

# Poliligotų pacientų sveikatos būklės subjektyvus vertinimas pirminėje sveikatos priežiūroje

**Justina Steponkutė**

Klaipėdos universitetas

**Asta Mažionienė**

Klaipėdos universitetas

Senėjanti visuomenė ir didėjantis poliligotumo paplitimas joje rodo, kad pacientų, kurie serga daugiau negu dviem lėtinėmis ligomis, skaičius didės. Poliligotumas apsunkina pacientų gyvenimą, nes sumažėja jų funkcionavimo galimybės, o tai lemia ir prastesnį jų sveikatos būklės vertinimą. Didelę įtaką poliligotų pacientų sveikatos būklės įsivertinimui pirminės sveikatos priežiūros kontekste turi jų pačių suvokimas, asmeninės savybės ir nuo pacientų nepriklausantys veiksniai, tokie kaip amžius ar lytis.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti poliligotų pacientų sveikatos būklę pirminėje sveikatos priežiūroje subjektyviu pacientų požiūriu.

**Tyrimo metodai.** Kiekybiniam tyrimui atlikti buvo vykdoma apklausa raštu. Tyrimo dalyviai – asmenys ( $n = 371$ ), kuriems diagnozuotos dvi ir daugiau lėtinių ligų.

**Rezultatai.** Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dažnu atveju poliligoti pacientai pirminėje sveikatos priežiūroje, jų subjektyviu vertinimu, neturėjo judėjimo, savęs priežiūros problemų bei problemų atliekant įprastą veiklą, tačiau jautė nedidelį skausmą ar diskomfortą ir nedidelį nerimą ar depresiją. Savo sveikatos būklę reikšmingai prasčiau įsivertino moterys, vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo asmenys, pacientai, gyvenantys vieni, taip pat pacientai, kurių teigimu jiems diagnozuota daugiau lėtinių ligų.

**Reikšminiai žodžiai:** pirminė sveikatos priežiūra, poliligotumas, sveikatos būklė.

## *The Subjective Evaluation of Health Status of Multimorbid Patients in Primary Health Care*

**Abstract.** Society who is getting older and the increase of multimorbidity spread amongst it shows that the number of patients who suffer from more than two chronic diseases will increase. Multimorbidity makes life difficult for patients because their possibilities of functioning decreases and this also determines their inferior evaluation of health status. For the self – assessment of health status of multimorbid patients in primary health care context their own perception, personal qualities and factors which not belonging from patients, such as age or gender, have huge influence.

**The aim of the study** – to evaluate health status of multimorbid patients in primary health care by subjective attitude of patients.

**Research methods.** A written survey was conducted for quantitative research. Research participants were the persons ( $n = 371$ ) diagnosed with two or more chronic diseases.

**Results.** According to the research data, in most cases multimorbid patients in primary health care, by their subjective evaluation, did not have problems with mobility, self – care and doing usual activities, but they felt slight pain or discomfort and slight anxiety or depression. Women, older patients, patients with lower education, patients who live alone and also patients who stated being diagnosed with more chronic diseases, self – assessed their health status significantly worse.

**Keywords:** primary health care, multimorbidity, health status.

## Įvadas

Sergamumas įvairiomis lėtinėmis ligomis pasaulyje nuolat didėja [1]. Nors 2019 m. Lietuvoje atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų grupėje lėtinėmis ligomis sirgo net aštuoni iš dešimties apklaustųjų [2], nustatyta, jog Lietuvoje žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis pradeda didėti jau 28 gyvenimo metais [3]. Dėl didėjančio sergamumo lėtinėmis ligomis vis dažniau pastebimas poliligotumas – būklė, kai vienam asmeniui diagnozuojama daugiau nei viena lėtinė liga [4]. Dėl senėjančios visuomenės ir ištobulėjusios medicinos poliligotų žmonių skaičius ateityje neabejotinai didės [5]. Įvairiose Europos valstybėse apie pasireiškusias dvi bei daugiau lėtinių ligų praneša iki 40 proc. skirtingo amžiaus asmenų, manoma, kad iki 2050 m. šis skaičius padidės dar 13 proc. [4]. Prognozuojama, kad pasaulyje iki 2035 m. dvigubai išaugs sergamumas keturiomis ir daugiau lėtinių ligų [6].

Poliligotumas lemia blogesnę pacientų sveikatos būklės įsivertinimą, sumažėjusį funkcinį pajėgumą bei ženkliai didesnę naudojimąsi sveikatos priežiūros paslaugomis [4]. Poliligotiems pacientams tenka net iki 75 proc. pirminės sveikatos priežiūros paslaugų [7]. Nepaisant to, poliligotumas lemia iššūkius, susijusius su kasdiene žmogaus veikla, pavyzdžiui, judėjimu, savipriežiūra, namų ruoša, darbu. Tai, kaip konkrečiam pacientui pavyksta susitvarkyti su gyvenimo pokyčiais susirgus, lemia, kaip jis vertins savo sveikatos būklę [8].

Sveikatos būklės vertinimas pirminėje sveikatos priežiūroje apima įvairius aspektus, kuriuos savo suvokimo lygmeniu atskleidžia pats pacientas. Akcentuojama, kad šis vertinimas yra be galo svarbus sveikatos priežiūros specialistams, tame tarpe ir slaugytojams, kurie apie paciento sveikatos būklę gali padaryti pagrįstas išvadas [9]. Teigiama, kad pacientų asmeniniai įsitikinimai apie ligas, jų priežastis, simptomų sunkumą, įtaką kasdieniam gyvenimui bei sveikatos būklės valdymo naudą stipriai nulemia, koks bus jų sveikatos būklės vertinimas, bet, nepaisant to, mokslinių tyrimų duomenys rodo, jog poliligotumas pats savaime didele dalimi yra susijęs su prastesniu pacientų sveikatos būklės įsivertinimu. Teigiama, kad keliomis lėtinėmis ligomis sergančios moterys dažniausiai blogiau vertina savo sveikatos būklę [10]. Tačiau kiti tyrėjai pastebi, kad keletu lėtinių ligų sergantys vyrai, lyginant su moterimis, dažniau patiria problemų, susijusių su mobilumu, įprasta veikla, taip pat jie dažniau jaučia stipresnę skausmą [11]. Pažymima, kad blogesnis sveikatos būklės vertinimas priklauso ir nuo poliligotų pacientų žemesnio išsilavinimo, vyresnio amžiaus, vienišumo, pakitusios emocinės būsenos [8].

Poliligotų pacientų sveikatos būklę ir jos vertinimą pirminėje sveikatos priežiūroje subjektyvių pacientų požiūriu nemažai analizuoja užsienio tyrėjai, tačiau Lietuvoje naujų tokio pobūdžio tyrimų stokoja. Poreikis įvertinti poliligotų pacientų sveikatos būklę pirminėje sveikatos priežiūroje subjektyvių pacientų požiūriu parodo tyrimo naujumą.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti poliligotų pacientų sveikatos būklę pirminėje sveikatos priežiūroje subjektyvių pacientų požiūriu.

## Tyrimo medžiaga ir metodai

Kiekybinis tyrimas buvo atliekamas Klaipėdos miesto sveikatos priežiūros įstaigoje, teikiančiose ambulatorines pirminio lygio paslaugas. Kiekybiniam tyrimui atlikti buvo vykdoma apklausa raštu, kuri vyko 2023 m. kovo–gegužės mėn. Tyrime dalyvavo 50 metų ir vyresnio amžiaus asmenys, kuriems diagnozuotos dvi ir daugiau lėtinių ligų, savanoriškai sutinkantys dalyvauti tyrime, dėl savo sveikatos būklės galintys užpildyti klausimyną ir suprantantys lietuvių kalbą. Tyrimo imtis  $n = 371$ . Respondentai buvo atrinkti, taikant netikimybinės patogiosios atrankos metodą.

Tyrimo instrumentas – dviejų dalių klausimynas. Pirmąją klausimų grupę sudarė penki klausimai apie pacientų sociodemografinius duomenis: lytį, amžių, išsilavinimą, šeiminių padėtį ir diagnozuotų lėtinių ligų skaičių. Ši klausimyno dalis parengta tyrimo autorių. Antroje klausimyno dalyje poliligotų pacientų sveikatos būklės vertinimui pasirinkta standartizuota EQ – 5D – 5L Sveikatos anketa. Oficialioje interneto svetainėje <https://euroqol.org/> užpildžius registracijos formą, buvo pateiktas instrumentas lietuvių kalba. Šiuo instrumentu vertinama sveikata klausimyno pildymo dieną pagal penkis teiginius (dimensijas): judėjimas, savęs priežiūra, įprasta veikla, skausmas / diskomfortas, nerimas / depresija. Kiekvienas teiginys turi penkis atsakymų lygius: jokių problemų, nedidelės problemos, vidutinės problemos, rimtos problemos, negalima / kraštutinės problemos (nuo 1 iki 5 balų, aukštesnis balas reiškia blogesnę sveikatos vertinimą). Taip pat šio instrumento pabaigoje pateikta vizualinė analoginė skalė, skirta respondentui įvertinti bendrą savo sveikatos būklę nuo 0 (blogiausia įsivaizduojama sveikata) iki 100 (geriausia įsivaizduojama sveikata) klausimyno pildymo dieną [12].

Gauti duomenys buvo analizuojami naudojant *IBM SPSS Statistics 28* programinį paketą ir *Microsoft Office Excel 2013* skaičiuoklę. Nepriklausomų grupių požymių palyginimui naudoti Mann-Whitney (U) ir

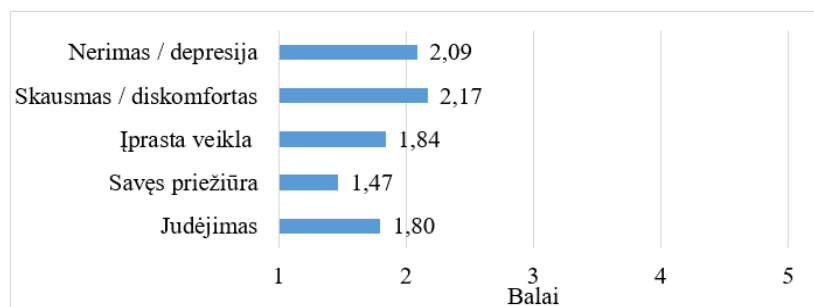
Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) testai. Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai  $p < 0,05$  (\*) – reikšminga, kai  $p < 0,01$  (\*\*) – labai reikšminga, kai  $p < 0,001$  (\*\*\*) – itin reikšminga, kai  $p > 0,05$  (ns) – statistiškai nereikšminga. Apibendrinti apklaustų tiriamųjų sociodemografiniai duomenys pateikti procentais, kiti duomenys – balais pagal EQ – 5D – 5L Sveikatos anketos skaičiavimo metodiką (vidurkis  $\pm$  standartinis nuokrypis ( $M \pm SD$ )). Analizuojant požymių tarpusavio ryšius, naudotas Spearmano (r) koreliacijos metodas. Koreliacijos koeficientas teigiamas, kai, vienam dydžiui didėjant, kitas taip pat didėja, neigiamas – kai, vienam dydžiui didėjant, kitas mažėja.

Atliekant tyrimą buvo laikomasi autonomiškumo, anonimiškumo, konfidencialumo, laisvo pasirinkimo ir sąžiningumo etikos principų.

## Tyrimo rezultatai

Tyrimo dalyvavo 371 poliligotas pacientas, tarp kurių buvo 131 (35,3 proc.) vyras ir 240 (64,7 proc.) moterų. Dauguma pacientų (46, 3 proc.) buvo 60–69 metų amžiaus, 34,8 proc. – 50–59 metų amžiaus, 18,9 proc. – 70 ir daugiau metų amžiaus. Pagal išsilavinimą pacientai pasiskirstė taip: turintys pagrindinį / vidurinį (n = 99; 26,6 proc.), profesinį (n = 146; 39,4 proc.) ir aukštąjį (n = 126; 34,0 proc.); pagal šeiminių padėtį – gyvena vienas / viena (t. y. našliai / išsiskyrę / vieniši) (n = 151; 40,7 proc.), gyvena ne vienas / ne viena (t. y. vedę / ištekėjusios / gyvenantys partnerystėje) (n = 220; 59,3 proc.). Pagal diagnozuotų lėtinių ligų skaičių pacientai pasiskirstė taip: 48,7 proc. pacientų nurodė, kad jiems diagnozuotos dvi lėtinės ligos, 35,0 proc. pacientų nurodė, kad jiems diagnozuotos trys lėtinės ligos, 11,1 proc. pacientų nurodė, kad jiems diagnozuotos keturios lėtinės ligos, 4,9 proc. pacientų nurodė, kad jiems diagnozuotos penkios lėtinės ligos, ir 0,3 proc. pacientų teigimu jiems diagnozuotos šešios lėtinės ligos.

Tyrimo metu nustatyta, kad klausimyno pildymo dieną dažniausiai poliligoti pacientai akcentavo neturintys judėjimo ( $1,80 \pm 0,91$  balų), savęs priežiūros ( $1,47 \pm 0,74$  balų) problemų ir problemų atliekant įprastą veiklą ( $1,84 \pm 0,87$  balų), tačiau akcentavo jaučiantys nedidelį skausmą ar diskomfortą ( $2,17 \pm 0,72$  balų) bei nedidelį nerimą ar depresiją ( $2,09 \pm 0,85$  balų) (1 pav.). Kitų mokslininkų atliktu tyrimu, vertinant poliligotų pacientų sveikatos dimensijų įsivertinimą, gauti kitokie rezultatai – nustatyta, kad dažniausiai poliligoti pacientai teigė jaučiantys skausmą / diskomfortą, nerimą / depresiją, turintys judėjimo bei įprastos veiklos problemų, bet neturintys savęs priežiūros problemų [13].



1 paveikslas. Subjektyvų sveikatos dimensijų įsivertinimas bendroje pacientų grupėje

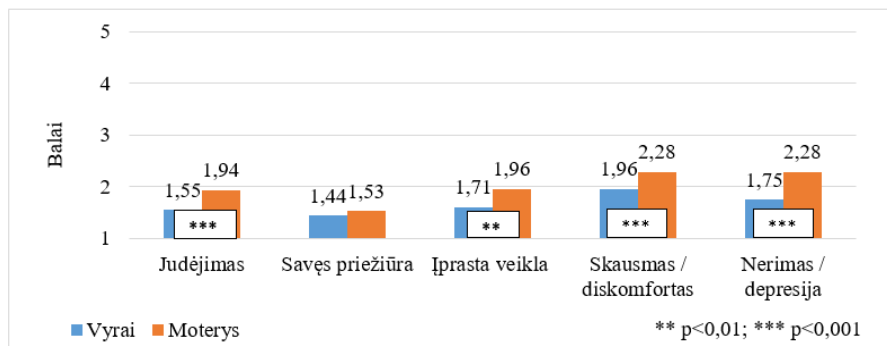
Analizuojant EQ – 5D – 5L Sveikatos anketos vizualinės analoginės skalės rezultatus, nustatyta, kad pacientų bendros savo sveikatos vertinimas klausimyno pildymo dieną svyravo nuo 25 iki 99 balų (100 balų skalėje). Dažniausiai pacientai bendrą savo sveikatą vertino 50 balų (Mo lygi 50) (1 lentelė). Lietuvoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad poliligoti pacientai bendrą savo sveikatą vidutiniškai vertino  $61,95 \pm 17,11$  balų [14]. Mūsų atlik-

tame tyrime gautas panašus rezultatas – vidutiniškai bendra sveikata buvo vertinama  $64,50 \pm 16,33$  balų. Tolimesnėje analizėje bendros savo sveikatos vertinimai buvo suskirstyti į dvi grupes – 60 ir mažiau balų (įsivertino 46,9 proc. pacientų) ir daugiau nei 60 balų (įsivertino 53,1 proc. pacientų).

1 lentelė. Bendros savo sveikatos vertinimo skaitinės charakteristikos bendroje pacientų grupėje

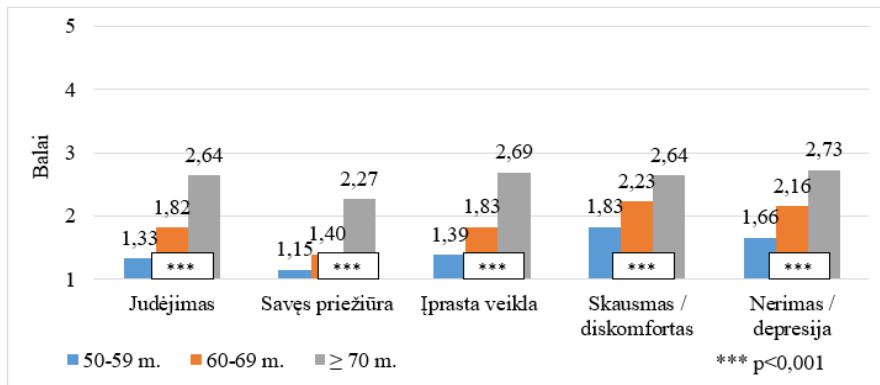
Charakteristikos	Reikšmė
M	64,50
Mo	50
SD	16,33
Min	25
Max	99

Nustatant poliligotų pacientų sveikatos dimensijų įsivertinimo ir sociodemografinių rodiklių sąsajas, pastebėta, kad moterys reikšmingai blogiau nei vyrai įsivertino savo judėjimą (moterų  $1,94 \pm 0,96$  balų, vyrų  $1,55 \pm 0,77$  balų:  $U = 12187,0$   $p < 0,001$ ), įprastą veiklą (moterų  $1,96 \pm 0,92$  balų ir vyrų  $1,71 \pm 0,74$  balų:  $U = 12503,0$   $p = 0,003$ ), skausmą / diskomfortą (moterų  $2,28 \pm 0,68$  balų ir vyrų  $1,96 \pm 0,75$  balų:  $U = 12155,0$   $p < 0,001$ ) bei nerimą / depresiją (moterų  $2,28 \pm 0,85$  balų ir vyrų  $1,75 \pm 0,76$  balų:  $U = 10481,0$   $p < 0,001$ ). Savęs priežiūros ( $p = 0,151$ ) įsivertinimas tarp moterų ir vyrų reikšmingai nesiskyrė (2 pav.). Visgi kitų tyrėjų 2017 m. atliktu tyrimu nustatyta, kad sveikatos dimensijas blogiau įsivertino poliligoti vyrai nei moterys [13].



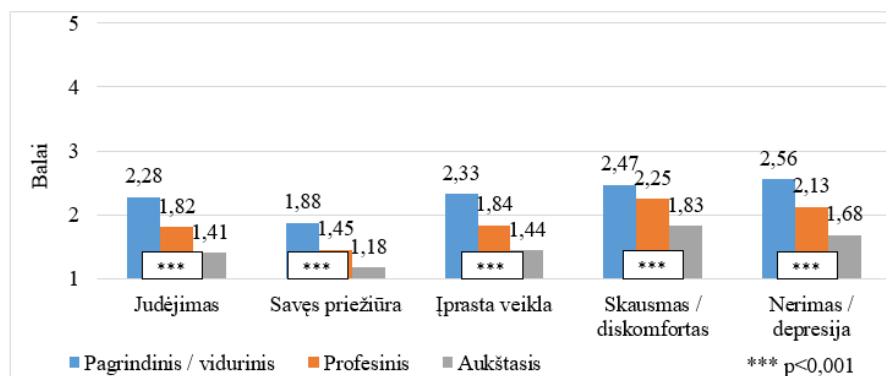
2 paveikslas. Vyrų ir moterų sveikatos dimensijų įsivertinimo skirtumai

Atliktame tyrime didelę įtaką sveikatos dimensijų įsivertinimui turėjo ir pacientų amžius. Palyginus sveikatos dimensijų įsivertinimą tarp amžiaus grupių, buvo nustatyti itin reikšmingi skirtumai – su amžiumi pacientai teigė turintys daugiau tiek judėjimo (50–59 metų grupėje  $1,33 \pm 0,65$  balų, 60–69 metų grupėje  $1,82 \pm 0,80$  balų ir 70 ir daugiau metų grupėje  $2,64 \pm 0,98$  balų:  $\chi^2 = 90,62$   $p < 0,001$ ), tiek savęs priežiūros (50–59 metų grupėje  $1,15 \pm 0,43$  balų, 60–69 metų grupėje  $1,40 \pm 0,59$  balų ir 70 ir daugiau metų grupėje  $2,27 \pm 0,95$  balų:  $\chi^2 = 92,58$   $p < 0,001$ ), tiek įprastos veiklos (50–59 metų grupėje  $1,39 \pm 0,63$  balų, 60–69 metų grupėje  $1,83 \pm 0,71$  balų ir 70 ir daugiau metų grupėje  $2,69 \pm 1,02$  balų:  $\chi^2 = 87,49$   $p < 0,001$ ), tiek skausmo / diskomforto (50–59 metų grupėje  $1,83 \pm 0,72$  balų, 60–69 metų grupėje  $2,23 \pm 0,64$  balų ir 70 ir daugiau metų grupėje  $2,6 \pm 0,59$  balų:  $\chi^2 = 60,63$   $p < 0,001$ ), tiek ir nerimo / depresijos (50–59 metų grupėje  $1,66 \pm 0,74$  balų, 60–69 metų grupėje  $2,16 \pm 0,75$  balų ir 70 ir daugiau metų grupėje  $2,73 \pm 0,87$  balų:  $\chi^2 = 68,89$   $p < 0,001$ ) problemų (3 pav.). Tačiau kiti mokslininkai 2017 m. atliktame tyrime ryšių tarp sveikatos dimensijų įsivertinimo ir poliligotų pacientų amžiaus neužfiksavo [13].



3 paveikslas. Sveikatos dimensijų įsivertinimas priklausomai nuo pacientų amžiaus

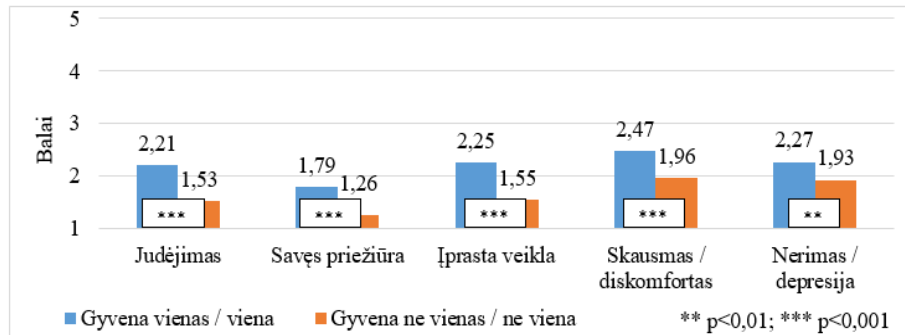
Tyrimo rezultatai parodė, kad geresnis sveikatos dimensijų įsivertinimas itin reikšmingai susijęs su aukštesniu pacientų išsilavinimu – judėjimo (su pagrindiniu / viduriniu išsilavinimu  $2,28 \pm 1,00$  balų, su profesiniu išsilavinimu  $1,82 \pm 0,86$  balų ir su aukštoju išsilavinimu  $1,41 \pm 0,71$  balų:  $\chi^2 = 50,22$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2} < 0,001$ ,  $p_{1:3} < 0,001$ ,  $p_{2:3} < 0,001$ ), savęs priežiūros (su pagrindiniu / viduriniu išsilavinimu  $1,88 \pm 0,93$  balų, su profesiniu išsilavinimu  $1,45 \pm 0,67$  balų ir su aukštoju išsilavinimu  $1,18 \pm 0,48$  balų:  $\chi^2 = 46,03$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2} < 0,001$ ,  $p_{1:3} < 0,001$ ,  $p_{2:3} < 0,001$ ), įprastos veiklos (su pagrindiniu / viduriniu išsilavinimu  $2,33 \pm 0,96$  balų, su profesiniu išsilavinimu  $1,84 \pm 0,78$  balų ir su aukštoju išsilavinimu  $1,44 \pm 0,71$  balų:  $\chi^2 = 58,00$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2} < 0,001$ ,  $p_{1:3} < 0,001$ ,  $p_{2:3} < 0,001$ ), skausmo / diskomforto (su pagrindiniu / viduriniu išsilavinimu  $2,47 \pm 0,68$  balų, su profesiniu išsilavinimu  $2,25 \pm 0,66$  balų ir su aukštoju išsilavinimu  $1,83 \pm 0,69$  balų:  $\chi^2 = 47,48$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2} < 0,001$ ,  $p_{1:3} < 0,001$ ,  $p_{2:3} < 0,001$ ) ir nerimo / depresijos (su pagrindiniu / viduriniu išsilavinimu  $2,56 \pm 0,91$  balų, su profesiniu išsilavinimu  $2,13 \pm 0,80$  balų ir su aukštoju išsilavinimu  $1,68 \pm 0,68$  balų:  $\chi^2 = 55,42$   $p < 0,001$ :  $p_{1:2} < 0,001$ ,  $p_{1:3} < 0,001$ ,  $p_{2:3} < 0,001$ ) problemas rečiausiai akcentavo aukštąjį išsilavinimą turintys pacientai, o dažniausiai – turintys pagrindinį / vidurinį išsilavinimą (4 pav.). Visgi kiti mokslininkai ryšio tarp sveikatos dimensijų įsivertinimo ir poliligotų pacientų išsilavinimo nenustatė [13].



4 paveikslas. Sveikatos dimensijų įsivertinimas priklausomai nuo pacientų išsilavinimo

Tyrimo rezultatai parodė, kad blogiau savo sveikatos dimensijas įsivertino tie pacientai, kurie gyvena vieni, nei tie, kurie gyvena ne vieni – gyvenantys vieni pacientai reikšmingai blogiau vertino judėjimą (gyvena vienas / viena grupėje  $2,21 \pm 0,97$  balų, gyvena ne vienas / ne viena grupėje  $1,53 \pm 0,76$  balų:  $U = 10044,0$   $p < 0,001$ ), savęs priežiūrą (gyvena vienas / viena grupėje  $1,79 \pm 0,87$  balų, gyvena ne vienas / ne viena grupėje  $1,26 \pm 0,55$  balų:  $U = 10958,0$   $p < 0,001$ ), įprastą veiklą (gyvena vienas / viena grupėje  $2,25 \pm 0,93$  balų, gyvena ne vienas /

ne viena grupėje  $1,55 \pm 0,71$  balų:  $U = 9523,0$   $p < 0,001$ ), skausmą / diskomfortą (gyvena vienas / viena grupėje  $2,47 \pm 0,65$  balų, gyvena ne vienas / ne viena grupėje  $1,96 \pm 0,69$  balų:  $U = 10202,0$   $p < 0,001$ ) ir nerimą / depresiją (gyvena vienas / viena grupėje  $2,27 \pm 0,84$  balų, gyvena ne vienas / ne viena grupėje  $1,83 \pm 0,77$  balų:  $U = 9857,0$   $p = 0,001$ ) nei pacientai, gyvenantys ne vieni (5 pav.). Panašūs rezultatai buvo gauti ir kitų mokslininkų 2017 m. atliktu tyrimu [13].



5 paveikslas. Sveikatos dimensijų įsivertinimas priklausomai nuo pacientų šeiminių padėties

Vertinant, ar skyrėsi pacientų bendros savo sveikatos vertinimas pagal sociodemografinius rodiklius – lytį, amžių, išsilavinimą ir šeiminių padėčių, nustatyti labai reikšmingi ( $p < 0,01$ ) skirtumai: geriau bendrą savo sveikatą (daugiau nei 60 balų) vertino vyrai (64,9 proc.) (atitinkamai 60 ir mažiau balų – 35,1 proc.), 50–59 metų amžiaus pacientai (80,6 proc.) (atitinkamai 60 ir mažiau balų – 19,4 proc.), turintys aukštąjį išsilavinimą (84,1 proc.) (atitinkamai 60 ir mažiau balų – 15,9 proc.) ir gyvenantys ne vieni pacientai (67,3 proc.) (atitinkamai 60 ir mažiau balų – 32,7 proc.). Labai reikšmingai ( $p < 0,01$ ) blogiau bendrą savo sveikatą (60 ir mažiau balų) vertino moterys (53,3 proc.) (atitinkamai daugiau nei 60 balų – 46,7 proc.), 70 ir daugiau metų amžiaus pacientai (82,9 proc.) (atitinkamai daugiau nei 60 balų – 17,1 proc.), turintys pagrindinį / vidurinį išsilavinimą (72,7 proc.) (atitinkamai daugiau nei 60 balų – 27,3 proc.) ir gyvenantys vieni pacientai (67,5 proc.) (atitinkamai daugiau nei 60 balų – 32,5 proc.) (2 lentelė). Kitų tyrėjų atliktame tyrime tokių rezultatų nenustatyta [13].

2 lentelė. Bendros savo sveikatos vertinimas priklausomai nuo sociodemografinių rodiklių

Sociodemografiniai rodikliai	≤ 60 balų	> 60 balų	$\chi^2$	p
<i>Lytis</i>	<i>proc.</i>			
Vyrai	35,1	64,9	11,29	<b>0,001</b>
Moterys	53,3	46,7		
<i>Amžius</i>	<i>proc.</i>			
50–59 m.	19,4	80,6	72,55	<b>0,001</b>
60–69 m.	52,9	47,1		
≥ 70 m.	82,9	17,1		
<i>Išsilavinimas</i>	<i>proc.</i>			
Pagrindinis / vidurinis	72,7	27,3	80,25	< <b>0,001</b>
Profesinis	56,2	43,8		
Aukštasis	15,9	84,1		
<i>Šeiminė padėtis</i>	<i>proc.</i>			
Gyvena vienas / viena	67,5	32,5	43,59	< <b>0,001</b>
Gyvena ne vienas / ne viena	32,7	67,3		

Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų sveikatos dimensijų įsivertinimas itin reikšmingai teigiamai susijęs su diagnozuotų lėtinių ligų skaičiumi – pacientai, kurie teigė, kad jiems diagnozuota daugiau lėtinių ligų, sveikatos



dimensijų įsivertinimui skyrė aukštesnius balus (tai reiškė blogesnę sveikatos dimensijų įsivertinimą). Taip pat tyrimo rezultatai parodė, kad bendros savo sveikatos vertinimas itin reikšmingai neigiamai susijęs su diagnozuotų lėtinių ligų skaičiumi – pacientai, kurie teigė, kad jiems diagnozuota daugiau lėtinių ligų, bendros savo sveikatos vertinimui skyrė žemesnius balus (tai reiškė blogesnę bendros savo sveikatos vertinimą). Pacientai, kurių teigimu jiems diagnozuota daugiau lėtinių ligų, pažymėjo turintys daugiau judėjimo ( $r = 0,66$   $p < 0,001$ ), savęs priežiūros ( $r = 0,59$   $p < 0,001$ ), įprastos veiklos ( $r = 0,65$   $p < 0,001$ ), skausmo / diskomforto ( $r = 0,56$   $p < 0,001$ ), nerimo / depresijos ( $r = 0,53$   $p < 0,001$ ) problemų ir bendrą savo sveikatą vertino blogiau ( $r = -0,69$   $p < 0,001$ ) nei pacientai, kurie teigė, kad jiems diagnozuota mažiau lėtinių ligų (3 lentelė). Panašūs rezultatai užfiksuoti ir kitų tyrėjų 2017 m. atliktame tyrime [13].

3 lentelė. Sveikatos būklės įsivertinimo sąsajos su diagnozuotų lėtinių ligų skaičiumi

Sveikatos dimensijos	Diagnozuotų lėtinių ligų skaičius	
	r	p
Judėjimas	0,66	< 0,001
Savęs priežiūra	0,59	< 0,001
Įprasta veikla	0,65	< 0,001
Skausmas / diskomfortas	0,56	< 0,001
Nerimas / depresija	0,53	< 0,001
Bendra sveikata	-0,69	< 0,001

## Išvados

1. Išanalizavus poliligitų pacientų sveikatos būklę subjektyviu jų įsivertinimu, nustatyta, kad klausimyno pildymo dieną dažniausiai pacientai akcentavo neturintys judėjimo, savęs priežiūros problemų ir problemų atliekant įprastą veiklą, tačiau akcentavo jaučiantys nedidelį skausmą ar diskomfortą bei nedidelį nerimą ar depresiją. Bendrą savo sveikatą poliligitai pacientai dažniausiai vertino vidutiniais balais.
2. Nustatyta, kad poliligitų pacientų sveikatos būklės įsivertinimas buvo susijęs su lytimi, amžiumi, išsilavinimu, šeimine padėtimi ir diagnozuotų lėtinių ligų skaičiumi. Pastebėta, kad klausimyno pildymo dieną judėjimą, savęs priežiūrą, įprastą veiklą, skausmą / diskomfortą, nerimą / depresiją reikšmingai prasčiau įsivertino vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo, gyvenantys vieni pacientai, taip pat pacientai, kurių teigimu jiems diagnozuota daugiau lėtinių ligų. Moterys reikšmingai prasčiau įsivertino judėjimą, įprastą veiklą, skausmą / diskomfortą ir nerimą / depresiją. Bendrą savo sveikatą reikšmingai prasčiau įsivertino moterys, vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo, gyvenantys vieni pacientai, taip pat pacientai, kurių teigimu jiems diagnozuota daugiau lėtinių ligų.

## Literatūra

1. Pohontsch N. J., Schulze J., Hoeflich C., Glassen K., Breckner A., Szecsenyi J. ir kt. Quality of care for people with multimorbidity: a focus group study with patients and their relatives. *BMJ Open*, 2021; 11(6):1–10. doi:10.1136/bmjopen-2020-047025
2. Lietuvos statistikos departamentas. Lietuvos gyventojų sveikata, 2020.
3. Jurevičienė E., Onder G., Visockienė Ž., Puronaitė R., Petrikonytė D., Gargalskaitė U. ir kt. Does multimorbidity still remain a matter of the elderly: Lithuanian national data analysis. *Health Policy*, 2018; 122(6):681–686. doi:10.1016/j.healthpol.2018.03.003
4. Laires P. A., Perelman J. The current and projected burden of multimorbidity: a cross – sectional study in a Southern Europe population. *Eur J Ageing*, 2019; 16(2):181–192. doi:10.1007/s10433-018-0485-0

5. Vasiliadis H. M., Gontijo Guerra S., Berbiche D., Pitrou I. E. The Factors Associated with 3 – Year Mortality Stratified by Physical and Mental Multimorbidity and Area of Residence Deprivation in Primary Care Community – Living Older Adults. *J Aging Health*, 2021; 33(7–8):545–556. doi:10.1177/0898264321997715
6. Kingston A., Robinson L., Booth H., Knapp M., Jagger, C. Projections of multi – morbidity in the older population in England to 2035: Estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age and Ageing*, 2018; 47(3):374–380. doi:10.1093/ageing/afx201
7. Quinaz Romana G., Kislaya I., Cunha Gonçalves S., Salvador M. R., Nunes B., Matias Dias C. Healthcare use in patients with multimorbidity. *Eur J Public Health*, 2020; 30(1):16–22. doi:10.1093/eurpub/ckz118
8. Moody E., Martin – Misener R., Baxter L., Boulos L., Burge F., Christian E. ir kt. Patient perspectives on primary care for multimorbidity: An integrative review. *Health Expect*, 2022; 25(6):2614–2627. doi:10.1111/hex.13568
9. Wang X., Zhang M., Wang Z. H., Zhang X., Zhao Z. P., Huang Z. J. ir kt. Correlation between hypertension label and self – rated health in adult residents in China. *Chin. J. Epidemiol*, 2019; 41:379–384. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.03.019
10. Santos T. A. d. P., Guimarães R. A., Pagotto V., Aredes N. D. A., Siqueira I. S. L. d., Rocha S. D. ir kt. Negative Self – Assessment of Health in Women: Association with Sociodemographic Characteristics, Physical Inactivity and Multimorbidity. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(5):1–15. doi:10.3390/ijerph19052666
11. Kuipers S. J., Cramm J. M., Nieboer A. P. The importance of patient – centered care and co – creation of care for satisfaction with care and physical and social well – being of patients with multi – morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res*, 2019; 19(13):1–9. doi:10.1186/s12913-018-3818-y
12. EuroQol Research Foundation. EQ – 5D – 5L User Guide, 2019; 10–12.
13. Quah J. H. M., Wang P., Ng R. R. G., Luo N., Tan N. C. Health – related quality of life of older Asian patients with multimorbidity in primary care in a developed nation. *Geriatr Gerontol Int*, 2017; 17(10):1429–1437. doi:10.1111/ggi.12881
14. Urbonas G., Raila G., Serapinas D., Valius L., Veličkienė D., Plisienė J. ir kt. Evaluation of Satisfaction with Healthcare Services in Multimorbid Patients Using PACIC+ Questionnaire: A Cross – Sectional Study. *Medicina*, 2023; 59(2):1–16. doi:10.3390/medicina59020276