duomenys pateikti 3 lentelėje.

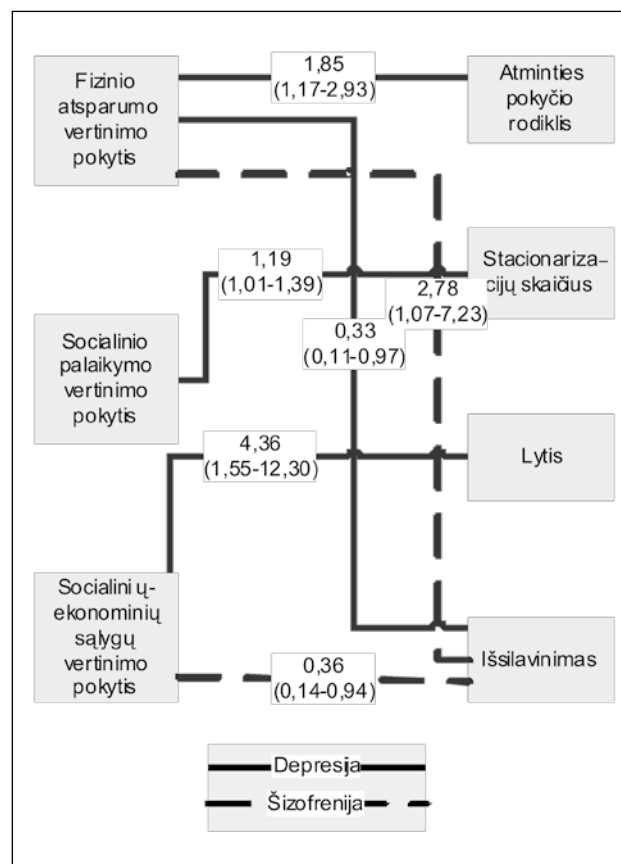
Pagal savo sveikatos komponentų vertinimo stacionarinio gydymo pradžioje ir pabaigoje T balų skirtumą (3 lentelė) akivaizdu, kad daugiausiai stacionarinio gydymo metu gerėja fizinės savijautos vertinimas ir sergančiųjų depresija (vyrų 12,21, moterų 10,89 T balų), ir sergančiųjų šizofrenija (vyrų 12,77, moterų 13,71 T balų) grupėse.

Palyginus sergančiųjų depresija ir šizofrenija SSV pokyčius nustatyta, kad gydymas stacionare lemia panašius sergančiųjų depresija ir sergančiųjų šizofrenija savo vertinamos sveikatos pokyčius ( $p > 0,05$ ). Pastebėtas tik statistiškai reikšmingai didesnis ( $p < 0,01$ ) šizofrenija sergančių moterų socialinių-ekonominių sąlygų vertinimo pokytis depresija sergančių moterų atžvilgiu (3 lentelė).

Siekdami nustatyti savo vertinamos sveikatos pokyčius lemiančių veiksnių sisteminius ryšius, į logistinę regresinę analizę įtraukėme sociodemografinius (amžių, lytį), klinikinius (ligos trukmę, stacionarizacijų skaičių) ir pažintinių gebėjimų (supratingumo, panašumų ir skaičių kartojimo subestų) pokyčių stacionarinio gydymo laikotarpiu rodiklius. Sergančiųjų depresija ir šizofrenija didesnio savo vertinamos sveikatos komponentų pokyčio stacionarinio gydymo

laikotarpiu statistiškai reikšmingi šansų santykiai (ŠS) ir jų pasikliautiniai intervalai (PI), atsižvelgiant į sociodemografinius, klinikinius ir pažintinių gebėjimų rodiklius, pateikti paveiksle.

Nustatyta, kad apie 12 proc. ( $R^2 = 0,116$ ) sergančiųjų depresija socialinio palaikymo vertinimo didesnis pokytis susijęs su dažnesniu gydymu ligoninėje. Vadinasi, likusių 88 proc. socialinio palaikymo vertinimo didesnis pokytis priklauso nuo nežinomų, į regresijos modelį neįtrauktų kintamųjų. Tačiau su kiekviena stacionarizacija geresnio socialinio palaikymo vertinimo pokyčio šansai padidėja nedaug, vos 1,19 karto (ŠS 1,19 PI (1,01–1,39)). Socialinių-ekonominių sąlygų vertinimo pokytis stacionarinio gydymo laikotarpiu depresija sergančių vyrų daugiau kaip 4 kartus dažniau buvo geresnis nei depresija sergančių moterų ( $R^2 = 0,151$ ; ŠS 4,36 PI (1,55–12,3)). Geresnio fizinio atsparumo vertinimo pokyčio šansai beveik 3 kartus didesni tų depresija sergančių tiriamųjų, kurių išsilavinimas aukštesnis už vidurinį, ir beveik 2 kartus didesni, padidėjus skaičių kartojimo subtesto rodiklio, atspindinčio trumpalaikę atmintį, pokyčiui



**Pav.** Sergančiųjų depresija ir šizofrenija geresnio SSV pokyčio stacionarinio gydymo metu šansų santykiai, atsižvelgiant į sociodemografinių, klinikinių ir pažintinių gebėjimų rodiklius

**2 lentelė.** Sergančiųjų depresija ir šizofrenija SSV vidurkiai ir jų palyginimas stacionarinio gydymo pabaigoje

SSV komponentės	Lytis	Sergantys depresija vyrai (n = 26), moterys (n = 43)	Sergantys šizofrenija vyrai (n = 39), moterys (n = 41)	p reikšmė
		T balų vidurkis, ± std. nuokrypis	T balų vidurkis, ± std. nuokrypis	
Fizinio pajėgumo vertinimas	Vyrai	56,50 ± 9,28	59,55 ± 8,42	0,181
	Moterys	49,51 ± 8,48	56,70 ± 9,72	<b>&lt; 0,0001</b>
Fizinio atsparumo vertinimas	Vyrai	54,29 ± 7,50	57,28 ± 7,99	0,079
	Moterys	48,29 ± 8,77	52,17 ± 10,44	<b>0,036</b>
Fizinės savijautos vertinimas	Vyrai	64,33 ± 9,99	64,44 ± 8,87	0,749
	Moterys	59,40 ± 11,03	62,17 ± 9,04	0,414
Psichologinės orientacijos vertinimas	Vyrai	55,17 ± 7,69	56,52 ± 9,93	0,814
	Moterys	51,80 ± 9,24	57,12 ± 9,25	<b>0,034</b>
Pažintinių-emocinių aspektų vertinimas	Vyrai	55,47 ± 7,79	59,96 ± 8,24	<b>0,031</b>
	Moterys	51,17 ± 9,59	58,83 ± 10,02	<b>0,001</b>
Socialinio palaikymo vertinimas	Vyrai	58,71 ± 6,76	51,38 ± 9,55	<b>0,007</b>
	Moterys	54,89 ± 9,28	53,40 ± 10,87	0,367
Socialinių-ekonominių sąlygų vertinimas	Vyrai	52,33 ± 9,92	54,44 ± 8,81	0,496
	Moterys	46,39 ± 10,98	54,59 ± 9,00	<b>&lt; 0,0001</b>
Bendras sveikatos vertinimas	Vyrai	58,52 ± 8,94	59,29 ± 9,15	0,773
	Moterys	51,75 ± 9,87	58,26 ± 11,36	<b>0,011</b>

Paryškintos statistiškai reikšmingus skirtumus nurodančios p reikšmės.

**3 lentelė.** Sergančiųjų depresija ir šizofrenija SSV pokyčiai stacionarinio gydymo laikotarpiu ir jų palyginimas

SSV komponentės	Lytis	Sergantys depresija vyrai (n = 26), moterys (n = 43)	Sergantys šizofrenija vyrai (n = 39), moterys (n = 41)	p reikšmė
		T balų skirtumo vidurkis, ± std. nuokrypis	T balų skirtumo vidurkis, ± std. nuokrypis	
Fizinio pajėgumo vertinimas	Vyrai	7,54 ± 8,35**	5,55 ± 7,02*	0,272
	Moterys	3,99 ± 9,40*	5,11 ± 6,66***	0,385
Fizinio atsparumo vertinimas	Vyrai	5,36 ± 7,48*	3,21 ± 10,32	0,477
	Moterys	2,39 ± 7,77	0,78 ± 11,32	0,826
Fizinės savijautos vertinimas	Vyrai	12,21 ± 13,80**	12,77 ± 12,15***	0,688
	Moterys	10,89 ± 12,67***	13,71 ± 8,74***	0,217
Psichologinės orientacijos vertinimas	Vyrai	5,63 ± 9,05***	5,50 ± 8,98**	0,851
	Moterys	3,13 ± 8,00**	6,88 ± 8,64***	0,229
Pažintinių-emocinių aspektų vertinimas	Vyrai	6,55 ± 7,42**	6,09 ± 7,56***	0,904
	Moterys	5,86 ± 9,27***	7,07 ± 9,00***	0,539
Socialinio palaikymo vertinimas	Vyrai	5,14 ± 6,70**	4,74 ± 8,41*	0,465
	Moterys	2,19 ± 6,60	5,35 ± 8,72**	0,057
Socialinių-ekonominių sąlygų vertinimas	Vyrai	2,72 ± 5,30*	2,10 ± 7,95	0,556
	Moterys	-0,52 ± 6,77	3,37 ± 8,31***	<b>0,001</b>
Bendras sveikatos vertinimas	Vyrai	7,98 ± 7,29**	7,01 ± 7,56***	0,461
	Moterys	4,52 ± 8,00**	7,75 ± 7,23***	0,076

Paryškintos statistiškai reikšmingus sergančiųjų depresija ir šizofrenija SSV pokyčių skirtumus nurodančios p reikšmės.

\*Pažymėti statistiškai reikšmingi pokyčiai, kai  $p < 0,05$ ; \*\*pažymėti statistiškai reikšmingi pokyčiai, kai  $p < 0,01$ ; \*\*\*pažymėti statistiškai reikšmingi pokyčiai, kai  $p < 0,0001$ .

stacionarinio gydymo laikotarpiu vienu vienetu (ŠS atitinkamai 0,33 PI (0,11–0,97) ir 1,85 PI (1,17–2,93),  $p < 0,05$ ). Šie kintamieji kartu paaiškina apie 20 proc. geresnį fizinio atsparumo vertinimo pokytį ( $R^2 = 0,197$ ) (paveikslas).

Sergančiųjų šizofrenija, kurių išsilavinimas aukštesnis už vidurinį, geresnio socialinių-ekonominių sąlygų vertinimo pokyčio stacionarinio gydymo laikotarpiu šansai taip pat didesni beveik 3 kartus palyginti su tais, kurių išsilavinimas ne aukštesnis už vidurinį

(ŠS 0,36 PI (0,14–0,94),  $p < 0,05$ ). Tačiau aukštesnis išsilavinimas paaiškina tik apie 8 proc. ( $R^2 = 0,075$ ) geresnio socialinių-ekonominių sąlygų vertinimo. Esant ne aukštesniam nei vidurinis sergančiųjų šizofrenija išsilavinimui beveik 3 kartus dažniau nei esant aukštesniam nei vidurinis išsilavinimui galima tikėtis didesnio sergančiųjų šizofrenija fizinio atsparumo vertinimo pokyčio stacionarinio gydymo laikotarpiu (ŠS 2,78 PI (1,07–7,23),  $p < 0,05$ ) (paveikslas).

## REZULTATŲ APTARIMAS

Šiuo tyrimu buvo siekta nustatyti ir palyginti sergančiųjų depresija ir šizofrenija SSV ypatumus, pokytį stacionarinio gydymo laikotarpiu ir su šiuo pokyčiu susijusius veiksnius.

Analizuojant bendrą SSV stacionarinio gydymo pradžioje, skirtumų tarp sergančiųjų depresija ir šizofrenija nepastebėta. Tačiau nagrinėjant dedamuosius SSV aspektus atskleista, kad šizofrenija sergantys vyrai ir moterys geriau vertina fizinius sveikatos aspektus ir blogiau vertina socialinį palaikymą nei depresija sergantys vyrai ir moterys. Šizofrenija sergančios moterys geriau nei depresija sergančios moterys vertina pažintinius-emocinius savo sveikatos aspektus. Iš dalies šie rezultatai sutampa su Nigerijoje atlikto tyrimo, kuriame buvo lyginamas sergančiųjų nuotaikos sutrikimais, daugiausia depresija, ir sergančiųjų šizofrenija gyvenimo kokybės vertinimas, duomenimis, sergantieji nuotaikos sutrikimais psichologinę (83 ir 66 proc.), aplinkos (89 ir 71 proc.), nepriklausomumo (94 ir 87 proc.) ir fizinės sveikatos (94 ir 91 proc.) sritį dažniau vertino blogai nei sergantieji šizofrenija. Tačiau minėti tiriamieji socialinių santykių sritį vertino panašiai (91 ir 92 proc.) [35]. H. Rudolfas ir S. Priebe'as (1999) Vokietijoje lygino depresija, šizofrenija ir alkoholizmu sergančių pacientų savo funkcionavimo vertinimą. Rezultatai atskleidė, kad depresija sergančios moterys buvo labiausiai iš visų trijų grupių nepatenkintos savo funkcionavimu apskritai ir psichologinės sveikatos, laisvalaikio bei socialinių santykių sritimis konkrečiai [36]. Tai prieštarauja mūsų tyrimo rezultatams, kurie rodo, kad depresija sergančios moterys, kaip ir vyrai, ne tik geriau nei sergantys šizofrenija vertina savo socialinį palaikymą, bet jų sveikatos vertinimo profilyje ši komponentė buvo vertinama geriau nei likusios komponentės. O sergančiųjų šizofrenija vyrų ir moterų SSV profiliuose socialinio palaikymo vertinimas – blogiausiai vertinama komponentė. C. Hasanaho ir M. Razali (2002) tyrimas taip pat atskleidė,

kad labiausiai pažeista yra sergančiųjų šizofrenija socialinių santykių sritis [16].

Kitas šio mūsų tyrimo uždavinys buvo įvertinti ir palyginti sergančiųjų depresija SSV pokyčius su sergančiųjų šizofrenija SSV pokyčiais.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad sergančiųjų depresija vyrų ir moterų SSV stacionarinio gydymo laikotarpiu reikšmingai gerėjo, išskyrus moterų socialinio palaikymo, socialinių-ekonominių sąlygų ir fizinio atsparumo vertinimą, kurie stacionarinio gydymo metu nekito. Labiausiai gerėjo fizinės savijautos vertinimas ir vyrų, ir moterų grupėse. Mažiausiai vyrų grupėje gerėjo socialinių-ekonominių sąlygų vertinimas, moterų grupėje šios komponentės vertinimas nesikeitė. Kai kurie mūsų tyrimo duomenys sutampa su kitų autorių studijomis. A. Goštautas, A. Pranckevičienė ir V. Matonienė (2006), kurie savo tyrime analizavo ir subjektyvaus gyvenimo vertinimo ir savijautos pokyčius, nustatė, kad stacionarinio gydymo metu ryškiausiai gerėjo somatinė savijautos sritis [18]. R. Nemadė'as, M. Staatsas Reissas ir N. Dombekas (2007) taip pat pastebėjo, kad gydant depresiją pirmiausiai nyksta somatiniai simptomai, vėliau pagerėja fizinis pajėgumas, darbingumas, interesai. Vėliausiai atkuriami pažintiniai gebėjimai ir emocinė sfera. Dėl to šie ligoniai dažnai dar nepastebi pagerėjusio savo darbingumo, kuris jau aiškiai pastebimas stebėtojams iš šalies. Taigi, depresija sergantys pacientai apie pagerėjusią savo sveikatą sužino paskiausiai [37].

Nustatyta, kad sergančiųjų šizofrenija vyrų ir moterų SSV stacionarinio gydymo laikotarpiu taip pat reikšmingai gerėjo, išskyrus fizinio atsparumo vertinimą ir vyrų socialinių-ekonominių sąlygų vertinimą, kuris nepakito. Tai nesutampa su B. Müllerio (2007) tyrimo duomenimis, kurie atskleidė, kad gydymo metu nepakito socialinio palaikymo vertinimas ir sergančiųjų šizofrenija, ir depresija grupėse [38].

Šio tyrimo metu buvo tikėtasi, kad depresija sergančiųjų pacientų SSV pokyčiai bus didesni nei sergančiųjų šizofrenija. Tačiau rezultatai atskleidė, kad sergančiųjų depresija ir šizofrenija vyrų ir moterų SSV komponentių pokyčiai stacionarinio gydymo laikotarpiu nesiskiria, išskyrus socialinių-ekonominių sąlygų vertinimo pokyčius, kurie didesni šizofrenija sergančiųjų moterų grupėje. Panašius rezultatus gavo ir A. Goštautas (2007), kuris nustatė, kad tiek sergančiųjų šizofrenija, tiek ir sergančiųjų depresija savo su sveikata susijusios gyvenimo kokybės pokyčiai panašūs [39]. O Ch. Lloydas, R. Kingas ir L. Moore'as (2009) taip pat pastebėjo, kad sergantieji depresija ir šizofrenija sveiko panašiai [40].

Atlikę žingsninę logistinę regresinę analizę iš tiesų pastebėjome, kad geresnis sergančiųjų depresija fizinės sveikatos vertinimo aspekto – fizinio atsparumo – rodiklis yra susijęs su geresniu objektyviai išmatuotu trumpalaikės atminties rodikliu ir aukštesniu išsilavinimu. G. Devainienė (2009) savo magistro darbe taip pat pastebėjo geresnius aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą turinčių depresija sergančių vyrų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės pokyčius stacionarinio gydymo laikotarpiu nei turinčių kitokį išsilavinimą vyrų [41].

Sergančiųjų šizofrenija SSV pokyčiai su išsilavinimu siejasi skirtingai. Didesni socialinių-ekonominių sąlygų vertinimo pokyčiai susiję su aukštesniu už vidurinį išsilavinimu, didesni fizinio atsparumo vertinimo pokyčiai susiję su viduriniu ar žemesniu už jį išsilavinimu, tačiau su objektyviais pažintinių gebėjimų pokyčiais SSV komponentių pokyčiai nesusiję. Iš tiesų, pasaulyje atliktų panašių studijų rezultatai yra nevienareikšmiški ir prieštarauja vieni kitiems. L. Matza ir kt. (2006) atlikę panašių tyrimų metaanalizę pastebėjo, kad kai kuriuose tyrimuose pažintinių gebėjimų pokytis taip pat nebuvo susijęs su subjektyviai vertinamu funkcionavimo pokyčiu. Tai galima paaiškinti tuo, kad, gydymo eigoje vėl pradėjus kritikuoti, ligonis suvokia savo padėtį adekvačiau ir tai atspindi jo subjektyvūs vertinimai. Todėl kartais galima tikėtis ne tik pagerėjimų, bet ir SSV nuosmukio gydymo laikotarpiu [8]. Tačiau kai kuriuose ilgalaikiuose moksliniuose tyrimuose vis dėlto aptikta, kad, gerėjant pažintiniams gebėjimams, gerėja ir subjektyvūs savo gyvenimo, funkcionavimo ar sveikatos vertinimai. G. E. Hogartys ir kt. (2004) taip pat tyrė šizofrenija sergančius ir šizoafektinį sutrikimą turinčius pacientus. Pakartotinio įvertinimo metu po 2 metų buvo pastebėta, kad pagerėjus pažintiniams gebėjimams pagerėjo ir socialinis funkcionavimas [42].

Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad sergančiųjų depresija didesnis socialinio palaikymo vertinimo pokytis siejasi su didesniu stacionarizacijų skaičiumi. Nepavyko aptikti šį faktą paaiškinančios literatūros. Kita vertus, šansai dažniau gulint ligoninėje jaustis daugiau palaikomam nei rečiau gulint, mūsų tyrimo duomenimis, yra labai menki, vos 1,2 karto. Tačiau galima daryti prielaidą, kad ligoninėje dažniau gulintys pacientai turi didesnę bendravimo su panašiais į save ligoniais patirtį, kurie vieni kitus geriau supranta dėl panašių išgyvenimų. Be to, supratimo ir palaikymo jie sulaukia ir iš profesionalaus stacionaro personalo, kuris yra specialiai parengtas ir turi darbo su tokiais ligoniais patirties.

Šiame tyrime sergančiųjų šizofrenija amžius, ligos trukmė ir stacionarizacijų skaičius nesusiję su SSV pokyčiais. Šie rezultatai iš dalies sutampa su B. Müllerio (2007) rezultatais. Jo atliktame tyrime, priešingai nei tikėjosi autorius, sergančiųjų šizofrenija tiriamųjų nei vienas iš klinikinių kintamųjų (stacionarizacijų skaičius, ligos trukmė, diagnozė) nebuvo susijęs su socialinio palaikymo vertinimu [38].

Taigi, darbe išanalizuota SSV struktūra, ypatumai ir su sveikimo procesu susiję veiksniai atskleidė dėsningumus ir sąsajas, kurie gali būti svarbūs paciento būklei, sveikimui stacionarinio gydymo laikotarpiu įvertinti psichiatrijos klinikoje. Kadangi sisteminiu požiūriu paciento simptomai neturėtų būti izoliuoti ir analizuojami atskirai nuo psichosocialinių juos veikiančių veiksnių ir pasekmių [43], ryškėja komandinio darbo svarba psichikos sveikatos sektoriuje. Gilesnė paciento sveikatos sutrikimų, psichologinių išteklių, sveikimo proceso analizė – puiki niša sveikatos psichologo veiklai psichiatrijos stacionare. Paciento SSV rodikliai, integruoti į psichikos ligonių priežiūros sistemą, gali išsamiau atspindėti sveikimo ir psichologinio-socialinio atkūrimo procesus. Minėtų reiškinų analizė praplečia ir intervencijos priemonių pasirinkimą, sudaro sąlygas integruoti įvairius pagalbos pacientui būdus. SSV klausimynas galėtų būti tinkamu sveikatos psichologo darbo psichiatrijos stacionare įrankiu siekiant nustatyti besigydančiųjų sveikatos pokyčius.

## IŠVADOS

1. Sergančiųjų šizofrenija bendras SSV nesiskiria nuo sergančiųjų depresija, tačiau sergantys šizofrenija geriau vertina tokias savo sveikatos komponentes kaip fizinį atsparumą ir fizinį pajėgumą, bet mažiau socialinį palaikymą.
2. Sergančiųjų depresija ir šizofrenija bendras SSV stacionarinio gydymo laikotarpiu gerėja ir sveikimo rezultatai minėtose grupėse nesiskiria. Daugiausiai gerėja sergančiųjų depresija ir šizofrenija fizinės savijautos vertinimas. Sergančiųjų šizofrenija vyrų ir sergančiųjų depresija vyrų bei moterų socialinių-ekonominių sveikatos aspektų vertinimas gerėja mažiausiai. Sergančiųjų šizofrenija moterų mažiausiai gerėja fizinio atsparumo vertinimas.
3. Sergančiųjų depresija ir šizofrenija SSV pokyčiai stacionarinio gydymo laikotarpiu su socio-demografiniais, klinikiniais ir pažintinių gebėjimų pokyčių rodikliais siejasi nevienodai. Geresni socialinių-ekonominių savo sąlygų vertinimo pokyčiai susiję su aukštesniu sergančiųjų šizofrenija

išsilavinimu ir vyriška sergančiųjų depresija lytmi. Geresnis fizinio atsparumo vertinimo pokytis susijęs su ne aukštesniu nei vidurinis sergančiųjų šizofrenija išsilavinimu ir aukštesniu nei vidurinis

išsilavinimu bei geresniais sergančiųjų depresija atminties rodikliais.

*Straipsnis gautas 2010-09-20, priimtas 2010-10-26*

## Literatūra

1. LSIC. Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Prieiga per internetą: <http://www.lsic.lt/>.
2. NIMH. Epidemiology of mental illness. Available from: [http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter2/sec2\\_1.html](http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter2/sec2_1.html).
3. Johansson EE, Bengs C, Danielsson U, Lehti A, Hammarström A. Gaps between patients, media, and academic medicine in discourses on gender and depression: a metasynthesis. *Qualitative Health Research*. 2009;19(5):633-644.
4. Seeman MV. Gender. *Clinical Handbook of Schizophrenia*. Mueser KT, Jeste DV (Red.). New York: The Guilford press, 2008.
5. Sajatovic M, Jenkins JH, Milton D, Strauss E, Zeeshan D, Butt A et al. Gender Identity and Implications for Recovery Among Men and Women With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2005;56:96-98.
6. Airaksinen E, Larson M, Lundberg I, Forsell Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychological Medicine*. 2004;34:83-91.
7. Goštautas A, Puras A. Depresijos įvertinimas sergant paranoidine šizofrenija. *Medicina*, XV. Vilnius: Mokslas. 1977;60-63.
8. Matza IS, Buchanan R, Purdon S, Brewster-Jordan J, Zhao Y, Revicki DA. Measuring Changes in Functional Status Among Patients With Schizophrenia: The Link With Cognitive Impairment. *Schizophrenia Bulletin*. 2006;32(4):666-678.
9. O'Donnell BF. Cognitive Impairment in Schizophrenia: A Life Span Perspective *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2007;22(5):398-405.
10. Bracken BA, Reintjes C. Age, Race, and Gender Differences in Depressive Symptoms: A Lifespan Developmental Investigation. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2010;28(1):40-53.
11. Cairney J, Krause N. The social distribution of psychological distress and depression in older adults. *Journal of Aging and Health*. 2005;17(6):807-35.
12. Lawton Barry K, Blow FC, Dornfeld M, Valenstein M. Aging and Schizophrenia: Current Health Services Research and Recommendations. *Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;15:121-127.
13. Jinyoung K. Education, Work, Personal Control, and Depression. 2008. Available from: [http://www.allacademic.com/meta/p\\_mla\\_apa\\_research\\_citation/1/0/8/0/3/pages108038/p108038-1.php](http://www.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/1/0/8/0/3/pages108038/p108038-1.php).
14. NIMH. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, NATIONAL Institute of Mental Health, 1999.
15. Hospital episode statistics, Department of health, England, 2002-2003. Hospital statistics for Schizophrenia. Available from: <http://www.wrongdiagnosis.com/s/schizophrenia/hospital.htm>.
16. Hasanah CI, Razali MS. Quality of life: an assessment of the state of psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in the community. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*. 2002;122(4):251-255.
17. Viinamäki H, Tanskanen A, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Haatainen K et.al. Recovery from Depression: A Two-Year Follow-Up Study of General Population Subjects. *International Journal of Social Psychiatry*. 2006;52(1):19-28.
18. Goštautas A, Prancėvičienė A, Matonienė V. Changes in depression and quality of life during inpatient treatment of depression. *Medicina (Kaunas)*. 2006;42(6):472-477.
19. Bellack AS, Green MF, Cook JA, Fenton W, Harvey PD, Beaton RK et al. Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses: A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. *Schizophrenia Bulletin*. 2007;33(3):805-822.
20. Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, Dalgard OS, Kovess V, Morgan A et al. Review Article: Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31:451-459.
21. WHO. The World Health Report: 2001: Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization. Available from: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf).
22. Badger TA, Collins-Joyce P. Depression, Psychosocial Resources, and Functional Ability in Older Adults. *Clinical nursing research*. 2000;9(3):238-255.
23. Nasrallah HA, Targum SD, Tandon R, McCombs JS, Ross R. Defining and Measuring Clinical Effectiveness in the Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2005;56:273-282.
24. Zajecka JM. Treating Depression to Remission. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(15):7-12.
25. Engel GL. The need for a new medical model. *Science*. 1977;196:129-136.
26. Walton E, Takeuchi DT, Herting JR, Alegria M. Does Place of Education Matter? Contextualizing the Education and Health Status Association Among Asian Americans. *Biodemography and Social Biology*. 2009;55:30-51.
27. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1980;34:281-286.
28. Martínez-Sánchez E, Regidor E. Self-rated Health by Educational Level in Persons with and without Health Problems. *Journal of Health Psychologist*. 2002;7(4):459-468.
29. af Sillen U, Nilsson J, Nilsson N, Nilsson PM. Self-rated health in relation to age and gender: Influence on mortality risk in the Malmö. Preventive Project. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005;33:183-189.
30. Fakhoury WKH, Kaiser W, Roeder Wanner UU, Priebe S. Subjective Evaluation: Is There More Than One Criterion? *Schizophrenia Bulletin*. 2002;28(2):319-327.
31. Nolen-Hoeksema S. Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*. 2001;10:173-176.
32. Gioia D. A Contextual Study of Daily Living Strategies in Neurocognitively Impaired Adults With Schizophrenia. *Qualitative health research*. 2006;16(9):1217-1235.
33. Pukėnas K. Kokybės duomenų analizė SPSS programa. Kaunas: LKKA, 2009.

34. Goštautas A, Dembinskas A, Pilkauskienė I. Intelektu tyrimas: informacinis laiškas (patvirtintas SAM 1977 12 01). Sveikatos apsaugos ministerija. Kaunas: Kauno medicinos institutas. 1979;57.
35. Makanjuola A, Adeponle A, Obembe O. A Comparison of Quality-of-Life in Schizophrenia and Affective Disorder Patients in a Nigerian Tertiary Hospital. *Transcult psychiatry*. 2007;44(1):65-78.
36. Rudolf H, Priebe S. Subjective Quality of Life in Female in-Patients With Depression: a Longitudinal Study. *International Journal of Social Psychiatry*. 1999;45:238-246.
37. Nemade R, Staats Reiss N, Dombeck M. Current Understandings of Major Depression – Biopsychosocial Model. 2007. Available from: [http://www.mentalhelp.net/poc/view\\_doc.php?type=doc&id=13039&cn=5](http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=13039&cn=5).
38. Müller B, Nordt C, Lauber Ch, Rössler W. Changes in social network diversity and perceived social support after psychiatric hospitalization: results from a longitudinal study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2007;53(6):564-575.
39. Goštautas A. Sergančių depresija arba šizofrenija pacientų pirminės psichikos sveikatos priežiūros centruose su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir dvasingumo ypatumai. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Kaunas, 2007.
40. Lloyd Ch, King R, Moore L. Subjective and Objective Indicators of Recovery in Severe Mental Illness: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Social Psychiatry*. Online First, published on July 10, 2009 as doi: 10.1177/0020764009105703. Available from: <http://isp.sagepub.com/content/early/2009/07/10/0020764009105703.full.pdf>.
41. Devainienė G. Depresija sergančių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės kitimai stacionarinio gydymo laikotarpiu. Magistro tezės. Kaunas: VDU, 2009.
42. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:866-876.
43. Margalit A, Glick SM, Benbassat J, Cohen A, Margolis CZ. A practical assessment of physician biopsychosocial performance. *Medical teacher*. 2007; 29:e219-e226.

## Self-rated health and its changes of patients ill with depression and schizophrenia during hospital treatment

Antanas Goštautas<sup>1,2</sup>, Brigita Miežienė<sup>2</sup>, Justina Stakauskaitė<sup>2</sup>, Tatjana Volkovienė<sup>2</sup>, Edita Ivinkina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vytautas Magnus University, <sup>2</sup>Lithuanian association of health psychologists

### Summary

**The aim** of the study was to identify and compare patients' with depression and schizophrenia self-rated health, its changes during inpatient treatment and linkages with sociodemographic, clinical and cognitive characteristics.

**Materials and methods.** The study included 149 patients of Žiegdriai psychiatric hospital, 69 diagnosed with depression and 80 with schizophrenia, the average age of men was 38,57, women – 41,79 years. Self-rated health was assessed by 64 claims questionnaire (Goštautas, 2008). Factor analysis was done, seven factors – self-rated health components (physical capacity, physical resistance, physical well-being, psychological orientation, cognitive-emotional aspects, social support, socio-economic conditions) – were extracted. Research consisted of two stages: evaluation of the self-rated health at the beginning and at the end of the inpatient treatment. Cognitive abilities seen in this work, were assessed using WAIS comprehension, similarities and digit span subtests (Wechsler, 1955).

**Results and conclusions.** The study results revealed that Schizophrenia patients evaluate their physical and psychological components of self-rated health better, but social components worse than depressed patients do. At the

end of the inpatient treatment many of the components of self-rated health have improved. The assessment of physical well-being improved the most in both, patients with depression and schizophrenia, groups. Changes of components indexes' in depression and schizophrenia patients groups were similar. Better health assessment components' changes in patients with depression group usually associated with larger changes in memory, higher education and male gender, in patients with schizophrenia group only with education.

**Keywords:** self-rated health, depression, schizophrenia, recovery.

**Correspondence to** Antanas Goštautas, Vytautas Magnus University, Faculty of Social Sciences, K. Donelaičio 52-315, LT-44244 Kaunas, Lithuania. E-mail: antanas.gostautas@gmail.com

Received 20 September 2010, accepted 26 October 2010