

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Vaida Motužytė

**SERGANČIŪJŲ ARTERINE HIPERTENZIJA SU
SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS
SĄSAJOS SU SUVOKIMU IR ŽINIOMIS APIE LIGĄ**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2019

SANTRUMPOS

AH – arterinė hipertenzija

AKS – arterinis kraujo spaudimas

BSV - bendros sveikatos vertinimas

EB - emocinė būklė

EG - energingumas/gyvybingumas

KMI - kūno masės indeksas

PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras

S - skausmas

SD - standartinis nuokrypis

SF - socialinė funkcija

VEP - veiklos apribojimas dėl emocinių problemų

VFP - veikla apribota dėl fizinių problemų

SANTRAUKA

Motužytė V. Sergančiųjų arterine hipertenzija su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su suvokimu ir žiniomis apie ligą. Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. habil. dr. G. Žiliukas. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2019. – 60 p.

Lietuvoje sergamumas arterine hipertenzija yra didesnis nei kitose išsivysčiusiose Europos ar pasaulio šalyse. Šią situaciją gali lemti informacijos apie ligą ar jos suvokimo trūkumas, netinkamas pacientų informavimas apie ją, žinių apie ligą ribotumas. Arterinės hipertenzijos gydymas yra sistemingas ir visą gyvenimą trunkantis procesas, todėl svarbu nustatyti suvokimo ir žinių apie ligą poveikį pacientų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei.

Tyrimo tikslas - nustatyti sergančiųjų arterine hipertenzija su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas su suvokimu ir žiniomis apie ligą.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas. Naudotas instrumentas - apklausos anketa, kuri sudaryta iš 3 klausimynų: „Arterinės hipertenzijos žinių lygio skalė“; „Ligos suvokimo klausimynas“; „Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimynas“ (SF-36). Imtį sudarė – 389 respondentai. Aprašomoji duomenų analizė atlikta statistinių programų paketu „SPSS 17.0.1 for Windows“. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji gerai suvokė jų ligos kontrolę ($4,04 \pm 0,61$ balų) ir jos riziką sveikatai ($3,99 \pm 0,73$ balų). Bendroje tiriamųjų grupėje bendras žinių apie arterinę hipertenziją rodiklis varijavo nuo 0 iki 22 balų, vidurkį sudarė $16,87 \pm 3,70$ balų iš galimų 22 balų. Analizuojant vyrų ir moterų žinias apie arterinę hipertenziją nustatytas itin reikšmingas skirtumas – moterų žinios buvo žymiai geresnės nei vyrų (vyrų grupėje $16,09 \pm 3,90$ balų ir moterų grupėje $17,53 \pm 3,89$ balų: $t = -3,89$ $p < 0,001$). Išanalizavus pacientų, sergančių arterine hipertenzija, suvokimą, žinias apie ligą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę įtakojančius veiksnius nustatyta, kad labiausiai gyvenimo kokybę neigiamai veikia ligos keliami sunkumai, o teigiamai - geresnis ligos kontrolės būtinumo suvokimas. Visų gyvenimo kokybės sričių, susijusių su fizine sveikata, bei energingumo/gyvybingumo geresni vertinimai yra susiję su geresnėmis žiniomis apie arterinę hipertenziją.

Išvada. Žinios ir suvokimas apie ligą, skirtingai veikia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Pacientai, turintys daugiau žinių apie ligą, geriau vertino su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, tačiau turintys geresnį suvokimą apie ligą, gyvenimo kokybę vertino blogiau.

Reikšminiai žodžiai: arterinė hipertenzija, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, suvokimas, žinios apie ligą.

SUMMARY

Motužytė V. Connections between the Health-Related Quality of Life, Perception, And Knowledge of the Disease in Patients with Arterial Hypertension. The final thesis for the Master's degree in Nursing. Supervisor prof. dr. G. Žiliukas. A. Klaipeda University: Klaipeda, 2019. – 60 p.

In Lithuania, the incidence of arterial hypertension is higher than in other developed European or world countries. This situation may be caused by a lack of information or awareness of the disease, inadequate patient information, and limited knowledge of the disease. Treatment of arterial hypertension is a systematic and lifelong process, and it is important to determine the impact of disease awareness and knowledge on patients health-related quality of life.

The aim of research – to determine the connections between health-related quality of life, perception, and knowledge of the disease in patients with arterial hypertension.

The methods of research. A quantitative study was performed. Instrument used - questionnaire consisting of 3 questionnaires: „Arterial hypertension knowledge level scale”; „Disease Perception Questionnaire”; „Health-Related Quality of Life Questionnaire” (SF-36). The sample consisted of 389 respondents. Descriptive data analysis was performed with the statistical software package SPSS 17.0.1 for Windows. The research was conducted in accordance with ethical principles.

The main results. The results of the study showed that the subjects were sufficiently aware of their disease control (4.04 ± 0.61 points) and their health risk (3.99 ± 0.73 points). In the overall study population, the overall knowledge of arterial hypertension ranged from 0 to 22 points, averaging 16.87 ± 3.70 points out of a possible 22 points. The analysis of men's and women's knowledge of arterial hypertension showed a significant difference - women's knowledge was significantly better than men's (16.09 ± 3.90 points for men and 17.53 ± 3.89 points for women: $t=-3.89$ p) <0.001 . An analysis of the perception, disease knowledge, and health-related quality of life factors in patients with arterial hypertension has shown that the quality of life is negatively influenced by disease difficulties and positively influenced by a better understanding of the need for disease control. Better assessments of all aspects of quality of life related to physical health as well as vigor / vitality are associated with a better knowledge of arterial hypertension.

Conclusion. Knowledge and understanding of the disease affects health-related quality of life differently. Patients with better knowledge of the disease rated health-related quality of life better, but those with a better understanding of the disease rated the quality of life worse.

Keywords: arterial hypertension, health-related quality of life, perception, disease awareness.

PAVEIKSLŲ, LENTELIŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1.	Sveikatos būklės, funkcinės būklės, gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tarpusavio sąsajos modelis	17
2.	Ugdymo funkcijos slaugytojo profesinėje veikloje	23
3.	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal ligos suvokimo teiginių vertinimą	35
4.	Ligos suvokimo skalių vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje	36
5.	Ligos suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo lyties	36
6.	Ligos suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo šeiminės padėties	37
7.	Tiriamųjų žinios apie arterinę hipertenziją	38
8.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo lyties	42
9.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo šeiminės padėties	43

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Arterinio kraujo spaudimo rodmenų (mmHg) klasifikacija	11
2.	Slaugytojo vaidmuo arterinės hipertenzijos valdyme	24
3.	Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos, kūno masės indeksas ir arterinės hipertenzijos (AH) trukmė	28
4.	Klausimynų vidinis patikimumas	32
5.	Tiriamųjų amžiaus, kūno masės ir arterinės hipertenzijos ligos trukmės įtaka ligos suvokimui	37
6.	Tiriamųjų žinių apie arterinę hipertenziją vertinimai	39
7.	Žinių apie arterinę hipertenziją skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo lyties	40
8.	Žinių apie arterinę hipertenziją skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo šeiminės padėties	40
9.	Tiriamųjų amžiaus, kūno masės ir ligos trukmės įtaka žinioms apie arterinę hipertenziją	41
10.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliai bendroje tiriamųjų grupėje	41
11.	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimų sąsajos su tiriamųjų amžiumi, kūno mase ir arterinės hipertenzijos ligos trukme	44
12.	Žinių apie arterinę hipertenziją ir ligos suvokimo sąsajos	44
13.	Žinių apie arterinę hipertenziją ir su fizine sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sąsajos	45
14.	Žinių apie arterinę hipertenziją ir su psichine sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sąsajos	46
15.	Ligos suvokimo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimų sąsajos	46

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1.	Anketa	61
2.	Regresinių modelių lentelė	66
3.	Autorių leidimai naudoti klausimynus magistro baigiamajame darbe	67

TURINYS

IVADAS	7
I. SERGANČIŲJŲ ARTERINE HIPERTENZIJA SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS SAŠAJOS SU SUVOKIMU IR ŽINIOMIS APIE LIGĄ	9
1.1. Arterinė hipertenzija slaugytojo darbe. Diagnostika ir paplitimas	9
1.1.1. Arterinės hipertenzijos suvokimas	9
1.1.2. Arterinės hipertenzijos diagnozavimas.....	10
1.1.3. Arterinės hipertenzijos paplitimas	12
1.2. Arterinės hipertenzijos rizikos veiksniai.....	13
1.3. Arterinės hipertenzijos profilaktika ir valdymas	14
1.4. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata.....	17
1.5. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su suvokimu ir žiniomis apie arterinę hipertenziją	20
II. EMPIRINĖ DALIS	25
2.1. Tyrimo metodika	25
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	28
2.1.2. Tyrimo metodai	29
2.1.3. Tyrimo instrumentas.....	30
2.1.4. Tyrimo procesas/ eiga.....	32
2.1.5. Tyrimo etika	33
2.2. Tyrimo rezultatai	35
2.2.1. Pacientų, sergančių arterine hipertenzija, ligos suvokimas	35
2.2.2. Pacientų, sergančių arterine hipertenzija, žinios apie ligą.....	38
2.2.3. Pacientų, sergančių arterine hipertenzija, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė.....	41
2.2.4. Pacientų, sergančių arterine hipertenzija, suvokimą, žinias apie ligą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, įtakojantys veiksniai.....	44
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	48
IŠVADOS	52
REKOMENDACIJOS	53
LITERATŪRA	54
PRIEDAI	60

IVADAS

Arterinė hipertenzija išskiriama kaip viena aktualiausių sveikatos problemų, kurią lemia ne viena, o daugelis priežasčių, kurios tarpusavyje susijusios. Tai sindromas, paveikiantis širdies ir kraujagyslių struktūrą, pasireiškiantis padidėjusiu arteriniu kraujo spaudimu (AKS), nuolat progresuojantis negydant (Vaizgutaitė, 2016, p. 7). Įrodyta, kad arterinė hipertenzija priskiriama prie aukščiausio lygio rizikos veiksnių, lemiančių ankstyvą mirtį nuo širdies ir kraujagyslių ligų (Rinkūnienė ir kt., 2013, p. 124). Išsivysčiusiose šalyse ši liga diagnozuojama 15–37 proc. suaugusių gyventojų, Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) – 27 proc., o Rytų Europos šalyse – du kartus dažniau, įskaitant ir Lietuvą (Mikaliūkštienė ir kt., 2013, p. 63).

Lietuvoje sergamumas arterine hipertenzija yra didesnis nei kitose išsivysčiusiose Europos ar pasaulio šalyse, vis dar trūksta duomenų apie sergančiųjų arterine hipertenzija požiūrį į ligą, jų motyvaciją teisingai vartoti vaistus bei vertinti savo būklės kitimus. Šią situaciją gali lemti informacijos apie ligą trūkumas, netinkamas pacientų informavimas apie ją (Vaizgutaitė, 2016; Neverdauskaitė, Jurgutis, 2015). Kadangi arterinės hipertenzijos gydymas yra sistemingas ir visą gyvenimą trunkantis procesas, todėl svarbu ne tik išaiškinti pacientui tinkamą šios ligos gydymo taktiką, paciento požiūrį ir nusiteikimą gydytis, bet ir nustatyti slaugytojų vaidmenį arterinės hipertenzijos gydymo procese, atkreipiant dėmesį į suteikiamos informacijos pacientui pakankamumą. Taigi, labai svarbu vertinti, kokios informacijos apie ligą pacientai tikisi iš slaugytojo, koks informacijos poreikis.

Tiek pasaulyje (Blacher et al, 2013; Norris, Brown, 2015; Zyound et al, 2013; Peiris et al, 2015; Hultgren et al, 2014; Legido-Quigley, 2015; Grad et al, 2015), tiek Lietuvoje (Vaizgutaitė, 2016; Zavedskaitė, 2017; Mikaliūkštienė ir kt. 2013) atliktuose tyrimuose aptariami arterinės hipertenzijos rizikos veiksniai, jų paplitimas tarp sergančiųjų arterine hipertenzija, analizuojamos sąsajos tarp socialinio pacientų statuso, tačiau trūksta mokliškai pagrįstų duomenų apie pacientų žinias ir suvokimą apie ligą, slaugytojo suteikiamos informacijos pakankamumą. Kadangi tikslingai suteikta informacija gali lemti pacientų motyvaciją padėti sau ir pagerinti savo gyvenimo kokybę, atitolinant ar išvengiant ligos komplikacijų, šiuo tyrimu siekiama išanalizuoti pacientų suvokimą ir žinias apie ligą bei vertinti sąsajas tarp žinių lygio, ligos suvokimo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės veiksnių.

Pacientų, sergančių arterine hipertenzija, suvokimo ir žinių apie ligą poreikio tyrimų Lietuvoje, kurie atskleistų slaugytojo ir paciento bendradarbiavimo nuoseklumą ir kokybiškumą, leistų nustatyti ir įvertinti slaugytojų indėlį į pacientų informuotumo procesą, trūksta. Analizuojant užsienio autorių atliktus tyrimus (Blacher et al, 2013; Norris, Brown, 2015; Zyound et al, 2013; Peiris et al, 2015; Hultgren et al, 2014) pastebima, kad skiriamas didelis dėmesys arterinės

hipertenzijos gydymo efektyvumo vertinimui, gyvenimo kokybės tyrimams, tačiau tik maža dalis mokslininkų suinteresuoti tyrinėti pacientų suvokimo ir žinių apie ligą sąsajas su sveikata susijusia gyvenimo kokybe. Atsižvelgiant į tai galima kelti probleminius klausimus: kaip pacientai, sergantys arterine hipertenzija, suvokia savo ligą? Kokios informacijos trūksta pacientams, sergantiems arterine hipertenzija? Kokį poveikį pacientų, sergančių arterine hipertenzija, su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei daro jų turimos žinios ir suvokimas apie ligą? Kaip būtų galima pagerinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę pacientams, sergantiems arterine hipertenzija?

Tyrimo objektas. Sergančiųjų arterine hipertenzija su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su suvokimu ir žiniomis apie ligą.

Tyrimo subjektas. Sergantieji arterine hipertenzija.

Tyrimo hipotezė. Tikėtina, kad pacientų, turinčių daugiau žinių ir geresnį suvokimą apie arterinę hipertenziją, gyvenimo kokybė yra geresnė.

Tyrimo tikslas. Nustatyti sergančiųjų arterine hipertenzija su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas su suvokimu ir žiniomis apie ligą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti pacientų, sergančių arterine hipertenzija, ligos suvokimą.
2. Įvertinti pacientų, sergančių arterine hipertenzija, žinias apie ligą.
3. Įvertinti pacientų, sergančių arterine hipertenzija, su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.
4. Išanalizuoti pacientų, sergančių arterine hipertenzija, suvokimą, žinias apie ligą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę įtakojančius veiksnius.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa raštu, naudojant uždaro tipo klausimą.

I. SERGANČIŲJŲ ARTERINE HIPERTENZIJA SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS SĄSAJOS SU SUVOKIMU IR ŽINIOMIS APIE LIGĄ

Šioje baigiamojo darbo dalyje analizuojami sergančiųjų arterine hipertenzija suvokimo ir žinių apie ligą sąsajų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės teoriniai aspektai, atkreipiant dėmesį į arterinės hipertenzijos suvokimą, diagnostiką, paplitimą, aptariant priežastis, lemiančias arterinės hipertenzijos išsivystymą. Analizuojami rizikos veiksniai, kurie daro poveikį susirgti arterine hipertenzija, informacijos apie ligą reikalingumas, pristatoma su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąvoka. Sergančiųjų arterine hipertenzija informuotumo apie ligą teorinių aspektų analizė svarbi, kadangi sveikata yra suvokiama kaip viena iš pagrindinių visuomenės ekonominių ir socialinių vertybių. Greta šio apibūdinimo galima rasti ir sveikatos, kaip prekės suvokimą, kuri yra gaunama ir/ ar užtikrinama per sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Atsižvelgiant į tokį sveikatos suvokimą bei arterinės hipertenzijos aktualumą šiandieninei visuomenei būtina pažymėti, kad sveikatos priežiūros įstaigos yra vienos iš pirminių institucijų, kurios turėtų suteikti ir teikia informaciją apie ligą, o nuo to priklauso ir sergančiųjų arterine hipertenzija turimos informacijos kokybiškumas bei pritaikomumas kasdieniame gyvenime.

1.1. Arterinė hipertenzija slaugytojo darbe. Diagnostika ir paplitimas

1.1.1. Arterinės hipertenzijos suvokimas

Arterinė hipertenzija yra laikomas aukštas spaudimas arterijose. Ši liga diagnozuojama, jei kraujospūdis viršija 140/90 mm Hg. (Rigsby, 2011, p. 41). Analizuojant arterinio kraujo spaudimo galimus pokyčius, svarbu pažymėti, kad suaugusiems asmenims sistolinis arterinis kraujo spaudimas per metus gali pakilti 0,6 mmHg. Ženkliai intensyvesni pokyčiai fiksuojami vaikų ir paauglių tarpe, kurie priskiriami amžiaus grupei nuo 1 iki 18 m. Šios amžiaus grupės asmenims vidutiniškai sistolinis kraujo spaudimas padidėja 1,5 mmHg (mergaitėms) ir 1,9 mmHg (berniukams) (Lawrence, 2009). Šios ligos atsiradimą gali lemti keletas veiksnių: aterosklerozė, inkstų nepakankamumas ir pan.). Įprastai arterinė hipertenzija neturi jokių specifinių simptomų, kadangi ji labiau susijusi su padidėjusia širdies ir kraujagyslių ligų rizika. Asmenys, kuriems diagnozuota arterinė hipertenzija, susiduria su didesne rizika susirgti miokardo infarktu, insultu, aneurizma, širdies nepakankamumu ar kitomis lydinčiomis ligomis (Blacher et al, 2013, p. 7-8).

Reikia pažymėti, kad kasdienėse situacijose kraujo spaudimo pokyčiai taip pat galimi dėl streso, nuovargio, emocijų ir pan. Tačiau toks laikinas kraujo spaudimo padidėjimas A. Naudžiūno

it kt. (2013) apibūdinamas kaip situacinė hipertenzija. Greta įprastų apibrėžimų J. Zavedskaitė (2017) išskiria ir dar vieną hipertenziją apibūdinančią sąvoką – prehipertenzija. Autorė darbe nurodo, kad prehipertenzija gali būti kai „AKS mažesnis nei sutartinė 140/90 mmHg riba, bet didesnis nei optimalus 120/80 mmHg“ (p. 13).

Idomu tai, kad išskiriama ir „baltojo chalato“ hipertenzija. J. Zavedskaitė (2017) nurodo, kad ši hipertenzijos forma yra fiksuojama 10-20 proc. visų pacientų. „Baltojo chalato“ hipertenzija diagnozuojama tada, kai:

- Matuojant ne mažiau nei 3 kartus kraujo spaudimą gydytojo kabinete, vidurkis viršyja 140/90 mmHg;
- Po apsilankymo gydytojo kabinete ir praėjus kelioms valandoms (nuslūgus stresui, įtampai) arterinis kraujo spaudimas normalizuojasi ir 24 valandas yra normalus.

J. Raptura, R. Nayak (2014) ir F. Huldrgren et al. (2014) analizuodami problemas, su kuriomis susiduria arterine hipertenzija sergantys asmenys pabrėžė, kad praktikoje pacientai labiausiai susiduria su įvairiomis baimėmis dėl arterinės hipertenzijos sukeltamų komplikacijų, todėl labai svarbu, kad pacientai suprastų medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo reikšmę, taip suvaldant jų emocinius pakitimus. Įvairių mokslininkų pabrėžiamas arterinės hipertenzijos reikšmingumas pacientų sveikatos būklei, didina jų baimes susirgti AH lydinčiomis ligomis. C.K. Norris, A.F. Brown (2015, p. 2139) pabrėžė, kad nepaisant visuomenės pastangų mažinti arterinės hipertenzijos paplitimą, aukštas kraujospūdis vis dar išlieka svarbiu rizikos veiksniu, galinčiu sukelti širdies ir kraujagyslių ligas. Arterinė hipertenzija ypač paplitusi tarp vyresnio amžiaus žmonių.

1.1.2. Arterinės hipertenzijos diagnozavimas

Arterinė hipertenzija (AH), kaip liga diagnozuojama tik įrodžius, kad ji yra ilgalaikė, tai yra, jei kartotinau matuojant arterinį kraujospūdį, jis būna dėsningai arba nuolat padidėjęs. Trumpalaikis, nors ir ryškus arterinio kraujo spaudimo padidėjimas sunkaus fizinio darbo, nervinės įtampos, streso metu yra normalus reiškinys (Gorbačevskaja, 2007, p. 14).

Arterinės hipertenzijos diagnozavimo sudėtingumą lemia ir tai, kad šiuo metu ši liga yra paplitusi tarp jaunų žmonių. Tai pagrindžia ir reprezentaciniai tyrimai, tokie kaip CINDI, kuris vykdomas jau 25 metus. Tokių tyrimų metu gauti rezultatai atskleidžia šios ligos mastą ne tik tarp vyresnio amžiaus žmonių, bet ir jaunimo, todėl arterinės hipertenzijos diagnostikai turi būti skiriamas ypatingas dėmesys (Šerpytis ir kt., 2010, p. 3669). Atsižvelgiant į mokslininkų pastebėjimus, viena iš esminių šios ligos priežasčių galima laikyti nepakankamą šios ligos kontrolę, kuri susijusi su AH diagnozavimo sunkumais. Kaip pastebi P. Šerpytis ir kt. (2010) pirminis ir

ankstyvas šios ligos nustatymas šiomis dienomis vis dar tampa iššūkiu. Autoriai pabrėžia, kad „sunki padėtis“ yra susijusi su arterinės hipertenzijos diagnostika tarp jaunų žmonių, nes jie ilgaainiui dingsta iš pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų akiračio ir dažnai grįžta su toli pažengusia ir sunkiau kontroliuojama arterine hipertenzija (Šerpytis ir kt., 2010, p. 3669).

Analizuojant arterinės hipertenzijos susirgimą lemiančias priežastis, jas galima suskirstyti į dvi grupes. A, Blaževičienė ir kt. (2013) nurodo, kad pagal AH etiologiją yra išskiriama pirminė (esencialinė) arba antrinė (aiški priežastis). Pirminės priežastys, kurios nulemia ankstyvą aukšto kraujospūdžio pasireiškimą yra nenustatoma net 90 proc. visų sergančiųjų, o tik 5-10 proc. visų asmenų arterinės hipertenzijos priežastys nustatomos jau išsivysčius ligai (Jankauskienė ir kt., 2009, p. 14; Valius, 2009, p. 147; World Health Organization, 2013). Reikėtų pažymėti, kad pirminius arterinės hipertenzijos simptomus yra sudėtinga nustatyti, todėl dažniausiai arterinės hipertenzijos priežastys yra pastebimo tik diagnozavus ligą.

Hipertenzinė liga, ypač pradinėje stadijoje, gali nepasireikšti jokiais požymiais, išskyrus padidėjusį AKS. Dažniausias simptomas yra rytinis galvos skausmas, kartais gali būti ir nerimas, sutrikęs miegas, galvos svaigimas, spengimas ausyse, kraujavimas iš nosies, padidėjęs nervingumas, dažnas širdies plakimas, darbingumo sumažėjimas (Proškuvienė, 2009, p. 61).

Mokslinėje literatūroje pateikiamas arterinės hipertenzijos klasifikavimas pagal kraujospūdžio dydį. Pagal Europos hipertenzijos ir Europos kardiologų draugijos pasiūlytą klasifikaciją galima aptarti arterinio kraujo spaudimo rodmenų klasifikaciją, kurią pristato L. Valius (2009, p. 19) (1 lentelė).

1 lentelė. Arterinio kraujo spaudimo rodmenų (mmHg) klasifikacija

Kategorija	Sistolinis AKS (mmHg)	Diastolinis AKS (mmHg)
Optimalus	<120	<80
Normalus	120-129	80-84
Didelis normalus	130-139	85-89
I laipsnio hipertenzija	140-159	90-99
II laipsnio hipertenzija	160-179	100-109
III laipsnio hipertenzija	>/ 180	> 110
Izoliuota sistolinė hipertenzija	> 140	<90

Šaltinis: Valius, 2009, p. 19

Jei paciento sistolinis ir diastolinis kraujospūdziai priklauso skirtingoms kategorijoms, bendrai širdies ir kraujagyslių ligų rizikai įvertinti, sprendimui, kaip gydyti, ir gydymo veiksmingumui įvertinti taikoma aukštesnė kategorija.

Izoliuota sistolinė hipertenzija turi būti laipsniuojama (1, 2 ir 3 laipsniai), atsižvelgiant į tas pačias sistolinio kraujospūdžio reikšmes, kaip sistolinė - diastolinė hipertenzija. Tačiau, su mažu diastoliniu kraujospūdžiu (pvz., 60-70mm Hg) turi būti vertinamas kaip papildomoji rizika. Ribinė

kraujospūdžio reikšmė hipertenzijai diagnozuoti (ir gydymo vaistais poreikiui įvertinti) turi būti vertinama remiantis bendros širdies ir kraujagyslių ligų rizikos lygiu. Izoliuota sistolinė hipertenzija turi būti laipsniuojama, remiantis nurodytais sistolinio kraujospūdžio intervalais ir turint omenyje, kad diastolinis kraujospūdis yra < 90mm Hg. 1, 2, 3 laipsniai atitinka lengvą, vidutiniškai sunkią ir sunkią hipertenziją (Šapoka, 2009, p. 24).

Apibendrinant galima pastebėti, kad arterinės hipertenzijos diagnozavimas yra sudėtingas ankstyvame amžiuje, kadangi priežastys, kurios gali lemti šios ligos atsiradimą, yra sunkiai nustatomos, o pagrindinis simptomas, kuris parodo galimą arterinės hipertenzijos ligos egzistavimą – aukštas kraujo spaudimas (virš 140/90 mmHg). Arterinės hipertenzijos diagnozė patvirtinama tam tikrą laiko tarpą stebinti kraujospūdžio rodiklius. Aukštas kraujo spaudimas yra klasifikuojamas į sistolinį ir diastolinį, todėl stebint kraujospūdžio rodiklius svarbu atsižvelgti į rodiklių reikšmes.

1.1.3. Arterinės hipertenzijos paplitimas

Hipertenzija yra išskiriama viena iš labiausiai paplitusių lėtinių ligų visame pasaulyje. Arterinė hipertenzija taip pat daro poveikį kitų sveikatos problemų atsiradimui: padidina insulto riziką, išeminių širdies ligų atsiradimo riziką, širdies nepakankamumą, inkstų nepakankamumą. Pripažinta, kad arterinė hipertenzija ir ją lydinčios ligos 2011 m. sukėlė 7-8 mln. mirčių visame pasaulyje.

D. Peiris et al (2015, p. 159) teigimu, arterinė hipertenzija yra viena labiausiai paplitusių ligų pasaulyje, dėl to kasmet miršta 9,4 mln. gyventojų, 7 proc. pasaulyje asmenys tampa neįgalūs. Susirgimų arterine hipertenzija itin padidėjo per pastaruosius 20 metų: 1990 m. – 137 mln., 2010 – 174 mln. sergančiųjų. I. Grad et al (2015, p. 465) teigimu, arterinės hipertenzijos paplitimas visame pasaulyje siekia 26 proc. visos populiacijos. Todėl arterinė hipertenzija tampa viena iš aktualiausių sveikatos problemų. Autorių atliktoje mokslinių tyrimų apžvalgoje identifikuojamas šios ligos paplitimas ir tarp vaikų bei jaunimo tarpe. Pavyzdžiui, visoje Lotynų Amerikoje, arterinės hipertenzijos mastas tarp suaugusiųjų (vyresnių nei 35 m.) siekia 26-42 proc. (Legido-Quigley et al, 2015, p. 2). MC. Grath et al (2014, p. 313) nurodo, kad apie 90 proc. asmenų, susiduriančių su rizika susirgti arterine hipertenzija yra vidutinio amžiaus ar pagyvenę asmenys.

Apibendrinant galima pastebėti, kad arterinės hipertenzijos paplitimas yra itin didelis visame pasaulyje. Fiksuojami statistiniai duomenys atskleidžia, kad arterinė hipertenzija yra laikoma viena iš pagrindinių lėtinių ligų, kuri sukelia labai didelį asmenų, sergančių ja, mirtingumą. Skirtingose pasaulio valstybėse arterinės hipertenzijos paplitimas yra skirtingas, tačiau siekia nuo 26 proc. visos populiacijos. Tokie rodikliai rodo, kad arterinei hipertenzijai turi būti skiriamas itin didelis dėmesys, siekiant nustatyti šios ligos paplitimą lemiančius veiksnius.

1.2. Arterinės hipertenzijos rizikos veiksniai

Arterinės hipertenzijos negalima laikyti vien tik vyresnių žmonių liga. Nors kiek rečiau, tačiau ji diagnozuojama jauniems asmenims (paaugliams). Tai rodo, kad arterinės hipertenzijos paplitimas yra itin didelis, todėl turėtų būti skiriamas didelis dėmesys tam tikrų rizikos veiksnių modifikavimui dar ankstyvame amžiuje. Kadangi nustatyta, kad 90 proc. sergančiųjų nediagnozuota arterinė hipertenzija dėl aiškių simptomų nebuvimo, todėl jau nuo pat jaunystės svarbu ugdyti jaunimą rinktis sveiką gyvenimo būdą, atsisakyti žalingų įpročių, būti fiziškai aktyvesniais. I. Grad et al (2015, p. 465) pažymi, kad pagrindinės priežastys, kurios nulemia arterinės hipertenzijos pasireiškimą ankstyvame amžiuje: lytinė branda, nutukimas ir medžiagų apykaitos sutrikimai. Pabrėžiama, kad ankstyvėjantis arterinės hipertenzijos amžius lemia būtinybę kuo anksčiau identifikuoti šios lėtinės ligos simptomus ir imtis nemedicininų priemonių, kuriomis galima užtikrinti efektyvų gydymą.

Rizikos veiksniai, turintys įtakos susirgti arterine hipertenzija, gali būti labai įvairūs. J. Blacher et al (2013) išskiria tam tikrus gyvenimo veiksmus, tokius kaip:

- Nesaikingas druskos vartojimas;
- Reguliarios fizinės veiklos trūkumas;
- Atsvoris;
- Nesaikingas alkoholio vartojimas;
- Vaisių ir daržovių mitybos racione trūkumas;
- Rūkymas (Blacher et al, 2013, p. 3).

I.J. Costache ir kt. (2017) pabrėžia, kad susirgimą arterine hipertenzija įtakoja įvairūs veiksniai, tačiau puse atvejų galima susieti su nesveika mityba, o 30 proc. atvejų galima priskirti didelio druskos kiekio suvartojimui. Taip pat penktadalį atvejų siejama su mažu kalio kiekiu, kurio kiekis priklauso nuo vaisių ir daržovių suvartojimo. Atsižvelgiant į tai, galima pastebėti, kad sustabdyti arterinės hipertenzijos atsiradimą galima pakoregavus kasdienes įpročius.

T.E. Lauziere et al (2013, p. 8) pabrėžia, kad miego sutrikimai taip pat gali iššaukti arterinės hipertenzijos atsiradimą, todėl siekiant kontroliuoti ir išvengti AH, labai svarbu vertinti kasdienio gyvenimo įpročius.

E. Rinkūnienės ir kt. (2013, p. 125) teigimu, taip pat reikėtų atkreipti dėmesį į veiksnius, kurie padidina arterinės hipertenzijos riziką. Šiems veiksniams priskiriami: rūkymas, dislipidemija, nutukimas, metabolinis sindromas, cukrinis diabetas. R.K. Srinath, M.B. Katan (2004) teigia, kad vienais iš reikšmingiausių veiksnių galima būtų išskirti: netinkamą mitybą, kai sergantieji vartoja per daug riebių maistą; itin mažą fizinį aktyvumą; žalingų įpročių, tokių kaip alkoholio vartojimas ar rūkymas, turėjimą; stresą ir nervinę įtampą. Šie autorių išskirti veiksniai gali būti modifikuojami. E.

Rinkūnienė ir kt. (2011, p. 169) nurodo, kad vienas iš rizikos veiksnių, darančių įtaką susirgti arterine hipertenzija, yra viršsvoris.

Labai svarbu tinkamai kontroliuoti rizikos veiksnius. N.A. Khan et al (2009, p. 289) teigimu, arterinės hipertenzijos kontrolė labai priklauso nuo paties sergančiojo sugebėjimo ir motyvacijos koreguoti savo mitybos įpročius, kontroliuoti savo kraujo spaudimą, intensyviau užsiimti fizine veikla bei taip padidinti fizinį aktyvumą. Taip pat, esant nutukimui ar viršsvoriui, sugebėti koreguoti savo kūno svorį, atsisakyti rūkymo ar per didelio alkoholio vartojimo.

A. Mikaliūkštienė ir kt. (2013, p. 65) nurodo, kad arterinės hipertenzijos gydymas negali būti apribotas vien tik medikamentais. Arterinės hipertenzijos gydymas taip pat gali būti atliekamas modifikuojant ir pritaikant nemedikamentinio gydymo priemones. Būtina keisti gyvenamosios įpročius, koreguojant mitybos įpročius, efektyviai valdant stresą. Autorių teigimų „sveikatos stiprinimas turi vykti per fizinių, dvasinių ir socialinių sveikatos veiksnių propagavimą, plėtojant sveikos gyvenamosios mokymus“. Šis mokymas gali padėti pakeisti sergančiųjų žinias ir supratimą, galvojimo būdą, keisti įsitikinimus, požiūrį, padėti įgyti įgūdžių bei paveikti elgseną bei gyvenimą.

Apibendrinant pateikiamą informaciją galima daryti prielaidą, kad skirtingi mokslininkai išskiria tuos pačius veiksnius, darančius poveikį arterinės hipertenzijos atsiradimui, paplitimui ir gydymui. Pagrindinis dėmesys skiriamas gyvenamosios įpročiams, tokiems kaip: mitybos įpročiai, fizinis aktyvumas, žalingi įpročiai, patiriamas stresas ir nervinė įtampa. Visi šie veiksniai yra priskiriami modifikuojamiems rizikos veiksniams, kurie turi būti koreguojami skiriant arterinės hipertenzijos gydymą.

1.3. Arterinės hipertenzijos profilaktika ir valdymas

Nors arterinės hipertenzijos valdymas ir kontrolė padeda sumažinti pacientų susirgimų ir mirties atvejų nuo šios ligos, tačiau analizuojant statistinius duomenis nustatyta, kad pacientų, kurie kontroliuoja arterinę hipertenziją dalis svyruoja 5,4-58 proc. visame pasaulyje. Asmenys, sergantys arterine hipertenzija, turi nuolat stebėti ir kontroliuoti arterinės hipertenzijos rodiklius, būti suinteresuoti tikslingu gydymo rekomendacijų laikymosi. Stebėsenos objektais turėtų būti: arterinės hipertenzijos simptomus mažinančių medikamentų šalutinis poveikis, sveikatos priežiūros sistemos problemos, gyvenimo kokybė, socialiniai-demografiniai pokyčiai, žinių apie arterinę hipertenziją trūkumas, gydymas ir kiti klinikiniai kintamieji (Zyoud et al, 2013, p. 2981; Bharmal et al., 2009, p. 35). W.M. Sweileh et al (2011, p. 302) teigimu, analizuojant veiksnius, galinčius daryti poveikį pacientų suinteresuotumui kontroliuoti ir valdyti arterinę hipertenziją, siūlo atkreipti dėmesį ir į pacientų pasitenkinimo gydymu pojūčius, kadangi šis veiksnys glaudžiai susijęs su pacientų priimamais sprendimais. Mažas pasitenkinimas gydymu pasireiškia pacientams, sergantiems

lėtinėmis ligomis, įskaitant ir arterinę hipertenziją. SH. Zyoud et al (2013a, p. 193) pastebi, kad didžiausia rizika kyla 60 metų ir vyresniems asmenims, vartojantiems medikamentus nuo arterinės hipertenzijos. Atsižvelgiant į tai, sveikatos priežiūros specialistai turi vertinti pacientų pasitenkinimą jų gydymu, ypač tų, kuriems paskirtas medikamentinis gydymas.

Europos hipertenzijos ir kardiologų draugijos AH diagnostikos ir gydymo gairėse skelbiama, kad reikia gerinti AKS kontrolės rodiklius. Nepaisant skiriamo gydymo, daugiau negu pusė pacientų, turi nereguliuotą AKS. Netinkamas gydymo paskyrimas (ypač skiriant monoterapiją) ir neteisingas pacientų vaistų vartojimas, dabar pripažįstami pagrindiniais veiksniais, lemiančiais blogą AKS kontrolę (Williams et al, 2018).

N.A. Khan et al (2009) pabrėžė ilgalaikę arterinio kraujo spaudimo kontrolės svarbą, kadangi kraujospūdžio nuolatinis stebėjimas leidžia sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų pasireiškimą, sumažina riziką susirgti insultu bei taip išvengti mirties. Autorių teigimu, vykdant tinkamą arterinio kraujo spaudimo kontrolę: 35 proc. sumažėja insulto rizika, 42 proc. – širdies nepakankamumo rizika, 28 proc. – išeminės širdies ligų atvejų pasireiškimas.

Kraujo spaudimo ir ligos kontrolė gali būti veiksminga kartu su medikamentiniu gydymu ir taip pagerinti hipertenzija sergančių žmonių gyvenimą. Nepaisant įrodymų, kad antihipertenzinis gydymas žymiai sumažina susirgimų ir mirties atvejų nuo širdies ir kraujagyslių ligų, tačiau kai kuriose šalyse nustatyta netinkamos ligos kontrolės problema (Talaie et al, 2014, p. 35). Gydymo laikymasis yra vienas iš svarbiausių ir iššūkių keliančių aspektų, išsiskiriančių užkertant kelią ir kontroliuojant ligą. Svarbi problema, susijusi su hipertenzijos kontrole ir gydymo laikymusi, yra žmonių, sergančių šia liga, gyvenimo kokybė, nes antihipertenzinis gydymas daro įtaką jų gyvenimo kokybei (Silva et al, 2015; Bramlage et al, 2010; Chin et al, 2014). Hipertenzija sergančių žmonių gyvenimo kokybei turi įtakos keletas veiksnių, įskaitant tuos, kurie yra susiję su lėtine degeneracine būkle, ligos atsiradimu, fizinių, emocinių ir socialinių aspektų trūkumu bei su medikamentų terapija susijusiais veiksniais (Chin et al, 2014, p. 269).

R. Horne et al (2001, p. 65) pabrėžė, kad neefektyvius arterinės hipertenzijos gydymo rezultatus lemia tai, kad pacientams sunku valdyti jiems paskirtą medikamentinį gydymą. Tai gali lemti ir netinkamas paciento bendravimas su gydytoju ar slaugytoju. Pavyzdžiui, pacientas nesupranta, ko iš jo tikisi sveikatos priežiūros specialistas. Taip pat vienas iš veiksnių galėtų būti paciento nesugebėjimas laikytis sveikatos priežiūros specialisto pateiktų patarimų, pavyzdžiui, pacientas negali ar pamiršta laikyti jam paskirto medikamentinio gydymo.

Nepaisant daugybės antihipertenzinių vaistų skyrimo visame pasaulyje, hipertenzija nėra kontroliuojama. Tiriamųjų, sergančių nekontroliuojama hipertenzija ($\geq 140 / 90$ mmHg), procentas yra didelis - nuo 31,9 iki 36,8 proc. visos suaugusiųjų populiacijos. Ispanijoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad nors pastaraisiais dešimtmečiais padidėjo asmenų, kurie vartoja du ar daugiau

antihipertenzinius vaistus procentas, nekontroliuojamos hipertenzijos paplitimas reikšmingai nepasikeitė (Cornellissen, Smart, 2013, p. 16). Atsižvelgiant į šią situaciją, be farmakologinio gydymo, svarbu įgyvendinti sveikų įpročių skatinimo strategijas, kurios padėtų išvengti pagrindinių arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių (sėslus ir neaktyvus gyvenimo būdas, stresas, prasta gyvenimo kokybė, nesubalansuota mityba, rūkymas) ir tuo pat metu užtikrinti hipertenzijos kontrolę (Arija et al, 2018, p. 186).

VA. Cornellissen, NA. Smart (2013) pažymėjo, kad fizinio aktyvumo skatinimas yra vienas iš modifikuojamų rizikos veiksnių, turinčių teigiamą poveikį širdies ir kraujagyslių ligų rizikos valdymui. Neseniai atliktoje metaanalizėje pranešta, kad hipertenzija sergantiems asmenims, kurie užtikrina aktyvesnį gyvenimo būdą, sumažėja kraujo spaudimas (- 8,3 mmHg, sistolinis kraujospūdis ir - 5,2 mmHg diastolinis kraujospūdis).

Dieta ir mankšta, padedanti prarasti svorį, vaidina ypač svarbų vaidmenį valdant ir kontroliuojant arterinę hipertenziją ne medikamentinėmis priemonėmis. Įvairūs maisto produktai daro neigiamą poveikį arterinės hipertenzijos gydymui: keptas maistas, ryžiai, mėsa, riebus maistas, sūrus maistas ir kt. Taip pat pabrėžiamas alkoholio vartojimas ir rūkymas, kaip veiksniai, galintys nulemti neefektyvų arterinės hipertenzijos gydymą arba skatinti jos atsiradimą (Legido-Quigley et al, 2015, p. 7). T.M. Spruill et al (2015) atlikę tyrimus su pacientais, kurie patyrė insultą, pabrėžė, kad arterinė hipertenzija yra vienas iš pagrindinių veiksnių, kurie nulėmė insulto pasireiškimą, todėl šiai lėtinei ligai turi būti skiriamas itin didelis dėmesys. Tyrinėtas kraujospūdžio valdymo efektyvumas atskleidė, kad sumažinus 10 mm Hg sistolinį kraujospūdį, net 31 proc. sumažėja rizika patirti pakartotinį insultą.

M. Moradi-Lakeh et al (2015) pažymėjo, kad sugebėjimas įvertinti savo savijautą gali atspindėti integruotą asmens sveikatos suvokimą, įskaitant jo biologinę, psichologinę ir socialinę dimensijas. Tai leidžia prognozuoti ne tik susirgimų, bet ir mirčių atvejus.

Savarankiškas ligos valdymas ir kontroliavimo veiksmingumas yra sutelktas į paciento pasitikėjimą savimi. Šiuo metu savikontrolės veiksmingumas yra plačiai susijęs su lėtinių ligų, tarp jų ir arterinės hipertenzijos, valdymu (Peng et al, 2014, p. 14).

Apibendrinant galima daryti prielaidą, kad arterinės hipertenzijos profilaktikoje ir valdyme svarbus vaidmuo tenka ne tik medikamentiniam gydymui, bet ir paties asmens iniciatyva ir motyvacija kontroliuoti savo gyvenimo rodiklius, vykdyti nuolatinę kraujospūdžio rodiklių kontrolę ir savistabą. Pabrėžiamas ir slaugytojų vaidmuo ugdant ir supažindinant sergančiuosius su arterinės hipertenzijos gydymo būdais, motyvuojant sergančiuosius vykdyti nuolatinę ir reguliarią kontrolę.

1.4. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata

Gyvenimo kokybė yra plati sąvoka ir glaudžiai susijusi su bendra visuomenės gerove. Gyvenimo kokybės matavimo ir vertinimo sisteminiai tyrimai pradėti palyginti neseniai – praėjusio šimtmečio viduryje, tačiau jau ir ankščiau gyvenimo kokybės sąvoka buvo vartojama, tik naudojant kitus apibūdinimus: laimė; pasitenkinimas gyvenimu; savęs realizacija; objektyvus funkcionavimas; balansas, pusiausvyra; tikras džiaugsmas; psichologinė gerovė; materialinė gerovė; aukštas bendras vidaus produktas; mėgavimasis, džiaugsmas. Gyvenimo kokybės tyrimai prasidėjo nuo siekio suprasti asmeninę ir visuomeninę gerovę (Ruževičius, 2013).

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė nukreipia dėmesį į asmens gyvenimo kokybę, kurią veikia liga ir ypač gydymas. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra atspindys/ refleksija to, kaip žmonės suvokia ir reaguoja į savo sveikatos būklę ir su sveikata susijusius veiksnius, tokius kaip fizinė, funkcinė, emocinė ir psichinė gerovė, bei su sveikata tiesiogiai nesusijusius veiksnius, tokius kaip darbas, šeima, draugai ir kt. (1 pav.)



1 pav. Sveikatos būklės, funkcinės būklės, gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tarpusavio sąsajos modelis
Šaltinis: Staškutė, 2014, p. 10

Pagal paveiksle pateikiamą su sveikata susijusios kokybės modelį, atspindintį šio reiškinio sudedamąsias dalis, galima matyti, kad gyvenimo kokybei įtaką daro sveikata ir sveikatos priežiūros sistema. J. Štreimikis, M. Sarvutytė - Gailiūnienė (2013) nurodo, kad sveikata yra suderinta fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, taigi sveikata yra svarbiausias gyvenimo kokybę apibūdinantis veiksnys. Šiam teiginiui pritaria ir M.N. Nurelhuda ir kt. (2010), kurie nurodo, kad požiūriu į sveikatą negalima apriboti vien tik dėl ligos ar negalios nebuvimo, todėl būtina remtis J. Štreimikio, M. Sarvutytės - Gailiūnienės (2013) pateikiamu sveikatos suvokimu. Autorių teigimu, išskirtos trys sveikatos sudedamosios dalys gali būti apibūdinamos kaip sveikatos trikampis, kuris yra pagrindinė sąvoka susijusi su asmens gyvenimo kokybe.

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė susijusi su suvokiama fizine ir psichine sveikata bei funkcijomis, yra svarbus sveikatos rodiklis medicininėse intervencijose ir sveikatos tyrimuose. Tai yra įvertinimas, kaip liga, negalia ar sutrikimas laikui bėgant gali paveikti asmens savijautą. Dabartinėje su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepcijoje pripažįstama, kad tiriamieji susieja savo tikrąją situaciją su asmeniniais lūkesčiais. Pastarieji laikui bėgant gali skirtis ir reaguoti į išorės veiksnius, tokius kaip ligos trukmė ir sunkumas, pagalba šeimai ir kt. Kaip ir bet kurioje situacijoje, apimančioje daugybę perspektyvų, nustatyta, kad pacientų ir gydytojų tos pačios objektyvios situacijos įvertinimas labai skiriasi. Taigi dabar su sveikata susijusi gyvenimo kokybė paprastai vertinama naudojant pacientų anketas. Jie dažnai būna daugialypiai ir apima fizinius, socialinius, emocinius, pažintinius, su darbu susijusius ar vaidmens ir galbūt dvasinius aspektus, taip pat daugybę su liga susijusių simptomų, terapijos sukeltą šalutinį poveikį ir net finansinį sveikatos sutrikimų poveikį (Wang et al, 2017, p. 59).

Tyrimai įrodė, kad arterinė hipertenzija daro didelę įtaką pacientų sveikatai. F. Saleem et al (2014) „EuroQol“ klausimynu (EQ-5D) ištyrė Pakistano hipertenzijos populiacijos, susijusios su sveikata, gyvenimo kokybės profilį ir nustatė, kad arterinė hipertenzija neigiamai veikia pacientų savijautą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Y. Zhang et al (2016) tyrimas taip pat parodė, kad pacientams, kurie serga arterine hipertenzija, nustatyta prastesnė su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Kinijos pacientų, sergančių arterine hipertenzija, tyrimai daugiausia dėmesio skyrė ligos paplitimui ir ją įtakojantiems veiksniams. L. Chen et al (2015) ištyrė paplitimą, informuotumą ir kitus su arterine hipertenzija susijusius aspektus etninėse populiacijose Shilino grafystėje Yunnan mieste, Kinijoje. Tyrimas leido išskirti ligos rizikos veiksnius: vyresnį amžių, rūkymą, alkoholio vartojimą, aukštą kraujospūdį šeimoje, antsvorį ir nutukimą, taip pat tokius apsauginius veiksnius, kaip aukštasis išsilavinimas. Tačiau nedaugelyje tyrimų buvo atkreiptas dėmesys į hipertenzijos populiacijos su sveikata susijusią gyvenimo kokybę Kinijoje. Y. Zhang et al (2016) taip pat ištyrė santykį tarp arterinės hipertenzijos ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, naudodami 36 elementų trumpos formos (SF-36) klausimyną.

Arterinė hipertenzija yra labiau paplitusi tarp vyresnio amžiaus žmonių. 82,9 proc. Vyresnių kaip 60 metų suaugusiųjų informavo, kad vartoja vaistus nuo hipertenzijos (Benjamin ir kt., 2017). Tačiau vyresnių kaip 60 metų suaugusiųjų, kuriems buvo kontroliuojama liga, procentinė dalis 2015–2016 m. buvo tik 49,4% (Benjamin ir kt., 2017). Taigi, aukštas kraujo spaudimo pakilimas ir bloga ligos kontrolė yra svarbūs vyresnio amžiaus žmonių sveikatą, įtakojantys veiksniai.

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) pabrėžė, kad svarbu įvertinti ir skatinti gerinti žmonių gyvenimo kokybę (World Health Organization, 2005). Vienas iš „Sveikas žmogus 2020“ tikslų yra skatinti gerinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę visuose gyvenimo etapuose (Chen ir kt., 2018). Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra subjektyvi ir daugialypė koncepcija, susijusi su

fiziniu, protiniu, emociniu ir socialiniu funkcionavimu (Chen ir kt., 2018). AH sergantiems pacientams gali būti nustatyta prastesnė gyvenimo kokybė nei tiems, kuriems nediagnozuota ši liga (Trevisol, 2011). Prasta su sveikata susijusi gyvenimo kokybė sergančių AH tarpe buvo susijusi su silpnesne ligos kontrole (Holt ir kt., 2010; Trevisol ir kt., 2012; Chen ir kt., 2018).

Pacientams, sergantiems AH, priskiriami pacientai, kurie turi vartoti vaistus ilgą laiką. Atsižvelgiant į lėtinių ligų svarbą ir poveikį gyvenimo kokybei ir įvairiems jo aspektams (fizinei ir psichinei sveikatai ir socialinei gerovei), ypač svarbus yra slaugytojų dėmesys gyvenimo kokybės koncepcijai (Niu, 2015). Kadangi daugumoje klinikinių tyrimų, siekiant gauti gydymo rezultatus, kaip vertinimo kriterijus buvo naudojamas su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (Chen ir kt., 2018). Gyvenimo kokybė yra logiškas ir konceptualus procesas, pagrįstas kultūra, vertybėmis, įsitikinimais, simboliais ir patirtimi (Shabany Hamedan et al., 2011). XJ. Lin et al. (2012) teigia, kad nors su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir gyvenimo kokybė yra vartojami pakaitomis, šios dvi sąvokos turi dvi skirtingas reikšmes: gyvenimo kokybė apima visus gyvenimo aspektus, o su sveikata susijusi gyvenimo kokybė - su ligos poveikiu ir gydymo efektyvumu/ veiksmingumu siejama gyvenimo kokybė (Lin et al., 2012). Tyrimai taip pat parodė, kad aukštas pacientų sveikatos raštingumo lygis yra tiesiogiai susijęs su aukštu kraujo spaudimu (Willens et al., 2013). Hipertenzijos ir aukšto kraujospūdžio pacientų sveikatos raštingumo santykis gali skirtis priklausomai nuo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių (Willens et al., 2013). Iš viso svarbu žinoti apie sveikatos raštingumą, kad būtų galima kontroliuoti kraujo spaudimą pacientų, sergančių arterine hipertenzija, tarpe ir su tuo susijusias gyvenimo kokybės sritis.

AH sergančių pacientų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei turi įtakos ne tik pati liga, bet ir kai kurie subjektyvūs veiksniai, tokie kaip sveikatos raštingumas, savęs valdymas ir psichologiniai veiksniai (Hu et al, 2014, p. 499). Įvairių veiksnių sąveika padidina tyrimų sudėtingumą ir sunkumą. Nors daugybė tyrimų ištyrė objektyvius veiksnius, nedaugelis tyrimų įvertino subjektyvius veiksnius ir sąveikos mechanizmą (Olszanecka-Glinianowicz et al, 2014; Carvalho et al, 2013; Zyoud et al, 2013). F. Saleem et al (2012) įvertino ryšį tarp Pakistano hipertenzija sergančių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir žinių apie sveikatą būklę bei ligos eigą. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad žinios apie hipertenziją buvo silpnai susijusios su su sveikata susijusia gyvenimo kokybe. UW. Jayasinghe et al (2013) ištyrė daugelio hipertenzija sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę Australijoje. Tyrimo rezultatai parodė, kad skirtingos lyties ir amžiaus pacientai turėjo skirtingas fizines ir (arba) psichines savybes. P. Vathesatogkit et al (2012) ištyrė ir palygino skirtingų sveikatos būklių poveikį su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei Tailando populiacijoje. Tyrejai nustatė, kad supratimas apie diabetą ir hipertenziją turėjo neigiamos įtakos psichiniams gyvenimo kokybės komponentų aspektams, bet ne fiziniams gyvenimo kokybės veiksniams. Tyrimo rezultatai parodė, kad lytis ir amžius buvo susiję

su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimu, tačiau didžioji dalis atliktų tyrimų buvo sutelkta į objektyvių veiksnių įtaką ir nepaisoma subjektyvių veiksnių vaidmens.

Galima pažymėti, kad AH būdinga: didesnė depresijos balai, didesnės semantinės atminties problemos ir mažesnis pasitenkinamas lytiniu gyvenimas; jie jaučiasi mažesnio fizinio aktyvumo, mažiau kontroliuoja savo gyvenimą, yra emociškai įsitempę, palyginti su sveikais žmonėmis (Manisha, Matreja, 2016).

1.5. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su suvokimu ir žiniomis apie arterinę hipertenziją

Šiandien sveikata vertinama kaip pati didžiausia asmeninė vertybė ir visos tautos, visuomenės turtas. Daugiau nei 50 proc. žmogaus sveikatos priklauso nuo jo gyvenimo būdo. Ankstyvas sveikatos ugdymas ir sveikos gyvensenos mokymas turi didžiulę reikšmę žmogaus sveikatai.

M. Dawes (2013) analizuodamas priežastis, kurios gali lemti arterinio kraujo spaudimo kontrolę, pateikė išvadą, kad susiduriama su problema identifikuoti konkrečias priežastis. Priešingai nei M. Dawes (2013), Y. Wang et al (2013) pabrėžia, kad arterinio kraujo spaudimo kontroliavimas priklauso ne tik nuo pačių sergančiųjų, bet ir nuo sveikatos priežiūros specialistų. G. Bagdonas ir kt. (2008, p. 56) taip pat skyrė dėmesį arterinio kraujo spaudimo kontrolės netinkamumą lemiančias priežastis: pacientų baimė susidurti su medikamentų šalutiniu poveikiu; bendradarbiavimo tarp paciento ir gydytojo bei slaugytojo stoka; pacientas netinkamai informuojamas apie ilgalaikio ir nuolatinio gydymo reikšmę, sergant arterine hipertenzija; pacientai susiduria su problemomis, pakeičiant kasdieninius gyvenimo įpročius; sveikatos priežiūros specialistų išsilavinimas ir kompetencija; pacientams trūksta žinių apie tinkamą kraujo spaudimą ir optimalaus arterinio kraujo spaudimo kontroliavimą.

Siekiant pagerinti žmogaus ir visuomenės sveikatos būklę, pagrindinis dėmesys skiriamas ne ligų gydymui, bet sveikatos išsaugojimui, palaikymui ir stiprinimui. Sveikatos ugdymas tampa viena iš pagrindinių slaugytojų veiklos kryptių dirbant tiek su sveikais, tiek su sergančiais lėtinėmis ligomis įvairaus amžiaus žmonėmis. Jos padeda formuoti sveikos gyvensenos įgūdžius ir nuostatas, sąmoningai suprasti rizikos veiksnių įtaką, o vėliau keisti elgseną, siekiant geresnės sveikatos (Zagurskienė 2008, p. 35).

M. Moradi-Lakeh et al (2015) pažymi, kad vienas iš efektyvių priemonių gali būti laikomas tinkamas paciento savęs ir savo sveikatos būklės vertinimas. Savęs vertinimas atspindi integruotą asmens sveikatos suvokimą, įskaitant jo biologinius, psichologinius ir socialinius aspektus, kurie nebūtinai yra prieinami išoriniams stebėtojams. Subjektyvi sveikata, suvokiama sveikata ir savęs

vertinimas sveikatos literatūroje paprastai vartojami pakaitomis. Savęs vertinimas yra matuojamas skirtingais įrankiais. Daugelis tyrėjų norėdami įvertinti sveikatos vertę eiliniu mastu, renkami paprasčiausią vieno elemento klausimą, o kiti renkami patvirtintus gyvenimo kokybės, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ar funkcinės būklės klausimynus.

Keliuose tyrimuose užfiksuotas tvirtas ryšys tarp subjektyvaus sveikatos lygio, susirgimų ir mirties atvejų. Taip pat savęs vertinimas yra susijęs su sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu, pavyzdžiui, ambulatorinių apsilankymų skaičiumi. Nustatytas stiprus ryšys pagal amžių tarp savęs įvertinimo lygio ir miokardo infarkto dažnio, taip pat mirties atvejų nuo širdies ir kraujagyslių ligų (Turkkan, Pala, 2013, p. 98).

Sveikatos paslaugų naudojimas gali būti laikomas vienas iš tų priemonių, kuri padeda nustatyti, kaip gyventojai reaguoja į savo sveikatos būklę. Tai iš dalies galima vertinti ir kaip pacientų ligos suvokimo rodiklį. Savo sveikatos būklės vertinimas ir suvokimas gali būti laikoma tinkama priemone objektyvesnėms sveikatos priemonėms nustatyti, atliekant tyrimus. Galima daryti prielaidą, kad jei nekreipiama dėmesio į savo sveikatos būklę, tai gali sąlygoti pakitimus fiziologinėje, sociologinėje ir emocinėje sąveikoje ligos etiologijos kontekstu (Moradi-Lakeh et al, 2015, p. 920).

C. Wang et al (2017) atliktame tyrime nustatytas ryšys tarp sergančių arterine hipertenzija sugebėjimo valdyti ir kontroliuoti ligos eigą, paciento žinių apie ligą, jų gyvenimo kokybės ir gyvenamosios vietovės. Tyrime, kuris atliktas Kinijoje, nustatytas žemas pacientų sveikatos raštingumas, kurie gyvena kaimiškose teritorijose. Šiose vietovėse gyvenantys pacientai nėra pajėgūs tinkamai vertinti savo sveikatos būklę, kontroliuoti savo savijautą, kadangi tik maža dalis tirtų pacientų veiksmingai kontroliuoja ligos eigą. Sudėtinga ligos eiga bei bloga sveikatos būklė atitinkamai daro poveikį pacientų gyvenimo kokybei – sumažina jų pasitenkinimą kasdieniu gyvenimu.

Sveikatos raštingumas apibrėžiamas kaip pažintiniai ir socialiniai įgūdžiai, lemiantys asmenų motyvaciją ir sugebėjimą gauti prieigą prie informacijos, ją suprasti ir naudoti taip, kad būtų skatinama ir palaikoma gera sveikata. Sveikatos raštingumas reiškia ne tik galimybę skaityti brošiūras, tačiau pagerina žmonių galimybes gauti informaciją apie sveikatą ir gebėjimą veiksmingai ją valdyti. Sveikatos raštingumas yra labai svarbi informacijos dalis. Sveikatos raštingumo lygį lemia daugybė veiksnių: skaitymo lygis, skaičiavimo lygis, dabartinė sveikatos būklė, kalbos barjerai, kultūrinis tinkamumas, formatas ir stilius, sakinių struktūra, iliustracijų naudojimas, intervencijos interaktyvumas ir daugybė kitų. Taigi sveikatos raštingumas yra vienas iš svarbių veiksnių, turinčių įtakos ir pacientų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei (Jayasinghe et al, 2013, p. 107).

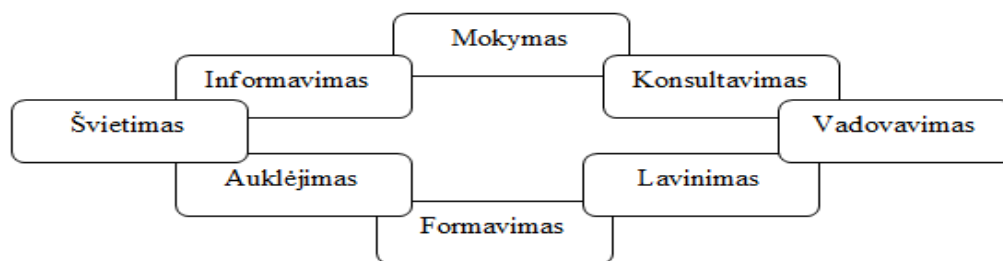
Galima išskirti tokias ugdomąsias slaugytojo funkcijas: ugdyti, stiprinti ir palaikyti pacientų ir dar nesergančių gyventojų sveikatą, mokyti sveikos gyvensenos, padėti vykdyti bendrą sveikatos priežiūros specialistų sudarytą sveikatos gerinimo ir profilaktikos programą, patarti, kaip išsaugoti sveikatą ir išvengti ligų.

Pristatyta Prancūzijos atvejo analizė atskleidė, kad labai svarbu suteikti tinkamą informaciją sergančiajam, kad būtų pasiekiamas tiek medikamentinio, tiek nemedikamentinio gydymo efektyvumas. Prancūzijoje buvo parengtos gairės, kurios orientuotos į praktinį naudingumą, pacientų švietimo apie ligą svarbos apibrėžimą, pagrįstą turinio išdėstymu taip, kad jis būtų suprantamas sergantiesiems. Pristatomos rekomendacijos turi būti skirtos ne tik gydytojams, bet ir slaugytojams, siekiant užtikrinti, kad sergantys arterine hipertenzija gautų kokybišką ir tikslingą informaciją. (Blacher et al, 2013, p. 15). S.H. Zayoud et al (2013) nurodė, kad 50 proc. pacientų, kurie sirgo įvairiomis lėtinėmis ligomis, labai reikšmingą vaidmenį skiria gydytojų turimai kompetencijai juos konsultuojant. Sveikatos priežiūros specialistų kompetencija, sugebėjimas motyvuoti pacientus vykdyti paskirtą gydymą bei savikontrolę, yra laikomas labai svarbiu veiksmu, nulemiančiu bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros specialisto ir sergančiojo arterine hipertenzija.

S.H. Zayoud et al (2013) analizuodami Palestinos atvejį nustatė, kad sergančiųjų nuomone, prastą arterinės hipertenzijos gydymo kontrolę lemia tokie veiksniai, kaip depresija, žinių apie ligą trūkumas. K. L. Margolio et al (2013) ir A. Sight et al (2013) tyrimuose pabrėžiama, kad labai svarbu, kad sergantieji kraujo spaudimą reguliariai stebėtų namie. Jei pacientas yra pajėgus ir geba užtikrinti reguliarų kraujo spaudimo matavimą namų sąlygomis, galima daryti prielaidą, kad tarp jo ir sveikatos priežiūros specialistų vyksta tinkamas bendradarbiavimas. Ši prielaida grindžiama tuo, kad sergantieji arterine hipertenzija, kurie matuoja ir vykdo kraujo spaudimo savistabą namų sąlygomis yra labiau savimi pasitikintys ir turi pakankamai žinių apie savo būklę.

Seišeliuose atlikto tyrimo metu nustatyta, kad pacientams trūko žinių apie kraujo spaudimo rodiklių skaitines reikšmes. Tyrimo metu nustatyta, kad pacientų žinios apie AH yra gana ribotos, o tai lemia ir tai, kad pacientai nežino kaip interpretuoti kraujo spaudimo rodiklių reikšmes (Aubert et al, 1998, p. 1138). Sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo svarba su sergančiais AH taip pat grindžiama ir kitų autorių. Pabrėžiama, kad žinių trūkumas arba netinkamai suteikta informacija apie AH, gali lemti jų netinkamą medikamentinį ir nemedikamentinį gydymą (Ladwig et al, 2015, p. 504).

Remiantis slaugytojo profesinę veiklą reglamentuojančių dokumentų, slaugytojų profesinėje veikloje išskiriamos informavimo, švietimo, mokymo, vadovavimo, lavinimo, auklėjimo, formavimo, konsultavimo funkcijos, traktuotinos pagrindinėmis slaugytojo edukacinėmis funkcijomis, kurias apžvelgia A. Mažionienė (2011) (2 pav.).



2 pav. Ugdymo funkcijos slaugytojo profesinėje veikloje
Šaltinis: Mažionienė, 2011, p. 28

Viena iš pagrindinių slaugytojo edukacinių funkcijų yra informavimas, kurį galima apibrėžti kaip vienpusį specialistų parengtą standartą sveikatos problemoms spręsti. Tai padeda žmonėms įgyti žinių kaip saugoti sveikatą, išvengti ligų bei kaip elgtis ligos metu. Švietimo funkcija apibūdinanti sąvoka – sveikatos švietimas, į kurią įeina ir visapusiškas informavimas apie ligas, sveikatą ir profilaktiką. Informuojant visuomenę apie teigiamus ir neigiamus sveikatai veiksnius, švietimas gali būti skirtas tiek pavieniems asmenims, tiek grupėms, įstaigoms ar visai visuomenei. Svarbiausia, kad perteikiama informacija suteiktų kokių nors žinių nurodymų, kaip reikėtų elgtis, padėtų susidaryti nuomonę. Tikimasi, kad turėdamas žinių, kiekvienas žmogus pats imsis atsakomybės už savo sveikatą. Mokymo funkcija apima kryptingą, planingą ir sistemingą ugdomosios veiklos, kuriai vadovauja ugdytojas, organizavimą. Slaugytojas turi organizuoti ir įgyvendinti sveikatos programas, nukreiptas prieš žalingus įpročius, nesveiką gyvenimo būdą, rūpintis įvairių ligų profilaktikos, šeimos planavimo, lytinio auklėjimo ir kitomis programomis. Vadovavimo funkcija – atliekant šią funkciją slaugytojas psichologiškai ir metodiškai vadovauja žmonėms, siekiantiems palaikyti ir išsaugoti tinkamą sveikatos lygį, skatina jų saviugdą. Formavimo funkcija apima įgūdžių ir įpročių formavimą, nuostatų sveikatos ir gyvenimo būdo atžvilgiu keitimą, sąmoningo žmonių požiūrio į ryšius ir dėsningumą tarp gyvenimo būdo, gyvenimo sąlygų ir ligų atsiradimo formavimą. Ši funkcija svarbi dirbant tiek su sveikais, tiek su sergančiais žmonėmis. Šios funkcijos realizavimo sėkmė priklauso nuo ugdytojo gebėjimo paskatinti, t. y. motyvuoti pacientą keisti įgūdžius, įpročius ar požiūrį savo sveikatos atžvilgiu (Mažionienė, 2009, p. 13-14).

Kai įtariama arterinė hipertenzija, turi būti įgyvendinamos tam tikros gyvenimo priemonės, remiantis reguliariu kraujo spaudimo matavimu (2 lentelė).

2 lentelė. Slaugytojo vaidmuo arterinės hipertenzijos valdyme

Prieš pradėdant gydymą	Pirminis gydymo planas (pirmi 6 mėn)	Ilgalaikės priežiūros planas
Arterinės hipertenzijos diagnozavimas, matuojant kraujospūdį ne gydytojo kabinete; Gyvensenos pakeitimo priemonių įgyvendinimas; Pradinis ligos vertinimas Informacijos apie ligą suteikimas, konsultacijos metu.	Pagrindinis tikslas – kraujospūdžio kontrolė per pirmus 6 mėnesius (130-139/ <90 mm Hg) Pirmenybė teikiama pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis (turintiems komplikacijų) Pradinio arterinės hipertenzijos gydymo suasmėninimas, išsamiai pristatant skirtingus arterinės hipertenzijos gydymo būdus; Gydymo toleravimo užtikrinimas.	Jei rezultatai po pirmųjų 6 mėn. nesikeičia, turi būti kreipiamasi į specialistus dėl ambulatorinio arterinės hipertenzijos gydymo paskyrimo; Jei arterinė hipertenzija yra puikiai valdoma – skiriamos konsultacijos kas 3-6 mėn.; Didinamas pacientų suinteresuotumas matuoti kraujospūdį reguliariai namų sąlygomis; Išlaikyti tą patį tikslą – reguliuoti kraujospūdį.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Pirmoji pacientų konsultacija turi būti suderinta per vieną mėnesį. Antrojo susitikimo metu su pacientu, atsižvelgiant į atliktų laboratorinių tyrimų rezultatus bei kraujo spaudimo matavimo namuose rezultatus, atliekama pirminė konsultacija. Gydytojas ir slaugytojas turi sutelkti dėmesį ne tik į laboratorinius tyrimus, bet ir paciento kraujo spaudimo matavimo rezultatus. Arterinė hipertenzija gali būti įtariama jei asmens matuotas kraujo spaudimas gydymo įstaigoje siekė 140/90 mm Hg. Kraujo spaudimo matavimas būtinas ir namų sąlygomis. Prieš skiriant medikamentinį gydymą, pacientui rekomenduojama bent mėnesį stebėti savo kraujo spaudimą kiekvieną dieną jį matuojant bent vieną kartą (2 lentelė).

Apibendrinant galima daryti prielaidą, kad analizuojant suvokimo, žinių apie arterinę hipertenziją ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas, pagrindinis dėmesys skiriamas slaugytojų vaidmeniui. Slaugytojas yra tas asmuo, kuris laikomas vienu iš pagrindinių informacijos šaltinių, galinčių nulemti ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sritis, kadangi netinkamai kontroliuojama arterinė hipertenzija gali daryti poveikį ne tik asmens fiziniam pajėgumui, bet ir emocinei būklei.

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Šiuo tyrimu siekiama išanalizuoti pacientų, sergančių arterine hipertenzija su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas su suvokimu ir žiniomis apie ligą. Tyrimas buvo atliekamas Kretingos pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrimo tikslui įgyvendinti pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas, naudojant anketinės apklausos raštu metodą. Buvo gauti autorių leidimai naudoti jų sukurtais klausimynais. Tyrimo atlikimui pasirinkta netikimybinė tikslinė imtis. Gauti kiekybiniai duomenys, buvo susisteminti ir grafiškai pavaizduoti, naudojant aprašomosios statistikos metodą.

Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas. Tyrimo teoriniam pagrindimui pasirinktos trys teorijos.

Priežastinio ryšio voratinklis – viena iš teorijų, kuri priskiriama priežastinio ryšio teorijų grupei. Priežastinio ryšio voratinklio teorijos sukūrimo pagrindas – veiksnių identifikavimas, kuriais galima paaiškinti ligos padarytą žalą. Ši teorija nukreipta į lėtinių ligų, kuriai priskiriama ir arterinė hipertenzija, atsiradimo priežasčių paaiškinimą. Taikant šia teoriją ir aiškinantis priežastis, kurios galėjo sukelti ligą ar nulemti spartesnę ligos eigą, galima pastebėti ir sudaryti įvairių veiksnių „voratinklį“. Pažymima, kad lėtinių ligų atsiradimui reikšmės turi daug įvairių veiksnių, kurie susiję vienas su kitu. Pavyzdžiui, širdies ligoms atsirasti gali turėti reikšmės: netaisyklinga mityba, nutukimas, mažas fizinis aktyvumas, rūkymas, emocinis stresas, diabetas, hipertenzija ir pan. (Pukinskienė, 2011, p. 120).

Analizuojant suvokimo, žinių apie arterinę hipertenziją ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas galima identifikuoti ne tik veiksnius, sukeliančius arterinę hipertenziją, tačiau ir veiksnius, kurie gali lemti ligos eigos sukeltas pasekmes pacientų gyvenimo kokybei. Aiškinantis arterinę hipertenziją lemiančias priežastis ir ligos poveikį pacientų gyvenimo kokybei, galima stebėti įvairių veiksnių „voratinklį“: žinių apie arterinę hipertenziją ir jos profilaktiką trūkumas pacientų tarpe, socialinės priežastys, žalingų įpročių turėjimas, mitybos principų netinkamas taikymas ir kt. svarbu suprasti, kad visus veiksnius galima paveikti, kad išvengti ar sumažinti riziką. Vienas iš būdų, galinčių daryti reikšmingą poveikį pacientų, sergančių arterine hipertenzija, gyvenimo kokybei – mokymas, pacientų informavimas, kaip pakeisti gyvenimo būdą, kaip saugoti savo sveikatą. Atsižvelgiant į šios teorijos pagrindus, svarbus vaidmuo tenka ne tik pačiam pacientui, bet ir slaugytojams, kurie turi didelį dėmesį skirti sveikatos mokymui. Slaugytojai, žinodami ligos ir įvairių būklių priežastinius ryšius, gali nuspręsti, kokias profilaktines strategijas taikyti (Pukinskienė, 2011, p. 120).

Natūrali ligos istorija – ši teorija paaiškina natūralų ligos progresavimą. Pagal klasikinį ligos vystymosi modelį, ligos progresavimas turi du periodus: prepatogenezę ir patogenezę. Prepatogenezė yra ta stadija, kai liga dar neveikia paciento sveikatos būklės. Šiuo atveju galima išskirti veiksnius, kurie gali lemti ligos atsiradimą paciento organizme. Aplinkos veiksniai gali būti labai įvairūs ir skirtingi kiekvienos ligos atveju, tačiau arterinės hipertenzijos atveju, tai gali būti žalingų įpročių turėjimas, netinkama mityba, mažas fizinis aktyvumas, genetiniai veiksniai, ligos. Šiems veiksniams veikiant su pacientu, atsiranda palanki terpė arterinės hipertenzijos atsiradimui ir vystymuisi ir taip prepatogenezė perauga į ankstyvąją patogenezę. Todėl žinant natūralų ligos progresavimą, galima laiku imtis tam tikrų profilaktinių priemonių (Pukinskienė, 2011, p. 121).

Galima išskirti tris profilaktikos lygius: pirminė profilaktika, antrinė profilaktika, tretinė profilaktika, kurias galima susieti su ligos stadijomis. Svarbu suprasti, kad kiekvienas profilaktikos lygis siekia sustabdyti konkrečią patogenezės stadiją. Taigi, pirminės profilaktikos tikslas yra sveikatos palaikymas, nelaukiant, kol atsirastų sveikatos problemų. Pirminė profilaktika gali būti: sveika mityba, tinkamos gyvenimo sąlygos, poilsis, fizinis aktyvumas. Taip pat specifinė apsauga: imunizacija, vandens valymas, saugos diržų naudojimas vairuojant, burnos higiena. Antrinė profilaktika susijusi su ankstyvu išsiaiškinimu ir intervencijomis ankstyvosios patogenezės stadijoje, tai: įvairūs tyrimai, patikrinimai ir vėlesnės pastangos, siekiant apriboti ligos progresavimą. Būtina išskirti ir tretinę profilaktiką, kurią galima apibūdinti kaip pastangas pagerinti reabilitaciją ir sveikimą po ligos arba sumažinti ligos pasekmes (Pukinskienė, 2011, p. 122).

Pažymima, kad slaugytojams būtina žinoti ligos stadijas, profilaktikos rūšis ir tikslus, nes pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys slaugytojai susiduria kasdien. Slaugytojai moko asmenis ir grupes sveikatos saugojimo visais profilaktikos lygiais (Pukinskienė, 2011, p. 122).

Trečioji taikoma teorija – N. Roper, W. Logan ir A. Tierney sukurtas ir taikytas „*Gyvenimo veiklomis pagrįstas slaugos modelis*“, kuris pirmiausia buvo aprašytas N. Roper dar 1970 m. Šis modelis sudarytas indukciniu būdu – remiantis klinicine praktika. Tai konceptualusis slaugymo praktikos modelis, kurio pagrindiniai teiginiai yra šie:

- Žmogaus gyvenimas gali būti apibrėžiamas kaip gyvenimo veiklų visuma.
- Būdas, kuriuo asmuo atlieka gyvenimo veiklą, turi įtakos jo gyvenimo individualumui.
- Žmogus yra vertingas visuose savo gyvenimo tarpsniuose.
- Per savo gyvenimą iki brandaus amžiaus, atlikdamas gyvenimo veiklas, žmogus linkęs tapti vis labiau nepriklausomu.
- Nepriklausomybės atliekant gyvenimo veiklas – didelė vertybė, tačiau priklausomybė neturi žeminti žmogaus orumo.
- Individo žinias, požiūrį, elgesį, susijusį su gyvenimo veiklomis veikia įvairūs faktoriai, kurie skirstomi į biologinius, psichologinius, sociokultūrinius, aplinkos ir politinius-ekonominius.

- Gyvenimo veiklų tenkinimo būdas priklauso nuo individo požiūrio į tai, kas yra normalu.
- Kai individas susserga, gali sutrikti jo veiklų atlikimas, atsiranda akivaizdžių ir potencialių problemų.
- Individo gyvenimo veiklų atlikimą gali lemti įvairūs neigiami įvykiai, kurie gali sukelti realias ar potencialias problemas.
- Potencialių problemų sąvoka apima sveikatos stiprinimą, palaikymą ar ligos profilaktiką, taip pat išryškina slaugytojo-mokytojo vaidmenį.
- Sveikatos priežiūros kontekste tarp slaugytojo ir paciento/ kliento užsimezga profesionalus ryšys, kuris išlieka tol, kol pacientui/ klientui reikalinga slaugytojo pagalba.
- Slaugytojas yra daugiaprofesinės sveikatos priežiūros komandos narys, kuris veikia paciento ir visuomenės naudai.
- Specifinė slaugos funkcija yra padėti individui išvengti problemų, susijusių su gyvenimo veiklų atlikimu, jas įveikti arba palengvinti (Roper, Logan, Tierney, 1999).

Remiantis šiomis prielaidomis, asmens gyvenimą veikia penki pagrindiniai faktoriai: biologiniai; psichologiniai; sociokultūriniai, aplinkos, politiniai-ekonominiai. Asmens gyvenimo veiklas taip pat galima suskirstyti į 12 kategorijų: saugios aplinkos palaikymas; bendravimas; kvėpavimas; valgymas ir gėrimas; tuštinimasis ir šlapinimasis; asmeninis švarinimasis ir rengimas; kūno temperatūros reguliavimas; judėjimas; darbas ir žaidimas; lyties raiška; miegojimas; mirimas. Visas šias išvardintas gyvenimo veiklas veikia įvairūs faktoriai, priklausomybė/ nepriklausomybė bei žmogaus gyvenimo tarpsnis, kuriame jis tuo metu yra (Pukinskienė, 2011, p. 70).

Remiantis aukščiau išskirtomis teorijomis, kuriomis teoriškai grindžiamas tyrimo atlikimas pastebima, kad pagrindinis dėmesys koncentruojamas į veiksnius, kurie daro poveikį ne tik tam tikros ligos atsiradimui, tačiau ir ligos eigai bei jos sukeltoms pasekmėms žmogaus sveikatai ir kasdienei veiklai. Teorijose išryškėja ir slaugytojo-mokytojo vaidmuo, kuris svarbus visose paciento/ kliento ligos stadijose ir profilaktikoje. Žinojimas ir tinkamos informacijos pateikimas pacientui/ klientui yra suprantamas kaip esminė priemonė, galinti lemti asmens kasdienę veiklą, jo motyvacija modifikuoti gyvenimo būdą taip, kad būtų gerinama gyvenimo kokybė, sumažinamos ligos pasekmės.

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Imties dydis. Tyrimo imties dydžiui sužinoti buvo panaudoti duomenys iš Higienos instituto pateikiamų statistinių duomenų lentelių „Diagnozė su visais kodais: arterinė hipertenzija 2018“. Remiantis pateiktais statistiniais duomenimis, Kretingos rajono savivaldybės teritorijoje 2018 metais sergančiųjų arterine hipertenzija skaičius siekė 8445 asmenis. Siekiant imties reprezentatyvumo buvo atlikta matematinė analizė. Respondentų skaičius apskaičiuotas pagal I. Paniotto formulę:

$$n=1/(\Delta^2+1/N), \text{ kur}$$

n – imties dydis,

N – generalinis visumos dydis, 0,00261841

Δ - leidžiamas paklaidos dydis, $\Delta = 0,05$.

Apskaičiavus imtį pagal Paniotto formulę nustatyta, kad tyrime reikia apklausti ne mažiau nei 382 respondentus. Šio tyrimo imtis yra neatsitiktinė tikslinė. Buvo išdalinta 420 anketų, iš kurių pilnai užpildytos sugrįžo 391. Tarp jų dvi anketos buvo netinkamos. Galutinį tiriamąjį kontingentą sudarė 389 pacientai (n=389), sergantys arterine hipertenzija (grįžtamumas 92,6 proc.).

3 lentelė. Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos, kūno masės indeksas ir arterinės hipertenzijos (AH) trukmė

Rodikliai	N=389
Amžius m., vidurkis \pm SD	57,30 \pm 12,25
Lytis, n(proc.)	
Vyrų	180(46,3)
Moterų	209(53,7)
Šeiminė padėtis, n(proc.):	
Gyvena su partneriu/-e	276(71,0)
Gyvena be partnerio/-ės	113(29,0)
AH trukmė n(proc.):	
Mažiau nei metai	38(9,8)
1-5 m.	154(39,5)
6-10 m.	130(33,4)
Daugiau nei 10 metų	67(17,2)
KMI kg/m ² , vidurkis \pm SD	26,79 \pm 3,95
KMI >30 kg/m ² , n(proc.)	72(18,7)

Tiriamųjų amžius varijavo nuo 23 iki 88 metų, amžiaus vidurkis 57,30 \pm 12,65 metai. Vyrų ir moterų buvo panašus skaičius 46,3 proc. vyrai ir 53,7 proc. moterų. Dauguma (71,0 proc.) tiriamųjų gyveno su partneriu/-ė. Tarp gyvenančiųjų be partnerio/-ės 10,8 proc. buvo išsiskyrę/išsituokusios, 8,7 proc. našliai/-ės ir 9,5 proc. vieniši/-os. Pagal AH susirgimo trukmę

tiriamieji pasiskirstė taip: 1-5 metus sirgo 39,5 proc. tiriamųjų, 6-10 metus– 33,4 proc., daugiau nei 10 metus– 17,2 proc. ir mažiau nei 1 metus– 9,8 proc. Bendroje tiriamųjų grupėje kūno masės indeksas (KMI) varijavo nuo 16,46 iki 43,87 kg/m², vidurkis 26,79±3,95 kg/m² – nutukusių, kuriems KMI>30 kg/m², buvo 18,7 proc. (3 lentelė).

Tyrimui atlikti buvo gautas leidimai iš trijų įstaigų, kurios teikia pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Jose ir buvo atliktas tyrimas.

Tiriamųjų atrankos būdas. Atsirenkant tyrimo dalyvius buvo taikomas netikimybinės tikslinės atrankos principas, pagal kurį, tyrimui dalyviai atrenkami tik tie, kurie atitinka mūsų atrankos kriterijus. Į įstaigą atvykę asmenys, sergantys arterine hipertenzija, buvo supažindinti su tyrimu, jo eiga, tyrimo metu gautų rezultatų pritaikymu baigiamajame darbe. Šis būdas pasirinktas todėl, kad tyrėjas gali pats pasirinkti tiriamuosius, pagal jam reikalingas tiriamųjų charakteristikas. Tyrimui atlikti klinikos pasirinktos neatsitiktinai, kadangi jose gydomi pacientai, sergantys arterine hipertenzija.

Atrankos kriterijai. Tiriamieji atrinkti pagal pagrindinius kriterijus:

- Pacientai turi būti pilnamečiai.
- Pacientai, kuriems nustatyta arterinė hipertenzija, serga ilgiau nei 4 savaitės.
- Pacientai sutikinka dalyvauti apklausoje.
- Pacientai turi suprasti lietuvių kalbą.
- Pacientai turi gydytis pirminiame sveikatos priežiūros centre.

2.1.2. Tyrimo metodai

Baigiamajame darbe naudojami tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė ir kiekybinis tyrimas – anoniminė anketinė apklausa raštu. Šiam darbui mokslinės literatūros šaltinių paieškai naudotos duomenų bazės: Medline, Health Source, Nursing Academic Edition, EBSCO, Google Scholar. Šaltinių paieška vykdoma įvedant raktinius žodžius: arterinė hipertenzija, informuotumas apie ligą, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, ligos suvokimas, sąsajos su arterine hipertenzija; health related quality of life, arterial hypertension, hypertension, awareness of arterial hypertension, incidence of arterial hypertension.

Duomenų rinkimo metodas. Siekiant įgyvendinti darbo tikslą ir iškeltus uždavinius, atliktas sergančiųjų arterine hipertenzija su sveikata susijusia gyvenimo kokybe sąsajų su suvokimu ir žiniomis apie ligą, tyrimas. Tyrimo metodika sudaryta remiantis moksline literatūra ir mokslininkų (Zamalijeva, 2016; Zavedskaitė, 2017; Baliz Erkoc, 2012; Staniūtė, 2007) atliktais tyrimais šia tema.

Duomenų analizės metodas. Duomenų analizei 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 koeficientų dydžius. Skirstinys laikytinas normaliu, jei koeficientai gaunami tarp -2 ir +2. Duomenys pateikti esant normaliam pasiskirstymui vidurkis \pm standartinis nuokrypis (SD), nesant normaliam pasiskirstymui ir ranginiams – vidurkis(mediana). Dviejų nepriklausomų grupių požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, vidurkių palyginimui naudotas neporinis Stjudent'o kriterijus (t), neturintiems ir ranginiams – Mann'o-Whitney (U) testas. Analizuojant požymių tarpusavio ryšius priklausomai nuo jų pasiskirstymo ir tipo naudoti Pearson'o (r) ir Spearman'o (r_s) koreliacijos metodai.

Siekiant nustatyti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę sąlygojančius veiksnius, buvo atlikta daugiamaatės tiesinės regresijos analizė su ENTER metodu. Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ (*) – reikšmingas, kai $p < 0,01$ (**) labai reikšmingas, kai $p < 0,001$ (***) - itin reikšmingas ir $p > 0,05$ (ns) - statistiškai nereikšmingas.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimui naudojamas instrumentas - apklausos anketa, kuri sudaryta iš uždaro tipų klausimų, leidžiančių reprezentuoti tiriamą temą ir leidžiančia spręsti tyrimo problemą. Apklausos anketą sudaro 17 klausimų, kurių eiliškumas sudarytas remiantis išsikeltais tyrimo uždaviniais. Tokio tyrimo instrumento pasirinkimą lėmė jo paprastumas ir priimtinumumas tyrimo dalyviams, kurie buvo atrinkti tyrimo atlikimo laikotarpiu.

Apklausiai atlikti sudaryta anketa (1 priedas), paremta remiantis mokslinėje literatūroje rastomis ir aprašytomis anketomis ir gavus jų autorių leidimus:

- „Arterinės hipertenzijos žinių lygio skalė“ (ang. Hypertension Knowledge-Level Scale). Leidimas gautas iš skalės sudarytojo Mrs. Sultan Baliz Erkoc ir į lietuvių kalbą išverstos žinių lygio skalės autorės J. Zavedskaitės.
- „Ligos suvokimo klausimynas“, kurio autorė O. Zamalijeva.
- „Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimynas (SF-36)“ (ang. Short Form 36 Medical Outcomes study questionnaire), kurį į lietuvių kalbą išvertė M. Staniūtė.
- Anketos naudojimui gauti autorių sutikimai, todėl autorių teisės šiame darbe, nepažeistos (3 priedas). Anketa sudaryta iš 3 dalių:
- I dalis – bendrieji klausimai apie socialines ir demografines pacientų sergančių arterine hipertenzija charakteristikas, siekiant išsiaiškinti pacientų amžių, lytį, šeiminių padėtį, ūgį, svorį ir sirgimo arterine hipertenzija trukmę (1, 2, 3, 4 ir 5 klausimai).

- II dalis – ligos suvokimas ir žinios apie arterinį kraujo spaudimą ir arterinę hipertenziją. Pirmasis klausimas (Nr. 6) skirtas pacientų suvokimui apie ligą vertinimui. Pacientams pateikti ligos suvokimo klausimai, kurie buvo sudaryti O. Zamalijevo. Jie sudaryti iš 15 teiginių. Antrasis klausimas (Nr. 7) skirtas pacientų žinių įvertinimui, taikant arterinės hipertenzijos žinių lygio skalę. Arterinės hipertenzijos žinių skalės sudaryta iš 22 teiginių, kuriuos galima sugrupuoti į 6 grupes: arterinio kraujo spaudimo ir arterinės hipertenzijos apibrėžimas (1 ir 2 teiginiai); Medicininis gydymas (6, 7, 8 ir 9 teiginiai); Medikamentų vartojimas (3, 4, 5 ir 12 teiginys); Gyvenimo būdas (10, 11, 13, 16 ir 17 teiginys); dieta (14 ir 15 teiginys); Komplikacijos (18, 19, 20, 21 ir 22 teiginiai).
- III dalis – su sveikata susijusios gyvenimo kokybės įvertinimui, taikytas SF-36 klausimynas. Pateiktus klausimus galima suskirstyti į 4 grupes: savo sveikatos būklės ir jos pokyčių per metus vertinimas (8 ir 9 klausimai); sveikata ir kasdienė veikla (10 – 15 klausimai); vertinami jausmai (16 klausimas); bendra sveikata (17 klausimas).

Ligos suvokimo, arterinės hipertenzijos (AH) žinių skalės ir SF-36 klausimynų vidinis patikimumas. Klausimynų vidinis patikimumas vertintas kiekvienai skalei apskaičiavus Cronbach'o Alfa koeficientą, kuris rodo skalės vidinį nuoseklumą (angl. internal consistency). Cronbach'o Alfa koeficiento reikšmė iki 0,6 rodo žemą klausimyno homogeniškumą, nuo 0,6 iki 0,7 – pakankamą ir nuo 0,7 iki 0,9 – aukštą homogeniškumą.

Ligos suvokimo klausimynas sudaro 3 skales – „Ligos rizika sveikatai“ (5,8,9,15 teiginiai), „Ligos keliami sunkumai“ (2,4,7,10 teiginiai) ir „Ligos kontrolė“ (11,12,13 teiginiai), 1,3,6 ir 14 teiginiai nebuvo vertinami, kadangi taip nurodo pati ligos suvokimo klausimyno autorė O.Zamalijeva (Zamalijeva, 2016, p. 74). Gauti Cronbach'o Alfa koeficientai rodo, kad ligos suvokimo skalių vidinio suderinamumo rodikliai pakankami ($>0,6$) arba geri (0,8) (4 lentelė).

Pacientų žinių įvertinimui buvo taikyta arterinės hipertenzijos žinių lygio skalė (HK-LS - angl. Hypertension Knowledge-Level Scale). Klausimynas sudaro bendrą žinių rodiklį ir 6 subskales – „Arterinio kraujo spaudimo ir arterinės hipertenzijos apibrėžimas“, „Medicininis gydymas“, „Medikamentų vartojimas“, „Gyvenimo būdas“, „Dieta“ ir „Komplikacijos“. Bendros žinių skalės ir „Komplikacijų“ subskalės vidinis patikimumas yra aukštas (Cronbach'o Alfa $>0,7$), subskalių „Medicininio gydymo“, „Medikamentų vartojimo“ ir „Gyvenimo būdo“ – pakankamas (Cronbach'o Alfa $>0,6$). Subskalių „AH apibrėžimo“ ir „Dietos“ Cronbach'o Alfa koeficientai yra mažesni už 0,6, tačiau kai kurių autorių duomenimis, toks koeficientas gali būti priimtinas, jei sritį sudaro nedaug teiginių (Jenkinson et al., 1996), o šiuo atveju šias skales sudaro po 2 teiginius. Apibendrinus gautus rezultatus galime teigti, kad darbe naudojamo AH žinių klausimyno vidinis patikimumas yra pakankamas (4 lentelė).

4 lentelė. Klausimynų vidinis patikimumas

Skalės	Teiginių skaičius	Cronbach'o Alfa
Ligos suvokimas:	11	0,749
Ligos rizika sveikatai	4	0,657
Ligos keliami sunkumai	4	0,815
Ligos kontrolė	3	0,605
AH žinios:	22	0,793
AH apibrėžimas	2	0,505
Medicininis gydymas	4	0,620
Medikamentų vartojimas	4	0,603
Gyvenimo būdas	5	0,635
Dieta	2	0,526
Komplikacijos	5	0,840
SF-36:		
Fizinis aktyvumas	10	0,925
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	4	0,893
Skausmas	2	0,822
Bendras sveikatos vertinimas	5	0,783
Energingumas/gyvybingumas	4	0,732
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	3	0,836
Socialinė funkcija	2	0,719
Emocinė būklė	5	0,762

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė vertinta naudojant SF-36 klausimyną (angl. Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire). Šiuo klausimynu buvo vertinamos 8 sritys – „Fizinis aktyvumas“, „Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų“, „Skausmas“, „Bendros sveikatos vertinimas“, „Energingumas/gyvybingumas“, „Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų“, „Emocinė būklė“ ir „Socialinė funkcija“. Tyrimo rezultatai parodė, kad SF-36 klausimynas pasižymėjo aukštu vidiniu suderinamumu - visų skalių Cronbach'o Alfa koeficientai yra didesni už 0,7 (4 lentelė).

2.1.4. Tyrimo procesas/ eiga

1. Temos pasirinkimas (2018 m. rugsėjo mėn. – 2018 m. spalio mėn.). Darbo tema suderinta su darbo vadovu.
2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas (2019 m. vasario mėn. - 2019 m. gegužės mėn.). Naudotos duomenų bazės: Medline, Health Source, Nursing Academic Edition, EBSCO, Google Scholar, įvairūs žurnalai (Journal of Human Hypertensios, Journal of Advanced Nursing, European Heart Clinic Journal, Sveikatos mokslai ir kt.).
3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas/ paieška (2018 m. spalio mėn. - 2019 m. kovo mėn.). Anketa sudaryta remiantis Lietuvos ir užsienio mokslininkų sudarytomis

apklausos anketomis, gavus jų raštišką leidimą klausimynus panaudoti šiame darbe. Anketai sudaryti panaudoti 3 klausimynai: „Arterinės hipertenzijos žinių lygio skalė“ (Hypertension Knowledge – Level Scale). Leidimai gauti: iš skalės sudarytojo Mrs. Sultan Baliz Erkoz ir į lietuvių kalbą išverstos žinių lygio skalės autorės J. Zavedskaitės, „Ligos suvokimo klausimynas“, kurio autorė O. Zamalijeva, „Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės (SF-36) klausimynas, kurį į lietuvių kalbą išvertė M. Staniūtė (3 priedas).

4. Tyrimo duomenų rinkimas (2019 m. kovo mėn. – 2019 m. rugpjūčio mėn.). Tyrimo duomenų rinkimui pasirinktos pirminės SPC, kuriose lankėsi arterine hipertenzija besigydantys pacientai. Buvo kreiptasi į 5 gydymo įstaigas, kurios teikia pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Trijose gydymo įstaigose gauti leidimai atlikti tyrimą.
5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas (2019 m. spalio mėn.). Tyrimo duomenų analizė atliekama naudojant „SPSS 17.0.1 for Windows“ programinį paketą.
6. Tyrimo rezultatų palyginimas (2019 m. spalio mėn.). Šiame etape mūsų atlikto tyrimo metu gauti rezultatai, lyginami su kitų tyrėjų atliktų tyrimų rezultatais.
7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas (2019 m. spalio mėn.). Išvados suformuluotos atitinkamai pagal iškeltus uždavinius. Remiantis gautais rezultatais suformuluotos rekomendacijos darbuotojams.
8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas (2019 m. lapkričio mėn.), remiantis mokslo tiriamųjų darbų metodologijos reikalavimais, konsultuojantis su darbo vadovu.

2.1.5. Tyrimo etika

Tyrimas atliktas tik gavus KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos sutikimą. Tyrimas atliktas įstaigose, kurios teikia pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Prieš atliekant tyrimą buvo gauti įstaigų vadovų leidimai atlikti tyrimą, būtent šiose įstaigose.

Tyrimo duomenų rinkimo metu buvo remiamasi pagrindiniais tyrimų etikos principais, kurie remiasi Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2013) etikos principais, kurie taikomi medicinos srityje atliekamiems tyrimams:

- Anonimiškumo principas teigia, jog kiekvieno tyrėjo pareiga yra saugoti dalyvių bei tyrimo duomenų anonimiškumą. Tyrimo dalyvių suteikta informacija, nepaisant jos atvirumo ir asmeniškumo, neleistų nustatyti tiriamųjų tapatybės. Šiame tyrime nebus siekiama išsiaiškinti informacijos apie pacientą, leidžiančią identifikuoti paciento tapatybę;

- Konfidencialumo principo esmė yra ta, kiek tyrėjas liks ištikimas tam, kuris jam padėjo tyrime. Tyrėjas yra įpareigotas garantuoti konfidencialumą ir rimtai laikytis pažadų. Pradedant tyrimą tiriamieji informuoti apie tyrimo tikslą, kam reikalingas tyrimas, kas jį atlieka, kam bus naudojami duomenys. Taip pat informacija apie tyrimo rezultatus nebus skelbiama viešai, o gauti tyrimo duomenys bus panaudoti tik rašant baigiamąjį darbą;
- Sąžiningumo principas reikalauja iš tyrėjo pateikti tik tokius duomenis, kurie buvo gauti iš tikrųjų.

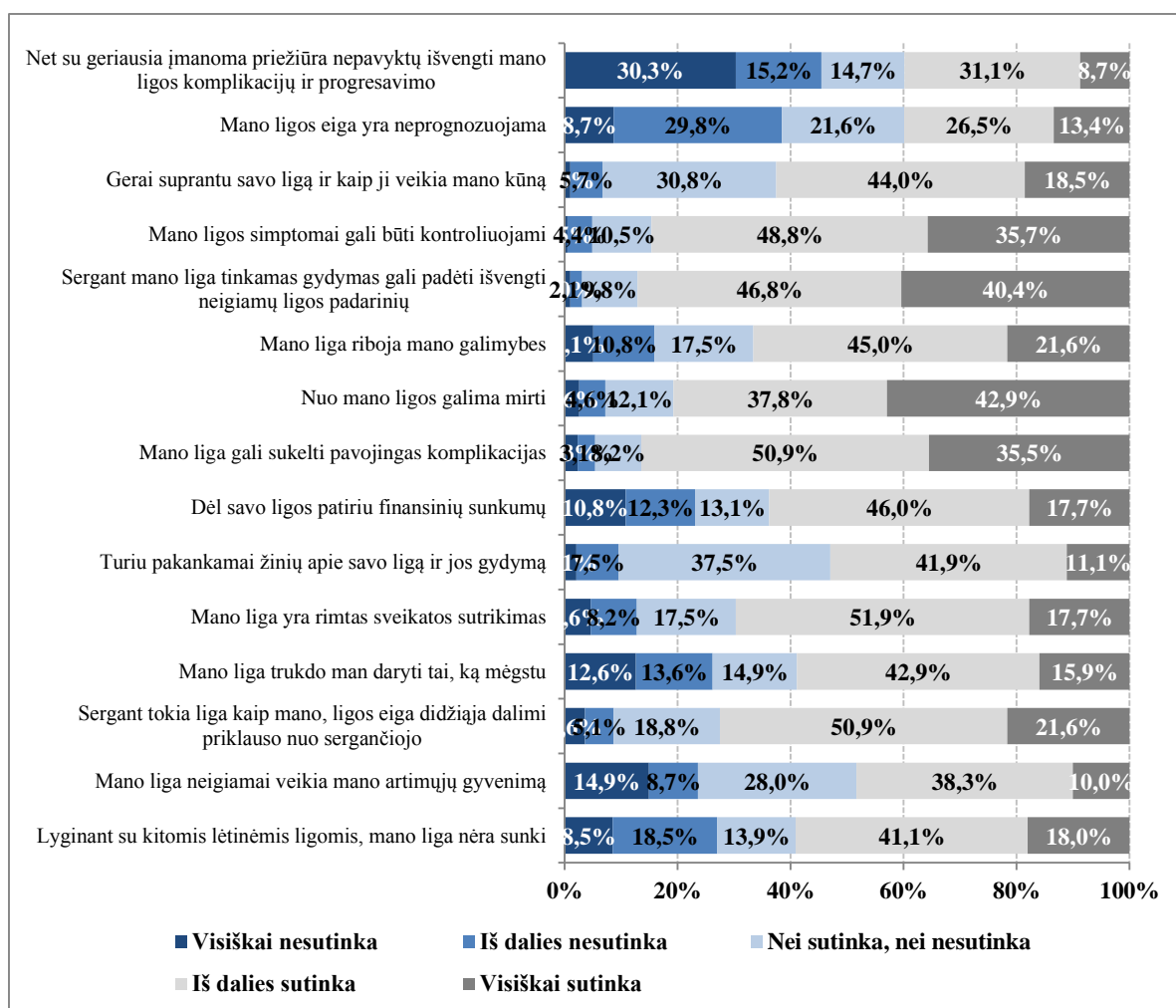
Tyrimas atliktas PSPC klinikose, kurios suteikia pirmines sveikatos priežiūros paslaugas. Tyrimas atliktas tik gavus KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos sutikimą. Prieš pradedant tyrimą gauti įstaigų vadovų leidimai atlikti apklausą būtent šiose įstaigose.

2.2. Tyrimo rezultatai

2.2.1. Pacientų, sergančių arterine hipertenzija, ligos suvokimas

Siekiant įvertinti, kaip sergantieji suvokia savo ligą, buvo naudotas 15 teiginių klausimynas. Kiekvienas teiginys vertinamas 5 balų Likert'o tipo skale, kur 1 - „Visiškai nesutinku“, o 5 - „Visiškai sutinku“.

Analizuojant ligos suvokimo teiginių vertinimus nustatyta, kad su dauguma teiginių tiriamieji buvo labiau linkę sutikti (iš dalies sutiko/visiškai sutiko) (3 pav.).



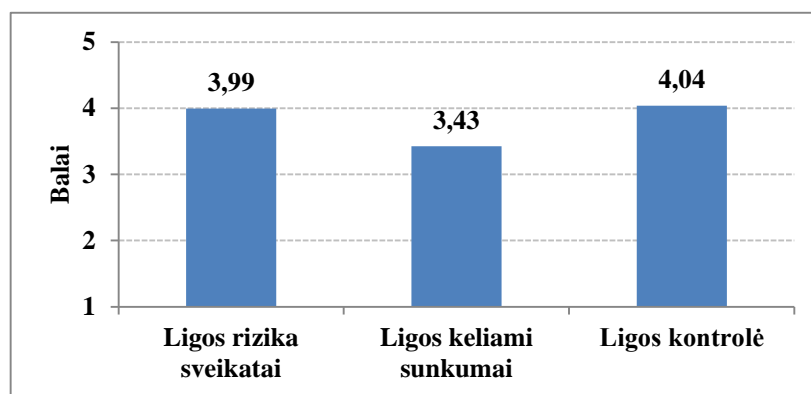
3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal ligos suvokimo teiginių vertinimą

Dauguma tiriamųjų labiausiai sutiko su tokiais teiginiais kaip „Nuo mano ligos galima mirti“ (visiškai sutiko 42,9 proc., iš dalies sutiko 37,8 proc., nei sutiko, nei nesutiko 12,1 proc., iš dalies nesutiko 4,6 proc. ir visiškai nesutiko 2,6 proc.), „Sergant mano liga tinkamas gydymas gali padėti išvengti neigiamų ligos padarinių“ (visiškai sutiko 40,4 proc., iš dalies sutiko 46,8 proc., nei sutiko, nei nesutiko 9,8 proc., iš dalies nesutiko 2,1 proc., visiškai nesutiko 1,0 proc.), „Mano ligos

simptomai gali būti kontroliuojami“ (visiškai sutiko 35,7 proc., iš dalies sutiko 48,8 proc., nei sutiko, nei nesutiko 10,5 proc., iš dalies nesutiko 4,4 proc. ir visiškai nesutiko 0,5 proc.), „Mano liga gali sukelti pavojingas komplikacijas“ (visiškai sutiko 35,5 proc., iš dalies sutiko 50,9 proc., nei sutiko, nei nesutiko 8,2 proc., iš dalies nesutiko 3,1 proc. ir visiškai nesutiko 2,3 proc.) (3 pav.).

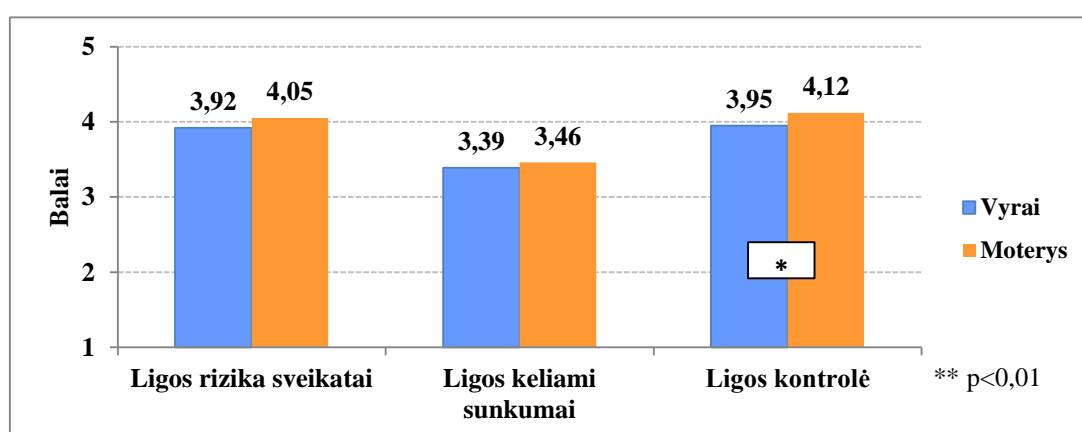
Labiausiai tiriamieji nesutiko su tuo, kad net su geriausia įmanoma priežiūra nepavyktų išvengti jų ligos komplikacijų ir progresavimo (visiškai sutiko 8,7 proc., iš dalies sutiko 31,1 proc., nei sutiko, nei nesutiko 14,7 proc., iš dalies nesutiko 15,2 proc. ir visiškai nesutiko 30,3 proc.) ir, kad jų ligos eiga yra neprognozuojama (visiškai sutiko 13,4 proc., iš dalies sutiko 26,5 proc., nei sutiko, nei nesutiko 21,6 proc., iš dalies nesutiko 29,8 proc. ir visiškai nesutiko 8,7 proc.) (3 pav.).

Buvo apskaičiuoti ligos rizikos sveikatai, ligos keliamų sunkumų ir ligos kontrolės skalių standartizuoti suminiai balai – jie galėjo įgyti reikšmes nuo 1 iki 5 balų. Šių požymių pasiskirstymai atitiko normalųjį dėsnį.



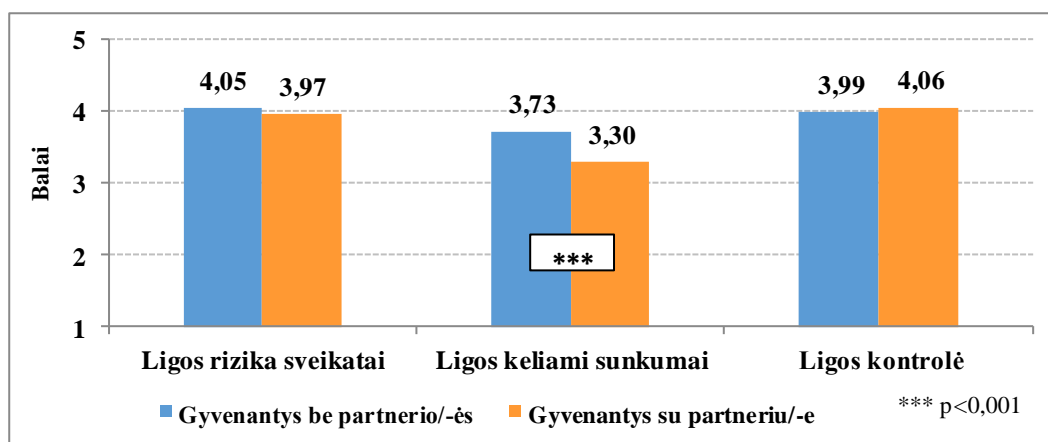
4 pav. Ligos suvokimo skalių vertinimai bendroje tiriamųjų grupėje

Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji pakankamai gerai suvokė jų ligos kontrolę (4,04±0,61 balų) ir jos riziką sveikatai (3,99±0,73 balų). Ligos keliamus sunkumus tiriamieji vertino vidutiniškai (3,43±0,96 balų) (4 pav.).



5 pav. Ligos suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo lyties

Analizuojant ligos suvokimo skalių vertinimus priklausomai nuo lyties nustatytas reikšmingas ligos kontrolės vertinimo skirtumas – moterys žymiai geriau vertino jų ligos kontrolę nei vyrai (vyrų grupėje 3,95±0,60 balų ir moterų grupėje 4,12±0,62 balų: $t=-2,78$ $p=0,006$) (5 pav.).



6 pav. Ligos suvokimo skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo šeiminių padėties

Liga kėlė žymiai mažiau sunkumų nevienišiams tiriamiesiems nei vienišiams (vienių grupėje 3,73±0,78 balų ir nevienių grupėje 3,30±1,00 balų: $t=4,09$ $p<0,001$) (6 pav.).

5 lentelė. Tiriamųjų amžiaus, kūno masės ir arterinės hipertenzijos ligos trukmės įtaka ligos suvokimui

Skalės	Amžius		KMI		AH trukmė	
	r	p	r	p	r _s	p
Ligos rizika sveikatai	0,19	<0,001	0,15	0,003	0,25	<0,001
Ligos keliami sunkumai	0,25	<0,001	0,07	ns	0,26	<0,001
Ligos kontrolė	0,03	ns	0,03	ns	0,01	ns

KMI – kūno masės indeksas; r – taikytas Pearson'o metodas; r_s – taikytas Spearman'o metodas; ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

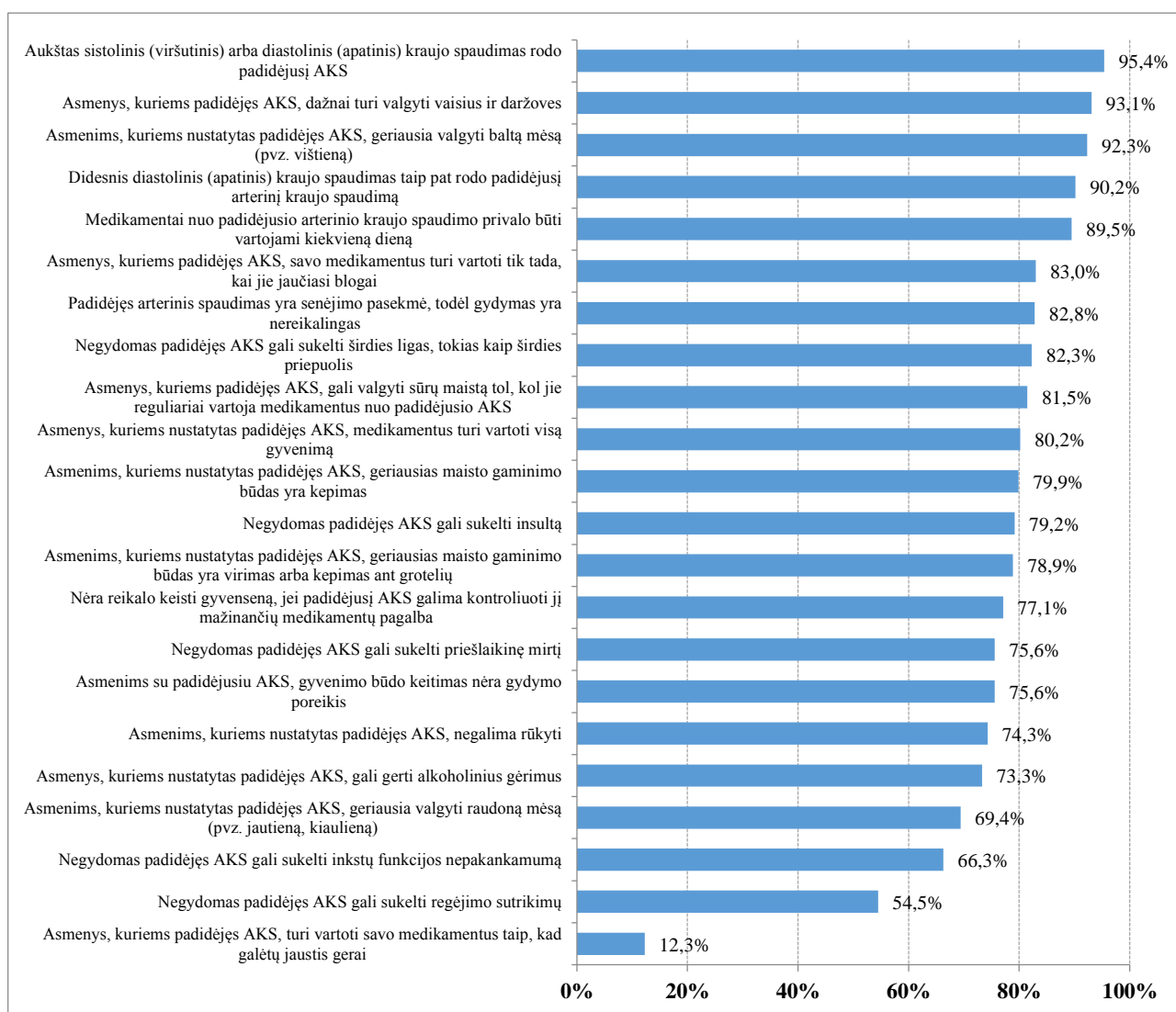
Atlikus koreliacinę analizę paaiškėjo, kad arterinės hipertenzijos ligos keliamos rizikos sveikatai suvokimas susijęs su tiriamųjų amžiumi ($r=0,19$ $p<0,001$), kūno masės indeksu ($r=0,15$ $p=0,003$) ir AH ligos trukme ($r_s=0,25$ $p<0,001$) – vyresnio amžiaus tiriamieji, tiriamieji su ilgesne AH ligos trukme ir didesnio kūno masės indekso tiriamieji geriau suvokė jų ligos keliamą riziką sveikatai nei jaunesni, trumpiau sergantys ir mažesnio KMI tiriamieji.

Ligos keliamų sunkumų vertinimui turėjo reikšmingos įtakos tiriamųjų amžius ($r=0,25$ $p<0,001$) ir AH ligos trukmė ($r_s=0,26$ $p<0,001$) – vyresnio amžiaus ir ilgiau sergančių tiriamųjų šis rodiklis buvo žymiai didesnis nei jaunesnių ir trumpiau sergančių AH tiriamųjų.

Ligos kontrolės vertinimui tiriamųjų amžius, KMI ir ligos trukmė neturėjo reikšmingos įtakos (5 lentelė).

2.2.2. Pacientų, sergančių arterine hipertenzija, žinios apie ligą

Tiriamųjų žinios apie arterinę hipertenziją vertintos HK-LS klausimynu. Klausimyną sudarė 22 teiginiai. Prie duotų teiginių, pacientai turėjo pažymėti, ar pateiktas teiginys yra teisingas, neteisingas arba nežinau. Kai kurių teiginių atsakymai turėjo priešingą reikšmę ir jie buvo reversuojami. Kiekvienas teisingas atsakymas vertintas 1 balu, neteisingas ar kai nežinojo – 0 balu.



Grafike pavaizduotas tiriamųjų, kurie žinojo teisingą atsakymą į HK-LS klausimyno teiginius, pasiskirstymas; AKS – arterinis kraujo spaudimas;

7 pav. Tiriamųjų žinios apie arterinę hipertenziją

Tyrimų rezultatai parodė, kad dauguma tiriamųjų žinojo apie arterinę hipertenziją – beveik į visus teiginius (į 18 teiginių iš 22) teisingai atsakė virš 70 proc. tiriamųjų. Analizuojant tiriamųjų žinias apie arterinę hipertenziją nustatyta, kad absoliuti dauguma žinojo, kad aukštas sistolinis arba diastolinis kraujo spaudimas rodo padidėjusį AKS (95,4 proc.) ir kad didesnis diastolinis (apatinis) kraujo spaudimas taip pat rodo padidėjusį arterinį kraujo spaudimą (90,2 proc.), taip pat, kad

asmenys, kuriems padidėjęs AKS, dažnai turi valgyti vaisius ir daržoves (93,1 proc.) ir geriausia valgyti baltą mėsą (pvz. vištieną) (92,3 proc.).

Mažiausiai buvo tiriamųjų (12,3 proc.) teisingai atsakiusių į teiginį „Asmenys, kuriems padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, turi vartoti savo medikamentus taip, kad galėtų jaustis gerai“, kur atsakymą „Teisingas“ reikėjo vertinti kaip „Neteisingas“ atsakymą – gali būti, kad šis teiginys yra ne visai tiksliai suformuluotas ir klaidinantis.

Iš kitų teiginių mažiausiai įvertintas buvo teiginys „Negydomas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas gali sukelti regėjimo sutrikimų“ – į jį teisingai atsakė maždaug pusė (54,5 proc.) tiriamųjų (7 pav.).

Buvo apskaičiuoti bendras suminis žinių rodiklis ir jo šešių subskalių rodikliai AKS ir AH apibrėžimo, medicininio gydymo, medikamentų vartojimo, gyvenimo būdo, dietos ir komplikacijų. Beveik visų šių požymių, išskyrus AKS ir AH apibrėžimo skalės, pasiskirstymai atitiko normalųjį dėsnį. Taip pat buvo apskaičiuoti skalių balų skirtumas nuo maksimaliai galimų balų.

6 lentelė. Tiriamųjų žinių apie arterinę hipertenziją vertinimai

Rodikliai	Vidurkis±S D	Maks.	Skirtumas
	N=389		N=389
AKS ir AH apibrėžimas ^a	1,86(2)	2	0,14(0)
Medicininis gydymas	2,65±0,88	4	1,35±0,88
Medikamentų vartojimas	3,17±1,09	4	0,83±1,09
Gyvenimo būdas	3,99±1,06	5	1,01±1,06
Dieta	1,62±0,60	2	0,38±0,60
Komplikacijos	3,58±1,72	5	1,42±1,72
Bendras suminis žinių rodiklis	16,87±3,70	22	5,14±3,70

a- vidurkis(mediana); Maks. – maksimalus galimas balas

Bendroje tiriamųjų grupėje bendras žinių apie arterinę hipertenziją rodiklis varijavo nuo 0 iki 22 balų, vidurkį sudarė 16,87±3,70 balų iš galimų 22 balų. Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji geriausiai žinojo AKS ir AH apibrėžimą (1,86(2) balų iš galimų 2 balų – skirtumas 0,14(0) balų) ir apie dietą (1,62±0,60 balų iš galimų 2 balų – skirtumas 0,38±0,60 balų), prasčiau – apie komplikacijas (3,58±1,72 iš galimų 5 balų – skirtumas 1,42±1,72 balų) ir apie medicininį gydymą (2,65±0,88 balų iš galimų 4 balų – skirtumas 1,35±0,88 balų) (6 lentelė).

Analizuojant vyrų ir moterų žinias apie arterinę hipertenziją nustatytas itin reikšmingas skirtumas – moterų žinios buvo žymiai geresnes nei vyrų (vyrų grupėje 16,09±3,90 balų ir moterų grupėje 17,53±3,89 balų: $t=-3,89$ $p<0,001$), ypač žinios apie komplikacijas (vyrų grupėje 3,27±1,77 balų ir moterų grupėje 3,85±1,63 balų: $t=-3,34$ $p=0,001$), medicininį gydymą (vyrų grupėje 2,52±0,98 balų ir moterų grupėje 2,76±0,76 balų: $t=-2,70$ $p=0,007$) ir medikamentų vartojimą (vyrų

grupėje $3,02 \pm 1,19$ balų ir moterų grupėje $3,30 \pm 0,99$ balų: $t = -2,58$ $p = 0,010$) (7 lentelė.).

7 lentelė. Žinių apie arterinę hipertenziją skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo lyties

Skalės	Vyrai	Moterys	t/U	p
	n=180	n=209		
AKS ir AH apibrėžimas ^a	1,83(2)	1,88(2)	18339,0	0,451
Medicininis gydymas	2,52±0,98	2,76±0,76	-2,70	0,007
Medikamentų vartojimas	3,02±1,19	3,30±0,99	-2,58	0,010
Gyvenimo būdas	3,89±1,06	4,09±1,05	-1,84	0,067
Dieta	1,57±0,62	1,66±0,59	-1,52	0,129
Komplikacijos	3,27±1,77	3,85±1,63	-3,34	0,001
Bendras suminis žinių rodiklis	16,09±3,90	17,53±3,38	-3,89	<0,001

a- vidurkis(media) – taikytas Mann'o-Withney testas

Vieniųjų ir nevieniųjų tiriamųjų bendras žinių apie arterinę hipertenziją rodiklis reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,135$), nustatyti tik AKS ir AH apibrėžimo žinojimo (gyvenančių be partnerio/-ės grupėje $1,77(2)$ balų ir gyvenančių su partneriu/-e grupėje $1,89(2)$ balų: $U = 14308,5$ $p = 0,024$) ir žinių apie komplikacijas (gyvenančių be partnerio/-ės grupėje $3,24 \pm 1,74$ balų ir gyvenančių su partneriu/-e grupėje $3,72 \pm 1,69$ balų: $t = -2,48$ $p = 0,014$) reikšmingi skirtumai – šios žinios buvo geresnės nevieniųjų tiriamųjų (8 lentelė).

8 lentelė. Žinių apie arterinę hipertenziją skalių vertinimų skirtumai priklausomai nuo šeiminės padėties

Skalės	Gyvenantys be partnerio/-ės	Gyvenantys su partneriu/-e	t/U	p
	n=113	n=276		
AKS ir AH apibrėžimas ^a	1,77(2)	1,89(2)	14308,5	0,024
Medicininis gydymas	2,63±0,93	2,66±0,86	-0,31	0,759
Medikamentų vartojimas	3,12±1,21	3,19±1,04	-0,53	0,598
Gyvenimo būdas	4,06±1,02	3,97±1,07	0,82	0,415
Dieta	1,59±0,66	1,63±0,58	-0,47	0,636
Komplikacijos	3,24±1,74	3,72±1,69	-2,48	0,014
Bendras suminis žinių rodiklis	16,42±3,84	17,05±3,63	-1,50	0,135

a- vidurkis(media) – taikytas Mann'o-Withney testas

Tyrimo rezultatai parodė, kad AKS ir AH apibrėžimą geriau žinojo tiriamieji ilgiau sergantys AH liga nei trumpiau ($r_s = 0,11$ $p = 0,024$). Apie gyvenimo būdą, sergant arterine hipertenzija geriau žinojo trumpiau sergantys ($r_s = -0,12$ $p = 0,020$).

Žinioms apie arterinę hipertenziją tiriamųjų amžius ir KMI neturėjo reikšmingos įtakos (9 lentelė).

9 lentelė. Tiriamųjų amžiaus, kūno masės ir ligos trukmės įtaka žinioms apie arterinę hipertenziją

Skalės	Amžius		KMI		AH trukmė	
	r	p	r	p	r _s	p
AKS ir AH apibrėžimas ^a	0,04	ns	0,01	ns	0,11	0,024
Medicininis gydymas	0,00	ns	0,01	ns	0,09	ns
Medikamentų vartojimas	-0,08	ns	0,04	ns	0,02	ns
Gyvenimo būdas	-0,08	ns	0,00	ns	-0,12	0,020
Dieta	-0,02	ns	0,04	ns	-0,06	ns
Komplikacijos	0,00	ns	0,05	ns	0,05	ns
Bendras suminis žinių rodiklis	-0,05	ns	0,02	ns	0,02	ns
KMI – kūno masės indeksas; r – taikytas Pearson'o metodas; r _s – taikytas Spearman'o metodas; a – taikytas Spearman'o metodas; ns- statistiškai nereikšmingas ryšis						

2.2.3. Pacientų, sergančių arterine hipertenzija, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

Tiriamųjų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė vertinta SF-36 klausimynu. Klausimynas apibūdina 4 sritis susijusias su fizine sveikata ir 4 sritis - su psichine sveikata. Gyvenimo kokybei susijusiai su fizine sveikata vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, bendros sveikatos vertinimo sritys, o su psichine sveikata – energingumo/gyvybingumo, veiklos apribojimo dėl emocinių problemų, socialinės funkcijos ir emocinės būklės sritys. Visos skalės galėjo įgyti reikšmes nuo 1 iki 100 balų, kur kuo aukštesnis balų skaičius, tuo geresnė gyvenimo kokybė. Visų skalių pasiskirstymai atitiko normalųjį dėsnį.

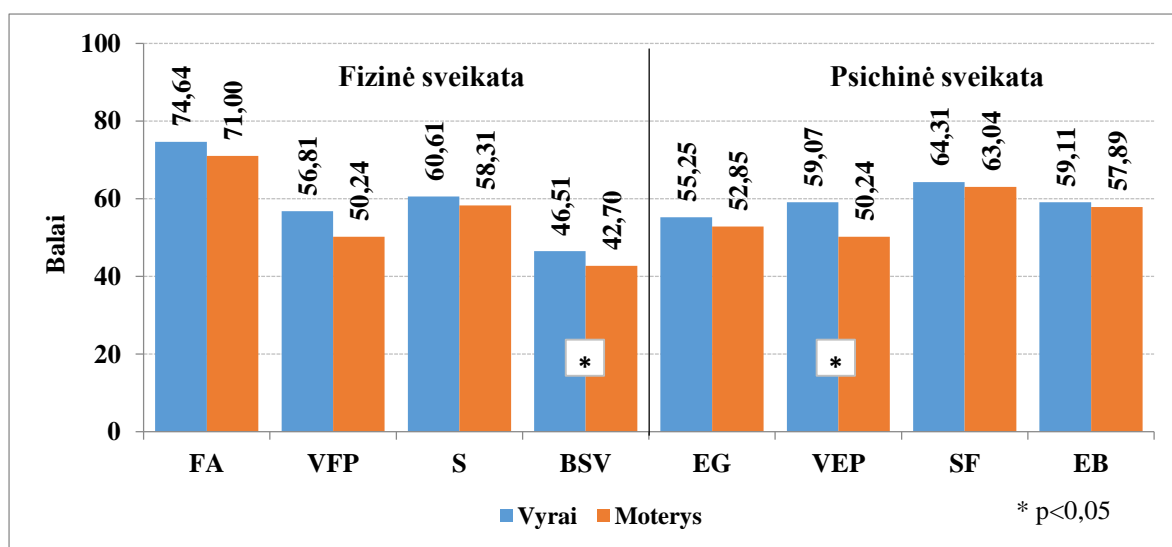
10 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliai bendroje tiriamųjų grupėje

Sritis	Vidurkis±S
	D
	N=389
<i>Fizinė sveikata</i>	
Fizinis aktyvumas	72,69±24,06
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	53,28±43,16
Skausmas	59,37±21,75
Bendras sveikatos vertinimas	44,46±17,96
<i>Psichinė sveikata</i>	
Energingumas/gyvybingumas	53,96±14,11
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	54,33±42,90
Socialinė funkcija	63,62±23,95
Emocinė būklė	58,46±13,28

Bendroje tiriamųjų grupėje fizinio aktyvumo vidurkį sudarė 72,69±24,06 balų, veiklos apribojimą dėl fizinių problemų – 53,28±43,16 balų, skausmo – 59,37±21,75 balų, bendros sveikatos vertinimo – 44,46±17,96 balų, energingumo/gyvybingumo – 53,96±14,11 balų, veiklos

apribojimo dėl emocinių problemų – $54,33 \pm 42,90$ balų, socialinės funkcijos – $63,62 \pm 23,95$ balų ir emocinės būklės – $58,46 \pm 13,28$ balų. Geriausiai tiriamieji vertino fizinį aktyvumą ir socialinę funkciją, prasčiausiai savo bendrą sveikatą (10 lentelė).

Analizuojant tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimus priklausomai nuo lyties nustatyti reikšmingi ($p < 0,05$) bendros sveikatos vertinimo (BSV) (vyrų grupėje $46,51 \pm 17,03$ balų ir moterų grupėje $42,70 \pm 18,58$ balų: $t = 2,11$ $p = 0,035$) ir veiklos apribojimo dėl emocinių problemų (VEP) (vyrų grupėje $59,07 \pm 41,52$ balų ir moterų grupėje $50,24 \pm 43,75$ balų: $t = 2,03$ $p = 0,043$) vertinimų skirtumai – moterys prasčiau vertino savo sveikatą, jų veikla buvo labiau apribota dėl emocinių problemų nei vyrų (8 pav.).

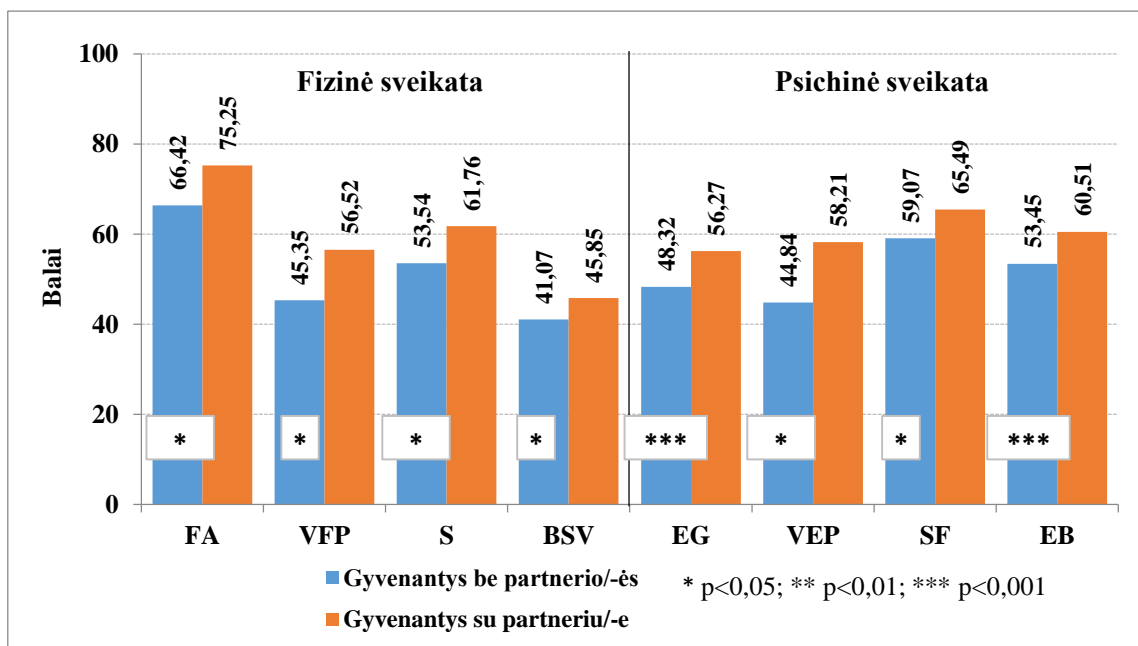


FA - Fizinis aktyvumas; VFP - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas; BSV - Bendras sveikatos vertinimas; EG - Energingumas/gyvybingumas; VEP - Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų; SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė

8 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo lyties

Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji, gyvenantys be partnerio (vieniši) žymiai prasčiau vertino savo gyvenimo kokybę nei nevieniši. Nevieniši tiriamieji buvo fiziškai aktyvesni (FA) (vienišų grupėje $66,42 \pm 27,51$ balų ir nevienišų grupėje $75,25 \pm 22,04$ balų: $t = -3,33$ $p = 0,001$), jų veikla mažiau apribota dėl fizinių (VFP) (vienišų grupėje $45,35 \pm 42,46$ balų ir nevienišų grupėje $56,52 \pm 43,10$ balų: $t = -2,35$ $p = 0,020$) ir emocinių problemų (VEP) (vienišų grupėje $44,84 \pm 43,36$ balų ir nevienišų grupėje $58,21 \pm 42,18$ balų: $t = -2,78$ $p = 0,006$) bei skausmo (S) (vienišų grupėje $53,54 \pm 20,61$ balų ir nevienišų grupėje $61,76 \pm 21,78$ balų: $t = -3,51$ $p = 0,001$), jie geriau vertino savo sveikatą (BSV) (vienišų grupėje $41,07 \pm 17,85$ balų ir nevienišų grupėje $45,85 \pm 17,85$ balų: $t = -2,40$ $p = 0,017$), energingumą/gyvybingumą (EG) (vienišų grupėje $48,32 \pm 13,54$ ir nevienišų grupėje $56,27 \pm 13,70$ balų: $t = -5,24$ $p < 0,001$), socialinę funkciją (SF) (vienišų grupėje $59,07 \pm 24,96$ balų ir nevienišų grupėje $65,49 \pm 23,31$ balų: $t = -2,35$ $p = 0,020$) ir emocinę būklę (EB) (vienišų grupėje

53,45±13,04 balų ir nevieniųjų grupėje 60,51±12,84 balų: $t=-4,87$ $p<0,001$) nei vieniši tiriamieji (9 pav.).



FA - Fizinis aktyvumas; VFP - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas; BSV - Bendras sveikatos vertinimas; EG - Energingumas/gyvybingumas; VEP - Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų; SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė

9 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimų skirtumai priklausomai nuo šeiminės padėties

Tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimai reikšmingai susiję su jų amžiumi ir AH ligos trukme. Su vyresniu amžiumi visos sritys buvo vertinamos prasčiau, taip pat ir su ilgesne ligos trukme beveik visos sritys, išskyrus emocinę būklę, buvo vertinamos prasčiau. Vyresni tiriamieji ir ilgiau sergantys AH buvo žymiai ($p<0,001$) mažiau fiziškai aktyvesni ($r=-0,57/$ $rs=-0,51$), jų veikla labiau apribota dėl fizinių ($r=-0,55/$ $rs=-0,39$) ir emocinių problemų ($r=-0,47/$ $rs=-0,33$) bei skausmo ($r=-0,47/$ $rs=-0,35$), jie blogiau vertino savo sveikatą ($r=-0,50/$ $rs=-0,45$), energingumą/gyvybingumą ($r=-0,36/$ $rs=-0,26$) ir socialinę funkciją ($r=-0,44/$ $rs=-0,35$) nei jaunesni tiriamieji ir trumpiau sergantys AH. Emocinę būklę ($r=-0,16$ $p=0,001$) vyresni tiriamieji taip pat vertino prasčiau nei jaunesni tiriamieji, tuo tarpu AH ligos trukmė neturėjo reikšmingos įtakos jos vertinimui (11 lentelė).

Nustatyti reikšmingi ryšiai tarp kūno masės indekso ir fizinio aktyvumo ($r=-0,15$ $p=0,004$), veiklos apribojimo dėl fizinių problemų ($r=-0,11$ $p=0,028$) ir skausmo ($r=-0,12$ $p=0,021$) parodė, kad tiriamieji su didesne kūno mase buvo mažiau fiziškai aktyvus, jų veikla labiau apribota dėl fizinių problemų ir skausmo nei su mažesniu kūno masės indeksu. (11 lentelė).

11 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimų sąsajos su tiriamųjų amžiumi, kūno mase ir arterinės hipertenzijos ligos trukme

Sritis	Amžius		KMI		AH trukmė	
	r	p	r	p	r _s	p
<i>Fizinė sveikata</i>						
Fizinis aktyvumas	-0,57	<0,001	-0,15	0,004	-0,51	<0,001
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	-0,55	<0,001	-0,11	0,028	-0,39	<0,001
Skausmas	-0,47	<0,001	-0,12	0,021	-0,35	<0,001
Bendras sveikatos vertinimas	-0,50	<0,001	-0,04	ns	-0,45	<0,001
<i>Psichinė sveikata</i>						
Energingumas/gyvybingumas	-0,36	<0,001	-0,07	ns	-0,26	<0,001
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	-0,47	<0,001	-0,04	ns	-0,33	<0,001
Socialinė funkcija	-0,44	<0,001	-0,05	ns	-0,35	<0,001
Emocinė būklė	-0,16	0,001	-0,02	ns	-0,08	ns

KMI – kūno masės indeksas; r – taikytas Pearson'o metodas; r_s – taikytas Spearman'o metodas; ns - statistiškai nereikšmingas ryšis

2.2.4. Pacientų, sergančių arterine hipertenzija, suvokimą, žinias apie ligą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, įtakojantys veiksniai

Tyrimo metu nustatyti reikšmingi ryšiai tarp suvokimo apie ligos keliamą riziką sveikatai, ligos kontrolę ir bendrų žinių apie arterinę hipertenziją parodė, kad turint daugiau žinių apie AH yra geriau suvokiama šios ligos keliamą riziką ($r=0,28$ $p<0,001$) ir jos kontrolė ($r=0,25$ $p<0,001$) (12 lentelė).

12 lentelė. Žinių apie arterinę hipertenziją ir ligos suvokimo sąsajos

Skalės	Ligos suvokimas					
	Ligos rizika sveikatai		Ligos keliami sunkumai		Ligos kontrolė	
	r	p	r	p	r	p
AKS ir AH apibrėžimas ^a	0,13	0,010	0,09	ns	0,12	0,015
Medicininis gydymas	0,25	<0,001	0,12	0,015	0,13	0,010
Medikamentų vartojimas	0,23	<0,001	0,03	ns	0,23	<0,001
Gyvenimo būdas	0,14	0,007	0,14	0,008	0,16	0,002
Dieta	-0,05	ns	0,29	<0,001	-0,12	0,019
Komplikacijos	0,16	0,002	-0,17	0,001	0,19	<0,001
Bendras suminis žinių rodiklis	0,28	<0,001	0,03	ns	0,25	<0,001

r – taikytas Pearson'o metodas; r_s – taikytas Spearman'o metodas; a – taikytas Spearman'o metodas; ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

Ligos rizikos sveikatai geresnis suvokimas susijęs su geresnėmis žiniomis apie AH medicininį gydymą ($r=0,25$ $p<0,001$), medikamentų vartojimą ($r=0,23$ $p<0,001$), komplikacijas

($r=0,16$ $p=0,002$), gyvenimo būdą, sergant AH ($r=0,14$ $p=0,007$) ir žinant AKS ir AH apibrėžimą ($r_s=0,13$ $p=0,010$).

Ligos kontrolės geresnis suvokimas taip pat susijęs su geresnėmis žiniomis apie AH ligą - būtent apie medikamentų vartojimą ($r=0,23$ $p<0,001$), komplikacijas ($r=0,19$ $p<0,001$), gyvenimo būdą ($r=0,16$ $p=0,002$), medicininį gydymą ($r=0,13$ $p=0,010$), AKS ir AH apibrėžimą ($r_s=0,12$ $p=0,015$), tačiau turintys daugiau žinių apie sergančiųjų AH dietą turėjo prastesnę požiūrį į ligos kontrolę ($r=-0,12$ $p=0,019$).

Geresnis ligos keliamų sunkumų suvokimas susijęs su geresnėmis žiniomis apie dietą ($r=0,29$ $p<0,001$), gyvenimo būdą, sergant AH ($r=0,14$ $p=0,008$), medicininį gydymą ($r=0,12$ $p=0,015$), tačiau turintys daugiau žinių apie komplikacijas dažniau nesutiko su ligos keliamais sunkumais ($r=-0,17$ $p=0,001$) (12 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad didesnis fizinis aktyvumas ($r=0,19$ $p<0,001$), mažesnis veiklos apribojimas dėl fizinių problemų ($r=0,11$ $p=0,024$) ir skausmo ($r=0,14$ $p=0,007$) susiję su geresnėmis žiniomis apie arterinę hipertenziją (13 lentelė).

13 lentelė. Žinių apie arterinę hipertenziją ir su fizine sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sąsajos

Skalės	FA		VFP		S		BSV	
	r	p	r	p	r	p	r	p
AKS ir AH apibrėžimas ^a	0,19	<0,001	-0,02	ns	0,07	ns	0,02	ns
Medicininis gydymas	0,07	ns	0,04	ns	0,04	ns	0,05	ns
Medikamentų vartojimas	0,17	0,001	0,07	ns	0,04	ns	0,11	0,031
Gyvenimo būdas	0,19	<0,001	0,05	ns	0,03	ns	0,11	0,035
Dieta	0,15	0,003	0,04	ns	0,03	ns	0,00	ns
Komplikacijos	0,06	ns	0,15	0,004	0,21	<0,001	0,00	ns
Bendras suminis žinių rodiklis	0,19	<0,001	0,11	0,024	0,14	0,007	0,08	ns

a – taikytas Spearman'o metodas; FA - Fizinis aktyvumas; VFP - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas; BSV - Bendras sveikatos vertinimas; ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

Geresnės žinios apie AKS ir AH ($r=0,19$ $p<0,001$), apie medikamentų vartojimą ($r=0,17$ $p=0,001$), apie gyvenimo būdą ($r=0,19$ $p<0,001$) ir apie dietą ($r=0,15$ $p=0,003$) susijusios su didesniu fiziniu aktyvumu, o geresnės žinios apie arterinės hipertenzijos komplikacijas – su mažesniu veiklos apribojimu dėl fizinių problemų ($r=0,15$ $p=0,004$) ir skausmu ($r=0,21$ $p<0,001$). Taip pat geresnės žinios apie medikamentų vartojimą ($r=0,11$ $p=0,031$) ir apie sergančiųjų AH gyvenimo būdą ($r=0,11$ $p=0,035$) susijusios su geresniu bendros sveikatos vertinimu (13 lentelė).

Pacientų, sergančių arterine hipertenzija, didesnis energingumas/gyvybingumas ($r = 0,16$ $p=0,002$) ir geresnė emocinė būklė ($r=0,12$ $p=0,017$) susiję su geresnėmis žiniomis apie arterinę

hipertenziją (14 lentelė).

14 lentelė. Žinių apie arterinę hipertenziją ir su psichine sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sąsajos

Skalės	EG		VEP		SF		EB	
	r	P	r	p	r	p	r	p
AKS ir AH apibrėžimas ^a	0,07	ns	-0,09	ns	-0,06	ns	0,02	ns
Medicininis gydymas	0,04	ns	0,00	ns	-0,05	ns	-0,03	ns
Medikamentų vartojimas	0,14	0,007	0,05	ns	0,04	ns	0,12	0,023
Gyvenimo būdas	-0,05	ns	0,01	ns	-0,01	ns	-0,11	0,026
Dieta	0,02	ns	0,02	ns	-0,10	ns	-0,04	ns
Komplikacijos	0,23	<0,001	0,14	0,005	0,18	0,001	0,27	<0,001
Bendras suminis žinių rodiklis	0,16	0,002	0,08	ns	0,05	ns	0,12	0,017

a – taikytas Spearman'o metodas; EG - Energiumas/gyvybingumas; VEP - Veiklos apribojimas dėl emocijų sutrikimų; SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė; ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

Geresnės žinios apie komplikacijas susijusios su didesniu energingumu/gyvybingumu ($r=0,23$ $p<0,001$), mažesniu veiklos apribojimu dėl emocijų problemų ($r=0,14$ $p=0,005$), geresne socialine funkcija ($r=0,18$ $p=0,001$) ir geresne emocine būkle ($r=0,27$ $p<0,001$). Geresnės žinios apie medikamentų vartojimą, sergant AH, susijusios su didesniu energingumu/gyvybingumu ($r=0,14$ $p=0,007$) ir geresne emocine būkle ($r=0,12$ $p=0,023$). Tuo tarpu geriau žinantys apie sergančiųjų AH dietą buvo prastesnės emocinės būklės nei mažiau apie dietą žinantys ($r=-0,11$ $p=0,026$) (14 lentelė).

15 lentelė. Ligų suvokimo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimų sąsajos

Sritis	Ligos suvokimas					
	Ligos rizika sveikatai		Ligos keliami sunkumai		Ligos kontrolė	
	r	p	r	P	r	p
<i>Fizinė sveikata</i>						
Fizinis aktyvumas	-0,21	<0,001	-0,34	<0,001	0,08	ns
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	-0,19	<0,001	-0,45	<0,001	0,11	0,039
Skausmas	-0,15	0,004	-0,53	<0,001	0,15	0,004
Bendras sveikatos vertinimas	-0,25	<0,001	-0,39	<0,001	0,08	ns
<i>Psichinė sveikata</i>						
Energiumas/gyvybingumas	-0,17	0,001	-0,55	<0,001	0,18	<0,001
Veiklos apribojimas dėl emocijų problemų	-0,19	<0,001	-0,49	<0,001	0,12	0,017
Socialinė funkcija	-0,23	<0,001	-0,59	<0,001	0,17	0,001
Emocinė būklė	-0,09	ns	-0,47	<0,001	0,17	0,001

r – taikytas Pearson'o metodas; r_s – taikytas Spearman'o metodas; ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

Tyrimo rezultatai parodė, kad geresnis ligų suvokimas susijęs su prastesne gyvenimo

kokybe. Tyrimo metu nustatyti reikšmingi neigiami ryšiai suvokimo apie ligos keliamus sunkumus su visomis gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sritimis ($r=[-0,59;-0,34]$ $p<0,001$) parodė, kad prasčiau vertinantys savo gyvenimo kokybę turėjo geresnį suvokimą apie AH ligos keliamus sunkumus nei tiriamieji geriau vertinantys savo gyvenimo kokybę.

Geresnis ligos rizikos sveikatai suvokimas taip pat neigiamai susijęs su prastesne gyvenimo kokybe – prastesnės sveikatos ($r=-0,25$ $p<0,001$), mažesnio fizinio aktyvumo ir $r=-0,21$ $p<0,001$) ir energingumo/gyvybingumo ($r=-0,17$ $p=0,001$), prastesnės socialinės funkcijos ($r=-0,23$ $p<0,001$), su didesniu veiklos apribojimu dėl fizinių ($r=-0,19$ $p<0,001$) ir emocinių problemų ($r=-0,19$ $p<0,001$) bei skausmo ($r=-0,15$ $p=0,004$) geriau suvokė ligos riziką sveikatai.

Tuo tarpu geresnis ligos kontrolės suvokimas susijęs su didesniu energingumu/gyvybingumu ($r=0,18$ $p<0,001$), geresne socialine funkcija ($r=0,17$ $p=0,001$), geresne emocine būkle ($r=0,017$ $p=0,001$), su mažesniu veiklos apribojimu dėl fizinių ($r=0,11$ $p=0,039$) ir emocinių problemų ($r=0,12$ $p=0,017$) bei skausmo ($r=0,15$ $p=0,004$) (15 lentelė).

Analizuojant veiksnius, įtakančius su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, buvo sudaryti 8 tiesiniai regresiniai modeliai, įtraukiant į juos ligos suvokimo skales (AH rizika sveikatai, AH keliami sunkumai ir AH kontrolė), žinias apie AH, lytį (binominalinis požymis, kur 1 – vyrai, 2 – moterys), amžių, šeiminių padėtį (binominalinis požymis, kur 0 – gyvena be partnerio/-es, 1 – gyvena su partneriu/-e) ir AH trukmę. Rezultatai pateikti 2 priede.

Atsižvelgus į tiriamųjų lytį, amžių, šeiminių padėtį ir AH trukmę, labiausiai gyvenimo kokybę neigiamai veikia AH keliami sunkumai, o teigiamai - geresnis ligos kontrolės būtinumo suvokimas. Visų gyvenimo kokybės sričių, susijusių su fizine sveikata, bei energingumo/gyvybingumo geresni vertinimai yra susiję su geresnėmis žiniomis apie AH.

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Tyrimo metu buvo iškelta hipotezė: tikėtina, kad pacientų, turinčių daugiau žinių ir geresnį suvokimą apie arterinę hipertenziją, gyvenimo kokybė yra geresnė. Tyrimo rezultatai parodė, kad žinios ir suvokimas apie ligą, skirtingai veikia su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Pacientai, turintys daugiau žinių apie ligą, geriau vertino su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, tačiau turintys geresnį suvokimą apie ligą, gyvenimo kokybę vertino blogiau. Turėdami daugiau žinių apie ligą, pacientai yra kur kas energingesni, geresnės emocinės būsenos, linkę laikytis pateikiamų mitybos ir fizinio aktyvumo rekomendacijų. Geresnį suvokimą apie ligą turintys pacientai yra prastesnės sveikatos, mažesnio fizinio aktyvumo ir energingumo, blogesnės emocinės būsenos. Atsižvelgiant į mūsų tyrimo rezultatus, galime tik iš dalies patvirtinti baigiamajame darbe iškeltą hipotezę.

Mūsų atliktame tyrime tiriamieji pakankamai gerai žinojo apie arterinę hipertenziją – beveik į visus teiginius (į 18 teiginių iš 22) teisingai atsakė virš 70 proc. tiriamųjų. O. Zavedskaitės 2017 m. atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad šiame tyrime dalyvavusių respondentų žinios gali būti vertinamos tik vidutiniškai.

Šiame tyrime, analizuojant tiriamųjų žinias apie arterinę hipertenziją, nustatyta, kad absoliuti dauguma žinojo, kad aukštas sistolinis arba diastolinis kraujo spaudimas rodo padidėjusį AKS (95,4 proc.) ir kad didesnis diastolinis kraujo spaudimas taip pat rodo padidėjusį arterinį kraujo spaudimą (90,2 proc.). Lyginant su O. Zavedskaitės (2017) tyrimo rezultatais galima pastebėti, kad gauti tapatūs tyrimo rezultatai, vertinant teiginį, kad aukštas sistolinis arba diastolinis kraujo spaudimas rodo padidėjusį AKS (95,8 proc.) ir tik 72,4 proc. nurodė, kad teisingas teiginys „didesnis diastolinis kraujo spaudimas taip pat rodo padidėjusį arterinį kraujo spaudimą“.

Mūsų tyrime taip pat nustatyta, kad asmenys yra gerai informuoti apie mitybos įpročius, sergant AH. Tai įrodo pritarimas tokiems teiginiams: „asmenys, kuriems padidėjęs AKS, dažnai turi vartoti vaisius ir daržoves“ (93,1 proc.); „geriausia valgyti baltą mėsą (pvz. vištieną)“ (92,3 proc.). Vertinant asmenų pasiskirstymą pasirenkant atsakymą į šiuos teiginius O. Zavedskaitės (2017) tyrime pastebima, kad dažnam vaisių ir daržovių vartojimui pritaria vos du trečdaliai apklaustųjų (62,8 proc.). Panašus pasiskirstymas fiksuojamas tik vertinant teiginio apie baltą mėsą pritarimui (83,5 proc.)

Bendroje tiriamųjų grupėje bendras žinių apie arterinę hipertenziją rodiklis šiame tyrime varijavo nuo 0 iki 22 balų, vidurkį sudarė $16,87 \pm 3,70$ balų iš galimų 22 balų. Lyginant su O. Zavedskaitės (2017) atliktu tyrimu, kuriame vidurkį sudarė $14,7 \pm 4,4$ balų iš galimų 22 balų, pastebima, kad mūsų tyrime dalyvavusių tiriamųjų bendras žinių apie arterinę hipertenziją rodiklis yra aukštesnis nei O. Zavedskaitės (2017). Lyginant su G. Šakalytės ir kt. (2013) atlikto tyrimo

rezultatais pastebima, kad žinios apie arterinę hipertenziją, kurios buvo vertinamos 0-13 balų ribose. Gautas rodiklis parodė, kad ir šiame tyrime dalyvavę tiriamieji tik vidutiniškai ($7,3 \pm 2,4$ balų iš galimų 13 balų) žinojo apie arterinę hipertenziją.

Analizuojant žinių apie arterinę hipertenziją pasiskirstymą pagal lytį, nustatytas itin reikšmingas skirtumas – moterų žinios buvo žymiai geresnės nei vyrų (vyrų grupėje $16,09 \pm 3,90$ balų ir moterų grupėje $17,53 \pm 3,89$ balų: $t = -3,89$ $p < 0,001$). Lyginant su O. Zavedskaitės (2017) atliktu tyrimu nustatyta, kad ir šios tyrėjos atliktame tyrime žinių apie AH pasiskirstymas pagal lytį yra panašus. O. Zavedskaitės tyrime taip pat nustatytas aukštesnis moterų žinių vidurkis nei vyrų (vyrų grupėje $13,3 \pm 4,4$ balų ir moterų grupėje $15,9 \pm 3,9$ balų). G. Šakalytės ir kt. (2013) tyrime taip pat nustatyta, kad moterys daugiau žinojo apie arterinę hipertenziją, todėl galima pastebėti, kad moterys yra labiau linkusios domėtis ir priimti informaciją apie savo sveikatą, keliama prielaida, kad jos yra labiau suinteresuotos rūpintis savo sveikata nei vyrai.

Mūsų atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad AKS ir AH apibrėžimą geriau žinojo tiriamieji ilgiau sergantys AH liga nei trumpiau ($r_s = 0,11$ $p = 0,024$), tačiau apie gyvenimo būdą, sergant arterine hipertenzija, atvirkščiai – geriau žinojo trumpiau sergantys ($r_s = -0,12$ $p = 0,020$). Lyginant su O. Zavedskaitės tyrimo rezultatais pastebėta, kad šios tyrėjos tyrimas nenustatė, kad ligos trukmė daro reikšmingą poveikį pacientų žinioms apie arterinę hipertenziją, tačiau tokius tyrimo rezultatus galėjo lemti mažiau reikšmingas respondentų pasiskirstymas pagal susirgimo AH trukmę.

Bendroje tiriamųjų grupėje fizinio aktyvumo vidurkį sudarė $72,69 \pm 24,06$ balų, veiklos apribojimą dėl fizinių problemų – $53,28 \pm 43,16$ balų, skausmo – $59,37 \pm 21,75$ balų, bendros sveikatos vertinimo – $44,46 \pm 17,96$ balų, energingumo/gyvybingumo – $53,96 \pm 14,11$ balų, veiklos apribojimo dėl emocinių problemų – $54,33 \pm 42,90$ balų, socialinės funkcijos – $63,62 \pm 23,95$ balų ir emocinės būklės – $58,46 \pm 13,28$ balų. Geriausiai tiriamieji vertino fizinį aktyvumą ir socialinę funkciją, prasčiausiai savo bendrą sveikatą. V. Raškelienės ir kt. (2009) tyrime buvo lyginama sergančiųjų ir nesergančiųjų AH gyvenimo kokybė. Išryškėjo, kad sergančiųjų AH statistiškai mažesni įverčiai nustatyti tokiose gyvenimo kokybės srityse, kaip: fizinis aktyvumas – $67,18$; veiklos apribojimo dėl fizinių problemų – $53,85$; energingumo/gyvybingumo – $50,06$; bendrojo sveikatos vertinimo – $55,32$. Šiame tyrime nebuvo nustatyta statistškai reikšmingų skirtumų tarp: veiklos apribojimo dėl emocinių problemų; socialinės funkcijos; skausmo; emocinės būklės. Kai kuriuos gautus tyrimo rezultatus taip pat galima palyginti su O. Zavedskaitės (2017) tyrimu, kuriame fiziškai aktyvūs buvo vos pusė visų respondentų ($53,3$ proc.). Tiesa, šiame tyrime fizinis aktyvumas buvo aptariamas tik bendrais požymiais, o atskiro dėmesio sąsajoms su asmens sveikatos būkle ar gyvenimo kokybe – dėmesio nebuvo skirta. J.R. Jurkonienės ir I. Griškėnaitės (2017) tyrime buvo vertinamas sergančiųjų arterine hipertenzija žinios apie nemedikamentinį gydymą. Vertinant fizinio aktyvumo svarbos suvokimą pastebėta, kad vos trečdalis apklaustųjų (32

proc.) pabrėžė fizinio aktyvumo svarbą. Tokius tyrimo rezultatus ir žemą fizinio aktyvumo svarbos suvokimą galėjo lemti tai, kad autorių atliktame tyrime vos dešimtdalis (10,2 proc.) tiriamųjų nurodė esantys reguliariai fiziškai aktyvūs. G. Šakalytės ir kt. (2013) tyrime taip pat vertinamas nemedikamentinis gydymas – pacientų ir gydytojų žinios apie jį. Nors šis tyrimas nėra tapatus mūsų atliktam tyrimui, tačiau galima pastebėti, kad G. Šakalytės ir kt. (2013) du trečdaliai gydytojų (68,5 proc.) pastebi, kad viena iš pagrindinių ligos pasekmes nulemiančių priežasčių – pacientų nesugebėjimas laikytis nemedikamentinio gydymo rekomendacijų. Pacientai šiame tyrime buvo labiau savikritiškesni, kadangi dažniausia priežastimi nurodė – nemedikamentinio gydymo rezultatų nesilaikymą (54,9 proc.).

Mūsų tyrime analizuojant tiriamųjų, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, sričių vertinimus priklausomai nuo lyties nustatyti reikšmingi ($p < 0,05$) bendros sveikatos vertinimo (BSV) ir veiklos apribojimo dėl emocinių problemų (VEP) vertinimų skirtumai – moterys prasčiau vertino savo sveikatą, jų veikla buvo labiau apribota dėl emocinių problemų nei vyrų. Nors tapačių tyrimų nebuvo rasta, kad būtų galima atlikti lyginimą, tačiau J.R. Jurkonienės ir I. Griškėnaitės (2017) tyrime buvo vertinamas rekomenduojamo nemedikamentinio gydymo rekomendacijų laikymasis. Autorių atliktame tyrime nustatyta, kad skiriasi moterų ir vyrų rekomendacijų laikymasis, t.y. moterys kur kas labiau suinteresuotos laikytis rekomendacijų nei vyrai (laikosi rekomendacijų: moterys – 43 proc., vyrai – 34,9 proc.). V. Raškėlienės ir kt. (2009) tyrime buvo atkreiptas dėmesys į bendros gyvenimo kokybės vertinimą tarp vyrų ir moterų, kuriame nustatyta, kad tiek vyrai, tiek moterys blogiau vertino veiklos apribojimą dėl fizinių problemų (vyrų – 65 proc., moterys – 51,19 proc.).

J.R. Jurkonienės ir I. Griškėnaitės (2017) tyrime taip pat buvo nustatyta amžiaus svarba laikantis nemedikamentinio gydymo rekomendacijų, t.y. jaunesni pacientai kur kas labiau linkę ignoruoti pateikiamas nemedikamentinio gydymo rekomendacijas nei vyresnio amžiaus pacientai. Mūsų pristatomame tyrime buvo nustatytas reikšmingas ryšys ne tik tarp sergančiųjų amžiaus, bet ir jų ligos trukmės. Su amžiumi visos sritys buvo vertinamos prasčiau, taip pat ir su didesne AH ligos trukme beveik visos sritys, išskyrus emocinę būklę. Lyginant autorių tyrimus galima pastebėti, kad ir J.R. Jurkonienės ir I. Griškėnaitės (2017) tyrime identifikuotas svarbus ryšys tarp pacientų ligos trukmės, kadangi buvo pateikiama išvada, jog pacientai, sergantys AH ilgiau nei 10 metų, kur kas labiau suinteresuoti laikytis pateikiamų rekomendacijų.

Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji, gyvenantys be partnerio (vieniši) žymiai prasčiau vertino savo gyvenimo kokybę nei nevieniši – nevieniši tiriamieji buvo fiziškai aktyvesni (FA) (vienišų grupėje $66,42 \pm 27,51$ balų ir nevienišų grupėje $75,25 \pm 22,04$ balų: $t = -3,33$ $p = 0,001$). Iš dalies tokius tyrimo rezultatus galima palyginti su J.R. Jurkonienės ir I. Griškėnaitės (2017) tyrimo rezultatais, kuriuose taip pat buvo nustatyta šeiminių padėties svarba pacientų motyvacijai laikytis

pateikiamų gydymosi rekomendacijų. Minėtųjų autorių tyrime nustatyta, kad didžioji dalis pacientų, kurie laikėsi rekomendacijų – nevieniši asmenys (43,5 proc.), o tai parodo, kad partnerio buvimas šalia taip pat gali būti laikomas svarbiu veiksniu, darančiu poveikį pacientų gyvenimo kokybei ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sritims.

Tyrimo metu nustatyti reikšmingi ryšiai tarp suvokimo apie ligos keliamą riziką sveikatai, ligos kontrolę ir bendrų žinių apie arterinę hipertenziją parodė, kad turint daugiau žinių apie AH yra geriau suvokiama šios ligos keliamą riziką ($r=0,28$ $p<0,001$) ir jos kontrolė ($r=0,25$ $p<0,001$), taip pat pacientai yra labiau suinteresuoti laikytis medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo rekomendacijų. Arterinės hipertenzijos ligos keliamos rizikos sveikatai suvokimas susijęs su tiriamųjų amžiumi ($r=0,19$ $p<0,001$), kūno masės indeksu ($r=0,15$ $p=0,003$) ir AH ligos trukme ($r_s=0,25$ $p<0,001$) – vyresnio amžiaus tiriamieji, tiriamieji su ilgesne AH ligos trukme ir didesnio kūno masės indekso tiriamieji geriau suvokė jų ligos keliamą riziką sveikatai nei jaunesni, trumpiau sergantys ir mažesnio KMI tiriamieji.

Apibendrinant tyrimo rezultatų aptarimą galima pastebėti, kad mūsų atliktas tyrimas yra apjungiantis tris skirtingus aspektus – su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, paciento žinias apie AH ir suvokimą apie ligą. Mokslinėje literatūroje nebuvo rasta tyrimų, kurie būtų analizavę visus šiuos tris kriterijus kartu, todėl nustatytas ne tik žinių lygio, bet ir žinių suvokimo lygmuo bei poveikis su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei leido pagrįsti pacientų informuotumo ir mokymo svarbą bei būtinybę slaugytojų darbe.

IŠVADOS

1. Įvertinus pacientų, sergančių arterine hipertenzija, ligos suvokimą, nustatyta, kad tiriamieji pakankamai gerai suvokė jų ligos kontrolę ir jos riziką sveikatai. Moterys žymiai geriau vertino jų ligos kontrolę nei vyrai. Nustatyta, kad arterinės hipertenzijos ligos keliamas rizikos sveikatai suvokimas susijęs su tiriamųjų amžiumi, kūno masės indeksu ir arterinės hipertenzijos ligos trukme. Vyresnio amžiaus tiriamieji, tiriamieji su ilgesne arterinės hipertenzijos ligos trukme ir didesnio kūno masės indekso tiriamieji geriau suvokė jų ligos keliamą riziką sveikatai. Ligos keliamų sunkumų vertinimui turėjo reikšmingos įtakos tiriamųjų amžius ir arterinės hipertenzijos ligos trukmė. Vyresnio amžiaus ir ilgiau sergančių tiriamųjų šis rodiklis buvo reikšmingesnis.
2. Nustatyta, kad tiriamieji gerai žinojo apie arterinę hipertenziją, arterinio kraujo spaudimo ir arterinės hipertenzijos apibrėžimą, apie dietą; prasčiau – apie komplikacijas ir apie medicininį gydymą. Moterų žinios buvo žymiai geresnės nei vyrų, ypač žinios apie komplikacijas, medicininį gydymą ir medikamentų vartojimą. Tyrimo rezultatai parodė, kad arterinio kraujo spaudimo ir arterinės hipertenzijos apibrėžimą geriau žinojo tiriamieji ilgiau sergantys arterinės hipertenzijos liga, o apie gyvenimo būdą, sergant arterine hipertenzija, geriau žinojo trumpiau sergantys.
3. Įvertinus pacientų, sergančių arterine hipertenzija, su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, nustatyta, kad geriausiai tiriamieji vertino fizinį aktyvumą ir socialinę funkciją, prasčiausiai savo bendrą sveikatą. Analizuojant tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimus priklausomai nuo lyties, nustatyta, kad moterys prasčiau vertino savo sveikatą, jų veikla buvo labiau apribota dėl emocinių problemų nei vyrų. Taip pat nustatyta, kad nevieniši tiriamieji žymiai geriau vertino savo gyvenimo kokybę - jų veikla mažiau apribota dėl fizinių ir emocinių problemų bei skausmo, jie geriau vertino savo sveikatą, energingumą/gyvybingumą, socialinę funkciją ir emocinę būklę. Taip pat tiriamųjų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimai reikšmingai susiję su jų amžiumi ir arterinės hipertenzijos ligos trukme. Su vyresniu amžiumi ir su ilgesne ligos trukme visos susijusios sritys buvo vertinamos prasčiau, išskyrus emocinę būklę.
4. Išanalizavus pacientų, sergančių arterine hipertenzija, suvokimą, žinias apie ligą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę įtakojančius veiksnius nustatyta, kad labiausiai gyvenimo kokybę neigiamai veikia ligos keliami sunkumai, o teigiamai - geresnis ligos kontrolės būtinumo suvokimas. Visų gyvenimo kokybės sričių, susijusių su fizine sveikata, bei energingumo/gyvybingumo geresni vertinimai yra susiję su geresnėmis žiniomis apie arterinę hipertenziją.

REKOMENDACIJOS

Pacientams sergantiems arterine hipertenzija

- Propaguoti racionalią gyvenseną, vykdyti nuolatinę kraujo spaudimo stebėseną, domėtis savo liga bei jos medikamentinėmis/ nemedikamentinėmis valdymo galimybėmis bei formuoti tinkamą požiūrį į sveikatą, primant sveikatos priežiūros specialistų pagalbą/ rekomendacijas.

Slaugos darbuotojams

- Dirbantiems su pacientais, sergančiais arterine hipertenzija, daugiau dėmesio skirti jų mokymui: suteikti daugiau žinių apie būtinas gyvenimo būdo korekcijas ir pateikti pasiūlymų, kaip tai įgyvendinti praktiškai.
- Intensyviau dalyvauti tobulinimo kursuose, kuriuose įgytų pedagoginio darbo žinių, reikalingų motyvuojant ir paskatinant pacientus laikytis jų pateikiamų rekomendacijų.

Visuomenės sveikatos biurams

- Parengti ir įgyvendinti mokymo programą, nukreiptą į pacientų, sergančių arterine hipertenzija mokymą, didesnę dėmesį sutelkiant ne tik į informacijos suteikimą, tačiau ir į pacientų suvokimą apie ligos komplikacijas, medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo svarbą, arterinio kraujo spaudimo kasdieninę stebėseną ir kontrolę.

LITERATŪRA

1. Arija V., Villalobos F., Pedret R., Vinuesa A., Jovani D., Pascual G., Basora J. 2018. Physical activity, cardiovascular health, quality of life and blood pressure control in hypertensive subjects: randomized clinical trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, p. 184-195.
2. Aubert L. et al. 1998. Knowledge, attitudes, and practises on hypertension in a country in epidemiological transition. *Hypertension*, 31, p. 1136-1145.
3. Bagdonas G. ir kt. 2008. Pagyvenusių žmonių slauga. Vadovėlis. Kaunas: Vitae Litera.
4. Benjamin E. J. et al. 2017. Heart disease and stroke statistics - 2017 update: a report from the American Heart Association, *Circulation*, vol. 135, No. 10, p. 116-128.
5. Bharmal M. et al. 2009. Validation of an abbreviated Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TRQM-9) among patients on antihypertensive medications. *Health Qual Life Outcomes*, No. 7, p. 36-42.
6. Blacher J. et al. 2013. Management of hypertension in adults: the 2013 French Society of Hypertension Guidelines. *Fundamental and Pharmacology*, 28, p. 1-9.
7. Blaževičienė A. ir kt. 2013. Klinikinė slauga. Vadovėlis. Vilnius: BMK leidykla.
8. Bramlage P., Wolf WP., Fronk EM., Stuhr WE., Erdlenbruch W., Wasem J. 2010. Improving quality of life in hypertension management using a fixed-dose combination of olmesartan and amlodipine in primary care. *Expert Opin Pharmacother*, 11(17), p. 2779–2790.
9. Carvalho MV., Siqueira LB., Sousa AL., Jardim PC. 2013. The influence of hypertension on quality of life. *Arq Bras Cardiol*, 100(2), p. 164–174.
10. Chen L., Zong Y., Wei T., Sheng X., Shen W., Li J., Niu Z., Zhou H., Zhang Y., Yuan Y., Chen Q., Zhong H. 2015. Prevalence, awareness, medication, control, and risk factors associated with hypertension in Yi ethnic group aged 50 years and over in rural China: the Yunnan minority eye study. *BMC Public Health*, 15, p. 383–391.
11. Chen, M.A. et al. 2018. Effect of a Lifestyle-Based Intervention on Health-Related Quality of Life in Older Adults with Hypertension. *Journal of Aging Research*, No. 8, p. 1-10.
12. Chin YR., Lee IS., Lee HY. 2014. Effects of Hypertension, Diabetes, and/or Cardiovascular Disease on healthrelated Quality of Life in Elderly Korean Individuals: A Population-based Cross-sectional Survey. *Asian Nursing Research (Korean Soc Nurs Sci)*, 8(4), p. 267–273.
13. Cornelissen VA., Smart NA. 2013. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J. Am. Heart Assoc*, 2, p. 12-19.
14. Costache I.J. ir kt. 2017. Arterial Hypertension Prevalance in a Rumunian Rural Community: Correlations with Social and Economic Status, Age and Genger. *Revista de cercetare si interventie sociala*, Vol 59, p. 62-74.

15. Dawes M. 2013. Why is controlling blood pressure after stroke so difficult?. *Canadian Medical Association Journal*, No. 185(1), p. 11-12.
16. Erkok B.S. et al. 2012. Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): A Study Development, Validity and Reliability. *International Journal of environmental Research and Public Health*, 9, p. 1018-1029.
17. Gorbačevskaja N. 2007. Sergančių arterine hipertenzija gyvenimo būdo vertinimas. Slaugos magistro baigiamasis darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas.
18. Grad I. et al. 2015. Factors associated with knowledge of hypertension among adolescents: implications for preventive education programs in primary care. *BMC Public Health*. 15, p. 463-471.
19. Grath MC. et al. 2014. Sleep to lower elevated blood pressure: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, p. 393-401.
20. Higienos institutas. Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema [interaktyvus]. [žiūrėta 2019 m. spalio 14d.]. Prieiga internete: <<http://www.hi.lt/lt/lstris.html>>.
21. Holt E. W. et al, 2010. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults, *Age and Ageing*, Vol. 39, No. 4, p. 481–487.
22. Horne R. et al. 2001. Do hypertensive patients' beliefs about their illness and treatment influence medication adherence and quality of life? *Journal of Human Hypertension*, 15, p. 65-68.
23. Hultgren J. Et al. 2014. From resistance to rescue – patients' shifting attitudes to antihypertensives: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32, p.163-169.
24. Jayasinghe UW., Harris MF., Taggart J., Christl B., Black DA. 2013. Gender differences in health-related quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and physician characteristics do matter. *Health Qual Life Outcomes*, 11, p. 102-111.
25. Jankauskienė L., Naudžiūnas A., Valius L. 2007. *Vidaus ligų pagrindai*. Kaunas.
26. 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.
27. Jurkonienė J.R., Griškėnaitė I. (2017). Paciento žinių apie hipertenziją įtakos tinkamai kraujospūdžio kontrolei tyrimas. Vilnius: Vilniaus universitetas.
28. Khan N.A. et al. 2009. The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the major management of hypertension. *Can J Cardiol*, 25, p. 287-298.
29. Lauziere T.A. et al. 2013. Effects of an Interdisciplinary Education Program on Hypertension: A Pilot Study. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, No. 23(1), p. 12-18.

30. Lawdig K.H. et al. 2015. Gender differences in emotional disability and negative health perception in cardiac patients months after stent implantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, p. 501-508.
31. Lawrence J. A. 2009. ASH Position Paper: Dietary Approaches to Lower Blood Pressure. *The Journal of Clinical Hypertension*, No. 11(7), p. 358-368.
32. Legido-Quigley H. et al. 2015. Patients' Knowledge, Attitudes, Behaviour and Health Care Experiences on the Prevention, Detection, Management and Control of Hypertension in Columbia: A Qualitative Study. *Plos one*, 10(4), p. 1-16.
33. Lin XJ, Lin IM., Fan SY. 2012. Methodological issues in Measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, 25 (1), p. 8-12.
34. Manisha, M., Matreja, P. 2016. Assessment of the health related quality of life in patients suffering from hypertension and diabetes mellitus: A cross sectional study. *Bangladesh Journal of Medical Sciences*, Vol. 15, No. 01, p. 84-89
35. Mažionienė A. 2011. Sveikatos ugdymas. Klaipėda.
36. Mikaliūkštienė A. ir kt. 2013. Arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių ir požiūrio į ligos kontrolę įvertinimas šia liga sergančių atestuotų pareigūnų grupėje. *Medicinos teorija ir praktika*, T. 19, Nr. 3.2, p. 63-72.
37. Mockienė V. ir kt. 2014. Mokslo ir tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
38. Moradi-Lakeh M. et al. 2015. Self-Rated Health Among Saudi Adults: Findings from a National Survey. *J Community Health*, 40, p. 920-926.
39. Naimi, J. et al. 2017. Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015-2016. *Electronic Physician*, Vol. 9, Issue 1, p. 5712-5720.
40. Naudžiūnas A. ir kt. 2013. Vidaus ligų diagnostikos pagrindai. Vadovėlis. Kaunas: Vitae Litera.
41. Niu SE, Li IC. 2015. Quality of life of patients having renal replacement therap. *Journal of Advanced Nursing*. 51 (1), p. 15-21.
42. Norris C.K., Brown A.F. 2015. The Highs and Lows of Blood Pressure Targets in the Elderly Adults and Other High-Risk Populations. *JAGS*, 63, p. 2139-2141.
43. Nurelhuda M.N. et al. 2010. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, p. 15-24.
44. Olszanecka-Glinianowicz M., Zygmuntowicz M., Owczarek A., Elibol A., Chudek J. 2014. The impact of overweight and obesity on health-related quality of life and blood pressure control in hypertensive patients. *J Hypertens*, 32(2), p. 397-407.

45. Peiris D. et al. 2015. Behaviour change strategies for reducing blood pressure-related disease burden: findings from a global implementation research programme. *Implementation Science*, 10, p. 158-173.
46. Peng Z., Li H., Zhang C., Qian X., Feng Z., Zhu S. 2014. A retrospective study of chronic post-surgical pain following thoracic surgery: prevalence, risk factors, incidence of neuropathic component, and impact on quality of life. *PLoS ONE*, 9(2), p. 12-18.
47. Poškuvienė R. 2009. Širdies ir kraujagyslių ligos ir jų prevencija. Vilnius.
48. Pukinskienė D. (2011). Slaugos filosofija ir teorija. Mokomoji knyga. Klaipėda: KVK.
49. Rajpura J., Nayak R. 2014. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *JMCP*, 20(1), p. 58-65.
50. Raškeliene V., Babarskienė M.R., Macijauskienė J., Šeškevičius A. (2009). Arterinės hipertenzijos trukmės ir gydymo įtaka su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. *Medicina*, 45 (5), p. 405-411.
51. Rigsby BD. 2011. Hypertension Improvement through Health Lifestyle Modifications. *The ABNF Journal*, No. 22(2), p. 41-43.
52. Rinkūnienė E. ir kt. 2011. Modifikuojamų ir nemodifikuojamų kardiovaskulinių rizikos veiksnių įtaka metabolinio sindromo išsivystymui pacientams, sergantiems koronarine širdies liga. *Medicinos teorija ir praktika*, 17(2), p. 168-174.
53. Rinkūnienė E. ir kt. 2013. Tradicinių rizikos veiksnių paplitimas tarp pacientų, sergančių arterine hipertenzija. *Medicinos teorija ir praktika*, T. 19, Nr. 2, p. 124-129.
54. Roper N., Logan W., Tierney A. (1999). Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio. Vilnius: Elgada.
55. Ruževičius J. 2013. Qualité de vie: notion globale et recherche en la matière. *International Business. Innovations, Psychology, Economics*, 4(2), p.9-20.
56. Saleem F., Hassali MA., Shafie AA. 2014. A cross-sectional assessment of health-related quality of life (HRQoL) among hypertension patients in Pakistan. *Health Expect*, 17(3), p. 388–395.
57. Saleem F., Hassali MA., Shafie AA., Atif M., Haq N., Aljadhey H. 2012. Disease related knowledge and quality of life: a descriptive study focusing on hypertensive population in Pakistan. *Southern Med Rev*, 5(1), p. 47–52.
58. Shabany Hamedan M. et al. 2011. The Relationship Between Medication Adherence and Quality of Life in Renal Transplant Patients.

59. Silva PM., Haag U., Guest JF., Brazier JE., Soro M. 2015. Health-related quality of life impact of a triple combination of olmesartan medoxomil, amlodipine besylate and hydrochlorotiazide in subjects with hypertension. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, p. 24-32.
60. Spruill T.M. et al. 2015. Comparative effectiveness of home blood pressure telemonitoring (HBPTM) plus nurse case management versus HBPTM alone among Black and Hispanic stroke survivors: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*, 16, p. 97-108.
61. Srinath R.K., Katan M.B. 2004. Diet, nutrition and the prevention in clinical practise. *European Heart Clinic Journal*.
62. Staniūtė M. 2007. Su sveikata susijusio gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, T. 9, Nr. 1, p. 22-25.
63. Staškutė I. 2014. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, Nr.1 (6), p. 8-16.
64. Sweileh W.M. et al. 2011. Self-reported medication adherence and treatment satisfaction in patient with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 21, p. 301-305.
65. Šakalytė G., Babarskienė R.M., Baronaitė-Dūdonienė K., Karaliūtė R. (2013). Lietuvos gydytojų ir pacientų žinios apie arterinę hipertenziją. *Visuomenės sveikata*, 4(63), p. 47-52.
66. Šapoka V. 2009. Arterinė hipertenzija. Vilnius.
67. Štreimikis J., Sarvutytė-Gailiūnienė M. 2013. Gyvenimo kokybė, sveikata, ir darnus vystymasis. *Darnus Lietuvos vystymasis. Mokslinių straipsnių rinkinys*, p. 53-57.
68. Talaei M., Sadeghi M., Mohammadifard N., Shokouh P., Oveisgharan S., Sarrafzadegan N. 2014. Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. *J Hypertension*, 32(1), p. 30-38.
69. Trevisol D. J. et al. 2011. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Hypertension*, Vol. 29, No. 2, p. 179-188.
70. Trevisol D. J. et al. 2012. Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of populationbased study. *Journal of Human Hypertension*, Vol. 26, No. 6, p. 374-380.
71. Turkkan A., Pala K. 2013. Family health history and self-rated health: A study from the Turkish countryside. *Journal of Community Health Nursing*, 30(2), p. 96-105.
72. Vaizgutaitė D. 2016. Asmenų, sergančių arterine hipertenzija, poreikiai ir lūkesčiai. *Medicinos magistro baigiamasis darbas*. Kaunas: LSMU.
73. Valius L. 2009. Šeimos medicinos pagrindai. *Vadovėlis*. Kaunas: Vitae Litera.

74. Vathesatogkit P., Sritara P., Kimman M., Hengprasith B., E-Shyong T., Wee HL., Woodward M. 2012. Associations of lifestyle factors, disease history and awareness with health-related quality of life in a Thai population. *PLoS ONE*, 7(11), p. 1-11.
75. Wang C. 2017. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health related quality of life of hypertensive patients in the western rural area of China: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 16, p. 58-69.
76. Wang Y. et al. 2013. Patient related factors for optimal blood pressure control in patients with hypertension. *African Health Sciences*, No. 13(3), p. 579-583.
77. Willens DE. et al. 2013. Association of brief health literacy screening and blood pressure in primary care. *Journal of health communication*, 18 (1), p. 129-142.
78. World Health Organization, 2005. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, *Social Science and Medicine*, Vol. 41, No. 10, p. 1403–1409.
79. Williams B. et al. 2018. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, Vol.39, No.33, p. 3021-3104.
80. World Health Organization. 2013. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day.
81. Xu WH., Rothman RL., Li R. et al. 2014. Improved self-management skills in Chinese diabetes patients through a comprehensive health literacy strategy: study protocol of a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), p. 498-506.
82. Zagurskienė D. (2008). Slaugos mokslas. Pacientų ir slaugytojų nuomonės apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas. Kaunas.
83. Zamalijeva O. 2016. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai. Daktaro disertacija. Vilnius: Vilniaus universitetas.
84. Zavedskaitė J. 2017. Sergančiųjų arterine hipertenzija žinių ir savirūpos vertinimas. Magistro studijų baigiamasis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
85. Zhang Y., Zhou Z., Gao J., Wang D., Zhang Q., Su M., Li D. 2016. Health-related quality of life and its influencing factors for patients with hypertension: evidence from the urban and rural areas of Shaanxi Province, China. *BMC health service research*, 16, p. 277-286.
86. Zyoud SH. et al. 2013. Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension: a cross selection study. *Int J Cardol*, 168, p. 2981-2983.
87. Zyoud SH. et al. 2013. Relationship of treatment satisfaction to medication adherence: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, p. 191-198.

PRIEDAI

Anketa

Gerb. apklausos Dalyvi (-e),

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistro studijų programos I kurso studentė Vaida Motužytė atlieka tyrimą, kurio tikslas - išanalizuoti pacientų, sergančių arterine hipertenzija, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos su suvokimu ir žiniomis apie ligą. 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 Vaidą Motužytę (tel.8-684 79192) 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.

1. Jūsų lytis:
 - Vyras
 - Moteris
2. Jūsų amžius (įrašykite) _____ metai (-ų)
3. Jūsų ūgis (įrašykite) _____ cm; Jūsų svoris (įrašykite) _____ kg
4. Jūsų šeimtinė padėtis:
 - Vienišas (-a)
 - Gyvenu su sugyventiniu (-e)
 - Vedęs/ ištekęjusi
 - Išsiskyręs (-usi)
 - Našlys (-ė)
5. Kiek laiko Jums yra diagnozuota arterinė hipertenzija?
 - Mažiau nei 1 metus
 - 1-5 metus
 - 6-10 metų
 - Daugiau nei 10 metų
6. Įvertinkite savo suvokimą apie ligą. Kiekvienoje eilutėje pažymėkite Jūsų nuomone tinkamą atsakymą.

Eil. Nr.	Teiginiai	Visiškai nesutinku	Iš dalies nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Iš dalies sutinku	Visiškai sutinku
6.1	Lyginant su kitomis lėtinėmis ligomis, mano liga nėra sunki.					
6.2	Mano liga neigiamai veikia mano artimųjų gyvenimą.					
6.3	Sergant tokia liga kaip mano, ligos eiga didžiąja dalimi priklauso nuo sergančiojo (-sios).					
6.4	Mano liga trukdo man daryti tai, ką mėgstu.					

Lentelės tęsinys kitame puslapyje

Eil. Nr.	Teiginiai	Visiškai nesutinku	Iš dalies nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Iš dalies sutinku	Visiškai sutinku
6.5	Mano liga yra rimtas sveikatos sutrikimas.					
6.6	Turiu pakankamai žinių apie savo ligą ir jos gydymą.					
6.7	Dėl savo ligos patiriu finansinių sunkumų.					
6.8	Mano liga gali sukelti pavojingas komplikacijas.					
6.9	Nuo mano ligos galima mirti.					
6.10	Mano liga riboja mano galimybes.					
6.11	Sergant mano liga tinkamas gydymas gali padėti išvengti neigiamų ligos padarinių.					
6.12	Mano ligos simptomai gali būti kontroliuojami.					
6.13	Gera suprantu savo ligą ir kaip ji veikia mano kūną.					
6.14	Mano ligos eiga yra neprognozuojama.					
6.15	Net su geriausia įmanoma priežiūra nepavyktų išvengti mano ligos komplikacijų ir progresavimo.					

©Autorinės teisės ginamos. Autorinės teisės priklauso: O. Zamalijeva (2016)

7. Įvertinkite savo žinių apie arterinę hipertenziją lygį. Kiekvienoje eilutėje pažymėkite Jūsų nuomone tinkamą atsakymą.

Eil. Nr.	Teiginiai	Teisinga	Neteisinga	Nežinau
7.1	Aukštas sistolinis (viršutinis) arba diastolinis (apatinis) kraujo spaudimas rodo padidėjusį arterinį kraujo spaudimą.			
7.2	Didesnis diastolinis (apatinis) kraujo spaudimas taip pat rodo padidėjusį arterinį kraujo spaudimą.			
7.3	Padidėjęs arterinis spaudimas yra senėjimo pasekmė, todėl gydymas yra nereikalingas.			
7.4	Nėra reikalo keisti gyvenimą, jei padidėjusį arterinį kraujo spaudimą galima kontroliuoti jį mažinančių medikamentų pagalba.			
7.5	Asmenims su padidėjusiu arteriniu kraujo spaudimu, gyvenimo būdo keitimas nėra gydymo poreikis.			
7.6	Asmenys, kuriems padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, turi vartoti savo medikamentus taip, kad galėtų jaustis gerai.			
7.7	Medikamentai nuo padidėjusio arterinio kraujo spaudimo privalo būti vartojami kiekvieną dieną.			
7.8	Asmenys, kuriems padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, savo medikamentus turi vartoti tik tada, kai jie jaučiasi blogai.			
7.9	Asmenys, kuriems nustatytas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, medikamentus turi vartoti visą gyvenimą.			

Lentelės tęsinys kitame puslapyje

Eil. Nr.	Teiginiai	Teisinga	Neteisinga	Nežinau
7.10	Asmenims, kuriems nustatytas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, geriausias maisto gaminimo būdas yra kepimas.			
7.11	Asmenims, kuriems nustatytas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, geriausias maisto gaminimo būdas yra virimas arba kepimas ant grotelių.			
7.12	Asmenys, kuriems padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, gali valgyti sūrų maistą tol, kol jie reguliariai vartoja medikamentus nuo padidėjusio arterinio kraujo spaudimo.			
7.13	Asmenys, kuriems padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, dažnai turi valgyti vaisius ir daržoves.			
7.14	Asmenims, kuriems nustatytas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, geriausia valgyti raudoną mėsą (pvz. jautieną, kiaulieną).			
7.15	Asmenims, kuriems nustatytas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, geriausia valgyti baltą mėsą (pvz. vištieną).			
7.16	Asmenims, kuriems nustatytas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, negalima rūkyti.			
7.17	Asmenys, kuriems nustatytas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, gali gerti alkoholinius gėrimus.			
7.18	Negydomas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas gali sukelti insultą.			
7.19	Negydomas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas gali sukelti širdies ligas, tokias kaip širdies priepuolis.			
7.20	Negydomas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas gali sukelti priešlaikinę mirtį.			
7.21	Negydomas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas gali sukelti inkstų funkcijos nepakankamumą.			
7.22	Negydomas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas gali sukelti regėjimo sutrikimų.			

©Autorinės teisės ginamos. Autorinės teisės priklauso: Mrs. Sultan Baliz Erkoc (2012), J. Zavedskaitė (2017)

8. Ar galite apskritai sakyti, kad Jūsų sveikata yra:
- Puiki
 - Labai gera
 - Gera
 - Nebloga
 - Bloga
9. Kaip pasikeitė Jūsų sveikata, palyginti su buvusiu prieš metus:
- Daug geresnė negu prieš metus
 - Truputi geresnė negu prieš metus
 - Panaši, kaip ir buvo
 - Truputi blogesnė negu prieš metus
 - Daug blogesnė negu prieš metus

10. Ar Jūsų sveikata riboja šią veiklą? Kiekvienoje eilutėje pažymėkite Jūsų nuomone tinkamą atsakymą.

Nr.	Teiginiai	Taip, labai riboja	Taip, truputį riboja	Ne, neriboja visai
10.1	Energinga veikla, tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, dalyvavimas įtemptame sporte.			
10.2	Vidutinio sunkumo veikla, tokia kaip stalo perstūmimas, valymas dulkių siurbliu.			
10.3	Kėlimas ir nešimas maisto prekių.			
10.4	Lipimas keletą aukštų laiptais.			
10.5	Ėjimas daugiau negu 1,5 kilometro.			
10.6	Ėjimas pusę kilometro.			
10.7	Lipimas vieną aukštą.			
10.8	Pasilenkimas, klūpojimas ar stovėjimas.			
10.9	Ėjimas 100 m.			
10.10	Prausimasis ir apsirengimas.			

11. Ar per pastarąsias 4 savaites Jums buvo kokių nors išvardintų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdiene veikla dėl fizinės sveikatos? Kiekvienoje eilutėje pažymėkite Jūsų nuomone tinkamą atsakymą.

Eil. Nr.	Teiginiai	Taip	Ne
11.1	Mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur.		
11.2	Atlikote mažiau negu norėtumėte.		
11.3	Apribojote darbo rūšį ar kitą veiklą.		
11.4	Iškilo sunkumų atliekant darbą ar kitą veiklą (pvz. reikia daug daugiau pastangų).		

12. Ar per pastarąsias 4 savaites Jums buvo kokių nors išvardintų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdiene veikla atsiradusių dėl kokių nors emocinių sutrikimų (tokių kaip depresijos ar nerimo)? Kiekvienoje eilutėje pažymėkite Jūsų nuomone tinkamą atsakymą.

Eil. Nr.	Teiginiai	Taip	Ne
12.1	Mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur.		
12.2	Atlikote mažiau negu norėtumėte.		
12.3	Neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai.		

13. Kaip Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos trukdė Jums bendrauti su šeima, draugais, kaimynais ar kitomis žmonių grupėmis per pastarąsias 4 savaites?

- Ne, visiškai ne
- Nedaug
- Vidutiniškai
- Gana nemažai
- Ypatingai

14. Kokio intensyvumo būdavo kūno skausmai per pastarąsias 4 savaites?

- Nebuvo
- Labai silpni
- Silpni
- Vidutinio intensyvumo
- Stiprūs
- Labai stiprūs

15. Kaip per pastarąsias 4 savaites skausmas pertraukė Jūsų normalų darbą (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namie)?
- Ne, visai ne
 - Labai nedaug
 - Vidutiniškai
 - Gana nemažai
 - Ypatingai

16. Jūsų savijauta ir kaip Jūs ją apibūdintumėte per paskutinį mėnesį? Kiekvienoje eilutėje pažymėkite Jūsų nuomone tinkamą atsakymą.

Eil. Nr.	Teiginiai	Visada	Dažniausiai	Kartais	Retkarčiais	Retai
16.1	Jautėte gyvenimo pilnatvę?					
16.2	Jautėtės nuliūdes ar niūrus?					
16.3	Jautėtės išsisėmęs?					
16.4	Buvote laimingas žmogus?					
16.5	Buvote labai nervingas?					
16.6	Jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksminti?					
16.7	Jautėtės ramus ir taikus?					
16.8	Turėjote daug energijos?					
16.9	Jautėtės pavargęs?					
16.10	Jūsų sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą?					

17. Prašome pasirinkti atsakymą, kuris geriausiai išreiškia, teisingas ar klaidingas Jums yra kiekvienas iš šių tvirtinimų? Kiekvienoje eilutėje pažymėkite Jūsų nuomone tinkamą atsakymą.

Eil. Nr.	Teiginiai	Tikrai teisingas	Dažniausiai teisingas	Nesu įsitikinęs	Dažniausiai klaidingas	Tiksliai klaidingas
17.1	Man atrodo, kad aš labiau linkęs sirgti negu kiti žmonės.					
17.2	Aš esu toks sveikas, kaip ir kiti mano pažįstami.					
17.3	Aš manau, kad mano sveikata blogės.					
17.4	Mano sveikata puiki.					

©Autorinės teisės ginamos. Autorinės teisės priklauso: M. Staniūtė (2007)

Ačiū už atsakymus.

Regresinių modelių lentelė

Sergančiųjų arterine hipertenzija, su sveikata susijusių gyvenimo kokybę, įtakojantys veiksniai

GK		R ² (p)	Nepriklausomi kintamieji							
			β(p)							
Sritys			Ligos suvokimas			Žinios	Lytis	Amžius	Šeiminė padėtis	AH trukmė
		AH rizika sveikatai	AH keliami sunkumai	AH kontrolė						
Fizinė sveikata	FA	0,45(<0,001)	-0,091(ns)	-0,131(0,004)	0,082(0,049)	0,201(<0,001)	-0,101(0,010)	-0,350(<0,001)	0,082(0,037)	-0,242(<0,001)
	VFP	0,43(<0,001)	-0,003(ns)	-0,323(<0,001)	0,103(0,016)	0,094(0,026)	-0,079(0,048)	-0,445(<0,001)	0,013(ns)	-0,029(ns)
	S	0,44(<0,001)	0,083(ns)	-0,458(<0,001)	0,109(0,010)	0,096(0,022)	-0,064(ns)	-0,327(<0,001)	0,049(ns)	-0,053(ns)
	BSV	0,37(<0,001)	-0,108(0,035)	-0,213(<0,001)	0,122(0,007)	0,091(0,039)	-0,112(0,008)	-0,328(<0,001)	0,031(ns)	-0,146(0,006)
Psichinė sveikata	EG	0,43(<0,001)	0,020(ns)	-0,463(<0,001)	0,154(<0,001)	0,127(0,003)	-0,105(0,009)	-0,217(<0,001)	0,131(0,001)	-0,032(ns)
	VEP	0,40(<0,001)	0,018(ns)	-0,391(<0,001)	0,122(0,005)	0,053(ns)	-0,103(0,013)	-0,360(<0,001)	0,031(ns)	-0,020(ns)
	SF	0,47(<0,001)	0,005(ns)	-0,501(<0,001)	0,171(<0,001)	0,022(ns)	-0,026(ns)	-0,277(<0,001)	-0,009(ns)	-0,066(ns)
	EB	0,28(<0,001)	0,084(ns)	-0,471(<0,001)	0,116(0,015)	0,079(ns)	-0,060(ns)	-0,091(ns)	0,137(0,002)	0,065(ns)

FA - Fizinis aktyvumas; VFP - Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų; S – Skausmas; BSV - Bendras sveikatos vertinimas; EG - Energingumas/gyvybingumas; VEP - Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų; SF - Socialinė funkcija; EB - Emocinė būklė; AH – Arterinė hipertenzija; ns – statistiškai nereikšminga

Autorių leidimai naudoti klausimynus magistro baigiamajame darbe

https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form/terms.html

RAND > RAND Health Care > Surveys > RAND Medical Outcomes Study > 36-Item Short Form Survey (SF-36) >

Terms and Conditions for Using the 36-Item Short Form Survey (SF-36)

RAND hereby grants permission to use RAND 36-Item Short Form Health Survey in accordance with the following conditions, which shall be assumed by all to have been agreed to as a consequence of accepting and using this document:

1. Changes to the Health Survey may be made without the written permission of RAND. However, all such changes shall be clearly identified as having been made by the recipient.
2. The user of this Health Survey accepts full responsibility, and agrees to indemnify and hold RAND harmless, for the accuracy of any translations of the Health Survey into another language and for any errors, omissions, misinterpretations, or consequences thereof.
3. The user of this Health Survey accepts full responsibility, and agrees to indemnify and hold RAND harmless, for any consequences resulting from the use of the Health Survey.
4. The user of the 36-Item Health Survey will provide a credit line when printing and distributing this document acknowledging that it was developed at RAND as part of the Medical Outcomes Study.
5. No further written permission is needed for use of this Health Survey.



Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija

1.4K people like this

Local Business

ADD ON MESSENGER

JAN 18 AT 17:39

Labą dieną, Jūsų žurnalo T. 9, Nr. 1, 2007 m. rugpjūčio mėn. numeryje buvo publikuota Margaritos Staniūtės instrumentuotė „Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną“. Gal patartumėte, į ką reikėtų kreiptis, norint magistro darbe naudoti šią instrumentuotę. Ačiū.

Naudokite laisvai. Ji nemokama. Sėkmės



Aa





s.baliz@mynet.com 10:34 (prieš 17 minučių)

skirta aš

Dear Motuzyte;

You can use and cite my questionnaire in any presentations of your study the Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS). I am sending you the "Hypertension Knowledge-level scale (HK-LS)" questionnaire as a PDF attachment and coding instruction for the knowledge and original form of HK-LS as a word attachment. You can modify tool as per need of your country and write all these in materyal methods.

I am looking forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Mrs. Sultan BALIZ ERKOC.

Original form of Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)

Each item was a full sentence that was either correct or incorrect. Each item was prepared as part of a Standard answer (Correct, Incorrect, Don't Know).

Each correct answer was worth 1 point. Incorrect statements were encoded inversely to the other items. The expression was incorrect for 9 items.

The maximum score was 22 for the entire scale.

Correct items:1,2,7,9,11,13,15,16,18,19,20,21,22

Incorrect items:3,4,5,6,8,10,12,14,17.

The scale had 22 items with 6 subdimensions.

2 items "definition": item number 1,2.

4 items "medical treatment": item number 6,7,8,9.

4 items "drug compliance": item number 3,4,5,12.

5 items "lifestyle", "": item number 10,11,13,16,17.

2 items "diet", and": item number 14,15.

5 items "complications" sub-dimensions": item number 18,19,20,21,22.

I was compare the subdimensions' mean scores by t-tests and one-way ANOVA and Various demographic characteristics of the study group (Table 3 in article).

Original form of Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)

Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)	Correct	Incorrect	Don' t know
1. High diastolic or systolic blood pressure indicates increased blood pressure.			
2. Increased diastolic blood pressure also indicates increased blood pressure.			
3. Increased blood pressure is the result of aging, so treatment is unnecessary.			
4. If the medication for increased blood pressure can control blood pressure, there is no need to change life styles.			
5. If individuals with increased blood pressure change their life styles, there is no need for treatment.			
6. Individuals with increased blood pressure must take their medication in a manner that makes them feel good.			
7. Drugs for increased blood pressure must be taken everyday.			
8. Individuals with increased blood pressure must take their medication only when they feel ill.			

Lentelės tęsinys kitame puslapyje

9. Individuals with increased blood pressure must take their medication through out their life.			
10. For individuals with increased blood pressure, the best cooking method is frying.			
11. For individuals with increased blood pressure, the best cooking method is boiling or grilling..			
12. Individuals with increased blood pressure can eat salty foods as long as they take their drugs regularly			
13. Individuals with increased blood pressure must eat fruits and vegetables frequently.			
14. The best type of meat for individuals with increased blood pressure is red meat.			
15. The best type of meat for individuals with increased blood pressure is white meat.			
16. Individuals with increased blood pressure must not smoke.			
17. Individuals with increased blood pressure can drink alcoholic beverages.			
18. Increased blood pressure can cause strokes, if left untreated.			
19. Increased blood pressure can cause heart diseases, such as heart attack, if left untreated.			
20. Increased blood pressure can cause premature death if left untreated.			
21. Increased blood pressure can cause kidney failure, if left untreated.			
22. Increased blood pressure can cause visual disturbances, if left untreated.			



Olga Zamalijeva 11-26, pr 11:33

skirta aš

Laba diena, Vaida,

visą medžiagą buvau sudėjusi į disertacijos priedus (ten rasite ir klausimus, ir faktorių analizės rezultatus parodančius kaip su tais klausimais galima tvarkytis). Viską ką ten rasite galite naudoti pagal poreikį bei keisti savo nuožiūra.

Disertacijos tekstas turi būti prieinamas pagal šią nuorodą.

<https://epublications.vu.lt/object/elaba:15455490/15455490.pdf>

Na, o jeigu kas būtų neaišku, tai galite rašyti, bandysiu pagelbėti.

Pagarbiai

Olga Zamalijeva



Justina Zavedskaitė 12:45 (prieš 6 minutes)

skirta aš

SUTIKIMAS

2019-01-10

Atsakyda į Vaidos Motužytės prašymą leisti naudotis mano išversta anketa į lietuvių kalbą „Arterinės hipertenzijos žinių lygio skalė“ (*ang. Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)*), leidžiu ja naudotis ir pritaikyti moksliniame darbe.

