

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

**MOKYMO POREIKIS, PACIENTŲ SU
IMPLANTUOTU
ELEKTROKARDIOSTIMULIATORIUMI,
GYVENIMO KOKYBEI**

Slaugos studijų programos
magistrinis darbas

Darbą parengė

DMSL10101 gr. stud. Aida Smagurienė

Darbo vadovas

Doc. dr. Vida Mockienė

Darbo recenzentas

Doc. dr. Danguolė Drungilienė

Klaipėda, 2012

SANTRAUKA

A. Smagurienė. Mokymo poreikis, pacientams su implantuotu elektrokardiostimuliatoriumi, gyvenimo kokybei. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas doc. dr. V. Mockienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2012. 694 p.

Sudėtingas širdies ritmo ir laidumo sutrikimų gydymui pacientams implantuojamas elektrokardiostimuliatorius (EKS), to pasekoje jie turi prisitaikyti prie atsiradusių fizinių ir emocinių organizmo pokyčių. Labai svarbu mokyti pacientus, nes žinios apie EKS sustiprinimas palengvina prisitaikymą prie atsiradusių pokyčių dėl ligos bei implantuoto prietaiso ir turi reikšmę gyvenimo kokybei bei saviraišai. **Darbo tikslas** – išanalizuoti mokymo poreikį pacientams po EKS implantavimo, gyvenimo kokybei. **Tyrimo metodika.** Atliktas kiekybinis tyrimas, taikant anketavimo metodą ir kokybinis tyrimas, taikant giluminį interviu metodą. Kiekybinio tyrimo imtis, taikant tikslinį atranką, sudarė 177 pacientai, apklausa atlikta naudojant standartizuotą SF-36 klausimyną. Kokybiniam tyrimui imtis, taikant tikslinį atranką, sudarė 22 bendrosios praktikos slaugytojos. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų. **Rezultatai.** Tyrimu nustatyta, kad pacientai po EKS implantavimo vertindami savo gyvenimo kokybę susijusią su fizine sveikata prasčiausiai vertino veiklos apribojimą dėl fizinių problemų bei bendrą sveikatą, o su psichine sveikata – energingumą /gyvybingumą ir veiklos apribojimą dėl emocinių sutrikimų. Ligos simptomais veikiama reikšmingai blogino pacientų gyvenimo kokybę su visais sritimis susijusias ir su fizine, ir su psichine sveikata, atitinkamai gyvenimo kokybę su apibendrinta fizine sveikata ($R=-0,31$) ir psichine sveikata ($R=-0,30$). Pacientams amžius ir išsilavinimas neturėjo reikšmingos takos emocinei savijautai susijusiai su bendravimu ir informacijos priėmimu, tačiau ligos simptomais veikiama itin reikšmingai ($p<0,001$) blogino. Respondentų nuomone geriausiai juos apmokyti gali operuojantis gydytojas bei gydantis gydytojas ($p<0,001$). Po EKS implantavimo itin reikšmingai padidėjo pacientų mokymų ir slaugytojų poreikis. Nustatyta, kad pacientai, su kuriais slaugytojos geriau aptarė saviraišos ir žiemos narių išgales, geriau vertino savo fizinį aktyvumą, energingumą /gyvybingumą, socialinių funkcijų, emocinį būklę, į kurią veikla buvo mažiau apribota dėl emocinių problemų, jie geriau vertino savo bendrą sveikatą. Kokybinio tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojoms trūksta žinių, kompetencijos bei laiko, mokant pacientus po EKS implantavimo. **Išvados.** Pacientams su implantuotu EKS, gyvenimo kokybę takuoja fizinė ir psichinė sveikata, ir simptomais veikiama, o prisitaikymą prie atsiradusių pokyčių dėl ligos, palengvina slaugytojų mokymas.

Raktiniai žodžiai: gyvenimo kokybė, mokymas, pacientai su implantuotu EKS, saviraiška, slauga.

SUMMARY

A. Smagurienė. The demand of training patients with implanted electrical pacemakers on their quality of life. Nursing Master Studies Program's Paper. Supervisor: Assoc. Prof. V. Mockienė, Klaipėda University: Klaipėda, 2012. 69 p.

The electric cardiac pacemaker (ECP) is implanted for treatment of patients with complex heart pace and conductivity disorders. Due to this, patients have to adapt to physical and emotional changes in their body. It is crucial to teach them because reinforcing their knowledge on the ECP facilitates the adaptation to these changes. Also, teaching has a significant influence on the patients' quality of life and self-care. **Thesis objective:** to analyze the demand of teaching on the patients' quality of life after the implantation of ECP. **Research methods.** Quantitative and qualitative studies have been conducted by applying the questionnaire method and the profound interview method respectively. The quantitative research (conducted according to the standard SF-36 questionnaire) sample with an applied target selection consisted of 177 patients. After target selection, the qualitative study consisted of 22 general practice nurses. The research was conveyed according to ethical principles. **Results.** Patients with implanted ECP negatively assessed their mental health including vitality/exuberance and the limitation of activity due to emotional disorders. The interaction between the symptoms of the disease significantly deteriorated all areas of life related to physical and mental health. The summarized physical health ($R=-0.31$) and mental health ($R=-0.30$) were also negatively influenced. The age and education level of patients did not have great influence on the emotional state related to communication and acquisition of information. However, the interaction between the symptoms significantly ($p<0.001$) deteriorated them. According to the respondents, their surgery and treatment doctors are the most efficient in training them ($p<0.001$). After the implantation of the ECP, the demand of nurses and training of patients greatly increases. Patients who discussed the self-care and the capabilities of family members with their nurses evaluated their physical activeness, vitality/exuberance, social function, emotional state more positively. Their activity was less limited by emotional problems, they had better evaluations of their overall health. Qualitative research shows that nurses lack knowledge, competency and time to train patients after the implantation of the ECP. **Conclusion.** The quality of life in patients with implanted ECP is influenced by their physical and mental health as well as the interaction between the symptoms. Meanwhile, the adaptation is facilitated by nurses training the patients.

Key words: quality of life, teaching, patients with implanted ECP, self-care, nursing.

TURINYS:

VADAS	6
1. TEORINĖ DALIS	9
1.1. Gyvenimo kokybė ir ją takojantys veiksniai	9
1.1.1 Gyvenimo kokybės vertinimas	9
1.1.1.1. Fiziniai veiksniai, takantys paciento gyvenimo kokybę	10
1.1.1.2. Psichologiniai veiksniai, takantys paciento gyvenimo kokybę	11
1.1.1.3. Socialiniai-kultūriniai veiksniai, takantys paciento gyvenimo kokybę	12
1.1.1.4. Politiniai-ekonominiai veiksniai, takantys paciento gyvenimo kokybę	13
1.2. Elektrokardiostimuliacijos raidos istorija	15
1.3. Slaugytojo veikla pacientų mokyme	20
1.4. Savirpa	23
2. TIRIAMOJI DALIS	28
2.1. Tyrimo metodika	28
2.1.1. Tyrimo metodas	28
2.1.2. Tyrimo imties charakteristika	28
2.1.3. Tyrimo instrumentas	29
2.1.4. Tyrimo eiga	31
2.1.5. Tyrimo etika	33
2.1.6. Statistiniai duomenų analizės metodai	34
2.2. Rezultatai	34
2.2.1. Pacientų gyvenimo kokybė po elektrokardiostimuliacijos implantavimo	37
2.2.2. Pacientų, po elektrokardiostimuliacijos implantavimo, poreikis mokymui	49
2.2.3. Slaugytojų požiūris į pacientų, po elektrokardiostimuliacijos implantavimo, savirpą	58
2.2.4. Slaugytojų požiūris į pacientų, po elektrokardiostimuliacijos implantavimo, mokymosi poreikį	63
2.3. Rezultatų aptarimas	69
IVADAS	74
REKOMENDACIJOS	76
LITERATŪROS ŠALTINIAI	77
PRIEDAI	83

SANTRUMPOS

EKS ó Elektrokardiostimulatorius

GK ó gyvenimo kokyb

IKD ó intrakardinis defibriliatorius

PSO ó Pasaulio sveikatos organizacija

SF636 ó (Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire) SF-36 klausimynas

Vbps ó Vyresnioji bendrosios praktikos slaugytoja

IVADAS

Tirdies ritmo sutrikimai pasaulyje yra laikomi viena iš aktualiausių šiuolaikinės medicinos problemų. Jais gali susirgti kiekvienas dirbantis tempt darbu žmogus (Aidietis, 2009). Ne visus širdies ritmo sutrikimus būtina gydyti, tačiau kai kurių gydymas būtinas, nes kitaip žmogus gali ištykti staigi mirtis. Ritmo sutrikimai yra gydomi medikamentais, chirurginiais metodais ir vairiais širdį veikiančiais aparatais ir stimulatoriais ir defibriliatoriais. Šiuolaikinės technologijos šiandien leidžia pasiekti pakankamai gerus rezultatus gerinant pacientų gyvenimo kokybę (Krančinskaitė, 2007; Riklikienė, 2002).

Pastaraisiais metais elektrinė širdies stimuliacija yra vienas iš efektyviausių metodų su gyvybe nesuderinamų širdies ritmo ir laidumo sutrikimams gydyti. Nėra žmogaus amžiaus cenzuro, kuris ribotų elektrokardiostimulatoriaus (EKS) implantavimą. Moksliniuose straipsniuose randami duomenys apie stimulatorių implantavimą širdyje, ir dešimties dienų kardiopatijai (Welisch; Cherlet, 2010; Medzevičius, 1999). Apie 1960-uosius, pasaulyje buvo pradėti implantuoti pirmieji EKS, jie buvo labai paprasti, stimuliuodavo vieną širdies kamerą (dažniausiai skilvelius). Mūsų šalyje širdies elektros stimuliacijos pradininku buvo akademiko J. Brūkšnio vadovaujamas medicinos ir inžinierių kolektyvas, o 1961 metais J. Brūkšnis Kaune atliko pirmąją pastovios elektrostimuliacijos operaciją. Dabar kasmet mūsų šalyje implantuojama apie 2400 stimulatorių (Aidietis, 2009). Lietuvoje elektrokardiostimulatoriai implantuojami Vilniaus Santarikių universitetinėje ligoninėje, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikose, Klaipėdos jūrininkų ligoninėje, bei Panevėžio miesto ligoninėje.

Šiuo metu visame pasaulyje yra apie 5 milijonai žmonių, turinčių implantuotus EKS arba intrakardinius defibriliatorius (IKD), kuriais vienaip ar kitaip kontroliuojamas širdies ritmas. Lietuvoje pastarąjį 5 metų pirminės implantacijos ir aparatų pakeitimais rodikliai pateikti Lietuvos kardiologų draugijos statistikos duomenyse teigia, kad implantuojamų automatiškai funkcionuojančių elektrokardiostimulatorių skaičius didėja nuo 1576 vnt. - 2006 metais iki 2379 vnt.- 2010 metais. (Puodžiūnas, 2011)

Moksliniai straipsniai, publikacijos apie elektrokardiostimulatorių technologijas (Ferreira; Dorenkamp, 2011), jų programavimą (Bondke; Borges, 2010; Kazakevičius, 2008) yra pakankamai didelis, tačiau atlikus mokslinės literatūros analizę nustatyta, kad pacientams su implantuotu elektrokardiostimulatoriumi su sveikata susijusi gyvenimo kokybė išlieka tyrimo objektu, tiek gydymo, tiek slaugos veiksmuose.

Įsivysiusiose srityse gyvenimo būdo pasikeitimas ir pafanga gydant ligas, anksčiau buvusias pagrindinius mirčių priežastimis, pailgino gyvenimo trukmę ir padidino lėtinę ligų paplitimą. Sergant lėtinėmis ligomis žmonės turi būti perkeltas nuo gydymo ar patologijų mažinimo prie geros savijautos skatinimo. Pastarajame dešimtmetyje padidėjo žmonės, kurių ligos daro kasdieniui veiklai, t.y. fiziniam pajumui, fizinei ir emocinei būklei bei socialiniam vaidmeniui. Sveikatos priežiūros specialistai turi pastebėti pacientus, kuriems implantuotas elektrokardiostimuliatorius fizinis ir emocinis pokyčiai ir jų taktika gyvenimo kokybei. Todėl kreiptinas žmonės edukacinė veikla, kurioje svarbų vaidmenį vaidina slaugos specialistai, sudarant pacientus ir artimųjų grupes, kas galėtų duoti gerus sveikatos rezultatus.

Pacientų mokymo tikslas yra motyvuoti pacientus taip, kad jis laikytųsi paskirto gydymo, atliktų savarankiškai ir suteikti finansiškai bei gėdai reikalingą savarankiškumą (Strömberg, 2006). Daugumoje mokslinių straipsnių pabrėžiama, kad savarankiško pagerinimas yra svarbus raktas siekiant pagerinti pacientų gyvenimo kokybės rezultatus (Skirpstaitis, 2007). Naujų technologijų pritaikymas ir naudojimas sveikatos priežiūroje, kelia naujus iššūkius slaugytojoms tobulinti ir pritaikyti naujas finansiškai savo praktikiniame ypač edukaciniame darbe. Kai pacientui implantuojamas elektrokardiostimuliatorius, jis turi prisitaikyti prie atsiradusių sveikatos pokyčių. O turint pakankamai finansiškai apie širdies funkcijos sutrikimą tai padaryti yra lengviau. Mokymo tikslas yra išsamiai supažindinti pacientus su liga, jos simptomais. Pacientai sustiprėjimas turi reikalingą savarankiškumą ir palengvina prisitaikymą prie atsiradusių pokyčių dėl sutrikusios širdies funkcijos (Skirpstaitis, 2007).

Patirtis rodo, kad mokant ir suteikiant kompetetingas finansiškai, visiems asmenims galima padėti sustiprinti sveikatą, padidinti jų savarankiškumą, pagerinti jų gyvenimo kokybę. Slaugant pacientus reikia turėti pakankamai finansiškai ne vien tik apie bendrąją slaugą. Slaugytojos privalo savarankiškai spręsti įkilusias slaugos problemas. Gerindamos pacientų sveikatą, mokydamos savarankiškumą, skatindamos siekti kuo didesnio savarankiškumo ir nepriklausomybės visose gyvenimo srityse veiklose, paremdamos ir paskatindamos slaugytojas galėtų padėti pacientams patenkinti savigarbos poreikį. Pacientai būtų skatinami galvoti apie ateitį, kad jų mintys ir darbai susikoncentruotų ties savarankiškumo savirealizacijos poreikiu. Dažnai pacientai, po EKS implantavimo, yra vyresni nei 65 metų amžiaus. Jie būna pasyvūs, jų galimybės ribotos, jiems trūksta finansiškai, gėdai, išorinės ir vidinės motyvacijos. Tačiau sveikatos specialistai turi imtis iniciatyvos supažindinti pacientus su juos dominančia informacija, skatinti būti aktyviais sveikatos gerinimo ar palaikymo dalyviais.

Ši tema pasirinkta todėl, kad praktiniame darbe pastebima, kad pacientams po elektrokardiostimuliacijos implantavimo, apsilankius pas sveikatos priežiūros specialistus, iškyla daug klausimų, susijusių su fiziniu ir emociniu sveikatos pokyčiais, saugumu, darbine veikla. Todėl

-io darbo tikslas būtų išsiaiškinti pacientų gyvenimo kokybę šiais pokyčiais, savirūšis problemas, poreikinius ir, kokias, bei kokiame sveikatos priežiūros etape, slaugytojas galintąs finias suteikti.

Darbo tikslas – I-analizuoti mokymo poreikį pacientų po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo, gyvenimo kokybei.

Darbo uždaviniai:

1. I-analizuoti pacientų gyvenimo kokybę po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo.
2. I-tirti pacientų, po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo, poreikį mokymui
3. Išsiaiškinti slaugytojų požiūrį pacientų, po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo, savirūšis .
4. Išsiaiškinti slaugytojų požiūrį pacientų, po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo, mokymosi poreikį .

Darbo hipotezė.

Tikima, kad mokymas prisidėtų prie pacientų su implantuotu EKS, gyvenimo kokybės gerinimo, bei prie slaugytojų slaugos proceso tobulinimo.

Darbo objektas ó mokymo poreikis pacientų po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo gyvenimo kokybei.

Darbo subjektas ó pacientai po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo ir bendrosios praktikos slaugytojos, dirbančios su pacientais po EKS implantavimo.

Darbo metodai: mokslinis/medicininis literatūros analizė, kiekybinis tyrimas, taikant anketinį apklausą, kokybinis tyrimas, taikant giluminį interviu ir turinio (content) analizę .

Darbo struktūra. Darbas sudarytas iš dviejų dalių ó teorinės ir tiriamosios dalies. Teorinėje dalyje nagrinėjama literatūra apie gyvenimo kokybę ir jį takojančius veiksnius, apie EKS raidos istoriją, slaugytojų veiklą pacientų mokyme bei apie pacientų savirūšis, jos gerinimo galimybes. Empirinėje dalyje pateikiama kiekybinio ir kokybinio tyrimo metodika ir rezultatai, kurie yra gauti apklausus 177 pacientus, kuriems implantuoti EKS ir 22 bendrosios praktikos slaugytojas, kurios slaugo pacientus po EKS implantavimo. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados, rekomendacijos ir literatūros šaltiniai. Darbas sudaro 20 lapų teorinės dalies ir 46 lapai tiriamosios dalies. Darbo prieduose pateikiama kiekybiniam tyrimui naudota anketa ir giluminio interviu planas, ir slaugytojams pateikta sutikimo forma.

1. TEORINĖ DALIS

1.1. Gyvenimo kokybė ir ją įtakojantys veiksniai

1948 m. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) pateikė sveikatos apibrėžimą ne tik kaip ligos ar ligotumo nebuvimą, bet kaip fizinę, psichologinę bei socialinę gerovę (Testa, Simonson, 1996). Vairūs autoriai – kiek tiek skirtingai charakterizuoja gyvenimo kokybę (GK). Vieni teigia, kad tai yra subjektyvi sąvoka, pagrįsta individualiu žmogaus suvokimu, vertinant gyvenimo patirtį, viltis ir lūkesčius (Bubienė, 1996; Testa, 1996). Kiti autoriai GK apibūdina kaip individualų savo vietos gyvenime vertinimą kultūros ir vertybių sistemas, kurioje individas gyvena, kontekste, susijusiu su individo tikslais, viltimis, standartais bei interesais (The AFFIRM Investigators: Quality of life in atrial fibrillation: the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) study. *Am Heart J*, 2005). Dalis autorių šiuos terminus kaip fizinę būklę, ligos simptomai ir GK traktuoti kaip bendresnę sąvoką – šios sveikatos būklės, o kita dalis šiuo palikti vieną terminą – šio gyvenimo kokybę, tiksliau – šios sveikata susijusi gyvenimo kokybę, apimanči visus – tuos rodiklius (Reynolds, Elis, Zimetbaum. *Cardiovasc Electrophysiol*, 2008).

1.1.1 Gyvenimo kokybės įvertinimas

Mokslinėje literatūroje nemažai svarstymų, kaip įvertinti GK, tačiau priimtas bendras susitarimas, kad GK yra išmatuojama ir tiksliausiai padaroma remiantis individualios apklausos duomenimis (Luderitz, Jung, 2000). Tam, kad būtų galima lyginti skirtingų pacientų duomenis tarpusavyje laiko ir kokybės požiūriu, atlikti statistinį analizę, naudojami standartizuoti klausimynai, dar vadinami instrumentais. Dažniausiai naudojama bendrinė GK vertinimo skalė atliekant tyrimus yra: *Medical Outcomes Study Short Form Health Survey* (SF-36). SF-36 sudaryta iš 36 punktų klausimyno, vertinančio aštuonias sveikatos sąvokas: bendrą sveikatos supratimą, fizinį funkcionalumą, socialinį funkcionalumą, veiklos apribojimą esant fizinei problemai, knoskausmui, psichiną sveikatą, veiklos apribojimą esant emocinms būklėms ir gyvybingumui. Toliau – aštuoni poskaliai SF-36 taip pat pateikia fizinių ir protinių komponentų bendrus vertinimus. SF-36 yra plačiausiai pripažintąs klausimynas, kuris naudojamas tirti variąs kardialines ir nekardialines patologines būkles (Ware, Kosinski, Keller, 1996).

GK tyrimai medicinoje ne tik neprieštaruoja humanistinei –io mokslo – akos filosofijai, bet ir suteikia jai mokslinį pagrindą. Tais – rodymais pagrįstos medicinos laikais, kai daugiau sprendimų priimama remiantis algoritmais, sudarytais pagal grieftai apibrėžtas klinikinį tyrimų – vadas, labai

vartojantiems raminaujančius medikamentus, ypač staigiai keliantis iš lovos, naktinį apimtį. V. Janušonis tyrė pacientų griuvimų ligoninėse priežastis, pasekmes bei prevencijos vadybinę galimybes, teigia, kad gautais duomenimis ketvirtadalis vis registruotų griuvimų atvejų vyko esant pusiausvyros sutrikimui, ketvirtadalis dėl silpnumo, galvos svaigimo, vienas griuvimas vyko dėl regėjimo sutrikimų. Pagrindinės taikomos sritys griuvimų profilaktikai – mokymas, aplinkos sutvarkymas, tinkama medicininė priežiūra ir paciento rėmimas, individualios griuvimų profilaktikos priemonės, –uolaikinių slaugos ir informacinių technologijų taikymas. Griuvimai yra pavojingi bet kokiam amfiuije, o ypač ūmogui senstant (Janušonis, 2005)

Saugiai aplinkai palaikyti yra svarbu poį jautrumas, kuri net menkiausias sutrikimas gali sumaffinti asmens gebėjimą paffinti aplinkos pavojus. O. Riklikienė (2002) tyrė sergančių akių ligomis fizinį saugumą aplinkoje. 14,8proc. pacientų nurodė, kad dėl susilpnėjusio regėjimo jiems kilo pavojus susifeisti. 71,6proc. teigė, – susilpnėjus regėjimui jautėsi saugiai ir suflalojimū nepatyrė. Pasak tyrosios, dauguma akių (kataraktos, glaukomos) ligū komplikuojasi nepilnu matymo sutrikimu ir todėl pacientai gali pasirepinti savimi bei sugeba išlikti saugūs aplinkoje.

Kitos tyrosios (Norkienė, 2009) tikslas buvo su sveikata susijusi GK, buvo tiriama prieš EKS implantavimą ir 12 mėnesių po implantavimo naudojant SF – 36 klausimyną – tirta buvo 104 pacientai. S. Norkienės tyrimo rezultatai parodė, kad vieneriems metams praėjus po EKS implantavimo pacientams buvo nustatytas su sveikata susijusios GK pagerėjimas. Nustatyti reikšmingi skirtumai lyginant su priešimplantavimą buvusiu fiziniu aktyvumu $p < 0,001$. Praėjus vieneriems metams po EKS implantavimo daugumai pacientų su sveikata susijusi GK reikšmingai pagerėjo. Tyrimo duomenys apie veiksnius, susijusius su GK pagerėjimu, gali padėti sveikatos priežiūros specialistams laiku diferencijuoti pacientus, kuriems EKS implantavimas labiausiai reikalingas GK aspektu.

1.1.1.2 Psichologinių veiksnių įtaka paciento gyvenimo kokybei

Sveikatos priežiūros staigose gydomi pacientai yra ne tik vaires amfiiaus, skirtingos lyties, bet ir skirtingo temperamento, charakterio, pasitikėjimo savimi, o tai taip pat didina ar mažina psichologinius veiksnius takojančius pacientų gyvenimo kokybę. Jos gerinimui ir palaikymui svarbi ir paciento gyvenimo tampa. Nuolat daug ja mokslo duomenų, patvirtinančių, jog –uolaikini visuomenė patiria didžiulius nuostolius streso daromos žalios sveikatai. Siekiant sumaffinti streso daromą žalą, būtina atsifevelgti stresogeninius ir atsparum didinančius veiksnius. –uolaikinėje visuomenėje dažnai emocinė tampa, stresas, dažnai diagnozuojami nerimo ir depresijos sutrikimai. Kartu mokslinė literatūra išskiria ir lyties skirtumus, rodančius, kad moterys dažniau nei vyrai patiria streso, nerimo ir

depresijos sutrikimus. Dėl tampos, pervargimo, pasitikėjimo savimi praradimo, mažėja gyvenimo kokybė. (Norkienė, 2009)

Psichologiniai stresoriai neretai būna susiję su kriziniais gyvenimo vykyiais ir gali sukelti nerimo, baimės jausmus. Psichologiškai prisilgtas pacientas gali vengti bendravimo, jam gali sutrikti miegas. Visa tai priklauso nuo prisilgtos būsenos sunkumo.

Vienas ryškiausių mūsų laikų fenomenų yra pagyvenusių žmonių skaičiaus didėjimas ir populiacijos senėjimas. Senyvo amžiaus žmonėms būdingas ir poliligtumas bei senatviniai psichikos sutrikimai. Senatvė būdinga daug stresų sukelianti faktorių, tokių kaip mažėjantis funkcinis aktyvumas, socialinė izoliacija, kurie gali pabloginti psichikos sveikatą. Sename amfiuje sunkiau puoselėti sveiką psichologinę bei psichodinaminę. Stresas senatvėje dažniausiai sukelia socioekonominę politiką, kuri senyvo žmogų palieja asmeniškai, įėjimo pensijų laikotarpis, kurio metu prarandamas ryšys su kolektyvu. Stresas taip pat gali sukelti senesniame žmogui ir seksualinio aktyvumo bei galimybių praradimą, priklausomybę nuo globėjimo, emocinius problemas.

Slaugant pacientą, turintį intelektualios negalios, slaugytoja turi žinoti, kad tokie pacientai gali neturėti ar nesugebėti gyti reikiamomis aplinkybomis apie psichinės sveikatos palaikymą. Tokie pacientai negali greitai bei tinkamai reaguoti grėsmėms saugumui (Roper, Logan, Tierney, 1999). Moksliniame straipsnyje Kaffeman (2005), remdamasis Maslow poreikių teorija, tyrė darbingo amžiaus ilgalaikių psichikos sutrikimų turinčių asmenų poreikius, juos lemiančius veiksnius (sveikatos būklė, lytis, amfius). Tyrimu nustatyta, kad sutrikusios psichikos asmenų poreikių struktūroje dominuoja saugumo ir socialiniai poreikiai, persipynę su kasdienio funkcionavimo ir psichologinėmis problemomis, bei priklausomybę ne tik nuo sveikatos būklės, bet ir nuo amžiaus bei lyties.

Sveikatos problemos yra streso šaltinis pacientui bei jo šeimai. Pacientas nerimauja ne tik dėl paguldymo ligoninėje, bet jam reikalinga ir psichologinė adaptacija prie neprastos aplinkos, pasikeitusios gyvenimo tvarkos. Kiekvienas asmuo skirtingai prisitaiko prie naujų aplinkybių. Tai lemia ne tik individo biologiniai ypatumai, bet ir esama psichoemocinė būsena, dvasinis pasaulis.

1.1.1.3 Socialinių-kultūrinių veiksnių įtaka paciento gyvenimo kokybei

Kiekvienoje šalyje, kultūroje savaip interpretuojama saugumo sąvoka, skiriasi ir teikiama socialinių paslaugų mastas ir rūšys. Kiekvienoje visuomenėje egzistuoja ir vidiniai skirtumai, susiję su saugios aplinkos palaikymo, pavojais, su kuriais susiduria įvairios žmonių grupės, akivaizdūs skirtumai

pastebimi ir tarp socialinių klasių. Paciento patirtis saugios aplinkos palaikymą taškoja jo socialumas, kultūra, religija (Roper, Logan, Tierney, 1999).

Keletas autorių Lietuvoje (Baubinas, 2007; Acienė, Vaiškauskaitė, 2009) tyrė socialinius gyvenimo kokybės skirtumus Vilniuje. Gautose išvadose teigia, kad skirtingose socialinėse grupėse gyvenimo kokybė yra skirtinga. Prastesnė yra turinti nebaigtą vidurinio išsilavinimą, gaunančių mažesnes pajamas. Dvasingumo srityje diferencijuojamas profesijos prestižas, amžius, –ėjimo padėtis, lytis (moterys labiau vertina dvasingumo reikšmę). Pensininko, našlės statusas, mažesnės pajamos, flemesnis išsilavinimas, lemia prastesnę fizinę bei psichologinę gyvenimo kokybę, tyrėjai tyrė fmonius su negalia gyvenimo kokybės problemomis socialinėse paramos kontekste. Tyrimė akcentuojama daug progresyvi poslinkiai ne gali jį socialinėse integracijos procesuose, pabrėžiamas sveikatos priežiūros prieinamumas ne galiesiems, ne gali jį socialinis dalyvavimas visuomenės socialiniame, kultūriniame gyvenime, socialinė parama –mokymai bei pensijų forma, profesinė reabilitacijos proceso dinamikė (Acienė, Vaiškauskaitė, 2009).

1.1.1.4 Politinių-ekonominių veiksnių įtaka paciento gyvenimo kokybei

Saugios aplinkos palaikymo gyvybinei veiklai labai didelį taką turi politiniai ekonominiai veiksniai. Nors daugelį tam tikslui skirtų veiklų atlieka pavieniai fmoniai, o asmeniniams sprendimams bei asmeninei atsakomybei jėga yra daug erdvių, saugios aplinkos palaikymas didele dalimi yra vietinio, nacionalinio ir tarptautinio lygio politikos rezultatas ir atsakomybė (Roper, Logan, Tierney, 1999).

Pagrindines sveikatos problemas –alyje lemia socialinė ekonominė situacija, gyvensenos ypatumai ir požiūris sveikatai. Sveikata –neginėjama fmonijos egzistavimo ir vystymosi sąlyga. Visuotinai pripažįstama, kad sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, kuri sudaro ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimą, bet ir fizinę, dvasinę bei socialinę fmonų gerovę. Kurioms visuomenės sveikatos problemoms skirti didžiausi dėmesiai, priklauso nuo to, kaip dažnai jos paplitusios, kokias gyventojų grupes apima, kokios susirgimų pasekmės, ar yra prevenciniai priemonės, skirti ligoms išvengti. Sprendžiant šias problemas turi būti atsižvelgiama ir į individo, ir bendruomenės poreikius. Daugelis saugios aplinkos palaikymo aspektų yra tvarkomi statymais, kurie nusako visuomenei pageidautinus saugumo standartus bei saugumo priemones. Visa ši veikla gerina ir individualų ir nacionalinį saugumą. Ji yra grindžiama ir ekonominiais išskaičiavimais.

Siekiant teigiamai Lietuvos gyventojų pagrindinį sveikatos rodiklį –pokyti, vykdoma aktyvi ligų prevencija, formuojant sveikos gyvensenos ir elgsenos pasirinkimo nuostatas visuomenėje, saugant gyventojų sveikatą nuo kenksmingos aplinkos veiksnių poveikio, gerinama ankstyvoji ligų diagnostika

ir gyventojų gydymo kokybę bei sudaromos vienodos sąlygos visiems –alies piliečiams gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, atsižvelgiant į gydymo staigų modernia medicina ranga ir aukštos kvalifikacijos specialistais.

Pastarj dešimtmetyje ypač domimasi sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, suteikiant galimybę patiems pacientams išreikšti savo nuomonę apie ją (Brogienė, Gurevičius, 2009). Pacientų apklausa padeda gydytojams kryptingai tobulinti teikiamų paslaugų kokybę. Didėjanti konkurencija tarp sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių staigų skatina vadovus bei personalą gerinti teikiamų paslaugų kokybę. Atliekamos mokslinės studijos, apklausiant pacientus apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Vertinant pacientų nuomonę apie stacionarijoje sveikatos priežiūros staigoje suteiktas paslaugas, didžiausias dėmesys skiriamas paslaugos teikėjo charakteristikoms (draugiškumui, paciento padiršinimui, pagalbai, pagarbai ir palaikymui, dėmesingumui, gebėjimui išklaudyti, kompetencijai, informacijai ir komunikavimui) arba pačių paslaugų charakteristikoms (tostinumui, lygybei, prieinamumui, laukimo trukmei, –varai, privatumui bendraujant, apžiūros kruopštumui, gydymo efektyvumui, paslaugos komfortui).

Svarbu paciento saugumo statymų flinėjimas ir poffris juos, asmenin s i–laidos saugumo palaikymui. Atliekami tyrimai, nagrinėjantys paciento mokymų bei informuotumą (Zagurskienė, Misevičienė, 2009). Paciento teisė informacijai teisinta Lietuvos respublikos statymuose. Teisė informacijai ne tik tenkina paciento poreikius, bet ir sudaro jam galimybę dalyvauti priimant sprendimus apie diagnostikos ir gydymo metodus bei jų taikymo pasekmes. Teisinis pacientų ir sveikatos priežiūros santykis grindfliamas Lietuvos respublikos pacientų teisių ir flalos atlyginimo statymu (Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir flalos sveikatai atlyginimo statymo pakeitimo statymas). Vadovaujantis –iuo statymu, pacientas turi teisę pats apsispręsti prie– kiekvienam tam tikros rizikos turiniam gydymo ar tyrimo procedurą ir prisiimti dalį atsakomybės. Pacientai ne tik turi teisę išreikšti savo nuomonę, bet ir skatinami tai daryti.

Nagrinėjant mokslinę literatūrą, staripsnius, pranešimų tezes, studijų išvadas pastebėta, kad gyvenimo kokybės tyrimai daugelyje medicinos sričių tapo tokia pat moksliskai tiriama tema, kaip sergamumas ar mirštamumas. Yra nemažai svarstymų, kaip ivertinti GK, tačiau priimtas bendras susitarimas, kad GK yra išmatuojama ir tiksliausiai tai padaroma remiantis individualios apklausa duomenimis. Implantavus žmogui elektrokardiostimulatorių, taip pat yra svarbu stebėti, kaip keičiasi jo gyvenimo kokybė, kokie gyvenimo kokybę įtakojantys veiksniai gerina ar blogina pacientų sveikatos rodiklius, kiek šis prietaisas įgalina keistis žmogaus fizinis ir psichinius pojūčius.

1.2. Elektrokardiostimuliacijos raidos istorija

Širdies elektrinė stimuliacija – vienas efektyviausių metodų širdies ritmo ir laidumo sutrikimams gydyti. Naudojantis naujaisiais biomedicininiais tyrimo duomenimis bei kompiuterine technologija, sukurti sudėtingi implantuojami elektrokardiostimuliatoriai, galintys gydyti sudėtingus širdies ritmo ir laidumo sutrikimus, todėl sudėtinga ir brangi ligonių priežiūra ir slauga (Stirbys, Medzevičius, 1999). Šiuo metu pasaulyje gaminami trys modeliai implantuojamų elektrokardiostimuliatorių ir elektrodų, kurie skiriasi techniniais bei biomedicininiais parametrais ir dauguma iš jų yra prieinami Lietuvos pacientams. Moksliniai straipsniai, publikacijos apie elektrokardiostimuliatorių technologiją (Ferreira; Dorenkamp, 2011), jų programavimą (Bondke; Borges, 2010; Kazakevičius, 2008) yra pakankamai didelis, tačiau atlikus mokslinės literatūros analizę nustatyta, kad pacientams su implantuotu elektrokardiostimuliatoriumi su sveikata susijusi gyvenimo kokybė išlieka tyrimo objektu, tiek gydymo, tiek slaugos veiksmuose.

Pirmasis elektrinis širdies stimuliatorius žmogui buvo implantuotas 1958 m. Karolinskos institute, Solna, Švedijoje. Tai buvo švedas Arne Larsson, kuriam per 86 jo gyvenimo metus (mirė 2001 m.), vairuoti širdies stimuliatorių buvo pakeista net 26 kartus, tačiau šis žmogus pragyveno ilgiau ir už savo gyvybės gelbėtojų chirurgą Ake Senning. Austrijoje pirmą elektrokardiostimuliatorių 1963 m. implantavo Vienos profesorius Helmeris. Kitame literatūros altinyje (Kazakevičius, 1995) teigiama, kad Hyman G. pirmą kartą sukonstravo širdies elektrinį elektrokardiostimuliatorių ir panaudojo jį klinikoje praktikoje gydant nuo bradikardijos ir dažnų sinusinių netekimų kenčiantį pacientą. Rusijoje elektrinė kardiostimuliacija pradėta 1960 metais. 1961 m. pirmas rusiškas stimuliatorius EKS-2, išrastas Riterio A. ir Belgovo V., buvo implantuotas akademiko A. Bakulevo pacientui, sergančiam atrioventrikuline blokada. Iki 2012 metų pasaulyje buvo išrasta ir patobulinta daugiau kaip 60 širdies stimuliatorių, miniatiurinių, ilgalaikių širdies stimuliatorių.

Autonomiškai funkcionuojantys elektrokardiostimuliatoriai Lietuvoje buvo pradėti implantuoti bradikardologiniams ligoniams nuo 1961 metų. Pradininkas Lietuvoje yra akademikas Jurgis Brdikis. Jis 1961 m. pirmą kartą panaudojo elektrokardiostimuliatorių Morgano, Edemos ir Stokso sindromui gydyti (Stirbys, 2003).

Šiandien Lietuvoje naudojami vairių kompanijų tiekiami, vairių tipų aparatai tapo modernesni, todėl vairių davikliai (sensoriai), kurie reaguoja į kūno padėtį, krūtinės ląstos judesius kvėpuojant, veikia chemines reakcijas organizme, fizinę, emocinę paciento būklę ir turintys daug kitų savybių, kurios pacientams suteikia pakankamai komfortabili savijautą (Kazakevičius, 2008). Literaturoje tai vadinama širdies gyvenimo kokybės gerinimu, bet ne ligonio egzistencijos pratimu. Nedaug aparatų tenka

pakeisti pasibaigus j galiojimo laikui. TM Nuolaikiniai elektrokardiostimulatoriai dirba 8-12, kai kada net iki 14-17 met .

Elektrokardiostimuliacija i-sivyst , kaip daugelio gydytoj , mokslinink ir bioinfinieri atlikt tyrim bei eksperiment bendras rezultatas (., 1995). Elektrostimuliacija yra elektros srov s panaudojimas audini ir organ funkcijai aktyvinti bei stiprinti. Pirm kart 1876m. fymus ital mokslininkas Aleksandro Volta paband elektros srove sukelti raumens susitraukim . Tik v liau rus fiziologai J. agovec ir N. Vedenskij i-band elektrinio impulso, leidffiamo per -irdies raumen , savybes. TMirdies raumens(miokardo) skaidulos pasifymi dideliu jaudrumu ir susitraukia tiesiogiai stimuluojant labai mafla elektros srove: apie 0,8-1,2Ma arba 0,5-2V amplitud s 0,5-2ms trukm s impulsais. Kiekvienu atveju -i impuls parametrai priklauso nuo ligoonio amffiaus, k no temperat ros, hemodinamini ir kit faktori .

TMandiena -is gydymo metodas yra labai populiarus kardiologijoje. Kaip teigia literat ros -altiniai, JAV yra daugiau kaip 1 milijonas gyventoj , turin i elektrokardiostimuliaatorius, o pasaulyje kasmet implantuojama apie 250,000 nauj parat . Austrijoje kasmet implantuojama vidutini-kai 2000 nauj -irdies stimulatori ir pakei iama apie 1000 sen . Autoriai teigia, kad pacient su -irdies stimulatoriumi gyvenimokokyb daug geresn , o tik tina b simo gyvenimo trukm ó kur kas ilgesn nei to pa io amffiaus paciento su tokiais pat -irdies ritmo sutrikimais, bet be -irdies stimulatoriaus. TMs technologi-kai sud tingas gydymometodas nuolat buvo tobulinamas siekiant ne tik apsaugoti ligoonius nuo asistolijos, bet ir maksimaliai pagerinti j gyvenimo kokyb .

Implantuojami elektrokardiostimulatoriai Lietuvoje, deja, niekuomet nebuvo gaminami, tod l nat ralu, jog pacient gaunama medicinos pagalba ir jos kokyb priklaus nuo pasaulin s medicinin s technin s paflangos ir, ai-ku, nuo Lietuvos ekonomikos (Stirbys, 2003).

Lietuvoje elektrokardiostimulatoriai implantuojami Vilniaus Santari-ki universitetin je ligoonin je, Lietuvos sveikatos moksl universiteto Kauno klinikose, Klaip dos j rinink ligoonin je, bei Panev flio miesto ligoonin je. Pastar j 5 met rodikliai- pirmin s implantacijos ir aparat pakeitimai pateikti Lietuvos intervencin s kardiologijos kardiolog draugijos ataskaitiniame prane-ime 1 lentel je (Stirbys, Puodffi kynas, 2011).

1 lentel . Elektrokardiostimulatori implantavim rodikliai Lietuvos gydymo staigose

	Metai				
	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.
Vilniaus Santari-ki universitetin ligonin	567	620	819	843	942
LSMU Kauno klinikos	655	505	801	832	935
Klaip dos j rinink ligonin	354	394	469	497	488
Panev flio miesto ligonin	0	0	35	39	14

Visose ligonin se implantuojam elektrokardiostimulatori skai ius did ja, pagalba bradikardijomis sergantiems ligoniams ger ja (n ra tendencijos, jog did jant implantacij skai iui vienoje ligonin je, j mafl t kitoje) (Stirbys, 2003).

Per 2011metus Klaip dos j rinink ligonin je implantuota 600 elektrokardiostimulatori , kaip stebima 1 lentel je tendencija EKS implantavim skai ius did ja. Tai rodo, kad kiekvienais metais vis daugiau pacient gali b ti suteikta geresn gyvenimo kokyb .

Tuo metu pasaulyje gaminama imtai vairi modeli implantuojam EKS ir elektrod , kurie skiriasi techniniais bei biomedicininiais parametrais ir beveik visi jie prieinami Lietuvos pacientams. Autorius savo moksliniame darbe teigia, kad norint palyginti elektrokardiostimulatori sistem technines, biomedicininines galimybes, j patikum , analizuoti pooperacines komplikacijas, keistis informacija su kitais kardiologiniais centrais, dalintis patirtimi, b tina tur ti kompiuterizuot duomen baz , kuri leist ateityje vertinti irdies stimuliacijos b kl Lietuvoje. Tod l, kompiuterizuota duomen baz buvo prad ta kurti 1996m., o jos pirmieji duomenys buvo paskelbti tik Europos registruui 1999 m. (Stirbys, 2003) Iki to laiko Lietuvos medicinin je literat roje nebuvo skelbta pana-i duomen .

Širdies laidžioji sistema.

Miokard sudaro kontraktilin s raumen ir laidffiosios sistemos skaidulos. Tirdies laidffioji sistema susideda i- sinusinio arba sinoatrialinio (SA) mazgo, prie-irdini trakt , atrioventrikulinio (AV) mazgo, Hiso pluo-to, jo kojy i ir -akeli bei Purkinje skaidul (Rugienius, 1999).

Tirdies susitraukimas - elektromechaninis procesas, vykstantis d l periodi-kai atsirandan ios ir sklindan ios elektrinio sufladinimo bangos. Elektrinis sufladinimas sukelia ir mechanin miocit ir kartu viso miokardo susitraukim . Normalaus sinusinio ritmo metu kiekvieno naujo irdies ciklo impulsas susidaro sinusiniame mazge, ir plisdamas prie-irdffiais pasiekia atrioventrikulin mazg . Tyme mazge impulsas sklinda l tai, tod l prie-irdffiai sp ja mechani-kai susitraukti, ir kraujas i- prie-irdffi yra aktyviai stumiamas skilvelius. Elektrinis impulsas toliau sklinda Hiso pluo-tu, jo kojyt mis,

suffladindamas tarpškilvelinė pertvarė. Hiso pluošto kojytės –akojasi iki smulčiausi Purkinje skaidulų, kuriomis elektrinis suffladinimas pasklinda abiejų skilvelių miokarde ir sukelia jų susitraukimą (Fiala nas, 2009).

Elektrinė širdies stimuliacija – širdies veiklos skatinimas elektriniais impulsais, kurių parametrai panašūs nervinių impulsų parametrus. Elektros impulsais dirginant širdies raumenis, reguliuojamas širdies susitraukimų ritmas ir dažnis. Elektrinė širdies stimuliacija gali būti laikina arba pastovi.

Laikina širdies stimuliacija. Ji atliekama įvairios kilmės bradikardijos, asistolijos atvejais. Laikinoji širdies elektrostimuliacija atliekama kiaušidžių transveniniu punkciniu būdu specialiu dvipolinu endokardiniu elektrodu į skilvelį ir prijungus išorinį stimuliatorių, jei bradikardija pasiekia kritinį ribą (35 kartų per min. ar mažiau) arba prarandama savaraimė veikla asistolijos. Laikinoji stimuliacija dažniausiai atliekama vykusiu miokardo infarktui, esant kardiogeniniam šoku ir Adams-Stokso priepuoliams, pasireiškus ritmo ir laidumo sutrikimams. Kartais esant bradikardijai, skilvelinė ekstrasistolija tenka slopinti antiaritminiais vaistais. Tokiais atvejais, kad būtų saugiau, yra būtina elektrostimuliacinė priedanga (Fiala nas, 2009).

Laikinoji stimuliacija taikoma ir sutrikus implantuotos elektrostimuliacinės sistemos veiklai (pvz. 1. flus implantuotam endokardiniam elektrodui, išskius stimulatoriaus baterijai).

Transkutaninė širdies stimuliacija.

Tai neinvaziniai transkutaniniai stimulatoriai, kurių stimuliuojantys elektrodai stimuliuoja širdį per krūtinkaulį. Jie ypač naudingi kritinėms atvejais GMP tarnybai (Rugienius, 1999).

Pastovi širdies stimuliacija.

Nuolatinėi stimuliacijai, esant indikacijoms, implantuojamas elektrokardiostimuliatorius. Elektrinė širdies stimuliacijos tikslas yra atkurti normalią širdies susitraukimo dažnį ir širdies kamerų darbo sinchroniškumą. Todėl EKS būdas parenkamas atsivėlgiant bradikardijos mechanizmą.

Elektrokardiostimuliatorių (EKS) implantacijos indikacijos pagal 2007 m. Europos kardiologų draugijos ir Europos širdies ritmo asociacijos gaires:

- Nuolatinės EKS indikacijos esant gytai atrioventrikulinei blokadai;
- Nuolatinės elektrokardiostimuliacijos indikacijos esant bifascikulinei ir trifascikulinei blokadai;
- Nuolatinės elektrokardiostimuliacijos indikacijos persirgus miokardo infarktu;
- Nuolatinės elektrokardiostimuliacijos indikacijos esant padidėjusio karotidinio sinuso jautrumo sindromui ir neurokardiogeninei sinkopei;
- Nuolatinės elektrokardiostimuliacijos indikacijos esant vazovagalinei sinkopei;

- Nuolatinis elektrokardiostimuliacijos vaikams arba esant gimtoms širdies ydoms indikacijos;
- Nuolatinis elektrokardiostimuliacijos indikacijos po širdies transplantacijos;
- Nuolatinis elektrokardiostimuliacijos indikacijos esant hipertrofinei kardiomiopatijai (Puodžiukynas, 2008).

Elektrokardiostimuliatorius ó tai šitisa stimuliacin sistema ó aparatas ir elektrodas, padedantis elektriniam impulsui pasiekti stimuliuojam šird . Laidai elektrodai turi dvigub paskirt : j reikia elektriniam impulsui perduoti iš stimuliatoriaus miokardui ir širdies vidiniam (prieširdiniam arba skilveliniam) biopotencialui aptikti (Galiūnas, 2009).

Yra skiriamos dvi pagrindinis stimuliatoriaus funkcijos: *stimuliuoti* ir *fiksuoti* širdies potencialus. Stimuliacija ó procesas, kurio metu EKS siunčia elektros impulsus širdffiai tam, kad ji prad t susitraukinti. EKS stimuliuoja, kai nuosavas širdies ritmas yra su pauz m, aritmiškas bei labai retas. Stimuliatorius turi savyb taip pat fiksuoti širdies potencialus. Kai EKS fiksuoja nat rali širdies plakim , jis nestimuliuoja.

Stirbys teigia, kad šiuolaikinis stimuliatori baterijos (li io-jodo) gali veiksmingai funkcionuoti 12-14met ir joms b dingas nepaprastai l tas savaiminis išlydis, tod l baterij išsekimas turi b ti laiku pasteb tas (Stirbys, 2003).

Pacientams pagal indikacijas implantuojami elektrokardiostimuliatoriai yra:

- *Vienkameriniai EKS* turi vien laid ó elektrod , kuris implantuojamas dešini j priešird arba dešini j skilvel .
- *Dvikameriniai EKS* turi du laidus ó elektrodus. Vienas laidas implantuojamas dešini j priešird , kitas ó dešini j skilvel . Elektros impulsas šird patenka taip, kad prieširdffiai stimuliuojami susitraukt truput anks iau negu skilveliai. Taigi, prieširdffiai ir skilveliai susitraukin ja sinchroniškai.
- *Kintamo dažnio EKS* Normalus širdies ritmas keičiasi keliolika kart per par . Širdies susitraukimo dažnis l t ja kai flmogus ilsisi ar miega. Atliekant fizinius pratimus, esant emociniam sujaudinimui reikalingas didesnis kraujo kiekis ó intensyvia kraujotaka (organizmas reaguoja stres), širdis pradeda plakti dažniau. Priklausančiuose nuo dažnio EKS yra special s davikliai, reaguojantys šiuos organizmo pokyčius ir pagreitinantys širdies ritm , kai to reikia. Šie EKS gali b ti vienkameriniai ir dvikameriniai.

Apibendrinant pastebima, kad literatūros šaltiniuose pabrėžiama, kad stimuliatorių pirminių implantacijų skaičius, tenkantis vienam milijonui gyventojų per metus, priklauso ne tik nuo konkretaus

regiono specifikos ar indikacijų spektro, kiek nuo ekonominio valstybės išsivystymo, sveikatos apsaugos sistemos ypatumų ir nuo to, kiek sveikatos apsaugos administratoriai skiria dėmesio ir lėšų šiai sričiai. Per paskutiniuosius penkis metus EKS implantacijų skaičius Lietuvoje ir visame pasaulyje sparčiai auga. Tobulinami ir patys EKS aparatai, gerinami jų adaptacijos režimai, tam kad implantavus pacientui šį prietaisą jo gyvenimo kokybę pagerėtų.

1.3 Slaugytojo veikla pacientų mokyme

Lietuvos gyventojų sveikatos statistika rodo, kad didžiausias skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinis tikėtinas gyvenimo trukmės. Lietuvos gyventojų mirtingumas yra vienas didžiausių Europos Sąjungoje (12,6/1000 gyv.). Pagrindiniai gyventojų mirties priežastys ir viena opiausių socialinių ir ekonominių bei sveikatos priežiūros problemų Lietuvoje yra kraujotakos sistemos ligos (55,4 proc. visų mirties atvejų). Nepakankamas fizinis aktyvumas, netinkama mityba, rūkymas, piktnaudžiavimas alkoholiu ir kiti nesveikos gyvenimo veiksniai didina kraujotakos sistemos ligų riziką. Suomijos, Airijos ir Jungtinių Karalystės pavyzdžiai rodo, kad ir nedidelis mirties rizikos veiksnio sumažinimas gali sulygoti dvigubą mirtingumo nuo koronarinės širdies ligos sumažėjimą. Sveikatos mokymas ir kitos prevencinės priemonės, skirtos gyventojų požiūriui sveikatos veiksnius formuoti, Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, gali 5 metais pailginti jo sveiko gyvenimo trukmę, padėti išvengti daugelio ligų ir kitų sveikatos sutrikimų (Skirpstaitis, 2007).

Pacientų gebėjimas rasti savo sveikatą ir naudotis sveikatos priežiūros sistemos teikiamomis paslaugomis tiesiogiai priklauso nuo sveikatos raštingumo lygmenio. Pacientų mokymai galima apibūdinti kaip procesą, kurio metu siekiama pagerinti žinias, gebėjimus, tam kad pagerinti požiūrį ir elgseną reikalinga palaikyti ir gerinti sveikatą. Procesas prasideda informacijos perdavimu ir apima informacijos interpretaciją ir integraciją, kai reikia keisti pacientų požiūrį ar elgseną, kuri naudinga asmens sveikatai (Rankin, 2001). Pacientų mokymas yra holistinis procesas. Mokymas keičia pacientų elgseną, kuri naudinga jų sveikatai. Pacientų mokymui naudojami konsultavimo, informavimo, demonstravimo bei diskusijų metodai, be lygiakaimių veikiančių pacientų sveikatos rezultatus (Strömberg, 2005). Pacientų mokymas prasideda pacientų poreikių ir požiūrio vertinimu: mokytojas su pacientu kelia tikslus ir siekia rezultatų. Pacientų mokymas prasideda tam tikru laiku ir baigiasi pacientų žinių, elgsenos ir sumanumo vertinimu. Pacientų pasirengimas ar elgsenos pokyčiai motyvacija, ir klijai, trukdantys įveikti pokyčius, yra svarbūs veiksniai, kurie turi būti apgalvoti, vertinant pacientų žinias (Rankin, 2001). Florence Nightingale (XIX a.) yra pirmoji slaugymo

mokytoja, kuri tur jo didel t ak ne tik slaugos mokslui, bet yra viena i–pirm j sveikatos mokytoj . Iki i dien pacient mokymas yra viena i–svarbiausi slaugytoj funkcij (Kriukelyt , 2002). Kaip teigia Lietuvos bendrosios praktikos slaugytojos (slaugytojo) medicinos norma: šslaugytojas turi analizuoti asmen , grupi sveikatos mokymo poreik ; organizuoti ir gyvendinti tok mokym ir vertinti rezultatusō (Kriukelyt , 2002). Mokymas yra svarbus visose sveikatos prieffi ros staigose, slaugytojo pareiga ó mokyti sveikuosius ir sergan iuosius (Gupta, 2001; Hausman, 1996; May, 2006). Slaugytojai sveikuosius supaffindina su lig profilaktika, o sergan iuosius moko taisykingai vartoti vaistus, paai–kina apie gydymo reffim ir dietos ypatumus ar moko prisitaikyti prie nauj gyvenimo s lyg (Vesterdal, 1996). Nepaisant did jan io suvokimo, kad pacient mokymas yra integrali kasdien s slaugos ir prieffi ros dalis, dafnai pacientams tr ksta informacijos apie gydym ir profilaktik (Boswell, 1990). gyvendintas veiksmingas pacient mokymas sustiprina pacient autonomij , didina pasitik jim savimi, sumaffina komplikacij atvejus ir trumpina pacient buvimo ligonin je laik (Riegel, 2000). Pacient mokymas tur t b ti pritaikomas kiekvienam pacientui individualiai atsifvelgiant jau turimas ffinias apie susirgim (Jaarsma, 1999). Pacient mokymas yra svarbus norint pagerinti pacient savir p ir paskirto gydymo plano vykdym d l kuri ger ja gyvenimo kokyb ir sumaffinamas sergamumas, mir–tamumas ir sveikatos prieffi ros i–laidos (Jaarsma, 1999; Mc.Murry, 2002).

Sveikatos prieffi ros specialistams gali b ti sunku atrinkti, kokia informacija reikalinga pacientams, su implantuotais EKS, tod l labai svarbu traukti pacientus mokymo proces , ruo–iant medfflag ir modelius. Slaugytojas turi suvokti, ko reikia mokyti pacientus ir k realu juos i–mokyti. Pacientai turi savo suvokim apie tai ko nori mokytis ir ne visada tai sutampa su mokaio slaugytojo nuomone (Knox, 2005; Wright, 2003). Slaugytojas mokymo metu turi svarbi funkcij . Jis turi i–siai–kinti neteising pacient supratim ir j –imos nariams suteikti informacij , tam kad i–taisyti neteising poffi r –irdies funkcij sutrikim gydym ir elektrokardiostimuliatori veikl , bei saugum (Jaarsma, 2000).

Pacientas, kuriam implantuotas EKS, po operacijos gauna prietaiso gamintojo rekomendacijas spauzdintame buklete, bet gyvenimo su implantuotu prietaisu eigoje i–kyla klausimai kuriuos atsakym ie–koma pas implantavusius specialistus (gydytojus, slaugytojas). Viening , pacient po EKS implantavimo, mokymo algoritm ar mokymo program Lietuvoje n ra, ir kiekvienas i– specialist duoda savo patarimus i–darbo su –iais pacientais patirties. Slaugytoj ffinios, –ioje srityje, prisid t prie pacient gyvenimo kokyb s gerinimo ir palaikymo. Tame etape svarbus tampa mokymas, tame tarpe ir pa i pacient sijungimas savo geros sveikatos palaikym ir savir p .

Pacientams, kuriems implantuotas EKS, mokymo tikslas yra suteikti informaciją ir siekti tinkamos paciento savirūpavimo (Blue, 2005). Keletas tyrimų rodo, kad pakartotino gydymo ligoninėje galima išvengti 40–59 proc. pacientams, jei prieš išleidimą namus buvo tinkama priežiūra, atitinkama reabilitacija, jei nustatytas gydymo režimas ir jei pacientai buvo mokyti siekti pagalbos, kai pajauia EKS veiklos sutrikimus. Tyrimai atlikti Europoje, TM Amerikoje ir Australijoje parodė, kad slaugytojai moko pacientus ir teikia pagalbą suaktyvinti ligos simptomams yra pajėgūs ir turi tokias maffinant priežastis trukdančias ir bloginančias gyvenimo kokybę (Skirpstaitė, 2007). Pacientų mokymas – konsultavimas skatina laikytis gydymo režimo, gerina rezultatus. TM Ūrdies aritmijos turi tokios fizinės ir psichologinės paciento savijautai, socialiniam funkcionavimui ir kasdieninei veiklai. Kai ūrdies aritmijos progresuoja, pacientas turi prisitaikyti ir gyventi prie atsiradusių pokyčių diurno ritmo sutrikimais (Rankin, 2001). Mokymo tikslas yra išsamiai pacientus supažindinti su liga, jos simptomais, gydymo būdais, bei EKS naudoti pacientams sveikatai. Pacientams sustiprėjimas turi reikšmę asmeninei kontrolei ir palengvina prisitaikymą prie atsiradusių pokyčių diurno ritmo sutrikimais. Dauguma pacientų, sergančių ūrdies ritmo sutrikimais, mano, kad iki pablogėjimo t.y. sveikatos ir ligos simptomų stiprėjimo, nereikalingas gydymas vaistais ir gyvenimo keitimas. Vienas svarbiausių mokymo tikslų yra padėti pacientams pagerinti savirūpavimą, tokius kaip skysčių ribojimas, druskos suvartojimo mažinimas, fizinio aktyvumo, emocinio stabilumo, medikamentinio gydymo, simptomų stebėjimo ir pagalbos prašymo kai simptomai suaktyvėja. Slaugytojų parama ir mokymas pacientams namuose ir ligoninėje yra svarbūs, nes geriausia savirūpa. Jaarsma T. ir bendraautorai nustatė, kad savirūpa pagerėja per mėnesį nuo išrašymo iš ligoninės (Jaarsma, 2000).

Pacientams, kuriems implantuotas EKS, mokymas reikalingas tam, kad pacientas prisitaikytų prie pokyčių organizme ir atliktų atitinkamą savirūpą. Nepaisant duomenų, kad daugelis pacientų pripažįsta mokymų ir supranta informaciją apie EKS, tačiau jie turi menkas žinias ir supratimą, kodėl jiems išvysto ūrdies ritmo sutrikimai, kaip apibūdinti ūrdies ritmo sutrikimus susirgimus bei kokią tinkamą savirūpą atlikti. Nustatyta, kad pacientų žinios yra panašios ir Europos ir JAV populiacijose (Visser, 2001).

Mokymas apie gyvenimą su implantuotu EKS, ateityje gali būti taikomas ligoninėse pritaikius naujausias technologijas, tokias kaip kompiuterines mokymo programas, distancinę priežiūrą bei televizijos programas. Naujas mokymo priemonės ir būdus reikia vertinti, tad pacientai, kuriems implantuoti EKS, turėtų atlikti svarbų vaidmenį šiame procese (Strömberg, 2005).

Apibendrinant galima pasakyti, kad pacientas, kuriam implantuotas EKS, po operacijos gauna prietaiso gamintojo rekomendacijas spausdintame buklete, bet gyvenimo su implantuotu prietaisu

eigoje išskyla klausimai į kuriuos atsakymų ieškoma pas implantavusius specialistus (gydytojus, slaugytojas). Vieningų, pacientų po EKS implantavimo, mokymo algoritmų ar mokymo programų Lietuvoje nėra, ir kiekvienas iš specialistų duoda savo patarimus iš darbo su šiais pacientais patirties. Slaugytojų žinios, šioje srityje, prisidėtų prie pacientų gyvenimo kokybės gerinimo ir palaikymo. Šiame etape svarbus tampa mokymas, tame tarpe ir pačių pacientų įsijungimas į savo geros sveikatos palaikymą ir savirūpą.

1.4 Savirūpa

Savirūpa yra slauga, kurios imasi pats pacientas, kad priflirt pats save ir prisidit prie sveikatos ir gyvenimo kokybės gerinimo. Tai apibrflimas apima reguliar medikament vartojim, diet, fizini aktyvum, taip pat pagalbos ikvietim, kai pa m ja simptomai. Savirūpa yra apra-yta sveikatos priefflros veiklos ir tyrim rekomendacijose (Sneed, 2003). Savirūpa ó tai rpinimasis pa iu savimi. Savirūpa susijusi su tikslingais veiksmais, nukreipiamais pat save, taip pat objektus bei aplinkos lygas, siekiant isaugoti gyvyb, sveikat ir ger savijaut (Vesterdal, 1996). Savirūpa yra kaip raktas s vokos, kuri gerina sveikat kalbant apie sprendim ir veiksmus, kuriuos individas atlieka, kad susidorot su sveikatos problemomis ar pagerint savo sveikat. Pvz. savirūpa apima informacijos ie-kojim (pvz. knyg ar lankstinuk skaitymas, nar-ymas internete, kurs lankymas, prisid jimas prie savipagalbos grup s); mank-tinim si, gydytojo nurodym reguliar vykdom, daugiau poilsio, gyvenimo b do keitim, teising maitinim si, gyvybini funkcij steb jim, ir ie-kojim alternatyvi pagalbos b d, informacijos vertinim, ir sprendimo pri mim, ar k nors veikti ar nieko nedaryti. Pacientams, sergantiems l tin mis ligomis, savirūpa paprastai apffvelgia ir papildo sveikatos priefflros darbuotojai. Savirūpa yra daugiau nei gydytojo nurodym laikymasis. Tai apima individual mokym si t dalyk, kurie i-vardinti anks iau (Gautis, 1999). Manoma, kad savirūpos d ka b na maffesn s sveikatos priefflros sistemos kainos; didesnis efektyvumas dirbant pacientui ir gydytojui ar kitam sveikatos priefflros specialistui; didina pacient pasitenkinim; ir gerina supratim apie sveikatos b kl. Pagalba sau parod, kad mafflina skausm ir depresij, taip pat gerina ir gyvenimo kokyb. Taciau n ra rodyta, kad yra ry-ys tarp savirūpos ir teigiam gydymo rezultat. Paprastai sveikatos priefflros darbuotojai paskatina ir palaiko pacient savirūpa, kadangi pacientai aktyviai dalyvauja savo priefflroje. Taciau, kai kuri specialist patirtis, patariant d l savirūpos, yra per maffla ir jie n ra informuoti apie specifinius metodus, strategijas ir pacient palaikym (Skirpst nait, 2007).

N ra vienintelio plaiai pripaflinto savirpos apibrflimo. Apibrflimas kito nuo: 1) kas i-tikt j traukiama savirp (pvz. individas, -eima, bendruomen); 2) kas paskatina savirp (pvz. sveikatos pagerinimas, lig prevencija, lig apribojimo poveikis, sveikatos susigrflinimas); 3) kiek sveikatos specialistas susij s su savirpa. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) savirp apibrflia kaip šindivido aktyvum, -eimos ir visuomen s ketinim imtis sveikatos stiprinimo, keli ligoms uflkirsti, ir sugrflinti sveikat . Tš aktyvumas gyjamas d ka flini ir g dflii i-specialist ir nespecialist patirties. Jie yra pareigoti neprofesional ir j nauda bet kuriam individui ar dalyvavimas bendradarbiavime su specialistais (Knox, 2005).

Kiti ios srities ekspertai savirpos termin apib dina kaip individo elgsen, kuri apima paciento funkcijas - gerinti savo sveik, lig prevencija arba ligos atskleidimas ir gydymas. Tame apibrflime savirpa vyksta su specialisto pagalba, bet individai yra informuoti apie technines flinias ir g dflius gytus i-specialist ir nespecialist patyrimo. Iki iol kiti savirpos apibrflimai apimdavo aktyvum ir sveikatos stiprinim, lig prevencij, simptom vertinim ir sveikatos susigrflinim su specialist pagalba arba jos (Levental, 1998). Kai kurie autoriai teigia, kad savirpa ó tai viena i-socialini veikl ir n ra specifinis terminas, susij s su sveikatos b kle ir aktyvumu. Didesn poveik dabartiniam savirpos reik-m s vystimuisi tur jo 1960 m. su pasirodfliusios socialin s veiklos, tokios kaip moter veikla ir teisi gynimas. Toks jud jimas susij s su svarstoma autonomijos problema, paties apsisprendimu ir nepriklausomybe taip pat sergant ar esant sveikam. Gydytojo veiklos pasikeitimas sveikatos prieffi roje buvo suprantamas, kai asmuo atlieka didel rol r pindamasis savo sveikata, tod l jie daugiau susij su sprendim pri mimu, kurie lie ia j sveikat . Per pra jusi de-imtmet, keletas veiksniai prisid jo prie savirpos vystimosi, skaitant ir keitim si pvz. ligos nuo mi iki l tini lig; pabrfliant kitim nuo i-gydymo iki prieffi ros; sukeltas nepasitenkinimas su pernelyg didel mis technologijomis ir nuasmeninimu sveikatos prieffi roje; padid j s apr pinimas fliniomis; noras didinti asmens kontrol bendravime su sveikatos prieffi ros specialistais; poreikis kontroliuoti sveikatos prieffi ros kainas; visuomen s i-simokslinimo lygio augimas ir bendras flini did jimas; funkcij tiesiogiai susijusi su sveikata platinimo pl timasis; didesnis i-ry-kinimas pagrindinio vartotojo; flini ger jimo apie gyvenimo b d taka ilgaamfli-kumui ir gyvenimo kokybei (Little, 2005). Tuo metu savirpa susijusi su vystymusi ir naudojimu asmens sveikatos pritaikymui ir g dflii gerinimui; sprendim pri mimu ir kit konsultavim (skaitant ir specialistus ir nespecialistus), ir tam tikr i-tekli naudojimu, kad b t galima sumaffinti sveikatos problemas. Kelios sveikatos prieffi ros disciplin pasiek susitarim d l savirpos charakterizavimo. Savirpa yra ypatinga situacija ir kult ra. Apimanti elgsenos geb jimus ir sprendim pasirinkimus. Savirpai turi takos flini, geb jim vertinimas, motyvacija, kontrol ir pasitik jimas; atsiffvelgiant sveikatos prieffi r pagal individuali kontrol, o

ne tokos darym socialinei elgsenai ar statym leidim . D. E. Oream savir pos teorija (1991), tai abstrakti teorija ir ne gaunama patirties b du, tai specifin priefli ros geb jim aplinka, kurioje atsitinka slaugos intervencija ir susireguliuojan ios savir pos modelis E. Leventhal, H. Leventhal ir C. Roblaille (Kriukelyt , 2002)

Paskutin teorija buvo patikrinta ir parod , kod l asmuo uflsiima arba neuflsiima savir pa. Nustatyta, kad asmenys skirtingi ir motyvacija turi lemiam vaidmen , kad paai-kint apsisprendim imtis iniciatyvos ir palaikyti savir p Tame modelyje tikra reakcija ir emocin reakcija realiai paveikia viena kit . Veikia kartu, veiklos planas ir simptom valdymas yra sukelti. Gal gale, vertinami numatomi ir esami rezultatai, su atsakom ja reakcija, galb t svarbiausias pasikeitimas emocij reakcij ir realios tikrov s suvokimas, savo ruoftu iniciatyva poky i veiksm plane veda priek . T teorija i-tikr j paai-kina, kaip asmenys geba susidoroti su sveikatos pablog jimu ir kaip -ie poky iai susij su patirtimi ir sveikatos pablog jimo eiga (Levental, 1998), Levin (1979) savir pos koncepcij apib dina taip: ōtai procesas, kurio metu flmogus pats saugo sveikat , diagnozuoja lig bei j gydoō. Tjos teorijos paskatino flmog r pintis savo sveikata. Bennet (1980) teigia: ōjei slaugytojai aptarin ja savir pos koncepcij , jie privalo atminti, kad sveiki ir sergantys flmon s pasigenda vis didesn s sveikatos savikontrol s. Jie nori b ti aktyv s, tur ti sprendimo teis ir vertinti savo elges . Pacientai nepripafl sta pasyvaus vaidmens, kada slaugytojai nusprendflia ufl juosō (Pearson, 1994). Filosofijos ir teorijos, kuriomis pagr sta savir pos s voka, kuri pla iausiai m s dienomis vartojama, k r ja yra Oream. Oream supranta savir p kaip veikl , kurios individas imasi savo iniciatyva ir atlieka pats, siekdamas i-saugoti sveikat ir gerov (Vesterdal, 1996). Savir pa b na dviej r -i : 1) universalioji savir pa, arba kasdieninei veiksmi, kuriais tenkinami pagrindiniai flmogaus poreikiai (valgio, miego, ir kt.); 2) savir pa, skiriama nukrypimams nuo sveikatos b kl s atstatyti, t.y. veiksmi, kuri imamasi, kai sveikata pablog ja (atsigulimas lov , kreipimasis gydytoj ar slaugytoj) (Skirpst nait , 2007, Vesterdal, 1996).

Savir pa apib dinamika kaip sprendimas ir veiksm strategija tam kad prad ti gerinti ar i-laikyti sveikat . Sergant l tin mis ligomis savir pa priklauso nuo asmens i-gali ir ken iant nuo l tini lig duodama galimyb b ti atsakingam ufl savo priefli r . Susirgus l tine liga savir pos poreikiai ir galimyb s yra daugiau ribojamos (Knox, 2005). Pacientui, implantavus EKS, savir pa apib dinamika kaip pacient geb jimas pasir pinti savimi ir susidoroti su b sena, kaip pavyzdffiui, gyvenosenos keitimas, simptom steb jimas ir tinkamas fizinis aktyvumas bei medikament vartojimas. Tai rei-kia, kad daugiau 50 proc. vis pakartotin hospitalizavim galima i-venti, jei pacientai atlikt savir p ir laikyt si gydymo reflimo, vykdyt gydymo plan ir b t pakankamas socialinis apr pinimas.

Simptominio širdies ritmo sutrikimo gydymo vilkinimas parodo ir patvirtina, kad reikalinga intervencija, tam kad būtų pagerinta savirūpa atpažįstant širdies ritmo sutrikimo simptomus (Skirstaitė, 2007)

Kiekvieno paciento, patekusio skyriū po EKS implantavimo, pooperacinio periodo trukmė ir priežiūra yra skirtinga, nes kiekvienas pacientas yra unikalus. Slaugytojui svarbu išsiaiškinti paciento savirūpos galimybes, vertinti jas ir skatinti esančių laikymą ir gerinimą bei naujų formavimą. Vadovaujantis slaugos diagnozės klasifikacija (Nursing Diagnosis, 1989; Yuong, 2001) ufsienio autoriai moksliniais straipsniais apie savirūpą, pacientams po EKS implantavimo galima išskirti tris tikėtinas savirūpos problemas ir parinkti efektyvius sprendimo būdus:

Saugi aplinka. Galimos ir potencialios slaugos problemos: nesaugi aplinka susijusi su psichologiniais (baimė ir nerimas), finišta. Tai du svarbiausi poreikiai: poreikis išgyventi ir poreikis finišti, kas su pačiu flogumi vyksta, kaip jam gyventi su EKS. Pacientams ir jų artimiesiems reikalinga informacija apie tai, kaip jie turėtų toliau elgtis ir gyventi suimplantuotu prietaisu. finišta apie paciento priežiūrą, gydymą, slaugą ir mokymą stacionare vykdo gydytojas ir bendrosios praktikos slaugytoja, pirminis sveikatos priežiūros centruose tai atlieka šeimos arba bendrosios praktikos gydytojas ir bendruomenės slaugytoja, kuri funkcija yra padėti pacientui prisitaikyti prie pakitimo, palaikyti optimali sveikatą, skatinti savirūpą, mokytis.

Bendravimas ir skausmo problema. Svarbus slaugos tikslas yra skausmo prevencija ir paciento mokymas atsipalaiduoti. Abipusis pasitikėjimas yra svarbus skausmo malšinimo pagrindas. Pacientas turi turėti galimybę aktyviai dalyvauti planuojant ir vertinant pasirinktus metodus.

Širdies ir kraujagyslių sistema. Arterinio kraujo spaudimo ir pulso kontrolė. Po EKS implantavimo keičiasi širdies ritmo veikla, kraujotaka, todėl pacientui svarbu stebėti galvos svaigimo epizodus, alpimą, apsunkintą kvėpavimą, edemą kojose, krūtinės skausmą, nekomfortabilumo jausmą toje vietoje, kur implantuotas EKS, širdies ritmo dažnį. Esant nepageidaujamiems simptomams, pacientui rekomenduojama tuoj pat kreiptis sveikatos priežiūros specialistus (Helping your heart, 2000).

Kūno higiena ir žaizdos priežiūra. Svarbus slaugytojų uždavinys išsiaiškinti paciento turimas finišas apie kūno ir flaido priežiūrą ir suteikti pakankamą informaciją, kaip tai teisingai daryti.

Valgymas ir gėrimas. Dietos ypatumai. Sergant širdies ligomis, patariama maffinti skysčių kiekį per parą bei valgomosios druskos vartojimą. Didelis natrio kiekis sulaiko organizme skysčius taip didindamas širdies apkrovimą. Svarbu pamokyti pacientą atidžiai stebėti skysčių pusiausvyrą. Mokyti mitybos ypatumais.

Judėjimas. Slaugos problema, tai savi priežiūros deficitas dėl apriboto judėjimo po EKS implantavimo. Pooperaciniame laikotarpyje (4 savaites) pacientui nerekomenduojama: fizinė tampa,

rankos kimas (ypač tos, kur implantuotas EKS), daryti staigius judesius, plaukus judesius per peties sąnarį (EKS implantavimo pusėje), judinti implantą, saugoti jį nuo sutrenkimų, traumų, tempti fiziniškai, vengti grubių sporto šakų, tokių kaip futbolas, regbis ir t.t. Vėliau, pagal paciento savijautos galimybes pacientas palaipsniui galės grįžti prie prastinio gyvenimo būdo: vairuoti automobilį, maudytis duobėje, vonioje, plaukioti vandenyje, grįžti prie prasto lytinio gyvenimo, sugrįžti savo prastiniam darbui, kultivuoti rekomenduojamus sporto šakus, kaip pasivaikiojimas, –iaurietai–kas jimas, dirbti darbe ar sode, užsiimti tam gėstamu hobiu, kaip flvejyba. Gr flimas prie prast kasdienini darb bei pom gū turi pagerinti paciento savijaut , o ne j pabloginti.

Darbas ir poilsis. EKS turi imontuoti apsaug nuo kit elektros rengimo trukdžių bei impulsų, tačiau jai pacientas jaučia galvos svaigimą ar padidintą širdies plakimą (–alutinis elektromagnetinis bang poveikis EKS), slaugytoja turi spėti pacientą, kaip saugiai elgtis su sudėtingais elektriniais renginiais. Pacientui būtina paaiškinti, kad jis gali naudotis paprasta buitine technika, kuri turi būti techniškai tvarkinga. Slaugytoja turi pacientą informuoti, kad jam nerekomenduojama laikyti magnet ar magnetint medžiag arti EKS. Diagnostiniai sveikatos sutrikimų tyrimai, kaip kompiuterinė tomografija bei magnetinis rezonansas, pastaruoju metu nebėra griežtai draudžiami, bet perspėjama, kad arti turi būti elektrofiziologijos specialistas, kuris galėtų patikrinti ir atstatyti EKS veiklos parametrus, jai jie pakis tyrimo metu.

Dauguma širdies ritmo sutrikimo valdymo programų pabrėžia, kad pagerinus savirūpą pageria gyvenimo kokybę, sumažėja sergamumas bei mirštamumas ir sveikatos priežiūros išlaidos (Gonseth, et al., 2004). Jaarsma T. ir kt. nustatė, kad savirūpa pageria jo mokymų prajus 1 ó 3 mėnesiams. Tačiau nepaisant intensyvaus mokymo ir paramos, pacientai neatliko visų priežiūros veiksmų (Jaarsma, 2000).

Apžvelgus mokslinius straipsnius apie pacientų savirūpą, pastebėta kad, savirūpa kaip ir gyvenimo kokybė yra individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje žmogus gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka. Mes slaugos specialistai savo žiniomis, darbu turime padėti pacientams patenkinti šį poreikį, tiesiog poreikį būti pilnaverčiu žmogumi ir suteikti jam galimybę gyventi pilnavertį gyvenimą su implantuotu EKS.

2. TIRIAMOJI DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Bendras tyrimo tikslas buvo išanalizuoti mokymo poreikį pacientų po elektrokardiostimuliacijos implantavimo, gyvenimo kokybę.

2.1.1. Tyrimo metodas

Tyrimo tikslui pasiekti buvo atliktas kiekybinis tyrimas, taikant tikslinį atrankos metodą ir kiekybinis tyrimas, taikant giluminį interviu metodą. Šis tyrimas galėtų būti naudingas tiek slaugytojams, tiek pacientams, kadangi abi šios grupės suinteresuotos gerinti slaugos kokybę: slaugytojai, kaip paslaugos tiekėjai, o pacientai, kaip paslaugos gavėjai.

2.1.2. Tyrimo imties charakteristika

Tyrimo imties atrankos kriterijai. Kiekybiniame tyrime dalyvavo 177 pacientai, kuriems implantuotas elektrokardiostimuliacijos aparatas. Respondentai buvo atrinkti tikslinį atrankos būdu, K miesto X ligoninėje. Buvo išdalinti 200 klausimynų, grąžinta 177. Klausimynų grąžinamumas 88,5 proc.

Kiekybinio tyrimo apklausoje dalyvavo 22 bendrosios praktikos slaugytojos, slaugančios pacientus, kuriems implantuotas elektrokardiostimuliacijos aparatas.

Imties charakteristika. Kiekybiniame tyrime dalyvavo 177 pacientai iš kurių 13 (7,4 proc.) pacientų buvo 40-50 metų amžiaus, 32 (18,1 proc.) - 51-61 metų amžiaus, 122 (68,9 proc.) pacientų 62-72 metų amžiaus ir 10 (5,6 proc.) - vyresni nei 72 metų amžiaus. Viso buvo išdalinta 200 klausimynų iš kurių analizuojami buvo 177 (10 klausimynų nepilnai užpildyti, 5 klausimynai sugadinti, 8 klausimynai nesugrąžinti). Klausimynų grąžinamumas sudarė 88,5 proc.

Kiekybinio tyrimo apklausoje dalyvavo 22 informantai, moterys. Informantai turėjo atitikti kriterijus, kad slaugytų ir prižiūrėtų pacientus po elektrokardiostimuliacijos implantavimo ir gavus savanoriško dalyvavimo tyrime sutikimą, pasirašant informuoto asmens sutikimo formą (3 priedas). Tyrime dalyvavo slaugytojos, kurių amžius svyravo nuo 26 iki 56 metų. Jauniausia slaugytoja buvo Justina, (m=26), o vyriausia - Lena, (m=56). 9 slaugytojos turėjo aukštąjį universitetinį, 2 slaugytojos - aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą, o kitos 11 slaugytojų turėjo aukštesnįjį išsilavinimą. Informantų darbo stažas sveikatos priežiūros srityje svyravo nuo 3 iki 38 metų, tačiau darbo stažo trukmė dirbant su pacientais, kuriems implantuotas elektrokardiostimuliacijos aparatas buvo 17 metų ir daugiau. Didžiausi darbo stažai turėjo Lena (m=38), o mažiausi - Ingrida (m=3).

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimė naudojami du instrumentai: SF 36 klausimynas ir giluminis interviu planas.

Pirmasis instrumentas

Duomenys buvo renkami naudojant klausimyn , kuris sudarytas i– dvej dalis : I dalis ó SF-36 klausimynas ir II dalis - klausimynas sudarytas, siekiant i–siai–kinti pacient savir pos ir mokymo poreik . SF-36 klausimyn (*Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire*) sudar –ios sritys fizin sveikata, psichin sveikata, kasdieninis aktyvumas po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo. Tuo klausimynu yra vertinama pastar j keturi savai i savijauta. Yra keli atsakym variantai. T–i klausimai buvo traukti i–siai–kinti pacient pagrindines demografines charakteristikas (amffius, lytis, i–silavinimas, –eimynin pad tis, gyvenamoji vieta, ligos trukm).

šSF-36õ yra 36 klausimai, kurie atspindi 8 gyvenimo sritys: fizin aktyvum , veiklos apribojim d l fizini ir emocini problem , skausm , bendr sveikatos vertinim , energingum ir gyvybingum , socialin funkcij bei emocin b kl . 8 gyvenimo sritys yra jungiamos dvi sveikatos kategorijas ó fizin ir psichin . Fazinei sveikatai vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo d l fizini problem , skausmo, bendro sveikatos vertinimo sritys. Veiklos apribojimo d l emocin s b kl s, socialini ry–i , energingumo ir gyvybingumo, emocin s b kl s sritys skirtos psichinei sveikatai vertinti.

Atsakymai klausimus vertinami balais. Kiekviena kategorija bei sritys, naudojant skai iavimo algoritm , vertinama nuo 0 iki 100. Kuo auk–tesnis bal skai ius, tuo geresn gyvenimo kokyb (100 bal rodo geriausi vertinim).

šSF-36õ klausimynas yra standartizuotas, t.y. visi tiriamieji atsako tuos pa ius klausimus, i–sirinkdami labiausiai jiems tinkant atsakym i–pateikt atsakym variant .

SF-36 klausimyno patikimumo nustatymas

Patikimumo samprata. *Patikimumas* (angl. *reliability*) ó diagnostin s priemon s tikslumas, apib dinamas jos daromos paklaidos dydfliu. Tš tikslumas gali b ti nustatomas diagnostin s priemon s pakartotinu taikymu, lygiagre i priemoni taikymu ir priemon s komponent **vidinio suderinamumo** (angl. *internal consistency*) vertinimu. Taikomas vidinio suderinamumo koeficientas, atspindintis vidin klausim homogeni–kum klausimyne. Dafniausiai naudojamas metodas ó Cronbach–o alpha koeficiento skai iavimas (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2000).

Koeficiento reik–m s:

- iki **0,60** rodo flem anketos homogeni–kum ;
- nuo **0,60** iki **0,70** ópakankamas;

– nuo **0,70** iki **0,90** ó auk–tas homogeni–kumas.

Tyame tyrime SF-36 klausimyno patikimumas buvo nustatytas apskaičiuojant kiekvienos srities Cronbach'o alfa koeficientus (2 lentelė).

2 lentelė. SF-36 klausimyno patikimumo vertinimas

SF-36 sritys	Cronbach'o alfa koeficientas
Fizinis aktyvumas	0,90
Veiklos apribojimas dėl fizinių problem	0,81
Skausmas	0,59
Bendras fizinis sveikatos vertinimas	0,68
Energingumas/gyvybingumas	0,62
Socialinė funkcija	0,80
Veiklos apribojimas dėl emocinių problem	0,80
Emocinė būklė	0,64

SF-36 klausimyno beveik visose srityse koeficientai yra $>0,6$, išskyrus skausmo – 0,59. Tai jau kai kurių autorių duomenimis, toks koeficientas gali būti priimtinas, jei sritis sudaro nedaug klausimų (Jenkinson, 1996). Tuo atveju, skausmo sritis sudaro tik du klausimai. Tai leidžia daryti išvadą, kad klausimyno patikimumas yra pakankamas.

Pacientų savirpos ir mokymo poreikiui vertinti, prieš SF-36 klausimyno buvo prijungti uždaro tipo klausimai, kad respondentai galėtų pareikšti savo nuomonę apie savo santykius su šeima, santykius su draugais, darbo ir poilsio režimą, pasitenkinimą gydymu, finansais apie ligą, jos gydymą, bei mokymą, po EKS implantavimo, su galimais atsakymų variantais. Respondentui siūloma pasirinkti vieną, labiausiai atitinkantį jo požiūrį atsakymą.

Antrasis instrumentas

Slaugytojų nuomonei apie pacientų po elektrokardiostimuliacijos implantavimo, mokymo ypatumams apibrėžti, buvo pasirinktas kokybinis tyrimo metodas – giluminis interviu.

Interviu planas sudarytas iš demografinės informacijos duomenų ir 17 suformuotų teiginių. Interviu planas suskirstytas į 3 temas:

- I. Bendravimo su pacientais, kuriems implantuotas elektrokardiostimuliacorius, ypatumai (7 teiginiai);
- II. Pacientai, kuriems implantuotas elektrokardiostimuliacorius, savirpos kontekstas (6 teiginiai);
- III. Slaugytojų veikla, pacientų su implantuotu elektrokardiostimuliacoriumi mokyme (4 teiginiai);

Teiginiai parinkti paties tyrimo ir formuluojami taip, kad skatint informantes atskleisti ir kuo plačiau išsakyti savo praktinį patyrimą bei jausmus. K. Kardelio (2002.) nuomone, kokybinis tyrimas

pasiformuoti kaip patogus ir informatyvus duomenų rinkimo būdas, siekiant suprasti respondentų nuomones, giliau išsiaiškinti realias jų problemas ir nuostatas.

2.1.4. Tyrimo eiga

Visas mokslinio tyrimo procesas buvo atliktas 2010 m. gruodžio ir 2012 m. vasario mėnesiais, K mieste X ligoninėje.

Tyrimo procedūros ir tyrimo proceso etapai: (planas)

1 tyrimo proceso etapas: ir *Literatūros apžvalga*, ir mokslinės literatūros rinkimas, kuria vadovaujantis siekta išanalizuoti slaugytojų veiklos principus slaugant pacientus po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo. Tyrimui buvo ieškoma Medline, NATIONAL Library of Medicine, EBSCOhost, ScienceDirect, Medscape duomenų bazėse, moksliniuose žurnaluose. Straipsniai buvo atrenkami pagal temos aktualumą, juose analizuojami tyrimų kokybės ir tyrimų duomenų pagrįstumas. Trukmė: 2010-09-01 ir 2011-12-16. Literatūros apžvalga vyko pastoviai, viso darbo rašymo metu.

2 tyrimo proceso etapas: ir *Klausimyno (1 priedas) parinkimas*, ir kuriuo remiantis renkami duomenys, leidžiantys išsiaiškinti tiriamojo reikšmingus aspektus ir kuriais remiantis būtų manoma atsakyti išsiaiškinti hipotezėms. Trukmė: 2010-12-01 ir 2011-01-10.

3 tyrimo proceso etapas: ir *Etikos komisija* – dėl klausimyno ir giluminio interviu plano tyrimui atlikti tinkamumo, etinių normų atitikimo. Tyrimui atlikti gauti reikalingi leidimai iš:

1. Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos. 2011 m. 02 mėn.
2. staigos vadovo 2011 m. 04 mėn.
3. Tyrimo dalyvaujantiems respondentams ir informantams.

4 tyrimo proceso etapas: ir *Klausimyno realizavimas*. Trukmė: 2011-04-05 ir 2011-06-05. Atlikti kiekybiniai tyrimai buvo pasirinkta K mieste X ligoninėje 8 skyriai: I kardiologijos, II Kardiologijos, Tirdies aritmijų, Fizinės medicinos ir reabilitacijos, Diagnostikos, Nefrologijos, Kardiochirurgijos ir Angiochirurgijos skyriai, kuriuose gydomi ir slaugomi pacientai, su implantuotais EKS. Gavus staigos vadovo sutikimą, nurodyti skyriai vyresniosiomis bendrosios praktikos slaugytojoms (Vbps) buvo išdalinta 200 klausimynų, kartu paaiškinta, kaip klausimynas turi būti pildomas, kad kiekvienas pacientas, neabejodamas savo anonimiškumu, nuoširdžiai atsakytų mokslinio tyrimo klausimus. Su Vbps suderinta, kad klausimynai bus surenkami kas 2 savaites, iškilus klausimams ir neaiškumams kreiptis klausimyno autorius, kurios rekvizitai nurodyti klausimyno

tituliniame lape. Tyrimas buvo vykdomas 2 mėnesius. I–skyri sugrūpavo 177 (88,5 proc.) tyrimo rezultatus suvedimui tinkamos anketos.

5 tyrimo proceso etapas: ó *Anketinės apklausos tyrimo duomenų suvedimas ir apdorojimas.* Sugrupuoti anketoms iki numatyto termino 2011-06-05, pradėti duomenų suvedimas. Tyrimo rezultatus duomenų suvedimas ir apdorojimas truko iki 2011-08-15. Gauti duomenys apdoroti *Microsoft Office Excel 2007*, *Microsoft Office Word 2007* programomis ir *SPSS 17.0* programos versija. Atlikti duomenų teorinį analizę bei loginę interpretaciją, kuri sudaro galimybę giliau atskleisti tiriamojo reikšmę. Gauti rezultatai pateikti lentelėse, stulpelinėse ir skritulinėse diagramose.

6 tyrimo proceso etapas: - *Giluminio interviu plano sudarymas ir realizavimas.* Trukmė nuo 2011-09-02 iki 2011-12-01. Giluminis interviu planas sudarytas remiantis kiekybinio tyrimo įvadamis, mokslinė literatūra apie slaugytojų veiklos principus slaugant pacientus po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo (2 priedas). Sudarant giluminio interviu planą buvo iš anksto numatyti trys diagnostiniai blokai. Suformuoti teiginiai neturi atsakymų, todėl suteikia galimybę giliau nagrinėti problemą.

Atlikti kokybinis tyrimas buvo pasirinkta K miesto X ligoninė su 9 skyriais: I kardiologijos, II Kardiologijos, Tyrimų aritmijų, Fizinės medicinos ir reabilitacijos, Diagnostikos, Nefrologijos, Kardiochirurgijos, Angiochirurgijos bei Ambulatorinis konsultacinis skyrius bendrosios praktikos slaugytojos, kurios vykdo pacientus, su implantuotais EKS priedais. Tyrimo pradžioje gautas staigos vadovo sutikimas ir kiekvienos iš 22 respondentų informacinis savanoriško dalyvavimo tyrimo sutikimas, pasirašant informuoto asmens sutikimo formą (3 priedas). Pirmieji individualūs interviu su kiekviena slaugytoja buvo atlikti vietoje, kuri pasirinko informantą, kad ji jaustųsi saugiai ir patogiai. Siekiant realizuoti giluminį interviu, buvo kalbinamos slaugytojos, dirbančios su pacientais, kuriems implantuotas EKS. Kiekviena informantė turėjo teisę apsispręsti dalyvauti tyrimo ar ne. Joms buvo paaiškintas tyrimo tikslas, atliekamo tyrimo svarba, kaip ir kur bus panaudoti duomenys, kaip bus užtikrintas jų konfidencialumas ir anonimiškumas. Interviu metu kiekvienos slaugytojos buvo paprašyta savais žodžiais papasakoti apie ypatumus, bendraujant, slaugant ir mokant pacientus su implantuotu elektrokardiostimulatoriumi. Interviu iš kiekvienos tyrimo dalyvavusios informantės buvo imamas individualiai, atsakymų duomenis buvo fiksuojami prieš pokalbį diktofono juostelę, prieš tai suderinus su informante ir sutikinus, kad tyrimo reikšmė interviu diktofonu slaugytojoms netrukdytų. Vieno pokalbio trukmė svyravo nuo 30 iki 40 minučių. Buvo gauti labai daug duomenys: nuo neišsamūs, paviršutiniški atsakymai iki pilni, išbaigti pamatymai.

7 tyrimo proceso etapas: ó *Tyrimo rezultatų apibendrinimas.* Trukmė: nuo 2011-12-01 iki 2012-01-02.

8 tyrimo proceso etapas: ó Darbo išvadų formulavimas ir pateikimas. Trukmė : nuo 2012-01-02 iki 2012-02-01.

9 tyrimo proceso etapas: ó Rekomendacijų formulavimas. Trukmė : nuo 2012-02-02 iki 2012-03-01.

2.1.5. Tyrimo etika

2011 m. Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisija rašytinai patvirtino anketinei apklausai paruoštą klausimyną ir interviu planą, pritarta baigiamojo magistro darbo tyrimo atlikimui ir Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto vardu rašytinai kreiptasi staigos, kurioje planuojama atlikti tyrimą, vadovaujant, prašant leisti atlikti staigoje magistrinio darbo tyrimą.

Visi tyrimo etikos standartai: - anonimiškumas, savanoriškumas dalyvavimas ir teisė atsisakyti dalyvauti informantams buvo garantuotas (Pasaulinė medicinos asociacijos Helsinkio deklaracija, 2004, Parahoo, 2006).

Kiekybiniame tyrime respondentai dalyvavo savanoriškai, klausimynas buvo anonimiškas, jame nereikėjo rašyti nei vardo, nei pavardės, pildomas savarankiškai be tyrimo pagalbos.

Kokybiniame tyrime dalyvavusios slaugytojos savo sutikimą patvirtino rašytinai, pasirašant informuoto asmens sutikimo formą ir užtikrindamos, kad iš jų surinkta informacija bus teisinga, be apgaulės, aiški. Iš tyrimo pusės informantai buvo patikinti dėl etinių principų laikymosi.

Tyrimas realizuotas laikantis tyrimo etinių aspektų: anonimiškumo, savanoriškumo, pagarbos, bei konfidencialumo principų. Respondentams ir informantams buvo paaiškintas klausimynų bei giluminio interviu tikslas, akcentuojama atsakymų svarba. Informantų vardai buvo pakeisti

Anonimiškumo principas. Tiriamajam anonimiškumas garantuotas, siekiant respondentą pasitikėjimo tyrimu atliekančiuoju asmeniu ir nuoširdi bei objektyvi atsakymų klausimyno teiginius. Informantams buvo garantuota, kad niekur nebus minimi jų individualūs asmens duomenys ir užtikrinta, kad tyrimo metu gauti rezultatai bus naudojami tik apibendrinimo formoje. Magistro baigiamojo darbo tyrimo rezultatams apibendrinti, palyginti bei gautiems rezultatams ir iš jų iškilančioms rekomendacijoms pristatyti.

Savanoriškumo principas. Respondentai ir informantai tyrime dalyvavo savo noru, bet kuriuo metu turėjo teisę atsisakyti dalyvauti tyrime arba nutraukti savo dalyvavimą tyrime.

Pagarbos principas. Tiriamieji supažindinti su magistro baigiamojo darbo tyrimo tikslu, paaiškinta, kaip bus atliekamas šis tyrimas; paaiškinta, kaip klausimynai turi būti pildomi, kaip bus vykdomas giluminis interviu, kad kiekvienas pacientas, slaugytojas neabejot anonimiškumu.

Konfidencialumo principas ó informantams buvo garantuota, kad tyr jas neatskleis klausimyne pateikt duomen apie asmen ir surinktus duomenis, pateikus jam informacij . Konfidencialumo esm yra tyr jo pasiflad jimas i-tikti i-tikimam tam, kuris jam pad jo atliekant tyrim .

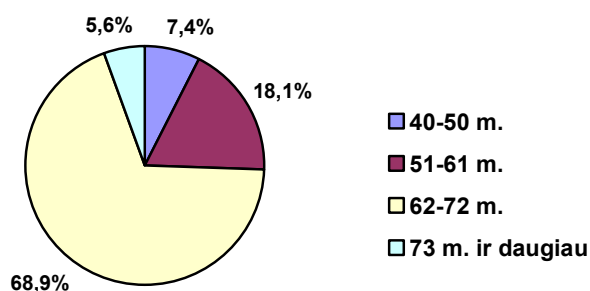
2.1.6. Statistinė duomenų analizė

Duomen analizei naudotas statistikinis program paketas šSPSS 17.0.1 for Windows. Tikrintas kintam j pasiskirstymas pagal normal j d sn . Dviej nepriklausom grupi poflymi palyginimui naudotas Stjudent-ø t kriterijus, kai poflymiai buvo pasiskirst pagal normal j d sn , o esant nenormaliam skirstiniui - neparimetrinis Man-ø-Vitni-ø kriterijus. Daugiau nei dviej nepriklausom grupi poflymi , pasiskirs iusi pagal normal j d sn , palyginimui naudotas ANOVA metodas, o nesant normaliam ó Kruskal-ø Volis-ø kriterijus. Dviej priklausom poflymi palyginimui naudotas Stjudent-ø kriterijus priklausomoms imtims (esant normaliam pasiskirstymui) ir nesant normaliam ó Vilkokson-ø kriterijus. Ry-iams tarp poflymi nustatyti naudotas Spearmanø rangin s koreliacijos metodas. Sociodemografini poflymi pasitaikymo dafnumo skirtumams vertinti, naudotas χ^2 kriterijus.

Naudoti statistini hipotezi reik-mingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ - reik-minga (*); kai $p < 0,01$ - labai reik-minga (**); kai $p < 0,001$ - itin reik-minga (***) ir kai $p > 0,05$ (ns) ó statisti-kai nereik-minga.

2.2. Rezultatai

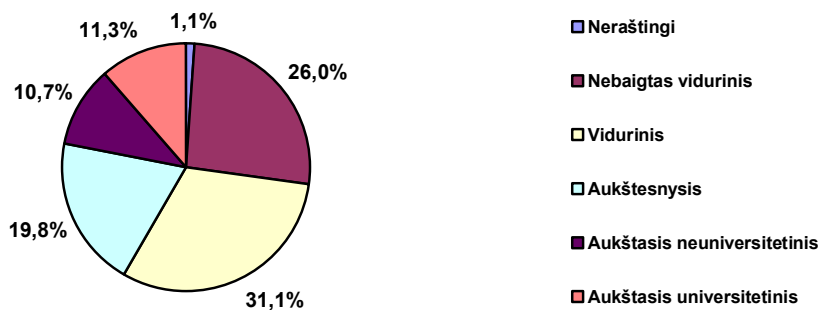
Tyrimo dalyvavo 177 pacientai po elektrokardiostimuliatoriaus implantavimo.



1 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal amžių

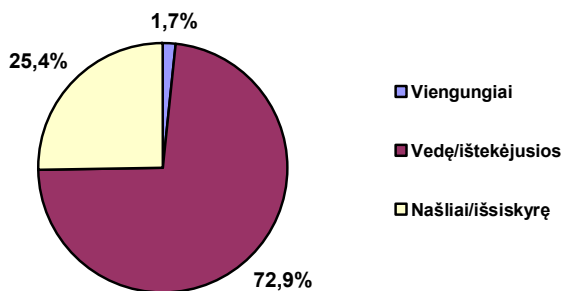
Dauguma (68,9 proc.) respondent buvo 62-72 met amfliaus, o pagal amfi pasiskirst sekan iai: 13(7,4 proc.) pacient 40-50 met amfliaus, 32(18,1 proc.) - 51-61 met amfliaus, 122(68,9 proc.) ó 62-72 met amfliaus ir 10(5,6 proc.) ó vyresni nei 72 met amfliaus (1 pav.).

Pagal lyt pacientai pasiskirstė mažiausiai panašiai - 93(52,5 proc.) vyr ir 84(47,5 proc.) moterys.



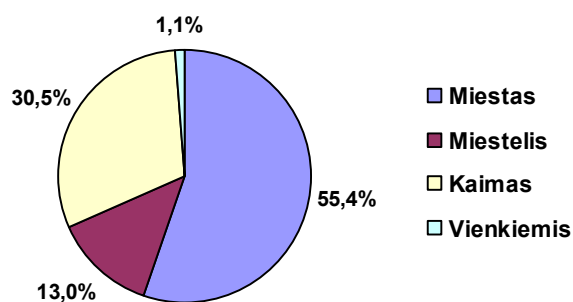
2 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Pagal išsilavinimą pacientai pasiskirstė šiek tiek nelygiai: 2(1,1 proc.) neraštingi pacientai, 46(26,0 proc.) pacientai su nebaigtu viduriniu išsilavinimu, 55(31,1 proc.) su viduriniu, 35(19,8 proc.) su aukštesniu, 39(22 proc.) su aukštesniu (19(10,7 proc.) su aukštesniu neuniversitetiniu ir 20(11,3 proc.) su aukštesniu universitetiniu) išsilavinimu (2 pav.).



3 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį

Pagal šeimyninę padėtį daugumą (72,9 proc.) tyrime dalyvavusių pacientų buvo nevieniškai t.y. vedę/ištekėjusios, ir 27,1 proc. šiek tiek mažiau: 25,4 proc. pacientų buvo našliai/išsiskyrę ir 1,7 proc. šiek tiek mažiau: 1,7 proc. viengungiai (3 pav.). Toliau šioje analizėje pacientai pagal šeimyninę padėtį bus analizuojamos dvi grupės šiek tiek mažiau: nevieniškai ir vieniškai.



4 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą

Daugiau nei pus (55,4 proc.) pacient buvo i–miest , 13,0 proc. - i–miesteli , 30,5 proc. - i–kaim ir 1,1 proc. i–vienkiemi (4 pav.).

3 lentel .Pacient pasiskirstymas pagal lyt , i–silavinim , –eimynin pad t ir gyvenam j viet priklausomai nuo amffiaus

Rodikliai	40-50 m. n=13	51-61 m. n=32	62-72 m. n=122	73 m. ir daugiau n=10	p
<i>Lytis</i>					
Vyrai	7(53,8%)	18(56,3%)	62(50,8%)	6(60,0%)	ns
Moterys	6(46,2%)	14(43,8%)	60(49,2%)	4(40,0%)	
<i>Išsilavinimas</i>					
Nera–tingi	-	-	2(1,6%)	-	<0,001
Nebaigtas vidurinis	-	7(21,9%)	29(23,8%)	10(100%)	
Vidurinis	5(38,5%)	6(18,8%)	44(36,1%)	-	
Auk–tesnysis	5(38,5%)	9(28,1%)	21(17,2%)	-	
Auk–tasis	3(23,1%)	10(31,3%)	26(21,3%)	-	
<i>Šeimyninė padėtis</i>					
Nevieni–i	12(92,3%)	25(78,1%)	86(70,5%)	6(60,0%)	ns
Vieni–i	1(7,7%)	7(21,9%)	36(29,5%)	4(40,0%)	
<i>Gyvenamoji vieta</i>					
Miestas	10(76,9%)	16(50,0%)	69(56,6%)	3(30,0%)	ns
Miestelis	3(23,1%)	4(12,5%)	13(10,7%)	3(30,0%)	
Kaimas/vienkiemis	-	12(37,6%)	40(32,8%)	4(40,0%)	

ns ó statisti–kai nereik–minga

Nagrin jant pacient pasiskirstym pagal lyt , i–silavinim , –eimynin pad t, gyvenam j viet priklausomai nuo amffiaus nustatytas statisti–kai itin reik–mingas ($p < 0,001$) i–silavinimo skirtumas ó jaunesni pacientai tur jo auk–tesn i–silavinim nei vyresni pacientai. Pagal lyt , –eimynin pad t ir gyvenam j viet pacient grup s priklausomai nuo amffiaus reik–mingai nesiskyr (3 lentel).

4 lentelė. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, šeimyninį padėtį ir gyvenamąją vietą

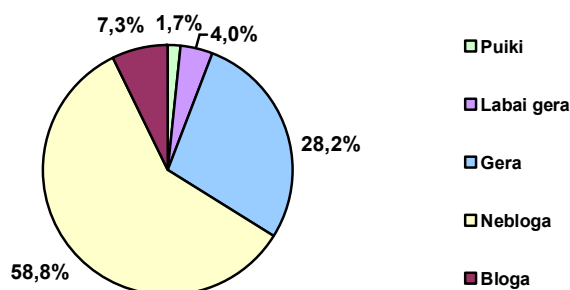
Rodikliai	Vyrai n=93	Moterys n=84	p
<i>Išsilavinimas</i>			
Neraštingi	-	2(2,4%)	
Nebaigtas vidurinis	18(19,4%)	28(33,3%)	
Vidurinis	32(34,4%)	23(27,4%)	ns
Aukštesnysis	19(20,4%)	16(19,0%)	
Aukštasis	24(25,8%)	15(17,8%)	
<i>Šeimyninė padėtis</i>			
Nevieni	76(81,7%)	53(63,1%)	0,004
Vieni	17(18,3%)	31(36,9%)	
<i>Gyvenamoji vieta</i>			
Miestas	55(59,1%)	43(51,1%)	
Miestelis	8(8,6%)	15(17,9%)	ns
Kaimas/vienkiemis	30(32,3%)	46(54,9%)	

ns – statistiškai nereikšminga

Nagrinėjant pacientų pasiskirstymą pagal išsilavinimą, šeimyninį padėtį, gyvenamąją vietą priklausomai nuo lyties nustatytas statistiškai ypač reikšmingas ($p < 0,01$) šeimyninės padėties skirtumas – vienai moterai buvo flėmiami daugiau nei vienai vyrui. Pagal išsilavinimą ir gyvenamąją vietą pacientų grupos priklausomai nuo lyties reikšmingai nesiskyrė (4 lentelė).

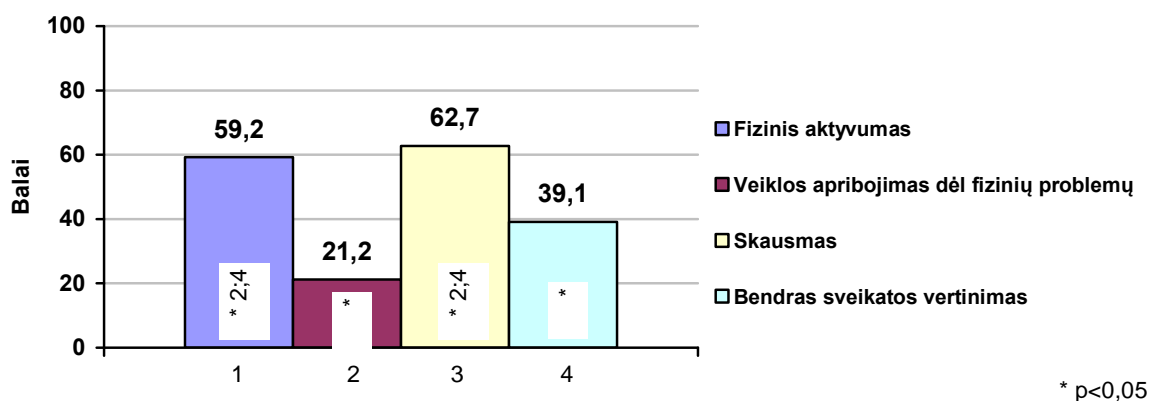
2.2.1 Pacientų gyvenimo kokybė po elektrokardiostimuliatoriaus implantavimo

Analizuojant pacientų po EKS nuomonę apie savo sveikatą (per pastarąsias keturias savaites iki apklausos) nustatyta, kad daugiau nei pusė (58,8 proc.) apklaustųjų charakterizavo kaip nebloga, 28,2 proc. – kaip gera, 4 proc. – kaip labai gera, 1,7 proc. – kaip puiki ir tik 7,3 proc. – kaip bloga (5 pav.).



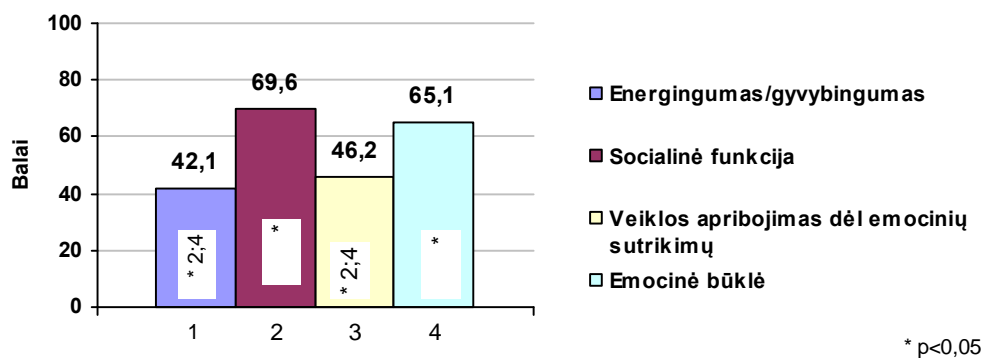
5 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal savo sveikatos vertinimą

Analizuojant SF-36 gyvenimo kokybės fizines sveikatos ir jos srities rodiklius, bendroje pacientų po EKS implantavimo grupėje gauti sekantys rezultatai: apibendrintos fizinės sveikatos vidurkis buvo 36,3 balai, fizinio aktyvumo – 59,2 balai, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų – 21,2 balai, veiklos apribojimo dėl skausmo – 62,7 balai, bendro sveikatos vertinimo – 39,1 balai (2 lentelė). Pacientai reikšmingai ($p < 0,05$) prasčiau vertino tokias savo gyvenimo sritis kaip veiklos apribojimo dėl fizinių problemų bei bendrą sveikatą nei fizinį aktyvumą ir veiklos apribojimo dėl skausmo (6 pav.).



* reikšmingi skirtumai tarp atitinkamos grupės ir pačios grupės

6 pav. Pacientų po EKS implantavimo gyvenimo kokybės fizinės sveikatos rodikliai

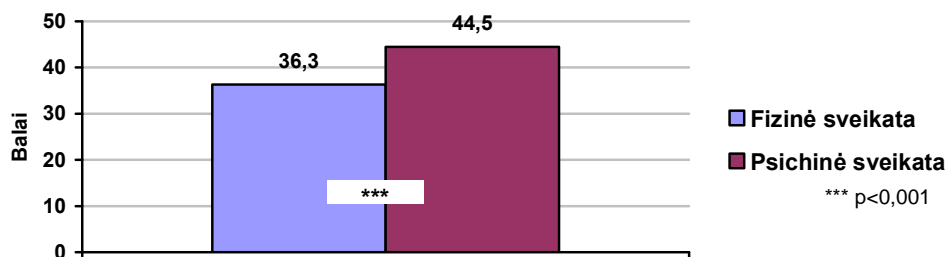


* reikšmingi skirtumai tarp atitinkamos grupės ir pačios grupės

7 pav. Pacientų po EKS implantavimo gyvenimo kokybės psichinės sveikatos rodikliai

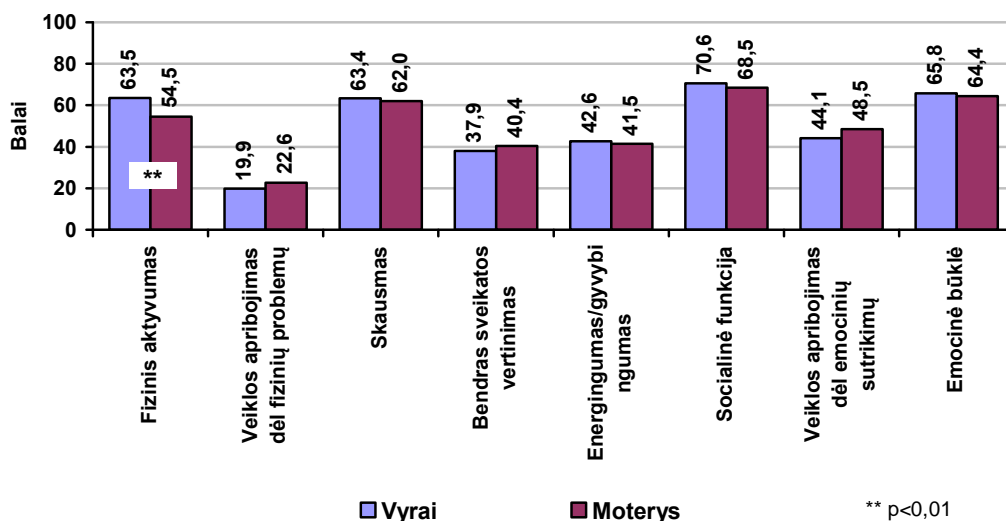
Analizuojant SF-36 gyvenimo kokybės psichinės sveikatos dalies sritis, bendroje pacientų grupėje gauti sekantys rezultatai: energingumo/gvybingumo vidurkis buvo 42,1 balai, socialinė

funkcijos ó 69,6 balai, veiklos ribojimo d l emocini problem ó 46,2 balai, emocin s b kl s ó 65,1 balai ir apibendrintos psichin s sveikatos ó 44,5 balai. I– gyvenimo kokyb s psichin s sveikatos rodikli pacientai reik–mingai ($p<0,05$) pras iau vertino savo energingum /gyvybingum ir veiklos apribojim d l emocini sutrikim nei socialin funkcij ir emocin b kl (7 pav.).



8 pav. Pacientų po EKS implantavimo gyvenimo kokybės apibendrintų fizinės ir psichinės sveikatos sričių rodikliai

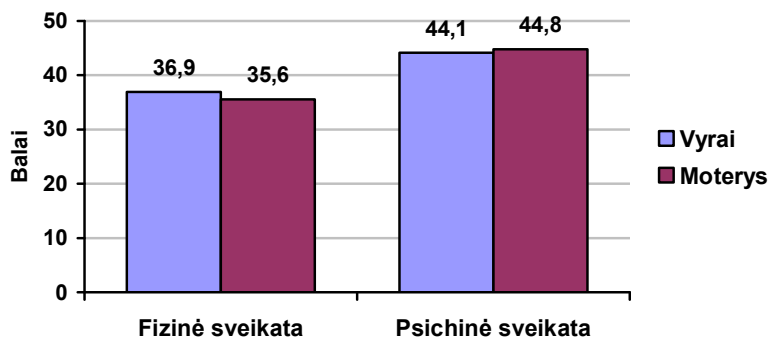
Nustatytas itin reik–mingas ($p<0,001$) skirtumas tarp pacient gyvenimo kokyb s apibendrint fizin s ir psichin s sveikatos sri i rodikli (fizin s sveikatos rodiklis - 36,3 balai ir psichin s sveikatos ó 44,5 balai) ó savo gyvenimo kokyb s fizin sveikat pacientai po EKS implantavimo vertino flymiai pras iau nei psichin sveikat (8 pav.).



9 pav. Pacientų po EKS implantavimo gyvenimo kokybės fizinės ir psichinės sveikatos sričių rodikliai priklausomai nuo lyties

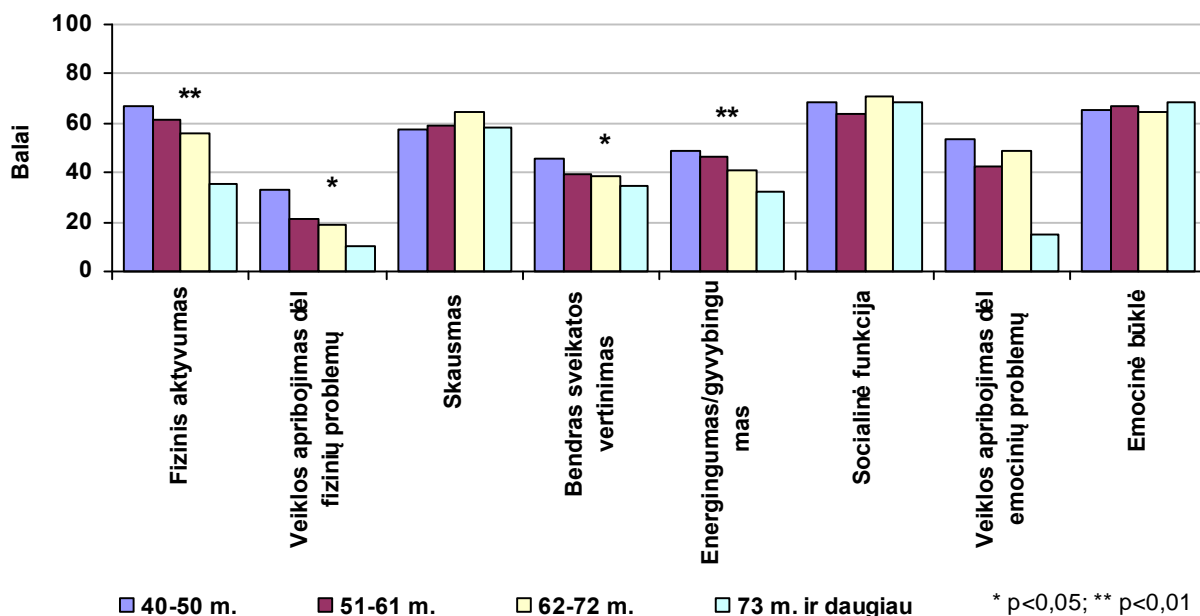
Vertinant su fizine ir psichine sveikata susijusi gyvenimo kokyb priklausomai nuo lyties nustatyta, kad bendras sveikatos vertinimas, energingumas/gyvybingumas, socialin funkcija, emocin b kl , veiklos apribojimai d l fizini problem , d l skausmo ir emocini sutrikim tarp vyr ir moter

reikšmingai nesiskyrė, tačiau reikšmingai skyrėsi fizinis aktyvumas (moterims 54,5 ir vyrai 63,5 balai, $p < 0,01$) o moterys savo fizinį aktyvumą vertino reikšmingai prasčiau nei vyrai (9 pav.).



10 pav. Pacientų po EKS implantavimo gyvenimo kokybės apibendrintų fizinės ir psichinės sveikatos sričių rodikliai priklausomai nuo lyties

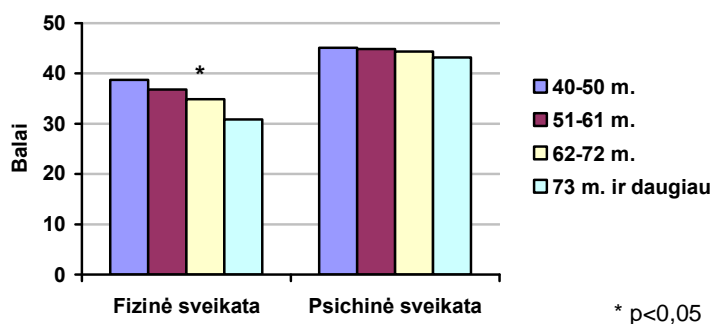
Vyrų ir moterų gyvenimo kokybės apibendrintų fizinės ir psichinės sveikatos sričių rodikliai reikšmingai nesiskyrė, o jas tiek vyrai tiek moterys vertino panašiai (10 pav.).



11 pav. Pacientų po EKS implantavimo gyvenimo kokybės fizinės ir psichinės sveikatos sričių rodikliai priklausomai nuo amžiaus

Vertinant su fizine sveikata susijusi gyvenimo kokybės priklausomai nuo amžiaus nustatyta, kad fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų bei bendro sveikatos vertinimo rodikliai reikšmingai ($p < 0,05$) priklauso nuo amžiaus ir buvo geresni jaunesnio (iki 50 metų) amžiaus pacientams.

grupėje. Vertinant su psichine sveikata susijusi gyvenimo kokybės priklausomai nuo amžiaus nustatyta, kad gyvenimo kokybės psichinės sveikatos beveik visi rodikliai, išskyrus energingumą /gyvybingumą tarp pacientų priklausomai nuo amžiaus reikšmingai nesiskyrė. Energingumo/gyvybingumo rodiklis reikšmingai ($p < 0,05$) priklausomai nuo amžiaus ir buvo geresnis jaunesnio (iki 50 metų) amžiaus pacientų grupėje (11 pav.).



12 pav. Pacientų po EKS implantavimo gyvenimo kokybės apibendrintų fizinės ir psichinės sveikatos sričių rodikliai priklausomai nuo amžiaus

Analizuojant pacientų po EKS implantavimo gyvenimo kokybės apibendrintus fizinės ir psichinės sveikatos rodiklius nuo jų amžiaus nustatyta, kad apibendrintos fizinės sveikatos rodiklis reikšmingai ($p < 0,05$) priklausomai nuo amžiaus ir buvo geriausias jaunesnio (iki 50 metų) amžiaus pacientų grupėje. Apibendrintos psichinės sveikatos rodiklis tarp pacientų grupių priklausomai nuo amžiaus reikšmingai nesiskyrė (12 pav.).

5 lentelė. Pacientų po EKS implantavimo išsilavinimo, šeimyninės padėties, gyvenimo vietos taktika su sveikata susijusiai gyvenimo kokybės fizinei ir psichinei sveikatai

Rodikliai	Išsilavinimas		Šeimyninė padėtis		Gyvenamoji vieta	
	R	p	R	p	R	p
Fizinė sveikata	0,23	0,002	-0,14	ns	-0,18	0,019
Fizinis aktyvumas	0,31	<0,001	-0,15	0,043	-0,14	ns
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	0,14	ns	-0,02	ns	-0,12	ns
Skausmas	0,01	ns	-0,02	ns	-0,02	ns
Bendras sveikatos vertinimas	0,08	ns	-0,15	0,046	-0,14	ns
Psichinė sveikata	0,01	ns	-0,09	ns	-0,05	ns
Energingumas/gyvybingumas	0,22	0,003	-0,21	0,006	-0,17	0,021
Socialinė funkcija	-0,08	ns	-0,08	ns	-0,06	ns
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	0,12	ns	-0,02	ns	0,01	ns
Emocionalumas	-0,01	ns	-0,07	ns	-0,10	ns

ns – statistiškai nereikšmingai

Analizuojant pacient išsilavinimo taką gyvenimo kokybę fizinei ir psichinei sveikatai nustatyti reikšmingi ryšiai tarp apibendrintos fizinės sveikatos ($R=0,23$), fizinio aktyvumo ($R=0,31$), energingumo/gyvybingumo ($R=0,22$) rodiklio ir pacient išsilavinimo. Tai reiškia, kad pacientai su aukštesniu išsilavinimu fizinės sveikata, fizinis aktyvumas ir energingumas/gyvybingumas vertino geriau nei pacientai su žemesniu išsilavinimu.

Nustatyti reikšmingi ryšiai tarp fizinio aktyvumo ($R=-0,15$), bendros sveikatos vertinimo ($R=-0,15$), energingumo/gyvybingumo ($R=-0,21$) ir pacient šeimyninės padėties. Tai reiškia, kad vienišieji pacientai fizinis aktyvumas, bendrą sveikatą ir energingumą/gyvybingumą vertino prasčiau nei nevienišieji pacientai.

Nustatyti reikšmingi ryšiai tarp pacient gyvenamosios vietos ir tokių rodiklių kaip fizinės sveikatos ($R=-0,18$) ir energingumo/gyvybingumo ($R=-0,17$) vertinimas. Tai reiškia, kad pacientai iš mažesnių gyvenviečių bendrą sveikatą ir energingumą/gyvybingumą vertino prasčiau nei gyvenantys mieste (5 lentelė).

Daugumai (88,7 proc.) pacientų buvo atlikta pirminė elektrostimuliacija, 11,3 proc. – pakartotinė.

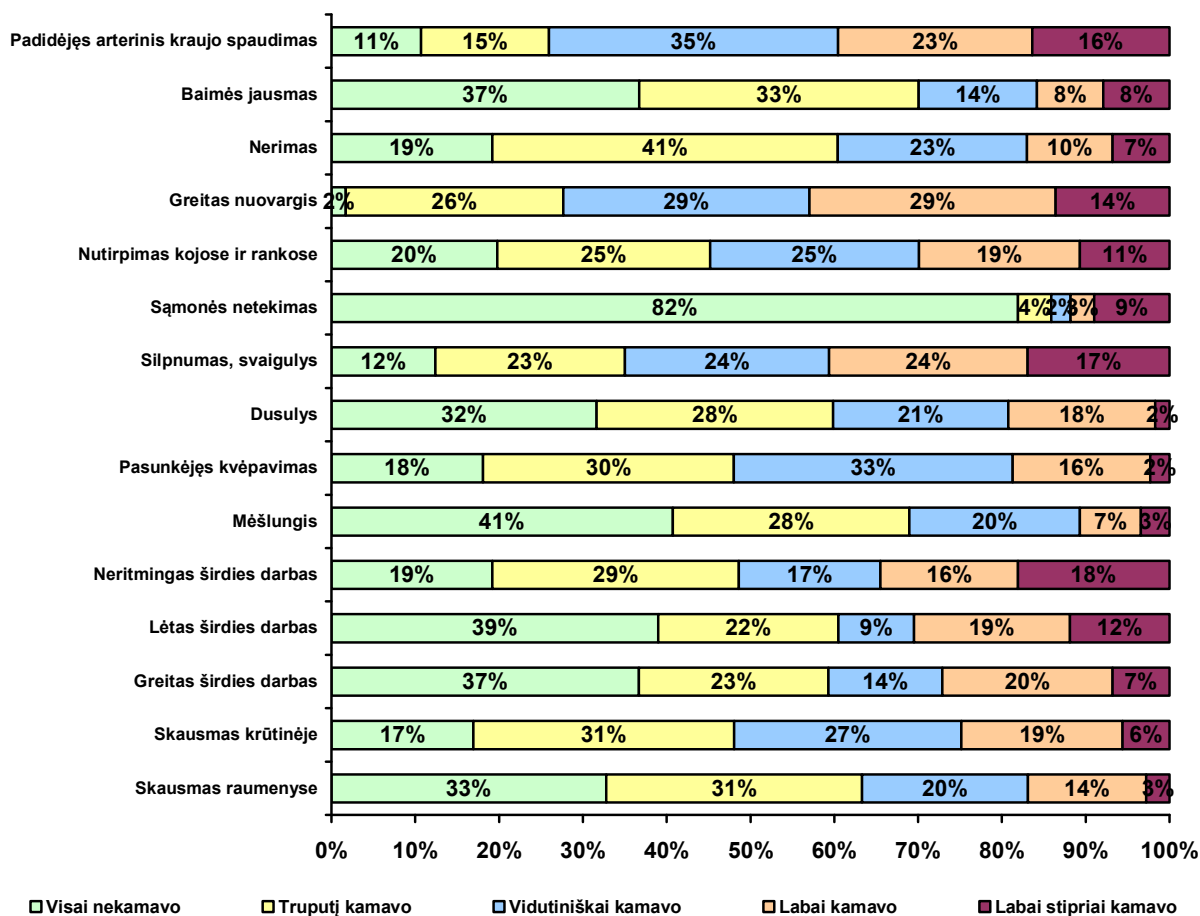
6 lentelė. Pacient pasiskirstymas pagal lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį ir gyvenamąją vietą priklausomai elektrostimuliacijos atlikimo kiekį

Rodikliai	Pirminė n=157	Pakartotinė n=20	p	Rodikliai	Pirminė n=157	Pakartotinė n=20	p
<i>Lytis</i>							
Vyrai	86(54,8%)	7(35,0%)	ns	<i>Išsilavinimas</i>			
Moterys	71(45,2%)	13(65,0%)		Neraštingi	2(1,3%)	-	
<i>Amžiaus grupės</i>							
40-50 m.	10(6,4%)	3(15,0%)	ns	Nebaig. vidurinis	36(22,9%)	10(50,0%)	ns
51-61 m.	31(19,7%)	1(5,0%)		Vidurinis	49(31,2%)	6(30,0%)	
62-72 m.	106(67,5%)	16(80,0%)		Aukštesnysis	34(21,7%)	1(5,0%)	
73 m. ir daugiau	10(6,4%)	-		Aukštasis	36(23,0%)	3(15,0%)	
<i>Šeimyninė padėtis</i>							
Nevienišieji	119(75,8%)	10(50,0%)	0,015	<i>Gyvenamoji vieta</i>			
Vienišieji	38(24,2%)	10(50,0%)		Miestas	86(54,8%)	12(60,0%)	ns
				Miestelis	22(14,0%)	1(5,0%)	
			Kaimas	49(31,2%)	7(35,0%)		

ns – statistiškai nereikšminga

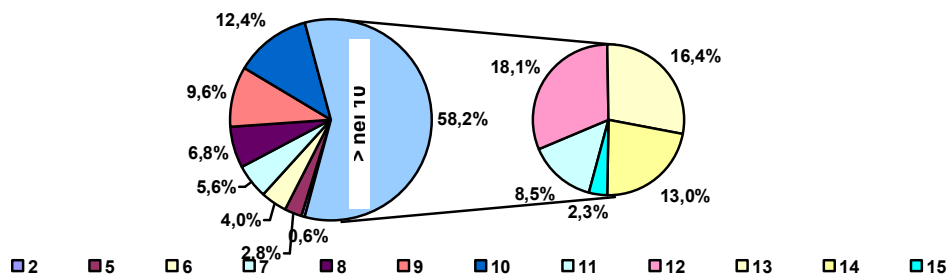
Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų grupės priklausomai nuo elektrostimuliacijos atlikimo kiekio reikšmingai pagal lytį, amžių, išsilavinimą ir gyvenamąją vietą nesiskyrė, tačiau reikšmingai ($p<0,05$) skyrėsi pagal šeimyninę padėtį – vienišiesiems pacientams buvo dažniau atlikta pakartotinė elektrostimuliacija nei nevienišiesiems (6 lentelė).

Nagrin jant ligos simptom varginimo intensyvum nustatyta, kad daugum pacient labiausiai vargino padid j s arterinis kraujo spaudimas (nuo vidutini-kai iki labai stipriai - 74 proc.), greitas nuovargis (nuo vidutini-kai iki labai stipriai - 72 proc.), silpnumas/svaigulys (nuo vidutini-kai iki labai stipriai - 65 proc.). Apie pus pacient labai vargino ir tokie simptomai, kaip nutirpimas kojose ir rankose (55 proc.), skausmas kr tin je (52 proc.), neritmingas ūirdies darbas (51 proc.), pasunk j s kv pavimas (51 proc.). Nerimas flymiai vargino 40 proc. pacient , o baim s jausmas - 27 proc. I-nagrin jam simptom re iausiai vargino s mon s netekimas (nuo vidutini-kai iki labai stipriai - 14 proc.) (13 pav.).



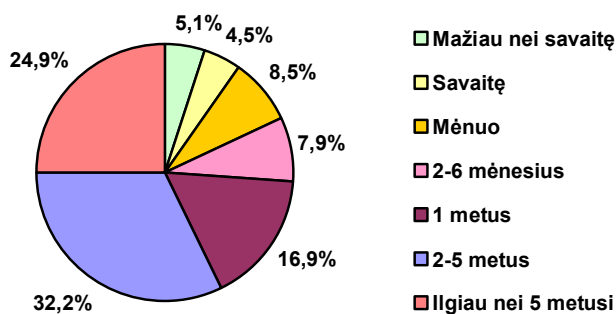
13 pav. Ligos simptomų varginimo intensyvumas

Tyrimo rezultatai parod , kad daugiau nei pusei (58,2 proc.) apklaust pacient , per paskutines keturias savaites iki apklausos, pasireik-davo daugiau nei 10 nagrin jam ligos simptom (14 pav.).

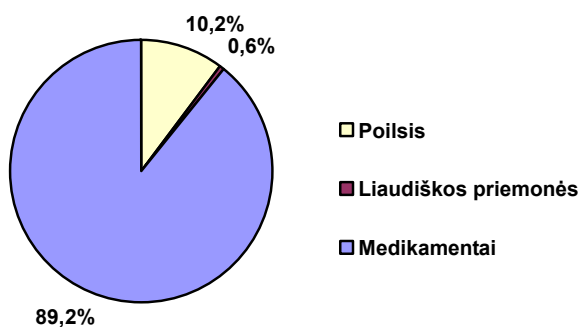


14 pav. Ligos simptomų pasireiškimo kiekis

Pasiteiravus pacient kaip ilgai juos vargino nagrin jami ligos simptomai nustatyta, kad daugiau nei pus (57,1 proc. ó 32,2 proc. 2-5 metus ir 24,9 proc. ilgiau nei 5 metus) pacient –ie simptomai vargino ilgiau nei 2 metus, 16,9 proc. ó apie metus, 7,9 proc. ó nuo 2 iki 6 m nes , 8,5 proc. ó apie m nes , 4,5 proc. ó apie savait ir 5,1 proc. ó mafliau nei savait (15 pav.).

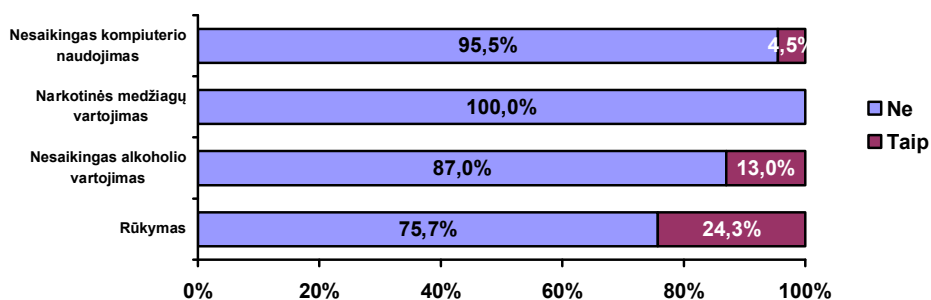


15 pav. Nusiskundimų požymių trukmė



16 pav. Nusiskundimų požymių mažinimo priemonės

Tuos nusiskundimus didffioji dauguma (89,2 proc.) pacient sumaffindavo tik medikamentais, 10,2 proc. ó pad davó poilsis, o 0,6 proc. ó liaudi–kos priemon s (16 pav.).



17 pav. Pacientų nuomonės apie priklausomybių turėjimo skirstinys

Anot apklaustą j nuomone, didžioji daugum j netur jo joki priklausomybi . Priklausom nuo r kymo buvo 24,3 proc. pacient , 13,0 proc. ó nuo alkoholio vartojimo, 4,5 proc. ó nuo nesaikingo kompiuterio naudojimo. Nei vienas i–apklaust j nevarjo narkotini medffiag (17 pav.).

7 lentel . Pacient po EKS implantavimo lyties, amffiiaus, i–silavinimo, –eimynin s pad ties, gyvenimo vietos taka nuomonei apie priklausomybi tur jim

Rodikliai	Rūkymas		Alkoholis		Kompiuteris	
	R	p	R	p	R	p
Lytis	-0,38	<0,001	-0,37	<0,001	-0,10	ns
Amffius	-0,02	ns	0,01	ns	-0,06	ns
I–silavinimas	0,10	ns	-0,02	ns	0,26	<0,001
–eimynin pad tis	-0,05	ns	-0,01	ns	-0,13	ns
Gyvenamoji vieta	0,08	ns	0,19	0,011	-0,09	ns

ns ó statisti–kai nereik–minga

Tyrimo rezultatai parod , kad flaling prot tok kaip nesaiking r kym reik–mingai daffniau tur jo apklausti vyrai nei moterys, nesaiking alkoholio vartojim ó taip pat vyrai ir pacientai i–maffesni gyvenvie i . Nesaiking kompiuterio naudojim daffniau tur jo pacientai su auk–tesniu i–silavinimu, o lytis, amffius, –eimynin pad tis ir gyvenamoji vieta –iam pro iui takos netur jo (7 lentel).

Analizuojant pacient elektrostimuliacijos atlikimo kiekio taka j gyvenimo kokyb s fizinei ir psichinei sveikatai nustatyti reik–mingi ry–iai tarp veiklos apribojimo d l skausmo (R=-0,26), energingumo/gyvybingumo (R=-0,23), apibendrinto psichin s sveikatos (R=-0,17) rodikli ir elektrostimuliacijos atlikimo kiekio ó tai rei–kia, kad pacientai, kuriems buvo atlikta pakartotin elektrostimuliacija, buvo maffiau energingi/gyvybingi, prastesn s psichin s sveikatos, j veikla buvo labiau apribota d l skausmo (8 lentel).

8 lentelė. Pacientų po EKS implantavimo elektrostimuliacijos atlikimo karto taktika su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei

Rodikliai	Elektrostimuliacijos atlikimo kartas	
	R	p
Fizinė sveikata	-0,14	ns
Fizinis aktyvumas	-0,02	ns
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	-0,11	ns
Skausmas	-0,26	0,001
Bendras sveikatos vertinimas	-0,12	ns
Psichinė sveikata	-0,17	0,020
Energingumas/gyvybingumas	-0,23	0,002
Socialinė funkcija	-0,13	ns
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	-0,12	ns
Emocionalumas	-0,11	ns

ns – statistiškai nereikšminga

Nustatyta, kad dauguma ligos simptomų varginą pacientus, ypač jie veikia, reikšmingai blogino jų su fizine sveikata susijusį gyvenimo kokybę. Labiausiai ($p < 0,001$) pacientų fizinio aktyvumo ribojimo dusulys ($R = -0,37$), mialgija ($R = -0,26$) ir skausmas raumenyse ($R = -0,24$) (9 lentelė).

9 lentelė. Pacientų po EKS implantavimo ligos simptomų varginimo intensyvumo ir jo kiekio taktika su fizine sveikata susijusiai gyvenimo kokybei

Rodikliai	FA		VFP		S		BSV		Fizinė sveikata	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
Skausmas raumenyse	-0,24	0,001	-0,22	0,004	-0,29	<0,001	-0,12	ns	-0,27	<0,001
Skausmas krūtiniuose	0,01	ns	-0,27	<0,001	-0,24	0,001	-0,19	0,013	-0,20	0,006
Greitas širdies darbas	-0,06	ns	-0,08	ns	0,01	ns	0,09	ns	0,01	ns
Lėtas širdies darbas	0,01	ns	-0,10	ns	-0,12	ns	-0,27	<0,001	-0,14	ns
Neritmingas širdies darbas	-0,12	ns	-0,13	ns	-0,06	ns	-0,08	ns	-0,10	ns
Mialgija	-0,26	0,001	-0,03	ns	-0,05	ns	-0,08	ns	-0,17	0,023
Pasunkijęs kvėpavimas	-0,20	0,009	-0,07	ns	-0,23	0,003	-0,39	<0,001	-0,29	<0,001
Dusulys	-0,37	<0,001	-0,10	ns	-0,29	<0,001	-0,34	<0,001	-0,38	<0,001
Silpnumas, svaigulys	-0,16	0,033	-0,09	ns	-0,10	ns	-0,33	<0,001	-0,24	0,001
Smonsinetkimas	0,14	ns	0,08	ns	0,07	ns	0,07	ns	0,03	ns
Nutirpimas kojose ir rankose	-0,22	0,003	-0,09	ns	-0,13	ns	-0,17	0,022	-0,25	0,001
Greitas nuovargis	-0,17	0,023	-0,11	ns	-0,21	0,006	-0,43	<0,001	-0,30	<0,001
Nerimas	-0,19	0,013	-0,26	<0,001	-0,22	0,004	-0,32	<0,001	-0,25	0,001
Baiminėjimasis	-0,14	ns	-0,25	0,001	-0,20	0,009	-0,25	0,001	-0,20	0,008
Padidėjęs arterinis kraujo spaudimas	-0,11	ns	-0,04	ns	-0,21	0,005	-0,38	<0,001	-0,24	0,001
Ligos simptomų pasireiškimo kiekis	-0,22	0,004	-0,23	0,003	-0,26	<0,001	-0,25	0,001	-0,31	<0,001

FA – fizinis aktyvumas; VFP – veiklos apribojimas dėl fizinių problemų; S – skausmas; BSV – bendros sveikatos vertinimas; ns – statistiškai nereikšminga.

Veiklos apribojimui dėl fizinės problemos labiausiai turėjo poveikį skausmas krūtiniuose ($R=-0,27$), nerimas ($R=-0,26$) ir baimės jausmas ($R=-0,25$), veiklos apribojimui dėl skausmo odos dulys ($R=-0,29$), skausmas raumenyse ($R=-0,29$) ir krūtiniuose ($R=-0,24$), bendros sveikatos vertinimui – greitas nuovargis ($R=-0,43$), pasunkijęs kvėpavimas ($R=-0,39$), padidijęs AKS ($R=-0,38$), dulys ($R=-0,34$), silpnumas/svaigulys ($R=-0,33$), nerimas ($R=-0,32$), lėtas ir didesnis darbas ($R=-0,27$). Savaime aišku, kad šie simptomai pasireiškimo intensyvumas blogino ir apibendrintą fizinę sveikatą, ypač reikšmingai ($p<0,001$) stipriausiai turėjo poveikį dulys ($R=-0,38$), greitas nuovargis ($R=-0,32$), pasunkijęs kvėpavimas ($R=-0,29$), skausmas raumenyse ($R=-0,37$).

Simptomai veikia ypač reikšmingai ($p<0,01$) blogino pacientų gyvenimo kokybę su fizine sveikatos sritimi (fizinis aktyvumas ($R=-0,22$, $p=0,004$), veiklos apribojimas dėl fizinės problemos ($R=-0,23$, $p=0,003$) ir dėl skausmo ($R=-0,26$, $p<0,001$) ir bendrą sveikatos vertinimą ($R=-0,25$, $p=0,001$) ir atitinkamai apibendrintą fizinę sveikatą ($R=-0,31$, $p<0,001$) (10 lentelė).

10 lentelė. Pacientų po EKS implantavimo ligos simptomų varginimo intensyvumo ir jo kiekio poveikis su psichine sveikata susijusiai gyvenimo kokybei

Rodikliai	EG		SF		VEP		EB		Psichinė sveikata	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
Skausmas raumenyse	-0,26	0,001	-0,19	0,009	-0,17	0,021	-0,15	0,045	-0,21	0,005
Skausmas krūtiniuose	-0,19	0,012	-0,29	<0,001	-0,18	0,018	-0,16	0,034	-0,25	0,001
Greitas ir didesnis darbas	0,01	ns	-0,12	ns	-0,09	ns	0,05	ns	-0,06	ns
Lėtas ir didesnis darbas	-0,22	0,003	-0,28	<0,001	-0,12	ns	-0,10	ns	-0,21	0,004
Mėtingas ir didesnis darbas	-0,14	ns	-0,21	0,006	-0,10	ns	-0,03	ns	-0,13	ns
Mėtingas	-0,07	ns	-0,11	ns	-0,12	ns	0,01	ns	-0,05	ns
Pasunkijęs kvėpavimas	-0,44	<0,001	-0,37	<0,001	-0,21	0,005	-0,13	ns	-0,28	<0,001
Dulys	-0,36	<0,001	-0,32	<0,001	-0,29	<0,001	-0,13	ns	-0,26	<0,001
Silpnumas, svaigulys	-0,36	<0,001	-0,27	<0,001	-0,05	ns	-0,21	0,005	-0,17	0,028
Simoniškas netekimas	0,12	ns	0,07	ns	0,23	0,002	0,14	ns	0,22	0,004
Nutirpimas kojose ir rankose	-0,26	0,001	-0,17	0,024	0,07	ns	-0,19	0,011	-0,10	ns
Greitas nuovargis	-0,44	<0,001	-0,31	<0,001	-0,09	ns	-0,30	<0,001	-0,29	<0,001
Nerimas	-0,32	<0,001	-0,31	<0,001	-0,20	0,008	-0,42	<0,001	-0,36	<0,001
Baimės jausmas	-0,22	0,004	-0,36	<0,001	-0,27	<0,001	-0,36	<0,001	-0,37	<0,001
Padidijęs arterinis kraujo spaudimas	-0,40	<0,001	-0,24	0,001	-0,02	ns	-0,33	<0,001	-0,25	0,001
Ligos simptomų pasireiškimo kiekis	-0,28	<0,001	-0,40	<0,001	-0,21	0,004	-0,18	0,020	-0,30	<0,001

EG - energingumas/gyvybingumas; SF - socialinė funkcija; VEP - veiklos apribojimas dėl emocinių problemų; EB - emocinė būklė; ns – statistiškai nereikšminga.

Analizuojant pacientų ligos simptomų varginimo intensyvumo ir jo poveikio su psichine sveikata susijusiai gyvenimo kokybei nustatyta, kad šie simptomai, tokie kaip su fizine sveikata susijusi gyvenimo kokybė, net stipriau blogino su psichine sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Pacientų

energingum /gyvybingum ypa reik–mingai ($p<0,001$) maflino pasunk j s kv pavimas ($R=-0,44$), greitas nuovargis ($R=-0,44$), padid j s arterinis kraujo spaudimas ($R=-0,40$), dusulys ($R=-0,36$), silpnumas/svaigulys ($R=-0,36$), nerimas ($R=-0,32$). Pacient socialin funkcij ypa reik–mingai ($p<0,001$) blogino pasunk j s kv pavimas ($R=-0,37$), baim s jausmas ($R=-0,36$), dusulys ($R=-0,32$), greitas nuovargis ($R=-0,31$), nerimas ($R=-0,31$), skausmas kr tin je ($R=-0,29$), l tas –irdies darbas ($R=-0,28$), silpnumas/svaigulys ($R=-0,27$). Tokie simptomai kaip dusulys ($R=-0,29$) ir baim s jausmas ($R=-0,27$) ypa reik–mingos ($p<0,001$) takos tur jo pacient veiklos apribojimui d l emocini problem . Emocin pacient b kl labiausiai blogino nerimas d l ligos ($R=-0,42$), baim s jausmas ($R=-0,36$), padid j s arterinis kraujo spaudimas ($R=-0,33$), greitas nuovargis ($R=-0,30$). TŲ simptomai kaip baim s jausmo ($R=-0,37$), nerimo ($R=-0,36$), greito nuovargio ($R=-0,29$), pasunk jusio kv pavimo ($R=-0,28$), dusulio ($R=-0,26$) varginimo intensyvumas labiausiai blogino ir apibendrint psichin sveikat .

Simptom s veika itin reik–mingai ($p<0,001$) blogino pacient gyvenimo kokyb s tokias psichin s sveikatos sritis kaip socialin funkcij ($R=-0,40$) ir energingum /gyvybingum ($R=-0,28$). Simptom s veika taip pat reik–mingai blogino pacient emocin b kl ($R=-0,18$, $p=0,020$), o ypa reik–mingai ($p<0,01$) tur jo takos tokiai pacient gyvenimo kokyb s sri iai kaip veiklos apribojimas d l emocini problem ($R=-0,21$). Savaime ai–ku, kad –i simptom s veika blogino ir apibendrint psichin sveikat ($R=-0,30$, $p<0,001$) (10 lentel).

11 lentel .Pacient po EKS implantavimo nuomon s apie priklausomybi tur jim ir su sveikata susijusios gyvenimo kokyb s s sajos

Rodikliai	Rūkyimas		Alkoholis		Kompiuteris	
	R	p	R	p	R	p
Fizinė sveikata	0,18	0,016	-0,04	ns	0,19	0,011
Fizinis aktyvumas	0,26	0,001	0,03	ns	0,29	<0,001
Veiklos apribojimas d l fizini problem	0,20	0,008	-0,02	ns	0,12	ns
Skausmas	-0,03	ns	0,03	ns	0,09	ns
Bendras sveikatos vertinimas	-0,12	ns	-0,07	ns	0,16	0,031
Psichinė sveikata	-0,03	ns	-0,03	ns	0,24	0,002
Energingumas/gyvybingumas	0,02	ns	-0,08	ns	0,24	0,001
Socialin funkcija	0,04	ns	-0,02	ns	0,10	ns
Veiklos apribojimas d l emocini problem	0,06	ns	0,03	ns	0,21	0,006
Emocin b kl	0,01	ns	0,01	ns	0,24	0,001

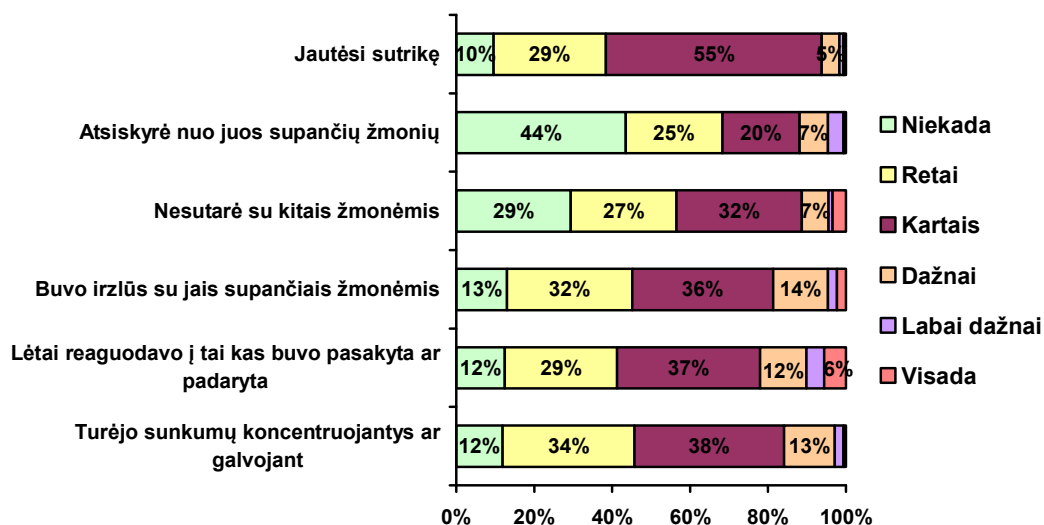
ns ó statisti–kai nereik–minga

Analizuojant pacient nuomon s d l priklausomyb s nuo flaling pro i , toki kaip r kymo ir nesaikingo kompiuterio naudojimo, ir j gyvenimo kokyb s tarpusavio ry–ius, koreliacin analiz parod , kad –ie pro iai neblogino, o atvirk–iai reik–mingai ($p<0,05$) –iek tiek gerino j gyvenimo kokyb s kai kurias sritis: priklausom nuo r kymo pacient gyvenimo kokyb s apibendrintos fizin s

sveikatos ($R=0,18$), fizinio aktyvumo ($R=0,26$) ir veiklos dėl fizinių problemų apribojimo ($R=0,20$) rodikliai buvo geresni nei nepriklausomų nuo rėkymo pacientų rodikliai. Pacientai, priklausomai nuo kompiuterio, apibendrintos fizinės ($R=0,19$) ir psichinės sveikatos ($R=0,24$), fizinio aktyvumo ($R=0,29$), bendros sveikatos vertinimo ($R=0,16$), energingumo/gyvybingumo ($R=0,24$), emocinės būklės ($R=0,24$) ir veiklos apribojimo dėl emocijų problemų ($R=0,21$) rodikliai buvo geresni nei nepriklausomų nuo kompiuterio pacientų rodikliai (11 lentelė).

2.2.2 Pacientų, po elektrokardiostimuliatoriaus implantavimo, poreikis mokymui

Tyrimu nustatyta, kad dauguma pacientų po EKS implantavimo turėjo bendravimo problemų. Dauguma pacientų rečiau ar dažniau jausdavosi sutrikę (90 proc. - 29 proc. retai, 55 proc. kartais, 6 proc. pakankamai (dažnai/labai dažnai/visada) dažnai), būdavo irzlūs su jais supančiais žmonėmis (87 proc. - 32 proc. retai; 36 proc. kartais; 19 proc. pakankamai dažnai), nesutarė su kitais žmonėmis (71 proc. - 27 proc. retai, 32 proc. kartais, 12 proc. pakankamai dažnai), apie pusė pacientų rečiau ar dažniau jausdavosi lyg atsiskirė nuo supančių žmonių (56 proc. - 25 proc. retai, 20 proc. kartais, 11 proc. pakankamai dažnai) (18 pav.).



18 pav. Bendravimo ir dėmesio problemų buvimas pacientams po EKS implantavimo

Dauguma pacientų (88 proc.) rečiau ar dažniau patyrė dėmesio problemų. Lėtai reaguodavo tai kas buvo pasakyta ar padaryta (29 proc. retai, 37 proc. kartais ir 22 proc. pakankamai dažnai), turėdavo sunkumų koncentruojantys ar galvojant (34 proc. retai, 38 proc. kartais ir 16 proc. pakankamai dažnai) (20 pav.).

12 lentelė. Pacientų po EKS implantavimo lyties, amžiaus, išsilavinimo, gyvenamųjų vietų, gyvenimo vietos, gyvenimo ir dmesio problemų atsiradimui

Veiksniai	Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Šeimyninė padėtis	Gyvenamoji vieta
Atsiskyrus nuo supančių žmonų	-0,09	-0,09	-0,02	0,06	0,09
Nesutarimai su kitais žmonėmis	-0,10	-0,03	-0,09	-0,04	0,15*
Buvo irzlūs su supančiais žmonėmis	-0,12	-0,01	-0,13	0,07	0,07
Jautūs sutrikimams	-0,02	-0,06	0,01	0,01	0,08
Labai reaguodavo tai kas buvo pasakyta ar padaryta	-0,07	-0,04	-0,07	0,02	0,08
Turėjo sunkumų koncentruojantis ar galvojant	-0,16*	0,13	-0,12	-0,01	0,16

* p<0,05

Analizuojant pacientų sociodemografinius rodiklius, gyvenimo ir dmesio problemų atsiradimui po EKS implantavimo nustatyti reikšmingi (p<0,05) silpni ryšiai tarp pacientų gyvenamosios vietos ir nesutarimų su kitais žmonėmis (R=0,15) bei tarp pacientų lyties ir sunkumų koncentruojantis ar galvojant turėjimo (R=-0,16). Pacientai išmažesni gyvenvietėse, o vyrai išmažesni akcentuodavo, kad nesutardavo su kitais žmonėmis nei pacientai išdidesni gyvenvietėse, o vyrai išmažesni akcentuodavo, kad turėjo sunkumų koncentruojantis ar galvojant nei moterys. Kitoms nagrinėjamos bendravimo ir dmesio problemoms pacientų sociodemografiniai rodikliai reikšmingos takos neturėjo (12 lentelė).

13 lentelė. Pacientų po EKS implantavimo elektrostimuliacijų atlikimo ir ligos simptomų pasireiškimo kiekio, gyvenimo ir dmesio problemų atsiradimui

Veiksniai	Elektrostimuliacijų atlikimo kiekis		Ligos simptomų kiekis	
	R	p	R	p
Atsiskyrus nuo supančių žmonų	0,18	0,014	0,37	<0,001
Nesutarimai su kitais žmonėmis	0,25	0,001	0,18	0,015
Buvo irzlūs su supančiais žmonėmis	0,06	ns	0,19	0,013
Jautūs sutrikimams	0,03	ns	0,32	<0,001
Labai reaguodavo tai kas buvo pasakyta ar padaryta	-0,09	ns	0,24	0,001
Turėjo sunkumų koncentruojantis ar galvojant	0,02	ns	0,17	0,025

ns – statistiškai nereikšminga

Analizuojant pacientus su liga susijusi veiksniai, gyvenimo ir dmesio problemų atsiradimui po EKS implantavimo nustatyta, kad simptomai susijusi su širdies liga pasireiškimo s veikia itin reikšmingai (p<0,001) takojo toki bendravimo problemų atsiradimui kaip atsiskyrimas nuo supančių žmonų (R=0,37), sutrikimo jausmas (R=0,32), ypač reikšmingai (p<0,01) takojo širdies reakavimas tai kas buvo pasakyta ar padaryta (R=0,24), reikšmingai (p<0,05) širdies irzlumas (R=0,19), nesutarimai (R=0,18) su kitais žmonėmis bei sunkumų koncentruojantis ar galvojant atsiradimui

(R=0,17). Nustatyti reikšmingi (p<0,05) ryšiai tarp elektrostimuliacijos atlikimo karto ir toki bendravimo problem kaip nesutarimo su kitais žmonėmis (R=0,25) ir atsiskirimo nuo supančių žmonių (R=0,18) ó pacientai, kuriems buvo atlikta pakartotinė elektrostimuliacija, dažniau nesutardavo su kitais žmonėmis ir atsiskirdavo nuo jų nei pacientai, kuriems elektrostimuliacija buvo atlikta pirmą kartą (13 lentelė).

Apibendrinus 12 ir 13 lentelių rezultatus pastebima, kad bendravimo ir dmesio problem atsiradimui pacientams po EKS implantavimo turėjo labiau suširdies liga susiję veiksniai, o ne pacientų demografiniai rodikliai.

Analizuojant pacientų bendravimo ir dmesio problem ir su fizine sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas nustatyti reikšmingi ryšiai tarp tokios pacientų savijautos kaip šatsiskirimo nuo supančių žmonių ir visų gyvenimo kokybės fizinės sveikatos srių (su bendros sveikatos vertinimu (R=-0,44), veiklos apribojimo dėl skausmo (R=-0,40), su veiklos apribojimu dėl fizinių problemų (R=-0,22), su fiziniu aktyvumu (R=-0,17), su apibendrinta fizine sveikata (R=-0,26)). Nustatyti, reikšmingi ryšiai tarp pacientų irzlumo ir daugumos gyvenimo kokybės fizinės sveikatos srių (su bendros sveikatos vertinimu (R=-0,46), su veiklos apribojimo dėl skausmo (R=-0,22), su veiklos apribojimu dėl fizinių problemų (R=-0,21), su apibendrinta fizine sveikata (R=-0,18)).

Pagal šią koreliacinę ryšio stiprumą galima daryti prielaidą, kad bent bloga sveikata, skausmas ne tik mažina pacientų fizinį aktyvumą bei riboja jų veiklą bet ir skatina dažnesnį atsiskyrimą nuo supančių žmonių, irzlumą. Reikšmingi ryšiai tarp pacientų nesutarimo su kitais žmonėmis (R=-0,28), sutrikimo jutimo (R=-0,22) ir bendros sveikatos vertinimo parodė, kad bloga sveikata taip pat skatino pacientų dažnesnį nesutarimą su kitais žmonėmis, sutrikimą (14 lentelė).

14 lentelė. Pacientų po EKS implantavimo bendravimo ir dmesio problem ir su fizine sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos

Rodikliai	FA	VFP	S	BSV	Fizinė sveikata
Atsiskyrus nuo supančių žmonių	-0,17*	-0,22**	-0,40***	-0,44***	-0,26***
Buvo irzlus su juos supančiais žmonėmis	-0,06	-0,21**	-0,22**	-0,46***	-0,18*
Nesutarė su kitais žmonėmis	-0,12	0,01	-0,12	-0,28***	-0,12
Jautėsi sutrikęs	-0,14	-0,14	-0,02	-0,22**	-0,20**
Turėjo sunkumų koncentruojantis ar galvojantis	-0,23**	-0,19*	-0,23**	-0,17*	-0,17*
Labai reaguodavo tai kas buvo pasakyta ar padaryta	-0,06	0,01	-0,07	-0,19*	-0,10

FA ó fizinis aktyvumas; VFP - veiklos apribojimas dėl fizinių problemų; S ó skausmas; BSV - bendros sveikatos vertinimas. * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Nustatyti reikšmingi ryšiai tarp dmesio koncentracijos sunkumo ir visų gyvenimo kokybės fizinės sveikatos srių (su bendros sveikatos vertinimu (R=-0,17), su veiklos apribojimo dėl skausmo

(R=-0,23), su veiklos apribojimu dėl fizinio problem (R=-0,19), su fiziniu aktyvumu (R=-0,23), su apibendrinta fizine sveikata (R=-0,17)). Tokia dėl mesio problema kaip ir tas reagavimas tai kas buvo pasakyta ar padaryta reik-tingai koreliavo tik su bendros sveikatos vertinimu. Apibendrinus tuos rezultatus galima teigti, kad tie pacientai, kuriems kilo dėl mesio koncentracijos problema, gyvenimo kokybė susijusi su fizine sveikata buvo prastesnė nei tie pacientai, kurių ši problema nevargino (14 lentelė).

Analizuojant pacientų bendravimo ir dėl mesio problem ir su psichine sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas nustatyti ypač (p<0,001) reik-tingi ryšiai tarp pacientų savijautos šatsiskirimo nuo supančių žmonių ir visų gyvenimo kokybės psichinės sveikatos sričių (su socialine funkcija (R=-0,64), su emocine bkle (R=-0,52), su energingumu/gyvybingumu (R=-0,45), su veiklos apribojimu dėl emocinių problem (R=-0,28), su apibendrinta psichine sveikata (R=-0,59)). Taip pat nustatyti, reik-tingi ryšiai tarp pacientų irzlumo ir visų gyvenimo kokybės psichinės sveikatos sričių (su emocine bkle (R=-0,53), su socialine funkcija (R=-0,44), su energingumu/gyvybingumu (R=-0,45), su veiklos apribojimu dėl emocinių problem (R=-0,25), su apibendrinta psichine sveikata (R=-0,55)). Pacientų nesutarimas su kitais žmonėmis taip pat ypač reik-tingai (p<0,01) koreliavo su emocine bkle (R=-0,36), apibendrinta psichine sveikata (R=-0,33), energingumu/gyvybingumu (R=-0,29) bei socialine funkcija (R=-0,22.); sutrikimo jūtimas ypač reik-tingai (p<0,01) su socialine funkcija (R=-0,25), energingumu, gyvybingumu (R=-0,21), reik-tingai (p<0,05) - su emocine bkle (R=-0,16) ir apibendrinta psichine sveikata (R=-0,16). Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientai, kurie dažniau jautėsi atsiskyrę nuo supančių žmonių, sutrikę, dažniau nesutarė su kitais buvo irzlūs, gyvenimo kokybė susijusi su psichine sveikata buvo žymiai prastesnė nei tie pacientai, kurie neturėjo šių bendravimo problemų (15 lentelė).

15 lentelė. Pacientų po EKS implantavimo bendravimo ir dėl mesio problem ir su psichine sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos

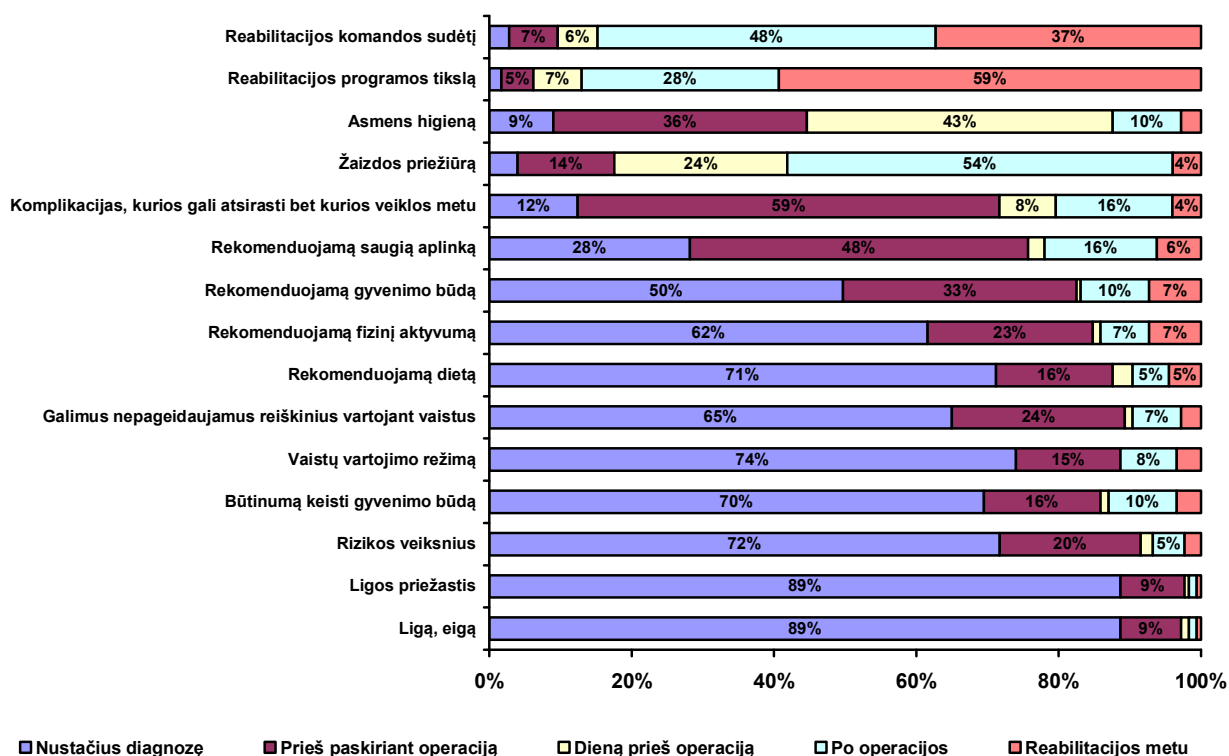
Rodikliai	EG	SF	VEP	EB	Psichinė sveikata
Atsiskyrę nuo supančių žmonių	-0,45***	-0,64***	-0,28***	-0,52***	-0,59***
Buvo irzlūs su juos supančiais žmonėmis	-0,44***	-0,44***	-0,25**	-0,53***	-0,55***
Nesutarė su kitais žmonėmis	-0,29***	-0,22**	-0,10	-0,36***	-0,31***
Jautėsi sutrikę	-0,21**	-0,25**	-0,10	-0,16*	-0,16*
Turėjo sunkumų koncentruojantis ar galvojant	-0,39***	-0,34***	-0,31***	-0,32***	-0,42***
Leidė reaguoti tai kas buvo pasakyta ar padaryta	-0,19*	-0,15	-0,08	-0,09	-0,14

EG - energingumas/gyvybingumas; SF - socialinė funkcija; VEP - veiklos apribojimas dėl emocinių problemų; EB - emocinė bkle. * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Nustatyti itin reik-tingi (p<0,001) ryšiai tarp dėl mesio koncentracijos sunkumo ir visų gyvenimo kokybės psichinės sveikatos sričių (su apibendrinta psichine sveikata (R=-0,42), su

energingumu/gyvybingumu ($R=-0,39$), su socialine funkcija ($R=-0,34$), su veiklos apribojimu d l psichini problem ($R=-0,31$) ó pacientai, kurie tur jo sunkum koncentruojantys ar galvojan, buvo maffiau energingi/gyvybingi, j socialin funkcija bei veikla flymiai labiau apribota, buvo prastesn s emocin s b kl s, nei tie pacientai, kuriems d mesio koncentracijos sunkum nei-kilo. Tokia d mesio problema kaip l tas reagavimas tai kas buvo pasakyta ar padaryta reik-mingai koreliavo tik su energingumu/gyvybingumu ($R=-0,19$) ó pacientai, kurie l iau reaguodavo tai kas buvo pasakyta ar padaryta, buvo maffiau energingi/gyvybingi nei tie pacientai, kurie netur jo sul tinto reagavimo. Apibendrinus -iuos rezultatus galima teigti, kad t pacient , kuriems i-kilo d mesio koncentracijos bei reagavimo problemos, gyvenimo kokyb susijusi su psichine sveikata buvo prastesn nei t pacient , kuri -ios problemos nevargino (15 lentel).

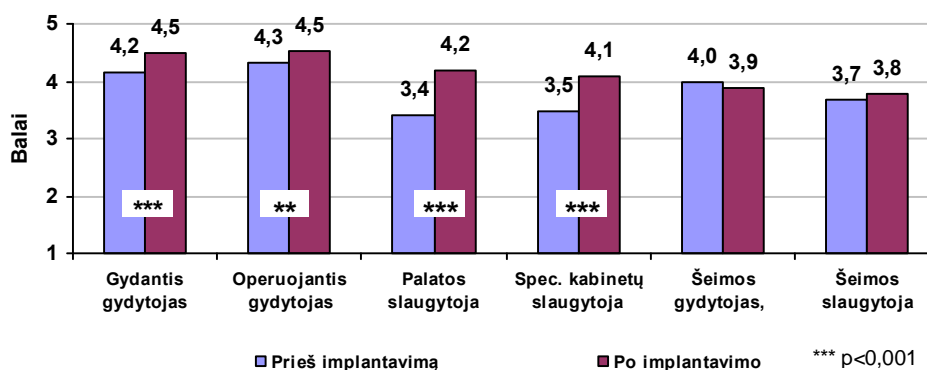
Tyrimu nustatyta, kad daugumos pacient nuomone informacija apie lig , jos eig (89 proc.), ligos prieftastis (89 proc.), vaist vartojim reflim (74 proc.), rizikos veiksnius (72 proc.), rekomenduojam diet (71 proc.), b tinum keisti gyvenimo b d (70 proc.), galimus nepageidaujamus rei-kinius vartojant vaistus (65 proc.), rekomenduojam fizin kr v (62 proc.) ir gyvenimo b d (50 proc.) turi b ti suteikta pacientui nusta ius diagnoz (19 pav.).



19 pav. Pacientu nuomone apie informacijos, susijusios su ju liga, suteikimo tinkamiausia laiką

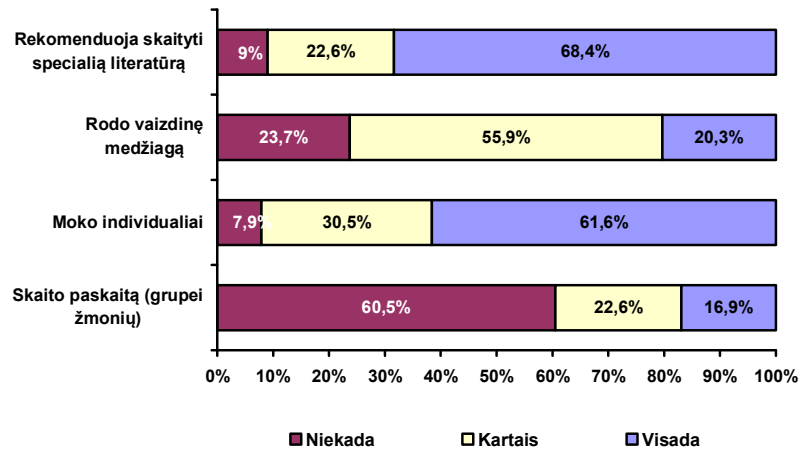
Prieš paskiriant operaciją pacientui turi būti suteikta informacija apie komplikacijas, kurios gali atsirasti bet kurios veiklos metu (59 proc.) bei rekomenduojam saugi aplink (48 proc.). Dieną prieš operaciją pacientui turi būti suteikta informacija apie asmens higieną (43 proc.), po operacijos – informacija apie flaidos priežiūrą (54 proc.) bei reabilitacijos komandos sudėtį (48 proc.), tačiau ši informacija gali būti suteikta ir reabilitacijos metu. Informacija apie reabilitacijos programos tikslą geriausiai yra suteikti reabilitacijos metu (21 pav.).

Analizuojant pacientų nuomonę, kas geriausiai gali apmokyti pacientą prieš EKS implantavimą ir po implantavimo nustatyta, kad geriausiai pacientus apmokyti tiek prieš implantaciją tiek ir po jos gali operuojantis gydytojas bei gydantys gydytojas ir –i gydytojų poreikis apmokant itin reikšmingai ($p < 0,001$) padidėja po EKS implantavimo. Po elektrostimuliacinio implantavimo itin reikšmingai padidėja pacientų mokymų ir palatos bei spec. kabinetų slaugytojų poreikis (20 pav.).

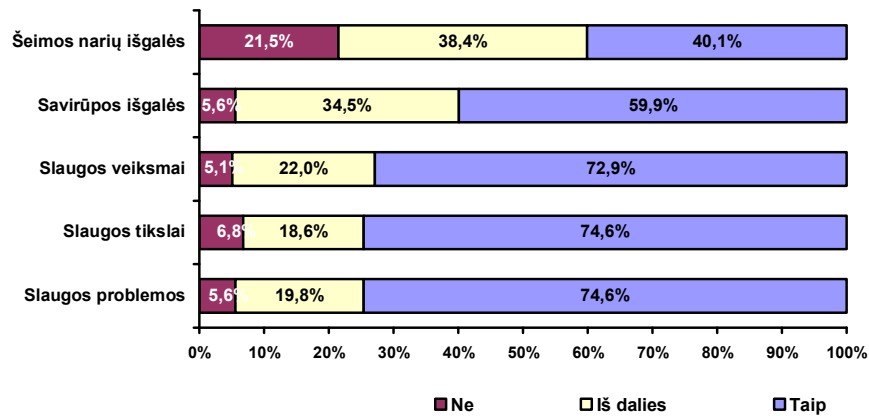


20 pav. Medikų, galinčių geriausiai apmokyti pacientus, implantuojant EKS, poreikio vertinimas pacientais

Analizuojant apklaustų pacientų atsakymus klausimui „Kokiu būdu slaugytoja vykdo sveikatos mokymus?“ nustatyta, kad slaugytoja, dažniausiai naudojo sekančius būdus – rekomenduodavo skaityti specialią literatūrą (68,4 proc.), mokė individualiai (61,6 proc.), rečiau – rodydavo vaizdinę medžiagą (55,9 proc.). Toks mokymo būdas kaip paskaitos skaitymas grupei pirmą kartą buvo dažniausiai naudojamas – 60,5 proc. pacientų nurodė, kad jiems iki šio momento nebuvo skaitoma tokia paskaita, 22,6 proc. – kartais ir 16,9 proc. – visad buvo skaitoma tokia paskaita (21 pav.).

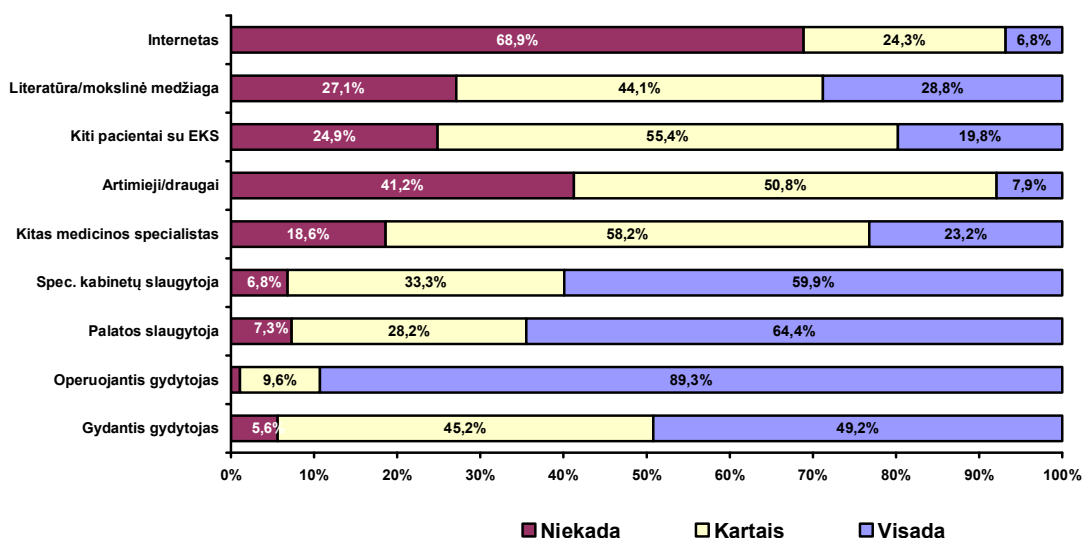


21 pav. Mokymo, vykdomo slaugytoja, priemonių taikymo vertinimas



22 pav. Mokymo vykdomo slaugytojomis, planuojant slaugą po EKS implantavimo operacijos, vertinimas

Tyrimas parod , kad slaugytojos, planuodamos slaug po EKS implantavimo operacijos, su dauguma pacient pilnai aptar slaugos problemas (74,6 proc.), slaugos tikslus (74,6 proc.) bei slaugos veiksmus (72,9 proc.). Savirūpos išgalės slaugytojos pilnai aptar su mažiausia daug puse (59,9 proc.) pacient , 34,5 proc. pacient teig , kad tai buvo aptarta tik iš dalies ir 5,6 proc. ó nebuvo aptarta iš viso. Mažiausiai slaugytojos su pacientais aptardavo šeimos narių išgalės ó pilnai aptarta buvo su 40,1 proc. pacient , iš dalies ó su 38,4 proc. pacient ir su 21,5 proc. pacient ši tema nebuvo aptarta (22 pav.).



23 pav. Detalesnės informacijos apie tolimesnį gyvenimą su EKS šaltiniai

Tyrimo rezultatai parodė, kad išsami detalesnė informacija apie tolimesnį gyvenimą su EKS dauguma pacientų gavo iš operuojančio gydytojo (89,3 proc.). Maždaug pusė pacientų iš informacijos gavo iš palatos slaugytojų (64,4 proc.), spec. kabinetų slaugytojos (59,9 proc.) bei gydančio gydytojo (49,2 proc.). Kitas medicinos personalas, kiti pacientai su EKS, artimieji, literatūra/mokslinė medžiaga taip pat kartais suteikdavo tokią informaciją (23 pav.).

16 lentelė. Pacientų bendravimo ir dmesio problemų taktinio mokymo vykdomo slaugytojomis vertinimui

Veiksniai	Slaugos problemos	Slaugos tikslai	Slaugos veiksmai	Savirūpos išgalės	Šeimos narių išgalės
Atsiskyrimas nuo supančių filmų	0,08	0,05	0,09	-0,11	-0,19*
Buvo irzlūs su juos supančiais filmais	-0,13	-	-0,15	-0,12	-0,15
Nesutarimai su kitais filmais	-0,05	0,22**	-0,03	-0,12	0,04
Jautūs sutrikimai	-0,20**	-	-0,18*	-0,18*	-0,04
Turėjo sunkumų koncentruojantis ar galvojant	-0,03	0,22**	-0,05	0,01	-0,18*
Laikyti reaguodavo tai kas buvo pasakyta ar padaryta	0,04	-0,02	0,01	0,01	0,01

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Analizuojant pacientų bendravimo ir dmesio problemas, atsiradusias dėl ligos, taktinio mokymo vykdomo slaugytojomis vertinimui nustatyta, kad paciento atsiskyrimas nuo supančių filmų (R=-

0,19) bei d mesio koncentracijos pablogėjimas ($R=-0,18$) gal jo neigiamai takoti ir bendravim su slaugytoj , aptariant jo –eimos nari i–gales, paciento irzlumas ó aptariant slaugos tikslus ($R=-0,22$), o paciento sutrikimo jausmas neigiamai veik bendravim su slaugytoja, aptariant ir slaugos problemas ($R=-0,20$), tikslus ($R=-0,22$), veiksmus ($R=-0,18$) ir paties paciento i–gales ($R=-0,18$) (16 lentel).

17 lentel . Mokymo suteikto slaugytojomis taka pacient po EKS implantavimo su fizine sveikata susijusiai gyvenimo kokybei

Veiksniai	FA	VFP	S	BSV	Fizinė sveikata
Slaugos problemos	0,08	0,18*	-0,09	0,03	0,04
Slaugos tikslai	0,08	0,08	-0,06	0,06	0,00
Slaugos veiksmai	0,10	0,10	-0,14	0,01	-0,01
Savir pos i–gal s	0,18*	0,09	-0,06	0,11	0,07
–eimos nari i–gal s	0,22**	0,09	0,09	0,17*	0,10

FA ó fizinis aktyvumas; VFP - veiklos apribojimas d l fizini problem ; S ó skausmas; BSV - bendros sveikatos vertinimas; ns ó statisti–kai nereik–minga. * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Analizuojant mokymo suteikto slaugytojomis taka pacient po EKS implantavimo su fizine sveikata susijusiai gyvenimo kokybei nustatyti reik–mingi ry–iai tarp pacient fizinio aktyvumo ir mokymo gauto i– slaugytoj , kai jos aptarin jo su jais j savir pos ($R=0,18$) ir j –eimos nari ($R=0,22$) i–gales, tarp veiklos apribojimo d l fizini problem ir mokymo, aptariant slaugos problemas ($R=0,18$) ir tarp bendros sveikatos vertimo ir mokymo, aptariant –eimos nari i–gales ($R=0,17$). Tų rezultatai parod , kad pacientai, su kuriais slaugytojos geriau aptar savir pos ir –eimos nari i–gales, buvo fizi–kai aktyvesni bei geriau vertino savo sveikat , o pacient , su kuriais slaugytojos geriau aptar slaugos problemas, veikla buvo maffiau apribota d l fizini problem nei t pacient , su kuriais –ie aspektai buvo maffiau aptarti (17 lentel).

18 lentel . Mokymo suteikto slaugytojomis taka pacient po EKS implantavimo su psichine sveikata susijusiai gyvenimo kokybei

Veiksniai	EG	SF	VEP	EB	Psichinė sveikata
Slaugos problemos	0,15	0,03	0,13	0,12	0,13
Slaugos tikslai	0,16*	0,04	0,17*	0,15*	0,19*
Slaugos veiksmai	0,14	0,01	0,16*	0,09	0,13
Savir pos i–gal s	0,17*	0,17*	0,13	0,15*	0,18*
–eimos nari i–gal s	0,25**	0,29***	0,29***	0,19*	0,33***

EG - energingumas/gvybingumas; SF - socialin funkcija; VEP - veiklos apribojimas d l emocini problem ; EB - emocin b kl ; ns ó statisti–kai nereik–minga. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Analizuojant mokymo suteikto slaugytojomis taka pacient po EKS implantavimo su psichine

sveikata susijusiai gyvenimo kokybei nustatyti reikšmingi ryšiai tarp pacient energingumo/gyvybingumo ir mokymo gauto iš slaugytojų, aptariant šeimos nari išgales ($R=0,25$, $p<0,01$), savirpos išgales ($R=0,17$, $p<0,5$) ir slaugos tikslus ($R=0,16$, $p<0,05$), tarp pacient socialinės funkcijos ir mokymo, aptariant šeimos nari išgales ($R=0,29$, $p<0,001$) ir savirpos išgales ($R=0,17$, $p<0,05$), tarp veiklos apribojimo dėl emocinių problemų ir mokymo, aptariant šeimos nari išgales ($R=0,29$, $p<0,001$), slaugos tikslus ($R=0,17$, $p<0,05$) ir slaugos veiksmus ($R=0,17$, $p<0,05$), tarp emocinės būklės ir mokymo, aptariant šeimos nari išgales ($R=0,19$, $p<0,05$), savirpos išgales ($R=0,15$, $p<0,05$) ir slaugos tikslus ($R=0,15$, $p<0,05$), tarp apibendrintos psichinės sveikatos ir mokymo, itin ($p<0,001$) aptariant šeimos nari išgales ($R=0,33$), bei aptariant slaugos tikslus ($R=0,19$, $p<0,05$) ir savirpos išgales ($R=0,18$, $p<0,05$).

Tie rezultatai parodė, kad pacientai, su kuriais slaugytojos geriau aptarė šeimos nari išgales, buvo energingesni/gyvybingesni, geresnės socialinės funkcijos, emocinės būklės, į veikla mažiau apribota dėl emocinių problemų, todėl ir apibendrinta psichinė sveikata buvo geresnė nei tų pacientų, su kuriais šis aspektas buvo mažiau aptartas. Pacientai, su kuriais slaugytojos geriau aptarė savirpos išgales, taip pat buvo energingesni/gyvybingesni, geresnės socialinės funkcijos, emocinės būklės, todėl ir apibendrinta psichinė sveikata buvo geresnė nei tų pacientų, su kuriais šis aspektas buvo mažiau aptartas. Pacientai, su kuriais slaugytojos geriau aptarė slaugos tikslus ir veiksmus, veikla buvo mažiau apribota dėl emocinių problemų. Pacientai, su kuriais slaugytojos geriau aptarė slaugos tikslus, buvo energingesni/gyvybingesni geresnės emocinės būklės ir bendros psichinės sveikatos (18 lentelė).

2.2.3 Slaugytojų požiūris į pacientų, po elektrokardiostimuliacijos implantavimo, savirpą

Pirmuoju klausimu (Apibūdinkite, kokie yra bendravimo su pacientais, kuriems implantuotas elektrokardiostimuliacijos, ypatumai?) buvo siekta išsiaiškinti, kas turi tokios kokybiškam bendravimui su pacientais, perteikiant jiems finias.

Analizuojant interviu turinį, buvo išskirta viena kategorija: *Bendravimas su pacientais* (flr. 21 lentelė)

21 lentelė. Bendravimo su pacientais, kuriems implantuotas elektrokardiostimuliacijos, ypatumai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Bendravimas su pacientu	Socialinis statusas	<p>o laisviau bendraujantys yra pacientai, kurie gyvena pilnose šeimose o Daiva</p> <p>o Vieniškai ufdari, bijo klausti kaip išgirdinti flv reliai o Liuba</p> <p>o Vėd pacientai, daugiau patys nori suffinoti ir daugiau bendrauja su aptarnaujančiu personalu o Algirda</p> <p>o o po artimojo netekties reikalauja daugiau dmesio,</p>

		<p>bendravimo <í> Vaidilutė</p> <p>ōNedarbingo amžiaus pacientai dažniau b na pasyvesni <í> reikia daug pastang , kad prad t atviriau bendrautiō. Ingrida</p> <p>ōVieni–i, na–liai ó tai flmon s, kurie labia sunkiai prisileidffia artyn svetimus, jiems reikia daug daugiau d mesioī Aurika</p> <p>ō vieni–as, neturintis su kuo bendrauti, nei–sako savo problem , atsiranda pyk io priepuoliai<í>, pilnas baim s, tod l atsiriboį sō Nelė</p>
	Emocinė sveikata	<p>ō<í> fl rim prastai kiekvien pacient , ta iau pasteb jus, kad jis jautresnis, d mesio skiriame daugiau.ōLoreta</p> <p>“ geriatrini ligoni emociñ s b kl dažniausiai b na sunkesn , nes jie visko bijo, <í>sunkiau priima informacij ō Rasa</p> <p>ōLabai svarbi pagarba pacientui, kuo jis beb t , j priimam, kaip savo artim j ō Lolita</p> <p>“ vieni–iai b na pasyv s, atsiduoda medik valiai, k norite t darykite,<í> Jūratė</p> <p>ōMotyvuotas pacientas, kokio jis beb t amžiaus, i–silavinimo, lyties yra stabilesn s psichin s b kl s, ir puikus dalyvis slaugojeō Laima</p> <p>ōAugesni pacientai b na uflsispyr ir nenorintys nieko keisti savo gyvenime<í> tai kartais sukelia konfliktines situacijas. Sonata</p> <p>ō susiduriame ir su tokiais pacientais, kurie uflsispyrusiai laikosi savo nuostat ir nenori j keisti<í> tai b na didffiausia dilemma, kaip juos pakeistiō.Asta</p>

Analizuojant poŧlymius, kurie leist nustatyti, bendravimo su pacientais, kuriems implantuotas elektrokardiostimulatorius ypatumus, i–skirtos pora subkategorij : socialinis statusas ir emocin sveikata.

Socialinio statuso subkategorijoje buvo dažnai minima, kad santuokoje gyvenantys pacientai lengviau ir noriai bendrauja su juos aptarnaujan iu personalu: ōlaisviau bendraujantys yra pacientai, kurie gyvena pilnose –eimoseō (Daiva, Laima, Irena, Rasa, Ingrida); ō–eimoje gyvenantys labiau bendraujantys, maŧiau konfliktuojantysō (Nel , Sonata); ōved pacientai, daugiau patys nori suflinoti ir daugiau bendrauja su aptarnaujan iu personaluō (Algirda, J rat)

Visos informant s min jo – aspekt , tod l, galima manyti, kad socialinis statusas (gyvenantys –eimoje pacientai) yra svarbus bendravime tarp medicinos specialisto ir paciento. TMēimose gyvenantys pacientai turi motyvacij grei iau pasveikti.

Apflvelgus rezultatus, galima teigti, kad slaugytojai turi daugiau skirti d mesio bendraujant su vieni–ais asmenimis, na–liais, Svarbu atkreipti d mes , kaip pacientai teikiam informacij priima ar teisingai supranta: ōpo artimojo netekties reikalauja daugiau d mesio, bendravimoō (Vaidilut , J rat , Daiva, Loreta, Aurika); ōnedarbingo amžiaus pacientai dažniau b na pasyvesni, reikia daug pastang , kad prad t atviriau bendrautiō (Ingrida, Algirda, Irena, Laima, Liuba); ōvieni–i, na–liai ó tai flmon s, kurie labia sunkiai prisileidffia artyn svetimus, jiems reikia daug daugiau d mesioō (Aurika, Justina).

Kitoje subkategorijoje ó emocin sveikata, informant i-skiria varias emocines pacient b kles: õffirim prastai kiekvien pacient , ta iau pasteb jus, kad jis jautresnis, d mesio skiriame daugiau(Loreta); õgeriatriini ligoni emocin s b kl dafniausiai b na sunkesn , nes jie visko bijo, sunkiau priima informacij õ (Rasa); õLabai svarbi pagarba pacientui, kuo jis beb t , j priimam, kaip savo artim j ir r pinames juoõ (Lolita); õvieni-iai b na pasyv s, atsiduoda medik valiai, k norite t darykite, tod l reikia daug pastang ir kantryb s tam, kad pad tume pacientui suprasti, kad sveikatos gerinimas yra tik jo naudaiõ(J rat); õmotyvuotas pacientas, kokio jis beb t amffiaus, i-silavinimo, lyties yra stabilesn s psichin s b kl s, ir puikus dalyvis slaugojeõ (Laima); õaugesni pacientai b na uflsispyr ir nenorintys nieko keisti savo gyvenime, tai kartais sukelia konfliktines situacijasõ (Sonata); õsusiduriame ir su tokiais pacientais, kurie uflsispyrusiai laikosi savo nuostat ir nenori j keisti, tai b na didffiausia dilema, kaip juos pakeistiõ (Asta).

Apffvelgus rezultatus, matome, kad emocin paciento sveikata turi daug takos bendravimui, tod l slaugytojai turi skirti daugiau laiko, tam, kad motyvuoti pacient keistis, ir, kad pacientai nor t gauti informacij savo sveikatos b kl s rezultatams gerinti.

Antruoju klausimu (Papasakokite, kiek paciento savir pa yra svarbi paciento fizinei ir psichinei sveikatai?) buvo siekta i-siai-kinti, kokius savir pos prioritetus slaugytojai i-skiria pacient fizin s ir psichin s sveikatos gerinimui.

Analizuojant interviu turin , buvo i-skirta viena kategorija: *Savirupos kontrolè* (fr. 22 lentel).

22 lentel . Pacient savir pos kontekstas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Savirupos kontrolè	Savirupa buityje	õaptariame, kaip pacientas atliks kasdienin veinkl namuose<í >õ Nelè “su pacientu pasikalbu apie jo galimybes apsitvarkyti namuose, <..>pavalgyti, pavaik- ioti ir t.t.õ Loreta õBendraudama <í >, noriu i-siai-kinti, k flmogus atlieka namuose pats, o kur reikia pagalbos i-artim j ,<í >õ Daina õi-sia-kinus poreikius, pacientai mokomi kaip jam pa iam juos reik s atlikti nam s lygomis, arba kas gali jiems pad tiõ Inga õsvarbu i-siai-kinti, kaip pacientas vartoja vaistus, ar laikosi vaist g rimo grafiko<í > patariu vesti vaist g rimo dienyn , o vaistus susid ti specialius vaist konteinerius.õ Daina õAptariame su pacientu medikament vartojimo svarb õ Asta š senyvo amffiaus pacientams patariame atsargiai vartoti vaistus, vesti dienynus, kuriuose flym t ir AKS ir puls <...>õ Regina õpacientui stengiuosi patarti, kaip sveikai maitintisõ Juratè õmano ypatingos svarbos ufldavinys i-sianalizuoti fizin paciento aktyvum k jis gali daryti namuose savaranki-kai ir pamokyti, kaip j dar pagerinti ar turim neprarastiõ Rasa

		<p>š ki-kai gyvenantys pacientai pasitaria apie savo fizini galimybi ribas, dirbant su gyv liais ir flem s kio darbus. Šta</p> <p>špagal galimybes aptariu higienos g dffi svarb , <í > flaidos priefli r , kur ir kada reikia kreiptis, esant problemoms Irena</p> <p>špasikalbu su pacientu apie k no –varos svarb , apie sav s gr dinim ,<í >, apie tai kaip reikia priffi r ti flaidz , kaip j perri-in ti, kas ir kada tai turi daryti. Liuba</p>
	<p>Savirūpa visuomenėje</p>	<p>šI-siai-kiname, ar pacientas flino, kur gauti informacijos apie r pim klausim ō Irena, Nelė, Laima</p> <p>šDffiugina tai, kad kai kurie pacientai flino, kaip susirasti informacij <í > internete, straipsniuose, bibliotekoje Daiva</p> <p>šjai taip galima pasakyti, tai labiau i-prus flmon s nebijo klausti, pasiskaito informacinius leidinius, pasitaria su specialistais <í > Asta</p> <p>šlengviau aptarin ti savir pos klausimus su pacientu, kuris pats domisi ir flino kur rasti informacijos r pimu klausimu Sonata</p> <p>šVisi, i-sira-antys namo pacientai, dafniausiai, atb ga pas mus sesutes perklausti, kada reikia atvykti pas gydytoj - specialist <í > Asta, Diana</p> <p>š, dafniausiai atrodo pasakome svarbi pacientui informacij apie lankym si pas gydytoj specialist elektrokardiostimulatoriaus priefli rai, ta iau Jie kartais m s negirdi, ar tiesiog nesupranta, kam to reikia Inesa, Daiva, Laima;</p> <p>švisada pasakau pacientui, kaip svarbu tikrinti stimulatori , kaip tai svarbu jo paties sveikatai, paai-kinu, kaip galima ufsiregistruoti pas gydytoj , ir kaip dafnai tai reikia atlikti Regina, Lolita, Justina</p> <p>š daug klausim kyl d l buitini prietais naudojimo galimybi , gydymo, diagnostini proced r naudojimo tolimesniame gyvenime... Inesa</p> <p>šdafnas paciento klausimas yra, o škaip man dabar gal s atlikti kompiuterin s tomografijos tyrimus, o dar svarbiau magnetinio rezonanso tyrim , bei kokias reabilitacijos elektrines proced ras galima jiems taikyti? Inga, Aurika, Jūratė</p> <p>š <...> kelion s l ktuvu, dideli prekybos centrai, dafnai nurodomi pacient , kaip pavojaus –altiniai galintys sugadinti elektrokardiostimulatori , tod l svarbu jiems paai-kinti, kad visur reikia b ti atsargiems ir informuoti apie turim prietais , o bijoti nereikia... Asta</p>

Analizuojant poflymius, kurie leist nustatyti, kiek paciento savir pa yra svarbi jo fizinei ir psichinei sveikatai, i-skirtos dvi subkategorijos: savir pa buityje ir savir pa visuomen je.

Savir pos buityje subkategorijoje informant s min jo apsitarnavimo namuose savaranki-kumo ugdym : šaptariame, kaip pacientas atliks kasdienin veikl namuose (Nel , Daiva, Diana, Justina, Lena); šsu pacientu pasikalbu apie jo galimybes apsitvarkyti namuose, pavalgyti, pavaik- ioti ir t.t.š (Loreta); šBendraudama, noriu i-siai-kinti, k flmogus atlieka namuose pats, o kur reikia pagalbos i-artim j ō (Daina).

TM aspekt paminėjo dauguma informantai, todėl galima manyti, kad slaugytojai skiria daug dėmesio paciento savirpos namuose savarankiškumo ugdymui.

Apfvelgus rezultatus, matome, kad informantams yra svarbu pacientų teisingas vaistų naudojimas: išsiaiškinti, kaip pacientas vartoja vaistus, ar laikosi vaistų gimo grafiko patariuvesti vaistų gimo dienynius, o vaistus susidėti specialius vaistų konteinerius. (Daina, Liuba); aptariame su pacientu medikamentų vartojimo svarbą (Asta, Nel); šsenyvo amfliaus pacientams patariame atsargiai vartoti vaistus, vesti dienynius, kuriuose fymt ir AKS ir puls (Regina, Rasa, Aurika, Sonata).

Higienini g dffi aspekt informantams minėjo, kaip poflym turint takos paciento savirpos kokybei, bei flaidos prieffl rai: pagal galimybes aptariu higienos g dffi svarbą, flaidos prieffl r , kur ir kada reikia kreiptis, esant problemoms (Irena); o pasikalbu su pacientu apie k no –varos svarbą, apie sav s gr dinim , apie tai kaip reikia priffi r ti flaidą, kaip j perri–in ti, kas ir kada tai turi daryti (Liuba, Aurika).

Savirpos buityje subkategorijoje buvo minimas ir fizini poreiki tenkinimas: oi–sia–kinus poreikius, pacientai mokomi kaip jam pa iam juos reik s atlikti nam s lygomis, arba kas gali jiems pad ti (Inga); omano ypatingos svarbos ufdavinys i–sianalizuoti fizin paciento aktyvum k jis gali daryti namuose savaranki–kai ir pamokyti, kaip j dar pagerinti ar turim neprarasti (Rasa, Justina, Sonata); šlabai nori pacientai su an kais pasivaik– ioti sode ar nueiti paffvejoti (Irena, Lolita); š ki–kai gyvenantys pacientai pasitaria apie savo fizini galimybi ribas, dirbant su gyv liais ir flem s kio darbus (Asta, Vaidilut).

Apfvelgus interviu rezultatus, matome, kad slaugytojos bendraudamos su pacientais, kuriems implantuotas EKS, i–siai–kina pacient savirpos galimybes buityje, i–analizuoja, kokius reikia atlikti pakeitimus ir paai–kina pacientui kaip galima pagerinti savirp ir paskatina tai atlikti.

Savirpos visuomen je subkategorijoje buvo daflnai minimas paciento informuotumas, geb jimas pa iam susirasti informacij : oi–siai–kiname, ar pacientas flino, kur gauti informacijos apie r pim klausim o (Irena, Nel , Laima); odfliugina tai, kad kai kurie pacientai flino, kaip susirasti informacij internete, straipsniuose, bibliotekoje (Daiva, Laima, Irena, Nel); šjai taip galima pasakyti, tai labiau i–prus flmon s nebijo klausti, pasiskaito informacinius leidinius, pasitaria su specialistais (Asta); o lengviau aptarin ti savirpos klausimus su pacientu, kuris pats domisi ir flino kur rasti informacijos r pimu klausimu (Sonata, Liuba, Asta, Nel).

TM aspekt paminėjo dauguma informantai, todėl galima manyti, kad savirpos visuomen je pagrindinis aspektas yra paciento informuotumas, kuris turi takos paciento geresnei savirpai, Slaugos specialist prioritetu tur t b ti skatinti pacient informuotum , suteikdami papildomas flinias apie jo

gerinim .: ōvisi, i–sira–antys namo pacientai, daŕniausiai, atb ga pas mus sesutes perklausti, kada reikia atvykti pas gydytoj - specialist ō (Asta, Diana); ŗdaŕniausiai atrodo pasakome svarbi pacientui informacij apie lankym si pas gydytoj specialist elektrokardiostimulatoriaus prieŕli rai, ta iau Jie kartais m s negirdi, ar tiesiog nesupranta, kam to reikiaō (Inesa, Daiva, Laima); ŗvisada pasakau pacientui, kaip svarbu tikrinti stimuliatori , kaip tai svarbu jo paties sveikatai, paai–kinu, kaip galima uŕsiregistruoti pas gydytoj , ir kaip daŕnai tai reikia atliktiō (Regina, Lolita, Justina).

Analizuojant – aspekt , matome, kad pacientai daugiau komunikuodami su slaugytojom gauna informacij apie tolimesn reguliari sveikatos prieŕli r , nes tai svarbu jo gyvenimo kokyb s gerinimui.

Savir pos visuomen je subkategorijoje, informant s min jo svarbiu poŕlymiu paciento saugios aplinkos uŕtikrinim vie–ose vietose, bei darbo ir poisio organizavime: ŗdaug klausim kyl d l buitini prietais naudojimo galimybi , gydymo, diagnostini proced r naudojimo tolimesniame gyvenimeō (Inesa); ŗdaŕnas paciento klausimas yra, o ŗkaip man dabar gal s atlikti kompiuterin s tomografijos tyrimus, o dar svarbiau magnetinio rezonanso tyrim , bei kokias reabilitacijos elektrines proced ras galima jiems taikyti?ō (Inga, Aurika, J rat); ŗkelion s l ktuvu, dideli prekybos centrai, daŕnai nurodomi pacient , kaip pavojaus –altiniai galintys sugadinti elektrokardiostimuliatori , tod l svarbu jiems paai–kinti, kad visur reikia b ti atsargiems ir informuoti apie turim prietais , o bijoti nereikiaō (Asta).

Apŕvelgus rezultatus, matome, kad slaugytojai bendraudami su pacientais, kuriems implantuotas elektrokardiostimuliuatorius, turi i–siai–kinti paciento savir pos galimybes, i–kirti prioritetus, suteikti papildom , kompeteting , i–sami informacij savir pos tobulinimo klausimais, atkreipdami d mes tai ar informacij priimama ir suprantama vis pacient teisingai.

2.2.4 Slaugytoj ŗ poŕi ŗris į pacient ŗ, po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo, mokymosi poreiki

Trečiuoju klausimu (Kokia J s , kaip slaugytojo veikla, pacient su implantuotu elektrokardiostimuliuatoriumi, mokyme?) buvo siekta i–siai–kinti, kokie slaugytoj realizuojam funkcij prioritetai, galimos veiklos pl tros ir kaitos kryptys mokant pacientus po elektrokardiostimuliuatoriaus implantavimo.

Analizuojant interviu duomenis, buvo i–skirta viena kategorija: *Slaugytoj ŗ veikla mokyme* (fr. 24 lentel)

24 lentelė. Slaugytojų veikla pacientų mokyme

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Slaugytojų veikla mokyme	Informacija skyriuose	<p>Šis pacientu galiu daugiau pakalbėti vakare, kai turime mažiau darbo. Laima,</p> <p>Ši vakare, kai aprimsta maratonas darbe, jai yra pacientui poreikis, pabendraujame daugiau. Daina, Ingrida</p> <p>Šis pacientas bėgimo skyriuje labia trumpą laiką, todėl ne visada su jame aptarti, kas svarbu finišuoti pacientui po EKS operacijos. Inesa, Irena, Loreta</p> <p>Ši magu bendrauti su pacientu, kuris jau finišo paklausti apie stimulatorių, tai padeda greičiau pateikti atsakymus ir pimus klausimus. Inesa</p> <p>Ši kai tik atsigula skyrių pacientas, nuo tada pradėdame kalbėti apie elektrokardiosimuliacijos implantavimo procedūrą, Lolita</p> <p>Šis svarbu bendraujant su ligoniu ir slaugytoji – vaizda, jos emociniai bėgimai, nes jai ji neturi noro, laiko, labai visada skubanti, nei klausanti pacient vien ir kit kartą, tai pacientas ir nebesikreipia – i slaugytojų. Nelė</p> <p>Ši teikiu informaciją tik tada, koki gali teikti slaugytojas. Liuba</p> <p>Ši negaliu nieko mokytį pacientą, nes man to neleidžia daryti Gydytojas. Algirda</p> <p>Ši – karto po operacijos pacientui papasakojame, kaip jam toliau reikės gyventi su implantuotu elektrokardiosimuliacoriumi, tačiau jie dažnai nelabai girdi ką jiems sakai, todėl informacija yra pakartojama. Jūratė</p> <p>Ši tai ne mano slaugytojo kompetencija pranešti ligoniui, Alga kas tai yra elektrokardiosimuliacorius, tai jo, gydytojo pareiga informuoti pacientą, tačiau galiu, jai turiu laiko pasakyti ligoniui, kaip toliau reikės su juo gyventi. Aurika, Liuba, Daina</p> <p>Šis motyvuotas pacientas yra puikus dalyvis slaugoje, kuriam svarbi teikiama informacija, ir svarbiau jai teisingai pritaikyti praktikoje. Asta</p> <p>Šis augusiems pacientams informaciją reikia teikti suprantamai, trumpai ir aiškiai, nes prastai prigirdintys mano, kad ant jų – auki, o tai apsunkina kontaktą. Irena, Laima</p>
	Reabilitacijos programa	<p>Šis pacientai mokomi, ką jie gali atlikti savarankiškai. Alga gerinti turimus gebėjimus ir atstatyti prarastus. Rasa</p> <p>Šis reabilitacijoje svarbu tvirtinti turimus savirūšis, gerinti fizinį ir emocinį stabilumą. Justina</p> <p>Šis labai svarbu akcentuoti, kad pacientas turi daugiau judėti ir aktyvinti save. Sonata</p> <p>Šis daugiausiai dvidešimties skiriamame, dinaminiam pacientų vystymui, fizinio aktyvumo didinimui. Asta</p> <p>Šis paaiškina, kad mankštą padeda gerinti plaučių ir gerina –irdies veiklą. Vaidilutė</p> <p>Šis kiekvienas pacientas jau įsisi individualybę, su savo baimėmis kūrė daryti, sportuoti, tai mūsų pareiga padėti jam adaptuotis ir imti pasitikėti savimi ir aplinkiniais. Ingrida</p> <p>Šis labia svarbu reabilitacijos metu subalansuoti ir pacientų emocinius bėgimus, svarbu išugdyti pasitikėjimą savimi. Loreta</p>
	Artimųjų	Šis artimuosius reikia traukti pacientų priežiūrą, paaiškinti, kaip

	įtraukimas	<p>rek s pad ti pacientui namuose, í ö Daiva</p> <p>Labai svarbu traukti nami-kius, kad jie protingai aktyvint paciento savaranki-kum , o nedaryt õme-kosõ paslaugos, atlikdami patys iff j í ö Nelè</p> <p>õSkyriuje artim j mokymo nevykdome, nes pacientas skyriuje b na per trumpai, -i funkcij perduodam reabilitacijos skyriuií ö Laima</p> <p>õ Per maflai, galvoju, dirbame su artimaisiais<í > jie gal t b ti parama teisingame mokymeö Irena</p> <p>Artim j pajungimas informacijos suteikime, svarbus kriterijus, gerinant ateityje paciento tiek fizin , tiek emocin sveikat í ö Jūratè</p> <p>õArtim j mokymas svarbus ir mokyti juos tur t visi, kuriuos jie kreipiasi, bet ir informacija i- vis turi eiti teisinga ir vienodaí ö Asta</p> <p>õ kaip ir pacient , taip ir artim j , visoki yra, vieniems reikia informacijos ir mokymo, o kitiems tai visi-kai nesvarbu, tai anot j ne j reikalas, tam yra medikaiö Regina</p> <p>õNami-kiai, kurie domisi savo artimuoju, dafnai klausia papildomos informacijosí ö Daina</p>
	Mokymo vizija	<p>õMokyme svarbi vaizdin medfliaga, tam, kad augesniems pacientams b t lengviau suprasti, apie k vyksta kalba.ö Sonata</p> <p>õ mokym prad ti flmoni grup je, kur b t suteikta pirmin bendra informacija, o po to darbas tur t b ti individualusö Justina</p> <p>õMokymo pradffia tur t prasid ti nuo -eimos gydytojo, kuris supaffindintu pacient su pirmine informacija...ö Daina, Daiva</p> <p>õInformacijos suteikimas pirmiausiai tur t prasid ti nuo gydan io gydytojo, toliau mokym turi vykdyti visi sveikatos prieffli ros specialistai, kurie dirba su pacientu po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo, bet ji turi b ti vienoda, neprie-taraujanti viena kitaií ö Asta</p> <p>õMokymui pad t paruo-ti lankstinukai, apie gyvenimo ypatybes su implantuotu -irdies stimulatoriumiö Irena, Laima</p> <p>õPacientas skyri operacijai tur t atvykti jau tur damas pirmin informacij apie stimulatori ir jo darbo specifik , po to sekt tik papildomos informacijos teikimasö.Aurika</p> <p>õGalima b t mokymui panaudoti sukurt video medfliag , apie tai kaip gyventi su -irdies stimulatoriumi, nes vaizdin medfliaga, turi daug takos atminties lavinimuiö Justina</p>

Analizuojant poflymius, kurie leist nustatyti, slaugytojo realizuojamas funkcijas, pacient su implantuotu elektrokardiostimulatoriumi, mokyme, i-skirtos keturios subkategorijos: informacija skyriuose, reabilitacijos programa, artim j traukimas ir mokymo vizija.

Informacijos skyriuje subkategorijoje, informant s dafniausiai min jo laiko stok bendravimui su pacientu: šSu pacientu galiu daugiau pakalb ti vakare, kai turime mafliau darboö (Laima, J rat , Aurika, Liuba); švakare, kai aprimsta maratonas darbe, jai yra pacientui poreikis, pabendraujame daugiauö (Daina, Lena, Inga, Ingrida); õPacientas b na skyriuje labia trump laik , tod l ne visada sp jame aptarti, kas svarbu flnoti pacientui po EKS operacijosö (Inesa, Irena, Loreta); Vakare, kai

pacientų ruošimo operacijai, tik tuomet daugiau pakalbame apie stimulatoriaus reikšmę, jo geresnį sveikatos pasiekimą (Vaidilutė, Lolita).

TM aspektą paminėjo dauguma informantių, todėl galima manyti, kad dideli darbo kriviai, užimtumas, netolygiai paskirstytas darbas, trukdo pakankamam bendravimui su pacientais, todėl to nukenčia informacijos suteikimo ir mokymo kokybė skyriuose.

Kitas svarbus poįvykis – skirtas informantių, tai interesų tarp gydytojo ir slaugytojo, mokymo klausimu, nesutapimas: „Negaliu nieko mokyti paciento, nes man to neleidžia daryti gydytojas (Algirda); o kas tai yra elektrokardiostimulatorius, tai jau, gydytojo pareiga informuoti pacientą, aš galiu, jei turiu laiko, pasakyti ligoniui, kaip toliau reikės su juo gyventi (Regina, Vaidilutė, Diana); o teikiu informaciją tik tokiems, kokiems gali teikti slaugytojas, nes daugiau nelaidžia gydytojas (Liuba).

TYje subkategorijoje informantės išskyrė slaugytojų kompetencijas, bei komunikavimo patirtį: o teikiu informaciją tik tokiems, kokiems gali teikti slaugytojas (Liuba); o tai ne mano slaugytojo kompetencija pranešti ligoniui, kas tai yra elektrokardiostimulatorius, tai jo, gydytojo pareiga, aš galiu, jei turiu laiko pasakyti ligoniui, kaip toliau reikės su juo gyventi (Aurika, Liuba, Daina); o gydytojas turi paaiškinti ligoniui, kam ir kodėl implantuojamas jam stimulatorius, jo veikimo principą, ko saugotis ir ką galima daryti, tai ne mano kompetencijoje (Nelė, Vaidilutė, Jurgita); o svarbu bendraujant su ligoniu ir slaugytojais – vaizdas, jos emocinė būklė, nes jei ji neturi noro, laiko, labai visada skubanti, neišklausanti paciet vien ir kit kart, tai pacientas ir nebesikreips į slaugytoją (Nelė); o augusiems pacientams informaciją reikia teikti suprantamai, trumpai ir aiškiai, nes prastai prigirdintys mano, kad ant jų – auki, o tai apsunkina kontaktavimą (Irena, Laima).

Apfvelgus rezultatus, matome, kad slaugytojai kreipia dėmesį paciento mokymo svarbą: o smagu bendrauti su pacientu, kuris jau finok paklausti apie stimulatorių, tai padeda greičiau pateikti atsakymus ir pirmus klausimus (Inesa); o kai tik atsigula skyrių pacientas, nuo tada pradėdame kalbėti apie elektrokardiostimulatoriaus implantavimo procedūrą (Lolita); o – karto po operacijos pacientui papasakojame, kaip jam toliau reikės gyventi su implantuotu elektrokardiostimulatoriumi, tačiau jie dažnai nelabai girdi ką jiems sakai, todėl informacija yra pakartojama (Juratė); o motyvuotas pacientas yra puikus dalyvis slaugoje, kuriam svarbi teikiama informacija, ir svarbiau ji teisingai pritaikyti praktikoje (Asta).

Analizuojant informacijos skyriuje subkategorijos rezultatus, galima būtų teigti, kad didelis darbo krivis, nepakankamos finios apie slaugytojo kompetencijas, bei konfliktinė situacija su gydytojais dėl finio suteikimo, trukdo teikti išsamią, suprantamą, teisingą informaciją pacientams po EKS implantavimo, tačiau slaugytojai suprantamos informacijos suteikimo svarbą, gerinant paciento tiek savirpą, tiek gyvenimo kokybę rezultatus.

Kitoje subkategorijoje - reabilitacijos programa, informant s min jo kelet poflymi , kurie padeda gerinti pacient fizin aktyvum , i-tverm , tobulinti savir p : ōpacientai mokomi, k jie gali atlikti savaranki-kai, gerinti turimus g dffius ir atstatyti prarastusō (Rasa); ōreabilitacijoje svarbu tvirtinti turimus savir pos g dffius, gerinti fizin ir emocin stabilum ō (Justina); ōlabai svarbu akcentuoti, kad pacientas turi daugiau jud ti ir aktyvinti saveō (Sonata); ōdaugiausiai d mesio skiriame, dinaminiam paciento vystymui, fizinio aktyvumo didinimuiō (Asta); ōpaai-kiname, kad mank-ta padeda gerinti plau i t r ir gerina -irdies veikl ō (Vaidilut). Svarbus poflymis atflym tas keletos informan i buvo emocin s sveikatos stiprinimas: ōkiekvienas pacientas jau iasi individualyb , su savo baim m k nors daryti, sportuoti, tai m s pareiga pad ti jam adaptuotis ir imti pasitik ti savimi ir aplinkiniaisō (Ingrida); ōlabia svarbu reabilitacijos metu subalansuoti ir paciento emocin b kl , svarbu i-ugdyti pasitik jim savimiō (Loreta).

Apffvelgus -ios subkategorijos rezultatus i-siai-kinta, kad informant s, reabilitacin je programoje, didesn d mes teikia paciento fizin s ir emocin s sveikatos gerinimui, suteikdamos flini ir prakti-kai mokydamos, bei skatindamos pacient motyvacij , gerinti gyvenimo kokyb ir savir p .

Artim j traukimo subkategorijoje slaugytojos mini apie b tinum traukti artimuosius paciento prieffi r : ōartimuosius reikia traukti paciento prieffi r , paai-kinti, kaip rek s pad ti pacientui namuoseō (Daiva); ōlabai svarbu traukti nami-kius, kad jie protingai aktyvint paciento savaranki-kum , o nedaryt ōme-kosō paslaugos, atlikdami patys ufl j ō (Nel); ōartim j pajungimas informacijos suteikime, svarbus kriterijus, gerinant ateityje paciento tiek fizin , tiek emocin sveikat ō (J rat); ōartim j mokymas svarbus ir mokyti juos tur t visi, kuriuos jie kreipiasi, bet ir informacija i- vis turi eiti teisinga ir vienodaō (Asta); ōnami-kiai, kurie domisi savo artimuoju, daffnai klausia papildomos informacijosō (Daina, Irena, Vaidilut).

Analizuojant rezultatus, matome, kad slaugytojai turi daugiau d mesio skirti bendraujant su pacient artimaisiais, kurie nenori juo r pintis: ōkaip ir pacient , taip ir artim j , visoki yra, vieniems reikia informacijos ir mokymo, o kitiems tai visi-kai nesvarbu, tai anot j ne j reikalas, tam yra medikaiō (Regina); ōnami-kiai maflai domisi, kuom galima pad ti artim jam pacientuiō (Vaidilut); ōretas artimasis ateina steb ti reabilitacijos uffsi mimus su pacientu, jiems tai ner piō (Sonata, Justina),i-to galima b t spr sti, kad aptarnaujantis personalas turi daug dirbti su pa iu pacientu ir paskatinti artimuosius pad ti pacientui savir poje.

Artim j traukimo pacient prieffi r aspekt pamin jo visos informant s, tod l galima manyti, kad jau ir anks iau min tas socialinis statusas (pacientai gyvenantys -emoje, ir/ar turintys artimuosius, draugus) yra svarb s paciento mokyme, siekti geresn s gyvenimo kokyb s ir savir pos. Esant artim j palaikymui pacientai turi motyvacij grei iau pasveikti.

Mokymo vizijos subkategorijoje informant s min jo ó mokymo b tinum , kuris turi prasid ti nuo ligos diagnozavimo momento: ómokymo pradflia tur t prasid ti nuo –imos gydytojo, kuris supaffindintu pacient su pirmine informacijaó (Daina, Daiva); ómokym prad ti flmoni grup je, kur b t suteikta pirmin bendra informacija, o po to darbas tur t b ti individualusó (Justina); óinformacijos suteikimas pirmiausiai tur t prasid ti nuo gydan io gydytojo, toliau mokym turi vykdyti visi sveikatos prieffi ros specialistai, kurie dirba su pacientu po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo, bet ji turi b ti vienoda, neprie–taraujanti viena kitaió (Asta); ópacientas skyri operacijai tur t atvykti jau tur damas pirmin informacij apie stimulatori ir jo darbo specifik , po to sekt tik papildomos informacijos teikimasó (Aurika).

I–skirtinis poffymis –ioje subkategorijoje yra mokomosios medfliagos apipavidalinimas, suteikimas: ómokyme svarbi vaizdin medfliaga, tam, kad augesniems pacientams b t lengviau suprasti, apie k vyksta kalba.ó (Sonata); ómokymui pad t paruo–ti lankstinukai, apie gyvenimo ypatybes su implantuotu –irdies stimulatoriumió (Irena, Laima); ógalima b t mokymui panaudoti sukurt video medfliag , apie tai kaip gyventi su –irdies stimulatoriumi, nes vaizdin medfliaga, turi daug takos atminties lavinimuió (Justina); óslaugytojos i–nagrin jusios pagrindinius klausimus, kuriuos kelia pacientai po stimulatoriaus implantavimo ir paruo–ti metodin , sudominan i pacient medfliag , kuri tur t svar ind l mokymuió (Nel).

Apffvelgus mokymo vizijos subkategorijos rezultatus, matome kad informant s akcentuoja pacient mokymo svarb nuo ligos diagnozavimo momento iki tol kol pacientui informacija yra reikalinga. Salugytojai diskutuoja apie mokymo programos ó proced ros suk rim , nes teikiama informacija turi b ti kompetetinga, teisinga ir teikiama vis sveikatos prieffi ros specialist vienoda. Svarbu atkreipti d mes tai , kaip pateikiama mokymo medfliaga, kaip ji paruo–ta, apipavidalinta, ir svarbiausia, ar –i mokomoji mefliaga yra teisinga ir suprantama pacientui.

I–nagrin jus tre io klausimo rezultatus, galima b t teigti, kad slaugytojai, d l laiko stokes, nepakankamai bendrauja su pacientais po EKS implantavimo, tod l nuken ia paciento fizin ir emocin sveikata bei savir pos galimybs, taip pat slaugytojams nepakanka flini apie j kompetencijas teikiant flinias pacientams, nors noro ir praktin s patirties joms visoms uftenka. Slaugytojai akcentuoja apie mokomosios mefliagos paruo–imo svarb , bei pa ios medfliagos apipavidalinimo ir pateikimo ypatybes tam , kad pacientai po EKS implantavimo, bei j artimieji gaut kvalifikuotas flinias, kaip gerinti gyvenimo kokyb , bei savir p .

2.3. Rezultatų aptarimas

Analizuojant pacientų po EKS implantavimo GK, vertinta SF-36 klausimynu, nustatyta, kad i-GK susijusios su fizine sveikata pacientai prasčiausiai vertino tokias gyvenimo sritis kaip veiklos apribojimai dėl fizinių problemų bei bendrą sveikatą nei fizinį aktyvumą ir veiklos apribojimą dėl skausmo, o i-GK susijusios su psichine sveikata - energingumą /gyvybingumą ir veiklos apribojimą dėl emocinių sutrikimų. Vertinant apibendrintas fizines ir psichines sveikatos kategorijas, pacientai po EKS implantavimo savo gyvenimo kokybę su fizine sveikata vertino žymiai ($p < 0,001$) prasčiau, nei psichinę sveikatą.

Iš visų GK, susijusių su sveikata srities, moterų fizinis aktyvumas buvo reikšmingai mažesnis nei vyrų, o kitas sritis vyrai ir moterys vertino panašiai. Kituose tyrėj atliktuose tyrimuose moterų fizinį ir psichinę sveikatą taip pat nukenčia ženkliai daugiau, nei vyrų fizinį ir psichinę sveikatą. (Karpavičienė, Kalibatienė, 2010). Fizinis aktyvumas, veiklos apribojimas dėl fizinių problemų, bendras sveikatos vertinimas ir energingumas/gyvybingumas reikšmingai ($p < 0,05$) priklauso nuo pacientų amžiaus ir buvo geriausi jaunesni nei 51 metų amžiaus pacientų grupėje. Pacientai, imantys gyvenvietę, bendrą sveikatą ir energingumą /gyvybingumą vertino prasčiau nei gyvenantys mieste. Panašūs rezultatai gauti ir kituose tyrėj atliktuose tyrimuose. S. Norkienė tyrė pacientų gyvenimo kokybę prieš ir 12 mėn. po EKS implantavimo ir nustatė, kad energingumo/gyvybingumo dimensija, kuri atspindi energiją ir nuovargį, stipriai koreliavo su socialinės funkcijos apribojimu dėl fizinių ir emocinių problemų, psichinės būsenos (Norkienė, 2009).

Nustatyta, kad dauguma ligos simptomų varginant pacientus, ypač jie veikia, reikšmingai blogino jų su fizine sveikata susijusį GK. Labiausiai ($p < 0,001$) pacientų fizinį aktyvumą ribojodūsulys, mėlungis ir skausmas raumenyse. Veiklos apribojimui dėl fizinių problemų labiausiai turėjo takaskausmas krūtiniuose, nerimas ir baimės jausmas, veiklos apribojimui dėl skausmo ó dusulys, skausmas raumenyse ir krūtiniuose, bendros sveikatos vertinimui ó greitas nuovargis, pasunkėjus kvėpavimas, padidėjus arterinis kraujospaudimas, dusulys, silpnumas/svaigulys, nerimas, lėtas ir didis darbas. Simptomų pasireiškimo intensyvumas blogino ir apibendrintą fizinę sveikatą, ypač reikšmingai ($p < 0,001$) stipriausiai turėjo dusulys, skausmas raumenyse ($R = -0,37$), greitas nuovargis ($R = -0,32$), pasunkėjus kvėpavimas. Kituose tyrėj atliktuose tyrimuose stebimas panašus rezultatas ir teigiama, kad didėjantis pacientų amžius blogino pacientų fizinį aktyvumą, dėl to, gretutini ligų progresavimo (Kaffemanas, 2005; Leosdottir, 2006).

Ligos simptomai turėjo itin reikšmingos takos pacientų GK susijusiai su psichine sveikata. Energingumą /gyvybingumą mažino pasunkėjus kvėpavimas, greitas nuovargis, padidėjus arterinis

kraujo spaudimas, dusulys, silpnumas, nerimas; socialin funkcij - pasunk j s kv pavimas, baim s jausmas, dusulys, greitas nuovargis, nerimas, skausmas kr tin je, l tas -irdies darbas, silpnumas; tokie simptomai kaip dusulys, baim s jausmas didino pacient veiklos apribojim d l emocini problem ; emocin pacient b kl labiausiai blogino nerimas, baim s jausmas, padid j s arterinis kraujo spaudimas, greitas nuovargis. Apibendrint psichin sveikat labiausiai blogino tokie ligos simptomai kaip baim s jausmas ($R=-0,37$), nerimas, greitas nuovargis.

Ty simptom s veika reik-mingai blogino pacient gyvenimo kokyb s susijusios ir su fizine ir su psichine sveikata visas sritis: bendros sveikatos vertinim , veiklos apribojim d l skausmo ir d l fizini problem , fizin aktyvum , socialin funkcij ($R=-0,40$), energingum /gyvybingum ($R=-0,28$), veiklos apribojim d l emocini problem ($R=-0,21$) ir emocin b kl ($R=-0,18$). Atitinkamai ligos simptom s veika blogino gyvenimo kokybes apibendrint fizin sveikat ($R=-0,31$) ir psichin sveikat ($R=-0,30$). S. Norkien , atliktame tyrime nustat , kad teigiam ind l veiklos apribojim d l emocini problem ine- b tent EKS implantavimo indikacijos (Oliveira, 2008).

Bendravime bei mokyme labai svarbi yra individ emocin savijauta. SF-36 klausimynu vertinant emocin b kl yra pateikiami sekantys klausimai: šJaut t s nervingas?ō, šJaut t s nusimin s?ō, šJaut t s taikus?ō, šBuvote li dnas?ō, šJaut t s laimingas?ō. Tyame darbe nor jome gauti i-samesn informacij apie pacient emocin savijaut tiesiogiai susijusi su bendravimu ir informacijos pri mimu. Buvo pateikti sekantys klausimai, kuriuos vardijome kaip bendravimo ir d mesio problemomis: šAtsiskyr te nuo jus supan i flmoni ?ō, šL tai reaguodavote tai kas buvo pasakyta ar padaryta?ō, šBuvote irzlus su jus supan iais flmon mis?ō, šTur jote sunkum koncentruojantis ar galvojant?ō, šNesutariate su kitais flmon mis?ō ir šJaut t s sutrik s?ō.

Tyrimu nustatyta, kad dauguma pacient po EKS implantavimo dafniau ar re iau jausdavosi sutrik (90 proc.), b davo irzl s su jais supan iais flmon mis (87 proc.), nesutardavo su kitais flmon mis (71 proc.), apie pus pacient (56 proc.) jausdavosi lyg atsiskir nuo supan i flmoni . Dauguma pacient (88 proc.) re iau ar dafniau patirdavo ir d mesio problem ó l tai reaguodavo kas buvo pasakyta ar padaryta, tur davo sunkum koncentruojantys ar galvojant. M. Leosdottir ir bendraautori darbe taipogi teigiama, kad 3,5 proc. pacient su implantuotais EKS turi vidutin s ar stiprios depresijos simptomus (Leosdottir, 2006).

Analizuojant pacient sociodemografini rodikli , ligos simptom s veikos bei elektrostimuliacijos atlikimo karto taka bendravimo ir d mesio problem atsiradimui po EKS implantavimo nustatyti reik-mingi ($p<0,05$) silpni ry-iai tarp pacient gyvenamosios vietos ir nesutarimo su kitais flmon mis ($R=0,15$) bei tarp pacient lyties ir sunkum koncentruojantys ar galvojant tur jimo ($R=-0,16$) ó pacientai i- maflesni gyvenvie i -iek tiek dafniau akcentuodavo, kad

nesutardavo su kitais fmon mis nei pacientai i– didesni gyvenvie i , o vyrai ó –iek tiek dafniau akcentuodavo, kad tur jo sunkum koncentruojantys ar galvojant nei moterys. Kitoms nagrin toms bendravimo ir d mesio problemoms pacient sociodemografiniai rodikliai reik–mingos takos netur jo. Simptom susijusi su –irdies liga pasirei–kimo s veika reik–mingai takajo pacient atsiskyrim nuo supan i flmoni (R=0,37), sutrikimo jausm (R=0,32), l t reagavim tai kas buvo pasakyta ar padaryta (R=0,24), irzlum (R=0,19), nesutarim (R=0,18) su kitais fmon mis bei sunkum koncentruojantys ar galvojant atsiradim (R=0,17). Pacientai, kuriems buvo atlikta pakartotin elektrostimuliacija, dafniau nesutardavo su kitais fmon mis (R=0,25) ir atsiskirdavo nuo j (R=0,18) nei pacientai, kuriems elektrostimuliacija buvo atlikta pirm kart . Gauti rezultatai rodo, kad bendravimo ir d mesio problem atsiradimui pacientams po EKS implantavimo tur jo labiau su –irdies liga susij veiksniai, o ne pacient demografiniai rodikliai.

Nagrin jant pacient savijautos susijusios su bendravimu ir informacijos pri mimu s sajas su GK nustatyti reik–mingi ry–iai parod , kad bloga sveikata, skausmas ne tik maffino pacient fizin aktyvum bei ribojo j veikl bet ir skatino dafnesn j atsiskyrim nuo supan i flmoni , irzlum , dafnesn nesutarim su kitais fmon mis, sutrikim . Pacient , kurie dafniau jaut si atsiskyr nuo supan i flmoni , sutrik , dafniau nesutardavo su kitais, buvo irzl s, gyvenimo kokyb susijusi su psichine sveikata buvo flymiai prastesn nei t pacient , kurie netur jo –i bendravimo problem .

D mesio koncentracijos problema taip pat reik–mingai blogino GK. Pacientai, kurie tur jo sunkum koncentruojantys ar galvojant, buvo maffiau fizi–kai aktyvus, energingi/gyvybingi, j socialin funkcija bei veikla flymiai labiau apribota ir d l fizini ir d l emocini problem , buvo prastesn s sveikatos ir emocin s b kl s, nei tie pacientai, kuriems d mesio koncentracijos sunkum nei–kilo. Tokia d mesio problema kaip l tas reagavimas tai kas buvo pasakyta ar padaryta reik–mingai koreliavo su bendros sveikatos vertinimu ir energingumu/gyvybingumu - pacientai, kuriems dafniau i–kildavo –i d mesio problema blogiau vertino savo bendr sveikat ir buvo maffiau energingesni/gyvybingesni, net tie pacientai, kuri –i problema nevargino. Kiti tyr jai taip pat konstatuoja, kad medicinos darbuotojai tur t pasteb ti pacient nerimo ir depresijos simptomus. Tod l kreiptinas d mesys edukacin veikl (Mockien , 2010).

Apklaust pacient nuomone informacija apie lig , jos eig , ligos prieplastis, vaist vartojim reffim , rizikos veiksnius, rekomenduojam diet , b tinum keisti gyvenimo b d , galimus nepageidaujamus rei–kinius vartojant vaistus, rekomenduojam fizin kr v ir gyvenimo b d turi b ti suteikta pacientui nusta ius diagnoz . Prie–paskiriant operacij pacientui turi b ti suteikta informacija apie komplikacijas, kurios gali atsirasti bet kurios veiklos metu bei rekomenduojam saugi aplink . Dien prie– operacij pacientui turi b ti suteikta informacija apie asmens higien , po operacijos ó

informacija apie fizijos priežiūrą bei reabilitacijos komandos sudėtį, tačiau ši informacija gali būti suteikta ir reabilitacijos metu. Informacija apie reabilitacijos programos tikslus geriausiai yra suteikti reabilitacijos metu. Rankin ir Stallings atliktuose tyrimuose nustatė, kad labai svarbu pacientams mokyme laikytis nustatytą mokymo principą pagal iš anksto sudarytas mokymo programas. (Rankin, Stallings, 2001).

Analizuojant pacientų nuomonę, kas geriausiai gali apmokyti pacientus prieš EKS implantavimą ir po implantavimo nustatyta, kad geriausiai pacientus apmokyti tiek prieš implantaciją tiek ir po jos gali operuojantis gydytojas bei gydantys gydytojas ir šie gydytojai poreikis apmokant itin reikšmingai ($p < 0,001$) padidėja po EKS implantavimo. Po elektrostimuliacinio implantavimo itin reikšmingai padidėja pacientų mokyme ir palatos bei specialiojo kabineto slaugytojų poreikis. Sneed ir Paul atliktame tyrime atkreipia dėmesį tai, kad pacientus mokyti turi sveikatos priežiūros specialistas turintis kompetencijos teikti reikiamas konsultacijas ir tai gali būti slaugos specialistas (Sneed, Paul, 2003).

Slaugytojos, planuodamos slaugą po EKS implantavimo operacijos, su pacientais dažniausiai išsamiai aptardavo slaugos problemas, slaugos tikslus bei slaugos veiksmus, ne taip išsamiai - savirpos ir -eimos narių -gales. Vykdydamos sveikatos mokymus, dažniausiai rekomenduodavo skaityti specialią literatūrą, mokydavo individualiai, rečiau rodydavo vaizdinį medžiagą, rečiau iš -skaitydavo paskaitą grupei žmonių.

Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientai, su kuriais slaugytojos geriau aptarė savirpos ir -eimos narių -gales, buvo fiziškai aktyvesni ir energingesni/gyvybingesni, geresnės socialinės funkcijos, emocinės būklės, jų veikla mažiau apribota dėl emocinių problemų, jie geriau vertino savo bendrą sveikatą nei tie pacientai, su kuriais slaugytojos nepilnai aptarė -ias problemas. Pacientai, su kuriais slaugytojos geriau aptarė slaugos problemas, veikla buvo mažiau apribota esant fiziniams problemams, o su kuriais slaugos tikslus ir veiksmus - buvo energingesni/gyvybingesni, geresnės emocinės būklės, jų veikla buvo mažiau apribota dėl emocinių problemų. Kit tyrimų atliktuose tyrimuose pacientų nuomonės apie mokymų skyrį priklausomai nuo pacientų raštingumo lygio. Daugiau kaip pusė pacientų $n = 1030$, (67,7 proc.) teigė, kad jiems besigydant stacionare, slaugytojai apie jį suteikė pakankamai informacijos, 9,5 proc. nurodė, kad nepakankamai, 22,8 proc. nurodė, kad nepakankamai ($p < 0,05$) (Zagurskienė, Misevičienė, 2010).

Analizuojant giluminio interviu gautus duomenis nustatyta, kad informantas prastai vertina slaugytojų kompetencijas, turimas konsultacijas apie pacientus su implantuotais EKS, priežiūrą, paciento savirpos galimybių gerinimą, laiko trūkumą konsultacijoms suteikimui, dėl didelio darbo krūvio.

Atliktame giluminiame interviu informantas išskiria pacientų mokymo svarbą, jų sveikatos raštingumui gerinti, mokomosios medžiagos kompetetingumą paruošimui ir pateikimui, ir atkreipia dėmesį,

kad pacientams teikiamos finansinės išlaidos aptarnaujančių sveikatos priežiūros specialistų turi būti suprantamos ir vienodos. Pacientų mokymas yra svarbus norint pagerinti pacientų saviraišką ir paskirto gydymo plano vykdymą, kuris geria gyvenimo kokybę ir sumažinamas sergamumas, mirtingumas ir sveikatos priežiūros išlaidos (Jaarsma, 1999; Mc.Murry, 2002). Tęty tyrimai moksliniuose tyrimuose rodyta, kad nepakankamo sveikatos raštingumo pacientai negebą gyti, apdoroti ir suprasti informacijos apie sveikatą, ir ne visada supranta rašytinį ar žodinį informaciją, kuri suteikia sveikatos priežiūros specialistai, todėl labai svarbu parengti tinkamą mokomąjį medžiagą pacientų mokymui.

IŠVADOS

1. Nustatyta, kad pacientai po EKS implantavimo vertindami savo gyvenimo kokybę susijusi su fizine sveikata prasčiausiai vertino veiklos apribojimą esant fiziniems problemams bei bendrą sveikatą, o su psichine sveikata - energingumą /gyvybingumą ir veiklos apribojimą esant emociniams sutrikimams. Moterų fizinis aktyvumas buvo mažesnis nei vyrų. Fizinis aktyvumas, veiklos apribojimas esant fiziniams problemams, bendras sveikatos vertinimas ir energingumas/gyvybingumas priklauso nuo paciento amžiaus ir buvo geriausiai vertinami jaunesni nei 51 metų amžiaus pacientai. Bloga sveikata, skausmas ne tik mažino paciento fizinį aktyvumą bei ribojė jo veiklą, bet ir skatino dažnesnį atsiskyrimą nuo supančių žmonių, irzlumą, dažnesnį nesutarimą su kitais žmonėmis, emocinį sutrikimą. Pacientai, kurie dažniau jautėsi atsiskyrę nuo supančių žmonių, sutrikę, dažniau nesutarė su kitais, buvo irzlūs, gyvenimo kokybę susijusi su psichine sveikata buvo žymiai prastesnė nei tiems pacientams, kurie neturėjo bendravimo problemų.
2. Respondentų nuomone geriausiai juos apmokyti gali operuojantis gydytojas bei gydantys gydytojas ir -i gydytojų poreikis apmokant itin reikalingai (p<0,001) padidėja po EKS implantavimo. Po EKS implantavimo itin reikalingai padidėja pacientų mokymų ir slaugytojų poreikis. Slaugytojos, planuodamos slaugą po EKS implantavimo operacijos, su pacientais dažniausiai išsamiai aptardavo slaugos problemas, tikslus ir veiksmus, ne taip išsamiai - savirpos ir -eimos narių išgales. Pacientai, su kuriais slaugytojos geriau aptarė savirpos ir -eimos narių išgales, geriau vertino savo fizinį aktyvumą, energingumą /gyvybingumą, socialinių funkcijų, emocinį būklę, veiklos apribojimą dėl emocinių problemų, bendrą sveikatą, su kuriais geriau aptarė slaugos tikslus ir veiksmus - energingumą /gyvybingumą, emocinį būklę, veiklos apribojimą dėl emocinių problemų nei tie pacientai, su kuriais slaugytojos nepilnai aptarė šias problemas.
3. Nustatyta, kad slaugytojai bendraudami su pacientais, kuriems implantuotas elektrokardiostimuliatorius, išsiaiškina paciento savirpos galimybes būtyje ir visuomenėje, išskiria prioritetus, kuriuose reikalinga papildoma slaugytojo veikla, motyvuoja pacientą savirpos palaikymui ir gerinimui, suteikdami kompetetingą, išsamią informaciją savirpos tobulinimo klausimais, atkreipiant ypatingą dėmesį tai, kaip informaciją priimama ir ar teisingai suprantama visų pacientų bei jų artimųjų, nes pacientai, su kuriais slaugytojos geriau aptarė savirpos ir -eimos narių išgales, geriau vertino savo fizinį aktyvumą, energingumą /gyvybingumą, socialinių funkcijų, emocinį būklę, jokia veikla buvo mažiau apribota dėl emocinių problemų, jie geriau vertino savo bendrą sveikatą nei tie pacientai, su kuriais slaugytojos nepilnai aptarė šias problemas.
4. Atlikus tyrimą nustatyta, kad informantai akcentuoja pacientų mokymo svarbą, jų sveikatos

ra-tingumo gerinim , ta iau slaugytojai, d l dideli darbo kr vi , laiko stokos, nepakankamai bendrauja su pacientais po EKS implantavimo, tod l nuken ia paciento fizin ir emocin sveikata bei savir pos galimyb s, taip pat slaugytojams nepakanka flini apie j kompetencijas teikiant flinias pacientams, bet noro ir praktin s patirties joms uftenka. Slaugytojai diskutuoja apie mokymo programos ó proced ros suk rim , nes teikiama informacija turi b ti kompetetinga, teisinga ir teikiama vis sveikatos prieffi ros specialist vienoda. Atkreiptinas d mesys, kaip pateikiama mokymo medffiaga, kaip ji paruo-ta, apipavidalinta, ir svarbiausia, ar -i mokomoji medffiaga yra teisinga ir suprantama pacientui.

REKOMENDACIJOS

REKOMENDACIJOS SVEIKATOS PRIEŖI ROS STAIG VADOVAMS:

1. Organizuoti seminarus, paskaitas, viešias diskusijas apie pacientų po elektrokardiostimulatorių ar intrakardinių defibriliatorių implantavimo priėmimą, mokymus, adaptacijos procesą, apie teigiamus ir neigiamus adaptavimosi veiksnius, skyrių slaugos administratoriams ir bendrosios praktikos slaugytojams.
2. Siekiant užtikrinti finansiškumą ir savirūpumą, steigti staigose mokymo patalpas, kuriose pacientus nuolat mokyti slaugos specialistai.

REKOMENDACIJOS SVEIKATOS PRIEŖI ROS STAIG SKYRI SLAUGOS ADMINISTRATORIAMS

1. Skyrių personalui organizuoti seminarus, paskaitas, diskusijas apie pacientų po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo priėmimą, mokymus.
2. Remiantis moksline literatūra, slaugytojams paruošti atmintines, metodinį medžiagą apie pacientų po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo, priėmimą.
3. Mokyti pacientus po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo ir įartimuosius savirūpą pagal parengtas mokymo programas ir priemones.
4. Parengti mokymo programas ir priemones (informaciniai leidiniai, kompaktiniai diskai, internetinė svetainė) pacientų po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo mokymui.

REKOMENDACIJOS ATEITIES TYRĖJAMS

1. Analizuojant naujausius mokslinius tyrimus, ruošti metodines rekomendacijas apie pacientų po elektrokardiostimulatorių implantavimo priėmimą gydymo staigose ir visuomenėje.
2. Paruošti ir adaptuoti klausimynus, padėsiančius analizuoti pacientams po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo, teikiamą slaugos paslaugų kokybę ir slaugytojų ir pacientų bendravimo problematiką, gydymo staigoje.

LITERATŪRA

1. Acien , E., Vai ekauskait , R. *Žmonių su negalia gyvenimo kokybės problema socialinės paramos kontekste*. Sveikatos mokslai. 2, 2009; 2253-2258 p.
2. Baubinas, A., Ku ingis, Vainauskas, S. ir kt.. *Socialiniai gyvenimo kokybės skirtumai Vilniuje*. Visuomen s sveikata, 3(38), 2007; 31-38 p.
3. Blue, L., Mc MurraY J., *How much responsibility should heart failure nurses take?* The European Journal of Heart Failure. 2005; 7:351 ó 361 p.
4. Bondke, H., Borges, AC., Petersen, S., Walde, T., Baumann, G. *Non-invasive assessment of myocardial contractility from force-frequency relationship in patients with implanted pacemakers: first results*. Europace: European Pacing, Arrhythmias, And Cardiac Electrophysiology: Journal Of The Working Groups On Cardiac Pacing, Arrhythmias, And Cardiac Cellular Electrophysiology Of The European Society Of Cardiology [Europace], 12 (7), 2010. 968-71 p.
5. Boswell, E.J., Pichert, J.W., Lorenz, R.A., Schlundt, D.G. *Training Health Care Professionals to Enhance Their Patient Teaching*. Journal of Nursing Staff Development. 1990; 5:233-239 p.
6. Brogien , D., Gurevi ius, R. *Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę*. Kaunas, Medicina, 45(3), 2009. 226-237 p.
7. Brown, K. *A review to examine the use of SF-36 in cardiac rehabilitation*. Br J Nurs:12(15), 2003. 904-909 p.
8. Bubien, RS., Knotts-Dolson, SM, Plumb, VJ., Kay , GN. *Effect of radiofrequency catheter ablation on health-related quality of life and activities of daily living in patients with recurrent arrhythmias*. Circulation 94, 1996. 1585ó1591 p
9. Deaton, C., *Outcome measuremet*. Journal Cardiovascular Nurses. 2000; 14: 116 ó 8 p.
10. Ferreira, ND., Caeiro, D; Adão, L; Oliveira, M., et al. *Incidence and predictors of permanent pacemaker requirement after transcatheter aortic valve implantation with a self-expanding bioprosthesis*. Pacing And Clinical Electrophysiology: PACE [Pacing Clin Electrophysiol] 33 (11), 2010. 1364-72 p.
11. Frankfort-Nachmias C., Nachmias D., *Research Methods in the Social Sciences*. (6th ed.). New York, N.Y., 2000.

12. Jenkinson C., Layte R., Wright L., Coulter A., The U.K. SF-36: an analysis and interpretation manual. A guide to health status measurement with particular reference to the Short Form 36 health survey, Worth Publishers University of Oxford, p. 1996. 65 p.
13. Furmonavičius, T. *Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai*. Kaunas, Medicina 40(6), 2004. 509-516 p.
14. Gautis, W.A., Hasselblad, V., Whellan, DJ., O'Connor, CM., *Reduction in heart failure events by the addition of a clinical pharmacist to the heart failure management team*. Arch Intern Med, 1999. 159:1939-1945 p.
15. Gupta, A., Gupta R. *Importance of patient/ parents education in childhood asthma*. Indian Journal Pediatric. 68 Suppl 4; 2001, S53 ó 6 p.
16. Hausman, S.V., Lucktein, R. R., Zwycgart, A. M., Cicora, K. M., Schoeder, V.M., Weinhold, O. M. *Epilepsy education: a nursing perspective*. Mayo Clin Proc. 71 (11), 1996, 1114 ó 1117 p.
17. *Helping your heart. A patient's guide to understanding cardiac pulse generators*. USA, Lippincott, 1997. 660 p.
18. Cardiac pacemaker <http://en.wikipedia.org/wiki/Artificial> [fili r ta 2012.03.13]
19. History of pacemaker, <http://health.enotes.com/public-health-encyclopedia/self-care-behavior> [fili r ta 2012. 03. 14]
20. Young, A., Taylor, S.G., McLaughlin- Repenning, K. *Connections. Nursing research theory and practice*, USA, Mosby, 2001. 509 p.
21. Jaarsma, T., Halfens, R., et al. *Effects of education and support of self- care and resurse utilization in patients with heart failure*. European Heart Journal 20 (9), 1999. 673 ó 682 p.
22. Jaarsma, T., Huijjer Huda Abu- Saad, PhD., Dracups, K., et al., *Self- care Behaviuor of Patients with Heart Failure*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 14, 2000. 113 ó 119 p.
23. Janu-onis, V. *Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: griuvimai, jų priežastys, pasekmės ir prevencija*. Sveikatos mokslai 2(39), 2005. 45-48 p.
24. Jenkinson, C., Layte, R., Wright, L., Coulter, A. *The U.K. SF-36: an analysis and interpretation manual. A guide to health status measurement with particular reference to the Short Form 36 health survey*. University of Oxford, 1996. 65 p.
25. Juozulynas, A., Jurgel nas, A., Prapiestis, J., Jankauskien , K., Gocentas, A. *Socialiniai, ekonominiai veiksniai ir gyvenimo kokybė*. Sveikatos mokslai. 3, 2008. 1590-1594 p.
26. Kaffemanas, R., Mikelevi ien , L.O., Kaffemanien , I. *Sutrikusios psichikos asmenų poreikiai ir jų vertinimo ypatumai*. Visuomen s sveikata. 4(31), 2005. 72-80 p.

27. Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Lietuvos kono kultūros akademija.
Tūoliai: Liucijus, 2007.
28. Karpaviien, V., Kalibatien, D. *Gyvenimo kokybės tyrimas sergant prieširdžių virpėjimu (literatūros apžvalga)*. *Medicinos teorija ir praktika*, 4, 2010. 478-483 p.
29. Kazakevičius, T. *Šiuolaikinių implantuojamų elektrokardiostimuliatorių galimybės*. Konferencijos pranešimų tezės. *Kardiologijos praktika*, 1, 3-5 p.
30. Knox, D., Mischke, L., Williams, RE. *Heart failure patient and family education*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 2005. 215 ó 220 p.
31. Kranickaitė, D., Rastenytė, D., Jurkėnienė, K., Mėpagnienė, D. *Persirgusiųjų galvos smegenų insultu gyvenimo kokybė*. Kaunas, *Medicina* 43(9), 2007.
32. Kriukelytė, D., Tamošiūnienė, R. *Slaugytojų požiūris į pacientų mokymą*, *Sveikatos mokslai*. 4, 2002. 46 ó 49 p.
33. Leosdottir, M. Sigurdsson, E. et al. *Health – related quality of life of patients with implantable cardioverter defibrillators compared with that of pacemaker recipients*. *Europace*.8, 2006. 168 - 74 p.
34. Levental, E., Levental, H., et al. *Enhancing self – care research: exploring the theoretical underpinnings of self – care*. 1998.
35. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir fialos sveikatai atlyginimo statymo pakeitimo statymas Nr. IX-2361. *Valstybės fiinis* 2004; 115-4284.
36. Little, W. C. *Assessment of normal and abnormal cardiac function*. In *Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine* Ed. By Braunwald E., Zipes D. P., Libby P. W. B. Saunders company, 7th edition, 69, 2005. 479 ó 503. p.
37. Luderitz, B., Jung, W. *Quality of life in patients with atrial fibrillation*. *Arch Intern Med*, 160, 2000. 1749ó1757 p.
38. May, T.W., Pfafflin, M. *The efficacy of an Education Treatment program for Patients with Epilepsy (MOSES): Results of a Controlled, Randomised study*. *Epilepsia*, 43 (5), 2002. 539 ó 549 p.
39. Mc Murry, J.J.V., Steward, S. *The burden of heart failure*. *European Heart Journal*, 2002. 50 ó 58 p.
40. Mockienė, V. *The Impact of an Education Intervention on Nurses' Knowledge of and Attitudes towards HIV and Willingness to Take Care of HIV-positive People in Lithuania*. Academic dissertation University of Tampere, Department of Nursing Science Finland Tampere, on December 3rd, 2010.

41. Norkien , S., Ra kauskien , N. *Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė: vieneri metai po širdies stimulatoriaus implantavimo*, Sveikatos mokslai, 2, 2009. 2277-2283 p.
42. Nursing diagnosis (Adult health, child health, women's health, mental health, home health)/ by Glover S. M. USA, Williams and Wilkins, 1998. 637 p.
43. Oliveira, BG., Velasquez - Melendez, G., Ciconelli, RM., Sousa, LA. *Health – related quality of life in Brazilian pacemaker patients*. Pacing Clin Electrophysiol, 2008 Sep; 31(9).1178-83p
44. Parahoo, K. *Nursing research. Principles, process and issues. Second edition*. New York: Palgrave Macmillan, 2006.
45. Pearson, A., Vaughan, B. *Slaugymo modeliai. Konceptijos, teorijos ir praktika*. Lietuvos slaugos specialist organizacijos leidykla, 1994. 44 ó 45 p.
46. Puodffiuokynas, A. *Elektrokardiostimuliatorių (EKS) implantacijos indikacijos pagal 2007 m. Europos kardiologų draugijos ir Europos širdies ritmo asociacijos gaires. Implantuojamieji prietaisai kardiologijoje.*, Konferencijos pranešim tez s. Kardiologijos praktika. 2008, 1, 13-17 p.
47. Rankin, M. A. *Programmed instruction as a patient teaching tool: A study of myocardial infraction patients receiving warfarin*. Heart Lung. 8, 1979. 511 ó 516 p.
48. Rankin, S.H., Stallings, K. D. *Patient education, principles and practice*. 4th e Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2001.
49. Razbadauskas, A., filiukas, G., Drungilien , D., fiuravliova, T., Brasait , I. *Slaugos magistro baigiamojo darbo rengimo tvarka*. Klaip dos Universiteto leidykla, Klaip da, 2010.
50. Reynolds, MR, Elis, E., Zimetbaum, P. J. *Cardiovasc Electrophysiol*. 19(7), 2008. 762ó768 p.
51. Riegel, B, Carlson, B, Glaser, D, Hoagland, P. *Which patients with heart failure respond best to multidisciplinary disease managment?* Journal Cardiac Failure. 6, 2000. 290-299 p.
52. Riklikien , O. *Sergančiųjų akių ligomis slaugos lūkesčiai ir jų patenkinimas. KMUK akių ligų klinikoje*. Sveikatos mokslai. 4, 2002. 35-41 p.
53. Roper, N., Logan, W.W., Tierney, A. *Slaugos pagrindai*. Vilnius, 1999. 148-154 p.
54. Ru inskas, A. *Klinikinė anestezilogija*. Vaist flinios, 2003. 239-245 p.
55. Rugienius, J. *Klinikinės kardiologijos aspektai*. Vilnius, Baltijos kopija, 1999. 274-277 p.
56. Skripk nait , R., Kavoli nien , A. *Sergančiųjų širdies nepakankamumu žinių ir savirūpos įvertinimas*. Klinikin s slaugos magistro baigiamasis darbas. Kauno medicinos universitetas, Kaunas, 2007.
57. Slauga. *Slaugos mokomoji medžiaga 5 dalis. Lig prevencija ir sveikatos mokslas*. Vilnius, Charibd , 1998.

58. Sneed, N., Paul, S. *Readiness for behavioural changes in patient with heart failure*. American Journal critical care, 12, 2003. 144 ó 153 p.
59. Soto, M., Failde, I., Marquez, S. et al. *Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients*. Qual Life Res, 14(3), 2005. 759-768 p.
60. Stirbys, P. *Širdies elektrostimuliacija optimaliais energiniais parametrais*. Kauno medicinos universitetas, 2003. 68-69 p.
61. Stirbys, P., Medzevičius, A. *Elektrokardiostimuliacija šiandien*. Lithuanian Journal of Cardiology. 6(4), 1999. 973-976 p.
62. Strömberg, A. *Patient – related factors of compliance in heart failure: some new insights an old problem*. European Heart Journal 27, 2006. 379 ó 381 p.
63. Strömberg, A. *The crucial role of patient education in heart failure*. European Journal Heart Failure, 7, 2005. 363 ó 369 p.
64. Sveikata 21. *Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione*. Vilnius: LR sveikatos apsaugos ministerija, 1998. 118 p.
65. Testa, MA., Simonson, DC., *Assesment of quality-of-life outcomes*. N Engl J Med 334, 1996. 835-840 p.
66. The AFFIRM Investigators: *Quality of life in atrial fibrillation: The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) study*. Am Heart J 149, 2005. 1126-1130 p.
67. Vesterdal, A. *Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga*. Charibd, Vilnius, 1996.
68. Visser, A., Deccache, A., Bensing, J. *Patient education in Europe: united differences*. Patient Education Counseling, 44, 2001. 1 ó 5 p.
69. Ware, J.E. *SF-36 Health Survey Update*. Spine, 25(24), 2000. 3130-3139 p.
70. Ware, J.E., Sherbourne, C.D. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection*. Med Care; 30(6), 1992. 473-483 p.
71. Ware, Jr., Kosinski, M., Keller, SD. *A12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity*. Med Care, 34, 1996. 2206-2233 p.
72. World medical association declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Version 2004 <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf>. Read 30.3.2012.
73. Wright, SP., Walsh, H., Kagan, SH., Ingley, KM. et al. *Uptake of self – management strategies in heart failure management programme*. European Journal of Heart Failure, 5, 2003. 371 ó 380 p.

74. Zagurskien D., Miseviien I. *Pacientų ir slaugytojų nuomonės apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas*. Medicina. Kaunas, 44(11), 2008. 885-894 p.
75. Zagurskien D., Miseviien , I. *Pacientų sveikatos raštingumo ir slaugytojų jiems teikiamos informacijos vertinimas*. Sveikatos mokslai, 3, 2008. 1594 -1598 p.
76. filali nas, R.. *Širdies ligos*. Kaunas, 2001. 293-300 p.
77. , . *Терапевтический справочник Вашингтонского университета*. , 1995. 232 p.

PRIEDAI

Gerbiama(s) paciente,

A–, Aida Smagurien ir a– ra–au magistro darb tema ōMokymo poreikis pacient su implantuotu elektrokardiostimulatoriumi, gyvenimo kokybei.

A–pra–au J s ufpildyti – klausimyn , kuriame analizuojame bei ie–kome galimybi tobulinti pacient prie–ir po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo slaugos kokyb .

Tšs klausimynas yra patvirtintas ligonin s ir Klaip dos universiteto Etikos komitete.

Klausimynas yra anoniminis (nereikia ra–yti nei vardo, nei pavard s).

i–kilusius klausimus ar neai–kumus Jums atsakys darbo autor Aida Smagurien (tel.:XXX) arba Klaip dos universiteto Etikos komiteto vadovas prof. Geriuldas filiukas (tel.: 846398557)

Paflym kite Jums tinkam variant arba ra–ykite reikiam informacij

1. Jūsų amžius (metais)

18 - 28	1
29 ó 39	2
40 ó 50	3
51 ó 61	4
62 - 72	5
73 m ir daugiau	6

2. Jūsų lytis

Vyras	1
Moteris	2

3. Jūsų išsilavinimas

Nera–tingas	1
Nebaigtas vidurinis	2
Vidurinis	3
Auk–tesnysis	4
Auk–tasis neuniversitetinis	5
Auk–tasis universitetinis	6

4. Šeimyninė padėtis

Viengungis (-) / neved s/netek jusi.	1
Ved s/i–tek jusi arba turiu sugyventin (-).	2
Na–lys / na–l / i–siskyr s (-usi).	3

5. Jūsų gyvenamoji vieta

Miestas	1
Miestelis	2
Kaimas	3
Vienkiemis	4

SVEIKATOS KOKYBĖ-SF-36

6. Ar Jūs manote, kad šiuo metu, Jūsų sveikata yra(apibraukite vien i–skai i):

Puiki	1
Labai gera	2
Gera	3
Patenkinama	4
Bloga	5

7. Kaip Jūs įvertintumėte savo sveikatą dabar, lyginant su Jūsų sveikata prieš metus? (apibraukite vien i–skai i)

Daug geresn nei prie–metus	1
Tiek tiek geresn nei prie–metus	2
Maffdaug tokia pati nei prie–metus	3
Tiek tiek blogesn nei prie–metus	4
Daug blogesn nei prie–metus	5

8. Čia išvardinti veiksmai, kuriuos Jūs tikėtina atliekate dienos bėgyje. Ar Jūsų dabartinė sveikata riboja Jus atliekant šiuos veiksmus? (apibr flikite vien skai i kiekvienoje eilut je)

Nr.	Veiksmas	Taip riboja	Trupuį riboja	Visai neriboja
9.1	Energingi veiksmai, pvz. b gimnas, sunki daikt kilnojimas, dalyvavimas sporte	1	2	3
9.2	Vidutin s energijos veiksmai, pvz., stalo perstatymas, valymas dulki siurbliu, darbas sode	1	2	3
9.3	Maisto prekė krep–eli ne–imas	1	2	3
9.4	Lipimas laiptais kelis auk–tus	1	2	3
9.5	Lipimas laiptais vien auk–t	1	2	3
9.6	Pasilenkimas, kl pojimas ar stov jimas	1	2	3
9.7	jimas daugiau nei 1,5km atstumu	1	2	3
9.8	jimas maffiau nei 1km (tarp 500-1000 m)	1	2	3
9.9	jimas 100 metr	1	2	3
9.10	Prausimasis ir apsirengimas	1	2	3

9. Ar per pastarąsias 4 savaites turėjote sunkumų atliekant Jūsų darbą arba kurią nors kadieninę veiklą dėl jūsų sveikatos būklės? (apibr flikite vien skai i kiekvienoje eilut je)

Nr.	Veiksmas	Taip	Ne
10.1	Reik jo sutrumpinti laik , skirt darbui ar kitai veiklai	1	2
10.2	Atlikote maffiau, negu planavote	1	2
10.3	Buvo sunkiau atlikti kai kuriuos darbus	1	2
10.4	Patyr te sunkum atliekant darb ar atliekant kitus veiksmus (pvz., reik jo daugiau pastang negu prastai)	1	2

10. Ar per pastarąsias 4 savaites turėjote sunkumų atliekant Jūsų darbą arba kurią nors kadieninę veiklą dėl jūsų emocinės būklės? (apibr flikite vien skai i kiekvienoje eilut je)

Nr.	Veiksmas	Taip	Ne
11.1	Reik jo sutrumpinti laik , skirt darbui ar kitai veiklai	1	2
11.2	Atlikote maffiau, negu planavote	1	2
11.3	Neatlikote darbo ar kit ufduo i taip r pestingai, kaip paprastai	1	2

11. Ar Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos trukdė Jūsų įprastam bendravimui su šeima, draugais, kitais žmonėmis praėjusių 4 savaitių laikotarpyje? (apibraukite vien išskaičius):

- Nei kiek 1
- Tiek tiek 2
- Vidutiniškai 3
- Dažnai 4
- Labai dažnai 5

12. Kokio stiprumo fizinį skausmą Jūs patyrėte praėjusių 4 savaitių laikotarpyje? (Jei atsakėte jokio, praleiskite 13 klausimą) (apibraukite vien išskaičius):

- Jokio 1
- Labai silpnai 2
- Silpnai 3
- Pakenčiamai 4
- Stipriai 5
- Labai stipriai 6

13. Kiek skausmas trukdė Jūsų įprastam darbui (įstaigoje, namie) praėjusių 4 savaitių laikotarpyje? (apibraukite vien išskaičius):

- Nei kiek 1
- Tiek tiek 2
- Vidutiniškai 3
- Dažnai 4
- Ypatingai 5

14. Klausimai pateikti žemiau susiję su Jūsų savijauta per pastarąsias 4 savaites. (apibrėžkite vieną skaičių kiekvienoje eilutėje) Kiek dažnai per pastarąsias 4 savaites...

Nr.	Klausimas	Nuolat	Labai dažnai	Dažnai	Kartais	Retai	Niekada
15.1	Jaut t s labai energingas	1	2	3	4	5	6
15.2	Jaut t s labai nervingas	1	2	3	4	5	6
15.3	Jaut t s labai sugniuždytas	1	2	3	4	5	6
15.4	Jaut t s ramus ir taikus	1	2	3	4	5	6
15.5	Tur jote daug energijos	1	2	3	4	5	6
15.6	Buvote liūdnas	1	2	3	4	5	6
15.7	Jaut t s išsekęs	1	2	3	4	5	6
15.8.	Jaut t s laimingas	1	2	3	4	5	6
15.9	Jaut t s pavargęs	1	2	3	4	5	6

15. Ar Jūsų sveikatos būklė trukdė Jūsų socialiniam bendravimui (pvz., draugų, giminių lankymui ir pan.) praėjusių 4 savaitių laikotarpyje? (apibraukite vien išskaičius):

- Nuolat 1
- Dažnai 2
- Didesnį laiko dalį 3
- Labai nedidelį laiko dalį 4
- Niekada 5

16. Perskaitykite teiginius ir pažymėkite kiek Jus sutinkate arba nesutinkate su kiekvienu teiginiu.
(apibrėškite vieną skaičių kiekvienoje eilutėje)

Nr.	Teiginys	Sutinku	Labiau sutinku, nei nesutinku	Nežinau	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nesutinku
17.1	Man atrodo, kad aš linkusi(-s) sirgti labiau už kitus	1	2	3	4	5
17.2	A – tokia(s) pat sveika(s) kaip bet kuris iš mano pažįstamų	1	2	3	4	5
17.3	Manau, kad mano sveikata pablogės	1	2	3	4	5
17.4	Mano sveikata yra puiki	1	2	3	4	5

SIRDIES LIGOS

17. Perskaitykite teiginius ir pažymėkite kiek Jus sutinkate arba nesutinkate su kiekvienu teiginiu.
(apibrėškite vieną skaičių kiekvienoje eilutėje)

Nr.	Teiginys	Nesutinku	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nežinau	Labiau sutinku, nei nesutinku	Sutinku
18.1	Mano širdies liga labai trukdo mano gyvenimui	1	2	3	4	5
18.2	Per daug laiko sugaištu bandant susidoroti su liga	1	2	3	4	5
18.3	Dėl ligos jaučiuosi sugniuždytas (-a)	1	2	3	4	5
18.4	Jaučiuosi lygiai taip pat savo širdimi	1	2	3	4	5

18. Perskaitykite teiginius susijusius su Jūsų savijauta per pastarąsias 4 savaites. Pažymėkite kuris atsakymas labiausiai tinka kiekvienam teiginiui. (apibrėškite vieną skaičių kiekvienoje eilutėje)
Kiek dažnai per pastarąsias 4 savaites...

Nr.	Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai	Visada
19.1	Atsiskyrėte nuo jus supančių žmonių	1	2	3	4	5	6
19.2	Labai reaguodavote, tai kas buvo pasakyta ar padaryta	1	2	3	4	5	6
19.3	Buvote irzlus(-i) su jus supančiais žmonėmis	1	2	3	4	5	6
19.4	Turėjote sunkumų koncentruojantis ar galvojant	1	2	3	4	5	6
19.5	Nesutariate su kitais žmonėmis	1	2	3	4	5	6
19.6	Jautėte sutrikimus(-us)	1	2	3	4	5	6

19. Pažymėkite Jus kamavusius žemiau išvardytus veiksmus per pastarąsias 4 savaites: (apibrėškite vieną skaičių kiekvienoje eilutėje)

Nr.	Veiksny	Visai nekamavo	Trupuči kamavo	Vidutiniškai	Labai kamavo	Labai stipriai kamavo
20.1	Skausmas raumenyse	1	2	3	4	5
20.2	Skausmas krūtinėje	1	2	3	4	5

Nr.	Veiksny	Visai nekamavo	Trupuę kamavo	Vidutiniškai	Labai kamavo	Labai stipriai kamavo
20.3	Greitas ėirdies darbas	1	2	3	4	5
20.4	L tas ėirdies darbas	1	2	3	4	5
20.5	Neritmingas ėirdies darbas	1	2	3	4	5
20.6	M ėlungis	1	2	3	4	5
20.7	Pasunk j s kv pavimas	1	2	3	4	5
20.8	Dusulys	1	2	3	4	5
20.9	Silpnumas, svaigulys	1	2	3	4	5
20.10	S mon s netekimas	1	2	3	4	5
20.11	Nutirpimas kojose ir rankose	1	2	3	4	5
20.12	Greitas nuovargis	1	2	3	4	5
20.13	Nerimas	1	2	3	4	5
20.14	Baim s jausmas	1	2	3	4	5
20.15	Padid j s arterinis kraujo spaudimas	1	2	3	4	5
20.16	Viršsvoris	1	2	3	4	5

20. Kaip ilgai šie nusiskundimai jus vargino? (apibraukite vien i–skai i):

- <negu savait 1
- savait 2
- m nuo 3
- 2-6 m nesiai 4
- 1 metai 5
- 2-5 metai 6
- ilgiau 7

21. Kas padėdavo sumažinti nusiskundimų požymius? (apibraukite vien i–skai i):

- Poilsis 1
- Liaudi–kos priemon s 2
- Medikamentai 3
- Kita(ra–ykite).....4

22. Kaip sužinojote apie savo ligą? (apibraukite vien i–skai i):

- Paskai iau literat roje ir pritaikiau sau ligos poflymius 1
- Paklausiau artim j ir draug nuomon s 2
- Kreipiausi ėimos gydytoj 3
- Kreipiausi gydytoj specialist 4
- Kita (ra–ykite)..... 5

23. J s sergate ėirdies liga

(ra–ykite): _____

24. Jūsų nuomonė, kokios yra Jūsų ligos priežastys? (apibrėžkite vieną skaičių kiekvienoje eilutėje):

Nr.	Teiginys	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku iš dalies	Visiškai sutinku
25.1	Paveldėjimas	1	2	3	4	5
25.2	Vaikystėje persirgtos ligos	1	2	3	4	5
25.3	Intensyvus darbas	1	2	3	4	5
25.4	Sutrikęs darbo ir poilsio ritmas	1	2	3	4	5
25.5	Netaisyklinga mityba	1	2	3	4	5
25.6	Neteisingas fizinis krūvis	1	2	3	4	5
25.7	Psichologinė tampa	1	2	3	4	5
25.8	Stresas	1	2	3	4	5
25.9	Įsivaikę pro šalį	1	2	3	4	5

25. Ar kas giminėje sirgo širdies ligomis? (apibraukite vieną skaičių):

Tėvas	1
Motina	2
Senelis	3
Senelė	4
Niekas	5
Nė vienas	6

26. Ar turite paminėtų priklausomybių? (apibraukite vieną skaičių):

Nr.	Teiginys	Ne	Taip
27.1	Rūkymas	1	2
27.2	Nesaikingas alkoholio vartojimas	1	2
27.3	Narkotikų vartojimas	1	2
27.4	Nesaikingas kompiuterio naudojimas	1	2

27. Dalis žmonių pergyvena dėl širdies ligų poveikio jų kasdieniniam gyvenimui, o kita dalis ne. Kiek širdies liga trukdo Jums kiekvienoje iš žemiau išvardintų sričių?

Nr.	Sritis	Netrukdo	Trupučiai trukdo	Trukdo	Labai trukdo	Stipriai trukdo
28.1	Jūs gebėjimas dirbti namų ūkui darbus	1	2	3	4	5
28.2	Jūs gebėjimas keliauti	1	2	3	4	5
28.3	Skysčių vartojimo ribojimas	1	2	3	4	5
28.4	Dietos apribojimai	1	2	3	4	5
28.5	Priklausomybė nuo daktarų ir ligoninės personalo	1	2	3	4	5
28.6	Stresas ir nerimas dėl širdies ligos	1	2	3	4	5
28.7	Jūsų seksualinis gyvenimas	1	2	3	4	5
28.8	Jūsų išvaizda	1	2	3	4	5

28. Elektrokardiostimuliacija atlikta Jums? (apibraukite vieną skaičių):

Pirmą kartą	1
Pakartotinai	2

29. Kokio amžiaus Jums implantuotas pirmas EKS(elektrokardiostimulatorius)?

(apibraukite vien i-skai i)

Iki 50m.	1
51-60m	2
61-70m	3
71-80m	4
81-90m	5
daugiau nei 90m	6

30. Ar žinote klinikinę diagnozę, dėl kurios Jums buvo implantuotas EKS (elektrokardiostimulatorius)? (apibraukite vien i-skai i):

Skausmas kr tin je	1
Neritmingai plaka -irdis	2
Stoja -irdies darbas	3
S mon s netekimai, d l l tos -iries veiklos	4
TYrdis dirba labai greitai arba labai l tai	5
Neflinau	6

31. Ar žinote koks EKS(elektrokardiostimulatorius) Jums implantuotas? (apibraukite vien i-skai i):

Vienkamerinis	1
Dvikamerinis	2
Trikamerinis	3
Neflinau	4

32. Ar žinote implantuoto EKS(elektrokardiostimulatoriaus) rūšį? ? (apibraukite vien i-skai i):

Pastovus	1
Laikinas	2
Skilvelinis	3
Prie-irdinis	4
Neflinau	5

**MOKYMO POREIKIS JŪSŲ GYVENIMO KOKYBEI SU EKS
(elektrokardiostimulatoriumi)**

33. Jūsų nuomonė, kada turėtų būti suteikta informacija apie : (apibr fkite vien skai i kiekvienoje eilut je):

Nr.	Teiginys	Nustačius diagnozė	Prieš paskiriant operaciją	Dieną prieš operaciją	Po operacijos	Reabil. skyriuje
35.1	Lig ,eig	1	2	3	4	5
35.2	Ligos prieflastis	1	2	3	4	5
35.3	Rizikos veiksnius	1	2	3	4	5
35.4	B tinum keisti gyvenimo b d	1	2	3	4	5
35.5	Vaist vartojimo reffim	1	2	3	4	5
35.6	Galimus nepageidaujamus rei-kinius vartojant vaistus	1	2	3	4	5

35.7	Rekomenduojam diet	1	2	3	4	5
35.8	Rekomenduojam fizin aktyvum	1	2	3	4	5
35.9	Rekomenduojam gyvenimo b d	1	2	3	4	5
35.10	Rekomenduojam saugi aplink	1	2	3	4	5
35.11	Komplikacijas, kurios gali atsirasti bet kurios veiklos metu	1	2	3	4	5
35.12	fiaizdos priefli r	1	2	3	4	5
35.13	Asmens higien	1	2	3	4	5
35.14	Reabilitacijos programos tiksl	1	2	3	4	5
35.15	Reabilitacijos komandos sud t	1	2	3	4	5

34. Jūsų nuomone, pacientų mokymą prieš elektrokardiostimulatoriaus implantavimo geriausiai gali vykdyti: (apibr flikite vien skai i kiekvienoje eilut je):

Nr.	Teiginys	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nesu tikras (-a)	Sutinku	Visiškai sutinku
36.1	Gydantis gydytojas	1	2	3	4	5
36.2	Operuojantis gydytojas	1	2	3	4	5
36.3	Palatos slaugytoja	1	2	3	4	5
36.4	Spec kabinet slaugytoja	1	2	3	4	5
36.5	Specialistai:–eimos gydytojas,	1	2	3	4	5
36.6	–eimos slaugytoja	1	2	3	4	5
36.7	Kita (ra–ykite)					

35. Jūsų nuomone, pacientų mokymą po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo geriausiai gali vykdyti: (apibr flikite vien skai i kiekvienoje eilut je):

Nr.	Teiginys	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nesu tikras (-a)	Sutinku	Visiškai sutinku
37.1	Gydantis gydytojas	1	2	3	4	5
37.2	Operuojantis gydytojas	1	2	3	4	5
37.3	Palatos slaugytoja	1	2	3	4	5
37.4	Spec kabinet slaugytoja	1	2	3	4	5
37.5	Specialistai:–eimos gydytojas,	1	2	3	4	5
37.6	–eimos slaugytoja	1	2	3	4	5
37.7	Kita (ra–ykite)					

36. Koku būdu slaugytoja vykdo sveikatos mokymą? (apibr flikite vien skai i kiekvienoje eilut je):

Nr.	Teiginys	Niekada	Kartais	Visada
38.1	Skaito paskait (grupei flmoni)	1	2	3
38.2	Moko individualiai	1	2	3
38.3	Rodo vaizdin medfliag	1	2	3
38.4	Rekomenduoja skaityti speciali literat r	1	2	3
38.5	I-dalina padalom j medfliag apie EKS ir pasiruo–im prie–operacij	1	2	3

38.6	Kita (ra-ykite) _____
------	------------------------

37. Slaugytojos, planuodamos slaugą po EKS implantavimo operaciją, kartu su Jumis aptarė:
(apibr fkite vien skai i kiekvienoje eilut je):

Nr.	Teiginys	Ne	Iš dalies	Taip
39.1	Slaugos problemas	1	2	3
39.2	Slaugos tikslus	1	2	3
39.3	Slaugos veiksmus	1	2	3
39.4	J s savir pos i-gales (k patys galite/negalite padaryti)	1	2	3
39.5	Tvimos nari i-gales (k jie gali/negali padaryti)	1	2	3

38. Detalesnės informacijos apie tolimesnį gyvenimą su EKS (elektrokardiostimulatoriumi) Jums suteikė: (apibr fkite vien skai i kiekvienoje eilut je):

Nr.	Teiginys	Niekada	Kartais	Visada
40.1	Gydantis gydytojas	1	2	3
40.2	Operuojantis gydytojas	1	2	3
40.3	Palatos slaugytoja	1	2	3
40.4	Spec kabinet slaugytoja	1	2	3
40.5	Kitas medicinos specialistas	1	2	3
40.6	Artimieji / draugai	1	2	3
40.7	Kiti pacientai su EKS	1	2	3
40.8	Literat ra, / mokslin medfiaga	1	2	3
40.9	Internetas	1	2	3
40.10	Kita (ra-ykite) _____			

39. Jūsų pasiūlymai apie pacientų mokymą

_____.
DĖKOJU!

GILUMINIO INTERVIU PLANAS SLAUGYTOJAMS
(Slaugytoj požiūris pacient , po elektrokardiostimulatoriaus implantavimo,
mokymosi poreik)

Klausimų blokai	Užduodami klausimai
Demografiniai duomenys	Papasakokite apie save (amžius, išsilavinimas, darbo trukm /stažas)
Bendravimo su pacientais, kuriems implantuotas elektrokardiostimulatorius, ypatumai	Apibūdinkite, kiek bendravimui su pacientais turi takos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacient sutuoktinis statusas 2. Darbingumas 3. Emocionalumas 4. Konfliktškumas 5. Savikontrol 6. Palaikymas 7. Pagarba
Pacient , kuriems implantuotas elektrokardiostimulatorius, savir pos kontekstas	Papasakokite, kiek paciento savir pa yra svarbi jo fizinei ir psichinei sveikatai: <ol style="list-style-type: none"> 1. Svorio kontrol (fizinis aktyvumas) 2. Mitybos pro iai (maisto gaminimas, dietos laikymasis) 3. Medikament vartojimas 4. Lankymasis pas specialistus 5. Informacijos apie galimas paslaugas flnojimas 6. Artim j pagalba
Slaugytoj veikla ,pacient su implantuotu elektrokardiostimulatoriumi mokyme	Papasakokite apie slaugytojo veikl pacient mokyme (slaugytoj realizuojam funkcij prioritetai, galimos veiklos pl tros ir kaitos kryptys): <ol style="list-style-type: none"> 1. Informacijos suteikimas po implantavimo skyriuje 2. Informacijos pateikimas reabilitacijos skyriuje 3. Artim j ó traukimas ir sitraukimas mokymo proces

**MOKYMO POREIKIS, PACIENTŲ SU IMPLANTUOTU
ELEKTROKARDIOSTIMULIATORIUMI, GYVENIMO KOKYBEI**

Klaipėdos Universitetas
Sveikatos mokslų fakultetas
Slaugos katedra

**SUTIKIMO FORMA
(SLAUGYTOJAMS)**

A– _____ sutinku dalyvauti
(Vardas, Pavard)

moksliniame tyrime *Mokymo poreikis, pacientų su implantuotu elektrokardiostimulatoriumi, gyvenimo kokybei* (pagrindinis tyr įjas Aida Smagurien).

A– patvirtinu, kad turiu vis informacij apie tyrim ir mano teises. A– nusprendffiau dalyvauti tyrime savanori–kai.

(Data)

(vardas, pavard)

(Para–as)