

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS**

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Julijana Zobernienė

**PACIENTŲ, SERGANČIŲ ŪMINIU KORONARINIU  
SINDROMU, INFORMUOTUMAS APIE ŠIRDIES  
KRAUJAGYSLIŲ LIGOS RIZIKOS VEIKSNIUS**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2019

# MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

Julijana Zobernienė

(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė)

Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, informuotumas apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius

(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvių kalba)

**Patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas parašytas savarankiškai, nepažeidžiant kitiems asmenims priklausančių autorių teisių, visas magistro baigiamasis darbas ar jo dalis nebuvo panaudotas Klaipėdos universitete ir kitose aukštosiose mokyklose.**

Julijana Zobernienė

(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

**Sutinku, kad magistro baigiamasis darbas būtų naudojamas neatlygintinai 5 m. Klaipėdos universiteto studijų procese.**

Julijana Zobernienė

(magistro darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

**Magistro baigiamąjį darbą ginti** .....

(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....  
(data )

Doc. dr. Aelita Skarbalienė

(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavardė ir parašas)

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje  
(data)

.....  
(katedros sekretorės vardas, pavardė ir parašas)

**Magistro baigiamąjį darbą ginti** .....

(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....  
(data )

.....  
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

**Recenzentu(-ais) skiriu** .....

.....  
(įrašyti recenzento(u) vardą, pavardę)

.....  
(data )

.....  
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

## SANTRAUKA

Zobornienė J. Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, informuotumas apie širdies kraujagyslių rizikos veiksnius. Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė Doc. dr. Skarbalienė A., Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2019 – 67 p.

Viena iš svarbiausių širdies ir kraujagyslių ligų yra ūminis koronarinis sindromas (toliau ŪKS), kuris sukelia pavojų gyvybei, todėl aktualu atkreipti dėmesį į pacientų žinias apie širdies kraujagyslių ligą sukeliančius rizikos veiksnius. Svarbiausia - sumažinti ligos poveikį paciento sveikatai bei paskatinti pacientus po persirgto ŪKS domėtis ir nuolat atnaujinti savo žinias.

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, informuotumą apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius.

**Tyrimo metodika.** Atliekamas kiekybinis tyrimas. Duomenų rinkimui naudojamas adaptuotas klausimynas. Pasirinkti du klausimynai *Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) instrumento dalis apie galimas ligos priežastis ir *Heart Disease Fact Questionnaire* (HDFQ). Klausimynas parodė pakankamai aukštą vidinį suderinamumą - Cronbach'o Alfa 0,78. Taikytas statistinis duomenų paketas „SPSS 17 for Windows“. Tyrimo imtį sudarė 199 pacientai, sergantys ŪKS. Tyrimas atliktas vadovaujantis tyrimų etikos principais.

**Tyrimo rezultatai.** Išanalizavus pacientų, sergančių ŪKS ligos priežasčių suvokimą priklausomai nuo tiriamųjų sociodemografinių rodiklių buvo nustatyta, jog moterys žymiai dažniau akcentavo paveldimumą, o vyrai – rūkymą. Tiriamieji savo ligos priežastys labiausiai tapatino su bendraisiais rizikos veiksniais ir psichologiniais aspektais. Išanalizavus tiriamųjų nuomonę apie svarbiausias jų ligos priežastis nustatyta, kad daugumai pirmoje pozicijoje buvo stresas/nerimas. Išanalizavus, sergančiųjų ŪKS informuotumą apie rizikos veiksnius, tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma tiriamųjų žinojo apie rizikos veiksnius, tačiau į rizikos veiksnius susijusius su cukriniu diabetu (toliau CD), vertino neteisingai. Nustatytas itin reikšmingas ryšis tarp informuotumo skalės apie rizikos veiksnius, susijusius su CD ir sirgimo cukriniu diabetu ( $p < 0,001$ ) – CD sergantys ir moterys tiriamieji buvo žymiai geriau informuoti nei nesergantys CD.

**Išvados.** Analizuojant svarbiausių ligos priežasčių, susijusių su rizikos veiksniais, nustatyta, jog tiriamieji išskyrė svarbiausiu - maisto ar netinkamos mitybos įpročius, geriau žinojo, kad rūkymas, didelis cholesterolio kiekis, diabetas ir viršsvoris yra širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksniai. Nustatyta, kad cukriniu diabetu ir dislipidemija sergantys tiriamieji buvo žymiai geriau informuoti apie ŠKL rizikos veiksnius.

*Reikšminiai žodžiai:* ūminis koronarinis sindromas, pacientai, išeminė širdies liga, rizikos veiksniai.

## SUMMARY

Zoberniene J. Patients' with Acute Coronary Syndrome Awareness Regarding Cardiovascular Disease Risk Factors. Master's Thesis in Nursing Study Program. Head of Labor Doc. dr. Skarbalienė A., Klaipėda University: Klaipėda, 2019 - 67 p.

One of the most important cardiovascular diseases is acute coronary syndrome (hereafter -"ACS"), which causes life threatening, so it is important to pay attention to the patients' knowledge about the risk factors for cardiovascular disease. The most important thing is to reduce the impact of the disease on the patient's health and to encourage patients to take up and update their knowledge after ACS.

**The aim of the study** was to analyze patients with acute coronary syndrome awareness of risk factors for cardiovascular disease.

**Methodology of investigation.** A quantitative study was conducted. An adapted questionnaire was used for data collection. Two questionnaires were selected: Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) part of the possible cause of the disease and Heart Disease Fact Questionnaire (HDFQ). The questionnaire showed high internal compatibility - Cronbach's Alpha 0.78. The study sample consisted of 199 patients with ACS. The statistical data packet SPSS 17 for Windows was used for data analysis. The research was conducted in accordance with the principles of research ethics.

**Research results.** After analyzing the patients' understanding of the causes of the disease, depending on the socio-demographic indicators of the subjects, it was found that women emphasized heredity much more often, while men emphasized smoking. Researchers identified the cause of their illness with the most common risk factors and psychological aspects. After analyzing the opinion of the subjects on the main causes of their illness, it was found that most preferred stress / anxiety. After analyzing the risk factors for ACS patients, the results of the study showed that most of the subjects were aware of the risk factors, but the risk factors related to diabetes (hereafter D) were assessed incorrectly. A significant relationship between awareness of risk factors for D and diabetes mellitus ( $p < 0.001$ ) has been found to be much better known to D-infected subjects than non-D patients, and to better inform female.

**Conclusion.** Analyzing the underlying causes of the risk associated with risk factors, it was found that subjects who basically had food or inappropriate eating habits knew better that smoking, high cholesterol, diabetes and overweight were risk factors for the development of cardiovascular disease. Patients with diabetes and dyslipidaemia were found to be significantly better informed about risk factors for cardiovascular disease.

*Key words:* acute coronary syndrome, patients, ischemic heart disease, risk factors.

# PAVEIKSLŲ, LENTELIŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal trijų svarbiausių ligos priežasčių išskyrimą	34
2	Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų lyties	35
3	Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus	36
4	Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų darbinės padėties	37
5	Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo	37
6	Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo sirgimo arterine hipertenzija	38
7	Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo sirgimo cukriniu diabetu	39
8	Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo sirgimo dislipidemija	39
9	Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo gretutinių ligų skaičiaus	41
10	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal informuotumą apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius	44

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal socialinius-demografinius rodiklius ir gretutines ligas	28
2.	Ligos priežasčių suvokimo skalių (IPQ-R) vidinis patikimumas	30
3.	Ligos priežasčių suvokimo skalių ir jų dedamųjų vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje	35
4.	Ligos priežasčių atsitiktinumo skalės vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus ir darbinės padėties	37
5.	Tiriamųjų sergančių dislipidemija ir nesergančių ja pasiskirstymas priklausomai nuo gretutinių ligų	40
6.	Ligos priežasčių atsitiktinumo skalės vertinimai priklausomai nuo arterinės hipertenzijos ir dislipidemijos	40
7.	Ligos priežasčių, susijusių su psichologiniais aspektais ir rizikos veiksniais, vertinimai priklausomai nuo cukrinio diabeto ir dislipidemijos	41
8.	Tiriamųjų sociodemografinių rodiklių įtaka svarbiausių ligos priežasčių išskyrimui	42

9.	Gretutinių ligų ir svarbiausių ligos priežasčių išskyrimo sąsajos	43
10.	Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu lyties, amžiaus, išsilavinimo ir darbinės padėties įtaka jų informuotumui apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius	46
11.	Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius sąsajos su gretutinėmis ligomis	48
12.	Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius ir ligos priežasčių suvokimo sąsajos	50
13.	Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius ir išskirtų ligos priežasčių, susijusių su rizikos veiksniais, tarpusavio ryšiai	52

### PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Priedai	Puslapis
1	Anketa	68
2	Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius ir išskirtų psichologinių ligos priežasčių sąsajos	72
3	Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius ir išskirtų ligos priežasčių, susijusių su imunitetu, tarpusavio ryšiai	73
4	Leidimas naudoti anketą IPQ-R	74
5	Leidimas naudoti anketą HDFQ	75
6	Straipsnio publikavimo patvirtinimas	76

## **SANTRUMPOS**

**AH** – arterinė hipertenzija

**CD** – cukrinis diabetas

**EKG** - elektrokardiograma

**KŠL** – koronarinė širdies liga

**MS** – metabolinis sindromas

**NKA** – nestabili krūtinės angina

**NSTEMI** - ŪKS, kai ST segmentas nepakilęs

**PSO** – pasaulio sveikatos organizacija

**STEMI** - ŪKS, kai ST segmentas pakilęs

**ŠKL** – širdies ir kraujagyslių ligos

**ŪKS** - ūminis koronarinis sindromas

**ŪMI** – ūminis miokardo infarktas

# TURINYS

<b>ĮVADAS</b> .....	9
<b>I. PACIENTŲ, SERGANČIŲ ŪMINIU KORONARINIŲ SINDROMU, INFORMUOTUMAS APIE ŠIRDIES KRAUJAGYSLIŲ LIGOS RIZIKOS VEIKSNIUS</b> .....	12
1.1. Pacientų, sergančių, ūminiu koronariniu sindromu, ligos ir rizikos veiksnių paplitimas.....	12
1.1.1 Ūminio koronarinio sindromo klinikiniai požymiai ir tyrimo metodai.....	14
1.1.2 Tradiciniai rizikos veiksniai, jų valdymas ir prevencija.....	17
1.1.3 Netradicinių rizikos veiksnių apžvalga.....	23
<b>II. EMPIRINĖ DALIS</b> .....	26
2.1. Tyrimo metodika.....	26
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos.....	27
2.1.2. Tyrimo metodai.....	28
2.1.3. Tyrimo instrumentas.....	29
2.1.4. Tyrimo procesas/ eiga.....	31
2.1.5 Tyrimo etika.....	32
2.2. Tyrimo rezultatai.....	34
2.2.1. Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, subjektyvių ligos priežasčių sąsajos su demografiniais veiksniais.....	34
2.2.2 Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, subjektyvus informuotumas apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius.....	44
2.2.3. Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, ligos priežasčių suvokimo sąsajos su informuotumu apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius.....	49
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	54
<b>IŠVADOS</b> .....	56
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	58
<b>LITERATŪRA</b> .....	59
<b>PRIEDAI</b> .....	67



## IVADAS

Viena pagrindinių ir dažniausiai pasitaikančių širdies ir kraujagyslių ligų yra ūminis koronarinis sindromas (toliau - ŪKS), kuris progresuoja sukeldamas pavojų gyvybei. Tai labiausiai paplitusi hospitalizavimo priežastis pasaulyje. Šis sindromas iš nestabilios krūtinės anginos (toliau - NKA) gali pereiti į ūminį miokardo infarktą (toliau - ŪMI) ir negrįžtamą nekrozę miokarde. ŪKS apibrėžimas priklauso nuo kiekvieno klinikinės triados elemento specifinių savybių, elektrokardiografinių pokyčių ir biocheminių širdies žymeklių. ŪKS nebūtinai biocheminių žymenų padidėjimas ir elektrokardiografiniai pokyčiai, pakanka dokumentuose užfiksuotos diagnozės. Vėliau atliekami tolesni tyrimai (Thygesen et al., 2012, p. 1581).

Lietuvos gyventojų mirties priežastys jau daugelį metų išlieka nepakitusios. 2017 m. šalyje mirė 40 142 žmonės. Pastaraisiais metais vyrauja trys pagrindinės mirties priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys. Tai sudarė 83 proc. visų mirties priežasčių. Iš jų nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė (56,1 proc.) gyventojų, iš kurių 19 286 - vyrai. Daugiausia (48,1 proc.) vyrų mirė nuo kraujotakos sistemos ligų, iš kurių 64,7 proc. mirė nuo išeminės širdies ligos. 2017 m. mirė 20 856 moterys. Daugiausia šių moterų (63,4 proc.) mirė nuo kraujotakos sistemos ligų, iš kurių 64,2 proc. - nuo išeminės širdies ligos (Mirties priežasčių registras. 2018, p. 5).

Širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė mirties priežastis Europoje, ir nepaisant neseniai sumažėjusio mirtingumo rodiklio daugelyje šalių, vis dar yra reikšminga, nes iš daugiau kaip 4 milijonų mirčių per metus, beveik pusė jų įvyksta Europoje. Didesnė dalis visų mirties atvejų, susijusių su širdies ir kraujagyslių ligomis, tenka moterims (51 proc.). Jaunesnės moterys turėjo didesnę mirtingumo riziką lyginant su jaunesniais vyrais (Izadnegahdar et al. 2014 p.1). Koronarinė širdies liga (toliau - KŠL) kasmet sukelia beveik 1,8 mln. mirčių arba 20 proc. visų mirčių Europoje (Nicholas et al. 2015, p. 2950). Ispanijoje atlikus tyrimą nustatyta ŪKS atvejų daugėjimo tendencija ir prognozuojama, jog nuo 2013 m. iki 2049 m. ŪKS atvejų išaugs nuo 69 proc. iki 116 proc., o sergančiųjų pagal lytį išaugs - 6 proc. vyrų ir 26 proc. moterų, kurių amžiaus bus nuo 25 iki 74 metų (Degano et al., 2013, p. 472). Irane pastaraisiais metais ŪKS sudarė 46 proc. (181,4 iš 100 000) visų mirties priežasčių (Moradi et al. 2017, p. 287).

E. J. Benjamin ir kt. (2017, p. 161) atlikę tyrimus Jungtinėse Amerikos Valstijose (toliau JAV) mano, jog iki 2020 m. sergamumas širdies kraujagyslių ligomis (toliau - ŠKL) sumažės 30 proc. Manoma, kad iki 2030 m. 43,9 proc. suaugusių JAV gyventojų turės vieną iš ŠKL formų. Pasaulyje 80 proc. gyventojų mirčių nuo širdies ir kraujagyslių sutrikimų įvyksta mažas ir vidutines pajamas gaunančiose šalyse, beveik po lygiai vyrų ir moterų (Benjamin et al., 2017, p. 161). Atlikę tyrimą Artimuosiuose Rytuose A. Emad ir kt. (2014) išanalizavo dviejų dešimtmečių hospitalizacijos

tendencijas ir mirtingumą ligoninėse. Per du laikotarpius - 1991-2000 m. ir 2001-2010 m. - ŪMI hospitalizavimas augo nuo 34 iki 66 proc. Indijoje keičiantis gyvenimo stiliui šiuolaikiniame globalizacijos procese ŪKS sudaro penktadalį mirčių. Didelė širdies kraujagyslių ligų našta šalyje neigiamai veikia 35-65 metų darbingo amžiaus žmones ir turi pragaištingų pasekmių žmonėms, jų šeimoms ir visuomenei (Parikh et al., 2013, p. 392).

Lietuvoje ir kitur Europoje atlikti tyrimai rodo didėjantį sergamumą ir mirtingumą nuo širdies kraujagyslių ligų. Daugelis autorių (Sarrafzadegan et al., 2017; Benjamin et al., 2017; Lucero et al., 2014; Barnes, 2013; Raza et al., 2013; Rinkūnienė ir kt., 2012; Toner et al., 2012) nurodo, jog tradiciniai rizikos veiksniai yra ankstyvų širdies kraujagyslių susirgimų priežastis. Pagrindiniai širdies kraujagyslių ligų rizikos veiksniai yra nutukimas, mažas fizinis aktyvumas, padidintas arterinis kraujospūdis, didelis cholesterolio kiekis kraujyje ir rūkymas. Pacientams, persirgusiems ŪKS, būtinas gyvenimo būdo ir esančių rizikos veiksnių modifikavimas. Agresyvus rizikos veiksnių mažinimas pagerina išgyvenimo galimybę, mažina pakartotinių susirgimų skaičių, intervencinių procedūrų ir operacijų dažnį, gerina pacientų gyvenimo kokybę (Mastavičiūtė ir kt., 2011, p. 27). ŪKS kilmė yra daugialypė, todėl nepakanka nustatyti kurį nors vieną rizikos veiksnį, būtina išsiaiškinti ir įvertinti visus. Šiandien žinoma per du šimtus rizikos veiksnių. Analizuojant mokslinius straipsnius pastebima, jog rizikos veiksniai vadinami skirtingai: tradiciniais (pakeičiamais) ir netradiciniais (nepakeičiamais) arba modifikuojamais ir nmodifikuojamais. Visame pasaulyje rizikos veiksniai yra tokie patys, skiriasi jų įvardijimas, todėl yra sutinkami skirtingi pavadinimai. Šiame darbe bus naudojami pavadinimai: tradiciniai ir netradiciniai rizikos veiksniai.

*Tradiciniai rizikos veiksniai yra* rūkymas, hipertenzija, ↓DTL-ch, ↑MTL-ch, metabolinis sindromas, cukrinis diabetas, aterosklerozė, nepakankamas fizinis aktyvumas, netinkama mityba (nepakankamas vaisių ir daržovių kiekis), lėtinis stresas, depresija ir kt. *Netradiciniai rizikos veiksniai yra* amžius (vyrams rizika didėja perkopus 45 m., moterims - 55 m.), lytis (vyriška), genetinės priežastys - paveldimumas (I eilės giminių širdies ligos ir mirtys vyrams iki 55 m., moterims iki 65 m.), rasė ir etninė grupė (Musunuru et al. 2010; Burokienė ir kt., 2013; Sasidhar et al., 2014).

Rizikos veiksniai yra tarpusavyje susiję ir stiprina, veikia vienas kitą. Kuo daugiau rizikos veiksnių, tuo didesnė tikimybė susirgti. Žinodami bendrą riziką, gydytojas, slaugytoja ir pacientas gali priimti sprendimus veiksmingesnei širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikai ir gydymui. Kiekvienam pacientui nepriklausomai nuo rizikos veiksnių lygio turi būti suteikta galimybė diskutuoti, nes visiems gali būti naudingos gyvenimo būdo tobulinimo diskusijos, suteikiančios galimybę pasirinkti tinkamą mitybą, fizinį krūvį, lipidų kiekį ir kraujospūdį mažinančius vaistus, diabeto gydymą, vaistus nuo miokardo infarkto ar atsakyti rūkymo. Žinios apie širdies ligų rizikos veiksnius yra pirmasis rizikos faktorių mažinimo etapas (Goff et al., 2014, p. 2941).

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu (toliau pacientų), informuotumą apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Ištirti pacientų subjektyvių ligos priežasčių sąsajas su demografiniais veiksniais.
2. Nustatyti pacientų subjektyvų informuotumą apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius.
3. Ištirti pacientų ligos priežasčių suvokimo sąsajas su informuotumu apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius.

**Tyrimo objektas** – informuotumas apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius.

**Tyrimo subjektas** – pacientai, sergantys ūminiu koronariniu sindromu.

**Hipotezė** – tikėtina, jog pacientų informuotumas apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius turi ryšį su jų sveikatos problemomis.

**Tyrimo metodai:**

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas, anoniminė apklausa raštu.

# I. PACIENTŲ, SERGANČIŲ ŪMINIU KORONARINIU SINDROMU, INFORMUOTUMAS APIE ŠIRDIES KRAUJAGYSLIŲ LIGOS RIZIKOS VEIKSNIUS

## 1.1. Pacientų, sergančių, ūminiu koronariniu sindromu, ligos ir rizikos veiksnių paplitimas

Pasaulyje nuo 1990 m. iki 2010 m. mirčių nuo širdies ir kraujagyslių bei kraujotakos ligų padidėjo trečdaliu; manoma, jog ir toliau viena iš trijų pagrindinių mirties priežasčių pasaulyje bus širdies ir kraujagyslių ligos. Nuo širdies ir kraujagyslių ligų kasmet miršta daugiau žmonių, nei nuo bet kurios kitos ligos. Pagrindinės priežastys yra gyventojų senėjimas ir aukštesnis pragyvenimo lygis (Mahmood et al., 2014, p. 999). Taip pat buvo apskaičiuota, kad Europoje iki 2050 m. žmonių, vyresnių nei 50 metų, skaičius išaugs 35 proc., o žmonių, vyresnių nei 85 metai, bus trigubai daugiau. Be to prognozuojama, kad vienas iš trijų senyvo amžiaus žmonių greičiausiai kentės nuo lėtinės ligos ar negalios įskaitant širdies ir kraujagyslių ligas, kurios riboja savarankiškumą (Jaarsma et al., 2014, p. 10). Vainikinių arterijų liga ir ŪKS su trimis komplikacijomis - NKA, ūminio miokardo infarktu su ST segmento pakilimu ir ūminiu miokardo infarktu be ST segmento pakilimo - ir toliau bus liga su didžiausiu sergamumu ir mirtingumu vakarų šalyse diagnozuojant ir gydant ŪKS tiek intervenciniu būdu, tiek trombolizės terapija (Thiele, 2014, p. 667). Koronarinė širdies liga ir toliau yra reikšminga mirties ir negalios priežastis išsivysčiusiame pasaulyje. Australijos Nacionalinės sveikatos tyrimai, atlikti 2004-2005 m., parodė, kad 354 700 žmonių buvo užregistruotas širdies priepuolis, iš kurių apie 47 730 žmonių buvo užregistruotas ŪKS (McKinley et al., 2011, p. 154).

Daugelyje šalių, kuriose koronarinės širdies ligos paplitimas yra didelis, mirtingumas mažėja. Tai įrodo, kad ŪMI ir NKA tapo mažiau mirtinomis ŪKS formomis. Rizikos veiksnių pokyčiai vaidina svarbų vaidmenį. Manoma, jog skirtingi rizikos veiksniai, tokie kaip rūkymas ir veiksniai susiję su nutukimu (hipertenzija ir cukriniu diabetu), gali būti skirtingai susiję su įvairiomis ŪKS formomis. Pagerėjus prevencinėms priemonėms, diagnozės nustatymui, gydymui ir reabilitacijai, pakilo ligonių, sergančių ŪKS, išgyvenimo lygis (Xanthos et al., 2010, p. 1470).

Analizuojant literatūrą ir ieškant sąsajų tarp rizikos veiksnių, bandoma išsiaiškinti rizikos veiksnių poveikį ir ligos priežastis, todėl svarbu nustatyti šių ligų rizikos veiksnių paplitimą. Nors Lietuvoje, kaip ir kitose Europos sąjungos šalyse, gyventojų gyvenimo trukmė ilgėja, tačiau jų sveikata nėra pakankamai gera. Prasta mityba, mažas fizinis aktyvumas, nesveikas gyvenimo būdas (alkoholio, tabako ar psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas bei tam tikras žmogaus požiūris į save) didina sergamumą ir mirtingumą, kurių, panaudojus tinkamas priemones ir priėmus sprendimus, būtų galima išvengti. Be jau minėtų rizikos veiksnių didelės įtakos sveikatai ir ligų profilaktikai turi

socialiniai, ekonominiai, aplinkos bei kai kuriais atvejais - politiniai veiksniai (Juozulynas ir kt., 2012, p. 49).

Širdies ir kraujagyslių ligos prasideda ne nuo skausmų krūtinėje ar širdies infarkto, bet gerokai anksčiau – nuo žalojančio įvairių rizikos veiksnių poveikio kraujagyslėms. Širdies ir kraujagyslių ligų kilmė daugialypė, todėl nepakanka nustatyti kurį nors vieną rizikos veiksni, būtina išsiaiškinti visus ir įvertinti, koks poveikis jau yra padarytas kraujagyslėms. Kuo daugiau rizikos veiksnių, tuo didesnė tikimybė susirgti (Petruilionienė, 2010, p. 1). Tačiau dauguma širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių negali būti klasifikuojami remiantis rizikos atsiradimu ar nebuvimu, daugiausia turėtų būti atsižvelgiama į rizikos veiksnių sinergetinį poveikį, nėra absoliučios rizikos ir rizikos veiksnių, nes jų poveikis yra proporcingas (Sarrafzadegan et al., 2017). Atlikti visame pasaulyje (Wung et al., 2013; Claassen et al., 2012; Lucero et al., 2014; Reuter et al., 2015; Ortiz-Benavides et al., 2016; Moradi et al., 2017 ir kt.) ir Lietuvoje (Petruilionienė, 2010; Burokienė ir kt., 2013; Clark et al. 2013; Rinkūnienė ir kt., 2013 ir kt.) išsamūs tyrimai padėjo suskirstyti visus širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius į dvi grupes: tradicinius ir netradicinius.

#### **Tradiciniai rizikos veiksniai, kuriuos galima valdyti, yra:**

- rūkymas (Lucero et al., 2014; Rinkūnienė ir kt., 2013 ir kt.);
- padidėjęs kraujospūdis (Ortiz-Benavides et al., 2016; Rinkūnienė ir kt., 2013 ir kt.);
- padidėjęs lipidų kiekis kraujyje (Subramanian et al., 2012; Strazdienė ir kt., 2011 ir kt.);
- cukrinis diabetas (Rinkūnienė ir kt., 2013; Subramanian et al., 2012 ir kt.);
- nesubalansuota mityba (Schmerbach et al., 2014; Barnes 2013 ir kt.);
- nutukimas (Reuter et al., 2015; Uysal et al., 2015; Strazdienė ir kt., 2011 ir kt.);
- mažas fizinis aktyvumas (Moradi et al., 2017; Uysal et al., 2015; Astrauskienė 2013 ir kt.);
- nuolatiniai stresai (depresija) (Matevičiūtė ir kt., 2013; Šerpytis ir kt., 2014 ir kt.);

Nors rizikos veiksnių yra apie 200, šie yra išskiriami, kaip esminiai ir dažniausiai pasitaikantys.

#### **Netradiciniai rizikos veiksniai (kurių negalima valdyti) yra šie:**

- amžius (vyresni nei 45 m. vyrai, vyresnės nei 55 m. moterys) (Claassen et al., 2012 ir kt.);
- paveldimumas (Burokienė 2016; Petruilionienė ir kt., 2015; Claassen et al., 2012 ir kt.); jau nustatyta aterosklerozinės kilmės kraujagyslių liga (širdies, galvos smegenų, kojų kraujagyslių ir kt.) (Wung et al., 2013; Claassen et al., 2012 ir kt.);
- lytis (vyriška) (Choi et al., 2014 ir kt.);

Žinios apie naujus genomo variantus (jų yra apie 90), sukeliančius riziką, gali padėti nustatyti naujus priežastinius biologinius procesus ir gerinti diagnozavimą ir gydymą (Roberts, 2018, p. 257).

### 1.1.1. Ūminio koronarinio sindromo klinikiniai požymiai ir tyrimo metodai

ŪKS klinikiniai požymiai ir diagnozavimo bei gydymo gairės yra apibrėžti medicininėje literatūroje ir reglamentuoti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymais dėl diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašų, prieinamumo gerinimo ir šia liga sergančių ligonių srautų valdymo reikalavimais. Ūmūs koronariniai sindromai – kraujotakos nepakankamumo vainikinėse arterijose sukeltos ūminės širdies kraujagyslių būklės, pasireiškiančios širdies raumens pažeidimu ir (ar) žuvimu. Jie yra trejopi: (1) NKA, (2) ŪKS, kai ST segmentas nepakilęs (toliau - NSTEMI), ir (3) ŪKS, kai ST segmentas pakilęs (toliau - STEMI).

NKA – ūminio miokardo išeminio sindromo, dėl kurio padidėja miokardo infarkto ir mirties rizika, dažniausi požymiai yra krūtinės skausmas ar nemalonus pojūtis, elektrokardiogramoje fiksuojamas kintamas ST segmento nusileidimas ir/ar T dantelio pagraža (inversija), normali ar nekintanti kardiomiocitų pažeidimo žymenų (troponino I ar T) vertė. NSTEMI – ūminio miokardo išeminio sindromo, dėl kurio padidėja mirties rizika, dažniausi požymiai yra krūtinės skausmas ar nemalonus pojūtis, elektrokardiogramoje fiksuojamas kintamas ST segmento nusileidimas ir (ar) T dantelio pagraža (inversija), padidėjusi ar kintanti kardiomiocitų pažeidimo žymenų (troponino I ar T) vertė. Pagrindinis ūminis koronarinis sindromas, kai ST segmentas nepakilęs, patogenezinis mechanizmas yra staiga atsiradusi vainikinės arterijos nevysiška okliuzija dėl trombo susidarymo. Trombozę sukelia endotelio erozija (25 proc. atvejų) arba plyšusi aterosklerozinė plokštelė - 75 proc. atvejų (Valstybės žinios, 2011, Nr. 76-3685). STEMI pasireiškia krūtinės skausmu/ diskomfortu; elektrokardiogramos (toliau - EKG) pokyčių vertinimas - persistuojantis ST segmento pakilimas arba naujai atsiradusi kairės Hiso pluošto kojų blokada, kardiospecifinių žymenų padidėjimas (kreatinkinazės-MB frakcija, troponinai). Pirmojo paciento kontakto su sveikatos priežiūros specialistais metu diagnozavus STEMI, pagal indikacijas ir galimybes pradedamas skausmo, dusulio ir nerimo mažinimas bei antitrombozinė terapija (Valstybės žinios, 2010, Nr. 152-7758).

Kuomet širdies raumuo nepakankamai aprūpinamas krauju, atsiranda miokardo infarktą rodančių simptomų:

- spaudimo, plėšimo, veržimo jausmas arba skausmas už krūtinkaulio, kairėje arba dešinėje krūtinės ląstos pusėje;
- skausmas gali plisti į kaklą, žandikaulį, rankas, pečius, nugarą, duobutės sritį;
- skausmo trukmė - nuo 20 min. iki kelių valandų;
- skausmą gali išprovokuoti neįprastai didelė fizinė arba emocinė įtampa;
- skausmas neišnyksta pavartojus nitroglicerino;

- galimas dusulys, pykinimas, vėmimas, prakaitavimas, širdies plakimas, baimė, neišvengiamos mirties jausmas, sąmonės netekimas (Sanghavi, Gulati, 2015; McKinley et al., 2011; Valstybės žinios, 2011, Nr. 76-3685; Petrulionienė, 2015; Moser et al., 2006 ir kt.).

S. McKinley ir kt. (2011, p. 155) pastebi, jog ŪMI yra sudėtinga pacientų būklė. Sergančiųjų ŪMI mirštamumas ir sergamumas didžiąja dalimi priklauso nuo simptomų pradžios laiko iki reperfuzijos laiko. Reperfuzinis gydymas arba perkutaninė koronarinė intervencija ar trombolitikai mažina mirtingumą ir komplikacijas. Didžiausią reikšmę ŪKS turi laikas nuo simptomų atsiradimo ir sprendimo kreiptis į stacionarą - kuo trumpesnis laiko intervalas tarp simptomų pasireiškimo ir gydymo, tuo efektyvesnis širdies funkcijos išsaugojimas.

T. Xanthos ir kt. (2010, p. 1471) pažymi, jog pacientams, sergantiems ŪMI, laikas nuo pirmųjų simptomų iki gydymo ligoninėje yra labai reikšmingas. Iš tiesų, trisdešimt minučių uždelsto laiko mirtingumo riziką padidina 5–7 proc. Nors yra žinoma, kad „laikas yra miokardas“, išankstiniai tyrimai parodė, kad ketvirtadalis sergančių ŪMI pacientų atvyksta į ligoninę maždaug per 6 valandas po simptomų atsiradimo. Atsižvelgiant į tai, kad ši išeminė širdies liga užima pirmąją vietą tarp mirties priežasčių, labai svarbu, kad pacientas nevēluotų atvykti į stacionarą.

Sergančių ŪKS gydymas ligoninėje turėtų prasidėti per vieną valandą nuo simptomų pradžios. Šis tikslas yra grindžiamas duomenimis, jog padidėjęs sergamumas ir mirtingumas yra susijęs su padidėjusiu laiko tarpu nuo simptomų pradžios iki gydymo. Delsimas lemia pacientų sergamumo ir mirtingumo rezultatus. Po reperfuzijos terapijos išgyvenamumas pagerėja iki 50 proc. kai reperfuzija yra atliekama per 1 valandą nuo simptomų pradžios pasireiškimo, ir 23 proc. - jei tai yra atliekama per 3 valandas nuo simptomų atsiradimo. Trumpesnis intervalas tarp simptomų pradžios ir gydymo pagerina širdies raumens funkciją, kurios lygis priklauso nuo anksti pradėto gydymo su reperfuzija. Tai gali sumažinti mirtingumą ir sergamumą (Moser et al., 2006, p. 169). Pastarojo dešimtmečio tyrimai parodė, kad perkutaninės koronarinės intervencijos (toliau - PKI) klinikiniai rezultatai yra geresni nei trombolizės - mažesnis mirtingumas, trumpesnis stacionarinis gydymas ir mažesnės komplikacijos. Yra tvirtų įrodymų, leidžiančių manyti, kad PKI klinikiniai rezultatai yra geresni tų pacientų, kurie į ligoninę pateko netrukus po simptomų atsiradimo (Dullaghan et al., 2013, p. 33).

Pastaraisiais metais daugėja neinvazinių tyrimų, nustatančių susiaurėjusias ar užsikimšusias širdies arterijas. Neinvaziniai tyrimai sąlygoja efektyvesnę pacientų klasifikaciją, leidžiančią nustatyti, kuriems pacientams nebūtinai širdies kraujagyslių zondavimas. Tai žymiai sumažina šios invazinės procedūros naudojimą pacientams, kurie neturi susiaurėjusių ar užsikimšusių širdies vainikinių arterijų. Neinvaziniai diagnostikos tyrimai - tai EKG užrašymas, krūvio testavimas, biocheminiai kraujo tyrimai, echoskopija, kompiuterinės tomografijos tyrimas (Patel et al., 2010, p. 887). Ankstyvosios diagnostikos pagalba per pirmąsias 15 minučių nuo paciento atvykimo yra patvirtinama ar paneigiama simptomų priežastis užrašant EKG pokyčius. Iš trijų ŪKS tipų – NKA,

STEMI ir NSTEMI - pirmiesiems dviem yra būdingas tipiškas troponino koncentracijos padidėjimas ir pokyčiai. NKA būdinga miokardo išemija be padidėjusių biologinių žymenų ir dažnai yra klinikinė diagnozė, pagrįsta istorija ir dinaminiais EKG pokyčiais. Visiems pacientams, kuriems buvo diagnozuotas ŪKS, atvykus į stacionarą prieš gydymą buvo užrašyta EKG, po kurios inicijuojamas reperfuzijos protokolas (Garadah et al., 2018, p. 8).

Pagrindinis invazinis tyrimas – koronarografija - yra specialus širdies vainikinių arterijų rentgenologinis tyrimas, leidžiantis nustatyti, ar vainikinės arterijos yra susiaurėjusios ar užsikimšusios. Tai yra svarbus tyrimas, naudojamas tuomet, kai gydytojas žino ar įtaria, kad pacientas serga koronarine širdies liga, jei yra įtartas ar nustatytas miokardo infarktas, jeigu buvo skirtas trombu, užkimšusių vainikinę arteriją, tirpinimas. Tyrimas reikalingas tada, kai nepraeina skausmas krūtinėje arba fizinio krūvio patikrinimo rezultatai nurodo, kad reikia specialaus širdies vainikinių arterijų rentgenologinio tyrimo, kuris suteiktų išsamios informacijos apie širdį ir jos vainikines arterijas (Scruth et al., 2012, p. 2). J. C.Blankenship ir kt. (2014, p. 1935) pažymi, jog širdies kateterizacija - nedidelės rizikos ir labai saugus tyrimas lyginant su kitais širdies tyrimais, kai jį atlieka patyrusi komanda. Procedūros rizika ir galimos komplikacijos: širdies tamponada, ritmo sutrikimas, širdies arterijos pažeidimas, žemas kraujo spaudimas, alerginė reakcija į kontrastinę medžiagą ar vaistą, skiriamą per tyrimą, insultas, širdies smūgis. Visada yra labai maža rizika, kad minkšti plastikiniai kateteriai gali pažeisti kraujagysles arba aplinkinius audinius. Kontrastas gali pažeisti inkstus, ypač žmonėms, sergantiems cukriniu diabetu ar turintiems inkstų problemų. Šiaurės Amerikoje 2012 m. buvo nubrėžtos gairės vainikinių arterijų angiografijos rizikos klasifikacijai, naudojamos kaip rekomendacijos vainikinių arterijų angiografijoje. Nurodyti konkretūs klinikiniai atvejai pacientams, sergantiems širdies nepakankamumu ir/ar riboto išmetimo frakcija; pacientams, kuriems pasireiškė skilvelinė aritmija, ištiko staigi mirtis; pacientams, kuriems atliekamas širdies ir kraujagyslių priešoperacinis vertinimas (įskaitant organo transplantaciją). Širdies vainikinės kraujagyslės taip pat yra vertinamos galimiems inkstų ar kepenų transplantacijos kandidatams (Blankenship et al., 2014, p. 1934).

*Ūmūs koronariniai sindromai – kraujotakos nepakankamumo vainikinėse arterijose sukeltos ūminės širdies kraujagyslių būklės, pasireiškiančios širdies raumens pažeidimu ir (ar) žuvimu. Dažniausi požymiai yra: krūtinės skausmas ar nemalonūs pojūčiai, fiksuojami EKG pakitimai. Ankstyvoji diagnostika ir diagnozės nustatymas - MI su ST segmento pakilimu, MI be ST segmento pakilimo ir NKA yra labai svarbus vertinant riziką, pagrindinį gydymą ir galiausiai pagerinti rezultatus. Be to daugėjant pacientų, dabartinė sveikatos priežiūros sistema susiduria su naujais diagnozavimo ir gydymo iššūkiais.*



### 1.1.2. Tradiciniai rizikos veiksniai, jų valdymas ir prevencija

Ž. Petrulionienė (2010, p. 1) nurodo, jog širdies ligos rizikos veiksnys – tai neigiamas asmeninis ir aplinkos poveikis, paskatinantis aterosklerozės išsivystymą ir sukeliantis širdies ir kraujagyslių ligas. Rizikos veiksniai tarpusavyje susiję ir stiprina vienas kito poveikį. Dėl besikeičiančių rizikos veiksnių kyla daug prieštaringų mirčių, susijusių su širdies ir kraujagyslių ligomis. Šioje apžvalgoje daugiausia dėmesio skiriama žinomiems tradiciniams širdies kraujagyslių rizikos veiksniams.

Europos širdies sveikatos chartija apibūdina veiksmus, kurių reikia imtis Europos, nacionaliniame ir vietos lygmenyse siekiant užkirsti kelią širdies ir kraujagyslių ligoms. Išreikškiami tikslai, kurių reikia siekti gerinant gyventojų ŠKL būklę visoje Europoje. Be to, Europos širdies sveikatos chartija pabrėžia sveiko mitybos įpročių, normalaus svorio ir formos bei normalių gyvenimo ir darbo sąlygų svarbą. Šie tikslai visų pirma turėtų būti pasiekti gyvenimo būdo permainomis tiems, kurie yra didelės rizikos grupėje, ir tinkamu vaistų naudojimu tiems, kurie jau serga ŠKL (Ryden et al., 2007, p. 355). „Kiekvienas naujajame tūkstantmetyje gimęs vaikas turi teisę ir galimybę išvengti širdies ir kraujagyslių ligų iki 65 metų“ yra Europos širdies sveikatos chartijos, patvirtintos 2007 m. birželio 12 d. Briuselyje, šūkis. Širdies ir kraujagyslių ligų itin sunku išvengti, ir chartija įvardija pagrindinius tradicinius rizikos veiksnius: rūkymą, padidėjusį arterinį kraujo spaudimą, padidėjusią cholesterolio koncentraciją kraujyje, II tipo cukrinį diabetą, netaisyklingą mitybą, mažą fizinį aktyvumą, antsvorį ir nutukimą, piktnaudžiavimą alkoholiu ir psichinį bei socialinį stresą (European heart health charter, 2007, p. 359).

Rizikos veiksnių grupė pasireiškia kaip širdies kraujagyslių ligų ŠKL priežastis, susijusi su keletu pakeičiamų gyvenimo būdo rizikos veiksnių. Didžiausi mirtingumo nuo širdies kraujagyslių ligų rizikos veiksniai Jungtinėse Amerikos Valstijose buvo: nutukimas, aukštas kraujospūdis, mažas fizinis aktyvumas, didelis cholesterolio kiekis kraujyje ir rūkymas - tiesiogiai susiję su 45 proc. visų mirčių. Daugelis šių medžiagų apykaitos ir gyvenimo būdo rizikos veiksnių yra tradiciniai ir palyginti paprasti stebėti (Lucero et al., 2014, p. 1).

Kadangi ligos yra pateikiamos kaip esminiai ŪKS svertai, jos apžvelgiamos plačiau. Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau - PSO) paskaičiavimais iki 2025 m. apie 300 milijonų žmonių visame pasaulyje kentės nuo **metabolinio sindromo** (toliau - MS) ir su juo susijusių sutrikimų, todėl reikėtų atsižvelgti į ryšį su širdies ir kraujagyslių sistemos komplikacijomis (Schmerbach et al., 2014, p. 702). Nuo pradinio aprašymo MS turėjo daug apibrėžimų. G. M. Reaven (1988) pirmasis apibrėžė, jog tai sindromas, apimantis centrinį nutukimą, sisteminę hipertenziją, atsparumą insulinui ir aterogeninę dislipidemiją. Oficialus apibrėžimas keitėsi dar kelis kartus 1999,

2001, 2003 metais ir R. H. Eckel (2005) apibrėžė, jog tai žmogaus organizme atsirandantys patologiniai pakitimai, didinantys širdies ir kraujagyslių ( miokardo infarkto, insulto) ir II tipo cukrinio diabeto (toliau - CD) riziką. Mokslininkai iš Jungtinių Amerikos Valstijų A. Ahmadi ir kt. (2015, p. 2) nurodo, jog MS apibrėžiamas esant mažiausiai trimis nutukimo komponentams: dislipidemijai, hipertenzijai ar gydomai hipertenzijai ir padidėjusiai gliukozės koncentracijai plazmoje.

Metabolinis sindromas, kitaip vadinamas X sindromas, atsparumo insulinui sindromas, Reaven sindromas arba „mirtinas kvartetas“ (apimantis centrinį ir pilvo nutukimą, sisteminę hipertenziją, atsparumą insulinui (arba II tipo diabetas) ir aterogeniška dislipidemiją), yra protrombinė ir uždegiminė būklė (McCracken et al., 2018, p. 14). Pastebėjus, jog MS yra kardiometabolinių rizikos veiksnių rinkinys, buvo diskutuojama dėl sindromo kriterijų ir koncepcijos, šių rizikos veiksnių grupavimas vienareikšmiškai susijęs su padidėjusia ŠKL atsiradimo rizika. Nepriklausomai nuo tikrosios apibrėžties, remiantis gyventojų skaičiavimais, beveik 100 mln. gyventojų turi MS (Roberts et al., 2013, p. 1). MS yra kompleksinis sutrikimas, kurio paplitimas pasaulyje vis didėja ir jau pasiekė epidemijos lygį. Jo skaičius sparčiai auga dėl to, kad išsivysčiusiose ir besivystančiose pasaulio šalyse netaisyklingos mitybos ir fizinio aktyvumo santykis kinta pastarojo nenaudai, daugėja nutukusių žmonių, sergančių cukriniu diabetu. Kiti pagrindiniai metabolinio sindromo komponentai yra dislipidemija, padidėjęs arterinis kraujospūdis, glikemijos sutrikimai (Strazdienė ir kt., 2011, p. 90). Manoma, kad MS yra rizikos veiksnių grupė, prisidedanti prie ŪKS susirgimų Viduriniuose Rytuose, ir yra nustatytas 29-62 proc. MS paplitimo ir ŪKS susirgimo sutapatinimas (Al-Aqeedi, et al., 2013, p. 2). Q. Raza ir kt.(2013, p. 524) pažymi, jog Pietų Azijos populiacijose taip pat pastebima didėjanti bendrojo ir centrinio nutukimo ir su tuo susijusių ligų (ypač 2 tipo cukriniu diabetu, dislipidemija ir hipertenzija) tendencija. Dėl šios priežasties pietų azijiečiai prisideda prie didžiausios širdies ir kraujagyslių ligų naštos dalies visame pasaulyje.

**Diabetas** yra laikomas viena iš nutukimo komplikacijų ir stipriu rizikos faktoriumi, susijusiu su ŪKS susirgimais. ŪKS susirgimų dažniau pasitaiko diabetu sergantiems pacientams. Jiems, kaip ir turintiems MS, paprastai būdinga žymiai didesnė sergamumo ir mirtingumo rizika nei ne diabetikams. Sergamumas CD blogina ŪKS prognozę, santykinė MI rizika vyrams yra 50 proc. didesnė, o diabetu sergančioms moterims - 150 procentų. Staigios mirties, susijusios su ŪKS, dažnumas sergantiems CD vyrams yra 50 proc. didesnis, o moterims - net 300 procentų (Sharma et al., 2016, p. 354). Sergantiems CD pacientams koronarinė arterijų liga yra nustatoma dvigubai ar keturgubai dažniau. Pacientams, sergantiems 2 tipo CD, KŠL yra apie 70 proc. visų mirties priežasčių. Sergantiems 2 tipo CD pacientams ŪKS yra pagrindinė sergamumo ir mirtingumo priežastis dėl pagreitėjusios aterosklerozės. CD sergantiems pacientams koronarinės ligos labiau progresuoja, jos yra difuzinės ir daugiapakopės; daugumai pacientų ŪKS sukelia aterosklerozinės plokštelės

atitrūkimas, sutrikusi trombocitų agregacija, trombocitų sukibimas ir susidariusi intravaskulinė trombozė (Balasubramaniam et al., 2012, p. 3).

Antro tipo cukrinis diabetas seniai siejamas su širdies ir kraujagyslių ligomis. Reikalingos prevencinės priemonės apima intensyvią glikemijos ir rizikos veiksnių kontrolę, tinkamą gliukozės kiekį mažinančių vaistų pasirinkimą ir atrankos strategijas ankstyvam širdies ir kraujagyslių komplikacijų nustatymui. Prevencija yra labai svarbi vyresniems pacientams, sergantiems 2 tipo cukriniu diabetu (De Miguel-Yanes et al., 2017, p. 1).

V. Rastenienė ir kt. (2015, p. 40) nurodo, jog Lietuvoje vykdoma „Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa“, patvirtinta Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymu Nr. V-913, skirta vyrų nuo 40 iki 55 metų ir moterų nuo 50 iki 65 metų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijai. Programos priemonės taikomos vieną kartą per metus. Ji sukurta siekiant sumažinti sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis (krūtinės angina ar miokardo infarktu, smegenų išemija, insultu, periferinių arterijų tromboze), atrinkti sergančiuosius ateroskleroze ar cukriniu diabetu, kurie nejaučia sveikatos sutrikimų, užkirsti kelią šių ligų raidai. Viena pagrindinių programos priemonių yra informavimo apie didelę širdies kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga. Bendroji rizika vertinama Europos kardiologų draugijos rekomenduojamų lentelių pagalba. Pagal SCORE (angl. Systemic Coronary Risk Evaluation) sistemą galima apskaičiuoti tikimybę mirti nuo koronarinės širdies ligos per artimiausius 10 metų. (Rastenienė ir kt., 2015, p. 41). S. S. Mahmood ir kt. (2014, p. 999) pastebi, jog epidemiologiniai tyrimai atliko svarbų vaidmenį išsiaiškinant veiksnius, pacientams linkusiems į širdies kraujagyslių ligas ir akcentavo prevencijos galimybes.

**Dislipidemija** yra vienas iš svarbesnių KŠL rizikos veiksnių, todėl jos diagnostikai ir gydymui turėtų būti skiriamas ypatingas dėmesys, nes šis veiksnys skatina aterosklerozės vystymąsi ir aterotrombozines širdies ligas. Dislipidemija skirstoma į pirminę ir antrinę. Pirminės dislipidemijos priežastis – šeimyninė hipercholesterolemija. Šiai formai būdinga tai, kad cholesterolis būna padidėjęs jau vaikystėje. Dažniausiai pasitaikančios antrinės dislipidemijos priežastys yra pasyvus gyvenimas, nutukimas, riebus, turintis daug angliavandenių, sočiųjų riebalų rūgščių maistas, alkoholis (etanolis), rūkymas, imuninės kilmės (vilkligė, reumatoidinis artritas, psoriazė) ir metabolinės kilmės ligos (Subramanian et al., 2012, p. 820). Klinikiniais tyrimais nustatyta, kad dislipidemijos gydymas per 5 metus 30 proc. sumažina riziką susirgti KŠL. Bendro cholesterolio koncentracijai sumažėjus 10 proc., KŠL rizika sumažėja 25 procentų. Gydant dislipidemiją svarbu įvertinti visus rizikos veiksnius, bendrą kardiovaskulinę riziką. Kai dislipidemija nėra ryški, koreguoti galima nemedikamentinėmis priemonėmis. Patariama mesti rūkyti, sveikai maitintis, mažinti kūno svorį, daugiau judėti, koreguoti arterinį kraujo spaudimą. Dieta padeda sumažinti cholesterolio kiekį

kraujyje 10–15 procentų. Nemedikamentinės priemonės galėtų būti taikomos dislipidemijos prevencijai kardiovaskulinių įvykių, mirtingumo bei PKI ir aortokoronarinių jungčių operacijų skaičiaus mažinimui (Rinkūnienė ir kt., 2012, p. 641).

Aterosklerozė yra beveik visų KŠL atvejų priežastis. Dažniausiai aterosklerozė vystosi esant padidėjusiam riebalų kiekiui kraujyje, rūkantiems, sergantiems CD, turintiems padidintą arterinį kraujospūdį, kraujo krešėjimo sutrikimų. Aterosklerozės procesas prasideda ankstyvame amžiuje ir yra veikiamas potencialiai tiesioginių rizikos veiksnių, gyvenamos ir aplinkos poveikio. Šis procesas prasideda riebaliniais ruoželiais dar paauglystėje, vėliau progresuoja iki plokštelių, kol pasiekia kulminaciją – vidutinio ir vyresnio amžiaus žmonių trombozinę okliuziją. Progresuojančios aterosklerozės etapas priklauso nuo ankstesniojo, kaip ir rizikos veiksniai, vienas nuo kito (Burokienė ir kt., 2013, p. 204). Tradicinių rizikos veiksnių, tokių kaip cholesterolio kiekis, nuolatinis modifikavimas parodė mirtingumo ir sergamumo sumažėjimą 30-40 proc. Cholesterolis yra pagrindinis aterosklerozės patogenezės veiksnys, žinomas daugiau nei penkis dešimtmečius. Tačiau vienas iš pagrindinių pastebėjimų, patvirtinančių ryšį tarp cholesterolio ir širdies ligų, buvo susijęs su žmogaus genetika. Po dviejų dešimtmečių buvo pradėtas vartoti vaistas, slopinantis cholesterolio sintezę. Visi šio mechanizmo vaistai vadinami statiniais. Statinai yra iš esmės vienintelis pirminės ir antrinės hypercholesterolemijos prevencijos vaistas (Roberts, 2014, p. 9).

**Arterinė hipertenzija** (toliau - AH) visame pasaulyje laikoma vienu iš svarbiausių rizikos veiksnių, susijusių su ūmiais koronariniams susirgimais, tai sudaro apie 60 proc. susirgimų; skaičiuojama, kad iki 2030 m. jie kils maždaug 8 procentais. AH susirgimą lemia tokie patys rizikos veiksniai kaip ir ŪKS susirgimus: amžius, rūkymas, šeimos anamnezė, menopauzė, mitybos įpročiai, nutukimas (Ortiz-Benavides et al., 2016, p. 248). Tai labai paplitusi liga, reikšmingai didinanti kardiovaskulinę riziką. Ji dar labiau padidėja, kai kartu yra kitų rizikos veiksnių, tokių kaip rūkymas, dislipidemija, nutukimas, metabolinis sindromas, cukrinis diabetas. Daugiau nei 50 proc. pacientų hipertenzija nustatoma kartu su kitais dviem ar trimis pagrindiniais rizikos veiksniais. Giliomis epidemiologinėmis studijomis patvirtinta, kad rūkymas, cukrinis diabetas, dislipidemija ir arterinė hipertenzija yra rizikos veiksniai. Kadangi įrodyta šių keturių rizikos veiksnių svarba, dažnai jie dar vadinami tradiciniais rizikos veiksniais. Jų gydymas mažina išeminių įvykių riziką (Rinkūnienė ir kt., 2013, p. 125). M. S.Cazarim ir kt. (2016, p. 2) pažymi, jog 2012 metais beveik 50 proc. iš 17,5 mln. mirčių visame pasaulyje nuo širdies ir kraujagyslių ligų buvo susijęs su AH. Brazilijoje AH serga apie trečdalis visų gyventojų, iš kurių daugiau kaip 50 proc. - vyresnio amžiaus. Didžiausias rizikos veiksnys ŪKS yra prasta kraujo spaudimo kontrolė. Tik 10 mmHg sistolinio kraujospūdžio padidėjimas gali padidinti besivystančią KŠL riziką iki 25 procentų.

**Rūkymo ir alkoholio** vartojimo problema aktuali jau daugelį dešimtmečių. Tai labai svarbūs rizikos veiksniai ŪKS išsivystymui. PSO duomenimis, pasaulyje rūko apie 1,1 mlrd. suaugusiųjų.

Europoje rūko 28 procentai suaugusių žmonių. Kasmet pasaulyje nuo rūkymo sukeltų ligų miršta apie 6 mln. žmonių (Ženeva, 2015). Lietuvoje rūkymo situacija taip pat nepalanki, šis žalingas įprotis labai paplitęs, ypač tarp vyrų. Suaugusių Lietuvos gyventojų gyvenimos tyrimo 2014 m. nurodoma, kad kasdien rūkė 33 proc. vyrų ir 12 proc. moterų (Grabauskas ir kt., 2015, p. 3). Rūkymas yra viena iš rimčiausių priežasčių, kurių galima išvengti ir sumažinti KŠL riziką. Pagrindiniai rūkymo sukelti patologiniai procesai yra endotelio disfunkcija, protrombinė būklė, uždegimas, pakeistas lipidų metabolizmas ir hipoksija. Rūkymas kenkia beveik kiekvienam kūno organui, neigiamai veikia rūkančiųjų sveikatą ir sukelia įvairias ligas, tarp jų ir ŠKL (Kim et al., 2014, p. 149). Rūkymas - tai tradicinis rizikos faktorius, kuris yra atvirkščiai susijęs su amžiumi. Rūkymas paplitęs tarp jaunų pacientų, susirgusių ŪKS (70 - 90 proc.). Rūkančių jaunų pacientų, kuriems nustatyti tradiciniai rizikos veiksniai - aterosklerozė, dislipidemija - ir netradicinis - paveldimumas sudaro 92 proc. (Norsa'adah, Che-Muzaini, 2018, p. 42). A. H. Merry ir kt. (2011, p. 2) pastebi, kad rūkymas ir nesaikingas alkoholio vartojimas yra rimti rizikos veiksniai. Alkoholis taip pat yra susijęs su staigia širdies mirtimi ir aritmija. Nesaikingas alkoholio vartojimas gali sukelti daugybę kitų sveikatos problemų. V. Grabauskas ir kt. (2015, p. 5) pastebi, jog pagal alkoholio suvartojimą vienam gyventojui Lietuva pirmauja Europoje. Nors lėtai, bet mažėja rūkymo paplitimas tarp vyrų, pasyvus rūkymas darbovietėje ir namuose. Šiek tiek sumažėjo dažnai stiprius alkoholinius gėrimus vartojančių vyrų (Grabauskas ir kt., 2015, p. 5). Nors rūkymas tarp moterų yra mažiau paplitęs nei tarp vyrų (15,9 proc. ir 20,5 proc.) jis kelia didesnę riziką moterims, sergančioms išeminėmis širdies ligomis. Tyrimo, kuriame vertinamos jaunos moterys, neturinčios pagrindinės KŠL ligos ar susijusių rizikos veiksnių, buvo pastebėta, kad 73 proc. ŠKL atvejų ir 46 proc. KŠL rizikos faktorių atvejų buvo netinkamas gyvenimo būdas (Sanghavi, Gulati, 2015, p. 6).

Tradicinių rizikos veiksnių - fizinio aktyvumo stoka, neteisinga mityba ir nesaikingas alkoholio vartojimas - pašalinimas suteikia galimybę sumažinti riziką ir užkirsti kelią ŪKS atsiradimui (Brunoni et al., 2014, p. 166). Todėl pirminė prevencija, konsultavimas, švietimo ir gyvenimo būdo keitimas svarbus jaunesniame amžiuje. Gydytojo ar kito sveikatos specialisto paskatinimas mesti rūkyti gali padidinti metimo tikimybę. Tai efektyvus būdas, nereikalaujantis daug išlaidų. Suprasdamas tabako vartojimo žalą ir rūkymo metimo naudą, kiekvienas gydytojas turėtų paskatinti pacientą mesti rūkyti (Zwar et al., 2014, p. 1).

Analizuojant literatūrą sutinkami pagrindiniai širdies ir kraujagyslių rizikos veiksniai - lytis, amžius, tabako vartojimas, piktnaudžiavimas alkoholiu, kraujospūdis, cholesterolio kiekis ir kūno svoris, patiriamas stresas. Miego ir poilsio režimo nesilaikymas, paskirto gydymo režimo nesilaikymas, fizinis neveiklumas, prasta mityba, daug įtakos daro stresai, ypač pavojingi žmonėms, turintiems kitų rizikos veiksnių, tokių kaip antsvoris, padidėjęs arterinis kraujospūdis, CD, padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje. Rizikos veiksnių vertinimas gali būti pagrįstas šeimos anamnezėje

atsispindinčiu genetiniu paveldimumu ir bendrais aplinkos ir elgesio veiksniais. Buvusios ligos šeimoje padidina tikimybę susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, tai skatina imtis prevencijos. Individualus elgesys gali būti skirtas sumažinti ir/ar pašalinti tradicinius rizikos veiksnius, todėl žmonių žinios apie rizikos veiksnius yra būtinos ir vertingos. Gyventojai, kurie rūko ar turi antsvorį, rizikuoja susirgti koronarine širdies liga, tačiau žinios apie rizikos veiksnius ne visada lemia riziką mažinančius elgesio pokyčius (Claassen et al., 2012, p. 512).

Širdies ligos sutrikdo fizinio krūvio toleranciją, socialinį aktyvumą, ekonominę nepriklausomybę. Priemonių visuma, skirta apsaugoti pacientus nuo koronarinės širdies ligos pasireiškimų, išaiškinti ir koreguoti provokuojančius rizikos veiksnius – pirminė koronarinės širdies ligos prevencija. Siekiant išvengti širdies ligų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, mokslininkai, akademinis personalas turi dirbti komandoje (Clark et al., 2013, p. 316). Tikimasi įtraukti pacientus ir jų šeimas į širdies ir kraujagyslių mokymo programą, kuri gali būti pritaikyta kiekvienos šalies specifiniams poreikiams ir prioritetams kartu su teisės ir slaugos praktikos reguliavimo standartais (Kletsiou et al., 2015, p. 189). Didžiausią poveikį sveikatai turi žmogaus gyvenimo būdas ir tik apie 10 proc. žmogaus sveikata priklauso nuo medikų pagalbos. Paviršutiniškas požiūris į savo sveikatą sąlygoja daugybę fizinių ir psichinių ligų. Žmogus tampa sėslesnis, mažėja fizinis aktyvumas, todėl daugėja žmonių, turinčių antsvorį, nevengiančių žalingų įpročių, neteisingai besimaitinančių, didėja lėtinio streso įtaka ligų atsiradimui. Reikalinga nutukimo, žalingų įpročių kontrolė, sveikos mitybos, fizinio aktyvumo skatinimas, aiškinimas apie netinkamą gyvenimo būdą ir ligų sąsajas (Razbadauskas ir kt., 2011, p. 32). Pirminės profilaktikos širdies kraujagyslių ligų klinikinė praktika pabrėžia būtinybę imtis prevencinių priemonių dėl absoliučios koronarinės širdies ligos rizikos, o ne bet kokių atskirų ypatingų rizikos veiksnių, tokių kaip padidėjęs kraujo spaudimas ir (arba) cholesterolio kiekis, įvertinimo (Sarrafzadegan et al., 2017).

Daugelis įpročių giliai įaugę į asmens gyvenimo būdą ir, bandant pasiekti šių pokyčių, yra dažnai sunku bei reikalauja daug laiko ir pastangų. Įdomu tai, jog daug asmenų abejoja, ar nori pakeisti šiuos įpročius, nes jie paprastai malonūs, be to asmuo abejoja savo gebėjimu keistis. Vien konsultacijų teikimas vargu ar bus sėkmingas, tačiau yra įvairių metodų, taikomų bet kokiam elgesiui, pavyzdžiui, rūkymui, fiziniam neaktyvumui ir mitybai, kurie gali būti naudojami sveikatos stiprinimui, rizikos mažinimui ir išeminės širdies ligos prevencijai (Thompson et al., 2011, p. 1237).

*Nors yra ieškoma priemonių, mažinančių tradicinių rizikos veiksnių įtaką, pagrindinis iššūkis gerinant širdies ir kraujagyslių sveikatą - stengtis padėti asmenimis keisti elgesį, kuris yra potencialiai žalingas sveikatai.*

### 1.1.3. Netradicinių rizikos veiksnių apžvalga

Netradiciniai rizikos veiksniai yra tie, kuriems nėra prevencinių priemonių arba jų taikymas nekeičia rizikos veiksnio įtakos sveikatai. Vienas netradicinių rizikos veiksnių yra **genetika ir paveldėjimas**. Jis vaidina svarbų vaidmenį beveik visose širdies kraujagyslių ligose.

H. Fan Kee ir kt. (2016, p. 843) nurodo, jog šeimos istorija yra susijusi su padidėjusia rizika susirgti ŪKS jauname amžiuje. Susirgti ŪMI pacientui, turinčiam teigiamą šeimos istoriją, rizika yra didesnė dešimčia metų anksčiau, nei tiems, kurie neturi šeimos istorijoje sirgusiųjų širdies ligomis. Jauno amžiaus pacientai patvirtino šeimos istoriją ir tai sustiprino įsitikinimą, kad genetika yra svarbus rizikos veiksnys. Didelėmis pastangomis buvo siekiama suprasti širdies ir kraujagyslių ligų genus. N. Burokienė ir kt. (2013, p. 203) nurodo, jog prie netradicinių rizikos veiksnių priskiriamos tokios genetinės priežastys, kaip pirmos eilės giminių ankstyvos kardiovaskulinės ligos ir mirtys (vyrams iki 55 m., moterims iki 65 m.) bei paveldimas polinkis sirgti ateroskleroze, KŠL ar kitomis širdies ir kraujagyslių ligomis. E. J. Benjamin ir kt. (2017, p. 161) ištyrė, jog rizika susirgti širdies ligomis padidėja jei kuris nors iš šeimos narių yra sirgęs tokia liga. Tarp suaugusiųjų, vyresnių nei 20 metų, 12,2 proc. teigė, kad tėvai, broliai ar seserys turėjo širdies priepuolių ar sirgo krūtinės angina iki 50 metų amžiaus.

Manoma, jog vieni genetiniai variantai sąlygoja vainikinių kraujagyslių aterosklerozės vystymąsi, o kiti - aterosklerozinių plokštelių plyšimo ir ŪMI išsivystymą (Reilly et al., 2011, p. 390). Dalį ligų lemia vieno geno mutacijos, perduodamos iš kartos į kartą (monogeninės ligos), tačiau dauguma ligų vystosi dėl aplinkos ir paveldimų veiksnių sąveikos. Dažniausiai pasitaikantis vieno geno sutrikimas su padidėjusia KŠL rizika ankstyvame amžiuje yra šeimos hiperholesterolemija. Ji pasižymi širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimu ir sumažėjusiu metabolizmu (Claassen et al., 2012, p. 512).

N. Burokienė (2016) pažymi, jog per daugelį metų sukaupti duomenys įtikinamai rodo, kad šeimos anamnezė susijusi su KŠL. Lietuva priklauso didelės rizikos šalių grupei, kurioje aterosklerozė ir jos sukeltos kardiovaskulinės ligos įgavo sunkiai valdomos epidemijos mastą. Manoma, kad dažniausios KŠL formos yra daugiaveiksmės, ir yra daugelio genų variantų sąveikos padarinys, kuris veikia atskirai arba sąveikaudamas su aplinkos veiksniais. KŠL kilmė yra daugialypė, todėl nepakanka nustatyti kurį nors vieną rizikos veiksnį, būtina išsiaiškinti visus. Daugelio paplitusių širdies ir kraujagyslių ligų formų genomikos tyrimai yra nebaigti. Dažniausiai manoma, kad širdies ir kraujagyslių ligų formos yra daugiaveiksmės, įtraukiančios kelis genus ar aplinkos veiksnis. Apie 15 proc. visi ŪMI priskirtini prie paveldimų veiksnių nepriklausomai nuo kitų tradicinių rizikos veiksnių. Tyrimai tebevyksta, atrasti išsamūs genetiniai žymenys, prisidedantys prie ŪMI/KŠL patogeniškumo. Slaugytojams svarbu suprasti dabartinius pokyčius KŠL genomikoje todėl, kad tiksliai

informacija gali būti teikiama pacientams ir jų šeimos nariams, besidomintiems genetiniais tyrimais (Wung et al., 2013, p. 61). Dabartinis mokslininkų atradimas - KŠL genetinės rizikos variantai, kurie ateityje suteiks prasmingesnės pirminės prevencijos ir vilties toliau mažinti KŠL ir jos pasekmes. Dar reikia išsiaiškinti, ar pavyks 21-ajame amžiuje išspręsti problemą bandant pašalinti ar pastebimai sumažinti KŠL (Roberts, 2015, p. 171).

**Lytis** yra netradicinis rizikos faktorius diagnozei ir gydymui. Su lytimi susijęs suvokimas apie pavojų sveikatai ir tolesnį elgesį, susijusį su sveikata, pastebimas beveik kiekvienoje rasinėje ir etninėje grupėje. Vyrai dažnai rizikingai elgiasi rūkydami, neteisingai maitindamiesi, nesugeba sportuoti ir piktnaudžiauja alkoholiu, tuo tarpu moterys sveikatos atžvilgiu linkusios elgtis saugiau (Korin et al., 2013, p. 231). Vyrai turi didesnę riziką susirgti širdies ligomis, o moterims ši rizika padidėja po menopauzės. Dažnai manoma, kad vyrams didėja ŠKL rizika, nes jie elgiasi rizikingiau, pavyzdžiui, rūko ar vartoja alkoholį. Svarbu tai, kad moterys, kurios ėmėsi su vyro lytimi susijusio vaidmens, taip pat dažniau serga, ir tai susiję su vaidmeniu, su kuriuo moteris save tapatina (Morselliet al., 2016, p. 203).

Moterys turi mažesnę bendrą cholesterolio kiekį nei vyrai iki penktojo gyvenimo dešimtmečio. Be dislipidemijos, moterys po menopauzės taip pat sukaupia ir kitus rizikos veiksnius, įskaitant nutukimą ir hipertenziją, kurie gali būti susiję su lyties organų metaboliniais skirtumais, kuriuos sustiprina hormonų kaita. Diabetas, metabolinis sindromas, hipertenzija, nutukimas ir dislipidemija yra didesni rizikos veiksniai moterims nei vyrams. Tradiciniai širdies ligų rizikos veiksniai vaidina pagrindinį vaidmenį vystantis širdies ligoms moterims ir vyrams, tačiau tam tikrų rizikos veiksnių paplitimas tarp lyčių skiriasi, o kai kurie iš jų yra stipresni moterims. (Sanghavi, Gulati, 2015, p. 6). Moterims hormonų poveikis (estrogenas) sumažina susirgimų riziką. Kai lytis priskiriama prie ligos rizikos faktorių, nustatyta, kad moterys prieš menopauzę yra santykinai apsaugotos nuo ligų, susijusių su metaboliniu sindromu ir ŠKL lyginant su vyrais, kuriems būdingas tik amžius. Šis "seksualinis pranašumas" išnyksta po menopauzės, todėl visuotinai pripažinta, kad lytiniai hormonai, ypač estrogenai, apsaugo nuo metabolinio sindromo, estrogenų apsauginis poveikis yra susijęs su širdies ir kraujagyslių ligos rizika (Morselli et al., 2016, p. 203). Kanadoje atliktuose tyrimuose pastebėta, jog rizikos veiksnių paplitimas prisidėjo prie padidėjusio širdies ir kraujagyslių ligų jaunėjimo atveju. Pastaruoju metu suaugusieji, jaunesni nei 55 metų, sudaro beveik ketvirtadalį visų pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu. Manoma, kad šie jauni pacientai turi unikalią rizikos veiksnių charakteristiką, nes rūkymas, nutukimas ir paveldėjimas šeimos istorijoje yra didesnis nei vyresnių ŪKS pacientų (Choi et al., 2014, p. 109).

**Amžius.** Amerikos širdies asociacijos širdies ir kraujagyslių ligų statistikos duomenys 2016 m. parodė, kad šalyje yra 15,5 milijono vyresnių nei 20 metų amžiaus sergančiųjų KŠL. Buvo apskaičiuota, kad maždaug kas 42 sekundes amerikietis patirs miokardo infarktą. Koronariniai



susirgimai sudarė 33-65 proc. vyrams ir 28- 58 proc. moterims. Faktas, kad krūtinės angina buvo dažnesnė vyrams nei moterimis, buvo mažai akivaizdus (Sanchis-Gomar et al., 2016, p. 2).

Nors vyrų ir moterų mirtingumas dėl ūMI sumažėjo, tyrimai parodė didelę lytinę ir amžiaus sąveiką ir ankstyvą mirtingumą, taigi, moterys iki 75 metų dažniausiai miršta nuo ūMI. Moterims, kurioms būdingi ūMI požymiai ir simptomai, ir toliau vėluoja reperfuzijos laikas ir kyla daugiau procedūrinių komplikacijų. Panašūs tyrimai buvo padaryti dėl ūMI pagal rasę ir tautybę, didesnę riziką susirgti turi juodaodžiai, lotynų amerikiečiai, kinų ir japonų populiacijos. (Rodriguez et al., 2015, p. 2). Jungtinėse Amerikos Valstijose kasmet daugiau nei 30 000 moterų, jaunesnių nei 55 metų, yra hospitalizuojamos su ūmiu miokardo infarktu ( Gupta et al., 2014, p. 344). Maždaug 5-10 proc. ūKS atvejų pasitaiko jaunesniems nei 45 metų žmonėms. Svarbiausi ūKS rizikos veiksniai jauniems pacientams yra paveldimumas, rūkymas, dislipidemija ir nutukimas. Paprastai pacientams, kurių šeimos anamnezėje yra KŠL, rizikos veiksniai yra dislipidemija, ↓DTL-ch, atsparumas insulinui ir nutukimas; tai sustiprina bendros genetinės sąsajos teoriją (Norsa'adah, Che-Muzaini 2018, p. 42).

*Apibendrinant galima teigti, kad dažnai netradiciniai rizikos veiksniai persipina tarpusavyje ir vienas kitą papildo. Didžiausią įtaką širdies ligų išsivystymui turi kelių rizikos veiksnių sąveika vienu metu. Svarbu įvertinti, ar yra reikšmingų skirtumų tarp lyčių ar amžiaus grupių ir stebėti pokyčius.*

## II. EMPIRINĖ DALIS

### 2.1. Tyrimo metodika

Šiuo tyrimu siekiama išanalizuoti pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, informuotumą apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius ir sąsajas su demografiniais veiksniais, sveikatos problemomis, subjektyviomis priežastimis. Mokslinės literatūros apie pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, informuotumo apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius, rinkimas ir analizė buvo atlikta 2018 lapkričio – 2019 sausio mėnesiais. Tyrimas buvo atliekamas Klaipėdos ligoninėje, teikiančioje antrinio lygio paslaugas. Tyrime dalyvavo pacientai, sergantys ūminiu koronariniu sindromu ir tyrimo laikotarpiu gydęsi ligoninėje. Duomenų analizei naudotas statistinis programų paketas „SPSS 17.0.1 for Windows“.

**Teorinis tyrimo pagrindimas.** Darbo teoriniam pagrindimui pasirinktos dvi teorijos: Ligų priežasčių teorija - priežastinio ryšio voratinklis ir Sveikatos įsitikinimų modelis.

*Ligų priežasčių teorija - priežastinio ryšio voratinklis.* Gali būti daug veiksnių, kurie paaiškina ligos padarytą žalą. Jie kaip grandinė susiję vienas su kitu, todėl ir pavadinta „priežastinio ryšio voratinkliu“. Jau seniai pastebėta, kad lėtinių ligų, tokių, kaip širdies kraujagyslių, onkologinių ir kt. atsiradimui reikšmės turi daug įvairių veiksnių, kurie susiję vienas su kitu. Širdies ligoms atsirasti gali turėti reikšmės: aterosklerozė, diabetas, hipertenzija, netaisyklinga mityba, nutukimas, mažas fizinis aktyvumas, rūkymas, emocinis stresas ir pan. Galima stengtis paveikti tradicinius rizikos veiksnius, kad išvengtume, sumažintume riziką mokydami pacientus, informuodami, kaip saugoti savo sveikatą (Pukinskienė, 2011, p. 112).

*Sveikatos įsitikinimų modelis.* Jis aiškina žmonių elgesį susirgus ar esant ligos rizikai, taip pat padeda prognozuoti sveikatą apsaugančią elgseną medikų rekomendacijų atžvilgiu (angl. *Health Belief Model – HBM*). Jis buvo sukurtas 1950 m. grupės JAV Visuomenės sveikatos tarnybos socialinių psichologų Hochbaum G., Rosenstock I. M. ir Kegels S. Tikslas buvo pagerinti visuomenės naudojimąsi profilaktinių priemonių paslaugomis. Autorių nuomone, žmogaus elgsenos pokyčiai priklauso nuo asmeninių galimybių vertinimo ir pokyčių naudos. Modelyje pabrėžiama, kad žmogaus elgesį dažniausiai lemia padariniai. Rizikos suvokimas ir įvertinimas yra svarbiausias veiksnys praktiškai taikant šį modelį. Tam turi įtakos asmeninė patirtis, galėjimas valdyti situaciją ir supratimas, kad liga gali būti pavojinga ir baigtis sunkiomis komplikacijomis ar net mirtimi. Sveikatos įsitikinimų modelyje akcentuojama, kad žmogui reikia postūmio keisti elgseną ar priimti su sveikata susijusius sprendimus, pačiam dalyvauti valdant rizikos veiksnius (Pukinskienė, 2011, p. 114).

### 2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Formuojant šio tyrimo imtį, buvo pasirinktas netikimybinės patogiosios, tikslinės imties atrankos būdas. Buvo išdalinta 230 anketų, grįžo 220 anketos, bet iš jų buvo 13 visiškai neužpildytos, o 8 blogai užpildytos, buvo visiškai neaiškūs atsakymai. Anketų grįžtamumas – 86,5 proc. Tyrime dalyvavo 199 pacientai nuo 18 metų iki 86 metų, sergantys ŪKS ir po atlikto koronarografijos tyrimo ir/ar atliktos perkutaninės koronarinės intervencijos. Amžiaus vidurkis  $63,71 \pm 11,27$  metų. Respondentų atrankos kriterijai:

- pacientai serga ūminiu koronariniu sindromu,
- tyrimo laikotarpiu gydos ligoninėje,
- savo noru sutinka dalyvauti tyrime,
- supranta lietuviškai.

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) siūlo suaugusio žmogaus gyvenimo amžiaus tarpsnius skirstyti į tokias grupes: iki 44 metų – jaunas; 45–59 metai – vidutinis amžius; 60–74 metai – pagyvenęs; 75–90 metų – senas; 90 metų ir daugiau – ilgaamžis.

Atliktame tyrime apie pusę tiriamųjų (47,7 proc.) sudarė 60-74 amžiaus asmenys, kitą didesnę grupę (30,7 proc.) sudarė 45-59 metų asmenys. Vyresnių nei 74 metų buvo 18,6 proc. tiriamųjų, o 3,0 proc. jaunesnių nei 45 metų.

Vyrai sudarė 64,8 proc., o 35,2 proc. – moterys. Tiriamųjų išsilavinimas įvairus, bet daugiausia iš jų (59,7 proc.) turėjo vidurinį/spec.vidurinį išsilavinimą. Trečdalis (34,7 proc.) tiriamųjų turėjo aukštąjį išsilavinimą, o pradinį išsilavinimą tik nedidelė dalis (6,5 proc.). Dauguma (61,3 proc.) tiriamųjų buvo nedirbantys – iš jų 45,2 proc. buvo pensininkai, 2,5 proc. – pensininkai, turintys neįgalumą, 3,5 proc. – bedarbiai ir 10,1 proc. – neįgalūs (1 lentelė).

Pagal gretutines ligas tiriamieji pasiskirstė taip: apie du trečdalius (67,8 proc.) tiriamųjų sirgo arterine hipertenzija, daugiau nei trečdalis (38,7 proc.) – dislipidemija, cukriniu diabetu sirgo 22,1 proc. (dauguma (20,1 proc.) sirgo II tipo cukriniu diabetu). Vieną gretutinę ligą turėjo 41,2 proc., dvi – apie trečdalis (33,2 proc.), tris – 7,0 proc. tiriamųjų. Išvardintomis ligomis nesirgo 18,6 proc. apklaustų pacientų (1 lentelė).

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal socialinius-demografinius rodiklius ir gretutines ligas

<b>Rodikliai</b>	<b>N=199</b>
Amžius (m.), M±SD	63,71±11,27
Amžius, n(proc.):	
Iki 45 m.	6(3,0%)
45-59 m.	61(30,7%)
60-74 m.	95(47,7%)
75-90 m.	37(18,6%)
Lytis, n(proc.):	
Vyrai	129(64,8%)
Moterys	70(35,2%)
Išsilavinimas, n(proc.):	
Pradinis	13(6,5%)
Vidurinis	58(29,1%)
Spec. vidurinis (profesinis)	59(29,6%)
Aukštasis	69(34,7%)
Socialinė padėtis, n(proc.):	
Dirbantys	64(32,2%)
Dirbantys, neįgalūs	6(3,0%)
Dirbantys, pensininkai	5(2,5%)
Dirbantys, pensininkai, neįgalūs	2(1,0%)
Pensininkai	90(45,2%)
Pensininkai, neįgalūs	5(2,5%)
Bedarbiai	7(3,5%)
Neįgalūs	20(10,1%)
Gretutinės ligos, n(proc.):	
Arterinė hipertenzija	135(67,8%)
Cukrinis diabetas	44(22,1%)
Dislipidemija	77(38,7%)
Gretutinių ligų skaičius, n(proc.):	
Neserga	37(18,6%)
1 liga	82(41,2%)
2 ligos	66(33,2%)
3 ligos	14(7,0%)

### 2.1.2. Tyrimo metodai

1. Mokslinės literatūros analizė. Duomenų bazės, kuriomis buvo naudojamosi analizuojant mokslinę literatūrą ir gautus tyrimo rezultatus: MEDLINE, Health Source: Nursing/ Academic Edition, Scholar Google, EBSCO Publishing. Raktiniai paieškos žodžiai: ūminis koronarinis sindromas, tradiciniai rizikos veiksniai, netradiciniai rizikos veiksniai, koronarinė širdies liga, informuotumas.

2. Kiekybinis tyrimas. Pagrindinė kiekybinio tyrimo paskirtis - objekto požymių aiškinimasis ir siekimas pagrįsti tyrimą duomenimis. Anketinė apklausa yra populiariausia ir dažniausiai taikoma kiekybinio tyrimo forma. Šis tyrimo metodas pasirinktas, nes:

1. Galima apklausti daug respondentų per trumpą laiką vienoje vietoje;
2. Anketos anoniminės, todėl drąsiau galima pareikšti asmeninę nuomonę;
3. Dalyvauja pacientai, suprantantys lietuvių kalbą ir galintys lietuviškai skaityti ir rašyti;
4. Duomenis galima susisteminti panaudojant naujausias informacines sistemas (Mockienė ir kt. 2014, p. 44).

### 2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimui atlikti buvo pasirinkta anketinė apklausa. Duomenų analizei atlikti naudotas statistinis programų paketas „SPSS 17.0.1 for Windows“. Tikrintas intervalinių kintamųjų pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį naudojant *Kolmogorov'o-Smirnov'o* testą bei įvertinant asimetrijos ir eksceso rodiklių dydžius. Visų intervalinių kintamųjų pasiskirstymas atitiko normalumo dėsnį. Intervalinių kintamųjų duomenys pateikti vidurkis  $\pm$  standartinis nuokrypis ( $M \pm SD$ ), ranginių – vidurkis (mediana) ( $M(Me)$ ), nominalinių – atvejų skaičius (procentai) ( $n(\%)$ ). Dviejų nepriklausomų grupių intervalinių požymių palyginimui naudotas *neporinis Stjudent'o* kriterijus ( $t$ ). Daugiau nei dviejų nepriklausomų grupių intervalinių požymių, turinčių normalųjį pasiskirstymą, palyginimui naudotas *One-WayANOVA* ( $F$ ) metodas su daugiapartiniu *Post Hos* palyginimu taikant *LSD* kriterijų. Požymių pasitaikymo dažnumo skirtumams vertinti naudotas *Chi-kvadrato* ( $\chi^2$ ) kriterijus. Analizuojant požymių tarpusavio ryšius naudoti *Pearson'o* ( $r$ ) ir *Spearman'o* ( $r$ ) koreliacijos metodai. Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai  $p < 0,05$  - reikšminga (\*); kai  $p < 0,01$  - labai reikšminga (\*\*); kai  $p < 0,001$  - itin reikšminga (\*\*\*) ir kai  $p > 0,05$  (ns) – statistiškai nereikšminga. Klausimynų vidinis patikimumas vertintas kiekvienai skalei apskaičiavus Cronbach'o Alfa koeficientą, kuris rodo skalės vidinį suderinamumą (angl. *internal consistency*). Cronbach'o Alfa koeficiento reikšmė iki 0,60 rodo žemą klausimyno homogeniškumą, nuo 0,60 iki 0,70 – pakankamą ir nuo 0,70 iki 0,90 – aukštą homogeniškumą.

Anketa matuoja demografinius duomenis, galimas ligos priežastis ir informuotumą apie širdies kraujagyslių ligą. Iš pateiktų atsakymų variantų reikia pasirinkti tinkamiausią. Instrumentas sudarytas iš trijų dalių.

*I dalis:* Šią dalį, kuri susideda iš šešių klausimų, sudarė darbo autorė. Tai keturi klausimai apie demografinius duomenis (amžius, lytis, išsilavinimas, socialinė padėtis) ir kiti du klausimai: penktas klausimas apie dažnus tradicinius rizikos veiksnius (galimos ligos) ir atviras septintas klausimas, kuriame prašoma parašyti tris svarbiausius rizikos veiksnius, kurie galėjo sukelti žalą sveikatai. Atviri klausimai leidžia išreikšti respondentui savo nuomonę.

*II dalis:* Naudota *Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) instrumento dalis apie galimas ligos priežastis. Gavus autorių sutikimą, taikyta dvigubo vertimo technika iš anglų kalbos. Tai 18

teiginių apie galimas ligos priežastis, kurios atspindi asmeninę paciento nuomonę, o ne gydytojo ar šeimos narių nurodomas priežastis. *Ligos priežasčių suvokimo skalė* susideda iš 18 galimų ligos priežasčių. Matuojant nuostatas, įsitikinimus ir nuomones naudota Likerto skalė. Pagal šią skalę respondentai išreiškia savo požiūrį į pateiktus teiginius (Mockienė ir kt. 2014, p. 49). Tiriamųjų buvo prašoma pasirinkti vieną iš penkių atsakymo variantų, labiausiai atspindintį jų nuomonę apie galimą ligos priežastį. Galimi atsakymo variantai: nesutinku (1), iš dalies nesutinku (2), abejoju (3), iš dalies sutinku (4), sutinku (5).

2 lentelė. Ligos priežasčių suvokimo skalių (IPQ-R) vidinis patikimumas

Skalės	Klausimų skaičius	Cronbach'o Alfa
Bendras ligos priežasčių suvokimas	18	0,84
Psichologiniai aspektai	6	0,71
Rizikos veiksniai	7	0,70
Imunitetas	3	0,56
Atsitiktinumas	2	0,32

Visos ligos priežasčių suvokimo skalės vidinis suderinamumas yra pakankamai aukštas – Cronbach'o Alfa 0,84. Ligos priežastys suskirstytos į keturias grupes: psichologiniai aspektai, rizikos veiksniai, imunitetas ir atsitiktinumas. Patikrintas jų vidinis suderinamumas įvertinant jų Cronbach'o Alfa koeficientus (2 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad *Psichologinių aspektų* (stresas/nerimas, neigiamas gyvenimo vertinimas, rūpesčiai šeimoje, per didelis darbo krūvis, emocinė būseną, asmenybės bruožai) (Cronbach'o Alfa 0,71) ir *Rizikos veiksnių* (paveldėjimas, mityba, netinkama medicininė priežiūra praeityje, paties asmens elgesys savo sveikatos atžvilgiu, senėjimas, alkoholio vartojimas, rūkymas) (Cronbach'o Alfa 0,70) skalių vidinio suderinamumo koeficientai yra pakankamai aukšti.

*Imuniteto* (mikrobai/virusai, aplinkos užterštumas, susilpnėjęs imunitetas) (Cronbach'o Alfa 0,56) ir *Atsitiktinumo* (atsitiktinumas ar nesėkmė, avarija ar sužeidimas) (Cronbach'o Alfa 0,32) skalių vidinio suderinamumo koeficientai yra mažesni už 0,6 (Moss-Morris et al., 2002. p. 6), tačiau kai kurie autoriai teigia, kad toks koeficientas gali būti priimtinas, jei skalę sudaro nedaug klausimų (Jenkinson et al., 1996). Mūsų atveju *Imuniteto* skalę sudaro 3 klausimai, o *Atsitiktinumo* – 2 klausimai (2 lentelė). Buvo apskaičiuoti ligos priežasčių suvokimo skalių apibendrinti rodikliai – tai atskirų skalės klausimų balų vidurkis, kur didesnis balas atskleidžia tiriamojo nuomonę apie tai, kad ta priežasčių grupė galėjo sąlygoti ligos atsiradimą.

*III dalis:* Informuotumo apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius klausimynas *Heart Disease Fact Questionnaire* (HDFQ) iš 25 klausimų. Gavus autorių sutikimą, taikyta dvigubo vertimo technika iš anglų kalbos. Instrumentas skirtas pacientų informuotumo apie širdies kraujagyslių ligos

rizikos veiksnius įvertinimui, kuris gali būti naudojamas moksliniais ir klinikiniais tikslais. HDFQ instrumentas yra 25 teiginių kognityvinė priemonė, skirta informuotumui apie širdies ligų rizikos veiksnius iširti. HDFQ instrumentas klausia apie riziką apskritai, o ne apie individualią respondento riziką. Instrumento teiginių patikimumas buvo iširtas naudojant Kuderio-Ričardsono-20 formulę kaip vidinio nuoseklumo indikatorių, kurio koeficientas 0,77, rodantis instrumento patikimumą. Patikimumą rodo vidinio suderinamumo koeficientas Cronbacho alfa, o dichotominių skalių atveju taikomas Kuderio ir Richardsono koeficientas. Naudojami dichotominiai klausimai – tokie, į kuriuos galima atsakyti tik „Taip“ arba „Ne“. Taip pat šie klausimai bus išplėsti papildomu atsakymu: „Nežinau/Nesu įsitikinęs“. Norint gauti bendrą balą, reikia suskaičiuoti visus teisingus atsakymus ir padauginti iš 4. Maksimalus galimas rezultatas yra 100 taškų. Pavyzdžiui, jei žmogus turi 20 teisingų atsakymų:  $20 \times 4 = 80$ . Šis asmuo gavo 80 balų. "Nežinau/Nesu įsitikinęs" atsakymai laikomi neteisingais (Wagner et al., 2006; Wagner et al., 2005; Wagner et al., 2005).

Klausimynas parodė pakankamai aukštą vidinį suderinamumą (žino (1)/nežino (0)) - Cronbach'o Alfa 0,78. Reikia pažymėti, kad šiame klausimyne nemaža dalis teiginių (10 teiginių) yra susijusių su cukriniu diabetu. Nustatyta, kad informuotumo apie rizikos veiksnius, susijusiu su cukriniu diabetu, skalė pasižymėjo aukštu vidiniu suderinamumu (Cronbach'o Alfa 0,81), o informuotumo, susijusio su kitais veiksniais – pakankamu (Cronbach'o Alfa 0,67). Apskaičiuotas bendro informuotumo suminis rodiklis, kuris galėjo įgyti reikšmes nuo 0 iki 25 balų bei atskirų jo skalių, susijusių su bendriniais veiksniais ir cukriniu diabetu informuotumo rodiklis. Kuo didesnis balas tuo geriau tiriamasis buvo informuotas apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius.

#### 2.1.4. Tyrimo procesas/ eiga

Tyrimas buvo atliekamas nuo 2017 metų spalio mėn. iki 2019 gegužės mėn. šiais etapais:

**I etapas.** Temos pasirinkimas – tema pasirinkta, nes yra aktualu išsiaiškinti pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, informuotumą apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius. Trukmė: 2017 m. spalio.

**II etapas.** Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas – mokslinės literatūros rinkimas, kuria remiantis kuo išsamiau išanalizuoti su magistro darbo tema susijusias publikacijas – pacientų, sergančių ŪKS, informuotumą apie rizikos veiksnius. Išanalizuotos ir apibendrintos publikacijos. Šaltinių buvo ieškoma duomenų bazėse: (*EBSCO, Medline ir kt.*), moksliniuose žurnaluose. Moksliniai straipsniai buvo atrenkami pagal temos aktualumą, naujumą, analizuojamų tyrimų kokybę. Raktiniai žodžiai, naudoti paieškai: *ūminis koronarinis sindromas, koronarinė širdies liga, aterosklerozė, diabetas, metabolinis sindromas, informuotumas*. Mokslo šaltinių rinkimas,

analizė ir ataskaitos vyko nuolat viso darbo rašymo metu. Trukmė: 2017 m. sausio - 2019 m. gegužės mėnesiai.

**III etapas.** Tyrimo plano rengimas ir instrumento paieška/sudarymas. Pasirinkti du klausimynai, kuriais siekta išanalizuoti pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, informuotumą apie rizikos veiksnius. Iškelti tikslai ir uždaviniai, kurie padėjo numatyti kiekybinio tyrimo atlikimo tinkamumą. Tyrimui atlikti gauti reikalingi leidimai iš Klaipėdos universiteto sveikatos mokslų fakulteto slaugos katedros komisijos ir Klaipėdos ligoninės, teikiančios antrinio lygio paslaugas, vadovo. Trukmė: 2017 m. spalio - 2018 m. lapkritis.

**IV etapas.** Tyrimo duomenų rinkimas. Gavus leidimus atlikti tyrimą, išdalinta 230 anketų. Su visais pacientais, tyrimo laikotarpiu besigydančiais ligoninėje, suderinta, kada anketos bus surenkamos. Gražinos 199 tinkamos anketos, kurios buvo naudojamos rezultatams gauti. Trukmė: 2018 m. lapkritis - 2018 m. gruodis.

**V etapas.** Tyrimo rezultatų analizė. Trukmė: 2019 m. sausis - 2019 m. kovas.

**VI etapas.** Tyrimo rezultatų palyginimas – atlikto tyrimo gauti rezultatai lyginami su panašiais Lietuvoje bei užsienyje ankščiau atliktų tyrimų rezultatais. Trukmė: 2019 m. vasaris - 2019 m. balandis.

**VII etapas.** Išvadų ir rekomendacijų parengimas – išvados suformuluotos atsižvelgiant į iškeltus uždavinius. Pagal atlikto tyrimo rezultatus suformuluotos rekomendacijos pacientams, sergantiems ūminiu koronariniu sindromu. Trukmė: 2019 m. kovas - 2019 m. gegužis.

**VIII etapas.** Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas. Trukmė: 2019 m. balandis - 2019 m. gegužis.

### 2.1.5 Tyrimo etika

Siekiant nepažeisti tyrimo etikos principų buvo kreiptasi į Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisiją dėl leidimo atlikti apklausą. Etikos komisija raštu patvirtino anketinei apklausai paruoštą klausimyną, pritarė magistro baigiamojo darbo tyrimo atlikimui ir, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto vardu, raštu kreiptasi į įstaigos, kurioje planuota atlikti tyrimą, vadovą, su prašymu leisti įstaigoje atlikti magistro baigiamojo darbo tyrimą. Gavus įstaigos vadovo sutikimą raštu, pradėtas tyrimas.

Biomedicininiai žmonių tyrimai atliekami siekiant pagerinti ligų diagnostiką, gauti geresnius gydymo rezultatus, rasti veiksmingesnes ligų profilaktikos priemones ir sukaupti daugiau žinių apie ligos pradžios bei eigos organizme priežastis. Etinis ir teisinis mokslinių biomedicininų tyrimų reglamentavimas tampa neatsiejama šiuolaikinio mokslo dalimi. Lietuva yra viena iš nedaugelio Europos valstybių, kurioje biomedicininis tyrimus reglamentuoja atskiras Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymas, įsigaliojęs 2001 m. (Balsienė, 2008, p. 44). Iš Hipokrato



priesaikos yra kilę pagrindiniai medicinos etikos principai. Helsinkio deklaracija – pagrindinis dokumentas, kuriuo remiantis buvo sukurti žmonių, dalyvaujančių biomediciniuose tyrimuose, etinės apsaugos pagrindai. Deklaracija buvo paskelbta 1964 m. ir peržiūrėta 1975 m. ir 2000 m. Joje aiškinami bendrieji etikos principai – autonomiškumas, privatumas, konfidencialumas, nežalingumas. *Autonomiškumo principas* - suteikiama visa informacija apie dalyvavimą moksliniame tyrime ir laisvą valią dalyvauti ar nedalyvauti tyrime. *Anonimiškumo principas* – kiekvieno tyrėjo pareiga saugoti duomenų anonimiškumą. *Konfidencialumo principas* – garantuojamas konfidencialumas ir pažadų laikymasis. *Nežalingumo principas* – sąžiningas gautų duomenų pateikimas (Mockienė ir kt. 2014, p. 65).

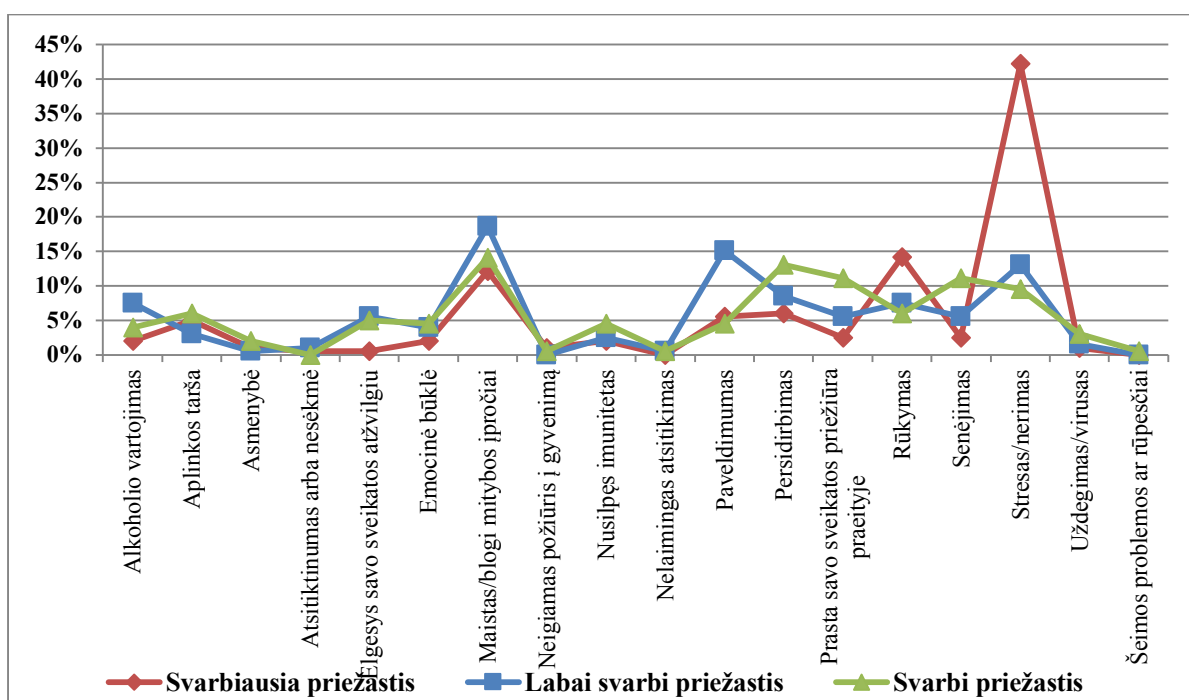
Atliekant tyrimą vadovujamasi visais tyrimų etikos standartais – anonimiškumu, konfidencialumu, savanoriškumu, privačiu dalyvavimu, t.y. tiriamieji buvo perspėti, kad turi teisę tyrime nedalyvauti ir/ar bet kuriuo metu atsisakyti dalyvavimo jame. Tyrimo dalyviams akcentuojama atsakymų svarba. Respondentams paaiškintas tyrimo tikslas, t.y. ką atliekant šį tyrimą norima sužinoti ir kokia tyrimo nauda. Tyrimo dalyviams anonimiškumą garantavo tai, jog tyrimo instrumentas buvo be vardų ir pavardžių, be to, kiekvienam respondentui klausimynas įdėtas į atskirą voką, o užpildytas gražintas jau užklijuotame voke.

## 2.2. Tyrimo rezultatai

### 2.2.1. Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, subjektyvių susirgimo priežasčių sąsajos su demografiniais veiksniais

Ligos suvokimas yra subjektyvi ligonio pozicija jo paties ligos atžvilgiu. Ligos suvokimas nėra momentinė reakcija, tai yra procesas ir šiame procese veikia bei sąveikauja daug faktorių. Kalbant apie ligos suvokimą, svarbu tai, jog jis apima kelias suvokimo dimensijas: tapatumo, eigos laike, priežasčių, pasekmių ir kontrolės. Priežasčių dimensija – asmens tikėjimas, kad ligą sukėlė tam tikros priežastys bei savo atsakomybės suvokimas ligos išsivystymo procese. Ligos priežastys suskirstytos į keturias grupes: psichologiniai aspektai, rizikos veiksniai, imunitetas ir atsitiktinumas.

Šiame darbe buvo nagrinėjamas ligos priežasčių suvokimas. Tyrimo metu tiriamųjų buvo paprašyta įvardinti tris svarbiausius veiksnius, darančius žalą jų sveikatai.



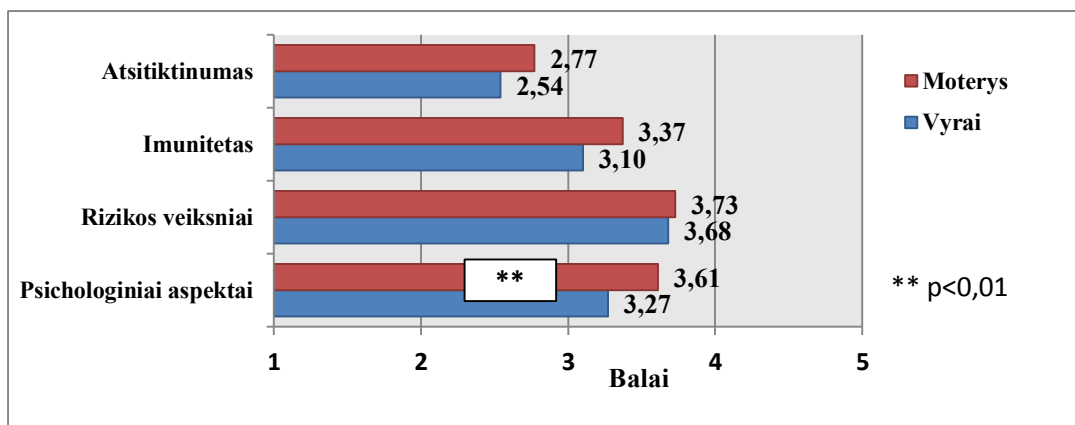
1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal trijų svarbiausių ligos priežasčių išskyrimą

Išanalizavus tiriamųjų nuomonę apie svarbiausias jų ligos priežastis nustatyta, kad stresas/nerimas daugumai (42,2 proc.) buvo pati svarbiausia, 13,1 proc. – labai svarbi ir 9,5 proc. - svarbi ligos priežastis. Svarbiomis ligos priežastimis taip pat buvo maistas ar blogi mitybos įpročiai (kaip svarbiausią ligos priežastį nurodė 12,1 proc. tiriamųjų, labai svarbią – 18,6 proc. ir svarbią – 14,1 proc.), rūkymas (kaip svarbiausią ligos priežastį nurodė 14,2 proc. tiriamųjų, labai svarbią – 7,5 proc. ir svarbią – 6,0 proc.), pavaldėjimas (kaip svarbiausią ligos priežastį nurodė 5,5 proc. tiriamųjų, labai svarbią – 15,1 proc. ir svarbią – 4,5 proc.). Persidirbimas (13,1 proc.) ir senėjimas (11,1 proc.) kaip ligos priežastys dažniau buvo dedamos į trečią poziciją (1 pav.).

3 lentelė. Ligos priežasčių suvokimo skalių ir jų dedamųjų vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje

Skalės	Priežastys	M±SD M(Me)
Psichologiniai aspektai		<b>3,39±0,89</b>
	Stresas arba nerimas	4,15(5)
	Persidirbimas	3,81(4)
	Šeimos problemos ar rūpesčiai	3,38(4)
	Emocinė būklė	3,34(4)
	Neigiamas požiūris į gyvenimą	2,83(3)
	Asmenybė	2,81(3)
Rizikos veiksniai		<b>3,70±0,84</b>
	Maistas ar blogi mitybos įpročiai	3,88(4)
	Senėjimas	3,86(4)
	Prasta savo sveikatos priežiūra praeityje	3,80(4)
	Elgesys savo sveikatos atžvilgiu	3,76(4)
	Paveldimumas	3,70(4)
	Rūkymas	3,56(4)
	Alkoholio vartojimas	3,33(4)
Imunitetas		<b>3,19±1,00</b>
	Aplinkos tarša	3,57(4)
	Nusilpęs imunitetas	3,24(3)
	Uždegimas ar bavirusas	2,76(3)
Atsitiktinumas		<b>2,62±1,16</b>
	Nelaimingas atsitikimas ar sužeidimas	2,69(3)
	Atsitiktinumas arba nesėkmė	2,56(3)

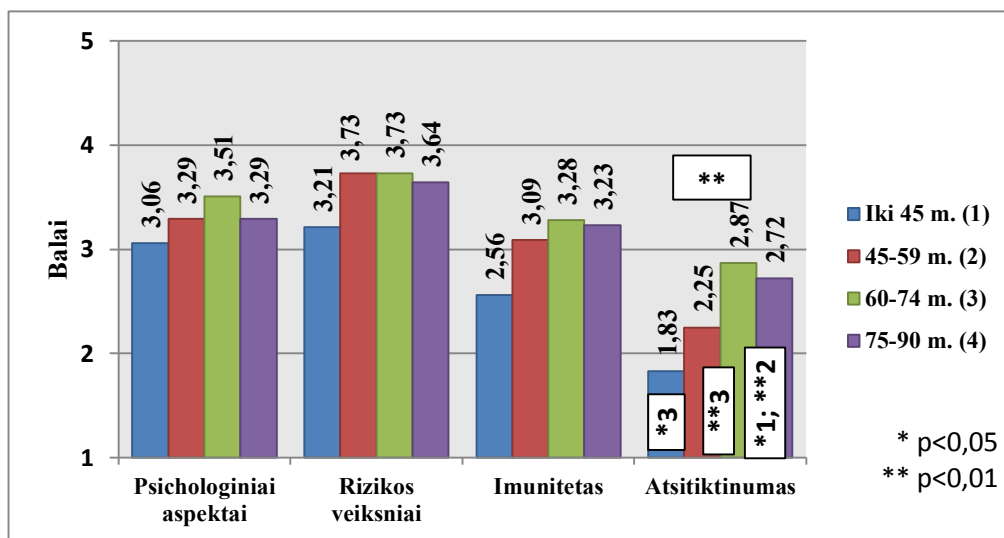
Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji savo ligos priežastis labiausiai tapatino su rizikos veiksniais (3,70±0,84 balų) ir psichologiniais aspektais (3,39±0,89 balų); mažiausiai tapatino su atsitiktinumu (2,62±1,16 balų) ar imunitetu (3,19±1,00 balų). Nors daugumos tiriamųjų nuomone jų ligos priežastis buvo stresas arba nerimas (4,15(5) balų) bei persidirbimas (3,81(4) balų), tačiau kiti psichologiniai aspektai buvo vertinami žemiau nei rizikos veiksniai. Dažniausiai, tiriamųjų nuomone, jų ligos priežastys buvo susijusios su tokiais rizikos veiksniais kaip maistas ar blogi mitybos įpročiai (3,88(4) balų), senėjimas (3,86(4) balų), prasta savo sveikatos priežiūra praeityje (3,80(4) balų), elgesys savo sveikatos atžvilgiu (3,76(4) balų), paveldimumas (3,70(4) balų), rūkymas (3,56(4) balų) (3 lentelė).



Taikytas Stjudent'o kriterijus (t)

2 pav. Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų lyties

Tikrinome, ar sergančių ūminiu koronariniu sindromu vyrų ir moterų ligos priežasčių suvokimas skiriasi. Buvo atliktas ligos priežasčių suvokimo skalių (psichologinių aspektų, rizikos veiksnių, imuniteto ir atsitiktinumo) vidurkių palyginimas. Tyrimo rezultatai parodė, jog ligos priežasčių, susijusių su psichologiniais aspektais, vertinimai tarp vyrų ir moterų reikšmingai skyrėsi – moterys juos žymiai dažniau tapatino su savo ligos priežastim nei vyrai (moterų grupėje  $3,61 \pm 0,81$  balų ir vyrų grupėje  $3,27 \pm 0,92$ :  $t = -2,68$   $p = 0,008$ ). Rizikos veiksnių, imuniteto ir atsitiktinumo vertinimai tarp vyrų ir moterų reikšmingai nesiskyrė (2 pav.).

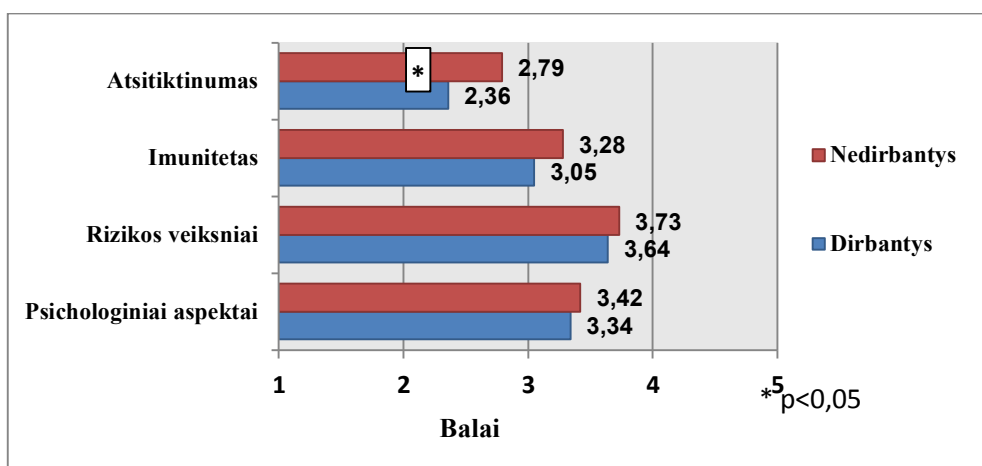


Taikytas One-Way ANOVA (F) metodas

3 pav. Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus

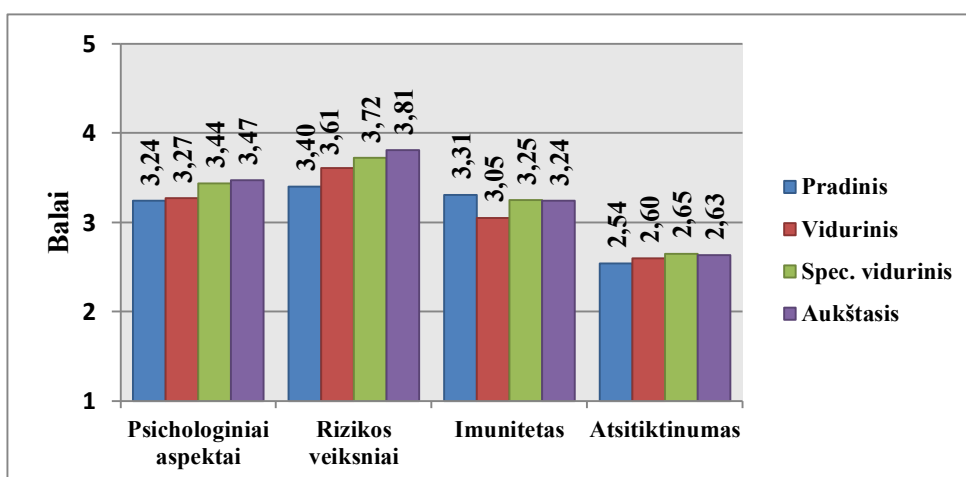
Analizuojant sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu ligos priežasčių suvokimą priklausomai nuo jų amžiaus nustatyta, kad psichologinius aspektų, rizikos veiksnių ir imuniteto vertinimai tarp skirtingų amžiaus grupių reikšmingai nesiskyrė. Nustatytas reikšmingas atsitiktinumo vertinimo skirtumas - pagyvenę (60-74 metų) tiriamieji atsitiktinumą vertino aukščiau nei kitų amžiaus grupių tiriamieji, ypač lyginant su jaunesniais (iki 45 metų ir 45-59 metų) tiriamaisiais (iki 45 metų (1)  $1,83 \pm 0,93$  balų, 45-59 metų (2)  $2,25 \pm 1,08$  balų, 60-74 metų  $2,87 \pm 1,13$  balų (3) ir 75-90 metų  $2,72 \pm 1,21$  balų (4):  $F = 4,82$   $p = 0,003$ :  $p_{1:3} = 0,029$ ;  $p_{2:3} = 0,001$ ) (3 pav.).

Psichologinių aspektų, rizikos veiksnių ir imuniteto vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų darbinės padėties reikšmingai nesiskyrė. Tyrimo rezultatai parodė, jog ligos priežasčių, susijusių su atsitiktinumu, vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų darbinės padėties reikšmingai skyrėsi – nedirbantys atsitiktinumą vertino žymiai aukščiau nei dirbantys (dirbančių grupėje  $2,36 \pm 1,17$  balų ir nedirbančių grupėje  $2,79 \pm 1,12$ :  $t = -2,52$   $p = 0,013$ ) (4 pav.)



Taikytas Stjudent'o kriterijus (t)

4 pav. Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų darbinės padėties



Taikytas One-Way ANOVA (F) metodas

5 pav. Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų išsilavinimo

Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu ligos priežasčių skalių vertinimai priklausomai nuo jų išsilavinimo reikšmingai nesiskyrė (5 pav.).

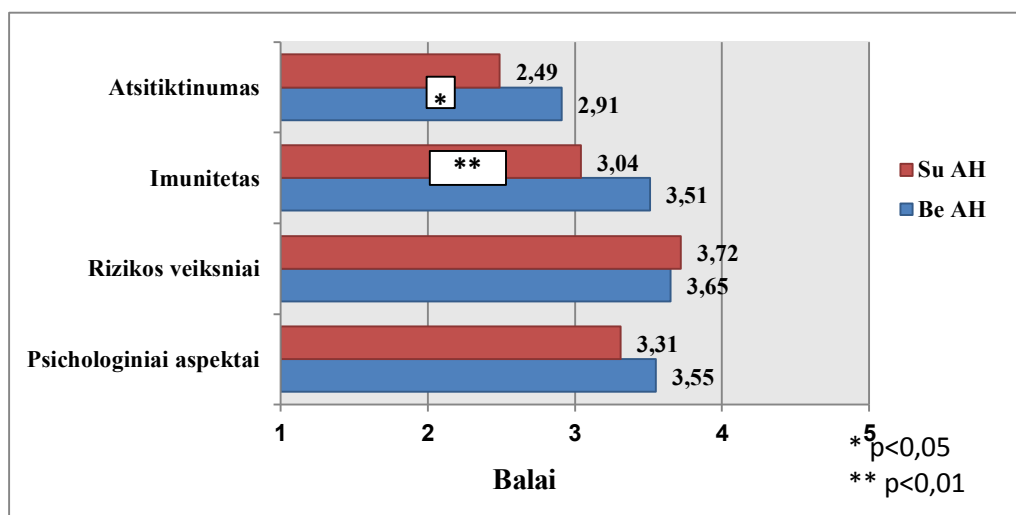
4 lentelė. Ligos priežasčių atsitiktinumo skalės vertinimai priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus ir darbinės padėties

Atsitiktinumas	Grupės	Iki 45 m.	45-59 m.	60-74 m.	75-90 m.	p	p	
		1	2	3	4		1:3	2:3
	Dirbantys	2,00±0,87	2,24±1,10	2,59±1,31	2,50±1,50	0,612	0,413	0,225
Nedirbantys	1,67±1,15	2,29±1,08	2,99±1,04	2,74±1,21	<b>0,035</b>	<b>0,044</b>	<b>0,022</b>	
	<b>p</b>	0,711	0,859	0,171	0,814			

Taikyti One-Way ANOVA (F) metodas ir Stjudent'o kriterijus (t)

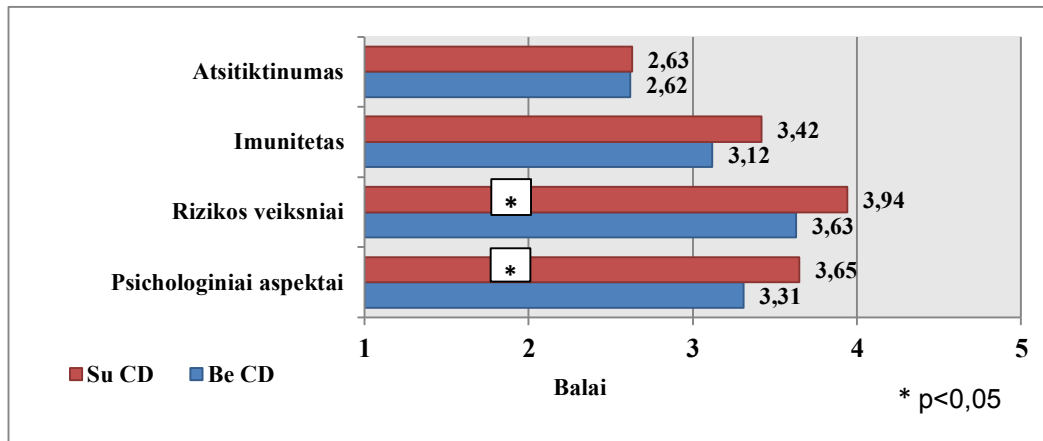
Tyrimo metu buvo nustatyta, kad atsitiktinumo vertinimai priklausė ir nuo tiriamųjų amžiaus, todėl šios skalės vertinimai panagrinėti detaliau – priklausomai ir nuo tiriamųjų amžiaus, ir nuo darbinės padėties. Rezultatai pateikti ketvirtoje lentelėje (4 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad atsitiktinumo skalės vertinimai skirtingose amžiaus grupėse nepriklausė nuo tiriamųjų darbinės padėties. Reikšmingas skirtumas nustatytas tik nedirbančių pacientų grupėje priklausomai nuo amžiaus - 60-74 metų nedirbantys tiriamieji atsitiktinumą vertino aukščiau nei kitų amžiaus grupių nedirbantys tiriamieji, ypač lyginant su jaunesniais (iki 45 metų ir 45-59 metų) tiriamaisiais (nedirbančių grupėje: iki 45 metų (1)  $1,67 \pm 1,15$  balų, 45-59 metų (2)  $2,29 \pm 1,08$  balų, 60-74 metų  $2,99 \pm 1,04$  balų ir 75-90 metų  $2,74 \pm 1,21$  balų:  $F=2,96$   $p=0,035$ :  $p_{1:3}=0,044$ ;  $p_{2:3}=0,022$ ) (4 lentelė).



AH – arterinė hipertenzinė liga; Taikytas Stjudent'o kriterijus (t)  
6 pav. Ligos priešasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo sirgimo arterine hipertenzija

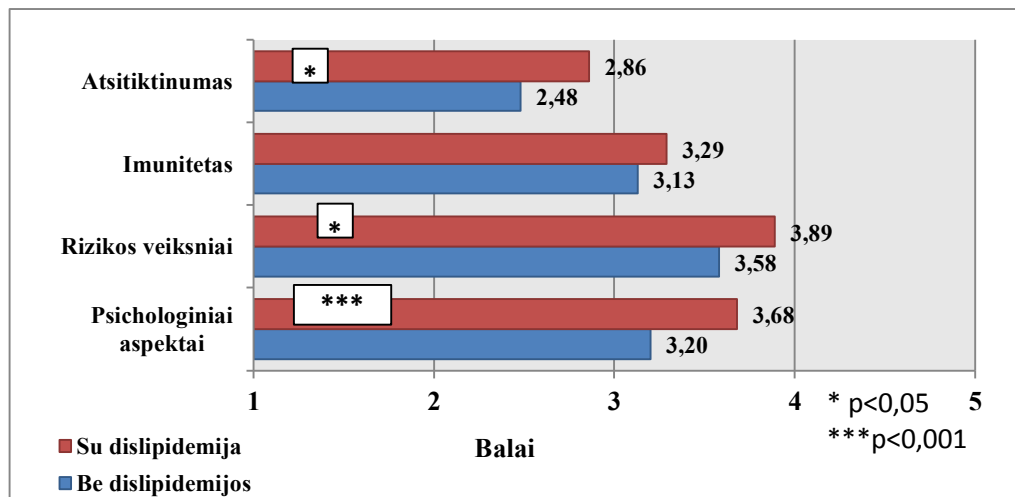
Darbe patikrinome, ar sergančių ŪKS ligos priešasčių suvokimas skiriasi priklausomai nuo gretutinių ligų, tokių kaip arterinė hipertenzija, cukrinis diabetas ir dislipidemija. Tyrimo rezultatai parodė, jog ligos priešasčių, susijusių su imunitetu (be AH grupėje  $3,51 \pm 0,94$  balų ir su AH grupėje  $3,04 \pm 0,99$ :  $t=3,24$   $p=0,002$ ) ir atsitiktinumu (be AH grupėje  $2,91 \pm 1,12$  balų ir su AH grupėje  $2,49 \pm 1,16$ :  $t=2,43$   $p=0,016$ ) vertinimai tarp sergančių arterine hipertenzija (AH) ir nesergančių ja reikšmingai skyrėsi – tiriamieji be AH juos vertino žymiai aukščiau nei su AH. Psichologinių aspektų ir rizikos veiksnių vertinimai tarp tiriamųjų priklausomai nuo sirgimo arterine hipertenzija reikšmingai nesiskyrė (6 pav.).



CD – cukrinis diabetas; Taikytas Stjudent'o kriterijus (t)

7 pav. Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo sirgimo cukriniu diabetu

Analizuojant ligos priežasčių skalių vertinimus priklausomai nuo sirgimo cukriniu diabetu (CD) nustatyta, kad psichologinius aspektus (be CD grupėje 3,31±0,89 balų ir su CD grupėje 3,65±0,88: t=-2,22 p=0,030) ir rizikos veiksnius (be CD grupėje 3,63±0,86 balų ir su CD grupėje 3,94±0,74: t=-2,35 p=0,022) tiriamieji, sergantys CD, juos vertino žymiai aukščiau nei nesergantys. Imuniteto ir atsitiktinumo skalių vertinimai tarp tiriamųjų priklausomai nuo sirgimo cukriniu diabetu reikšmingai nesiskyrė (7 pav.).



Taikytas Stjudent'o kriterijus (t)

8 pav. Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo sirgimo dislipidemija

Psichologinius aspektus (be dislipidemijos grupėje 3,20±0,92 balų ir su dislipidemija grupėje 3,68±0,77: t=-3,75 p<0,001), rizikos veiksnius (be dislipidemijos grupėje 3,58±0,90 balų ir su dislipidemija grupėje 3,89±0,71: t=-2,52 p=0,013) ir atsitiktinumą (be dislipidemijos grupėje 2,48±1,16 balų ir su dislipidemija grupėje 2,86±1,13: t=-2,30 p=0,023) tiriamieji su dislipidemija juos

vertino žymiai aukščiau nei be dislipidemijos. Imuniteto skalės vertinimai tarp tiriamųjų priklausomai nuo dislipidemijos reikšmingai nesiskyrė (8 pav.).

5 lentelė. Tiriamųjų sergančių dislipidemija ir nesergančių ja pasiskirstymas priklausomai nuo gretutinių ligų

Grupės	Be dislipidemijos	Su dislipidemija	$\chi^2$	P
Be AH	46(37,7%)	18(23,4%)	<b>4,44</b>	<b>0,035</b>
Su AH	76(62,3%)	59(76,6%)		
Be CD	95(77,9%)	60(77,9%)	0,00	0,993
Su CD	27(22,1%)	17(22,1%)		

Taikytas Chi-kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijus

Tyrimo metu buvo nustatyta, kad atsitiktinumo vertinimai taip pat priklausė nuo sirgimo arterine hipertenzija, o psichologinių aspektų ir rizikos veiksnių vertinimai – nuo sirgimo cukriniu diabetu. Tyrimas parodė, kad tarp sergančių dislipidemija buvo reikšmingai daugiau sergančių arterine hipertenzija (76,6 proc.) nei tarp nesergančių dislipidemija (62,3 proc.) (5 lentelė).

Tuo tarpu tiriamųjų pasiskirstymas priklausomai nuo dislipidemijos ir cukrinio diabeto reikšmingai nesiskyrė (5 lentelė).

6 lentelė. Ligos priežasčių atsitiktinumo skalės vertinimai priklausomai nuo arterinės hipertenzijos ir dislipidemijos

Atsitiktinumas	Grupės	Be dislipidemijos	Su dislipidemija	p
	Be AH	2,78±1,20	3,22±0,84	0,105
	Su AH	2,29±1,10	2,75±1,19	<b>0,024</b>
	p	<b>0,025</b>	0,066	

Taikytas Stjudent'o kriterijus (t)

Nesergančių dislipidemija tiriamųjų grupėje atsitiktinumo skalės vertinimai priklausė nuo sirgimo arterine hipertenzija – nesergantys dislipidemija ir be AH atsitiktinumą vertino žymiai aukščiau nei nesergantys dislipidemija bet su AH (neserGANčių dislipidemija grupėje be AH 2,78±1,20 balų ir su AH 2,29±1,10: p=0,025) (6 lentelė). Tuo tarpu sergančių arterine hipertenzija tiriamųjų grupėje sergantys dislipidemija atsitiktinumą vertino žymiai aukščiau nei nesergantys dislipidemija (sergančių arterine hipertenzija grupėje be dislipidemijos 2,29±1,10 balų ir su dislipidemija 2,75±1,19: p=0,024) (6 lentelė).



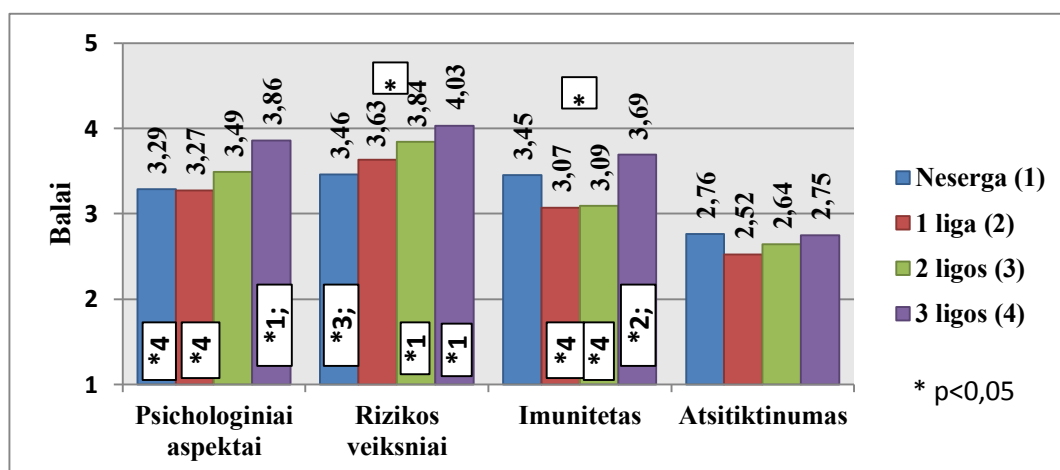
7 lentelė. Ligos priežasčių, susijusių su psichologiniais aspektais ir rizikos veiksniais, vertinimai priklausomai nuo cukrinio diabeto ir dislipidemijos

Skalės	Grupės	Be dislipidemijos	Su dislipidemija	p
Psichologiniai aspektai	Be CD	3,14±0,91	3,59±0,78	<b>0,001</b>
	Su CD	3,43±0,95	3,99±0,63	<b>0,039</b>
	p	0,164	<b>0,036</b>	
Rizikos veiksniai	Be CD	3,51±0,93	3,82±0,72	<b>0,031</b>
	Su CD	3,82±0,79	4,13±0,64	0,167
	p	0,091	0,098	

Taikytas Stjudent'o kriterijus (t)

Rizikos veiksnių skalės vertinimai priklausė nuo dislipidemijos tik nesergančių cukriniu diabetu grupėje - sergantys dislipidemija juos vertino žymiai aukščiau (nesergančių CD grupėje be dislipidemijos 3,51±0,93 balų ir su dislipidemija 3,82±0,72: p=0,031) (7 lentelė).

Analizuojant psichologinių aspektų skalės vertinimus priklausomai nuo dislipidemijos ir cukrinio diabeto nustatyta, kad sergantys dislipidemija nepriklausomai nuo sirgimo cukriniu diabetu psichologinius aspektus vertino žymiai aukščiau nei nesergantys dislipidemija (nesergančių CD grupėje be dislipidemijos 3,14±0,91 balų ir su dislipidemija 3,59±0,78: p=0,001; sergančių CD grupėje be dislipidemijos 3,43±0,95 balų ir su dislipidemija 3,99±0,63: p=0,039), o palyginus sergančiųjų dislipidemija grupėje šių aspektų vertinimus priklausomai nuo sirgimo CD nustatyta, kad sergantys dislipidemija ir su CD žymiai aukščiau vertino psichologinius aspektus nei sergantys dislipidemija be CD (sergančių dislipidemija grupėje be CD 3,59±0,78 balų ir su CD 3,99±0,63: p=0,036) (7 lentelė).



Taikyti One-Way ANOVA (F) metodas

9 pav. Ligos priežasčių suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo gretutinių ligų skaičiaus

Kadangi virš keturiasdešimt procentų pacientų (40,2 proc.) sirgo ne viena gretutine liga, todėl palyginti ligos priežasčių skalių vertinimai priklausomai nuo gretutinių ligų skaičiaus. Tyrimo

rezultatai parodė, kad tiriamieji, sergantys trimis gretutinėmis ligomis, žymiai aukščiau vertino psichologinius aspektus nei sergantys viena liga ar neturintys gretutinių ligų (nesergančių grupėje (1) 3,29±0,83 balų, sergančių 1 liga grupėje (2) 3,27±0,99 balų, sergančių 2 ligomis grupėje (3) 3,49±0,83 balų ir sergančių 3 ligomis grupėje 3,86±0,60 balų: F=2,24 p=0,085: p<sub>1:4</sub>=0,044; p<sub>2:4</sub>=0,023)(9 pav.).

Taip pat jie žymiai aukščiau vertino imuniteto skalę nei sergantys viena ar dviem gretutinėmis ligomis (nesergančių grupėje (1) 3,45±1,01 balų, sergančių 1 liga grupėje (2) 3,07±1,08 balų, sergančių 2 ligomis grupėje (3) 3,09±0,90 balų ir sergančių 3 ligomis grupėje 3,69±0,62 balų: F=2,69 p=0,048: p<sub>2:4</sub>=0,032; p<sub>3:4</sub>=0,039). Sergantys dviem ar trimis gretutinėmis ligomis žymiai aukščiau vertino rizikos veiksnius nei nesergantys (nesergančių grupėje (1) 3,46±1,03 balų, sergančių 1 liga grupėje (2) 3,63±0,85 balų, sergančių 2 ligomis grupėje (3) 3,84±0,71 balų ir sergančių 3 ligomis grupėje 4,03±0,66 balų: F=2,63 p=0,049: p<sub>1:3</sub>=0,024; p<sub>1:4</sub>=0,029)(9 pav.).

8 lentelė. Tiriamųjų sociodemografinių rodiklių įtaka svarbiausių ligos priežasčių išskyrimui

Priežastys	Lytis		Amžius		Išsilavinimas		Darbinė padėtis	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Stresas/ nerimas	0,13	ns	-0,06	ns	0,09	ns	-0,01	ns
Persidirbimas	-0,08	ns	-0,09	ns	<b>-0,19</b>	<b>0,009</b>	0,09	ns
Emocinė būklė	0,06	ns	0,08	ns	-0,12	ns	-0,07	ns
Neigiamas požiūris į gyvenimą	-0,09	ns	-0,06	ns	0,01	ns	0,07	ns
Asmenybė	-0,08	ns	0,03	ns	-0,02	ns	0,02	ns
Maistas ar blogi mitybos įpročiai	0,08	ns	-0,02	ns	<b>0,17</b>	<b>0,014</b>	0,05	ns
Senėjimas	0,05	ns	<b>0,20</b>	<b>0,004</b>	-0,07	ns	<b>-0,17</b>	<b>0,018</b>
Prasta savo sveikatos priežiūra praeityje	0,04	ns	0,03	ns	<b>0,15</b>	<b>0,039</b>	-0,07	ns
Elgesys savo sveikatos atžvilgiu	-0,09	ns	0,03	ns	0,07	ns	-0,05	ns
Paveldimumas	<b>0,16</b>	<b>0,028</b>	-0,04	ns	<b>0,15</b>	<b>0,039</b>	-0,01	ns
Rūkymas	<b>-0,17</b>	<b>0,015</b>	<b>-0,18</b>	<b>0,011</b>	-0,10	ns	<b>0,18</b>	<b>0,012</b>
Alkoholio vartojimas	-0,08	ns	-0,04	ns	-0,11	ns	0,05	ns
Aplinkos tarša	-0,12	ns	0,05	ns	0,02	ns	-0,11	ns
Nusilpęs imunitetas	0,00	ns	0,05	ns	<b>-0,15</b>	<b>0,036</b>	-0,06	ns
Uždegimas arba virusas	0,07	ns	-0,03	ns	0,09	ns	0,05	ns
Atsitiktinumas	-0,12	ns	-0,05	ns	-0,03	ns	0,00	ns

ns- statistiškai nereikšmingas ryšis; taikytas Spearman'o (r) koreliacijos metodas

Analizuojant svarbiausių ligos priežasčių išskyrimą priklausomai nuo tiriamųjų sociodemografinių rodiklių nustatyta, kad:

- moterys žymiai dažniau akcentavo paveldimumą (r=0,16 p=0,028), o vyrai dažniau rūkymą (r= -0,17 p=0,015); vyresni asmenys žymiai dažniau akcentavo senėjimą (r=0,20 p=0,004), o jaunesni – rūkymą (r=-0,18 p=0,011); dirbantys asmenys žymiai dažniau akcentavo rūkymą (r=0,18 p=0,012), o nedirbantys – senėjimą (r=-0,17 p=0,018); aukštesnį išsilavinimą turintys tiriamieji žymiai dažniau akcentavo maistą ar blogus mitybos įpročius (r=0,17 p=0,014),

prastą savo sveikatos priežiūrą praеityje ( $r=0,15$   $p=0,039$ ), paveldimumą ( $r=0,15$   $p=0,039$ ), tuo tarpu tiriamieji su žemesniu išsilavinimu dažniau akcentavo persidirbimą ( $r=-0,19$   $p=0,009$ ) ir nusilpusį imunitetą ( $r=-0,15$   $p=0,036$ ) (8 lentelė).

9 lentelė. Gretutinių ligų ir svarbiausių ligos priežasčių išskyrimo sąsajos

Priežastys	AH		CD		Dislipidemija		Gretutinių ligų skaičius	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Stresas/ nerimas	-0,03	ns	<b>-0,16</b>	<b>0,023</b>	-0,03	ns	-0,10	ns
Persidirbimas	-0,08	ns	0,05	ns	-0,08	ns	-0,07	ns
Emocinė būklė	<b>-0,15</b>	<b>0,036</b>	0,05	ns	0,10	ns	-0,01	ns
Neigiamas požiūris į gyvenimą	0,00	ns	-0,07	ns	-0,01	ns	-0,05	ns
Asmenybė	-0,10	ns	-0,04	ns	-0,04	ns	-0,10	ns
Maistas ar blogi mitybos įpročiai	0,12	ns	0,08	ns	<b>0,14</b>	<b>0,049</b>	<b>0,20</b>	<b>0,006</b>
Senėjimas	0,05	ns	-0,04	ns	-0,04	ns	-0,01	ns
Prasta savo sveikatos priežiūra praеityje	0,12	ns	0,08	ns	0,01	ns	0,10	ns
Elgesys savo sveikatos atžvilgiu	0,04	ns	0,08	ns	-0,02	ns	0,05	ns
Paveldimumas	0,13	ns	-0,03	ns	0,02	ns	0,06	ns
Rūkymas	0,07	ns	0,02	ns	0,02	ns	0,05	ns
Alkoholio vartojimas	-0,01	ns	0,13	ns	-0,04	ns	0,04	ns
Aplinkos tarša	-0,09	ns	-0,11	ns	-0,03	ns	-0,13	ns
Nusilpęs imunitetas	<b>-0,17</b>	<b>0,014</b>	-0,12	ns	-0,06	ns	<b>-0,18</b>	<b>0,010</b>
Uždegimas arba virusas	-0,09	ns	0,04	ns	-0,04	ns	-0,05	ns
Atsitiktinumas	-0,03	ns	-0,01	ns	-0,13	ns	-0,10	ns

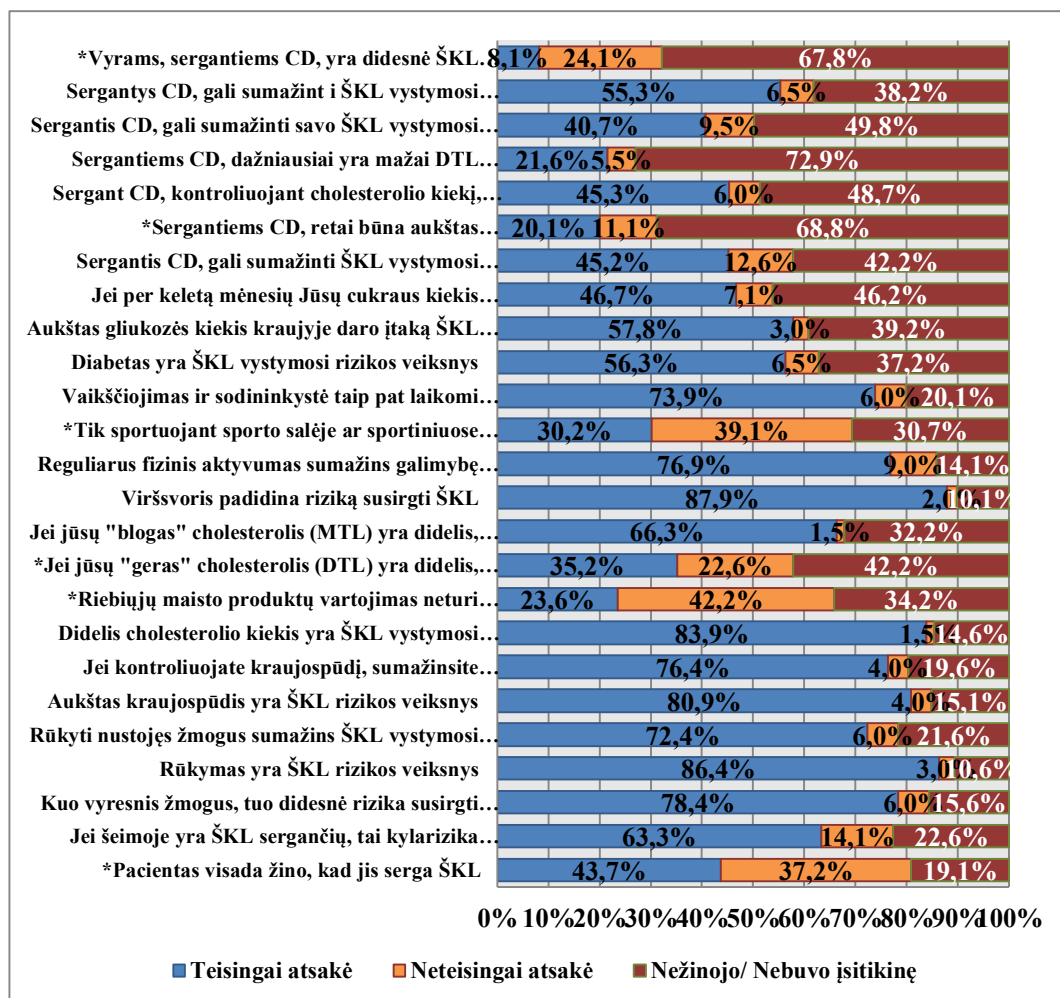
ns- statistiškai nereikšmingas ryšis; AH – arterinė hipertenzinė liga; CD – cukrinis diabetas; ns- statistiškai nereikšmingas ryšis; taikytas Spearman'o (r) koreliacijos metodas

Analizuojant svarbiausių ligos priežasčių išskyrimą priklausomai nuo sirgimo gretutinėmis ligomis ir jų skaičiaus nustatyta, kad:

- tiriamieji be AH žymiai dažniau akcentavo emocinę būklę ( $r=-0,15$   $p=0,036$ ) ir nusilpusį imunitetą ( $r=-0,17$   $p=0,014$ ); tiriamieji be CD žymiai dažniau akcentavo stresą/nerimą ( $r=-0,16$   $p=0,023$ ); tiriamieji su dislipidemija žymiai dažniau akcentavo maistą ar blogus mitybos įpročius ( $r=0,14$   $p=0,049$ );
- maisto ar blogų mitybos įpročių išskyrimas labai priklausė nuo gretutinių ligų skaičiaus ( $r=0,20$   $p=0,006$ ) – šią priežastį žymiai dažniau akcentavo tiriamieji, sergantys keliomis ligomis, tuo tarpu tiriamieji, turintys mažiau sveikatos problemų, dažniau akcentavo nusilpusį imunitetą ( $r=-0,18$   $p=0,010$ ) (9 lentelė).

## 2.2.2. Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, subjektyvus informuotumas apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius

Siekiant išanalizuoti pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, informuotumą apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius, jiems buvo pateiktas klausimynas apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius (HDFQ - *Heart Disease Fact Questionnaire*), sudarytas iš 25 teiginių. Tiriamųjų buvo prašoma pasirinkti vieną iš trijų atsakymo variantų. Galimi atsakymo variantai: Taip, Ne, Nežinau/ Nesu įsitikinęs. Kai kurių klausimų teisingas atsakymas reiškė „Taip“, o kitų – „Ne“.



\*- teisingas atsakymas „Ne“; ŠKL – širdies kraujagyslių liga; CD – cukrinis diabetas.

10 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal informuotumą apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius

Apskaičiavus bendrą suminį žinių rodiklį, suteikiant už kiekvieną teisingą atsakymą 1 balą, o neteisingam arba nežinant/ abejojant - 0 balų, nustatyta, kad bendroje tiriamųjų grupėje informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius rodiklio vidurkį iš 25 galimų balų sudarė 13,76±4,61 balų, iš kurių bendrą rizikos veiksnių skalę iš galimų 15 balų – 9,79±2,71 ir veiksnių, susijusių su cukrinių diabetu skalę iš galimų 10 balų – 3,97±2,80 balų. Kaip matome,

tiriamieji buvo gana neblogai informuoti apie bendrinius veiksnius, bet mažiau informuoti apie veiksnius, susijusius su cukriniu diabetu. Tyrimo rezultatai parodė, kad bendras tiriamųjų informuotumas apie ŠKL rizikos veiksnius ir jos bendrų rizikos veiksnių skalės nepriklausė nuo lyties, amžiaus, išsilavinimo ir darbinės padėties.

Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma apklaustų pacientų žinojo, kad viršsvoris (87,9 proc.) ir rūkymas (86,4 proc.) padidina riziką susirgti širdies kraujagyslių liga, didelis cholesterolio kiekis yra širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksnys (83,9 proc.), aukštas kraujospūdis yra širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnys (80,9 proc.), kuo vyresnis žmogus, tuo didesnė rizika susirgti širdies kraujagyslių liga (78,4 proc.), reguliarus fizinis aktyvumas sumažins galimybę susirgti širdies kraujagyslių liga (76,9 proc.), kontroliuojant kraujospūdį, galima sumažinti riziką susirgti širdies kraujagyslių liga (76,4 proc.), vaikščiojimas ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kurie padeda sumažinti širdies kraujagyslių ligos atsiradimo tikimybę (73,9 proc.), rūkyti nustojęs žmogus sumažins širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką (72,4 proc.). Šiek tiek daugiau nei pusė tiriamųjų žinojo kad, jei "blogas" cholesterolis (MTL) yra didelis, yra rizikos susirgti širdies kraujagyslių liga (66,3 proc.), jei šeimoje yra širdies kraujagyslių ligomis sergančių, tai kyla rizika susirgti širdies kraujagyslių liga (63,3 proc.), aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką širdies kraujagyslių ligos vystymuisi (57,8 proc.), diabetas yra širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksnys (56,3 proc.) ir sergantys cukriniu diabetu gali sumažinti širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jei jie kontroliuoja savo svorį (55,3 proc.) (10 pav.).

Tačiau į kitus vienuolika klausimų, iš kurių daugiau nei pusė (7 teiginiai) buvo susiję su cukriniu diabetu, dauguma tiriamųjų dažniausiai nežinojo / nebuvo įsitikinę arba vertino neteisingai. Vertinant teiginius, susijusius su cukriniu diabetu nustatyta, kad:

- vyrams, sergantiems cukriniu diabetu, nėra didesnė širdies kraujagyslių ligos rizika nei moterims, sergančioms cukriniu diabetu – nežinojo / nebuvo įsitikinę 67,8 proc. tiriamųjų ir 24,1 proc. vertino neteisingai; sergantiems cukriniu diabetu dažnai būna aukštas cholesterolio kiekis nežinojo / nebuvo įsitikinę 68,8 proc. tiriamųjų ir 11,1 proc. vertino neteisingai ir sergantiems cukriniu diabetu dažniausiai yra mažai DTL (gero) cholesterolio nežinojo / nebuvo įsitikinę 72,9 proc. tiriamųjų ir 5,5 proc. vertino neteisingai; sergantis cukriniu diabetu, gali sumažinti savo širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį nežinojo / nebuvo įsitikinę 49,7 proc. tiriamųjų ir 9,5 proc. vertino neteisingai; sergantis cukriniu diabetu gali sumažinti širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja cukraus kiekį kraujyje nežinojo / nebuvo įsitikinę 42,2 proc. tiriamųjų ir 12,6 proc. vertino neteisingai; sergant cukriniu diabetu kontroliuojant cholesterolio kiekį, sumažėja jų tikimybė susirgti širdies kraujagyslių liga nežinojo / nebuvo įsitikinę 48,7 proc. tiriamųjų ir 6,0 proc. vertino neteisingai.

Taip pat nustatyta, kad:

- jei per keletą mėnesių cukraus kiekis kraujyje padidėjęs, tai gali padidinti cholesterolio kiekį kraujyje ir padidinti riziką susirgti širdies kraujagyslių liga nežinojo / nebuvo įsitikinę 46,2 proc. tiriamųjų ir 7,0 proc. vertino neteisingai; pacientas ne visada žino, kad jis serga širdies kraujagyslių liga neteisingai atsakė 37,2 proc. tiriamųjų ir 19,1 proc. nežinojo / nebuvo įsitikinę; riebiųjų maisto produktų vartojimas turi įtakos cholesterolio kiekiui kraujyje neteisingai atsakė 42,2 proc. tiriamųjų ir 34,2 proc. nežinojo / nebuvo įsitikinę; didelis "geras" cholesterolis (DTL) nėra rizikos veiksnys susirgti širdies kraujagyslių liga neteisingai atsakė 22,6 proc. tiriamųjų ir 42,2 proc. nežinojo / nebuvo įsitikinę; sportuojant ne tik sporto salėje ar sportiniuose užsiėmimuose galima sumažinti širdies kraujagyslių ligos vystymąsi neteisingai atsakė 39,2 proc. tiriamųjų 30,7 proc. nežinojo / nebuvo įsitikinę (10 pav.).

10 lentelė. Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu lyties, amžiaus, išsilavinimo ir darbinės padėties įtaka jų informuotumui apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius

Teiginiai	Lytis		Amžius		Išsilavinimas		Darbinė padėtis	
	r	p	r	p	r	p	r	p
T1*	-0,03	ns	<b>-0,20</b>	<b>0,004</b>	0,09	ns	<b>0,15</b>	<b>0,031</b>
T2	0,08	ns	-0,12	ns	0,07	ns	0,09	ns
T3	-0,07	ns	0,09	ns	-0,04	ns	-0,08	ns
T4	-0,08	ns	-0,06	ns	-0,01	ns	0,10	ns
T5	-0,09	ns	0,04	ns	-0,06	ns	-0,04	ns
T6	-0,02	ns	0,04	ns	0,10	ns	0,05	ns
T7	0,06	ns	0,07	ns	0,00	ns	0,01	ns
T8	0,04	ns	0,01	ns	<b>0,16</b>	<b>0,022</b>	0,01	ns
T9*	-0,06	ns	-0,06	ns	-0,03	ns	0,04	ns
T10*	-0,01	ns	-0,04	ns	-0,04	ns	-0,05	ns
T11	0,08	ns	<b>-0,16</b>	<b>0,029</b>	0,06	ns	0,11	ns
T12	-0,02	ns	<b>-0,15</b>	<b>0,031</b>	0,04	ns	0,10	ns
T13	-0,07	ns	0,03	ns	<b>0,16</b>	<b>0,025</b>	-0,03	ns
T14*	0,09	ns	-0,03	ns	0,12	ns	0,13	ns
T15	-0,02	ns	<b>0,17</b>	<b>0,020</b>	0,04	ns	<b>-0,14</b>	<b>0,049</b>
T16	<b>0,14</b>	<b>0,048</b>	0,07	ns	0,07	ns	0,01	ns
T17	0,08	ns	0,08	ns	0,05	ns	-0,05	ns
T18	0,03	ns	0,09	ns	-0,01	ns	-0,08	ns
T19	<b>0,16</b>	<b>0,029</b>	0,03	ns	0,09	ns	-0,00	ns
T20*	0,05	ns	-0,06	ns	0,11	ns	0,01	ns
T21	<b>0,18</b>	<b>0,013</b>	-0,02	ns	0,06	ns	0,05	ns
T22	-0,05	ns	0,04	ns	-0,02	ns	0,01	ns
T23	0,12	ns	0,04	ns	0,10	ns	0,04	ns
T24	0,11	ns	0,03	ns	0,13	ns	0,05	ns
T25*	0,09	ns	-0,03	ns	<b>0,14</b>	<b>0,045</b>	0,03	ns
<b>Bendras žinių rodiklis</b>	0,08	ns	0,02	ns	0,11	ns	0,05	ns
<b>Bendrų rizikos veiksnių</b>	-0,02	ns	0,06	ns	-0,08	ns	0,02	ns
<b>CD veiksnių</b>	0,16	0,028	0,05	ns	0,11	ns	-0,01	ns

Taikyti Pearson'o (r) (kur amžius ir apibendrinti rodikliai) ir Spearman'o (r) (su visais kitais) koreliacijos metodai

\*- teisingas atsakymas „Ne“; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis; ŠKL – širdies ir kraujagyslių liga; CD – cukrinis diabetas;

T1 - „\*Pacientas visada žino, kad jis serga ŠKL“; T2 - „Jei šeimoje yra ŠKL sergančių, tai kyla rizika susirgti ŠKL“; T3 - „Kuo vyresnis žmogus, tuo didesnė rizika susirgti ŠKL“; T4 - „Rūkymas yra ŠKL rizikos veiksnys“; T5 - „Rūkyti nustojęs žmogus sumažins ŠKL vystymosi riziką“; T6 - „Aukštas kraujospūdis yra ŠKL rizikos veiksnys“; T7 - „Jei kontroliuojate kraujospūdį, sumažinsite riziką susirgti ŠKL“; T8 - „Didelis cholesterolio kiekis yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T9 - „\*Riebiųjų maisto produktų vartojimas neturi įtakos cholesterolio kiekiui kraujyje“; T10 - „\*Jei jūsų "geras" cholesterolis (DTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T11 - „Jei jūsų "blogas" cholesterolis (MTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T12

- Viršsvoris padidina riziką susirgti ŠKL“; T13 – „Reguliarus fizinis aktyvumas sumažins galimybę susirgti ŠKL“; T14 – „\*Tik sportuojant sporto salėje ar sportiniuose užsiėmimuose galima sumažinti ŠKL vystymąsi“; T15 – „Vaikščiojimas ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kurie padės sumažinti ŠKL atsiradimo tikimybę“; T16 – „Diabetas yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T17 – „Aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką ŠKL vystymuisi“; T18 – „Jei per keletą mėnesių Jūsų cukraus kiekis kraujyje padidėjęs, tai gali padidinti cholesterolio kiekį kraujyje ir padidinti riziką susirgti ŠKL“; T19 – „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja cukraus kiekį kraujyje“; T20 – „\*Sergantiems CD, retai būna aukštas cholesterolio kiekis“; T21 – „Sergantis CD, kontroliuojant cholesterolio kiekį, sumažės jų tikimybė susirgti ŠKL“; T22 – „Sergantiems CD, dažniausiai yra mažai DTL (gero) cholesterolio“; T23 – „Sergantis CD, gali sumažinti savo ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį“; T24 – „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jei jie kontroliuoja savo svorį“; T25 – „\*Vyrams, sergantiems CD, yra didesnė ŠKL rizika nei moterims, sergančioms CD“.

Nustatyta reikšmingas ryšys tarp informuotumo apie rizikos veiksnius, susijusius su cukriniu diabetu, skalės ir lyties ( $r=0,16$   $p=0,028$ ) – moterys buvo žymiai geriau informuotos nei vyrai: moterys dažniau žinojo nei vyrai, kad diabetas yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys ( $r=0,14$   $p=0,048$ ), tačiau sergant cukriniu diabetu ir kontroliuojant cholesterolio kiekį, galima sumažinti tikimybę susirgti ja ( $r=0,18$   $p=0,013$ ), o kontroliuojant cukraus kiekį kraujyje ( $r=0,16$   $p=0,029$ ) - sumažinti jos vystymosi riziką (10 lentelė).

Tyrimo metu nustatyti amžiaus, išsilavinimo ir darbinės padėties reikšmingi ryšiai tik su kai kuriais informuotumo aspektais:

- vyresni tiriamieji dažniau žinojo nei jaunesni, kad vaikščiojimas ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kuri padeda sumažinti ŠKL atsiradimo tikimybę ( $r=0,17$   $p=0,020$ ), tačiau dažniau nežinojo, kad jei „blogas“ cholesterolis (MTL) yra didelis, yra rizikos susirgti ŠKL ( $r=-0,16$   $p=0,029$ ), kad viršsvoris padidina riziką susirgti šia liga ( $r=-0,15$   $p=0,031$ ) bei kad pacientas gali ne visada žinoti, kad serga ŠKL ( $r=-0,20$   $p=0,004$ ).
- tiriamieji su aukštesniu išsilavinimu geriau žinojo, kad didelis cholesterolio kiekis yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys ( $r=0,16$   $p=0,022$ ), reguliarus fizinis aktyvumas mažina galimybę susirgti šia liga ( $r=0,16$   $p=0,025$ ) ir kad sergantiems CD lytis ar žemesnis išsilavinimas nėra rizikos veiksnys susirgti ŠKL ( $r=0,14$   $p=0,045$ ); dirbantys geriau žinojo, kad pacientas ne visada žino, kad jis serga širdies kraujagyslių liga ( $r=0,15$   $p=0,031$ ), tačiau vaikščiojimą ir sodininkystę nelaikė fizine veikla, kuri padeda sumažinti ŠKL atsiradimo tikimybę ( $r=-0,14$   $p=0,049$ ) (10 lentelė).

Analizuojant tiriamųjų gretutinių ligų, tokių kaip arterinės hipertenzijos, cukrinio diabeto ir dislipidemijos įtaka jų informuotumui apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius nustatyta, kad informuotumas apie bendrus veiksnius to pasekoje ir bendras informuotumas buvo panašus nepriklausomai nuo sveikatos problemos ir jų skaičiaus.

11 lentelė. Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius sąsajos su gretutinėmis ligomis

Teiginiai	Arterinė hipertenzija		Cukrinis diabetas		Dislipidemija		Gretutinių ligų skaičius	
	r	p	r	p	r	p	r	p
T1*	-0,02	ns	-0,10	ns	-0,06	ns	-0,09	ns
T2	0,12	ns	0,00	ns	0,11	ns	0,13	ns
T3	0,03	ns	0,04	ns	0,12	ns	0,10	ns
T4	-0,02	ns	0,00	ns	0,04	ns	0,01	ns
T5	0,06	ns	-0,08	ns	0,03	ns	-0,01	ns
T6	0,08	ns	0,01	ns	-0,01	ns	0,05	ns
T7	0,05	ns	-0,05	ns	-0,07	ns	-0,03	ns
T8	0,11	ns	-0,10	ns	0,18	0,011	0,13	ns
T9*	0,03	ns	-0,04	ns	0,02	ns	0,02	ns
T10*	-0,10	ns	-0,11	ns	0,00	ns	-0,12	ns
T11	0,03	ns	-0,03	ns	<b>0,15</b>	<b>0,033</b>	0,09	ns
T12	0,04	ns	-0,06	ns	<b>-0,24</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,14</b>	<b>0,044</b>
T13	-0,05	ns	0,03	ns	0,07	ns	0,03	ns
T14*	-0,02	ns	0,02	ns	-0,07	ns	-0,04	ns
T15	0,01	ns	0,01	ns	0,03	ns	0,02	ns
T16	-0,13	ns	<b>0,15</b>	<b>0,032</b>	-0,05	ns	-0,03	ns
T17	-0,04	ns	<b>0,14</b>	<b>0,049</b>	-0,07	ns	-0,01	ns
T18	0,06	ns	<b>0,23</b>	<b>0,001</b>	-0,02	ns	0,12	ns
T19	-0,04	ns	<b>0,17</b>	<b>0,015</b>	0,09	ns	0,11	ns
T20*	0,02	ns	0,10	ns	-0,01	ns	0,06	ns
T21	-0,07	ns	<b>0,15</b>	<b>0,036</b>	0,07	ns	0,08	ns
T22	0,10	ns	<b>0,16</b>	<b>0,023</b>	0,06	ns	<b>0,17</b>	<b>0,017</b>
T23	0,05	ns	<b>0,27</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,08	ns	<b>0,20</b>	<b>0,004</b>
T24	-0,01	ns	<b>0,16</b>	<b>0,022</b>	0,07	ns	0,11	ns
T25*	0,01	ns	-0,11	ns	0,03	ns	-0,03	ns
<b>Bendras žinių rodiklis</b>	0,00	ns	0,13	ns	0,04	ns	0,09	ns
<b>Bendrų rizikos veiksnių</b>	0,02	ns	-0,05	ns	0,02	ns	-0,01	ns
<b>CD veiksnių</b>	-0,02	ns	<b>0,25</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,04	ns	0,13	ns

Taikyti Spearman'o (r) koreliacijos metodai

\*- teisingas atsakymas „Ne“; ns – statistškai nereikšmingas ryšis; ŠKL – širdies ir kraujagyslių liga; CD – cukrinis diabetas;

T1 - „Pacientas visada žino, kad jis serga ŠKL“; T2 - „Jei šeimoje yra ŠKL sergančių, tai kyla rizika susirgti ŠKL“; T3 - „Kuo vyresnis žmogus, tuo didesnė rizika susirgti ŠKL“; T4 - „Rūkymas yra ŠKL rizikos veiksnys“; T5 - „Rūkyti nustojęs žmogus sumažins ŠKL vystymosi riziką“; T6 - „Aukštas kraujospūdis yra ŠKL rizikos veiksnys“; T7 - „Jei kontroliuojate kraujospūdį, sumažinsite riziką susirgti ŠKL“; T8 - „Didelis cholesterolio kiekis yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T9 - „\*Riebiųjų maisto produktų vartojimas neturi įtakos cholesterolio kiekiui kraujyje“; T10 - „\*Jei jūs „geras“ cholesterolis (DTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T11 - „Jei jūs „blogas“ cholesterolis (MTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T12 - Viršsvoris padidina riziką susirgti ŠKL“; T13 - „Reguliarus fizinis aktyvumas sumažins ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kurie padės sumažinti ŠKL atsiradimo tikimybę“; T14 - „\*Tik sportuojant sporto salėje ar sportiniuose užsiėmimuose galima sumažinti ŠKL vystymąsi“; T15 - „Vaikščiojimas ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kurie padės sumažinti ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T16 - „Diabetas yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T17 - „Aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką ŠKL vystymuisi“; T18 - „Jei per keletą mėnesių Jūsų cukraus kiekis kraujyje padidėjęs, tai gali padidinti cholesterolio kiekį kraujyje ir padidinti riziką susirgti ŠKL“; T19 - „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja cukraus kiekį kraujyje“; T20 - „\*Sergantiems CD, retai būna aukštas cholesterolio kiekis“; T21 - „Sergantis CD, kontroliuojant cholesterolio kiekį, sumažės jų tikimybė susirgti ŠKL“; T22 - „Sergantiems CD, dažniausiai yra mažai DTL (gero) cholesterolio“; T23 - „Sergantis CD, gali sumažinti savo ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį“; T24 - „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jei jie kontroliuoja savo svorį“; T25 - „\*Vyrams, sergantiems CD, yra didesnė ŠKL rizika nei moterims, sergantioms CD“.

Nustatytas itin reikšmingas ryšis tarp informuotumo apie rizikos veiksnius, susijusius su cukriniu diabetu, skalės ir sirgimo cukriniu diabetu ( $r=0,25$   $p<0,001$ ) – cukriniu diabetu sergantys tiriamieji buvo žymiai geriau informuoti nei nesergantys CD tiriamieji: sergantieji cukriniu diabetu dažniau žinojo, kad diabetas yra širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksnys ( $r=0,15$ ,  $p=0,032$ ), kad aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką širdies kraujagyslių ligos vystymuisi ( $r=0,14$   $p=0,049$ ), kad sergantiems cukriniu diabetu, dažniausiai yra mažas DTL ( $r=0,16$   $p=0,023$ ),



kad jei per keletą mėnesių cukraus kiekis kraujyje padidėjęs, tai gali padidinti cholesterolio kiekį kraujyje ir padidinti riziką susirgti širdies kraujagyslių liga ( $r=0,23$   $p=0,001$ ), tačiau sergantis CD, gali sumažinti savo širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jeigu kontroliuoja kraujospūdį ( $r=0,27$   $p<0,001$ ), cukraus kiekį kraujyje ( $r=0,17$   $p=0,015$ ), svorį ( $r=0,16$   $p=0,022$ ) sumažinti jos vystymosi riziką, o kontroliuojant cholesterolio kiekį, galima sumažinti sergančiųjų CD tikimybę susirgti širdies kraujagyslių liga ( $r=0,15$   $p=0,036$ ) (11 lentelė).

Tyrimo metu nustatyti dislipidemijos ir gretutinių ligų skaičiaus reikšmingi ryšiai tik su kai kuriais informuotumo aspektais:

- sergantys dislipidemija dažniau žinojo, kad jei „blogas“ cholesterolis (MTL) yra didelis yra rizikos susirgti širdies kraujagyslių liga ( $r=0,15$   $p=0,033$ ), tačiau viršsvorį nelaikė veiksnium didinančiu riziką susirgti širdies kraujagyslių liga ( $r=-0,24$   $p=0,001$ ); daugiau sveikatos problemų turintys tiriamieji geriau žinojo, jog sergantieji CD gali sumažinti savo širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką jeigu jie kontroliuoja kraujospūdį ( $r=0,20$   $p=0,004$ ), kad sergantiems CD dažniausiai yra mažai DTL (gero) cholesterolio ( $r=0,17$   $p=0,017$ ), tačiau viršsvorį nelaikė veiksnium didinančiu riziką susirgti širdies kraujagyslių liga ( $r=-0,14$   $p=0,044$ ).

Atskirų rizikos veiksnių žinojimas nepriklausė nuo sirgimo arterine hipertenzija (11 lentelė).

### **2.2.3. Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, ligos priežasčių suvokimo sąsajos su informuotumu apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnis**

Siekiant išsiaiškinti tiriamųjų informuotumo apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnis ir jų ligos priežasčių suvokimo sąsajas atlikome koreliacinę analizę su informuotumu ir apibendrintomis ligos priežasčių suvokimo skalėmis bei išskirtomis svarbiausiomis priežastimis.

Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamųjų bendras informuotumas ( $r=-0,15$   $p=0,033$ ) ir ypač informuotumas, susijęs su bendrais rizikos veiksniais ( $r=-0,22$   $p=0,002$ ), neigiamai koreliavo su atsitiktinumu kaip savo ligos priežasties suvokimu – tiriamieji, turintys daugiau žinių apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnis, žymiai mažiau savo ligos priežastį tapatino su atsitiktinumu nei mažiau informuoti tiriamieji: atsitiktinumas kaip ligos priežastis yra mažiau tapatinamas kai žinoma, kad didelis cholesterolio kiekis yra širdies ir kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksnys ( $r=-0,22$   $p=0,002$ ) ypač jei „blogas“ cholesterolis (MTL) yra didelis ( $r=-0,28$   $p<0,001$ ), ir kad viršsvoris padidina riziką susirgti šia liga ( $r=-0,25$   $p<0,001$ ) (12 lentelė).

12 lentelė. Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius ir ligos priežasčių suvokimo sąsajos

Veiksniai	Ligos priežasčių skalės							
	Psichologiniai aspektai		Rizikos veiksniai		Imunitetas		Atsitiktinumumas	
	r	p	r	p	r	p	r	p
T1*	-0,08	ns	0,09	ns	0,03	ns	-0,05	ns
T2	0,09	ns	0,14	0,042	-0,01	ns	-0,04	ns
T3	-0,03	ns	0,08	ns	0,02	ns	-0,01	ns
T4	-0,08	ns	0,08	ns	0,06	ns	-0,09	ns
T5	-0,05	ns	0,00	ns	-0,02	ns	-0,09	ns
T6	-0,01	ns	-0,08	ns	-0,05	ns	-0,04	ns
T7	-0,02	ns	-0,01	ns	-0,01	ns	0,08	ns
T8	-0,05	ns	-0,01	ns	-0,08	ns	<b>-0,22</b>	<b>0,002</b>
T9*	0,03	ns	-0,02	ns	-0,04	ns	-0,13	ns
T10*	-0,09	ns	<b>-0,17</b>	<b>0,019</b>	-0,09	ns	-0,12	ns
T11	-0,07	ns	-0,08	ns	-0,11	ns	<b>-0,28</b>	<b>&lt;0,001</b>
T12	-0,13	ns	-0,04	ns	<b>-0,22</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,25</b>	<b>&lt;0,001</b>
T13	0,01	ns	0,04	ns	0,01	ns	-0,09	ns
T14*	-0,01	ns	-0,03	ns	0,01	ns	-0,06	ns
T15	-0,05	ns	0,03	ns	-0,05	ns	-0,06	ns
T16	-0,03	ns	-0,07	ns	0,01	ns	-0,11	ns
T17	0,07	ns	0,04	ns	0,06	ns	-0,02	ns
T18	0,07	ns	-0,03	ns	0,09	ns	-0,05	ns
T19	0,13	ns	0,08	ns	<b>0,17</b>	<b>0,014</b>	0,02	ns
T20*	0,08	ns	0,10	ns	0,02	ns	-0,07	ns
T21	0,10	ns	0,08	ns	0,10	ns	0,02	ns
T22	0,10	ns	-0,03	ns	0,07	ns	-0,01	ns
T23	<b>0,19</b>	<b>0,008</b>	0,04	ns	<b>0,15</b>	<b>0,032</b>	0,02	ns
T24	0,10	ns	<b>0,14</b>	<b>0,043</b>	0,06	ns	-0,07	ns
T25*	0,01	ns	0,07	ns	0,03	ns	0,01	ns
<b>Bendras žinių rodiklis</b>	0,01	ns	0,01	ns	0,05	ns	<b>-0,15</b>	<b>0,033</b>
<b>Bendrų rizikos veiksnių</b>	-0,09	ns	-0,04	ns	-0,07	ns	<b>-0,22</b>	<b>0,002</b>
<b>CD veiksnių</b>	0,11	ns	0,06	ns	<b>0,15</b>	<b>0,038</b>	-0,04	ns

Taikyti Pearson'o (r) (ligos suvokimo ir apibendrinti informuotumo rodikliui) ir Spearman'o (r) (su konkrečiais klausimais) koreliacijos metodai. \*- teisingas atsakymas „Ne“; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis; ŠKL – širdies ir kraujagyslių liga; CD – cukrinis diabetas; T1 - „Pacientas visada žino, kad jis serga ŠKL“; T2 - „Jei šeimoje yra ŠKL sergančių, tai kyla rizika susirgti ŠKL“; T3 - „Kuo vyresnis žmogus, tuo didesnė rizika susirgti ŠKL“; T4 - „Rūkymas yra ŠKL rizikos veiksnys“; T5 - „Rūkyti nustojęs žmogus sumažins ŠKL vystymosi riziką“; T6 - „Aukštas kraujospūdis yra ŠKL rizikos veiksnys“; T7 - „Jei kontroliuojate kraujospūdį, sumažinsite riziką susirgti ŠKL“; T8 - „Didelis cholesterolio kiekis yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T9 - „\*Riebiųjų maisto produktų vartojimas neturi įtakos cholesterolio kiekiui kraujyje“; T10 - „\*Jei jūsų „geras“ cholesterolis (DTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T11 - „\*Jei jūsų „blogas“ cholesterolis (MTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T12 - Viršsvoris padidina riziką susirgti ŠKL“; T13 - „Reguliarus fizinis aktyvumas sumažins galimybę susirgti ŠKL“; T14 - „\*Tik sportuojant sporto salėje ar sportiniuose užsiėmimuose galima sumažinti ŠKL vystymąsi“; T15 - „Vaikščiojimas ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kurie padės sumažinti ŠKL atsiradimo tikimybę“; T16 - „Diabetas yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T17 - „Aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką ŠKL vystymuisi“; T18 - „\*Jei per keletą mėnesių Jūsų cukraus kiekis kraujyje padidėjęs, tai gali padidinti cholesterolio kiekį kraujyje ir padidinti riziką susirgti ŠKL“; T19 - „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja cukraus kiekį kraujyje“; T20 - „\*Sergantiems CD, retai būna aukštas cholesterolio kiekis“; T21 - „Sergantis CD, kontroliuojantis cholesterolio kiekį, sumažės jų tikimybė susirgti ŠKL“; T22 - „Sergantiems CD, dažniausiai yra mažai DTL (gero) cholesterolio“; T23 - „Sergantis CD, gali sumažinti savo ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį“; T24 - „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jei jie kontroliuoja savo svorį“; T25 - „\*Vyrams, sergantiems CD, yra didesnė ŠKL rizika nei moterims, sergantioms CD“.

Nustatytas reikšmingas teigiamas ryšys tarp ligos priežasčių, susijusių su imunitetu, suvokimo ir informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos ir cukrinio diabeto rizikos veiksnius ( $r=0,15$   $p=0,038$ ) – tiriamieji, turintys daugiau žinių apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius, susijusius su cukriniu diabetu, žymiai dažniau savo ligos priežastį tapatino su imunitetu nei mažiau informuoti tiriamieji, ypač žinant, kad sergantis cukriniu diabetu gali sumažinti ligos vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja cukraus kiekį kraujyje ( $r=0,17$   $p=0,014$ ) ir kraujospūdį ( $r=0,15$   $p=0,032$ ), tačiau jie dažniau nelaikė viršsvorio širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksniu ( $r=-0,22$   $p=0,002$ ).

Informuotumas apie bendrus širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius neturėjo reikšmės savo ligos priežasties tapatinimui su imunitetu (12 lentelė).

Tyrimo metu nustatyta, kad bendras informuotumas apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius - tiek apie bendrus, tiek ir apie susijusius su cukriniu diabetu - neturėjo reikšmingos įtakos psichologinių aspektų ir rizikos veiksnių tapatinimui su ligos priežastimis. Nustatyti reikšmingi ryšiai tik tarp atskirų žinojimo aspektų:

- žinantys, kad sergantis CD gali sumažinti širdies ir kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį, tiriamieji savo ligos priežastį labiau tapatino su psichologiniais aspektais nei nežinantys ( $r=0,19$   $p=0,008$ ). Savo ligos priežastį tapatinantys su rizikos veiksniais tiriamieji dažniau žinojo, kad sergantis CD gali sumažinti širdies ir kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jei jis kontroliuoja savo svorį ( $r=0,14$   $p=0,043$ ), tačiau nežinojo, kad didelis „geras“ cholesterolis (DTL) nėra rizikos veiksnys ( $r=-0,17$   $p=0,019$ ) (12 lentelė).

Analizuojant tiriamųjų informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius ir psichologiniu aspektus, įvardintus svarbiausiomis jų ligos priežastimis, tarpusavio ryšius nustatyta, kad šios priežastys nepriklausė nuo informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius. Nustatyti reikšmingi ryšiai tik su atskirais aspektais:

- emocinę būklę, kaip vieną iš svarbiausių savo ligos priežasčių, dažniau išskirdavo tiriamieji, kurie nežinojo, kad jei šeimoje yra širdies kraujagyslių ligomis sergančių, tai kyla rizika susirgti širdies kraujagyslių liga ( $r=-0,25$   $p<0,001$ );
- stresą/nerimą, kaip vieną iš svarbiausių savo ligos priežasčių, dažniau išskirdavo tiriamieji žinantys, kad yra rizika susirgti širdies kraujagyslių liga, jei šeimoje yra sergančių šia liga ( $r=0,21$   $p=0,002$ ) ir kad didelis cholesterolio kiekis yra širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksnys ( $r=0,15$   $p=0,037$ );
- persidirbimą kaip vieną iš svarbiausių savo ligos priežasčių dažniau išskirdavo tiriamieji, nežinantys, kad didelis cholesterolio kiekis yra širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksnys ( $r=-0,16$   $p=0,026$ );
- neigiamą požiūrį į gyvenimą kaip vieną iš svarbiausių savo ligos priežasčių dažniau išskirdavo tiriamieji, nežinantys, nelaikantys didelį „blogą“ cholesterolį (MTL) ( $r=-0,17$   $p=0,014$ ) ir diabetą ( $r=-0,14$   $p=0,048$ ) rizikos veiksniais susirgti širdies kraujagyslių liga. Savo asmenybę kaip vieną iš svarbiausių savo ligos priežasčių įvardijimas nepriklausė nuo informuotumo apie rizikos veiksnius (2 priedas).

13 lentelė. Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius ir išskirtų ligos priežasčių, susijusių su rizikos veiksniais, tarpusavio ryšiai

Teiginiai	Rizikos veiksniai													
	Elgesys savo sveikatos atžvilgiu		Prastas savo sveikatos priežiūra praeityje		Paveldimumas		Rūkymas		Alkoholio vartojimas		Maistas/blogimybės įpročiai		Senėjimas	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
T1*	0,01	ns	0,06	ns	-0,04	ns	0,09	ns	0,01	ns	-0,02	ns	-0,06	ns
T2	0,00	ns	-0,03	ns	0,13	ns	-0,04	ns	-0,09	ns	-0,01	ns	0,04	ns
T3	-0,05	ns	-0,06	ns	0,05	ns	0,02	ns	0,03	ns	0,08	ns	0,09	ns
T4	0,00	ns	0,01	ns	-0,01	ns	0,08	ns	-0,06	ns	<b>0,15</b>	<b>0,035</b>	<b>-0,19</b>	<b>0,008</b>
T5	-0,03	ns	0,13	ns	0,05	ns	0,03	ns	-0,12	ns	-0,01	ns	-0,08	ns
T6	0,09	ns	0,11	ns	-0,01	ns	-0,13	ns	-0,07	ns	0,00	ns	-0,10	ns
T7	-0,03	ns	0,06	ns	-0,09	ns	-0,05	ns	0,05	ns	0,10	ns	0,08	ns
T8	0,02	ns	-0,14	ns	0,13	ns	-0,10	ns	-0,03	ns	<b>0,26</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,14</b>	<b>0,045</b>
T9*	0,03	ns	-0,09	ns	0,09	ns	-0,05	ns	0,06	ns	0,07	ns	-0,05	ns
T10*	0,01	ns	-0,01	ns	-0,04	ns	-0,10	ns	0,02	ns	-0,01	ns	0,05	ns
T11	0,08	ns	0,02	ns	0,07	ns	-0,11	ns	-0,03	ns	0,13	ns	-0,07	ns
T12	0,08	ns	-0,02	ns	-0,07	ns	-0,12	ns	0,06	ns	<b>0,18</b>	<b>0,012</b>	0,02	ns
T13	0,04	ns	-0,01	ns	0,02	ns	-0,09	ns	0,11	ns	<b>0,18</b>	<b>0,010</b>	-0,08	ns
T14*	0,01	ns	0,10	ns	-0,03	ns	-0,11	ns	-0,13	ns	0,00	ns	0,02	ns
T15	-0,05	ns	-0,06	ns	0,00	ns	-0,07	ns	0,07	ns	<b>0,14</b>	<b>0,043</b>	-0,07	ns
T16	0,05	ns	-0,01	ns	0,07	ns	-0,07	ns	-0,10	ns	<b>0,16</b>	<b>0,023</b>	-0,10	ns
T17	0,07	ns	0,05	ns	-0,02	ns	-0,04	ns	-0,05	ns	0,09	ns	-0,12	ns
T18	0,09	ns	0,03	ns	-0,03	ns	-0,02	ns	0,04	ns	-0,05	ns	-0,01	ns
T19	0,07	ns	-0,01	ns	0,01	ns	-0,02	ns	-0,07	ns	0,13	ns	-0,05	ns
T20*	0,06	ns	0,11	ns	-0,06	ns	-0,03	ns	0,02	ns	0,03	ns	0,02	ns
T21	-0,06	ns	0,02	ns	0,03	ns	-0,04	ns	-0,13	ns	0,04	ns	-0,10	ns
T22	0,05	ns	0,06	ns	-0,11	ns	0,09	ns	0,04	ns	0,02	ns	0,03	ns
T23	0,07	ns	0,04	ns	0,13	ns	-0,03	ns	0,06	ns	<b>0,14</b>	<b>0,049</b>	<b>-0,16</b>	<b>0,025</b>
T24	0,06	ns	0,00	ns	0,08	ns	-0,08	ns	-0,06	ns	<b>0,26</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,17</b>	<b>0,018</b>
T25*	0,01	ns	-0,10	ns	-0,09	ns	0,11	ns	0,05	ns	0,03	ns	-0,05	ns
<b>Bendras žinių rodiklis</b>	0,07	ns	0,00	ns	0,02	ns	-0,08	ns	-0,04	ns	<b>0,19</b>	<b>0,008</b>	-0,12	ns
<b>Bendri rizikos veiksniai</b>	0,02	ns	0,01	ns	0,02	ns	-0,08	ns	-0,03	ns	<b>0,15</b>	<b>0,031</b>	-0,05	ns
<b>CD veiksniai</b>	0,07	ns	0,04	ns	0,02	ns	-0,03	ns	-0,04	ns	<b>0,15</b>	<b>0,040</b>	-0,12	ns

\*- teisingas atsakymas „Ne“; ns – statistškai nereikšmingas ryšys; ŠKL – širdies ir kraujagyslių liga; CD – cukrinis diabetas; T1 - „\*Pacientas visada žino, kad jis serga ŠKL“; T2 - „Jei šeimoje yra ŠKL sergančių, tai kyla rizika susirgti ŠKL“; T3 - „Kuo vyresnis žmogus, tuo didesnė rizika susirgti ŠKL“; T4 - „Rūkymas yra ŠKL rizikos veiksnys“; T5 - „Rūkyti nustojęs žmogus sumažins ŠKL vystymosi riziką“; T6 - „Aukštas kraujospūdis yra ŠKL rizikos veiksnys“; T7 - „Jei kontroliuojate kraujospūdį, sumažinsite riziką susirgti ŠKL“; T8 - „Didelis cholesterolio kiekis yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T9 - „\*Riebiųjų maisto produktų vartojimas neturi įtakos cholesterolio kiekiui kraujyje“; T10 - „\*Jei jūsų „geras“ cholesterolis (DTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T11 - „Jei jūsų „blogas“ cholesterolis (MTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T12 - Viršsvoris padidina riziką susirgti ŠKL“; T13 - „Reguliarus fizinis aktyvumas sumažins galimybę susirgti ŠKL“; T14 - „\*Tik sportuojant sporto salėje ar sportiniuose užsiėmimuose galima sumažinti ŠKL vystymąsi“; T15 - „Vaikščiojimas ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kurie padės sumažinti ŠKL atsiradimo tikimybę“; T16 - „Diabetas yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T17 - „Aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką ŠKL vystymuisi“; T18 - „Jei per keletą mėnesių Jūsų cukraus kiekis kraujyje padidėjęs, tai gali padidinti cholesterolio kiekį kraujyje ir padidinti riziką susirgti ŠKL“; T19 - „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja cukraus kiekį kraujyje“; T20 - „\*Sergantiems CD, retai būna aukštas cholesterolio kiekis“; T21 - „Sergantis CD, kontroliuojantis cholesterolio kiekį, sumažės jų tikimybė susirgti ŠKL“; T22 - „Sergantiems CD, dažniausiai yra mažai DTL (gero) cholesterolio“; T23 - „Sergantis CD, gali sumažinti savo ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį“; T24 - „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jei jie kontroliuoja savo svorį“; T25 - „\*Vyrams, sergantiems CD, yra didesnė ŠKL rizika nei moterims, sergantioms CD“.

Analizuojant svarbiausių ligos priežasčių, susijusių su rizikos veiksniais, įvardijimą priklausomai nuo informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius nustatyta, kad nuo informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius nustatyta, kad nuo informuotumo (r=0,19 p=0,008) tiek apie bendrus veiksnius r=0,15 p=0,031), tiek ir apie veiksnius, susijusius su cukriniu diabetu (r=0,15 p=0,040), priklausė maisto ar netinkamos mitybos įpročių išskyrimas. Tiriamieji, kurie įvardijo šią priežastį kaip vieną iš svarbiausių, dažniau žinojo, kad rūkymas (r=0,15 p=0,035), didelis cholesterolio kiekis (r=0,26 p<0,001), diabetas (r=0,16 p=0,023)

ir viršsvoris ( $r=0,18$   $p=0,012$ ) yra širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksniai, reguliarus fizinis aktyvumas ( $r=0,18$   $p=0,010$ ) kaip ir vaikščiojimas ar sodininkystė ( $r=0,14$   $p=0,043$ ) gali sumažinti galimybę susirgti širdies kraujagyslių liga, o sergantis cukriniu diabetu, jeigu jis kontroliuoja savo svorį ( $r=0,26$   $p<0,001$ ) ir kraujospūdį ( $r=0,14$   $p=0,049$ ), gali sumažinti savo širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką. Tokių veiksnių kaip netinkamo elgesio savo sveikatos atžvilgiu, prastą savo sveikatos priežiūrą praeityje, paveldimumą, rūkymą, alkoholio vartojimą įvardijimas svarbiausiomis savo ligos priežastimis nepriklausė nuo tiriamųjų informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius (13 lentelė).

Analizuojant tiriamųjų informuotumo ir senėjimo, įvardinto kaip vieną iš svarbiausių ligos priežasčių, tarpusavio ryšį nustatyta, kad ši priežastis nepriklausė nuo bendro informuotumo apie rizikos veiksnius. Nustatyti reikšmingi ryšiai tik su atskirais aspektais, kurie parodė, kad tiriamieji, nurodę senėjimą kaip vieną iš svarbiausių priežasčių dažniau nei kiti tiriamieji nelaikė rūkymo ( $r=-0,19$   $p=0,008$ ) ir didelio cholesterolio kiekio ( $r=-0,14$   $p=0,045$ ) širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksniais, taip pat jie dažniau nežinojo, kad sergantis cukriniu diabetu, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį ( $r=-0,16$   $p=0,025$ ) ir svorį ( $r=-0,17$   $p=0,018$ ), gali sumažinti savo širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką (13 lentelė).

Tyrimo metu nustatyta, kad bendras informuotumas apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius, tiek apie bendrus rizikos veiksnius, tiek ir apie susijusius su cukriniu diabetu, neturėjo reikšmingos įtakos ligos svarbiausios priežasties, susijusios su imunitetu, išskirimui.

Nustatyti reikšmingi ryšiai tik tarp atskirų aspektų žinojimo:

- uždegimą/virusus, kaip vieną iš svarbiausių savo ligos priežasčių, dažniau išskirdavo tiriamieji, kurie abejojo ar nežinojo, kad kuo vyresnis žmogus, tuo didesnė rizika susirgti širdies kraujagyslių liga ( $r=-0,16$   $p=0,025$ ) ir kad vaikščiojimas ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kurie padeda sumažinti širdies kraujagyslių ligos atsiradimo tikimybę ( $r=-0,18$   $p=0,012$ );
- aplinkos taršą išskirdavo manantys, kad pacientas ne visada žino, kad jis serga širdies ir kraujagyslių liga ( $r=0,17$   $p=0,018$ );
- nusilpusį imunitetą įvardijo tie, kurie nežinojo, kad jei šeimoje yra širdies kraujagyslių ligomis sergančių, tai kyla rizika susirgti širdies kraujagyslių liga ( $r=-0,18$   $p=0,012$ ), kad aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką širdies kraujagyslių ligos vystymuisi ( $r=-0,14$   $p=0,049$ ), kad sergantis cukriniu diabetu gali sumažinti savo širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį ( $r=-0,14$   $p=0,043$ ) ir svorį ( $r=-0,16$   $p=0,025$ ) (3 priedas).

### 2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Įvairiuose pasaulio regionuose atlikta nemažai tyrimų, kurių metu buvo vertintas pacientų, sergančių širdies kraujagyslių liga, informuotumas apie rizikos veiksnius. Yra atlikta tyrimų, vertinančių pacientų informuotumą apie rizikos veiksnius, kurie jau turi ateityje didelę riziką pakartotinai susirgti ŪKS. Atsižvelgiant į šiuos faktus, tyrime buvo analizuojamas pacientų informuotumas apie širdies kraujagyslių ligų rizikos veiksnius ir pacientų ligos subjektyvaus supratimo vertinant susirgimo priežastis, sąsajos.

Širdies kraujagyslių ligomis daugiausia serga vyresnio amžiaus žmonės. Rizikos veiksniai, sukeliantys ŪKS ligą, skatina ją abiem lytims ir visose amžiaus grupėse, tačiau nevienodai. Rizikingas amžius – vyrams - daugiau kaip 45 m., moterims – daugiau kaip 55 metai. Tyrime tokio santykinai jauno amžiaus 45-59 metų asmenys sudarė 30,7 proc., du trečdalius sudarė vyrai, o trečdalį – moterys. Dauguma (61,3 proc.) tiriamųjų buvo nedirbantys (pensininkai, neįgalūs, bedarbiai). 81,4 proc. tiriamųjų turėjo bent vieną išvardintą gretutinę ligą.

Ligos suvokimas yra subjektyvi ligonio pozicija jo paties ligos atžvilgiu. Šiame darbe buvo tiriamas ligos priežasčių suvokimas. Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji savo ligos priežastis labiausiai tapatino su rizikos veiksniais ir psichologiniais aspektais, mažiausiai - su atsitiktinumo ir imuniteto aspektais.

Svarbiausios, jų manymu, ligos priežastys nurodytos taip: svarbiausia - stresas/nerimas (42,2 proc.), svarbiomis priežastimis buvo maistas ar blogi mitybos įpročiai, rūkymas, paveldėjimas, o trečioje pozicijoje - persidirbimas ir senėjimas. Panašūs rezultatai gauti tyrimuose, kuriuos atliko J.Dabek ir kt. (2018); A. Awad, H. Al-Nafisi (2014); P. Mullie ir kt. (2011), nustatyta, kad fizinės veiklos trūkumas, rūkymas, blogi mitybos įpročiai ir daug patiriamo streso kasdieniame gyvenime buvo labiausiai potencialios širdies kraujagyslių ligos priežastys.

Tyrimo rezultatai parodė, jog ligos priežasčių vertinimai tarp vyrų ir moterų reikšmingai skyrėsi – moterys psichologinius aspektus žymiai dažniau ( $p=0,008$ ) tapatino su savo ligos priežastimi, o A. Mikaliukštienės ir kt. (2013) tiriamųjų buvo daugiau vyrų, kurie savo ligos priežastimis akcentavo psichologinius aspektus.

Sergančių ūminiu koronariniu sindromu ligos priežasčių suvokimas skiriasi priklausomai nuo gretutinių ligų, tokių kaip arterinė hipertenzija, cukrinis diabetas ir dislipidemija. Didelė dauguma (67,8 proc.) tiriamųjų sirgo arterine hipertenzija, 38,7 proc. – dislipidemija, CD sirgo 22,1 procentų. Įdomu tai, kad daugelyje atliktų tyrimų Lietuvoje ir pasaulyje (Dabek et al. 2018; Angosta et al. 2014; Parikh et al. 2013; Rinkūnienė ir kt. 2013; McKinley et al. 2011) pacientai taip pat turėjo vieną ar kelias gretutines ligas: AH, diabetą, dislipidemiją, daugiausia buvo sergančių arterine hipertenzija.

Tyrimo rezultatai parodė, jog be AH, kaip ir nesergančių dislipidemija, grupėse ligos priežasčių, susijusių su imunitetu ir atsitiktinumu apklaustieji žymiai aukščiau vertino nei su arterine hipertenzija. R. E. Ortiz-Benavides ir kt. (2016) tiriamieji, turintys AH žinojo, kad ligos priežastis tikrai nėra atsitiktinumas.

Analizuojant ligos priežasčių skalių vertinimus priklausomai nuo sirgimo CD ir dislipidemija nustatyta, kad psichologinius aspektus ( $p < 0,001$ ) ir rizikos veiksnius ( $p = 0,013$ ) tiriamieji, sergantys CD ir dislipidemija, vertino žymiai aukščiau nei nesergantys.

Analizuojant svarbiausių ligos priežasčių išskyrimą priklausomai nuo tiriamųjų sociodemografinių rodiklių nustatyta, kad: moterys ir aukštesnį išsilavinimą turintieji žymiai dažniau akcentavo paveldimumą, o vyrai, dirbantys ir jaunesni tiriamieji - rūkymą. Nedirbantys ir vyresni asmenys akcentavo senėjimą ( $p = 0,004$ ). Aukštesnį išsilavinimą turintys ligoniai akcentavo maistą ar blogus mitybos įpročius, prastą savo sveikatos priežiūrą praeityje, tuo tarpu tiriamieji su žemesniu išsilavinimu dažniau akcentavo persidirbimą ir nusilpusį imunitetą. Labai panašius rezultatus apie senėjimo ir išsilavinimo įtaką informuotumui nustatė mokslininkai A. Angosta ir kt. (2014) atliktame tyrime JAV, Nevadoje.

Išanalizavus pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, sveikatos problemų sąsajas su informuotumu apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius, tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma apklaustų tiriamųjų (87,9 proc.) žinojo apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius. Tiriamieji turėjo informacijos apie bendrinius rizikos veiksnius. Artimuosiuose rytuose A. Ammouri ir kt. (2016), Indijoje M. Aloshin ir kt. (2016) atliktų tyrimų dalyviai turėjo pakankamai žinių apie tam tikrus ŠKL rizikos veiksnius: rūkymą, aukštą kraujospūdį, aukštą cholesterolio kiekį, amžių ir stresą, daugiau tyrimo dalyvių parodė teisingas žinias apie diabetą (63,2 proc.). Atliktas tyrimas M. Aloshin ir kt. (2016) parodė, jog net 93,3 proc. tiriamųjų žinojo apie cukrinio diabeto sukiamą riziką ŠKL. Atliktame tyrime į tuos teiginius, kurie buvo susiję su cukriniu diabetu, dauguma tiriamųjų dažniausiai nežinojo atsakymo, nebuvo įsitikinę arba vertino neteisingai. Apie šį tradicinį rizikos veiksnį, susijusį su cukriniu diabetu, nustatytas mažesnis informuotumas. Manome, kad toks rezultatas gautas, nes tyrimo metu tik penktadalis tiriamųjų buvo sergantys CD. Nustatyta, jog nesergantys CD nežino apie cukrinio diabeto žalą kaip tradicinį rizikos veiksnį, kurį galima kontroliuoti. Sergančių CD žinios parodė itin reikšmingą ryšį tarp informuotumo apie rizikos veiksnius, susijusius su cukriniu diabetu ( $p < 0,001$ ); moterys su CD buvo žymiai geriau informuotos apie rizikos veiksnius. Mokslininkai J. Dąbek ir kt. (2018) atlikę tyrimą, kuriame visi tiriamieji sirgo širdies kraujagyslių ligomis ir CD, nustatė, kad jie turėjo daugiau kitų rizikos veiksnių, bet jų žinios apie CD keliamą riziką buvo taip pat neišsamios.

Daugiau sveikatos problemų (gretutinių ligų) turintys tiriamieji dažniau žinojo apie tradicinius rizikos veiksnius ir jų valdymą, kaip ir daugelyje kitų mokslininkų (Aloshin et al., 2016;

Ammouri et al., 2016; Ortiz-Benavides et al., 2016; Rinkūnienė ir kt., 2013) atliktų tyrimų rezultatuose.

Tiriant ŠKL rizikos veiksnius ir jų ligos priežasčių suvokimo sąsajas atliktoje koreliacinėje analizėje tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamųjų bendras informuotumas ir ypač informuotumas, susijęs su bendrais rizikos veiksniais, neigiamai koreliavo su atsitiktinumumu kaip savo ligos priežasties suvokimu. Taigi dauguma žinojo, jog ligos priežastis nėra atsitiktinumumas.

Psichologinius aspektu, emocinę būklę, persidirbimą ir neigiamą požiūrį į gyvenimą kaip vieną iš svarbiausių savo ligos priežasčių akcentavę tiriamieji nežinojo, kad cukrinis diabetas ir didelis cholesterolio kiekis ir paveldimumas yra rizikos veiksniai, didinantys galimybę susirgti širdies kraujagyslių liga ( $p < 0,001$ ).

Analizuojant svarbiausių ligos priežasčių, susijusių su bendrais rizikos veiksniais, priklausomai nuo informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius nustatyta, jog maisto ar netinkamos mitybos įpročius išskyrę tiriamieji, kurie įvardijo šią priežastį kaip vieną iš svarbiausių, dažniau žinojo, kad rūkymas, didelis cholesterolio kiekis ( $p < 0,001$ ), diabetas ir viršsvoris yra ŠKL vystymosi rizikos veiksniai.

Susirgimo ŪKS priežastį senėjimą, nusilpusį imunitetą, aplinkos taršą, uždegimą/virusus nurodė tie, kurie nežinojo, kad paveldimumas, aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką širdies kraujagyslių ligos vystymuisi, kad sergantis cukriniu diabetu gali sumažinti savo širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja savo kraujospūdį ir svorį.

**Tyrimo apribojimai.** Atliktame tyrime yra keletas apribojimų. Vienas tyrimo apribojimas tai, kad respondantai pildant klausimynus galėjo atsakymus aptarti su kitais ir tai galėjo iškreipti tikrų žinių apie KŠL rizikos veiksnius lygį. Atlikti tyrimą pagal rasę ir tautybę (didesnę riziką susirgti turi juodaodžiai, lotynų amerikiečiai, kinų ir japonų populiacijos) taip pat nebuvo galimybės, nes jų procentas Lietuvoje nėra didelis, o tiriama Lietuvos situaciją, todėl kitų rasių ir tautybių atstovų neįtraukimas į tyrimą neturėjo poveikio rezultatų patikimumui. Tyrimo rezultatų aiškumą, apie CD keliamus rizikos veiksnius, riboja tai, jog tyrime pacientų segančių CD buvo tik penktadalis (22,1 proc., dauguma (20,1 proc.) sirgo II tipo cukriniu diabetu).

**Hipotezė,** jog pacientų informuotumas apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius turi ryšį su jų sveikatos problemomis, pasitvirtino. Tiriant ŠKL rizikos veiksnius ir jų ligos priežasčių suvokimo sąsajas atliktoje koreliacinėje analizėje tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamųjų bendras informuotumas ir ypač informuotumas, susijęs su bendrais rizikos veiksniais, neigiamai koreliavo su atsitiktinumumu kaip savo ligos priežasties suvokimu. Tiriamieji gerai informuoti apie bendrinius rizikos veiksnius ir mažiau – apie veiksnius, susijusius su cukriniu diabetu.



## IŠVADOS

1. Analizuojant ligos priežasčių suvokimą, tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji savo ligos priežastis labiausiai tapatino su rizikos veiksniais ir psichologiniais aspektais, mažiausiai – su atsitiktinumu ar imunitetu. Svarbiausi rizikos veiksniai, darantys žalą jų sveikatai ir yra ligos priežastys: stresas/nerimas, maistas ar blogi mitybos įpročiai, rūkymas ir paveldėjimas, persidirbimas ir senėjimas. Moterys paveldimumą ir psichologinius aspektus žymiai dažniau tapatino su ligos priežastimi. Vyresni ir nedirbantys asmenys akcentavo senėjimą, o jaunesni dirbantys vyrai – rūkymą. Svarbiausių ligos priežasčių išskyrimas priklausė nuo sirgimo gretutinėmis ligomis ir jų skaičiaus.

2. Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma apklaustų pacientų žinojo, kad viršsvoris, rūkymas, didelis cholesterolio kiekis, aukštas kraujospūdis padidina riziką susirgti širdies kraujagyslių liga; reguliarus fizinis aktyvumas, kontroliuojamas kraujospūdis, rūkyti nustojęs žmogus sumažina širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką. Dauguma tiriamųjų dažniausiai nežinojo, tik moterys buvo žymiai geriau informuotos, jog CD tai turi įtakos širdies kraujagyslių ligos vystymuisi. Nustatyta, kad cukriniu diabetu ir dislipidemija sergantys tiriamieji buvo žymiai geriau informuoti apie ŠKL rizikos veiksnis.

3. Tiriamųjų informuotumo apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnis ir jų ligos priežasčių suvokimo tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamųjų bendras informuotumas, o ypač informuotumas, susijęs su bendrais rizikos veiksniais, neigiamai koreliavo su atsitiktinumu kaip savo ligos priežasties suvokimu. Emocinę būklę kaip vieną iš svarbiausių savo ligos priežasčių dažniau išskirdavo tiriamieji, kurie nežinojo apie paveldėjimo, cukrinio diabeto ir didelio cholesterolio kiekio keliamą riziką. Analizuojant svarbiausias ligos priežastis, susijusias su rizikos veiksniais, nustatyta, jog tiriamieji, išskyrę svarbiausiu maisto ar netinkamos mitybos įpročius, geriau žinojo, kad rūkymas, didelis cholesterolio kiekis, diabetas ir viršsvoris yra širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksniai.

## REKOMENDACIJOS

Atsižvelgdami į atlikto darbo rezultatus pacientams galime rekomenduoti:

1. Būtina nuolat atnaujinti savo žinias, siekti, kad jos būtų įgyvendinamos praktiškai. Pacientai turi nuolat domėtis rizikos veiksniais ir/ar tikrinti, ar tos žinios teisingos. Pacientas, žinodamas apie rizikos veiksnius, gali geriau suprasti širdies kraujagyslių ligų profilaktikos veiksmingumą. Be to, žinant savo asmeninius rizikos veiksnius, yra galimybių pasirinkti tinkamą gyvenimo būdo pakeitimą.

2. Planuoti savo motyvacinius pokalbius (kardiologinių ligų prevencijos kabinetuose). Pacientams yra sudarytos galimybės gauti informacijos apie jų sveikatos būklę, taip įtraukiant juos į profilaktiką bei gyvenimo būdo keitimą. Reguliarūs pokalbiai padėtų priimti informaciją, ją suprasti ir naudoti kasdieniame gyvenime.



## LITERATŪRA

1. Ahmadi A., Leipsic J., Feuchtner G., et al. 2015. Is metabolic syndrome predictive of prevalence, extent, and risk of coronary artery disease beyond its components? Results from the multinational coronary CT angiography evaluation for clinical outcome: an international multicenter registry (CONFIRM). *Plos One*, 10(3), e0118998, p. 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0118998
2. Al-Aqeedi R. F., Abdullatef W. K., Dabdoob W., et al. 2013. The prevalence of metabolic syndrome components, individually and in combination, in male patients admitted with acute coronary syndrome, without previous diagnosis of diabetes mellitus. *The Libyan Journal Of Medicine*, 820185 p. 1-7. doi:10.3402/ljm.v8i0.20185
3. Aloshin M., Abubaker S., Eldho M., et al. 2016. Assessment of Knowledge and Awareness on Cardiovascular Risk Factors in a Teaching Hospital. *International Journal of Pharma Research and Health Sciences*, Volume 4 (3), p. 1166-1170 ISSN: 2348-6465
4. Angosta A., Speck K. 2014. Assessment of heart disease knowledge and risk factors among first-generation Filipino Americans residing in Southern Nevada: A cross-sectional survey. *Clinical Nursing Studies*, Vol. 2, No. 2 p. 128-129. DOI: 10.5430/cns.v2n2p123
5. Ammouri A. A., Tailakh A., Isac C., et al., 2016. Knowledge of Coronary Heart Disease Risk Factors among a Community Sample in Oman: Pilot study. *Sultan Qaboos University medical journal*, 16(2), p. 189-196. doi: 10.18295/squmj.2016.16.02.009
6. Astrauskienė A. 2013. Fizinio aktyvumo poveikis vyresnio amžiaus moterų širdies ir kraujagyslių sistemai. *Sveikatos mokslai*, 1(86), p. 96-99.
7. Awad A., Al-Nafisi H. 2014. Public knowledge of cardiovascular disease and its risk factors in Kuwait: a cross-sectional survey. *BMC public health*, 14, p. 1131. doi:10.1186/1471-2458-14-1131
8. Balasubramaniam K., Viswanathan G. N., Marshall S. M. et al. 2012. Increased Atherothrombotic Burden in Patients with Diabetes Mellitus and Acute Coronary Syndrome: A Review of Antiplatelet Therapy. *Cardiology Research and Practice*, 2012, 909154. p. 1-18. doi:10.1155/2012/909154
9. Barnes AS. 2013. Emerging Modifiable Risk Factors for Cardiovascular Disease in Women: Obesity, Physical Activity, and Sedentary Behavior. Coulter SA, ed. *Texas Heart Institute Journal* 40(3) p. 293-295.
10. Benjamin E. J., Blaha M. J., Chiuve S. E., et al. 2017. Correction to: Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 135(10) p. 147 - 646. doi: 10.1161/CIR.0000000000000491

11. Blankenship J. C., Alexander K. P., Bittl J. A. et al. 2014. ACC/AHA/AATS/PCNA/SCAI/STS focused update of the guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(18), p. 1929–1949. doi:10.1016/j.jacc.2014.07.017
12. Burokienė N. 2016. Koronarinės širdies ligos išsivystymo rizika: epidemiologinių ir genomo žymenų sąveikos tyrimas: daktaro disertacija. Vilnius.
13. Burokienė N., Kasiulevičius V., Kučinskienė Z. A. 2013. Koronarinės širdies ligos išsivystymo rizika: epidemiologinių ir genomo žymenų sąveikos tyrimas (literatūros apžvalga). *Medicinos teorija ir praktika teorija ir praktika T. 19 (Nr. 2)*, p. 202–207.
14. Cazarim M. S., de Freitas O., Penaforte T. R., et al. 2016. Impact Assessment of Pharmaceutical Care in the Management of Hypertension and Coronary Risk Factors after Discharge. *Plos One*, 11(6), p. 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0155204
15. Choi J., Daskalopoulou S. S., Thanassoulis G. et al. 2014. Sex- and Gender-Related Risk Factor Burden in Patients With Premature Acute Coronary Syndrome. *Canadian Journal of Cardiology*, Volume 30 , Issue 1 , p. 109 – 117. DOI: 10.1016/j.cjca.2013.07.674
16. Claassen L., Henneman L., van der Weijden T., et al. 2012. Being at risk for cardiovascular disease: perceptions and preventive behavior in people with and without a known genetic predisposition. *Psychol Health Medicine*. 17(5) p. 511-521. doi: 10.1080/13548506.2011.644246.
17. Clark A.M, Flynn R., Hsu Z.Y., et al. 2013. Heart failure with preserved ejection fraction: health services implications of a stealth syndrome, *European Journal of Cardiovascular Nurs.*; 12 (4). p. 316-317. doi: 10.1177/1474515112466156
18. Dąbek J., Piotrkowicz J., Leśniewska S., et al. 2018. Prevalence and knowledge of classical cardiovascular disease risk factory among patients with diabetes. *Medical science pulse* (12) 4 p. 9-14. DOI: 10.5604/01.3001.0012.7981
19. De Miguel-Yanes J. M., Jiménez-García R., Hernández-Barrera V. et al. 2017. Impact of type 2 diabetes mellitus on in-hospital-mortality after major cardiovascular events in Spain (2002–2014). *Cardiovascular Diabetology*,16,126. p. 1-16. doi:10.1186/s12933-017-0609-4
20. Dégano I.R., Elosua R., Marrugat J. 2013. Epidemiology of Acute Coronary Syndromes in Spain: Estimation of the Number of Cases and Trends From 2005 to 2049. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, Volume 66, Issue 6, June, p. 472-481. doi.org/10.1016/j.recesp.2013.01.019 doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2214

21. Dullaghan L., Lusk L., Donnelly P., et al. 2013. Communicating with people who have experienced heart attack. *Emergency Nurse*, 21(6), p. 33-36. doi: 10.7748/en2013.10.21.6.33.e1203.
22. Emad A., Al Suwaidi J., El-Menyar A., et al. 2014. Mortality Trends in Patients Hospitalized with the Initial Acute Myocardial Infarction in a Middle Eastern Country over 20 Years. *Cardiology Research and Practice*, Article ID 464323, p.1-9. doi.org/10.1155/2014/464323
23. European heart health charter. 2007. *European Journal of Preventive Cardiology* Vol 14, Issue 3, p. 357 – 365.
24. Fan Kee H., Yoke Loong F., Sazlyna Mohd Sazlly L., et al. 2016. Acute coronary syndrome in young adults from a Malaysian tertiary care centre. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, 32(4), 841-845. doi:10.12669/pjms.324.9689
25. Garadah T. S., Thani K. B., Sulibech L. et al. 2018. Risk Stratification and in Hospital Morality in Patients Presenting with Acute Coronary Syndrome (ACS) in Bahrain. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*, 12, p. 7–17. doi:10.2174/1874192401812010007
26. Goff D. C., Lloyd-Jones D. M., Bennett G., et al. 2014. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. *Circulation* 129 p. 49-73. doi.org/10.1161/01.cir.0000437741.48606.98
27. Gupta A., Wang Y., Spertus J. A., et al. 2014. Trends in Acute Myocardial Infarction in Young Patients and Differences by Sex and Race, 2001–2010. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(4), p. 337–345. doi: 10.1016/j.jacc.2014.04.054
28. Izadnegahdar M. , Singer J. , Lee M. K. , et al. 2014. Do Younger Women Fare Worse? Sex Differences in Acute Myocardial Infarction Hospitalization and Early Mortality Rates Over Ten Years *Journal of Women's Health* Vol. 23, No. 1 Original Articles. doi:10.1089/jwh.2013.4507
29. Jaarsma T., Deaton C., Fitzsimmons D., et al. 2014. Research in cardiovascular care: a position statement of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professionals of the European Society of Cardiology. *European Journal of Cardiovascular Nurs*, 13(1), p. 9-21. doi: 10.1177/1474515113509761.
30. Jenkinson C., Layte R., Wright L., Coulter A. 1996. 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, p. 65.
31. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Savičiūtė R. ir kt. 2012. Vilniaus miesto gyventojų gyvensenos ypatumų tyrimai. Sveikatos mokslai, Visuomenės sveikata. Volume 22, Number 1, p. 49-54. ISSN 1392-6373

32. Kletsiou E., Astin F. 2015. Streamlining educational provision for cardiovascular nurses: A beginning not an end. *European Journal of Cardiovascular Nurs*, 14(3), p. 188-189. doi: 10.1177/1474515115581745.
33. Korin M. R., Chaplin W. F., Shaffer J. A. et al. 2013. Men's and women's health beliefs differentially predict coronary heart disease incidence in a population-based sample. *Health Education & Behavior : The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 40(2), p. 231–239. <http://doi.org/10.1177/1090198112449461>
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2011 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-615 Dėl Ūmių išeminių (koronarinių) sindromų, nesant ST segmento pakilimo (nestabilios krūtinės anginos (TLK-10-AM I 20.0) ir miokardo infarkto (TLK-10-AM I 21, I 22), diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo. 2011. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.76E2F536F366>
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2014 vasario 17 d. įsakymas Nr. V-244. Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu atveju, prieinamumo gerinimo ir šia liga sergančių ligonių srautų valdymo reikalavimų patvirtinimo. 2014. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/b297c530996e11e3bdd0a9c9ad8ce1bf>
36. Lucero A. A., Lambrick D. M., Faulkner J. A., et al. 2014. “Modifiable Cardiovascular Disease Risk Factors among Indigenous Populations” *Advances in Preventive Medicine*, vol. Article ID 547018, p. 1-13, doi:10.1155/2014/547018
37. Mahmood S. S., Levy D., Vasan R. S., et al. 2014. The Framingham Heart Study and the Epidemiology of Cardiovascular Diseases: A Historical Perspective. *Lancet* 383(9921) p. 999–1008. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61752-3
38. Mastavičiūtė A., Kasiulevičius V., Strazdienė V. ir kt. 2011. Arterinio kraujospūdžio ir kardiovaskulinių ligų rizikos veiksnių sąsajos. *Gerontologija* 12(1) p. 26–32.
39. McKinley S., Aitken L. M., Marshall A. P., et al. 2011. Delays in presentation with acute coronary syndrome in people with coronary artery disease in Australia and New Zealand. *Emergence Medicine Australasia*, 23, p. 153–161. doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01385.x.
40. Mirties priežausčių registras. 2017. Mirties priežastys 2018 (išankstiniai duomenys). Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, p. 1-120. ISSN 1392-9186
41. Mikaliūkštienė A., Savickienė V., Kalibatienė D. 2013. Arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių ir požiūrio į ligos kontrolę įvertinimas šia liga sergančių atestuotų pareigūnų grupėje. *Medicinos teorija ir praktika*. Nr. 3.2 (19), p. 63-71.
42. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: KU leidykla.

43. Moradi A., Moeini M., Sanei H. 2017. The Effect of Interactive Text Message Follow-Up on Health Promoting Lifestyle of Patients with Acute Coronary Syndrome. *Iranian Journal Of Nursing & Midwifery Research*. 22(4) p. 287-293.
44. Morselli E., Frank A. P., Santos R. S. et al. 2016. Sex and Gender: Critical Variables in Pre-Clinical and Clinical Medical Researchn. *Cell Metabolism* Volume 24, Issue 3, p. 203-209. doi:10.1016/j.cmet.2016.07.017
45. Moser D. K., Kimble L. P., Alberts M. J., et al. 2006. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council. *Circulation*, 114(2) p. 168 - 182. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176040.
46. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K. J., et al. 2002. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, Vol. 17, No. 1, p. 1 - 16. DOI: 10.1080/08870440290001494
47. Mullie P., Clarys P. 2011. Association between Cardiovascular Disease Risk Factor Knowledge and Lifestyle Food and Nutrition Sciences, 2, p. 1048-1053 doi:10.4236/fns.2011.210140
48. Musunuru K., Kathiresan S. 2010. Genetics of Coronary Artery Disease. *Annu. Rev. Genom. Human Genet.* 11 p. 91-108 doi:10.1146/annurev-genom-082509-141637
49. Nicholas M., Townsend N., Scarborough P. et al. 2015. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *European Heart Journal*, Volume 35, Issue 42 p. 2950–2959.
50. Norsa'adah B., Che-Muzaini C. M. 2018. Association of Co-Morbidity and Treatment with the Complications of Acute Coronary Syndrome in Young Patients Less Than 45 Years. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 25(1), p. 42–52. doi:10.21315/mjms2018.25.1.6
51. Ortiz-Benavides R. E., Torres-Valdez M., Sigüencia-Cruz W., et al. 2016. Risk factors for arterial hypertension in the adult population of an urban region of Ecuador. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Publica*, 33(2), p. 248-255.
52. Parikh S., Patel M., Tiwari H. et al. 2013. Assessment of cardiovascular disease risk by using framingham risk equation amongst the residents of ahmedabad city. *National Journal of Community Medicine*, Volume 4, Issue 3. p. 392- 397.
53. Patel M. R., Peterson E. D., Dai D., et al. 2010. Low diagnostic Yield of elective coronary angiography. *New England Journal of Medicine*, 362(10), p. 886 - 895. doi:10.1056/NEJMoa0907272
54. Petrulionienė Ž. 2010. Koronarinė širdies liga. Rizikos veiksniai, klinikiniai simptomai ir gydymas. Vilnius: UAB "Vaistų žinios".



55. Petrulionienė Ž., Šerpytis P., Jančauskaitė D., ir kt. 2015. Moterų miokardo infarkto klinikinės simptomatikos ir baigčių ypatumai. Sveikatos mokslai, 1(25), p. 44-49.
56. Pukinskienė D. 2011. Slaugos filosofija ir teorija. Mokomoji knyga. Klaipėdos valstybinė kolegija. ISBN 978-609-454-036-3
57. Rastenienė V., Lastauskienė L. 2015. Pacientų, patenkančių į rizikos veiksnių grupę, požiūris į širdies ir kraujagyslių ligas bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas. Sveikatos mokslai, 25(5), p. 40-44.
58. Raza Q., Doak CM., Khan A., et al. 2013. Obesity and cardiovascular disease risk factors among the indigenous and immigrant Pakistani population: a systematic review. *Obes Facts* 6(6) p. 523-535. doi: 10.1159/000357176.
59. Razbadauskas A., Brasaitė I., Žiliukas G., ir kt. 2011. Vakarų Lietuvos gyventojų sveikatos rizikos veiksniai ir savo sveikatos vertinimas. Sveikatos mokslai, 4 (76), p. 32-35.
60. Reilly, M. P., Li M., He J., Ferguson, J. F., et al. 2011. Identification of ADAMTS7 as a novel locus for coronary atherosclerosis and association of ABO with myocardial infarction in the presence of coronary atherosclerosis: two genome-wide association studies. *Lancet*, 377(9763), p. 383–392. doi:10.1016/S0140-6736(10)61996-4
61. Rinkūnienė E., Laucevičius A., Petrulionienė Ž., Badarienė J. 2012. Lietuvos didelės kardiovaskulinės rizikos pacientų atrankos ir prevencinių priemonių (lithir) programos rezultatai: dislipidemijos paplitimas tarp vidutinio amžiaus suaugusių Lietuvos gyventojų. *Medicinos teorija ir praktika*, 4.2(18), p. 636–642.
62. Rinkūnienė E., Petrulionienė Ž., Dženkevičiūtė V., ir kt. 2013. Tradicinių rizikos veiksnių paplitimas tarp pacientų, sergančių arterine hipertenzija. *Medicinos teorija ir praktika*, 19(2), p. 124-129.
63. Rinkūnienė E., Petrulionienė Ž., Zdanevičiūtė I., Dženkevičiūtė V., 2013. Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse. *Medicinos teorija ir praktika*, 19(2), p. 130-136.
64. Roberts R. 2015. A genetic basis for coronary artery disease. *Trends Cardiovascular Medicine* 25(3) p. 171-178. doi: 10.1016/j.tcm.2014.10.008
65. Roberts R. 2018. Genetics in the prevention and management of coronary artery disease. *Current opinion in cardiology* 33(3), p. 257-268. doi: 10.1097/HCO.0000000000000501
66. Rodriguez F., Foody J. M., Wang Y., et al., 2015. Young Hispanic Women Experience Higher In-Hospital Mortality Following an Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*, 4(9), p. 1-8. doi: 10.1161/JAHA.115.002089

67. Ryden L., Martin J., Volqvartz S. 2007. The European Heart Health Charter: towards a healthier Europe. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 14(3) p. 355-356.
68. Sanchis-Gomar F., Perez-Quilis C., Leischik R. et al., 2016. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Annals of Translational Medicine* 4(13), 256 p. 1-12. doi:10.21037/atm.2016.06.33
69. Sanghavi M., Gulati M. 2015. Sex Differences in the Pathophysiology, Treatment, and Outcomes in IHD. *Current Atherosclerosis Reports*, 17(6), 34 p. 1-11. doi:10.1007/s11883-015-0511-z
70. Sarrafzadegan N., Hassannejad R., Marateb H.R., et al. 2017 PARS risk charts: A 10-year study of risk assessment for cardiovascular diseases in Eastern Mediterranean Region. *PLoS ONE* 12(12): e0189389. doi:10.1371/journal.pone.0189389
71. Sasidhar M. V., Reddy S., Naik, A., Naik, S. 2014. Genetics of coronary artery disease – A clinician’s perspective. *Indian Heart Journal*, 66(6), p. 663–671. doi: 10.1016/j.ihj.2014.12.008
72. Schmerbach K., Patzak A. 2014. The metabolic syndrome: is it the mother’s fault? *Acta Physiol (Oxf)* 210, p. 702–704. DOI: 10.1111/apha.12230
73. Scruth E., Worrall-Carter L., Cheng E., et al. 2012. Assessing risk post intervention for an acute coronary syndrome: A review of the risk assessment tools and their development. *Contemporary Nurse* 43(1) p. 2-12. doi: 10.5172/conu.2012.43.1.2.
74. Šerpytis P., Aranauskas R., Deksnytė A., ir kt. 2014. Miokardo infarkto įtaka depresiškumui ir nerimastingumui. *Sveikatos mokslai*, 3 (24), p. 102-108. doi:10.5200/sm-hs.2014.050
75. Stoner L., Stoner K. R., Young J. M., et al. 2012. Preventing a Cardiovascular Disease Epidemic among Indigenous Populations through Lifestyle Changes. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(4), p. 230–240.
76. Strazdienė V., Kasiulevičius V., Mastavičiūtė A., ir kt. 2011. Metabolinio sindromo ir jo komponentų sąsajos su kai kuriais širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniais. *Gerontologija* 12(2), p. 89–96.
77. Subramanian S., Chait A. 2012. Hypertriglyceridemia secondary to obesity and diabetes. *Biochimica Et Biophysica Acta*, 1821(5), p. 819–25. doi: 10.1016/j.bbaliip.2011.10.003.
78. Thiele H. 2014. Acute coronary syndrome. *Herz* 39 p. 667. doi:10.1007/s00059-014-4135-9
79. Thompson D. R., Chair S. Y., Chan S. W., et al. 2011. Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), p. 1236-1244. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03558.x

80. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S., et al., 2012. Third universal definition of myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*; 60(16) p. 1581-1598. doi: 10.1016/j.jacc.2012.08.001
81. Wagner J., Lacey K., Chyun D., et al. 2005. Development of a questionnaire to measure heart disease risk knowledge in people with diabetes: the Heart Disease Fact Questionnaire. *Patient counselling and health education*; 58(1) p. 82-7. DOI:10.1016/j.pec.2004.07.004
82. Wung S., Hickey K. T., Taylor J. Y., Gallek, M. J. 2013. Cardiovascular genomics. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(1), p. 60-68. doi:10.1111/jnu.12002
83. Xanthos T., Pantazopoulos I., Vlachos I., et al. 2010. Factors influencing arrival of patients with acute myocardial infarction at emergency departments: implications for community nursing interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), p. 1469–1477. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05301.x.
84. Zwar N. A, Mendelsohn C. P, Richmond R. L. 2014. Supporting smoking cessation *BMJ*; 348 doi:10.1136/bmj.f7535

## **PRIEDAI**

## ANKETA

## Gerb. apklausos Dalyvi (-e),

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos II kurso studentė Julijana Zobernienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – išanalizuoti pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, informuotumą apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą.

Ši tyrimo priemonė patvirtinta KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, prašom kreiptis į darbo autorę Julijaną Zobernienę (tel. 8 600 11521) arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558).

**Instrukcija.** Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (v) ar kryžiuuku (x)) arba įrašyti savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

**Demografiniai duomenys:****1. Lytis:**

- Vyras
- Moteris

**2. Jūsų amžius:** Įrašykite \_\_\_\_\_**3. Jūsų išsilavinimas:**

- Pradinis
- Vidurinis
- Profesinis
- Aukštasis
- Kita (įrašykite) \_\_\_\_\_

**4. Jūsų socialinė grupė:**

- Dirbantis (-i)
- Bedarbis (-ė)
- Pensininkas (-ė)
- Neįgalus (-i)
- Kita (įrašykite) \_\_\_\_\_

**5. Ar sergate paminėtomis ligomis? (Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus)**

- Hipertenzija (padidėjęs kraujospūdis)
- Diabetas I tipo
- Diabetas II tipo
- Dislipidemija (didelis cholesterolis)
- Nesergu

**6. Mus domina, kas, jūsų nuomone, galėjo tapti jūsų ligos priežastimi.** Kadangi žmonės yra labai skirtingi, nėra teisingo atsakymo į šį klausimą. Mums labiau rūpi, ką jūs manote, o ne ką jums sako gydytojai ar šeimos nariai. Žemiau pateiktas galimų ligos priežasčių sąrašas. Nurodykite, kiek jūs sutinkate ar nesutinkate, kad tai buvo Jūsų susirgimo priežastis, pažymėdami atitinkamą laukelį.

	GALIMOS PRIEŽASTYS	Nesutinku	Išdalies nesutinku	Abejoju	Išdalies sutinku	Sutinku
6.1	Stresas arba nerimas					
6.2	Paveldimumas-tai kartojasi mano šeimoje					
6.3	Uždegimas arba virusas					
6.4	Maistas ar blogi mitybos įpročiai					
6.5	Atsitiktinumas arba nesėkmė					
6.6	Prasta savo sveikatos priežiūra praeityje					
6.7	Aplinkos tarša					
6.8	Mano elgesys savo sveikatos atžvilgiu					
6.9	Mano neigiamas požiūris į gyvenimą					
6.10	Šeimos problemos ar rūpesčiai					
6.11	Persidirbimas					
6.12	Mano emocinė būklė (bloga nuotaika, vienišumas, nerimas, tuštumo jausmas)					
6.13	Senėjimas					
6.14	Alkoholis					
6.15	Rūkymas					
6.16	Nelaimingas atsitikimas ar sužeidimas					
6.17	Mano asmenybė					
6.18	Nusilpęs imunitetas					

© Autorinės teisės ginamos. Autoriaus teisės priklauso: R. Moss-Morris et al. (2002)

**7. Pateikite tris svarbiausius rizikos veiksnius, darančius žalą JŪSŲ sveikatai.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**8. Šie teiginiai padės atskleisti Jūsų žinias apie širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnius.**  
 Prašau pasirinkti atsakymą, kuris geriausiai tinka, jei nesate tikri dėl teisingo atsakymo, pažymėkite Nežinau/Nesu įsitikinęs (pažymėkite tik vieną tinkamą atsakymą kiekvienoje eilutėje).

	TEIGINIAI	Taip	Ne	Nežinau / Nesu įsitikinęs
8.1	Pacientas visada žino, kad jis serga širdies kraujagyslių liga			
8.2	Jei šeimoje yra širdies kraujagyslių ligomis sergančių, tai kyla rizika susirgti širdies kraujagyslių liga			
8.3	Kuo vyresnis žmogus, tuo didesnė rizika susirgti širdies kraujagyslių liga			
8.4	Rūkymas yra širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnys			
8.5	Rūkyti nustojęs žmogus sumažins širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką			
8.6	Aukštas kraujospūdis yra širdies kraujagyslių ligos rizikos veiksnys			
8.7	Jei kontroliuojate kraujospūdį, sumažinsite riziką susirgti širdies kraujagyslių liga			
8.8	Didelis cholesterolio kiekis yra širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksnys			
8.9	Riebiųjų maisto produktų vartojimas neturi įtakos cholesterolio kiekiui kraujyje			
8.10	Jei jūsų "geras" cholesterolis (DTL) yra didelis, turite rizikos susirgti širdies kraujagyslių liga			
8.11	Jei jūsų "blogas" cholesterolis (MTL) yra didelis, turite rizikos susirgti širdies kraujagyslių liga			
8.12	Viršsvoris padidina riziką susirgti širdies kraujagyslių liga			
8.13	Reguliarus fizinis aktyvumas sumažins galimybę susirgti širdies kraujagyslių liga			
8.14	Tik sportuojant sporto salėje ar sportiniuose užsiėmimuose galima sumažinti širdies kraujagyslių ligos vystymąsi			
8.15	Vaikščiojimas ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kurie padės sumažinti širdies kraujagyslių ligos atsiradimo tikimybę			
8.16	Diabetas yra širdies kraujagyslių ligos vystymosi rizikos veiksnys			
8.17	Aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką širdies kraujagyslių ligos vystymuisi			
8.18	Jei per keletą mėnesių Jūsų cukraus kiekis kraujyje padidėjęs, tai gali padidinti cholesterolio kiekį kraujyje ir padidinti riziką susirgti širdies kraujagyslių liga			
8.19	Sergantis cukriniu diabetu, gali sumažinti širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja cukraus kiekį kraujyje			

© Autorinės teisės ginamos. Autoriaus teisės priklauso J. Wagner et al. (2005).

Lentelės tęsinys kitame puslapyje

8.20	Sergantiems cukriniu diabetu, retai būna aukštas cholesterolio kiekis			
8.21	Sergant cukriniu diabetu, kontroliuojant cholesterolio kiekį, sumažės jų tikimybė susirgti širdies kraujagyslių liga			
8.22	Sergantiems cukriniu diabetu, dažniausiai yra mažai DTL (gero) cholesterolio			
8.23	Sergantis cukriniu diabetu, gali sumažinti savo širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį			
8.24	Sergantys cukriniu diabetu, gali sumažinti širdies kraujagyslių ligos vystymosi riziką, jei jie kontroliuoja savo svorį			
8.25	Vyrams, sergantiems cukriniu diabetu, yra didesnė širdies kraujagyslių ligos rizika nei moterims, sergančioms cukriniu diabetu			

© Autorinės teisės ginamos. Autoriaus teisės priklauso J. Wagner et al. (2005)

**Dėkoju už Jūsų atsakymus !**



Sergančiųjų ūminių koronarinių sindromu informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius ir išskirtų psichologinių ligos priežasčių sąsajos

Teiginiai	Psichologiniai aspektai									
	Emocinė būklė		Stresas/ nerimas		Persidir- bimas		Neigiamas požiūris į gyvenimą		Asmenybė	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
T1*	-0,01	ns	-0,07	ns	-0,07	ns	0,06	ns	0,00	ns
T2	<b>-0,25</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,21</b>	<b>0,002</b>	0,05	ns	0,01	ns	0,09	ns
T3	-0,06	ns	0,02	ns	-0,09	ns	0,07	ns	-0,03	ns
T4	-0,10	ns	0,01	ns	0,02	ns	-0,07	ns	-0,08	ns
T5	0,07	ns	-0,04	ns	0,03	ns	-0,11	ns	-0,07	ns
T6	0,04	ns	0,10	ns	-0,04	ns	0,06	ns	-0,05	ns
T7	-0,08	ns	0,01	ns	0,05	ns	-0,13	ns	-0,02	ns
T8	0,02	ns	<b>0,15</b>	<b>0,037</b>	<b>-0,16</b>	<b>0,026</b>	-0,17	ns	0,01	ns
T9*	-0,04	ns	0,11	ns	-0,05	ns	-0,07	ns	-0,04	ns
T10*	-0,05	ns	0,04	ns	0,02	ns	-0,01	ns	-0,03	ns
T11	0,00	ns	0,05	ns	-0,01	ns	<b>-0,17</b>	<b>0,014</b>	-0,04	ns
T12	-0,02	ns	0,11	ns	-0,05	ns	0,05	ns	-0,01	ns
T13	-0,04	ns	0,07	ns	-0,06	ns	-0,03	ns	-0,09	ns
T14*	-0,01	ns	0,11	ns	-0,01	ns	0,01	ns	0,05	ns
T15	0,06	ns	0,08	ns	-0,04	ns	0,07	ns	-0,01	ns
T16	0,11	ns	-0,01	ns	0,00	ns	<b>-0,14</b>	<b>0,048</b>	-0,11	ns
T17	0,00	ns	0,03	ns	0,05	ns	0,02	ns	-0,06	ns
T18	-0,03	ns	-0,08	ns	-0,02	ns	-0,12	ns	-0,02	ns
T19	-0,02	ns	0,04	ns	-0,09	ns	-0,11	ns	-0,01	ns
T20*	0,03	ns	0,00	ns	0,00	ns	-0,06	ns	-0,10	ns
T21	0,02	ns	0,10	ns	-0,02	ns	-0,03	ns	0,05	ns
T22	-0,10	ns	-0,10	ns	0,00	ns	-0,07	ns	-0,03	ns
T23	-0,05	ns	0,07	ns	-0,08	ns	-0,02	ns	0,01	ns
T24	0,08	ns	0,03	ns	-0,05	ns	0,03	ns	0,01	ns
T25*	-0,10	ns	-0,02	ns	0,02	ns	-0,04	ns	0,04	ns
<b>Bendras žinių rodiklis</b>	-0,03	ns	0,08	ns	-0,05	ns	-0,10	ns	-0,04	ns
<b>Bendrų rizikos veiksnių</b>	-0,08	ns	0,13	ns	-0,06	ns	-0,08	ns	-0,04	ns
<b>CD veiksnių</b>	-0,01	ns	0,01	ns	-0,04	ns	-0,09	ns	-0,03	ns

Taikytas Spearman'o (r) koreliacijos metodas

\*- teisingas atsakymas „Ne“; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis; ŠKL – širdies ir kraujagyslių liga; CD – cukrinis diabetas;

T1 - „Pacientas visada žino, kad jis serga ŠKL“; T2 - „Jei šeimoje yra ŠKL sergančių, tai kyla rizika susirgti ŠKL“; T3 - „Kuo vyresnis žmogus, tuo didesnė rizika susirgti ŠKL“; T4 - „Rūkymas yra ŠKL rizikos veiksnys“; T5 - „Rūkyti nustojęs žmogus sumažins ŠKL vystymosi riziką“; T6 - „Aukštas kraujospūdis yra ŠKL rizikos veiksnys“; T7 - „Jei kontroliuojate kraujospūdį, sumažinsite riziką susirgti ŠKL“; T8 - „Didelis cholesterolio kiekis yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T9 - „\*Riebiųjų maisto produktų vartojimas neturi įtakos cholesterolio kiekiui kraujyje“; T10 - „\*Jei jūsų „geras“ cholesterolis (DTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T11 - „Jei jūsų „blogas“ cholesterolis (MTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T12 - Viršsvoris padidina riziką susirgti ŠKL“; T13 - „Reguliarus fizinis aktyvumas sumažins galimybę susirgti ŠKL“; T14 - „\*Tik sportuojant sporto salėje ar sportiniuose užsiėmimuose galima sumažinti ŠKL vystymąsi“; T15 - „Vaikščiojimas ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kurie padės sumažinti ŠKL atsiradimo tikimybę“; T16 - „Diabetas yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T17 - „Aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką ŠKL vystymuisi“; T18 - „Jei per keletą mėnesių Jūsų cukraus kiekis kraujyje padidėjęs, tai gali padidinti cholesterolio kiekį kraujyje ir padidinti riziką susirgti ŠKL“; T19 - „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja cukraus kiekį kraujyje“; T20 - „\*Sergantiems CD, retai būna aukštas cholesterolio kiekis“; T21 - „Sergantis CD, kontroliuojantis cholesterolio kiekį, sumažės jų tikimybė susirgti ŠKL“; T22 - „Sergantiems CD, dažniausiai yra mažai DTL (gero) cholesterolio“; T23 - „Sergantis CD, gali sumažinti savo ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį“; T24 - „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jei jie kontroliuoja savo svorį“; T25 - „\*Vyrams, sergantiems CD, yra didesnė ŠKL rizika nei moterims, sergantioms CD“.

Sergančiųjų ūminiu koronariniu sindromu informuotumo apie širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnius ir išskirtų ligos priežasčių, susijusių su imunitetu, tarpusavio ryšiai

Teiginiai	Imunitetas					
	Uždegimas/ virusas		Aplinkos tarša		Nusilpęs imunitetas	
	r	p	r	p	r	p
T1*	0,03	ns	<b>0,17</b>	<b>0,018</b>	-0,02	ns
T2	0,03	ns	-0,11	ns	<b>-0,18</b>	<b>0,012</b>
T3	<b>-0,16</b>	<b>0,025</b>	0,00	ns	-0,06	ns
T4	-0,04	ns	0,08	ns	0,02	ns
T5	-0,06	ns	0,02	ns	0,03	ns
T6	-0,01	ns	-0,02	ns	-0,08	ns
T7	-0,09	ns	-0,05	ns	-0,04	ns
T8	-0,09	ns	0,06	ns	-0,06	ns
T9*	-0,07	ns	-0,09	ns	0,00	ns
T10*	0,07	ns	-0,06	ns	-0,04	ns
T11	-0,03	ns	-0,05	ns	-0,01	ns
T12	-0,06	ns	-0,07	ns	-0,11	ns
T13	-0,09	ns	-0,02	ns	-0,05	ns
T14*	0,05	ns	0,05	ns	-0,08	ns
T15	<b>-0,18</b>	<b>0,012</b>	0,01	ns	-0,02	ns
T16	-0,03	ns	0,09	ns	-0,09	ns
T17	-0,04	ns	0,05	ns	<b>-0,14</b>	<b>0,049</b>
T18	0,11	ns	0,11	ns	-0,03	ns
T19	0,02	ns	-0,02	ns	-0,03	ns
T20*	0,06	ns	-0,02	ns	-0,11	ns
T21	0,02	ns	-0,02	ns	0,01	ns
T22	0,10	ns	0,00	ns	0,01	ns
T23	0,00	ns	-0,10	ns	<b>-0,14</b>	<b>0,043</b>
T24	-0,07	ns	-0,01	ns	<b>-0,16</b>	<b>0,025</b>
T25*	0,10	ns	0,09	ns	-0,02	ns
<b>Bendras žinių rodiklis</b>	-0,04	ns	0,01	ns	-0,10	ns
<b>Bendri rizikos veiksniai</b>	-0,10	ns	-0,02	ns	-0,04	ns
<b>CD veiksniai</b>	0,04	ns	0,03	ns	-0,12	ns

Taikytas Spearman'o (r) koreliacijos metodas.

\*- teisingas atsakymas „Ne“; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis; ŠKL – širdies ir kraujagyslių liga; CD – cukrinis diabetas;

T1 - „\*Pacientas visada žino, kad jis serga ŠKL“; T2 - „Jei šeimoje yra ŠKL sergančių, tai kyla rizika susirgti ŠKL“; T3 - „Kuo vyresnis žmogus, tuo didesnė rizika susirgti ŠKL“; T4 - „Rūkymas yra ŠKL rizikos veiksnys“; T5 - „Rūkyti nustojęs žmogus sumažins ŠKL vystymosi riziką“; T6 - „Aukštas kraujospūdis yra ŠKL rizikos veiksnys“; T7 - „Jei kontroliuojate kraujospūdį, sumažinsite riziką susirgti ŠKL“; T8 - „Didelis cholesterolio kiekis yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T9 - „\*Riebiųjų maisto produktų vartojimas neturi įtakos cholesterolio kiekiui kraujyje“; T10 - „\*Jei jūs „geras“ cholesterolis (DTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T11 - „Jei jūsų „blogas“ cholesterolis (MTL) yra didelis, turite rizikos susirgti ŠKL“; T12 - Viršsvoris padidina riziką susirgti ŠKL“; T13 - „Reguliarus fizinis aktyvumas sumažins galimybę susirgti ŠKL“; T14 - „\*Tik sportuojant sporto salėje ar sportiniuose užsiėmimuose galima sumažinti ŠKL vystymąsi“; T15 - „Vaikščiojimas ir sodininkystė taip pat laikomi fizine veikla, kurie padės sumažinti ŠKL atsiradimo tikimybę“; T16 - „Diabetas yra ŠKL vystymosi rizikos veiksnys“; T17 - „Aukštas gliukozės kiekis kraujyje daro įtaką ŠKL vystymuisi“; T18 - „Jei per keletą mėnesių Jūsų cukraus kiekis kraujyje padidėjęs, tai gali padidinti cholesterolio kiekį kraujyje ir padidinti riziką susirgti ŠKL“; T19 - „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja cukraus kiekį kraujyje“; T20 - „\*Sergantiems CD, retai būna aukštas cholesterolio kiekis“; T21 - „Sergantis CD, kontroliuojantis cholesterolio kiekį, sumažės jų tikimybė susirgti ŠKL“; T22 - „Sergantiems CD, dažniausiai yra mažai DTL (gero) cholesterolio“; T23 - „Sergantis CD, gali sumažinti savo ŠKL vystymosi riziką, jeigu jis kontroliuoja kraujospūdį“; T24 - „Sergantis CD, gali sumažinti ŠKL vystymosi riziką, jei jie kontroliuoja savo svorį“; T25 - „\*Vyrams, sergantiems CD, yra didesnė ŠKL rizika nei moterims, sergantioms CD“.

