

## Persirgusiųjų galvos smegenų insultu gyvenimo kokybės priklausomybė nuo socialinių ir demografinių veiksnių

Daiva Rastenytė<sup>1,2</sup>, Daina Krančiukaitė-Butylkinienė<sup>1,3</sup>, Miglė Bacevičienė<sup>1</sup>,  
Dalia Ieva Lukšienė<sup>1</sup>, Ramutis Krančiukas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Kardiologijos institutas,

<sup>2</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Neurologijos klinika,

<sup>3</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Šeimos medicinos klinika,

<sup>4</sup>Kauno technologijos universitetas

**Raktažodžiai:** galvos smegenų insultas, gyvenimo kokybė, SF-12 klausimynas.

**Santrauka.** Tyrimo tikslas. Nustatyti sąsajas tarp gyvenimo kokybės, socialinių ir demografinių veiksnių persirgusiųjų galvos smegenų insultu bei kontrolinėje grupėje.

Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai. Atvejų grupę sudarė 25–84 metų 508 Kauno miesto gyventojai, persirgę pirmuoju galvos smegenų insultu. Kontrolinę grupę sudarė pagal amžių ir lytį atitinkantys atsitiktinai atrinkti 508 Kauno miesto gyventojai iš nesirgusių galvos smegenų insultu populiacijos. Tyrimui atlikti naudotas SF-12 gyvenimo kokybės klausimynas. Analizuota tiriamųjų gyvenimo kokybė, fizinė ir psichinė sveikata atsižvelgiant į socialinius ir demografinius veiksnius.

Rezultatai. Nustatyta statistškai reikšminga atvirkštinė fizinės sveikatos įverčio priklausomybė nuo amžiaus: Spirmeno koreliacijos koeficientai persirgusiųjų galvos smegenų insultu ir kontrolinėje grupėje:  $r = -0,34$  ( $p < 0,05$ ) ir  $r = -0,64$  ( $p < 0,05$ ). Palyginus vyrų ir moterų fizinės sveikatos įverčius, nustatyta, kad vyrų fizinės sveikatos įvertis statistškai reikšmingai didesnis nei moterų ( $p = 0,0005$ ) tik kontrolinėje grupėje, o tarp persirgusių galvos smegenų insultu vyrų ir moterų statistškai reikšmingo skirtumo nenustatyta. Persirgusių galvos smegenų insultu lietuvių fizinė sveikata geresnė nei kitų tautybių asmenų ( $p = 0,008$ ). Tiriamieji, gyvenantys ne vieni, savo fizinę sveikatą vertino geriau tiek kontrolinėje ( $p = 0,01$ ), tiek persirgusiųjų galvos smegenų insultu ( $p = 0,008$ ) grupėse. Dirbančiųjų fizinė sveikata geresnė tiek persirgusiųjų galvos smegenų insultu, tiek kontrolinėje grupėse ( $p = 0,005$  abiejose grupėse).

Išvados. Su amžiumi fizinė sveikata persirgusiųjų galvos smegenų insultu ir kontrolinėje grupėse blogėjo. Turintys aukštesnį išsimokslinimą, gyvenę ne vieni, dirbantys vyrai ir moterys tiek persirgusiųjų galvos smegenų insultu, tiek kontrolinėje grupėse savo gyvenimo kokybę fizinės sveikatos srityje vertino geriau nei turintys žemesnį išsimokslinimą, gyvenę vieni arba nedirbantys.

### Įvadas

Daugelyje šalių persirgusiųjų galvos smegenų insultu (GSI) gyvenimo kokybė, jos sąsaja su socialiniais ir demografiniais veiksniais (1–8) tyrinėjami jau daugiau kaip du dešimtmečius. Vis dažniau pripažįstama, kad gydymo veiksmingumo įvertinimas turi apimti tiek išgyvenamumo trukmę, tiek ir gyvenimo kokybę (9, 10).

Lietuvoje jau atlikta tyrimų, analizuojančių įvairių gyventojų grupių gyvenimo kokybę (11–14). Tačiau GSI problemas nagrinėjančių autorių straipsniuose duomenys apie GSI nepalankų poveikį daugeliui gyvenimo kokybės sričių yra riboti. J. Asadauskienė ir kt. nagrinėjo poinsultinės depresijos paplitimą ir sąsajas su persirgusiųjų GSI funkcinė būklė ir gyvenimo kokybė (15). V. Kasiulevičius analizavo bendrosios praktikos gydytojo poinsultinės priežiūros įtaką pacientų funkciniam savaran-

kiškumui, pažinimo funkcijoms ir poinsultinei depresijai (16). Persirgusiųjų pirmuoju GSI gyvenimo kokybė, jos sąsaja su socialiniais ir demografiniais veiksniais Lietuvoje netyrinėti.

Paciento suvokimas yra vienas esminių veiksnių dabartinėje sveikatos priežiūros sistemoje, akcentuojančioje į pacientą orientuotą priežiūrą, todėl gyvenimo kokybės tyrimai būtini vertinant ir kontroliuojant pacientų būklę po GSI (17). Žinant svarbiausius persirgusiųjų GSI ir sveikų žmonių gyvenimo kokybės aspektus, būtų galima tobulinti medicinos ir socialinės priežiūros sistemą. Šio tyrimo tikslas – nustatyti sąsajas tarp gyvenimo kokybės, socialinių ir demografinių veiksnių persirgusiųjų galvos smegenų insultu bei kontrolinėje grupėje.

### Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai

Atvejų grupę sudarė 25–84 metų 508 Kauno

Adresas susirašinėti: D. Krančiukaitė-Butylkinienė, LSMU MA Kardiologijos institutas, Sukilėlių 17, 50161 Kaunas  
El. paštas: daina.kranciukaite@med.kmu.lt

Correspondence to D. Krančiukaitė-Butylkinienė, Institute of Cardiology, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Sukilėlių 17, 50161 Kaunas, Lithuania  
E-mail: daina.kranciukaite@med.kmu.lt

miesto gyventojai, persirgę pirmuoju GSI. Kontrolinę grupę sudarė pagal amžių ir lytį atitinkantys persirgusių GSI vyrų ir moterų pasiskirstymą 10 metų amžiaus grupėse atsitiktinai atrinkti 508 Kauno miesto gyventojai iš nesirgusių GSI populiacijos. Tyrimas atliktas 2004–2006 m. Tyrimui atlikti naudotas SF-12 gyvenimo kokybės klausimynas (angl. *Medical Outcomes Study Short Form-12; MOS – SF-12*). Atvejų grupėje SF-12 klausimynas buvo pildomas praėjus trims mėnesiams po pirmojo GSI. Klausimyną sudaro 12 klausimų, kurie atspindi aštuonias gyvenimo sritis: fizinį aktyvumą; veiklos apribojimą dėl fizinio ir emocinio sutrikimų; skausmą; bendrąjį sveikatos vertinimą; energingumą ir gyvybingumą; socialinius ryšius bei emocinę būklę. Šios gyvenimo sritys yra jungiamos į dvi sveikatos kategorijas: fizinę (angl. *Physical Component Summary*) ir psichinę (angl. *Mental Component Summary*). Fizinei sveikatai vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinio sutrikimų, skausmo, bendrojo sveikatos vertinimo sritys. Veiklos apribojimo dėl emocinio sutrikimų, socialinių ryšių, emocinės būklės, energingumo ir gyvybingumo sritys skirtos psichinei sveikatai vertinti. Atsakymai į klausimus vertinti balais. Gyvenimo kokybės įverčiai (balais) analizuotoms sritims apskaičiuoti naudojant specialųjį skaičiavimo algoritmą (18). Didesnis suminis balas reiškė geresnę gyvenimo kokybę. Kiekvienos iš aštuonių SF-12 klausimyno gyvenimo kokybės sričių atsakymų variantai buvo perskačiuoti standartizuotais balais, kur minimalus balų skaičius 0, maksimalus – 100. Analizuota gyvenimo kokybė fizinės ir psichinės sveikatos srityse atsižvelgiant į socialinius ir demografinius veiksnius. Atvejų grupės socialiniai ir demografiniai veiksniai vertinti iki išstinkant pirmajam GSI. Analizuotų požymių skirstiniai lyginti taikant neparametrinius Mann-Whitney ir chi kvadrato ( $\chi^2$ ) testus, fizinės ir psichinės sveikatos įverčių sąsaja su amžiumi

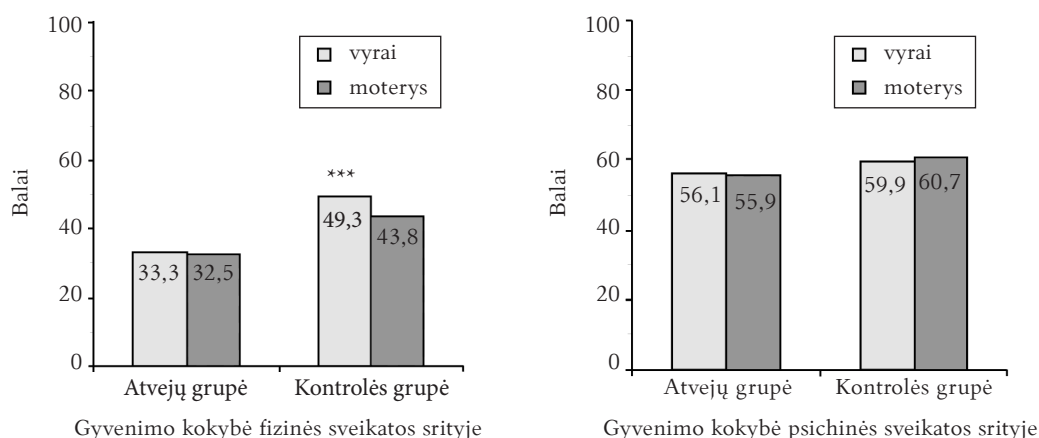
vertinta taikant Spirmeno koreliacijos koeficientus. Duomenų analizė atlikta „SPSS 15.0“ programa. Statistinių išvadų patikimumas vertintas taikant 0,05 reikšmingumo lygmenį.

## Rezultatai

*Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo amžiaus.* Analizavome gyvenimo kokybę priklausomai nuo amžiaus. Nustatyta statistiškai reikšminga atvirkštinė fizinės sveikatos įverčio priklausomybė nuo amžiaus: Spirmeno koreliacijos koeficientai persirgusių GSI ir kontrolinėje grupėje:  $r = -0,34$  ( $p < 0,05$ ) ir  $r = -0,64$  ( $p < 0,05$ ). Palyginę koreliacijos koeficientus, nustatėme statistiškai reikšmingą skirtumą ( $p < 0,01$ ). Tyrimo duomenimis, amžius turi silpnę įtaką fizinei sveikatai tiriamojoje grupėje lyginant su kontrole. Vyresnio amžiaus persirgusiųjų GSI psichinė sveikata buvo prastesnė, nustatytas statistiškai reikšmingas silpnas koreliacinis ryšys: Spirmeno koreliacijos koeficientas –  $r = -0,12$  ( $p < 0,05$ ), o kontrolinėje grupėje statistiškai reikšmingos priklausomybės nenustatėme ( $r = 0,024$ ,  $p > 0,05$ ).

*Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo lyties.* Palyginę vyrų ir moterų fizinės sveikatos įverčius, nustatėme, kad vyrų fizinės sveikatos įvertis statistiškai reikšmingai didesnis nei moterų ( $p = 0,0005$ ) tik kontrolinėje grupėje, o tarp persirgusiųjų GSI vyrų ir moterų statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta (1 pav.). Palyginę vyrų ir moterų psichinės sveikatos įverčius, nenustatėme statistiškai reikšmingo skirtumo nei persirgusiųjų GSI, nei kontrolinėje grupėje.

*Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo tautybės.* Analizavome gyvenimo kokybės fizinės ir psichinės sveikatos srityse priklausomybę nuo tautybės. Tirtųjų kontingente lietuviai sudarė 91,5 proc. atvejų grupėje ir 90,0 proc. – kontrolinėje grupėje. Persirgusiųjų GSI lietuvių fizinė sveikata geresnė nei



1 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo lyties persirgusiųjų galvos smegenų insultu ir kontrolinėje grupėje remiantis SF-12 gyvenimo kokybės klausimyno duomenimis

p – reikšmingumo lygmuo lyginant pagal lytį, \*\*\*  $p < 0,001$ .

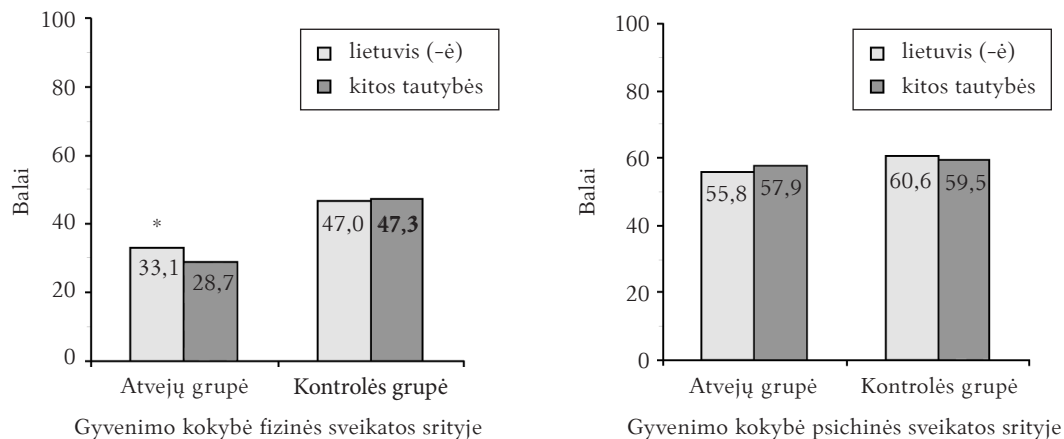
kitų tautybių asmenų ( $p=0,008$ ), tuo tarpu kontrolinėje grupėje fizinės sveikatos įverčiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė (2 pav.). Palyginę psichinės sveikatos priklausomybę nuo tautybės, nenustatėme statistiškai reikšmingo skirtumo nei atvejų, nei kontrolinėje grupėje.

**Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo gyvenimo sąlygų.** Vieni gyveno 17,7 proc. atvejų grupėje ir kontrolinėje grupėje – 23,6 proc. Nustatėme statistiškai reikšmingą priklausomybę nuo gyvenimo sąlygų fizinės sveikatos srityje tiek kontrolinėje ( $p=0,01$ ), tiek persirgusiųjų GSI ( $p=0,008$ ) grupėse: gyvenantys ne vieni savo fizinę sveikatą vertino geriau (3 pav.). Gyvenimo kokybei psichinės sveikatos srityje statistinės priklausomybės nuo gyvenimo sąlygų nenustatėme nė vienoje tirtųjų grupėje.

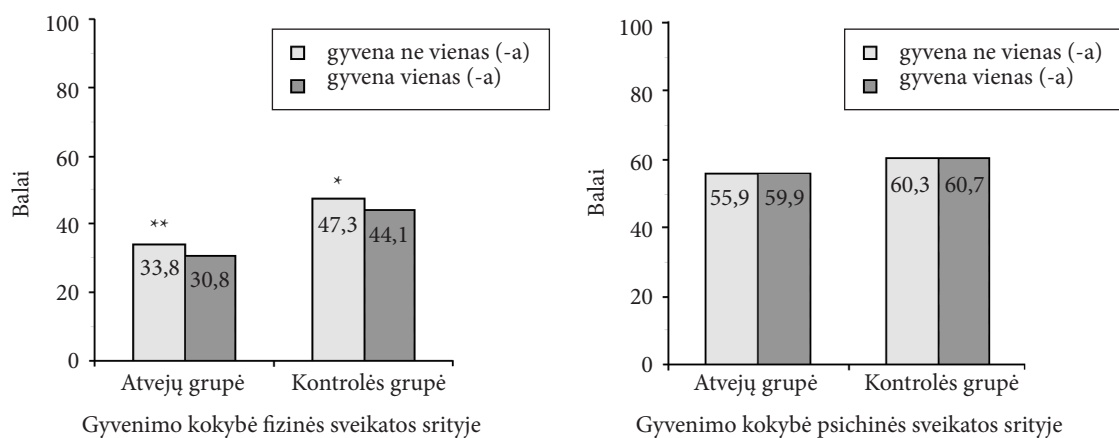
**Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo išsimokslinimo.** Įvertinome gyvenimo kokybės fizinės ir psichinės sveikatos srityse priklausomybę nuo išsi-

mokslinimo. Tarp ištiktųjų GSI pradinį arba nebaigtą vidurinį išsimokslinimą turėjo 38,2 proc., kontrolinėje grupėje – 27,4 proc. tiriamųjų, o aukštąjį išsimokslinimą turėjo 17,8 proc. atvejų grupėje ir 34,8 proc. – kontrolinėje grupėje. Išanalizavę psichinės sveikatos priklausomybę nuo išsimokslinimo, tarp tiriamųjų, turinčių pradinį/nebaigtą vidurinį, vidurinį/aukštesnįjį/nebaigtą aukštąjį bei aukštąjį išsimokslinimą, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatėme nei kontrolinėje, nei persirgusiųjų GSI grupėse. Tuo tarpu fizinės sveikatos srityje tiek kontrolinėje ( $p=0,0005$ ), tiek persirgusiųjų GSI ( $p=0,001$ ) grupėse nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp visų išsimokslinimo grupių: kuo aukštesnis išsimokslinimas, tuo geresni fizinės sveikatos įverčiai (4 pav.).

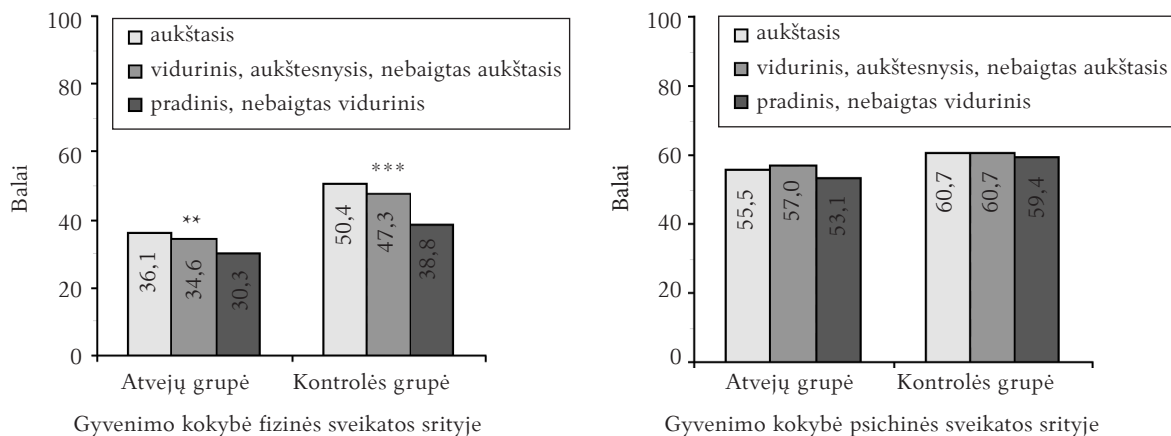
**Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo socialinės padėties.** Analizavome gyvenimo kokybės fizinės ir psichinės sveikatos srityse priklausomybę nuo so-



2 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo tautybės persirgusiųjų galvos smegenų insultu ir kontrolinėje grupėse remiantis SF-12 gyvenimo kokybės klausimyno duomenimis  
p – reikšmingumo lygmuo lyginant pagal tautybę, \*  $p<0,05$ .

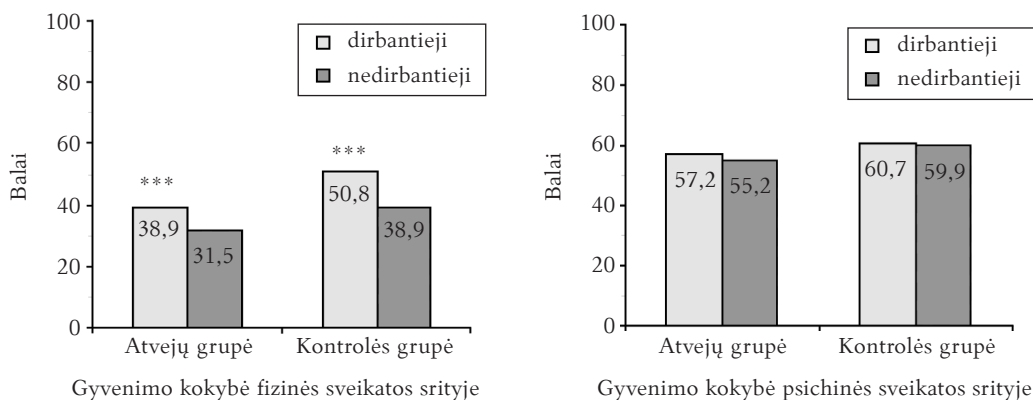


3 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo šeimos padėties persirgusiųjų galvos smegenų insultu ir kontrolinėje grupėse remiantis SF-12 gyvenimo kokybės klausimyno duomenimis  
p – reikšmingumo lygmuo lyginant pagal šeimos padėtį, \*  $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$ .



4 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo išsimokslinimo persirgusiųjų galvos smegenų insultu ir kontrolinėje grupėje remiantis SF-12 gyvenimo kokybės klausimyno duomenimis

p – reikšmingumo lygmuo lyginant pagal išsimokslinimą, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.



5 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo socialinės padėties persirgusiųjų galvos smegenų insultu ir kontrolinėje grupėje remiantis SF-12 gyvenimo kokybės klausimyno duomenimis

p – reikšmingumo lygmuo lyginant dirbančiuosius su nedirbančiais, \*\*\* p<0,001.

cialinės padėties. Net 76,8 proc. ištiktųjų GSI nedirbo, kontrolinėje grupėje tokių buvo 43,3 proc. ( $p<0,05$ ). Nustatėme, kad dirbančiųjų fizinė sveikata geresnė tiek persirgusiųjų GSI, tiek kontrolinėje grupėje ir skirtumai buvo statistškai reikšmingi ( $p=0,005$  abiejose grupėse) (5 pav.). Statistiškai reikšminga priklausomybė psichinei sveikatai nuo socialinės padėties nei persirgusiųjų GSI, nei kontrolinėje grupėje nenustatyta.

Socialinės padėties (dirba/nedirba) atžvilgiu analizavome darbingo amžiaus (iki 65 metų vyrų ir iki 60 metų moterų) tiriamųjų duomenis. Persirgusiųjų GSI grupėje darbingo amžiaus buvo 169 asmenys (33,3 proc.), kontrolinėje grupėje – 179 (35,2 proc.),  $p>0,05$ . Kontrolinėje grupėje dirbo 96,1 proc. darbingo amžiaus tiriamųjų, persirgusiųjų GSI grupėje tik – 57,4 proc. (95 proc. PI=49,9–64,9 proc.,  $p<0,05$ ). Persirgusiųjų GSI darbingo amžiaus grupėje dirbančiųjų dalies 95 proc. PI sudarė atitinkamai – 51,3–63,9 proc. vyrams ir 47,7–66,1 proc.

moterims. Tyrimo duomenimis, persirgusiųjų GSI darbingo amžiaus žmonių tiek fizinės, tiek psichinės sveikatos įverčiai buvo žemesni ( $p<0,05$ ) nei kontrolinės grupės darbingo amžiaus tiriamųjų.

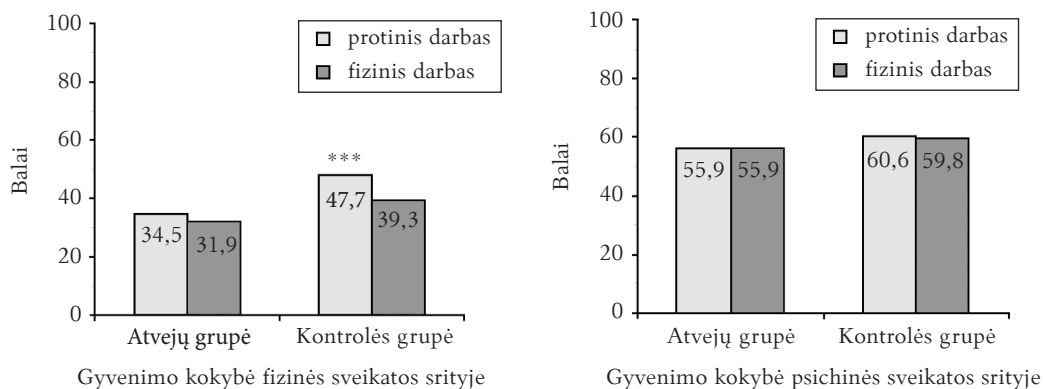
Vertinant pagal socialinę padėtį, nustatyta, kad persirgusiųjų GSI ir kontrolinės grupių tiek dirbančių vyrų, tiek dirbančių moterų fizinė sveikata buvo geresnė ( $p<0,05$ ). Tyrimo duomenimis, dirbančių moterų psichinė sveikata buvo geresnė nei nedirbančių, bet skirtumas statistškai reikšmingas ( $p=0,048$ ) buvo tik persirgusių GSI moterų grupėje (lentelė).

**Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo darbo pobūdžio (fizinis/protinis darbas).** Fizinį darbą dirbo 64,6 proc. tiriamųjų atvejų grupėje ir 27,2 proc. – kontrolinėje grupėje ( $p<0,001$ ). Pagal esamą arba ankstesnį darbo pobūdį rezultatai tokie: fizinės sveikatos įvertis buvo geresnis protinį darbą dirbančių arba dirbusių kontrolinės grupės tiriamųjų ( $p=0,005$ ); persirgusiųjų GSI buvo pastebėta tik tendencija

Lentelė. Fizinės ir psichinės sveikatos medianų palyginimas tarp darbingo amžiaus vyrų ir moterų, persirgusiųjų galvos smegenų insultu ir kontrolinėje grupėje

Sritis	Vyrai			Moterys		
	atvejai (n=118)	kontrolė (n=118)	p	atvejai (n=51)	kontrolė (n=61)	p
FS (mediana)	38,2	52,0	0,0005	38,2	51,0	0,0005
PS (mediana)	57,0	59,1	0,0005	58,2	60,7	0,001

FS – fizinės sveikatos įvertis, PS – psichinės sveikatos įvertis, p – Mann-Whitney testo p reikšmė.



6 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo esamo ir ankstesnio darbo pobūdžio persirgusiųjų galvos smegenų insultu ir kontrolinėje grupėje remiantis SF-12 gyvenimo kokybės klausimyno duomenimis

p – reikšmingumo lygmuo lyginant dirbančiuosius protinį darbą su dirbančiaisiais fizinį darbą, \*\*\* p<0,001.

(p=0,075), o psichinės sveikatos įverčių skirstiniai statistiškai reikšmingai nesiskyrė nei persirgusiųjų GSI, nei kontrolinėje grupėje (6 pav.)

### Rezultatų aptarimas

Remiantis išsamiau 25–84 metų Kauno miesto gyventojų, ištiktų pirmojo GSI, gyvenimo kokybės įvertinimu, galima neapsiribojant vien sveikatos rodikliais pažvelgti į visumą veiksnių, lemiančių žmogaus gerovę bei pasitenkinimą gyvenimu. Mūsų tyrimo uždavinys – nustatyti sąsajas tarp gyvenimo kokybės, socialinių ir demografinių veiksnių persirgusiųjų GSI bei kontrolinėje grupėje. Didelis skaičius tyrimų rodo, kad daugumos ištirtų asmenų gyvenimo kokybė po GSI blogėja (2–4, 7, 8, 19–21), tai taikytina netgi ir lengvą GSI patyrusiems asmenims (3, 7, 22). Nustatyti keli veiksniai, kurie, atrodo, turi įtakos pablogėjusiai gyvenimo kokybei po persirgto GSI: vyresnis amžius (2, 4, 21), motorinių sutrikimų sunkumas arba paralyžius (6, 20), juntamos socialinės pagalbos stygius (5), negalėjimas grįžti į darbą (23), pažinimo funkcijų sutrikimai, kitos gretutinės ligos (22), galvos smegenų sričių pažeidimų vieta (24). Priešingai nei šie duomenys, R. B. King atliktas tyrimas parodė, kad GSI patyrę asmenys gerai susidorojo su sveikatos sutrikimais, atsiradusiais ištikus GSI (5). Mūsų tyrimo duomenimis, tiek fizinės, tiek psichinės sveikatos srityse persirgusieji GSI gyvenimo kokybę vertino prasčiau nei kontrolinės grupės tiriamieji.

Sąsaja tarp amžiaus, lyties ir gyvenimo kokybės lieka neaiški. C. Anderson ir kt. nustatė, kad moterims socialinio funkcionalumo ir psichinės sveikatos atžvilgiu GSI pasekmės lengvesnės (1). Tačiau dauguma autorių praneša, kad gyvenimo kokybė nepriklauso nuo lyties (6) arba moterų gyvenimo kokybė yra blogesnė (19). L. J. Gray ir kt. nustatė, kad GSI patyrusių moterų gyvenimo kokybės vertinimas fizinės ir psichinės sveikatos srityse yra žemesnis. Šis skirtumas išlieka netgi suderinus pagal žinomus prognostinius veiksnius, pvz., amžius ir GSI sunkumas (25). Mes nustatėme, kad moterų gyvenimo kokybę fizinės sveikatos srityje vertino blogiau tik kontrolinėje grupėje, o gyvenimo kokybės vertinimas psichinės sveikatos srityje persirgusiųjų GSI ir kontrolinėje grupėje tarp vyrų ir moterų nesiskyrė.

Nustatyta, kad gyvenimo kokybė prastėja sensant (2, 8), tačiau atlikta daugybė tyrimų, kurių metu nerasta skirtumų tarp jaunesnio ir vyresnio amžiaus pacientų (6) arba pasitenkinimo gyvenimu senstant (8). V. I. Kwa ir kt. nustatė, kad afazija, sutrikusi motorinė funkcija, neįgalumas kasdienėje veikloje, taip pat sutrikusi fizinė sveikata ir pažinimo funkcijos reikšmingai susijusios su blogesne gyvenimo kokybe. Amžius, lytis, išsimokslinimas, gretutinės ligos bei GSI lokalizacija nebuvo susiję su gyvenimo kokybe (6).

F. O. Fatoye ir kt. atliko GSI persirgusių pacientų tyrimą Nigerijoje. Mokslininkai tyrė 109 GSI patyrusių pacientų ir 109 kontrolinės grupės tiriamųjų



pažinimo funkcijų sutrikimus ir gyvenimo kokybę. Kiekvieną grupę sudarė 64 (58,7 proc.) vyrai ir 45 (41,3 proc.) moterys. Tyrėjai padarė išvadą, kad ankstesnės psichinės ligos, dalinis paralyžius, žemas išsimokslinimo lygis ir trumpesnis laikotarpis, praėjęs po GSI, lėmė blogesnę gyvenimo kokybę vienoje ar daugiau gyvenimo kokybės sričių, pateikiamų sutrumpintame PSO-100 (WHOQOL-BREF) klausimyne, tačiau GSI patyrusių tiriamųjų amžius ir lytis nebuvo susiję nei su jų gyvenimo kokybe, nei su pažinimo funkcijomis (26). Mūsų tyrimo metu nustatyta, jog su amžiumi gyvenimo kokybė fizinės sveikatos srityje persirgusiųjų GSI ir kontrolinėje grupėse blogėjo.

Socialinių ryšių, išskyrus šeiminių, nepalaikymas ir neatkūrimas, yra svarbus veiksnys, lemiantis blogą pacientų, išgyvenusių ilgą laikotarpį po GSI, gyvenimo kokybę (2), o aktyvus socialinis funkcionalumas susijęs su geresniais rezultatais (8). Kita vertus, pernelyg didelis partnerio palaikymas gali lemti per didelį rūpinimąsi ir per mažą paties paciento skatinimą, o tai savo ruožtu gali sąlygoti nepalankius rezultatus (27). Siekiant gerų rezultatų, vien šeimos palaikymo nepakanka – reikalingas ir socialinis palaikymas (19), kad persirgusieji GSI jaustųsi, jog jais rūpinamasi, jie yra mylimi, vertinami bei gerbiami ir prireikus būtų pasirengę priimti pagalbą iš kitų.

A. Hartman-Maeir ir kt. nustatė, kad GSI persirgę pacientai lieka nepatenkinti savo gyvenimo kokybe praėjus vieneriems metams po GSI dėl dalyvavimo bendruomenės veikloje ribotumo. Tai rodo, kad reikalingos reabilitacijos paslaugos, nukreiptos į dalyvavimą būtinose kasdienio gyvenimo veiklose ir laisvalaikio užsiėmimuose, siekiant pagerinti pasitenkinimą gyvenimo kokybe (28). Mūsų tyrimo duomenimis, blogiausiai persirgusieji GSI vertino veiklos apribojimo dėl fizinių sutrikimų kategoriją ir bendrąją sveikatą, o geriausiai vertino socialinių ryšių ir emocinės būklės kategorijas.

Darbas taip pat yra svarbus pasitenkinimo gyvenimu šaltinis GSI patyrusiems pacientams, kurie gali dirbti ankstesnį darbą (5). Pasitenkinimas darbu gali būti vertinamas kaip geros gyvenimo kokybės rodiklis pacientams, grįžtantiems į ankstesnį darbą (19). Mūsų tyrimo duomenimis, tik 57 proc. darbingo amžiaus tiriamųjų iki ištinkant GSI dirbo. F. Angeleri ir kt. atliko tyrimą, kurio tikslas buvo įvertinti persirgusiųjų GSI gyvenimo kokybę ir ištirti darbingo amžiaus žmonių grįžimo į darbo aplinką galimybes. Tyrime dalyvavo 180 GSI patyrusių ir pirmą kartą hospitalizuotų pacientų, kurie išrašyti iš ligoninės bent vieneriais metais anksčiau nei pradėtas tyrimas. Tiriamųjų grupę sudarė 65 proc. vyrų ir 35 proc. moterų, kurių amžiaus vidurkis buvo 65,3 metų. Kontrolinę grupę sudarė 167 tokio

paties amžiaus tiriamieji. Pastebėta stipri koreliacija tarp depresijos, visuomeninės veiklos ir artimiesiems sukeliama streso. Tiriamosios grupės įverčiai buvo žymiai blogesni už atitinkamus kontrolinės grupės tiriamųjų duomenis. Depresijos ir visuomeninės veiklos atžvilgiu išryškėjo skirtumai tarp vyrų ir moterų – moterų duomenys buvo blogesni. Dauguma pacientų buvo pensininkai. Iš visų tiriamųjų 20,6 proc. grįžo į darbą, bet ne visada į turėtą iki susirgimo, todėl dažnai jiems tekdavo prisiderinti prie naujų darbo sąlygų. 31,5 proc. šių tiriamųjų buvo moterys. Tik 21,4 proc. jaunesnių nei 65 metų tiriamųjų grįžo į darbą (19).

Pietryčių Anglijoje A. Alaszewski ir kt. tyrė 43 asmenų iki 60 metų amžiaus po patirto GSI sveikimą. Tyrimo dalyviai, kuriuos pirmasis GSI buvo ištikęs mažiau kaip 3 mėn. prieš tyrimą ir kurie galėjo dalyvauti išsamiose pokalbiuose, buvo atrinkti iš trijų GSI gydymo ir priežiūros tarnybų. Tuo metu, kai tiriamuosius ištiko GSI, tik mažą dalis nebuvo aktyvūs darbo rinkos dalyviai ir negrįžo į darbą, kol buvo atliekamas tyrimas. Iš 31 tiriamojo, dirbusio tuo metu, kai susirgo GSI, 13 atliekant tyrimą negrįžo į darbą, 6 grįžo į darbą po 3 mėn., o 9 – anksčiau nei po 3 mėn., o kai kuriais atvejais – beveik iškart po GSI. Visi tyrimo dalyviai vertino darbą ir manė, kad dirbti yra geriau nei būti be darbo. Šiam požiūriui pritarė tiriamieji, kurie nebuvo įsidarbinę tuo metu, kai juos ištiko GSI, ir kurie negrįžo į darbą atliekant tyrimą. Tyrimo dalyviai grįžimą į darbą laikė svarbiu sveikimo po GSI rodikliu. Tiriamieji, kurie nepradėjo vėl dirbti, manė, kad darbas yra siekinys, tačiau jie neįstengė įveikti kliūčių, trukdančių dirbti (29). I. Treger ir kt., atlikdami tyrimą, padarė išvadą, kad grįžimas į darbą GSI persirgusiems pacientams turėtų būti laikomas vienu iš žymenų, rodančių sėkmingą reabilitaciją, nes jis turi įtakos tokių pacientų savivokai, gerovei ir pasitenkinimui gyvenimu (30). Mūsų tyrimo duomenimis, turintys aukštesnį išsimokslinimą, gyvenę ne vieni, dirbantys, vyrai ir moterys tiek persirgusiųjų galvos smegenų insultu, tiek kontrolinėje grupėje savo gyvenimo kokybę fizinės sveikatos srityje vertino geriau nei turintys žemesnį išsimokslinimą, gyvenę vieni ar nedirbantys.

### Išvados

1. Su amžiumi gyvenimo kokybė fizinės sveikatos srityje persirgusiųjų galvos smegenų insultu ir kontrolinėje grupėje blogėjo.

2. Turintys aukštesnį išsimokslinimą, gyvenę ne vieni, dirbantys, vyrai ir moterys tiek persirgusiųjų galvos smegenų insultu, tiek kontrolinėje grupėje savo gyvenimo kokybę fizinės sveikatos srityje vertino geriau nei turintys žemesnį išsimokslinimą, gyvenę vieni ar nedirbantys.

## The relationship of quality of life with social and demographic factors among stroke survivors

Daiva Rastenytė<sup>1,2</sup>, Daina Krančiukaitė-Butylkinienė<sup>1,3</sup>, Miglė Bacevičienė<sup>1</sup>,  
Dalia Ieva Lukšienė<sup>1</sup>, Ramutis Krančiukas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Institute of Cardiology, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences,

<sup>2</sup>Department of Neurology, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences,

<sup>3</sup>Department of Family Medicine, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences,

<sup>4</sup>Kaunas University of Technology, Lithuania

**Key words:** stroke; quality of life; SF-12 questionnaire.

**Summary.** The aim of the study was to determine the associations between the quality of life and social and demographic factors in stroke survivors and control group.

**Material and methods.** The case group consisted of 508 inhabitants of Kaunas city who were aged 25–84 years and had survived a stroke. The control group included 508 age- and sex-matched inhabitants of Kaunas city randomly selected from the stroke-free population. The SF-12 questionnaire was used in the study. Quality of life in the physical and mental health domains with respect to social and demographic factors was analyzed.

**Results.** A significant inverse correlation was found between the evaluation of physical health and age in both the stroke survivors and controls ( $r=-0.34$ ,  $P<0.05$ , and  $r=-0.64$ ,  $P<0.05$ , respectively). The comparison of the evaluation of physical health between men and women showed that only in the control group, men demonstrated significantly better physical health than women ( $P=0.0005$ ), while no statistically significant difference in this respect was found comparing male and female stroke survivors. Stroke survivors of Lithuanian nationality reported better physical health as compared to individuals of other nationalities ( $P=0.008$ ). Both the controls ( $P=0.01$ ) and stroke survivors ( $P=0.008$ ) who were not living alone scored higher on the physical health domain than their counterparts living alone. Employed subjects – both the controls and stroke survivors – presented better evaluations of their physical health ( $P=0.005$  in both the groups).

**Conclusions.** Quality of life in the physical health domain worsened with age both in the stroke survivors and controls. Both in the stroke survivors and controls, males and females with higher education levels, not living alone, and having employment demonstrated better evaluations of their quality of life in the physical health domain compared to those with poorer education, living alone, or unemployed.

### Literatūra

- Anderson C, Laubscher S, Burns R. Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke* 1996;27:1812–6.
- Åström M, Asplund K, Åström T. Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke* 1992;23:527–31.
- Duncan PW, Samsa GP, Weinberger M, Goldstein LB, Bonito A, Witter DM, et al. Health status of individuals with mild stroke. *Stroke* 1997;28:740–5.
- Hackett ML, Duncan JR, Anderson CS, Broad JB, Bonita R. Health-related quality of life among long-term survivors of stroke: results from the Auckland Stroke Study. *Stroke* 2000;31:440–7.
- King RB. Quality of life after stroke. *Stroke* 1996;27:1467–72.
- Kwa VI, Limburg M, de Haan RJ. The role of cognitive impairment in the quality of life after ischemic stroke. *J Neurol* 1996;243:599–604.
- Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Biller J. Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients. *Neurology* 1999;53:1839–43.
- Wyller TB, Holmen J, Laake P, Laake K. Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke* 1998;29:363–7.
- Buck D, Jacoby A, Massey A, Ford G. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. *Stroke* 2000;31:2004–10.
- Fayers PM, Sprangers MA. Understanding self-rated health. *Lancet* 2002;359:187–8.
- Malcienė L, Kazlauskaitė M. Išsėtine skleroze sergančių ligonių gyvenimo kokybės tyrimas. (Assessment of quality of life in patients with multiple sclerosis.) *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004;8:1–6.
- Šumskienė J, Šumskas L, Petrauskas D, Kupčinskas L. Disease-specific health-related quality of life and its determinants in liver cirrhosis patients in Lithuania. *World J Gastroenterol* 2006;12:7792–7.
- Puzaras P, Ančerytė D, Martinkėnas A, Varoneckas G. Katalikiškasis tikėjimas ir gyvenimo kokybė. (Catholic religiousness and quality of life.) *Sveikatos mokslai* 2000;2:28–35.
- Krančiukaitė D, Rastenytė D, Jurėnienė K. Kauno populiacijos gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-12 klausimyną. (Evaluation of the quality of life in the population of Kaunas city using the SF-12 questionnaire.) *Medicina (Kaunas)* 2007;43:501–7.
- Asadauskienė J, Raškauskienė N, Varoneckas G, Janušonis V. Poinsultinės depresijos paplitimas ir sąsajos su persirgusiųjų galvos smegenų insultu funkcinė būklė ir gyvenimo kokybė. (Poststroke depression correlates with functional impairment and quality of life.) *Sveikatos mokslai* 2006;3:33–9.
- Kasiulevičius V. Bendrosios praktikos gydytojo poinsultinės priežiūros įtaka pacientų funkciniam savarankiškumui, kognityvinei funkcijai ir poinsultinei depresijai. (The effect of post-stroke care provided by a general practitioner on patients' functional independence, cognitive function, and

- post-stroke depression.) Gerontologija 2002;3:202-6.
17. Kaste M, Palomäki H, Sarna S. Where and how should elderly stroke patients be treated? A randomized trial. Stroke 1995;26:249-53.
  18. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-12®: How to score the SF-12® physical and mental health summary scales. 3rd ed. Lincoln, RI: Quality Metric Inc; 1998.
  19. Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Giaquinto S, Nolfi S. The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. Stroke 1993; 24:1478-83.
  20. Jonkman EJ, de Weerd AW, Vrijens NL. Quality of life after first ischemic stroke. Long-term developments and correlations with changes in neurological deficits, mood and cognitive impairment. Acta Neurol Scand 1998;98:169-75.
  21. Nydevik I, Hulter-Asberg K. Subjective dysfunction after stroke. A study with Sickness Impact Profile. Scand J Primary Health Care 1992;9:271-5.
  22. Duncan PW, Lai SM, Tyler D, Perera S, Reker DM, Studenski S. Evaluation of proxy responses to the Stroke Impact Scale. Stroke 2002;33:2593-9.
  23. Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Coudereq C, Alvarez A, et al. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. Cerebrovasc Dis 1998;8:296-302.
  24. Sneeuw KC, Aaronson NK, de Haan RJ, Limburg M. Assessing quality of life after stroke. The value and limitations of proxy ratings. Stroke 1997;28:1541-9.
  25. Gray LJ, Sprigg N, Bath PM, Boysen G, De Deyn PP, Leys D, et al. Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial (TAIST). Stroke 2007;38:2960-4.
  26. Fatoye FO, Komolafe MA, Eegunranti BA, Adewuya AO, Mosaku SK, Fatoye GK. Cognitive impairment and quality of life among stroke survivors in Nigeria. Psychol Rep 2007;100:876-82.
  27. Anderson CS, Linto J, Steward-Wynne EG. A population-based assessment of the impact and burden of care giving for long-term stroke survivors. Stroke 1995;26:843-9.
  28. Hartman-Maeir A, Soroker N, Ring H, Avni N, Katz N. Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. Disabil Rehabil 2007;29:559-66.
  29. Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, Penhale B. Working after a stroke: survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. Disabil Rehabil 2007;29:1858-69.
  30. Treger I, Shames J, Giaquinto S, Ring H. Return to work in stroke patients. Disabil Rehabil 2007;29:1397-403.

*Straipsnis gautas 2009 05 15, priimtas 2010 12 07*

*Received 15 May 2009, accepted 7 December 2010*