

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Karina Gricanova

**PACIENTŲ, SERGANČIŲ ŠIRDIES IR
KRAUJAGYSLIŲ SISTEMOS LIGOMIS, LIGOS
SUVOKIMO SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2019

MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė)

.....
(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvių kalba)

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

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

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

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

.....
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavardė ir parašas)

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje

.....
(data)

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

Magistro baigiamąjį darbą ginti

.....
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

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

Recenzentu(-ais) skiriu

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

.....
(data)

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

SANTRAUKA

Gricanova K. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo sąsajos su gyvenimo kokybe. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas doc. dr. S. Raugelė. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2019 – 62 p.

Sergamumas širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis bei mirtingumas nuo šios sistemos ligų – viena iš pagrindinių sveikatos problemų visame pasaulyje. Mokslinėje literatūroje teigiama, kad širdies ir kraujagyslių sistemos ligos siejasi su blogesne gyvenimo kokybe. Asmens požiūris į savo ligą daro įtaką tam, kaip pacientai siekia valdyti savo ligą bei daryti įtaką tolimesnei ligos eigai. Dėl šių priežasčių yra poreikis nagrinėti šias sąsajas.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo sąsajas su gyvenimo kokybe.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas. Naudoti du standartizuoti klausimynai: Trumpas ligos suvokimo klausimynas (autorinės teisės priklauso E. Broadbent) ir MacNew klausimynas, skirtas vertinti kardiologinėmis ligomis sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (autorinės teisės priklauso S. Höfer, N. Oldrige). Imtį sudarė – 372 respondentai. Aprašomoji duomenų analizė atlikta statistiniu programų paketu „SPSS 23.0.0 for Windows“. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Bendros gyvenimo kokybės rodiklio vidurkis buvo $4,34 \pm 1,12$ balų. Pacientai savo gyvenimo kokybę blogiau vertino didėjant amžiui, esant žemesniam išsilavinimui bei vienišumui ($p < 0,001$), taip pat blogiau vertino moterys ($p = 0,036$). Ligos sunkumo suvokimo skalės rodiklio vidurkis buvo $39,97 \pm 12,39$ balų. Ligos suvokimas buvo neigiamiau vertinamas didėjant asmens amžiui ir esant žemesniam išsilavinimui ($p < 0,001$), taip pat moterų ($p = 0,003$) bei vienišų pacientų ($p = 0,026$). Nustatyta, kad ligos sunkumo suvokimui didžiausią įtaką turėjo šie veiksniai: jaunesnis amžius ir aukštesnis išsilavinimas ($p < 0,001$), taip pat įtakos turėjo vyriškoji lytis. Tyrimo metu buvo nustatyti šie visas gyvenimo kokybės sritis labiausiai bloginantys veiksniai: savo ligos kaip sunkios suvokimas, amžius ir vienišumas.

Išvados. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybė bei ligos suvokimas priklauso nuo amžiaus, lyties, išsilavinimo bei vienišumo. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra stipriai susijusi su ligos sunkumo suvokimu – prastesnė gyvenimo kokybė yra susijusi su neigiamesniu ligos suvokimu.

Reikšminiai žodžiai: gyvenimo kokybė, kardiologinė slauga, ligos suvokimas, pacientas, rizikos veiksniai, slauga, širdies ir kraujagyslių sistemos ligos.

SUMMARY

Gricanova K. Connection between Illness Perception and Health-Related Quality of Life in Patients with Cardiovascular Diseases. Thesis of the Master's degree in Nursing. Supervisor assoc. prof. dr. S. Raugelė. Klaipėda University: Klaipėda, 2019 – 62 p.

Cardiovascular morbidity and mortality are one of the major health problems worldwide. There is scientific evidence that cardiovascular diseases are associated with poorer quality of life. Patients' attitudes towards their illness are linked to how patients seek to manage their disease and to influence the future course of the disease. Because of these reasons, there is a need to examine these links.

Research objective. To analyze the connection between illness perception and health-related quality of life in patients with cardiovascular diseases.

Research methodology. A quantitative study was conducted. The following instruments were used: The Brief Illness Perception Questionnaire (copyrights held by Elizabeth Broadbent) and The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Instrument (copyrights held by Stefan Höfer, Neil Oldridge). Study sample – 372 patients. The *SPSS 23.0.0 for Windows* software package was used for descriptive data analysis. The study was conducted in accordance with ethical principles.

Research results. The mean MacNew Global score was $4,34 \pm 1,12$. Patients' quality of life was worse with older age, lower educational status and loneliness ($p < 0,001$) and female sex ($p = 0,036$). The mean score of the Brief Illness Perception Questionnaire was $39,97 \pm 12,39$. Patients' illness perception was more negative with older age and lower educational status ($p < 0,001$) as well as female sex ($p = 0,003$) and loneliness ($p = 0,026$). The perceived severity of a disease was affected by younger age and higher education ($p < 0,001$) as well as male gender. Patients' quality of life was affected by perceived severity of a disease, age and loneliness.

Research conclusion. The quality of life and illness perception in patients with cardiovascular diseases depends on age, gender, educational status and loneliness. The health-related quality of life in patients with cardiovascular diseases is strongly related to the perceived severity of illness. Poorer quality of life is linked with a more negative perception of the disease.

Key words: quality of life, cardiovascular nursing, illness perception, patient, risk factors, nursing, cardiovascular diseases.

PAVEIKSLŲ, LENTELIŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1	Pacientų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.	31
2	Pacientų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.	32
3	Pacientų pasiskirstymas pagal šeiminių padėčių.	32
4	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir jos sričių vertinimai bendroje pacientų grupėje.	40
5	Vyrų ir moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir jos sričių vertinimų skirtumai.	41
6	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir jos sričių vertinimai priklausomai nuo pacientų amžiaus.	41
7	Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir jos sričių vertinimai priklausomai nuo pacientų išsilavinimo.	42
8	Vienių ir nevienių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir jos sričių vertinimų skirtumai.	43
9	Ligos suvokimo skalių vertinimai bendroje pacientų grupėje.	44
10	Ligos sunkumo suvokimas priklausomai nuo pacientų amžiaus.	46
11	Ligos suvokimo skalių vertinimai priklausomai nuo pacientų amžiaus.	47
12	Ligos sunkumo suvokimas priklausomai nuo pacientų išsilavinimo.	47
13	Ligos suvokimo skalių vertinimai priklausomai nuo pacientų išsilavinimo.	48

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1	Sociodemografinių rodiklių skirtumai priklausomai nuo pacientų amžiaus.	33
2	Trumpo ligos suvokimo ir MacNew klausimynų vidinis patikimumas.	36
3	Ligos suvokimo ir jo skalių vertinimai priklausomai nuo ligos priežasčių žinojimo.	45
4	Vyrų ir moterų ligos suvokimo ir jo skalių vertinimų skirtumai.	45
5	Ligos suvokimo ir jo skalių vertinimai priklausomai nuo šeiminių padėčių.	49
6	Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybės ir ligos sunkumo suvokimo tarpusavio sąsajos.	50
7	Ligos sunkumo suvokimo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimams įtaką darantys faktoriai.	51

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedai	Puslapis
1	Anketa	64
2	Leidimas naudoti Trumpo ligos suvokimo klausimyną	71
3	Leidimas naudoti MacNew klausimyną	72

TURINYS

IVADAS	7
I. PACIENTŲ, SERGANČIŲ ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ SISTEMOS LIGOMIS, LIGOS SUVOKIMO SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE	9
1.1. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos.....	9
1.1.1. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksniai.....	9
1.1.2. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, slaugos aspektai.....	15
1.2. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybė	17
1.2.1. Fiziniai, psichologiniai ir socialiniai pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybės aspektai	17
1.2.2. Veiksniai, turintys įtakos pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybei	18
1.2.3. Pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, gyvenimo kokybės vertinimas.....	21
1.3. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimas	23
1.3.1. Pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, ligos valdymas ir kontrolė	24
1.3.2. Pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, ligos suvokimo vertinimas	26
II. EMPIRINĖ DALIS	27
2.1. Tyrimo metodika	27
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	30
2.1.2. Tyrimo metodai	33
2.1.3. Tyrimo instrumentas	34
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga	37
2.1.5. Tyrimo etika.....	39
2.2. Tyrimo rezultatai.....	40
2.2.1. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybė	40
2.2.2. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimas	43
2.2.3. Ryšys tarp pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo, gyvenimo kokybės bei sociodemografinių veiksnių.....	49
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	52
IŠVADOS	55
REKOMENDACIJOS	56
LITERATŪRA	57
PRIEDAI	63

IVADAS

Tyrimo aktualumas. Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad sergamumas širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis bei mirtingumas nuo šios sistemos ligų – viena iš pagrindinių sveikatos problemų visame pasaulyje. Kiekvienais metais nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų pasauliniu mastu mirštama daugiausia (Greco et al., 2015, p. 9; Hyeon-Young et al., 2015, p. 350; Odom et al., 2016, p. 1). Lietuvoje 2018 m. pagrindine mirties priežastimi taip pat išliko širdies ir kraujagyslių sistemos ligos, užregistruota, kad iš viso mirė 39574 žmonės, iš jų daugiau nei pusė, t. y. 21922 asmenys – būtent nuo kraujotakos sistemos ligų (Gaidelytė ir kt., 2019, p. 9). Sergamumas širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis Lietuvoje taip pat išlieka itin aukštas, 2018 m. užregistruoti 696263 asmenys, sergantys kraujotakos sistemos ligomis (Gaidelytė ir kt., 2019, p. 15).

Pasaulyje atliekami įvairūs moksliniai tyrimai, siekiant išanalizuoti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, su sveikata susijusių gyvenimo kokybę, sveikatos elgseną, ligos suvokimą ir kitus aspektus bei jų tarpusavio sąsajas. Jungtinėse Amerikos Valstijose 2013 m. buvo atliktas tyrimas, kuriame ieškota asociacijų tarp sergančiųjų širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis gyvenimo kokybės ir elgsenos rizikos veiksnių (Odom et al., 2016), Australijoje 2013 m. buvo atliktas tyrimas, kuriame nagrinėta kaip pacientų, sergančių antro tipo cukriniu diabetu ir kraujotakos sistemos ligomis, gyvenimo kokybė siejasi su savo ligos ir sveikatos suvokimu bei papildoma alternatyviaja medicina (Canaway et al., 2013), Korėjoje 2015 m. atliktas tyrimas siekiant išsiaiškinti kaip rizika susirgti kraujotakos sistemos ligomis siejasi su sveikata susijusia gyvenimo kokybe (Hyeon-Young et al., 2015) ir kt.

Europoje taip pat atlikta daug tyrimų, susijusių su širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis. Yra atlikta nemažai vienmomenčių tyrimų (angl. *cross-sectional study*) nagrinėjant kraujotakos sistemos ligas bei sveikatos elgseną, gyvenimo kokybę. Italijoje buvo atliktas tyrimas siekiant išsiaiškinti ligos sunkumo įtaką pasitenkinimui savo sveikata sergant kraujotakos sistemos ligomis (Greco et al., 2015), Slovėnijoje buvo atliktas tyrimas siekiant išsiaiškinti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybės ir sveikatos elgsenos ryšį (Petek et al., 2018) ir kt.

Lietuvoje atlikta gana nemažai tyrimų apie išeminę širdies ligą ir gyvenimo kokybę (Lankevičienė, 2015), tyrinėtos psichoemocinių veiksnių sąsajos su išemine širdies liga sergančių asmenų gyvenimo kokybe (Staniūtė ir kt., 2013), vertinta psichosocialinių, klinikinių veiksnių svarba ligos suvokimui ir jo pokyčiams po kardiologinės reabilitacijos (Lukoševičiūtė, 2018) ir kt.

Tyrimo problema. Lietuvoje trūksta tyrimų, kurie vertintų ne tik gyvenimo kokybę sergant širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, bet ir sietų tai su ligos suvokimu. Kadangi užsienio mokslinėje literatūroje yra mokslinių duomenų, kad širdies ir kraujagyslių sistemos ligos siejasi su blogesne gyvenimo kokybe (Hyeon-Young et al., 2015, p. 349), teigiama, kad sergant kraujotakos

sistemos ligomis būdinga depresija, nerimas, pyktis bei stresas (Greco et al., 2015, p. 9), taip pat, kad požiūris į savo ligą siejasi su tuo, kaip pacientai siekia valdyti savo ligą bei daryti įtaką tolimesnei ligos eigai (Norfazilah et al., 2013, p. 19; Petek et al., 2018, p. 39), yra poreikis nagrinėti šias sąsajas.

Svarbu ir tai, kad vienas svarbiausių tikslų gydant ir slaugant pacientus, sergančius širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, yra ne tik sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo šios sistemos ligų, bet ir pagerinti šių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Kraujotakos sistemos ligomis sergančio žmogaus ligos suvokimas daro įtaką motyvacijai gydytis, laikytis paskirto režimo, elgesiui, gyvensenai, esamos ligos eigai. Neigiamas savo ligos suvokimas, didesnis susitapatinimas su savo liga bei savo ligos suvokimas kaip grėsmingos yra susijęs su blogesne gyvenimo kokybe (Kubilius ir kt., 2016, p. 42).

Tyrimo naujumas. Lietuvoje atliktų tyrimų, analizavusių pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo sąsajas su gyvenimo kokybe, nepavyko rasti. Yra nemažai tyrimų apie išeminę širdies ligą ir gyvenimo kokybę. Taip pat, dažniausiai naudojamas klausimynas tiriant gyvenimo kokybę sergant kraujotakos sistemos ligomis yra SF-36 klausimynas. Šiame tyrime buvo naudojamas MacNew klausimynas, skirtas vertinti būtent širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo sąsajas su gyvenimo kokybe.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybę.
2. Nustatyti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimą.
3. Išanalizuoti pacientų ligos suvokimo ir gyvenimo kokybės ryšį su sociodemografiniais veiksniais.

Tyrimo objektas: pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo sąsajos su gyvenimo kokybe.

Tyrimo subjektas: pacientai, sergantys širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis.

Tyrimo hipotezė: pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, neigiamesnis ligos suvokimas turi įtakos blogesnei jų gyvenimo kokybei.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas (apklausa raštu).

I. PACIENTŲ, SERGANČIŲ ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ SISTEMOS LIGOMIS, LIGOS SUVOKIMO SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE

1.1. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos

Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos visame pasaulyje, o taip pat ir visoje Europoje išlieka pagrindine ligos bei mirties priežastimi (Greco et al., 2015, p. 9; Hyeon-Young et al., 2015, p. 350; Odom et al., 2016, p. 1). Teigiama, kad kiekvienais metais nuo kraujotakos sistemos ligų miršta apie 3,9 milijonai žmonių visoje Europoje, tai sudaro 45 proc. visų mirčių. Taip pat surinkti duomenys rodo, kad tikimybė mirti nuo išeminės širdies ligos ir insulto didesnė Centrinės ir Rytų Europos šalyse (Wilkins et al., 2017, p. 8). Sergamumas širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis ir mirtingumas nuo šios sistemos ligų Lietuvoje kiekvienais metais išlieka itin aukštas. Pateiktais duomenimis, nuo kraujotakos sistemos ligų 2018 m. mirė 8994 vyrai ir 12928 moterys (iš viso 21922 asmenys), didesnė mirusių asmenų dalis buvo 85 metų ir vyresni (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2019, p. 13, 30).

Siekiant sumažinti sergamumo ir mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklius bei pagerinti šių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, svarbus visapusis požiūris, atsižvelgiant ne tik į medicininius tyrimus, bet ir į psichologinius bei gyvensenos veiksnius (Kubilius ir kt., 2016, p. 42; Lukoševičiūtė, 2018, p. 9; Liu et al., 2014, p. 136).

Mokslinėje literatūroje teigiama, kad pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, būdinga žymiai blogesnė gyvenimo kokybė, šiems pacientams būdinga depresija, nerimas, pyktis, stresas (Greco et al., 2015, p. 9; Hyeon-Young et al., 2015, p. 349). Yra duomenų, kad paciento požiūris į savo ligą susijęs su tuo, kaip siekiama valdyti savo ligą bei daryti įtaką tolimesnei ligos eigai bei ją kontroliuoti (Norfazilah et al., 2013, p. 19; Petek et al., 2018, p. 39).

1.1.1. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksniai

Organizacijos „Europos Širdies Tinklas“ (angl. *The European Heart Network*) teigimu, pagrindinių kraujotakos sistemos ligų rizikos veiksnių paplitimas yra didesnis Centrinės ir Rytų Europos šalyse, tuo tarpu mažesnis – Šiaurinėje, Vakarinėje ir Pietinėje Europoje (Wilkins et al., 2017, p. 7). Nustatyta, kad kuo daugiau pacientas turi rizikos veiksnių, tuo blogesnė jo su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Dėl šios priežasties pabrėžiama svarba koreguoti širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksnius, keisti gyvenseną (Hyeon-Young et al., 2015, p. 350).

Širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksnius galima suskirstyti dvejopai. Įprastai jie skirstomi į pakeičiamuosius ir nepakeičiamuosius. Pakeičiamieji rizikos veiksniai yra tokie, kuriuos pacientas gali koreguoti, sumažinti jų įtaką sveikatai ir komplikacijų atsiradimui: arterinė hipertenzija, cukrinis diabetas, dislipidemija, rūkymas ir kt. (Teramoto et al., 2013, p. 733). Tuo tarpu nepakeičiamiesiems rizikos veiksniams įtakos daryti negalima, t. y. amžius, lytis, paveldimumas (Teramoto et al., 2013, p. 734).

Dar širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksnius galima suskirstyti į elgesio rizikos veiksnius (angl. *behavioural risk factors*) ir medicininius (angl. *medical risk factors*). Elgesio rizikos veiksniams priskiriama mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas, rūkymas, alkoholio vartojimas. Medicininiai rizikos veiksniai yra tokie: aukštas arterinis kraujo spaudimas, aukštas bendro cholesterolio kiekis kraujyje, antsvoris ar nutukimas, aukštas gliukozės kiekis kraujyje nevalgius (Wilkins et al., 2017, p. 94).

1.1.1.1. Mityba

Mokslinėje literatūroje teigiama, kad esami mitybos įpročiai gali neigiamai veikti asmens širdies ir kraujagyslių sistemos būklę.

Asmens mityba priskiriama pakeičiamiesiems kraujotakos sistemos ligų rizikos veiksniams. Teigiama, kad didelis riebalų, ypač transriebalų ir sočiųjų riebalų suvartojimas yra susijęs su didesne aterosklerozės rizika. Dieta, kurioje yra didelis natrio kiekis, taip pat didina hipertenzijos riziką. Nurodoma, kad didelis natrio suvartojimas didina kraujagyslių standumą ir taip prisideda prie aterosklerozės proceso (Jung et al., 2018, p. 1660). Tuo tarpu atlikti tyrimai rodo, kad daržovių, vaisių ir maistinių skaidulų suvartojimas turi apsauginį poveikį bei mažina kraujotakos sistemos ligų tikimybę (Guo et al., 2019, p. 483; Jung et al., 2018, p. 1670). Pasaulio sveikatos organizacija (angl. *World Health Organization*) rekomenduoja kasdien suvartoti ne mažiau 400 gramų (arba penkias porcijas) vaisių ir daržovių, o druskos kiekį riboti iki 5 gramų per dieną. Taip pat patariama sumažinti cukraus ir riebalų vartojimą iki 10 proc. ir 30 proc. visos energijos suvartojimo. Rekomenduojama, kad riebalai sudarytų nuo 15 iki 30-35 proc. viso energijos sunaudojimo suaugusiam žmogui (Wilkins et al., 2017, p. 101).

1.1.1.2. Nesaikingas alkoholio vartojimas

Nesaikingas alkoholio vartojimas taip pat priskiriamas pakeičiamiesiems kraujotakos sistemos ligų rizikos veiksniams. Teigiama, kad nesaikingas alkoholio vartojimas padidina širdies ir kraujagyslių sistemos ligų tikimybę, nes didina arterinį kraujo spaudimą ir trigliceridų kiekį kraujyje.

Pabrėžiama, kad nesaikingas alkoholio vartojimas ne tik padidina tikimybę susirgti širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, bet ir kepenų ciroze, kai kuriomis vėžių rūšimis bei didina traumų, nelaimingų atsitikimų ir smurto tikimybę (Larsson et al., 2015, p. 369; Wilkins et al., 2017, p. 141).

Mokslinėje literatūroje daug diskutuojama apie tai, ar saikingas alkoholio vartojimas gali turėti apsauginį poveikį bei sumažinti kraujotakos sistemos ir kitų ligų riziką (Klatsky, 2015; Larsson et al., 2015; Naimi et al., 2019). Vienų autorių atlikti tyrimai (Klatsky, 2015, p. 238) bei meta-analizės (Larsson et al., 2015, p. 368-369) rodo, kad saikingas alkoholio vartojimas siejasi su mažesne širdies nepakankamumo, išeminės širdies ligos rizika. Tačiau pastebėta, kad net ir saikingas alkoholio vartojimas turi įtakos prieširdžių virpėjimo išsivystymui (Larsson et al., 2015, p. 369). Kiti autoriai (Naimi et al., 2019, p. 67; Wilkins et al., 2017, p. 141) šią sampratą, kad saikingas alkoholio vartojimas gali būti susijęs su mažesne rizika, vertina prieštaringai. Naimi T. S., Stadtmueller L. A., Chikritzhs T. (2019, p. 67) sisteminėje apžvalgoje teigia, kad atliktuose moksliniuose tyrimuose alkoholio suvartojimas ir jo sąsaja su mirtingumu nuo išeminės širdies ligos, itin skiriasi pagal amžiaus grupes. Pastebėta, kad teigiamas alkoholio poveikis sergant išemine širdies liga pastebimas tik vyresniems nei 56 metų žmonėms, o kai kuriose studijose daugiau mirčių, sukeltų alkoholio vartojimo buvo jaunesniems nei 50 metų asmenims bei esama tyrimų, kuriuose būtent dėl alkoholio sukeltų ligų mirtingumas buvo didesnis jaunesnio amžiaus žmonių grupėse. Kiti moksliniai šaltiniai nurodo, kad nors nedidelis, saikingas alkoholio vartojimas gali turėti apsauginį poveikį širdies ir kraujagyslių sistemai, tačiau teigia, kad šį teigiamą poveikį nusveria neigiamas poveikis bei padidėjusi ligų rizika (Wilkins et al., 2017, p. 141).

1.1.1.3. Rūkymas

Rūkymas yra plačiai mokslinėje literatūroje aprašomas ir itin svarbus pakeičiamasis širdies ir kraujagyslių sistemos rizikos veiksnys. Teigiama, kad rūkymas – dažniausiai pasitaikančios priešlaikinės mirties priežasties veiksnys Europoje (Wilkins et al., 2017, p. 120). Rūkymas turi didelį neigiamą poveikį sveikatai. Rūkymas didina širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę didindamas arterinį kraujo spaudimą, didindamas kraujo krešulių susidarymo tikimybę, sumažindamas didelio tankio cholesterolio (dar vadinamo „gerojo cholesterolio“) kiekį kraujyje bei mažindamas fizinio aktyvumo toleravimą. Taip pat rūkymas skatina aterosklerozės procesą, sukeldamas uždegiminį procesą arterijų sienelėse. Mokslinėje literatūroje yra duomenų, kad rūkymo metimas per tam tikrą laiką gali žymiai sumažinti mirties nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų riziką. Taip pat moksliniais tyrimais nustatyta, kad metus rūkyti, net ir po 30 metų kraujotakos sistemos ligų rizika vis tiek išlieka žymiai didesnė nei nerūkusių asmenų (Ding et al., 2019, p. 139; Wilkins et al., 2017, p. 120).

Svarbu paminėti, kad ne tik aktyvus, bet ir pasyvus rūkymas didina riziką išsivystyti širdies ir

kraujagyslių sistemos ligai, nes pažeidžia kraujagyslių endotelio funkciją bei sukelia oksidacinį stresą (Teramoto et al., 2013, p. 734; Wilkins et al., 2017, p. 120). Suomijoje buvo atliktas tyrimas, trukęs 26 metus, kurio rezultatai parodė, kad vaikai, kurie augo su vienu ar abiem rūkančiais tėvais, t. y. patyrę pasyvų rūkymą vaikystėje, turėjo žymiai didesnę riziką kraujagyslėse vystytis aterosklerozės procesui (West et al., 2015, p. 1239).

1.1.1.4. Nepakankamas fizinis aktyvumas

Reguliari fizinė veikla bei mankštinimasis siejami su kraujotakos sistemos ligų ir mirties nuo šios sistemos ligų rizikos mažėjimu. Mažas fizinis aktyvumas neigiamai prisideda prie širdies ir kraujagyslių sistemos ligų progresavimo. Teigiama, kad nepakankamas fizinis aktyvumas, dažnas sėdėjimas didina širdies ir kraujagyslių sistemos ligų riziką didindamas arterinės hipertenzijos riziką, didinamas trigliceridų kiekį kraujyje, mažindamas didelio tankio cholesterolio kiekį kraujyje bei didindamas cukrinio diabeto ir nutukimo riziką (Laurinskaitė ir kt., 2013, p. 126; Wilkins et al., 2017, p. 130).

Pasaulio sveikatos organizacija (angl. *World Health Organization*) rekomenduoja suaugusiesiems atlikti 150 minučių vidutinio intensyvumo mankštą ar 75 minučių intensyvią fizinę treniruotę per savaitę. Tuo tarpu vyresniems nei 65 metų asmenims, papildomai rekomenduojamos raumenų stiprinimo treniruotės bent dvi dienas per savaitę. Vaikams ir paaugliams patariama atlikti 60 minučių vidutinio intensyvumo ar intensyvią mankštą kasdien. Pabrėžiama, kad reguliari mankšta sumažina mirties bei išeminės širdies ligos, insulto, cukrinio diabeto, storosios žarnos vėžio riziką stiprindama širdies raumenį, reguliuodama kraujospūdį, mažindama bendrojo cholesterolio kiekį kraujyje, pagerindama kraujotaką ir kt. (Laurinskaitė ir kt., 2013, p. 126; Wilkins et al., 2017, p. 130). Tačiau pabrėžiama, kad net ir išlaikant rekomenduojamą fizinio aktyvumo krūvį, tie asmenys, kurie praleidžia daug laiko sėdėdami turi didesnę riziką sveikatos netolygumams ir problemoms (Wilkins et al., 2017, p. 130).

1.1.1.5. Arterinė hipertenzija

Aukštas arterinis kraujo spaudimas yra svarbus viso organizmo aterosklerozės ir jos komplikacijų pakeičiamasis rizikos veiksnys, turintis įtakos ne tik širdies, bet ir smegenų, inkstų ir periferinių arterijų ligoms išsivystyti. Mokslinėje literatūroje pateikiama, kad to priežastis – progresuojantys kraujagyslių vidinio sluoksnio, t. y. endotelio pažeidimai, kurie, veikdami kartu su kitais rizikos veiksniais, skatina kitų ligų išsivystymą (Laurinskaitė ir kt., 2013, p. 125; Mancia et al., 2013, p. 2165).

Širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizika tiesiogiai siejasi tiek su sistoliniu, tiek su diastoliniu kraujo spaudimu (Wilkins et al., 2017, p. 147). Arterinė hipertenzija gali būti trijų laipsnių, ji yra klasifikuojama pagal sistolinio ir diastolinio kraujo spaudimo duomenis. Arterinis kraujo spaudimas laikomas optimaliu, kai sistolinis kraujo spaudimas yra < 120 mmHg, o diastolinis < 80 mmHg, o arterinė hipertenzija apibrėžiama, kai sistolinis kraujo spaudimas yra ≥ 140 mmHg, o diastolinis ≥ 90 mmHg. Atitinkamai didėjant sistoliniam bei diastoliniam kraujo spaudimui, didėja ir arterinės hipertenzijos laipsnis (Mancia et al., 2013, p. 2165).

Aukšto arterinio kraujo spaudimo riziką didina nesveika mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas bei nutukimas (Wilkins et al., 2017, p. 147). Mokslinėje literatūroje taip pat nurodoma, kad iš pradžių padidėjusio arterinio kraujo spaudimo simptomų žmogus nejaučia (Andruškienė ir kt., 2014, p. 11).

Siekiant koreguoti šį rizikos veiksnių, patariama koreguoti kūno svorį, didinti fizinį aktyvumą, taip pat riboti druskos suvartojimą bei saikingai vartoti alkoholį (Wilkins et al., 2017, p. 147). Ettehad D., Emdin C. A., Kiran A. ir kitų tyrėjų 2016 m. atliktoje meta-analizėje teigiama, kad kas 10 mmHg sumažėjęs sistolinis kraujo spaudimas, reikšmingai sumažina išeminės širdies ligos, širdies nepakankamumo ir kitų kraujotakos ligų riziką. Autoriai rekomenduoja, kad asmenims, sergantiems širdies nepakankamumu, išemine širdies liga, cukriniu diabetu, lėtinėmis inkstų ligomis bei patyrusiems insultą, sistolinį kraujo spaudimą reikėtų stengtis išlaikyti iki 130 mmHg (Ettehad et al., 2016, p. 957).

1.1.1.6. Hipercholesterolemija

Šis pakeičiamasis rizikos veiksnys yra itin svarbus vystantis širdies ir kraujagyslių sistemos ligoms, kadangi skatina viso organizmo aterosklerozės procesą ir aterosklerozinių plokštelių susidarymą (Laurinskaitė ir kt., 2013, p. 125; Teramoto et al., 2013, p. 735; Wilkins et al., 2017, p. 155).

Mokslinėje literatūroje teigiama, kad labiausiai įtaką širdies ir kraujagyslių sistemos ligoms vystytis daro mažo tankio cholesterolis, kurio perteklius yra žalingas, nes kaupiasi kraujagyslių sienelėse, sukelia jų stenozę bei skatina krešulių susidarymą (Wilkins et al., 2017, p. 120). Cholesterolio koncentracijai kraujyje labiausiai įtakos turi per didelis sočiųjų riebalų kiekis mitybos racione, paveldimumas, cukrinis diabetas bei amžius, nes kuo vyresnis pacientas, tuo didesnis ir cholesterolio kiekis, tai labiau pastebima tarp moterų (Andruškienė ir kt., 2014, p. 12).

Šis rizikos veiksnys koreguojamas kūno svorio reguliavimu, fizinio aktyvumo didinimu, rūkymo metimu, saikingu alkoholio vartojimu, taip pat dieta, kurioje yra mažai sočiųjų riebalų. Rekomenduojama, kad cholesterolio per dieną reikėtų gauti ne daugiau kaip 300 mg. (Andruškienė

ir kt., 2014, p. 33; Wilkins et al., 2017, p. 155).

1.1.1.7. Antsvoris ir nutukimas

Antsvoris ir nutukimas yra pakeičiamieji širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksniai, itin skatinantys kitų rizikos veiksnių veikimą, t. y. cukrinio diabeto, arterinės hipertenzijos, hipercholesterolemijos ir kt. (Han et al., 2016, p. 1; Wilkins et al., 2017, p. 162). Antsvoris ir nutukimas skatina išeminės širdies ligos ir kitų kraujotakos sistemos ligų progresavimą didindamas mažo tankio cholesterolio bei trigliceridų koncentraciją kraujyje bei mažindamas didelio tankio cholesterolio koncentraciją kraujyje (Andruškienė ir kt., 2014, p. 17).

Mokslinėje literatūroje teigiama, kad dažniausia nutukimo priežastis – kai su maistu, ypač riebiu, gaunamas didesnis energijos kiekis nei jis yra sunaudojamas (Andruškienė ir kt., 2014, p. 17; Wilkins et al., 2017, p. 162). Atlikti tyrimai rodo, kad sumažinus kūno svorį 5-10 proc. bei laikantis dietos, mankštos, žymiai sumažėja metabolinio sindromo, 2 tipo cukrinio diabeto bei širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizika (Han et al., 2016, p. 1).

Antsvoris ir nutukimas nustatomi remiantis kūno masės indeksu – kūno svoris (kg) padalijamas iš ūgio (m^2), tačiau šis indeksas netinka vyresnio amžiaus žmonėms, kuriems sunku tiksliai išmatuoti jų ūgį. Kūno masės indeksas parodo ar paciento svoris atitinka rekomenduojamą. Jei gaunama reikšmė yra 18,5-25 kg/m^2 , teigiama, kad kūno svoris yra normalus, tačiau reikšmė, esanti nuo 25 iki 29,9 kg/m^2 , rodo esantį antsvorį. Nuo 30 kg/m^2 gautas kūno masės indeksas rodo esamą nutukimą, kuris yra skirstomas į tris laipsnius (Andruškienė ir kt., 2014, p. 17; Wilkins et al., 2017, p. 162).

1.1.1.8. Cukrinis diabetas

Aukštas gliukozės kiekis kraujyje nevalgius yra vienas iš širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksnių (Wilkins et al., 2017, p. 94). Mokslinėje literatūroje plačiai nagrinėjama ir nurodoma, kad cukrinis diabetas yra vienas iš pagrindinių kraujotakos sistemos ligų pakeičiamųjų rizikos veiksnių (Laurinskaitė ir kt., 2013, p. 126; Teramoto et al., 2013, p. 733).

Aukštas cukraus kiekis kraujyje žaloja kraujagysles, didina kitų rizikos veiksnių įtaką, t. y. arterinės hipertenzijos, hipercholesterolemijos, rūkymo bei antsvorio, nutukimo. Yra skiriami du cukrinio diabeto tipai: pirmasis ir antrasis. Antrojo tipo cukrinis diabetas yra labiausiai paplitęs ir dažnai gali būti išvengiamas koreguojant kūno svorį, mitybos įpročius, esant pakankamam fiziniam aktyvumui bei nuolat sekant gliukozės kiekį kraujyje (Han et al., 2016, p. 1; Wilkins et al., 2017, p. 174).

1.1.1.9. Amžius

Paciento amžius yra nepakeičiamasis rizikos veiksnys, tačiau jis yra vienas iš pagrindinių, prisidedančių prie širdies ir kraujagyslių sistemos ligų atsiradimo. Mokslinėje literatūroje amžius kaip kraujotakos sistemos ligų rizikos veiksnys nurodomas nuo 40-45 metų vyrams, o moterims – po menopauzės (Teramoto et al., 2013, p. 734).

2015 m. atlikus tyrimą, kurio tikslas buvo išsiaiškinti kaimo gyventojų vainikinių arterijų kalcifikacijos ryšį su tradiciniais širdies ir kraujagyslių sistemos rizikos veiksniais, gauti rezultatai parodė, kad kuo vyresnis buvo tiriamasis bei esama vyriškoji lytis, tuo didesnė nustatyta vainikinių arterijų kalcifikacija (Mamudu et al., 2015, p. 257).

1.1.1.10. Lytis

Paciento lytis taip pat yra vienas iš nepakeičiamųjų širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksnių. Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad aterosklerozės procesas organizme yra dažnesnis vyrams, nes moterims iki menopauzės riziką sumažina moteriškųjų lytinių hormonų, t. y. estrogenų, veikimas (Mamudu et al., 2015, p. 257).

1.1.1.11. Paveldimumas

Šis nepakeičiamasis rizikos veiksnys sunkina paciento kraujotakos sistemos ligų eigą, yra susijęs su ankstesne ir sunkesne vainikinių arterijų kalcifikacija (Mamudu et al., 2015, p. 257). Santraukoje iš Japonijos aterosklerozės draugijos gairių aterosklerozės sukeltų ligų diagnostikai ir prevencijai nurodoma, kad paveldimumas yra itin reikšmingas rizikos veiksnys tada, jei išemine širdies liga sirgo pirmos eilės giminaičiai, t. y. tėvai, vaikai, broliai, seserys; taip pat jei vyrai susirgo 55 metų ir jaunesni, o moterys 65 metų ir jaunesnės (Teramoto et al., 2013, p. 734).

1.1.2. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, slaugos aspektai

Pacientai, sergantys širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, patiria įvairius simptomus bei išgyvenimus, bloginančius jų gyvenimo kokybę, t. y. dusulį, skausmą, nuovargį, nerimą ir kt. Slaugos specialistai atlieka itin svarbų vaidmenį palaikant ir puoselėjant pacientų sveikatą. Žinoma, visame pasaulyje susiduriama su slaugos specialistų trūkumo problema dėl augančio gyventojų skaičiaus bei senėjančios visuomenės, todėl darosi vis sunkiau pateikti didėjančius sveikatos paslaugų poreikius (Campbell, 2018, p. 3).

Paciento prisitaikymas prie savo ligos, jos pasekmių suvokimas yra neatsiejiama slaugos mokslo dalis. Mokslinėje literatūroje teigiama, kad sėkmingas paciento prisitaikymas prie savo ligos išlaiko pusiausvyrą tarp asmens gebėjimo patenkinti savo poreikius, gyvenimo būdo keitimo įvairiose situacijose bei pagerėjusios gyvenimo kokybės. Dėl to, paciento prisitaikymo prie ligos skatinimas turėtų būti slaugos prioritetas (Mansouri et al., 2019, p. 2).

Pasaulio sveikatos organizacija (angl. *World Health Organization*) sveikatos stiprinimą apibrėžia kaip įvairius socialinius, aplinkos veiksnius, kurie įgalina asmenis labiau kontroliuoti savo gyvenseną, priimti geresnius su sveikata susijusius sprendimus. Teigiama, kad siekiant palaikyti optimalią paciento fizinę, socialinę ir emocinę gerovę, reikia skatinti sveikatai palankų elgesį (Campbell, 2018, p. 3, 11). Slaugytojai yra patikimi sveikatos priežiūros specialistai, atsidavę padėti kitiems pasiekti kuo geresnę gyvenimo kokybę ir sveikatą bei kaip įmanoma labiau išlaikyti teigiamą ligos suvokimą ir jo siekti. Slaugos specialistai ugdo, skatina, modeliuoja pacientų elgesį bei turi įtakos motyvuojant asmenis ir visuomenę (Alsén et al., 2010, p. 7 ; Campbell, 2018, p. 12).

Moksliniuose literatūros šaltiniuose akcentuojama slaugos teorijų bei slaugos modelių svarba, siekiant pagerinti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybę bei puoselėti ir stiprinti šių pacientų fizinę, psichologinę ir socialinę sveikatą. 2017 m. Kolumbijoje buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo parengti slaugos paslaugų teikimo planą pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, remiantis Nola J. Pender Sveikatos puoselėjimo modeliu (angl. *Health Promotion Model*). Šio tyrimo išvados parodė, kad pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, slauga, kuri yra pagrįsta Sveikatos puoselėjimo modeliu, o slaugytojas aktyviai pasitelkia komunikaciją bei informacines technologijas, gali turėti teigiamos įtakos pacientų kognityviniams, pažinimo veiksniams, saviveiksmingumui (angl. *self-efficacy*) ir gyvenimo būdo koregavimui. Autoriai teigia, kad slaugos specialistas turėtų nustatyti pacientų saviveiksmingumą, sveikatos suvokimą, rizikos veiksnius, sveikos gyvensenos ir asmeninės kontrolės įtaką esamai ligai, taip pat mokyti pacientus, atsižvelgiant į individualius veiksnius, vykdyti seminarus pacientams esant stacionare, vėliau – atliktų pacientų stebėseną namuose, be to – vertintų intervencijos poveikį bei domėtusi informacinėmis technologijomis (Estrada et al., 2017, p. 108). 2018 m. Jungtinėse Amerikos Valstijose, Šiaurės Karolinoje, Campbell T. L. slaugos magistro baigiamajame darbe, kurio tikslas buvo įvertinti slaugos edukologų suvokiamus sveikatą palaikančios gyvensenos veiksnius, pabrėžiama, kad dėl slaugytojų trūkumo, tampa ypač svarbu išsaugoti kuo daugiau kvalifikuotų slaugos specialistų. Tyrimas parodė, kad nesveikas gyvenimo būdas, t. y. piktnaudžiavimas alkoholiu, rūkymas, nepakankamas fizinis aktyvumas, nuolatinis stresas skatina ligas, kurių galima išvengti. Keičiant šiuos rizikos veiksnius bei skatinant sveiką gyvenimo būdą galima išvengti širdies ir kraujagyslių sistemos ligų, nutukimo, cukrinio diabeto bei kai kurių vėžio. Taip pat pastebėta, kad nors pacientai gali ir suvokti sveiko gyvenimo būdo naudą, tačiau dėl daugelio priežasčių vis tiek jo

nesilaikyti (Campbell, 2018, p. 11, 12). 2019 m. Irane buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo nustatyti C. Roy Adaptacijos modeliu pagrįstos mokymo programos įtaką širdies nepakankamumu sergančių pacientų gyvenimo kokybei. Tyrimo rezultatai parodė, kad tie pacientai, kuriems buvo taikoma mokymo programa, pagrįsta C. Roy Adaptacijos modeliu, statistiškai reikšmingai pagerino fiziologinius, ligos suvokimo ir asmeninės kontrolės rodiklius. Šio tyrimo autoriai teigia, kad C. Roy Adaptacijos modelis galėtų būti naudojamas kaip įprasta praktika, siekiant didinti pacientų prisitaikymą prie savo ligos ir pagerinti jų gyvenimo kokybę (Mansouri et al., 2019, p. 1).

1.2. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybė

Mokslinėje literatūroje gausu duomenų, patvirtinančių, kad pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybė yra žymiai blogesnė (Hyeon-Young et al., 2015, p. 350; Odom et al., 2016, p. 2; Takeda et al., 2019, p. 3). Pacientai, sergantys širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, patiria įvairius fizinius, psichologinius, emocinius, socialinius išgyvenimus, kurie yra glaudžiai susiję tarpusavyje, veikia vienas kitą ir taip blogina gyvenimo kokybę. Teigiama, kad šie pacientai turi didesnę riziką būti hospitalizuoti bei mirti nuo kardiologinės ligos (Takeda et al., 2019, p. 3).

Mokslinėje literatūroje su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (angl. *health-related quality of life*) apibrėžiama kaip daugiafunkcinė koncepcija, apimanti savarankiškai įvertintus fizinės, psichinės ir socialinės sveikatos rodiklius. Manoma, kad tai geras metodas nustatyti gydymo ir slaugos efektyvumą, nes parodo paciento suvokiamą fizinę, emocinę ir socialinę sveikatą, individo atsaką į kasdienio gyvenimo pokyčius bei bendrą savo vertės jausmą (Moryś et al., 2014, p. 326; Odom et al., 2016, p. 2; Petek et al., 2018, p. 39). Teigiama, kad gyvenimo kokybės tyrimas leidžia subjektyviai įvertinti, kiek pacientas jaučiasi ligotas ir prisitaikęs prie savo ligos (Kubilius ir kt., 2016, p. 42; Liu et al., 2014, p. 136).

1.2.1. Fiziniai, psichologiniai ir socialiniai pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybės aspektai

Pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, esama liga sukelia fizinius, psichologinius bei socialinius išgyvenimus.

Sergant kraujotakos sistemos ligomis, pacientų gyvenimo kokybę neišvengiamai blogina fiziniai simptomai. Atliktų tyrimų duomenimis, dažniausiai pacientai skundžiasi skausmu, dusuliu, nuolatinio nuovargio, miego sutrikimais, sumažėjusiu fiziniu pajėgumu, diskomfortu, sumažėjusiu savarankiškumu bei šalutiniu medicininių procedūrų poveikiu (Daugėlienė ir kt., 2018, p. 91; Kang

et al., 2018, p. 142; Liu et al., 2014, p. 136; Tran et al., 2018, p. 1).

Svarbu paminėti ir psichologinių faktorių svarbą gyvenimo kokybei. Teigiama, kad kraujotakos sistemos ligomis sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę labiausiai veikia nerimo ir depresijos simptomai, taip pat tam įtakos turi ir asmenybės bruožai bei emocinis stabilumas. Patirti stresiniai gyvenimo įvykiai, suvokiama socialinės paramos stoka blogina gyvenimo kokybę, ypač tai pastebima moterų tarpe (Staniūtė ir kt., 2013, p. 129). Sergant kraujotakos sistemos ligomis šiems pacientams būdinga ne tik depresija ir nerimo sutrikimai, bet ir pyktis, stresas, buvimo kitiems našta jausmas (Daugėlienė ir kt., 2018, p. 91; Greco et al., 2015, p. 9; Kang et al., 2018, p. 142; Tran et al., 2018, p. 1).

Nagrinėjant socialinius pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, gyvenimo kokybės aspektus, pastebėti šie išgyvenimai: socialinės paramos trūkumo, socialinių ryšių nutrūkimo jausmas (Daugėlienė ir kt., 2018, p. 91; Staniūtė ir kt., 2013, p. 129; Valtorta et al., 2015, p. 1009). Socialiniai išgyvenimai, socialinės paramos stoka gali turėti įtakos paciento polinkiui rūkyti, nepakankamam fiziniam aktyvumui bei psichologiniams aspektams, depresijos simptomams (Valtorta et al., 2015, p. 1009).

1.2.2. Veiksniai, turintys įtakos pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybei

Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gydymo ir slaugos tikslas yra ne tik sumažinti sergamumo ir mirtingumo rodiklius, bet ir pagerinti šių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (Kubilius ir kt., 2016, p. 42; Liu et al., 2014, p. 136). Kraujotakos sistemos ligomis sergantiems pacientams pabrėžiama mokymo, psichologinės pagalbos, rizikos faktorių koregavimo, elgsenos keitimo bei pacientų įtraukimo į šį procesą svarba (Anderson et al., 2016, p. 1; Liu et al., 2014, p. 135; Richards et al., 2017, p. 3).

Mokslinėje literatūroje plačiai nagrinėjama ir atlikta nemažai tyrimų, kurie parodė, kad pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybei įtaką daro daug veiksnių, t. y. sveika gyvensena (Odom et al., 2016, p. 1; Hyeon-Young et al., 2015, p. 350; Petek et al., 2018, p. 39), paskirto gydymo režimo laikymasis (Kubilius ir kt., 2016, p. 42), esama fizinė sveikata (Greco et al., 2015, p. 9; Kang et al., 2018, p. 142), poliligotumas (Shad et al., 2018, p. 1), ligos suvokimas (Liu et al., 2014, p. 135), psichologinė būklė (Kang et al., 2018, p. 142), vienišumas ir socialiniai ryšiai (Valtorta et al., 2015, p. 1009), socialinė parama (Staniūtė ir kt., 2013, p. 130) ir kt.

2018 m. atlikto vienmomenčio tyrimo (angl. *cross-sectional study*), kurio tikslas buvo išsiaiškinti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybės ir

sveikatos elgsenos ryšį, rezultatai parodė, kad tie pacientai, kurie stengėsi išlaikyti sveiką gyvenseną, turėjo ir geresnę su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Tai buvo pastebima visose amžiaus grupėse. Tuo tarpu pacientai, kurie laikėsi nesveiko gyvenimo būdo turėjo didelę riziką susirgti širdies ir kraujagyslių sistemos liga. Autoriai pateikė išvadas, kad sveikas gyvenimo būdas, pakankamas fizinis aktyvumas mažina širdies ir kraujagyslių ligų riziką bei pagerina šių pacientų gyvenimo kokybę (Petek et al., 2018, p. 39). Panašūs rezultatai pastebėti ir kituose moksliniuose tyrimuose, teigiama, kad asmens su sveikata susijusi gyvenimo kokybė itin siejasi su kontroliuojama kraujotakos sistemos liga, sveiku gyvenimo būdu, subalansuota mityba (Bonaccio et al., 2017, p. 2). Taip pat pastebėta, kad geresnė gyvenimo kokybė yra tarp tų pacientų, kurie laikosi paskirto vaistų vartojimo režimo (Kubilius ir kt., 2016, p. 42) bei turi geresnę ligos suvokimą (Liu et al., 2014, p. 135). Nustatyta, kad pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę neigiamai veikia sirgimas keliomis lėtinėmis ligomis, t. y. poliligitumas, ypač jei pacientas turi žemesnį išsilavinimą (Shad et al., 2018, p. 1).

Pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, rekomenduotina reabilitacija, į kurią būtų įtraukta mankšta, kadangi yra duomenų, kad pakankamas fizinis aktyvumas pagerina kraujotakos sistemos ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę, sumažina mirties riziką, mažina hospitalizacijos galimybę. Pirmosios sisteminės apžvalgos ir meta-analizės, kurios nagrinėjo kardiologinių pacientų reabilitacijos ir mankštos svarbą, buvo atliktos daugiau nei prieš 20 metų, tačiau jau tuomet rezultatai parodė, kad pakankamas fizinis aktyvumas sumažina šių pacientų mirtingumą 20-25 proc. (Anderson et al., 2016, p. 1).

Odom E. C., Fang J., Zack M. ir kt. (2016, p. 1) Jungtinėse Amerikos Valstijose atliko tyrimą, kuriame ieškota asociacijų tarp sergančiųjų širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis gyvenimo kokybės ir elgsenos rizikos veiksnių. Autoriai išskyrė šiuos idealius širdies ir kraujagyslių sistemos sveikatos rodiklius: normalus arterinis kraujo spaudimas, normalus cholesterolio kiekis kraujyje, normalus kūno masės indeksas, cukrinio diabeto nebuvimas, nerūkymas, pakankamas fizinis aktyvumas, adekvatus vaisių ir daržovių suvartojimas. Šio tyrimo rezultatai, parodė, kad kuo daugiau šių išvardytų idealių sveikatos rodiklių žmogus turi, tuo jo gyvenimo kokybė yra geresnė. Panašius tyrimo rezultatus parodė ir 2015 m. Korėjoje atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo išsiaiškinti kaip rizika susirgti kraujotakos sistemos ligomis siejasi su gyvenimo kokybe. Buvo pastebėta, kad kuo daugiau asmuo turi širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksnių, tuo blogesnė jo su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Dėl šių priežasčių pabrėžiama sveikos gyvensenos svarba bei pakeičiamųjų rizikos veiksnių koregavimas (t. y. kūno svorio reguliavimas, arterinio kraujo spaudimo, cholesterolio kiekio kraujyje koregavimas ir kt.) (Hyeon-Young et al., 2015, p. 350).

Lietuvoje Lankevičienės J. 2015 m. atliktame tyrime, kurio tikslas buvo ištirti sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir jos veiksnius, buvo pastebėta, kad vyresnio amžiaus pacientų statistiškai reikšmingai žemesnis gyvenimo kokybės vertinimas, ypač –

veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, socialinių funkcijų, bendro sveikatos vertinimo, veiklos apribojimo dėl emocinių sutrikimų, fizinio aktyvumo. Taip pat pastebėta, kad pacientų, sergančių išemine širdies liga esami rizikos veiksniai neigiamai veikia gyvenimo kokybės vertinimą, o žinios apie ligą, jos prevenciją, rizikos veiksnius – teigiamai (Lankevičienė, 2015, p. 6).

Psichinė asmens sveikata turi įtakos vystytis širdies ir kraujagyslių sistemos ligoms. Teigiama, kad pacientams, sergantiems depresija ir turintiems nerimo sutrikimų, yra didesnė rizika susirgti kraujotakos sistemos ligomis, nes jie dažniau rūko, nesaikingai vartoja alkoholį, yra nepakankamai fiziškai aktyvūs, taip pat turi padidėjusį kraujo spaudimą, yra nutukę (Navickas ir kt., 2019, p. 42). Mokslinėje literatūroje teigiama, kad savižudybių problema itin siejasi su įvairiais psichikos sutrikimais, tarp jų ir depresija. Lietuvoje savižudybių dažnis stebimas kaip vienas iš didžiausių ne tik Europoje, bet ir visame pasaulyje. Atliktas epidemiologinis analitinis tyrimas, kurio tikslas buvo įvertinti mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų ir savižudybių ryšį Europos Sąjungos valstybėse, atskleidė, kad esama reikšmingo tiesioginio ryšio tarp mirtingumo dėl išeminės širdies ligos ir savižudybių daugelyje Europos Sąjungos valstybių. Taip pat pabrėžiama, kad šis ryšys statistiškai reikšmingas tiek tarp moterų ir vyrų bei asmenų, jaunesnių ir vyresnių nei 65 metai (Navickas ir kt., 2019, p. 42). 2017 m. Richards S. H., Anderson L., Jenkinson C. E. ir kt. atlikta sisteminė apžvalga, kurios tikslas buvo įvertinti psichologinių intervencijų efektyvumą sergantiesiems išemine širdies liga lyginant su įprasta priežiūra, parodė, kad psichologinė intervencija nesumažina kito širdies priepuolio tikimybės. Tačiau buvo pastebėta, kad psichologinė intervencija sumažina šių pacientų depresijos, nerimo ir streso simptomus.

Mokslinėje literatūroje akcentuojama ir pacientų saviveiksmingumo (angl. *self-efficacy*) veiksnio svarba. Tai pagrindiniai modifikuojami asmens ištekliai, turintys įtakos ligos kontrolei, reabilitacijai, gydymo rezultatams, su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. Banik A., Schwarzer R., Knoll N. ir kt. 2018 m. atlikta sisteminė ir meta-analizė parodė, kad didesnis pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, saviveiksmingumas yra susijęs su geresne šių pacientų su sveikata susijusia gyvenimo kokybe, nepriklausomai nuo amžiaus ir turimos širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (Banik et al., 2018, p. 295).

Mokslinėje literatūroje nagrinėjama ir socialinių veiksnių įtaka širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybei. Tie asmenys, kurie jaučia socialinės paramos stoką, turi didesnę polinkį rūkyti, dažniau pastebimas nepakankamas fizinis aktyvumas bei depresijos simptomai. 2015 m. atlikta sisteminė apžvalga ir meta-analizė, kurios tikslas buvo nustatyti ryšį tarp vienišumo, socialinės izoliacijos ir koronarinės širdies ligos, insulto tikimybės. Nors reikėtų atlikti daugiau tyrimų, autoriai teigia, kad pastebėtas ryšys tarp socialinių ryšių stokos ir padidėjusios koronarinės širdies ligos ir insulto rizikos. Taip pat remiantis šio tyrimo duomenimis, galima teigti, kad asmenys, kurie jaučiasi socialiai izoliuoti, turi nedaug kontaktų ar jaučiasi nelaimingi dėl jų

socialinių santykių, turi padidėjusią priešlaikinės mirties riziką. Mokslininkai išskyrė tris mechanizmus, kaip socialiniai santykiai veikia asmens gyvenimo kokybę, t. y. elgesio, psichologinis ir fiziologinis mechanizmai. Teigiama, kad vienišumas, socialinė asmens izoliacija turi įtakos asmens fiziniam aktyvumui ir rūkymui bei savigarbos jausmui. Vienatvės jausmas, socialinė atskirtis siejasi su didesniu arteriniu kraujo spaudimu ir mažesniu imuninės sistemos aktyvumu (Valtorta et al., 2015, p. 1009). Šie duomenys rodo, kad vienišumas ir socialinė atskirtis yra svarbūs rizikos faktoriai išsivystyti ligai, todėl juos būtina spręsti. Tam rekomenduojamos įvairios grupinės iniciatyvos (edukacinės, socialinės veiklos), kognityvinė elgesio terapija, socialinės paramos teikimas. Socialinė parama gali sušvelninti neigiamą streso poveikį pacientams, sergantiems kraujotakos sistemos ligomis. Socialinę paramą pacientui gali teikti jo artimieji, taip pat tie, kurie pacientu rūpinasi (Staniūtė ir kt., 2013, p. 130; Valtorta et al., 2015, p. 1009).

1.2.3. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybės vertinimas

Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybės vertinimo tyrimai sulaukia vis didesnio mokslininkų susidomėjimo, tampa vis aktualesni dėl holistinės sveikatos sampratos, siekiama išanalizuoti fizinius, emocinius ir socialinius asmens gerovės aspektus, taip pat dėl didėjančių mokslinių žinių skaičiaus, įvairių socialinių ir ekonominių veiksnių. Klausimynai yra populiariausi gyvenimo kokybės vertinimo metodai. Vienas iš plačiausiai naudojamų instrumentų vertinant pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, gyvenimo kokybę yra SF-36 klausimynas, t. y. Trumpa sveikatos apklausos forma (angl. *Short Form 36 Medical Outcomes Study Questionnaire*) (Gierlaszyńska et al., 2016, p. 78).

Pastaraisiais metais gyvenimo kokybės tyrimai, sergant širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ypač išemine širdies liga, arterine hipertenzija ir kt., sulaukia vis didėjančio mokslininkų susidomėjimo visame pasaulyje ir Lietuvoje. Tyrinėjant gyvenimo kokybę tyrinėjama asmens su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (angl. *health-related quality of life; HRQoL*). Asmens su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra glaudžiai susijusi su paciento galimybe patenkinti savo poreikius. Liga yra suvokiama kaip kliūtis siekiant asmens nepriklausomybės ir kaip įmanoma geresnės gyvenimo kokybės. Tai daro įtaką žmogaus savivertei, savijautai, pasitenkinimui gyvenimu bei savirealizacijos galimybėms. Holistinis požiūris į asmens sveikatą, pagal kurį sergantis žmogus yra ne kaip paprastas organizmas, bet kaip biopsichosocialinis vienetas, yra vis dažniau naudojamas kaip gydymo ir slaugos planavimo pagrindas. Teigiama, kad gyvenimo kokybę be psichinės, fizinės, socialinės asmens savijautos, sudaro ir asmeninio tobulėjimo galimybės, materialinė padėtis, socialiniai santykiai, funkcionavimas artimoje aplinkoje. Tai, kaip asmuo reaguoja į savo ligą, labai priklauso

nuo individualių žmogaus adaptacinių galimybių, ligos įveikimo procesų bei pačios ligos savybių (Gierlaszyńska et al., 2016, p. 79).

Metodai, naudojami vertinant asmenų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, gyvenimo kokybę:

- Spontaninis bendravimas su pacientu, kai pacientas laisvai atsakinėja į užduodamus atvirus klausimus;
- Struktūrizuoti interviu, kurių metu aktyviai bendraujant sutelkiamas dėmesys į konkrečią informaciją;
- Psichometriniai testai, dažniausiai atliekantys psichopatologinių pokyčių atskleidimo funkciją, todėl ne itin tinkami išsamiam gyvenimo kokybės vertinimui;
- Netiesioginiai matavimai, t. y. statistiniai rodikliai, tokie kaip hospitalizacijos dažnis, neįgalumo ir nedarbingumo pažymėjimų išdavimo dažnis ir kt.;
- Standartizuoti klausimynai (Gierlaszyńska et al., 2016, p. 79).

Standartizuoti klausimynai yra dažniausiai naudojamas gyvenimo kokybės vertinimo metodas, turintis mažiausiai trūkumų, labiausiai tinkamas tiriant dideles populiacijas ir lyginant duomenis. Bendrieji standartizuoti klausimynai, kurie dažniausiai naudojami tiriant širdies ir kraujagyslių sistemos ligas:

- Pasaulio sveikatos organizacijos gyvenimo kokybės vertinimo klausimynas (angl. *World Health Organization Quality Of Life Assessment Instrument* – WHOQOL);
- SF-36 klausimynas, t. y. Trumpa sveikatos apklausos forma (angl. *Short Form 36 Medical Outcomes Study Questionnaire*);
- Notingemo sveikatos vertinimo klausimynas (angl. *Nottingham Health Profile* – NHP);
- „Euro – gyvenimo kokybės klausimynas“ (angl. *Euro-Quality of Life Questionnaire* – EuroQoL, EQ-5D) (Gierlaszyńska et al., 2016, p. 79).

Specifiškai širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis sergantiems pacientams naudojami gyvenimo kokybės vertinimo standartizuoti klausimynai yra svarbūs siekiant išsamiau išanalizuoti konkrečių kraujotakos ligų aspektus bei yra jautresni nustatant klinikinius pokyčius. Teigiama, kad gyvenimo kokybės vertinimas pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, yra svarbus koreguojant gydymą ar renkantis tinkamiausio gydymo metodą, taip pat dėl ekonominių priežasčių bei leidžia įvertinti, ar gydymas ir slaugos procesas yra veiksmingi, ar teigiamai siejasi su paciento pasitenkinimu. Taip pat tai gali būti naudinga optimizuojant išteklių pasiskirstymą (Abbasi et al., 2017, p. 137).

Dažniausiai naudojami standartizuoti klausimynai, skirti specifiškai širdies ir kraujagyslių

sistemos ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybei:

- MacNew klausimynas, skirtas vertinti kardiologinėmis ligomis sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (angl. *MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire* – MacNew);
- Sietlo krūtinės anginos klausimynas (angl. *Seattle Angina Questionnaire* – SAQ);
- Minesotos gyvenimo su širdies nepakankamumu klausimynas (angl. *Minnesota Living with Heart Failure questionnaire* – MLHFQ);
- Prieširdžių virpėjimo sunkumo skalė (angl. *Atrial Fibrillation Severity Scale* – AFSS) (Gierlaszyńska et al., 2016, p. 80).

1.3. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimas

Paciento ligos suvokimas apima kognityvinius ir emocinius ligos suvokimo komponentus bei priklauso nuo paties paciento požiūrio į savo ligą bei suvokiamą galimą grėsmę jo sveikatai ar net gyvybei (Broadbent et al., 2006, p. 631). Teigiama, kad paciento savo ligos suvokimas – vienas svarbiausių aspektų sudarant individualų gydymo, slaugos planą, didinant motyvaciją laikytis gydymo režimo, keičiant gyvenimo būdą, gerinant paciento emocinę savijautą ir siekiant geriausių su sveikata susijusių rezultatų (Lukoševičiūtė, 2018, p. 4). Paciento ligos suvokimas turi didelę įtaką tam, kaip pacientai siekia įveikti savo ligą, ją kontroliuoti bei valdyti (Saraoudi et al., 2016, p. 21).

Išskiriamos šios ligos suvokimo dimensijos: ligos tapatumo, ligos pasekmių, ligos priežasčių, ligos trukmės, asmeninės kontrolės, gydymo kontrolės, ligos aiškumo, emocinės reakcijos. Ligos tapatumo dimensija parodo, kaip pacientas pavadina, priskiria savo ligą (pvz., miokardo infarktas, krūtinės angina ir kt.) ir tos ligos simptomus (pvz., krūtinės skausmas, dusulys). Ligos priežasčių dimensija atspindi paciento suvokiamą priežastį, dėl ko kilo ši liga, pvz., stresas, rūkymas, paveldėjimas. Pasekmių dimensija – tai įsitikinimai, kaip liga paveiks asmens su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (fizinę, psichologinę, socialinę). Ligos trukmės dimensija parodo asmeninius įsitikinimus, ar liga bus ūmi, lėtinė ar gali keistis. Asmeninės kontrolės, gydymo kontrolės dimensijos – tai paciento įsitikinimai, ar liga išgydoma, ar galima jai daryti įtaką bei ją kontroliuoti (Broadbent et al., 2006, p. 631; Mosleh et al., 2016, p. 2).

Teigiama, kad pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimas yra vienas pagrindinių veiksnių, kurie padeda valdyti ligą, keisti gyvenimą (Mosleh et al., 2016, p. 1). Jei pacientas aiškiai suvokia savo ligą, adekvačiai vertina savo sveikatos būklę, tai gali padėti parinkti tinkamiausias gydymo alternatyvas. Tai, kaip pacientas suvokia savo ligą, yra vienas svarbiausių aspektų didinant jo motyvaciją laikytis gydymo režimo, keičiant gyvenimo būdą, siekiant geriausių su sveikata susijusių išiečių gerinant paciento fizinę, emocinę ir socialinę savijautą

(Broadbent et al., 2006, p. 631).

Nustatyta, kad paciento ligos suvokimo keitimas gerina atsigavimą ne tik po įvykusio miokardo infarkto, bet ir sergant cukriniu diabetu bei AIDS (Broadbent et al., 2006, p. 631). 2016 m. atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo įvertinti pacientų, patyrusių miokardo infarktą, ligos suvokimo įtaką jų gyvenimo kokybei, nerimui ir depresijai. Šio tyrimo buvo nustatyta, kad taikant pacientams, patyrusiems miokardo infarktą, mokymus, kurių metu siekiama suprasti savo ligą ir skatinti ją kontroliuoti, galima pasiekti geresnių gydymo rezultatų, t. y. pagerėja šių pacientų gyvenimo kokybė, sumažėja nerimo ir depresijos simptomai, taip pat gali būti sutrumpinama nedarbingumo trukmė (Saraoudi et al., 2016, p. 21).

Lukoševičiūtės J. 2018 m. atliktame tyrime, kurio tikslas buvo įvertinti psichologinių, socialinių ir klinikinių veiksnių svarbą ligos suvokimui ir jo pokyčiams šešių mėnesių laikotarpiu po kardiologinės reabilitacijos tarp ūmaus koronarinio sindromo pacientų, nustatyta, kad suvokiamas koronarinio sindromo grėsmingumas per šešių mėnesių laikotarpį sumažėja, jeigu per tą laiką neįvyksta pakartotinis sveikatos būklės, susijusios su kraujotakos sistemos ligomis, pablogėjimas. Kiti psichologiniai, socialiniai ir klinikiniai veiksniai iš dalies siejasi su ligos suvokimu reabilitacijos pradžioje, tačiau nėra susiję su jo pokyčiais praėjus šešioms mėnesiams (Lukoševičiūtė, 2018, p. 4).

Papildomoji ir alternatyvioji medicina vis labiau naudojama kaip sudėtinė savipriežiūros dalis. Australijoje 2013 m. buvo atliktas tyrimas, kuriame nagrinėta kaip pacientų, sergančių antro tipo cukriniu diabetu ir kraujotakos sistemos ligomis gyvenimo kokybė siejasi su savo ligos ir sveikatos suvokimu bei papildoma alternatyviaja medicina. Šio tyrimo metu pastebėta, kad pacientai, kurie naudojami papildoma ir alternatyviaja medicina, turėjo aukštesnę ligos suvokimą ir tikėjo, kad gali kontroliuoti savo ligą daugiau nei pacientai, kurie nesinaudojo papildoma ir alternatyviaja medicina. Tačiau reikėtų atlikti daugiau tyrimų, kurie parodytų, kaip papildomosios ir alternatyviosios medicinos naudojimas gali prisidėti prie lėtinių ligų prevencijos ir šių ligų valdymo (Canaway et al., 2013, p. 882).

1.3.1. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos valdymas ir kontrolė

Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos tampa iššūkiu tiek patiems pacientams, tiek sveikatos priežiūros specialistams. Ligos valdymas apibrėžiamas kaip „bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros specialisto ir lėtine liga sergančio asmens rezultatas“. Akcentuojama, kad ligos valdymo procese turi dalyvauti ir pacientas ir sveikatos priežiūros specialistas, jie tarpusavyje pasidalina atsakomybes. Sveikatos priežiūros specialistas atsakingas už ligos diagnozavimą, gydymo paskyrimą, gydymo koregavimą, paciento būklės pokyčių vertinimą. Pacientas atsakingas už kasdienines ligos

valdymo proceso rutinas, t. y. gyvenimo būdo keitimą, gydymo režimo laikymąsi, ligos simptomų valdymą (Daugėlienė ir kt., 2018, p. 90)

Mokslinėje literatūroje pabrėžiama svarba įtraukti pacientus į savo ligos valdymo procesą, mokyti juos rizikos veiksnių koregavimo, gyvenimo būdo keitimo (Kubilius ir kt., 2016, p. 44; Liu et al., 2014, p. 135). Ligonio įtraukimas į savo ligos valdymo procesą siejamas su teigiamais rezultatais, tokiais kaip sveikatos būklės stabilizavimu, geresne savijauta, sumažėjusiais gydymo ir slaugos kaštais, kurie susiję su lėtinėmis ligomis ir jų pasekmėmis. Valdant savo ligą, galima pasiekti tokių rezultatų kaip savarankiškas ligos kontroliavimas, savarankiškumo išsaugojimas, simptomų sumažinimas, pasitikėjimas savo jėgomis, ilgesnė gyvenimo trukmė, geresnė gyvenimo kokybė (Daugėlienė ir kt., 2018, p. 90). 2015 m. buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas – išanalizuoti ligos suvokimo ir pasitikėjimo savo jėgomis svarbą ir santykį su ligos sunkumu ir pasitenkinimu savo sveikata. Rezultatai parodė, kad ligos sunkumo ir pasitenkinimo savo sveikata santykis susijęs su ligos suvokimu ir pasitikėjimu savo jėgomis. Atsižvelgiant į nusiskundimus ir pasitikėjimą savo jėgomis galima pagerinti širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis sergančių pacientų gerovę (Greco et al., 2015, p. 9).

Pacientas, sirgdamas širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis ir patirdamas daugiau ir sunkesnių ligos simptomų gali būti labiau motyvuotas koreguoti esamus rizikos veiksnius, keisti gyvenimo būdą, kad išvengtų tolimesnių ligos komplikacijų ir pagerintų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Tačiau galimas ir priešingas efektas – pacientui gali pasireikšti depresija, pacientas gali neigiamai vertinti savo ligą, silpniau vertinti savo įtaką kontroliuojant ligą. Kiekvienas pacientas, sergantis širdies ir kraujagyslių sistemos liga, yra individualus bei motyvuojamas skirtingų dalykų. Paciento motyvacija priklauso nuo daugelio veiksnių, t. y. gyvenimo kokybės pablogėjimo, estetinių bei finansinių aspektų, turimų žinių apie savo ligą, galimą rizikos veiksnių kontrolę siekiant pagerinti gyvenimo kokybę ir t. t. (Andruškienė ir kt., 2014, p. 39). Balsytės G. ir Zajančkauskaitės-Staskevičienės L. (2012, p. 107) atliktas tyrimas, siekiant atskleisti sveikatos kontrolės suvokimo, depresiškumo ir agresijos tarpusavio sąsajas tarp sergančiųjų širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, atskleidė, kad depresija, agresija, vidinis ir išorinis kitų poveikio sveikatos kontrolės suvokimas labai būdingas žmonėms, kurie serga širdies ir kraujagyslių ligomis. Petronytės G., Kanapeckienės V., Eigirdaitės A. 2013 m. atlikto tyrimo, kurio tikslas buvo įvertinti gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į prevencines programas, atsižvelgiant į demografinius ir socialinius veiksnius, rezultatuose pateikta, kad žmonės nedalyvauja prevencinėse programose dėl įvairių priežasčių, dažniausiai dėl geros savijautos, laiko stokos bei dėl turimo išsilavinimo įtakos – pastebėta, kad „vidurinį ir žemesnį išsilavinimą turintys žmonės nežinojo apie esamas prevencines programas“. Remiantis šiais atliktais tyrimais, galima daryti išvadą, kad vieni svarbiausių pacientus motyvuojančių veiksnių yra esama sveikatos būklė, gyvenimo kokybė, turimos žinios apie savo ligą,

komplikacijas bei galimą paciento įtaką ligai kontroliuojant rizikos veiksnius.

1.3.2. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo vertinimas

Tiriant pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimą, jų įsitikinimus ligos atžvilgiu, galima geriau suprasti, kaip pagerinti šių pacientų gyvenimo kokybę (Broadbent et al., 2006, p. 631; Taylor et al., 2017, p. 3).

Yra mokslinių duomenų, kad asmens ligos suvokimas laikui bėgant taip pat gali kisti. Kiekviena lėtinė liga, taip pat ir kraujotakos sistemos ligos, pamažu gali pakeisti paciento ligos suvokimą, gali pakisti asmens požiūris į savo kontrolės įtaką ligai, ligos pasekmių suvokimas ir kt. Asmens ligos suvokimui įtaką gali padaryti ir gydymo bei slaugos intervencijos, apimančios asmens mokymą bei skatinančios gyvenimo būdą keitimą (Bonsaksen et al., 2015, p. 943).

Ligos suvokimo, kaip atskiro konstrukto, tyrimai, siekiant suprasti, kaip asmenys suvokia savo ligą, pradėti tyrinėti 1960 m., kuomet H. Leventhal kartu su kitais autoriais sukūrė modelį, kuriuo bandė apibūdinti procesą, kaip asmuo reaguoja į suvokiamą grėsmę savo sveikatai (Broadbent et al., 2006, p. 631). Mokslinėje literatūroje autoriai (Alsén et al., 2010, p. 1; Broadbent et al., 2006, p. 631; Taylor et al., 2017, p. 3) plačiai diskutuoja apie šias, ankstyvųjų H. Leventhal tyrimų nustatytas penkias pagrindines kognityvines ligos suvokimo dimensijas:

- Ligos tapatumo, t. y. kaip asmuo apibūdina savo ligą ir simptomus;
- Ligos pasekmių, t. y. kaip asmuo numato ligos baigtį, jos padarinius;
- Ligos priežasčių, t. y. asmens nuomonė apie tai, kas galėjo sukelti jo ligą;
- Ligos trukmės, t. y. kiek laiko pacientas tiki, kad tęsis jo liga;
- Ligos ir asmeninės kontrolės, t. y. paciento įsitikinimai, kaip jis gali valdyti savo ligą ir daryti jai įtaką.

Remiantis H. Leventhal Bendruoju ligos reprezentacijos modeliu, buvo sukurti kiekybinio tyrimo instrumentai, t. y. klausimynai, kurie yra plačiai naudojami tiriant pacientų, sergančių įvairiomis ligomis, tarp jų ir širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimui:

- Ligos suvokimo klausimynas (angl. *Illness Perception Questionnaire – IPQ*);
- Pataisytas ligos suvokimo klausimynas (angl. *Revised Illness Perception Questionnaire – IPQ-R*);
- Trumpasis ligos suvokimo klausimynas (angl. *Brief Illness Perception Questionnaire – BIPQ*). Tai trumpoji Ligos suvokimo klausimyno versija, skirta greitam ligos suvokimo įvertinimui (Bonsaksen et al., 2015, p. 945; Broadbent et al., 2006, p. 631).

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Siekiant atliekant tyrimą „Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo sąsajos su gyvenimo kokybe“ suformuluotas tikslas, kuriuo buvo siekiama išanalizuoti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo sąsajas su gyvenimo kokybe. Siekiant įgyvendinti šį tikslą buvo atliktas kiekybinis tyrimas, jo metu buvo apklausti pacientai, sergantys širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis (širdies nepakankamumu, išemine širdies liga, krūtinės angina, persirgę miokardo infarktu bei turintys implantuotą kardiostimuliatorių). Tyrimo imtis – neatsitiktinė tikslinė.

Kiekybinis tyrimas buvo atliktas pacientams išdalinus anketas su uždaro tipo klausimais trejose Klaipėdos apskrities daugiaprofilinio gydymo įstaigose, teikiančiose stacionarines ir ambulatorines-konsultacines antrinio-tretinio lygio paslaugas. Tyrimui atlikti pasirinkti skyriai, kuriuose gydomi pacientai, sergantys širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis: kardiologijos, širdies aritmijų, kardiochirurgijos. Tyrimo instrumentas – 2 standartizuoti klausimynai, kuriems naudotis buvo gauti leidimai iš juos sukūrusių autorių.

Gauti kiekybinio tyrimo duomenys buvo susisteminti ir grafiškai pavaizduoti naudojant aprašomosios statistikos metodą. Aprašomoji duomenų analizė buvo atliekama statistiniu programų paketu „SPSS 23.0.0 for Windows“.

Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas. Šio tyrimo teoriniam pagrindimui pasirinktos dvi teorijos: Callista Roy Adaptacijos modelis (angl. *Roy's Adaptation Model*) ir Nola J. Pender Sveikatos puoselėjimo modelis (angl. *The Health Promotion Model*).

Callista Roy Adaptacijos modelis. Šis teorinis slaugos modelis publikuotas 1970 m. Šio modelio teorija yra dedukcinė, pagrįsta slaugos praktika. Šio modelio esmė – asmens ir grupių adaptacija, t. y. keturių žmogaus adaptacinių sistemų tarpusavio sąsajos (Pukinskienė, 2011, p. 73). Vienas vertingiausių šio modelio praktinių aspektų yra tas, kad jis leidžia tyrėjams apibrėžti savo tyrimų struktūrinę ir koncepcinę struktūrą (Mansouri et al., 2019, p. 2).

Verta paminėti, kad C. Roy aiškiai atskyrė slaugos mokslą nuo medicinos, atkreipdama dėmesį į tai, kad medicinoje pagrindinis dėmesys skiriamas biologinėms sistemoms ir asmens ligai, o gydytojo tikslas – „perkelti“ pacientą nuo koncepto „liga“ iki „sveikata“. Tuo tarpu slaugos mokslas priešingai – orientuojasi į žmogų kaip į visapusę būtybę, kuri reaguoja į vidinius ir išorinius aplinkos dirgiklius (Fawcett, 2017, p. 79).

Asmens adaptacija apibrėžiama kaip gebėjimas susidoroti su kintančiomis vidaus ir aplinkos

sąlygomis. Tai psichologinis procesas, kurio metu asmuo susiduria su kasdienio gyvenimo norais ir iššūkiais bei juos kontroliuoja (Mansouri et al., 2019, p. 2). Adaptacijos modelio tikslas – skatinti asmens ir grupių adaptaciją, taip prisidedant prie sveikatos, gyvenimo kokybės bei orios mirties. Žmogaus adaptacija galima keturiais skirtingais būdais, ji skatinama vertinant paciento elgesį ir veiksmus, kurie turi įtakos asmens prisitaikymui, taip pat įsiterpiančią ir išplečiančią šiuos sugebėjimus bei stiprinant sąveiką su aplinka (Pukinskienė, 2011, p. 73; Fawcett, 2017, p. 78). Adaptacijos būdai, siekiant prisitaikyti prie individualių ir aplinkos pokyčių bei galiausiai skatinant sveikatą, yra šie:

- Fiziologinis.
- Savimonė.
- Vaidmens funkcija.
- Tarpusavio priklausomybė.

Fiziologinis adaptacijos būdas apima fizinius ir cheminius procesus, vykstančius organizme. C. Roy nurodo šiuos pagrindinius fiziologinius poreikius: veikla ir poilsis, mityba, tuštinimasis, skysčių ir elektrolitų balansas, deguonies prisotinimas, temperatūros reguliavimas, jausmai bei endokrininė sistema (Mansouri et al., 2019, p. 2; Pukinskienė, 2011, p. 75).

Savimonės adaptacijos būdas yra dvejopas, t. y. fizinis, susijęs su asmens jausmais, pojūčiais, bei asmeninis, susijęs su idealais, individualiais standartais, etika, morale (Mansouri et al., 2019, p. 2; Pukinskienė, 2011, p. 75).

Vaidmens funkcijos adaptacinis būdas apibūdina žmogaus vaidmenį, taip pat ir asmens vaidmenį visuomenėje – ko visuomenė tikisi iš žmogaus, atliekančio kokį nors vaidmenį (Mansouri et al., 2019, p. 2; Pukinskienė, 2011, p. 75).

Tarpusavio priklausomybės adaptacijos būdas apibrėžiamas kaip pusiausvyra tarp priklausomybės, kuri parodo ryšį su kitais žmonėmis, bei savarankiškumo, kuris parodo sprendimų priėmimą, tikslų siekimą, gebėjimą savarankiškai veikti (Mansouri et al., 2019, p. 2; Pukinskienė, 2011, p. 75).

Remiantis šiuo modeliu, kontrolės procesai ar adaptacijos mechanizmai gali būti nagrinėjami pasitelkiant reguliavimo ir pažinimo sistemas (Mansouri et al., 2019, p. 2).

Slaugytojas, naudodamas C. Roy Adaptacijos modelį, siekia kuo geresnės paciento adaptacijos. Pirmiausia įvertinamas realus ir potencialus paciento elgesys, taip pat siekiama atpažinti netinkamo elgesio priežastis. Pagrindinis slaugos tikslas – pasiekti, kad paciento elgesys būtų adaptyvus (Pukinskienė, 2011, p. 75).

Analizuojant C. Roy teorinį slaugos modelį, nagrinėjamas ir jo pritaikymas pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis. Šis modelis gali būti naudojamas siekiant pagerinti pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, gyvenimo kokybę (Mansouri et al., 2019, p. 2, 8).

Nola J. Pender Sveikatos puoselėjimo modelis. Šis teorinis slaugos modelis pirmą kartą mokslinėje literatūroje paminėtas 1982 m. Jo tikslas – padėti slaugos specialistams suprasti pagrindinius sveikatos elgsenos veiksnius, siekiant skatinti sveiką gyvenimo būdą, puoselėti sveikatą. Optimalią asmens sveikatą N. J. Pender nurodo kaip pagrindinį slaugos tikslą. Slaugytojas, naudodamas šį modelį ir bendradarbiaudamas su pacientu gali padėti pacientui keisti sveikatos elgseną ir taip siekti sveikos gyvensenos bei gerovės (Pender, 2011, p. 2; Pukinskienė, 2011, p. 86). Naudodami Sveikatos puoselėjimo modelį, slaugytojai ugdo, skatina, modeliuoja pacientų elgesį bei daro įtakos motyvuojant ne tik atskirus asmenis, bet ir visuomenę. Slaugytojai yra patikimi specialistai, atsidavę padėti kitiems pasiekti kuo geresnę gyvenimo kokybę bei sveikatą (Campbell, 2018, p. 12).

Šis modelis pritaikytas slaugai, pasitelkiant Laukimo vertės teoriją (angl. *Expectancy value theory*) bei Socialinę kognityvinę teoriją (angl. *Social cognitive theory*). Laukimo vertės teorija teigia, kad asmenys atlieka veiksmus, norėdami pasiekti tikslus, kuriuos suvokia kaip realiai pasiekiamus ir turinčius vertingus rezultatus. Socialinė kognityvinė teorija teigia, kad asmens mintys, elgesys ir aplinka tarpusavyje sąveikauja, todėl asmuo, norėdamas pakeisti savo elgesį, pirmiausia turi pakeisti savo mąstymą (Pender, 2011, p. 2; Pukinskienė, 2011, p. 86).

Slaugos mokslininkai pasitelkia Sveikatos puoselėjimo modelį, analizuodami sveikatą skatinantį gyvenimo būdą bei žmogaus elgesį. Šis modelis siekia pagerinti bendrą asmens gerovę, numatyti ir paaiškinti sveikatą skatinantį elgesį, remiantis holistiniu požiūriu, kiekvieno žmogaus poreikiais, asmens santykiu su aplinka. Tai gali būti kaip vadovas, kurį galima pasitelkti nagrinėjant įvairius biologinius, socialinius bei psichologinius procesus, darančius įtaką gyvenimo būdo keitimui, sveikatos gerinimui (Pukinskienė, 2011, p. 86).

Sveikatos puoselėjimo modelis nustato pagrindinius veiksnius, turinčius įtakos asmens sveikatos elgsenai. Sveikatos puoselėjimo modelio prielaidos, atspindinčios slaugos ir elgesio mokslo perspektyvas yra šios:

- Žmogus siekia susidaryti tokias gyvenimo sąlygas, kuriomis galėtų maksimaliai išreikšti unikalų savo sveikatos potencialą;
- Asmuo geba įsivertinti savo žinias bei kompetencijas;
- Asmuo bando pasiekti asmeniškai priimtina pusiausvyrą tarp pokių ir stabilumo;
- Asmuo siekia aktyviai reguliuoti savo elgesį;
- Žmonės visa savo biopsichosocialine savastimi sąveikauja su aplinka – ją keičia ir yra jos veikiami;
- Sveikatos priežiūros specialistai yra tarpasmeninės asmens aplinkos dalis, daranti įtaką per visą jų gyvenimą;

- Keičiant elgesį svarbus asmens aplinkos pertvarkymas, inicijuojamas paties asmens (Pender, 2011, p. 7; Pukinskienė, 2011, p. 87).

Analizuojant Nola J. Pender teorinį slaugos modelį, pabrėžiamas ir jo pritaikymas pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis. Lėtinės ligos, tokios kaip išemine širdies liga, sukelia įvairūs rizikos veiksniai, nesveikas gyvenimo būdas bei jo įpročiai. Dėl šios priežasties ligų prevencija bei sveikatos stiprinimas, pagrįsti slaugos teorijomis ir modeliais turi didelę reikšmę sprendžiant visuomenės sveikatos problemas (Estrada et al., 2017, p. 108).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimas buvo atliktas Klaipėdos miesto daugiaprofilinio gydymo įstaigose, teikiančiose stacionarines ir ambulatorines-konsultacines antrinio-tretinio lygio paslaugas.

Tyrimo tikslui įgyvendinti pacientai atrinkti naudojant neatsitiktinę tikslinę imtį. Neatsitiktinė imtis yra tokia, „į kurią patekti tam tikriems populiacijos individams tikimybė lygi nuliui arba daug mažesnė kaip kitų“ (Mockienė ir kt., 2014, p. 26). Tikslinė imtis apibrėžiama kaip imtis, į kurią įtraukiami asmenys, kurie tyrėjo nuomone yra tipiškiausi tiriamuoju požymiu, pagal specifinius tikslus (Kardelis, 2016, p. 166).

Šio tyrimo pacientų atrankos kriterijai:

1. Pilnamečiai pacientai.
2. Pacientai, savo noru sutinkantys dalyvauti tyrime.
3. Pacientai, sergantys išemine širdies liga: širdies nepakankamumu, krūtinės angina, patyrę miokardo infarktą ir/ar turintys implantuotą kardiostimulatorių.
4. Pacientai, dėl sveikatos būklės galintys atsakyti į klausimus.
5. Pacientai, suprantantys lietuvių kalbą.

Tyrimo imties dydžiui sužinoti buvo panaudoti duomenys iš Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalo. 2017 m. Klaipėdos apskrityje ligotumas širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis buvo – 78 583 asmenys ($N = 78\,583$). Siekiant imties reprezentatyvumo, pacientų imtis apskaičiuota pagal I. Paniotto formulę (Mockienė ir kt., 2014, p. 31):

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

šioje formulėje: n – imties dydis; Δ – imties paklaidos dydis ($= 0,05$); N – generalinis visumos dydis.

Apskaičiavus imtį pagal I. Pianotto formulę nustatyta, kad tyrime reikia apklausti ne mažiau

kaip 397 pacientus (n = 397).

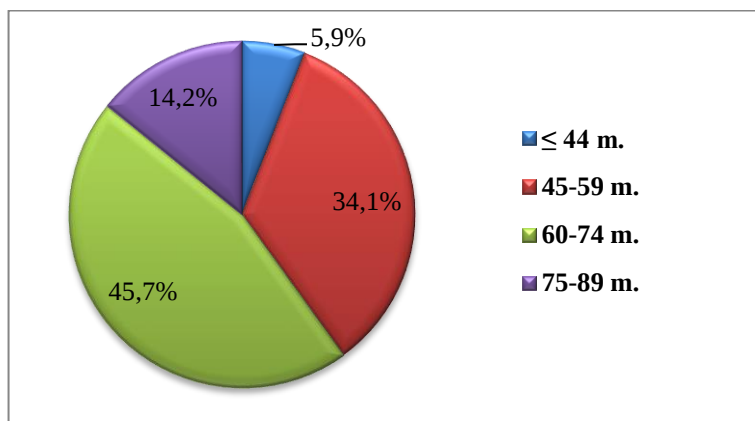
Internetinėje MacNew klausimyno (angl. *The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Instrument*) formoje, buvo nurodyta, kad šiam tyrimui atlikti galima atspausdinti 450 anketų.

Išdalinus 450 anketų trejose Klaipėdos miesto daugiaprofilinio gydymo įstaigose, kurių vadovai suteikė leidimus šio tyrimo atlikimui, baigus tyrimą buvo sugrąžintos 396 anketos. Iš jų 372 anketos (82,6 proc.) grįžo tinkamos vertinti ir jų duomenys buvo panaudoti atliekant statistinius skaičiavimus. 24 anketos grįžo sugadintos ar tuščios, o likusios anketos nebuvo sugrąžintos.

Tiriamąjį kontingentą sudarė 372 pacientai, sergantys širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis. Vyrų buvo 152 (40,9 proc.), moterų – 220 (59,1 proc.).

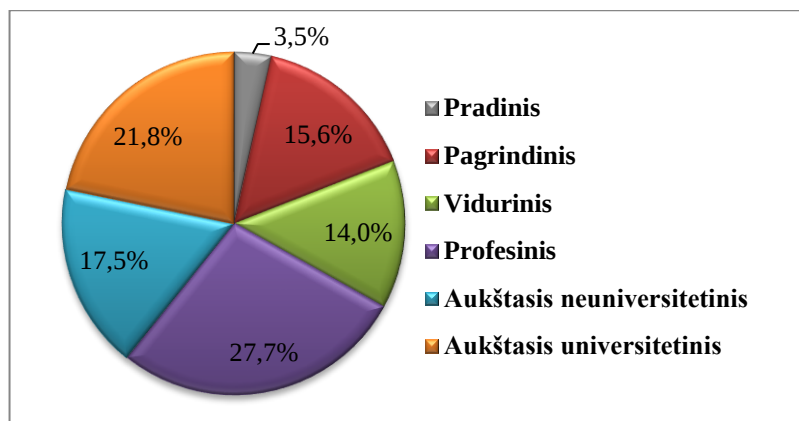
Pacientų amžius svyravo nuo 29 iki 89 metų (amžiaus vidurkis $62,30 \pm 11,10$ metų).

Suskirsčius tiriamuosius pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) rekomenduojamas amžiaus grupes buvo nustatyta, kad dauguma pacientų (45,7 proc.) buvo pagyvenusių (60-74 metų), 34,1 proc. buvo vidutinio amžiaus (45-59 metų), 14,2 proc. buvo senyvo amžiaus (75-89 metų) ir 5,9 proc. – jaunų (44 ir mažiau metų) pacientų (žr. 1 pav.).



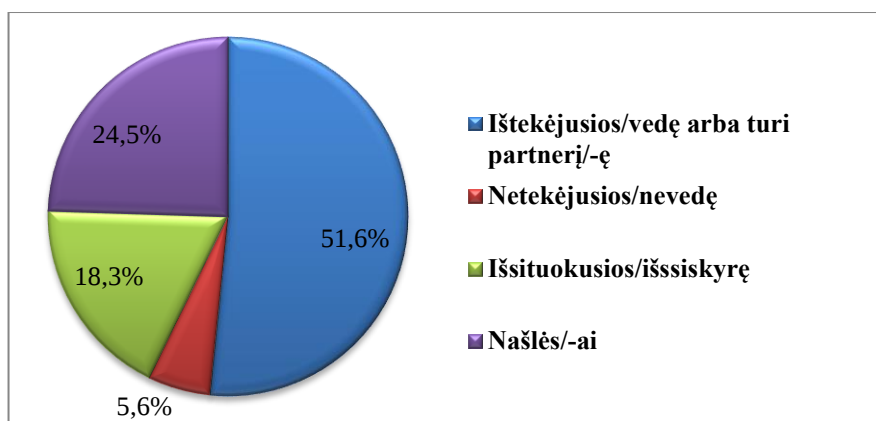
1 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (proc.).

Pagal išsilavinimą tiriamieji pasiskirstė taip – 27,7 proc. turėjo profesinį išsilavinimą, 21,8 proc. – aukštąjį universitetinį, 17,5 proc. – aukštąjį neuniversitetinį, 15,6 proc. – pagrindinį, 14,0 proc. – vidurinį ir 3,5 proc. – pradinį (žr. 2 pav., p. 32). Tolimesnėje analizėje pagal išsilavinimą buvo nagrinėtos trys grupės – su pradiniu/pagrindiniu išsilavinimu (71 (19,1 proc.)), su viduriniu/profesiniu (155 (41,7 proc.)) ir su aukštuoju (141 (39,2 proc.)).



2 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal išsilavinimą (proc.).

Apie pusę (51,6 proc.) tiriamųjų, klausiami apie šeiminę padėtį nurodė, kad buvo ištekęjusios/vedę arba turėjo partnerį/-ę, našlių buvo 24,5 proc., išsiskyrusių – 18,3 proc. ir nevedusių/netekėjusių – 5,6 proc. (žr. 3 pav.) Tolimesnėje analizėje pagal šeiminę padėtį buvo nagrinėjamos dvi grupės – vienišų pacientų (t. y. našliai/išsiskyrę/nevedę) (180 (48,4 proc.)) ir nevienišų pacientų (192 (51,6 proc.)).



3 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal šeiminę padėtį (proc.).

Kadangi šio tyrimo metu buvo nustatyta, kad ligos suvokimo ir gyvenimo kokybės vertinimai labai susiję su tiriamųjų amžiumi ir išsilavinimu bei lytimi ir šeimine padėtimi, buvo patikrinta kaip amžiaus grupės skyrėsi pagal lytį, išsilavinimą ir šeiminę padėtį. Tyrimo rezultatai parodė, kad amžiaus grupės reikšmingai skyrėsi pagal šiuos rodiklius – moterų daugiau buvo tarp 45 m. ir vyresnių tiriamųjų (atitinkamai 44 ir mažiau m. – 27,3 proc., 45-59 m. – 62,2 proc., 60-74 m. – 60,0 proc. ir 75-89 m. – 62,3 proc.), aukštąjį išsilavinimą dažniau turėjo 59 ir mažiau metų turintys tiriamieji (atitinkamai 50,0 proc., 68,5 proc., 27,1 proc. ir 3,8 proc.), o vienišų pacientų daugiausiai buvo tarp senyvo amžiaus (t. y. 75-89 metų) tiriamųjų (atitinkamai 40,9 proc., 44,9 proc., 43,5 proc. ir 75,5 proc.) (žr. 1 lentelė, p. 33).

1 lentelė. Sociodemografinių rodiklių skirtumai priklausomai nuo pacientų amžiaus.

Rodikliai	≤ 44 m.	45-59 m.	60-74 m.	75-89 m.	χ^2	p
	n=22	n=127	n=170	n=53		
Lytis, n(proc.):					10,01	0,019
Vyrai	16(72,7)	48(37,8)	68(40,0)	20(37,7)		
Moterys	6(27,3)	79(62,2)	102(60,0)	33(62,3)		
Išsilavinimas, n(proc.):					96,29	<0,001
Pradinis/pagrindinis	2(9,1)	9(7,1)	36(21,2)	24(45,3)		
Vidurinis/profesinis	9(40,9)	31(24,4)	88(51,8)	27(50,9)		
Aukštasis	11(50,0)	87(68,5)	46(27,1)	2(3,8)		
Šeiminė padėtis, n(proc.):					18,29	<0,001
Vieniši	9(40,9)	57(44,9)	74(43,5)	40(75,5)		
Nevieniši	13(59,1)	70(55,1)	96(56,5)	13(24,5)		

2.1.2. Tyrimo metodai

Atliekant tyrimą „Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo sąsajos su gyvenimo kokybe“ buvo panaudoti šie metodai: mokslinės literatūros analizė ir kiekybinis tyrimas.

Mokslinė literatūros analizė vyko viso magistro baigiamojo darbo rašymo metu, buvo atliekama naudojant šias duomenų bazes: *Cochrane*, *ClinicalKey*, *EBSCO*, *MEDLINE*, *PubMed*, *Scholar Google*, *Science Direct*, *Trip Database*.

Buvo analizuojami literatūros šaltiniai lietuvių ir anglų kalbomis, susiję su tyrimo tema. Ieškant reikiamos informacijos naudoti šie raktažodžiai bei jų kombinacijos: gyvenimo kokybė (angl. *quality of life*), kardiologinė slauga (angl. *cardiovascular nursing*), ligos suvokimas (angl. *illness perception*), pacientas (angl. *patient*), rizikos veiksniai (angl. *risk factors*), slauga (angl. *nursing*), širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (angl. *cardiovascular diseases*).

Pasirinktas kiekybinis tyrimas, t. y. anketinė apklausa, nes šis metodas tiesiogiai išmatuojamus reiškinius pateikia skaičiais, kurie atspindi tikslią populiaciją, yra objektyvūs ir patikimi, o tai padeda paaiškinti reiškinių dėsningumą. Taip pat atliekant šį tyrimą galima surinkti didelį respondentų kiekį, kad rezultatai kuo tiksliau atspindėtų populiaciją (Mockienė ir kt., 2014, p. 44-45). Kiekybinio tyrimo metu buvo naudojama apklausa raštu, naudojant uždaro tipo klausimus (1 priedas). Anketą sudarė 2 standartizuoti klausimynai, kuriems naudotis buvo gauti leidimai iš juos sukūrusių autorių. Aprašomoji duomenų analizė buvo atliekama statistiniu programų paketu „SPSS 23.0.0 for Windows“.

Išanalizavus gautus rezultatus ir juos palyginus su kitų mokslininkų darbais, buvo pateiktos išvados bei rekomendacijos.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimo instrumentas – anoniminė anketa. Anketa sudaro 2 standartizuoti klausimynai, t. y. Trumpas ligos suvokimo klausimynas (angl. *The Brief Illness Perception Questionnaire*) ir MacNew klausimynas, skirtas vertinti kardiologinėmis ligomis sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (angl. *The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Instrument*). Abiem šiems klausimynams buvo gauti juos sukūrusių autorių leidimai.

Tyrimo instrumento struktūra. Anketoje iš viso yra 40 klausimų, iš jų – 39 uždaro tipo klausimų ir 1 atviro tipo klausimas. Anketa galima suskirstyti į 3 dalis:

1. Klausimai nuo 1 iki 4 skirti išsiaiškinti paciento demografinius duomenis, t. y. lytį, amžių, išsilavinimą bei šeiminių padėtį. Ši klausimyno dalis sudaryta darbo autorės.
2. 5-ąjį klausimą sudaro 9 punktai, tai – Trumpas ligos suvokimo klausimynas (angl. *The Brief Illness Perception Questionnaire*). Šis klausimynas skirtas greitam kognityviniam ir emociniam ligos suvokimo įvertinimui (Broadbent et al., 2006, p. 631). Šis klausimynas yra patvirtinta ir patikima priemonė vertinti asmens ligos suvokimui. Trumpoji ligos suvokimo klausimyno versija pasirinkta todėl, nes labiau tinka sunkiai sergantiems pacientams, vyresnio amžiaus pacientams, kad mažiau juos vargintų ir truktų neilgai. Taip pat šis klausimynas labiau tinkamas tiems pacientams, kurie turi sunkumų skaityti ir/ar rašyti (Broadbent et al., 2006, p. 632). Buvo gautas autorės Elizabeth Broadbent leidimas naudotis šiuo klausimynu (2 priedas). Trumpas ligos suvokimo klausimynas išverstas į lietuvių kalbą taikant dvigubo vertimo metodą skirtinguose vertimų biuruose. Anglų kalbos versijos buvo patikrintos sveikatos priežiūros specialisto, kalbančio anglų kalba. Trumpą ligos suvokimo klausimą sudaro aštuonių klausimų skalė bei vienas atviras priežastinis klausimas. Kiekvienas klausimas yra skirtas įvertinti tam tikrą ligos suvokimo dimensiją: ligos pasekmių (ligos įtaka asmens gyvenimui: nuo „visiškai neveikia“ iki „smarkiai veikia“), ligos trukmės (asmens nuomonė apie ligos trukmę: nuo „labai trumpai“ iki „amžinai“), asmeninės kontrolės (asmens nuomonė apie tai, ar jis kontroliuoja savo ligos eigą: nuo „visiškai nekontroliuoju“ iki „visiškai kontroliuoju“), gydymo kontrolės (asmens nuomonė apie tai, ar gydymas padeda esamai ligai: nuo „visai nepadeda“ iki „labai padeda“), ligos tapatumo (ligos patiriami simptomai: nuo „visai nepatiriu“ iki „jaučiu daugybę simptomų“), susirūpinimo liga (asmens nerimas dėl ligos: nuo „esu ramus (-i)“ iki „labai nerimauju“), ligos aiškumo (asmens nuomonė apie savo ligos supratimą: nuo „visai nesuprantu“ iki „puikiai suprantu“), emocinės reakcijos (ligos įtaka asmens

emocinei būsenai: nuo „visiškai neveikia“ iki „smarkiai veikia“) bei ligos priežasčių (atviras priežastinis klausimas). Aštuoniems klausimams skalėje atsakymo variantai nurodyti Likerto skalėje nuo 0 iki 10, pacientui pasirenkant labiausiai, jo nuomone, tinkantį skaičių. Atviras priežastinis klausimas buvo skirtas įrašyti tris svarbiausias priežastis, paciento nuomone, turėjusias įtakas esamai ligai. Remiantis instrumento autore, atviro klausimo atsakymai buvo sugrupuoti į kategorijas: gyvenimo būdas, nepakeičiami rizikos veiksniai (t. y. amžius, paveldimumas), dirbamas darbas, žalingi įpročiai, stresas, netinkamas gydymas, gretutinės ligos (Broadbent et al., 2006, p. 632). Ligos suvokimo sunkumo skalė, t. y. bendras ligos suvokimo balas, parodo, ar pacientas savo ligą suvokia kaip grėsmingą, pavojingą, ar susitapatina su savo liga bei ją vertina neigiamai. Ligos suvokimo skalių vertinimai galėjo varijuoti nuo 0 iki 10 balų, kur didesnis balas reiškia sunkesnę ligos suvokimą, t. y. tuo labiau pacientas suvokia sunkesnius ligos padarinius, ilgesnę ligos trukmę, didesnę susirūpinimą savo liga ir kt. Asmeninės kontrolės, gydymo kontrolės ir ligos aiškumo klausimų vertinimai turėjo priešingą kryptį nei kiti klausimai, todėl jų vertinimai skaičiuojant buvo reversuoti. Didžiausias bendras ligos sunkumo skalės galimas balas yra 80, o mažiausias – 0. Kuo aukštesnis bendrasis balas, tuo labiau tai atspindi neigiamą ligos suvokimą, grėsmingesnę asmens požiūrį į savo ligą, tuo tarpu mažesnis bendrasis balas rodo palankų ligos suvokimą, geresnę požiūrį į savo ligą (Broadbent et al., 2006, p. 632).

3. Klausimus nuo 6 iki 32 sudaro MacNew klausimynas (angl. *The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Instrument*). Šis klausimynas skirtas įvertinti kaip kasdienė veikla bei fizinė, emocinė ir socialinė asmens būklė yra veikiami išeminės širdies ligos bei jos gydymo. Šis klausimynas yra modifikuota Gyvenimo kokybės įvykus miokardo infarktui klausimyno (angl. *The Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire*) versija (Gierlaszyńska et al., 2016, p. 80; Höfer et al., 2004, p. 2). Šis klausimynas skirtas sergantiesiems išemine širdies liga (krūtinės angina, širdies nepakankamumu, patyrusiems miokardo infarktą) bei turintiems implantuotą kardiostimuliatorių. Buvo gautas autoriaus Stefan Höfer leidimas naudotis šiuo klausimynu (3 priedas), su sąlygomis, kad šis klausimynas nebus modifikuojamas ar kitaip keičiamas, suteikiant autoriams tinkamą pripažinimą, kad klausimynas bus naudojamas tik šiam tyrimui atlikti, taip pat – kad gautais duomenimis bus pasidalinta su MacNew registru. Klausimynas atsiųstas jau išverstas į lietuvių kalbą. Šį klausimyną sudaro 27 klausimai. Klausimai yra sugrupuoti į 3 pagrindines sritis: fizinių apribojimų (ją sudaro 13 klausimų), emocinės funkcijos (ją

sudaro 14 klausimų) ir socialinės funkcijos (ją sudaro 13 klausimų). Taip pat yra 5 klausimai, susiję su simptomais: krūtinės skausmu, oro trūkumu, nuovargiu, galvos svaigimu, kojų skausmu. Šio klausimyno vertinamas laikotarpis – paskutinės 2 savaitės (Höfer et al., 2004, p. 3). Kiekvienam šio klausimyno klausimui yra pateikti septyni uždaro tipo atsakymai. Pacientas turi pasirinkti vieną, labiausiai, jo nuomone, jam tinkantį atsakymo variantą. Kiekvienas atsakymo variantas galėjo įgyti reikšmę nuo 1 iki 7 balų, kur aukštesnis balas atitiko geresnį vertinimą ir geresnę gyvenimo kokybę. Bendra klausimyno balų suma apskaičiuojama padalijant kiekvieno atskiuro atsakymo varianto sumą iš klausimyne nurodytų balų skaičiaus. Pagal autorių pateikiamą MacNew klausimyno skaičiavimo algoritmą, suskaičiuojamos fizinės, emocinės, socialinės gyvenimo kokybės sričių bei bendras gyvenimo kokybės vertinimas (Höfer et al., 2004, p. 3; Vecchis et al., 2016, p. 303).

Klausimynų vidinis patikimumas. Buvo apskaičiuotas šiame darbe naudojamų Ligos suvokimo bei MacNew klausimynų vidinis patikimumas. Šių klausimynų vidinis patikimumas vertintas apskaičiavus Cronbach'o Alfa koeficientą kiekvienai skalei. Koeficiento reikšmė iki 0,6 rodo žemą klausimyno suderinamumą, reikšmė nuo 0,6 iki 0,7 – pakankamą, o nuo 0,7 iki 0,9 – aukštą suderinamumą.

Šiame tyrime naudojamų Trumpo ligos suvokimo ir MacNew klausimynų vidinio suderinamumo rodikliai yra aukšti – didesni už 0,7 (žr. 2 lentelė).

Trumpo ligos suvokimo klausimyno (angl. *The Brief Illness Perception Questionnaire – BIPQ*) vidinis patikimumas yra aukštas, t. y. didesnis nei 0,7 (0,773).

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, t. y. MacNew klausimyno (angl. *The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Instrument*) visų sričių, t. y. bendros ir fizinės, emocinės, socialinės sričių gyvenimo kokybės Cronbach'o Alfa koeficientai yra aukšti – didesni nei 0,7.

2 lentelė. Trumpo ligos suvokimo ir MacNew klausimynų vidinis patikimumas.

Skalės	Cronbach'o Alfa
Trumpo ligos suvokimo	0,773
Gyvenimo kokybės (MacNew) sritys:	
Bendra	0,970
Fizinė	0,883
Emocinė	0,942
Socialinė	0,951

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Siekiant atlikti tyrimą buvo kreiptasi į Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisiją dėl tyrimo instrumento patvirtinimo. Patvirtinus tyrimo instrumentą Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje, buvo kreiptasi į Klaipėdos apskrities daugiaprofilinio gydymo įstaigų vadovus dėl leidimų atlikti tyrimą jų vadovaujamose įstaigose. Gavus šiuos leidimus, buvo kreiptasi į skyrių vyresniąsias slaugytojas, joms buvo parodyti patvirtinti įstaigos vadovų leidimai bei pats tyrimo instrumentas. Paprašius, buvo paliktos patvirtintų įstaigų vadovų leidimų kopijos bei po tyrimo instrumentą. Taip pat, esant nustatytai tvarkai, buvo užpildyta „Mokslinio tyrimo, anketinės apklausos registravimo forma“. Skyrių vyresniosioms slaugytojoms leidus bei nurodžius šiam tyrimui tinkamus pacientus, kurie sutiko laisvu noru dalyvauti tyrime, buvo papasakota apie tyrimą, jo tikslą, apie gautų, susistemintų duomenų svarbą moksliniams tyrimams. Pacientams buvo užtikrinta savanoriškumo bei apsisprendimo teisė sutikti ar atsisakyti toliau dalyvauti tyrime. Pacientai bet kuriuo metu galėjo nutraukti tyrimą, t. y. anketos pildymą.

Remiantis V. Mockiene, D. Drungiliene, A. Martinkėnu (2014, p. 64), išskirti šie pagrindiniai tyrimo proceso etapai:

1. Temos pasirinkimas – 2018.09/2018.10. Tema pasirinkta atsižvelgiant į problemos aktualumą. Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad kiekvienais metais nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų pasauliniu mastu mirštama daugiausia (Greco et al., 2014, p. 9; Hyeon-Young et al., 2015, p. 350; Odom et al., 2016, p. 1). Yra mokslinių duomenų, kad širdies ir kraujagyslių sistemos ligos siejasi su blogesne gyvenimo kokybe (Hyeon-Young et al., 2015, p. 349), taip pat, kad požiūris į savo ligą siejasi su tuo, kaip pacientai siekia valdyti savo ligą bei daryti įtaką tolimesnei ligos eigai (Petek et al., 2018, p. 39).
2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas – 2018.10/2019.11. Mokslinės literatūros analizės metu buvo nagrinėjami, vertinami ir palyginami kitų autorių tyrimai. Straipsniai buvo atrenkami pagal temos aktualumą. Mokslinės literatūros apžvalga vyko viso magistro baigiamojo darbo rašymo metu, buvo atliekama naudojant šias duomenų bazines: *Cochrane*, *ClinicalKey*, *EBSCO*, *MEDLINE*, *PubMed*, *Scholar Google*, *Science Direct*, *Trip Database*. Buvo analizuojami literatūros šaltiniai lietuvių ir anglų kalbomis, susiję su tyrimo tema. Ieškant reikiamos informacijos buvo naudojami šie raktažodžiai bei jų kombinacijos: gyvenimo kokybė (angl. *quality of life*), kardiologinė slauga (angl. *cardiovascular nursing*), ligos suvokimas (angl. *illness perception*), pacientas (angl. *patient*), rizikos veiksniai (angl. *risk factors*), slauga (angl. *nursing*), širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (angl. *cardiovascular diseases*).

3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas – 2018.10/2019.02. Tyrimui buvo parengta anketa, kurią sudaro 2 standartizuoti klausimynai, t. y. Trumpas ligos suvokimo klausimynas (angl. *The Brief Illness Perception Questionnaire*) ir MacNew klausimynas, skirtas vertinti kardiologinėmis ligomis sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (angl. *The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Instrument*) (1 priedas). Abiem šiems klausimynams buvo gauti juos sukūrusių autorių leidimai (2, 3 priedai).
4. Tyrimo duomenų rinkimas – 2019.06/2019.09. Duomenys buvo renkami Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos patvirtintu tyrimo instrumentu.
5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas – 2019.09/2019.10. Buvo analizuojami gauti duomenys. Gauti kiekybinio tyrimo duomenys buvo susisteminti ir grafiškai pavaizduoti, naudojant aprašomosios statistikos metodą. Aprašomoji duomenų analizė atlikta statistiniu programų paketu „SPSS 23.0.0 for Windows“. Taikant Kolmogorov'o-Smirnov'o testą bei įvertinant asimetrijos ir eksceso rodiklių dydžius nustatytas visų darbe nagrinėjamų intervalinių požymių atitikimas normaliam pasiskirstymui. Požymių duomenys lentelėse pateikti: vidurkis $\pm$ standartinis nuokrypis (SD). Dviejų nepriklausomų grupių požymių vidurkių palyginimui naudotas *neporinis Student'o* (t) kriterijus, o daugiau nei dviejų grupių – *One-Way ANOVA* (F) metodas su *Post-Hoc LSD* daugiakartinio palyginimo testu. Požymių pasitaikymo dažnumo skirtumams vertinti, naudotas *Chi-kvadrato* (χ^2) kriterijus, o esant mažam atvejų skaičiui – *Fisher'o Exact* patikslinimas. Analizuojant požymių tarpusavio ryšius naudotas *Pearson'o* (r) koreliacijos metodas. Siekiant nustatyti faktorius, turinčius įtaką ligos sunkumo suvokimui ir gyvenimo kokybei, susijusiai su sveikata, buvo atlikta daugiamačių tiesinės regresijos analizė. Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ (*) – reikšmingas, kai $p < 0,01$ (**) – labai reikšmingas, kai $p < 0,001$ (***) – itin reikšmingas ir kai $p > 0,05$ (ns) – statistiškai nereikšmingas.
6. Tyrimo rezultatų palyginimas – 2019.10/2019.11. Tyrimo metu gauti duomenys buvo lyginami su mokslinėje literatūroje pateiktais duomenimis.
7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas – 2019.10/2019.11. Išanalizavus gautus duomenis, buvo pateiktos išvados bei rekomendacijos.
8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas – 2019.11/2019.12. Darbas buvo atliktas konsultuojantis su baigiamojo darbo vadovu, remiantis Klaipėdos universiteto darbuotojų paruošta metodine medžiaga, mokslo tiriamųjų ir baigiamųjų darbų rašymui, taip pat vadovaujantis KU Senato 2010 m. balandžio 9 d. nutarimu Nr. 11-56 „Klaipėdos

universiteto studentų savarankiškų rašto ir meno darbų bendrųjų reikalavimų aprašu“.

2.1.5. Tyrimo etika

Prieš atliekant šį tyrimą ir siekiant patvirtinti tyrimo instrumentą etiniu aspektu, buvo kreiptasi į Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisiją dėl tyrimo instrumento patvirtinimo. Kai tyrimo instrumentas buvo patvirtintas Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje, tuomet buvo pasirašyti Klaipėdos apskrities daugiaprofilinio gydymo įstaigų vadovų leidimai atlikti šį tyrimą jų vadovaujamose įstaigose. Visiems pacientams buvo užtikrinta savanoriškumo bei apsisprendimo teisė sutikti ar atsisakyti toliau dalyvauti tyrime. Pacientai bet kuriuo metu galėjo nutraukti tyrimą, t. y. anketos pildymą. Atliekant šį tyrimą, atsižvelgta į Pasaulinės medikų asociacijos (angl. *World Medical Association*) parengtą Helsinkio deklaraciją, kuri reglamentuoja mokslinius tyrimus, atliekamus su žmonėmis. Šiame tyrime buvo vadovaujamasi pagrindiniais etikos principais, kurie aiškinami šiuo metu aktualioje 2013 m. Helsinkio deklaracijos redakcijoje, t. y. autonomiškumo, anonimiškumo, privatumo, konfidencialumo, nežalingumo, sąžiningumo bei laisvo pasirinkimo etiniais principais.

Autonomiškumo ir anonimiškumo principų buvo laikomasi saugant tyrimo dalyvių duomenis, t. y. supažindinant pacientus su anketa, pabrėžus, kad ji yra anoniminė ir kad gauti rezultatai bus naudojami apibendrinta forma išvadoms pristatyti bei neleis nustatyti jų tapatybės. Tyrime nebuvo naudojami dalyvaujančių pacientų vardai ar kiti asmeniniai duomenys (Kardelis, 2016, p. 83; Mockienė ir kt., 2014, p. 65).

Konfidencialumo principas buvo užtikrintas laikantis pažado laikyti visą informaciją apie pacientą, pateikusi šiam tyrimui informaciją, paslapyje, šis principas buvo aptartas pačioje tyrimo pradžioje, tiksliai paaiškinus konfidencialumo ribas. Tyrime nebuvo pateikiami dalyvaujančių pacientų duomenys ar kita asmeninė informacija (Kardelis, 2016, p. 84; Mockienė ir kt., 2014, p. 65).

Savanoriškumo bei laisvo pasirinkimo etinių principų buvo laikomasi gerbiant tyrime dalyvaujančių pacientų apsisprendimo teisę, neverčiant pacientų dalyvauti tyrime, leidžiant jiems patiems nuspręsti savo noru, naudojantis turima teise atsisakyti dalyvauti tyrime ir nepildyti anketos ar nutraukti anketos pildymą bet kuriuo metu (Kardelis, 2016, p. 80; Mockienė ir kt., 2014, p. 65).

Sąžiningumo principo buvo laikomasi pateikiant tokius duomenis, kokie jie buvo gauti, t. y. jie nebuvo keičiami, nuslepiami ar kitaip klastojami (Mockienė ir kt., 2014, p. 66).

Taip pat, laikantis šių etikos principų nebuvo pažeistos ir klausimynų kūrėjų autorinės teisės.

2.2. Tyrimo rezultatai

2.2.1. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybė

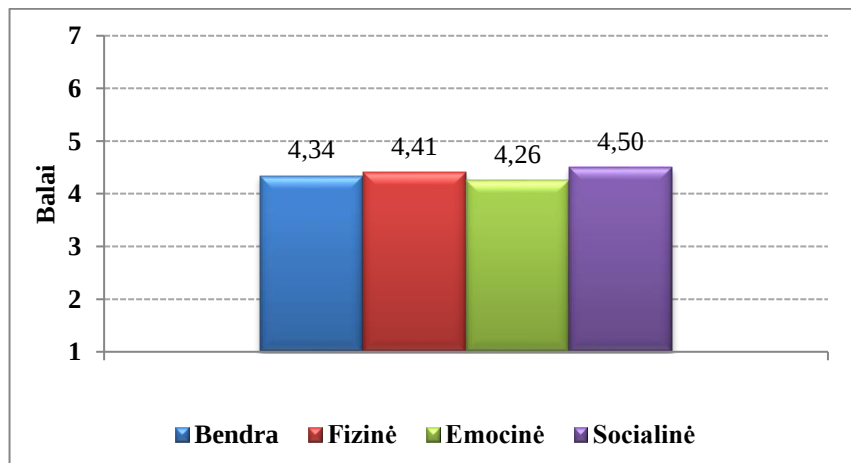
Pirmaisiais šio tyrimo anketos klausimais (nuo 1 iki 4) buvo analizuoti demografiniai pacientų duomenys, t. y. amžius, lytis, išsilavinimas bei šeiminė asmens padėtis. Demografinės pacientų charakteristikos pateiktos dalyje 2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos (30 psl.).

Klausimai nuo 6 iki 32 buvo skirti įvertinti pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. Siekiant nustatyti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybę, buvo naudojamas MacNew klausimynas (angl. *The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Instrument*). Šis klausimynas skirtas įvertinti bendrą asmens gyvenimo kokybę bei 3 jos pagrindines sritis, kurios yra susijusios su fizine sveikata, emocine būkle bei socialine funkcija.

Kiekvienas šio klausimyno klausimo (iš viso – 27) atsakymo variantas galėjo įgyti reikšmę nuo 1 iki 7 balų, kur aukštesnis balas atitiko geresnį gyvenimo kokybės vertinimą.

Visos gyvenimo kokybės sritys – fizinės, emocinės, socialinės bei bendroji – buvo apskaičiuotos pagal MacNew klausimyno autorių pateiktą algoritmą.

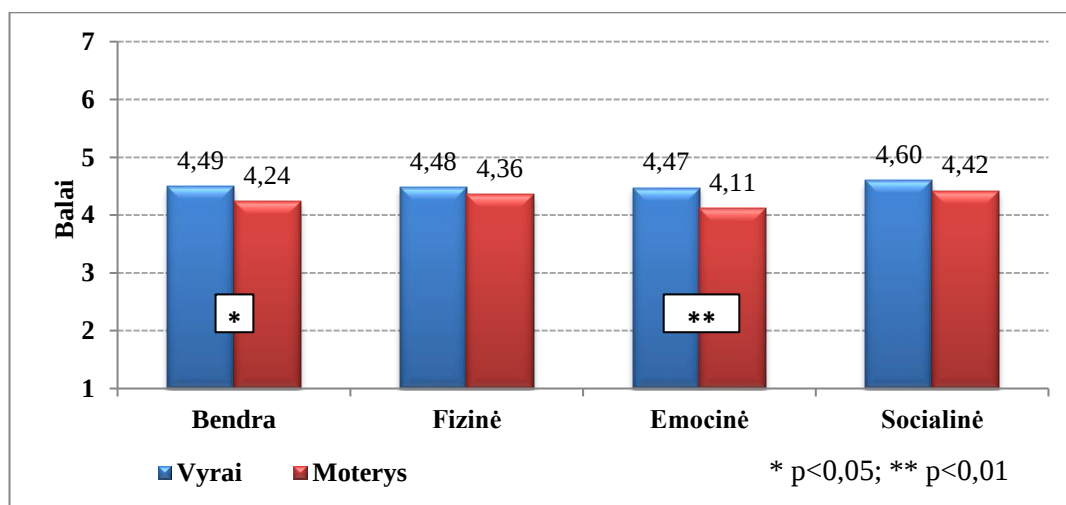
Šiame tyrime bendros gyvenimo kokybės rodiklio vidurkį sudarė $4,34 \pm 1,12$ balų, fizinės – $4,41 \pm 1,20$ balų, emocinės – $4,26 \pm 1,09$ balų ir socialinės – $4,50 \pm 1,25$ balų (žr. 4 pav.).



4 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir jos sričių vertinimai bendroje pacientų grupėje.

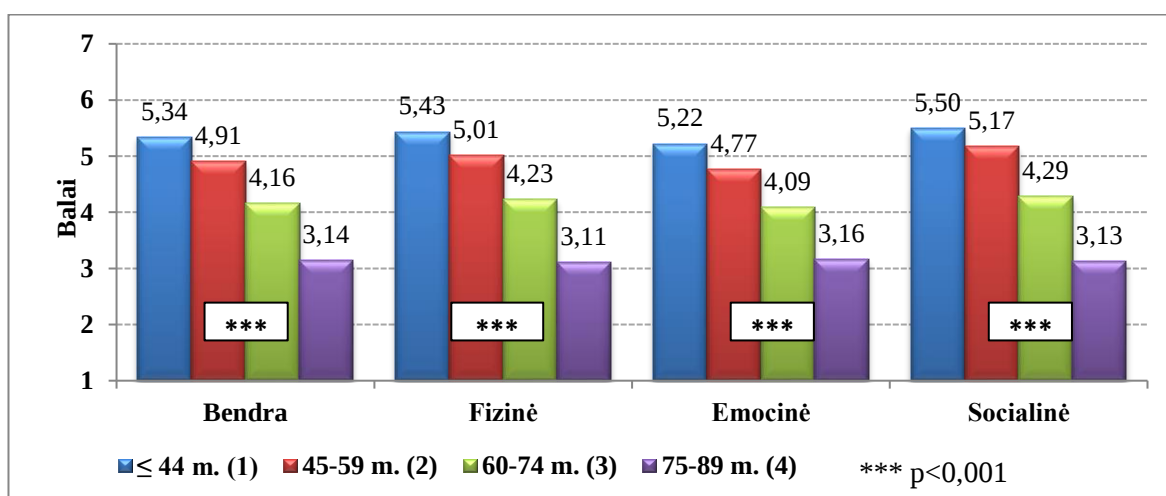
Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad moterys reikšmingai prasčiau vertino savo bendrą gyvenimo kokybę nei vyrai (moterų $4,24 \pm 0,99$ balų ir vyrų $4,49 \pm 1,27$ balų: $t=-2,11$ $p=0,036$), o ypač

susijusių su emocine būkle (moterų $4,11 \pm 0,97$ balų ir vyrų $4,47 \pm 1,22$ balų: $t=-3,15$ $p=0,002$). Fizinės ($p=0,326$) ir socialinės ($p=0,177$) sritys tarp moterų ir vyrų reikšmingai nesiskyrė (žr. 5 pav.).



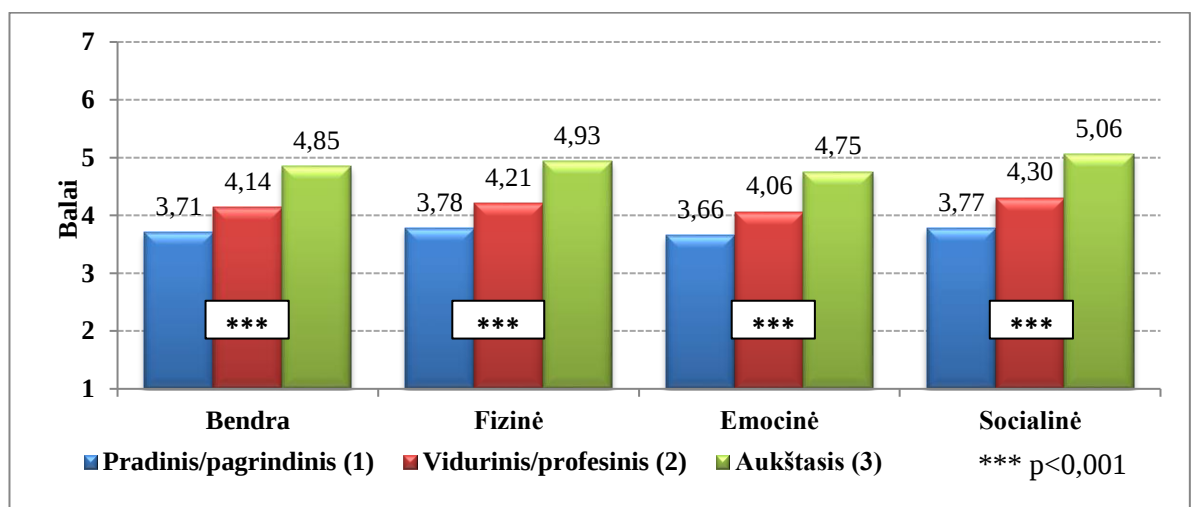
5 pav. Vyrų ir moterų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir jos sričių vertinimų skirtumai.

Šiame tyrime didelę įtaką gyvenimo kokybės vertinimui turėjo asmens amžius. Palyginus gyvenimo kokybės vertinimus tarp amžiaus grupių, buvo nustatyti itin reikšmingi ($p < 0,001$) bendros gyvenimo kokybės (44 ir mažiau m. $5,34 \pm 1,13$ balų, 45-59 m. $4,91 \pm 1,02$ balų, 60-74 m. $4,16 \pm 0,83$ balų ir 75-89 m. $3,14 \pm 0,88$ balų: $F=56,44$ $p < 0,001$) ir visų jos sričių vertinimų skirtumai – su amžiumi blogėjo tiek fizinės (44 ir mažiau m. $5,43 \pm 1,20$ balų, 45-59 m. $5,01 \pm 1,04$ balų, 60-74 m. $4,23 \pm 0,92$ balų ir 75-89 m. $3,11 \pm 1,05$ balų: $F=54,44$ $p < 0,001$), tiek emocinės (44 ir mažiau m. $5,22 \pm 1,27$ balų, 45-59 m. $4,77 \pm 1,07$ balų, 60-74 m. $4,09 \pm 0,81$ balų ir 75-89 m. $3,16 \pm 0,77$ balų: $F=46,92$ $p < 0,001$) tiek ir socialinės (44 ir mažiau m. $5,50 \pm 1,31$ balų, 45-59 m. $5,17 \pm 1,09$ balų, 60-74 m. $4,29 \pm 0,96$ balų ir 75-89 m. $3,13 \pm 0,98$ balų: $F=57,55$ $p < 0,001$) gyvenimo kokybės vertinimai (žr. 6 pav.).



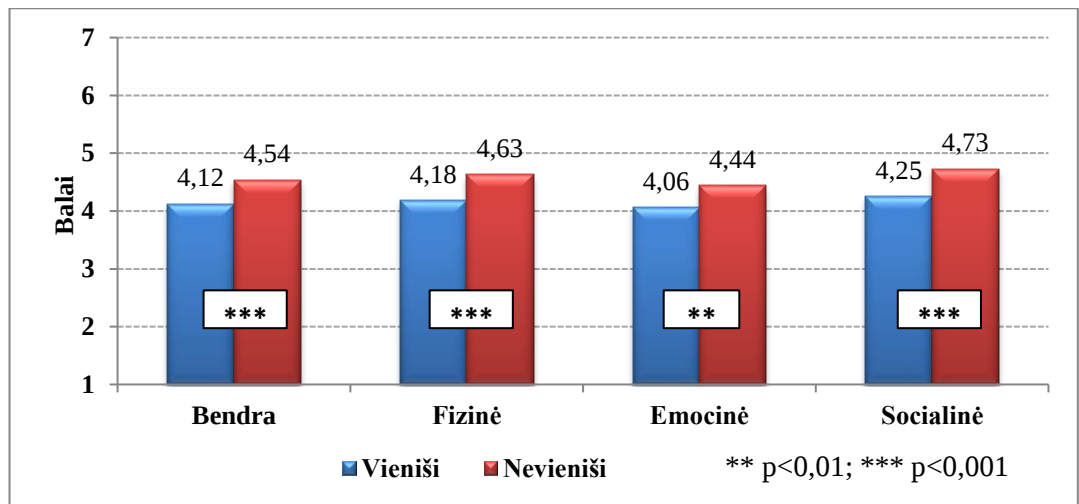
6 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir jos sričių vertinimai priklausomai nuo pacientų amžiaus.

Tyrimo rezultatai parodė, kad bendros gyvenimo kokybės ir jos sričių geresni vertinimai susiję su aukštesniu išsilavinimu – fizinę (su pradiniu/pagrindiniu $3,78 \pm 1,21$ balų, su viduriniu/profesiniu $4,21 \pm 1,14$ balų ir su aukštuoju $4,93 \pm 1,03$ balų: $F=29,60$ $p<0,001$: $p1:2<0,001$, $p1:3<0,001$, $p2:3<0,001$), emocinę (su pradiniu/pagrindiniu $3,66 \pm 0,98$ balų, su viduriniu/profesiniu $4,06 \pm 1,00$ balų ir su aukštuoju $4,75 \pm 1,03$ balų: $F=32,95$ $p<0,001$: $p1:2<0,001$, $p1:3<0,001$, $p2:3<0,001$) ir socialinę (su pradiniu/pagrindiniu $3,77 \pm 1,18$ balų, su viduriniu/profesiniu $4,30 \pm 1,18$ balų ir su aukštuoju $5,06 \pm 1,11$ balų: $F=33,73$ $p<0,001$: $p1:2<0,001$, $p1:3<0,001$, $p2:3<0,001$) sritis atitinkamai ir bendrą (su pradiniu/pagrindiniu $3,71 \pm 1,05$ balų, su viduriniu/profesiniu $4,14 \pm 1,05$ balų ir su aukštuoju $4,85 \pm 1,00$ balų: $F=33,98$ $p<0,001$: $p1:2<0,001$, $p1:3<0,001$, $p2:3<0,001$) geriausiai vertino turintys aukštąjį išsilavinimą, o prasčiausiai – pradinį/pagrindinį (žr. 7 pav.).



7 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir jos sričių vertinimai priklausomai nuo pacientų išsilavinimo.

Tyrimo rezultatai parodė, kad vienišų pacientų gyvenimo kokybė buvo žymiai prastesnė nei nevienišų (bendra GK: vienišų $4,12 \pm 1,16$ balų ir nevienišų $4,54 \pm 1,03$ balų: $t=-3,66$ $p<0,001$) – vieniši tiriamieji žymiai prasčiau vertino ir fizinę (vienišų $4,18 \pm 1,26$ balų ir nevienišų $4,63 \pm 1,10$ balų: $t=-3,68$ $p<0,001$), ir emocinę (vienišų $4,06 \pm 1,13$ balų ir nevienišų $4,44 \pm 1,02$ balų: $t=-3,45$ $p=0,001$), ir socialinę (vienišų $4,25 \pm 1,31$ balų ir nevienišų $4,73 \pm 1,15$ balų: $t=-3,73$ $p<0,001$) gyvenimo kokybės sritis nei nevieniši pacientai (žr. 8 pav., p. 43).



8 pav. Vieniųjų ir nevieniųjų pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir jos sričių vertinimų skirtumai.

2.2.2. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimas

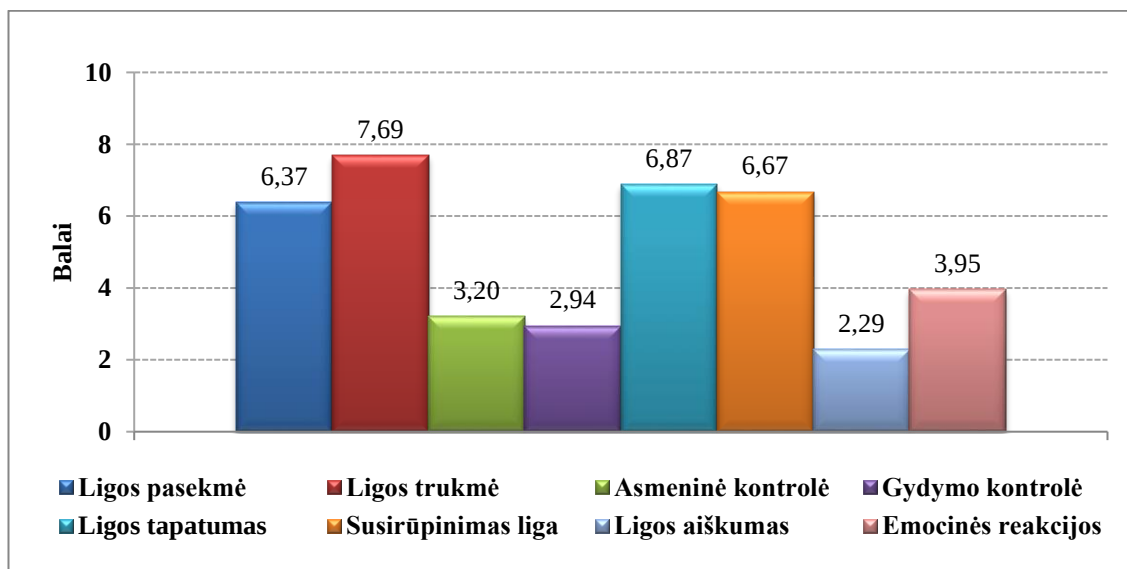
Penktąjį anketos klausimą sudarė 9 punktai. Šis klausimas buvo skirtas nustatyti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimui. Tam buvo naudojamas Trumpas ligos suvokimo klausimynas (angl. *The Brief Illness Perception Questionnaire*).

Trumpą ligos suvokimo klausimyną sudarė aštuonių klausimų skalė bei vienas atviras priežastinis klausimas. Aštuoniems klausimams skalėje atsakymo variantai nurodyti 10-balų skalėje (t. y. Likerto skalėje nuo 0 iki 10), pacientui pasirenkant labiausiai, jo nuomone, tinkantį skaičių. Atviras priežastinis klausimas buvo skirtas įrašyti tris svarbiausias priežastis, paciento nuomone, turėjusias įtakos esamai ligai.

Kiekvienas Trumpo ligos suvokimo klausimyno klausimas buvo skirtas įvertinti tam tikrą ligos suvokimo dimensiją: ligos pasekmių, ligos trukmės, asmeninės kontrolės, gydymo kontrolės, ligos tapatumo, susirūpinimo liga, ligos aiškumo, emocinės reakcijos.

Ligos sunkumo suvokimo skalė (t. y. bendras ligos suvokimo balas) apskaičiuota sudėjus ligos pasekmių, trukmės, tapatumo, susirūpinimo liga, emocinės reakcijos skales su reversuotomis asmeninės kontrolės, gydymo kontrolės ir ligos aiškumo skales (kadangi šių klausimų vertinimai turėjo priešingą kryptį nei kiti klausimai). Ligos sunkumo suvokimo rodiklis galėjo įgyti reikšmes nuo 0 iki 80 balų, kur didesnis balas reiškia neigiamesnį (sunkesnės ligos) ligos suvokimą. Kuo aukštesnis bendrasis balas, tuo labiau tai atspindi neigiamą ligos suvokimą, grėsmingesnį asmens požiūrį į savo ligą, tuo tarpu mažesnis bendrasis balas rodo palankų ligos suvokimą, geresnį požiūrį į savo ligą. Šiame tyrime šis rodiklis varijavo nuo 3 iki 70 balų, vidurkį sudarė $39,97 \pm 12,39$ balų.

Šiame tyrime analizuojant ligos suvokimo skalių (t. y. dimensijų) vertinimus bendroje tiriamųjų grupėje, didžiausi vertinimai nustatyti ligos trukmės ($7,69 \pm 2,63$ balų), ligos tapatumo ($6,87 \pm 2,36$ balų), susirūpinimo liga ($6,67 \pm 2,83$ balų) dimensijose, o mažiausi – ligos aiškumo ($2,29 \pm 2,04$ balų), gydymo kontrolės ($2,94 \pm 2,40$ balų), asmeninės kontrolės ($3,20 \pm 2,78$ balų). Aukštesni šių skalių balai parodė, kad tiriamieji suvokė ilgesnę esamos ligos trukmę, sunkesnius ligos padarinius bei daugiau esamos ligos simptomų (žr. 9 pav.).



9 pav. Ligos suvokimo skalių vertinimai bendroje pacientų grupėje.

Suvokiamų ligos priežasčių įvertinimui buvo pateikiamas atviras klausimas, į kurį pacientai turėjo įrašyti tris, jų manymu, svarbiausias savo ligos priežastis, tačiau didžioji dauguma (80,1 proc.) tiriamųjų nenurodė jokios priežasties arba nurodė, kad nežino. Likusieji nurodė tokias priežastis kaip nesveiką gyvenimo būdą (9,4 proc.), dirbamą darbą (fizinį, naktinį) (6,7 proc.), žalingus įpročius (7,3 proc.), stresą (6,7 proc.), nepakeičiamus rizikos veiksnius (paveldimumą, amžių) (4,3 proc.), netinkamą gydymą (1,9 proc.), nutukimą (1,3 proc.), gretutines ligas (3,0 proc.). Atsakymai buvo sugrupuoti į šias kategorijas remiantis šį klausimyną sukūrusios autorės E. Broadbent rekomendacijomis.

Analizuojant ligos suvokimo ir jo skalių vertinimus priklausomai nuo ligos priežasčių žinojimo (nežinančiųjų grupę sudarė asmenys, kurie neįvardijo jokios priežasties arba nurodė, kad nežino) nustatyta, kad nors bendras ligos suvokimas tarp šių grupių buvo panašus, tačiau ligos pasekmes (1 grupės $5,31 \pm 2,66$ balų ir 2 grupės $6,63 \pm 2,47$ balų: $p < 0,001$), ligos trukmę (1 grupės $7,07 \pm 2,92$ balų ir 2 grupės $7,84 \pm 2,54$ balų: $p = 0,023$), jos tapatumą (1 grupės $6,05 \pm 2,46$ balų ir 2 grupės $7,07 \pm 2,30$ balų: $p = 0,002$) žymiai neigiamiau vertino nežinantys nei žinantys, tuo tarpu

emocinės reakcijos buvo mažesnės nežinančių ligos priežasčių grupėje nei žinančiųjų ligos priežastis (1 grupės $4,99 \pm 2,95$ balų ir 2 grupės $3,69 \pm 2,68$ balų: $p=0,001$) (žr. 3 lentelė).

3 lentelė. Ligos suvokimo ir jo skalių vertinimai priklausomai nuo ligos priežasčių žinojimo.

Ligos suvokimo skalės	Žino	Nežino	t	p
	n=74	n=298		
	1 grupė	2 grupė		
Ligos pasekmių	$5,31 \pm 2,66$	$6,63 \pm 2,47$	-3,88	<0,001
Ligos trukmės	$7,07 \pm 2,92$	$7,84 \pm 2,54$	-2,28	0,023
Asmeninės kontrolės	$3,34 \pm 2,19$	$3,16 \pm 2,25$	-0,62	0,538
Gydymo kontrolės	$2,62 \pm 2,26$	$3,01 \pm 2,43$	1,32	0,191
Ligos tapatumo	$6,05 \pm 2,46$	$7,07 \pm 2,30$	-3,22	0,002
Susirūpinimo liga	$6,50 \pm 2,79$	$6,71 \pm 2,84$	-0,58	0,562
Ligos aiškumo	$2,19 \pm 2,18$	$2,32 \pm 2,01$	0,45	0,652
Emocinės reakcijos	$4,99 \pm 2,95$	$3,69 \pm 2,68$	3,44	0,001
Ligos sunkumo suvokimas	$38,07 \pm 10,89$	$40,44 \pm 12,70$	-1,62	0,108

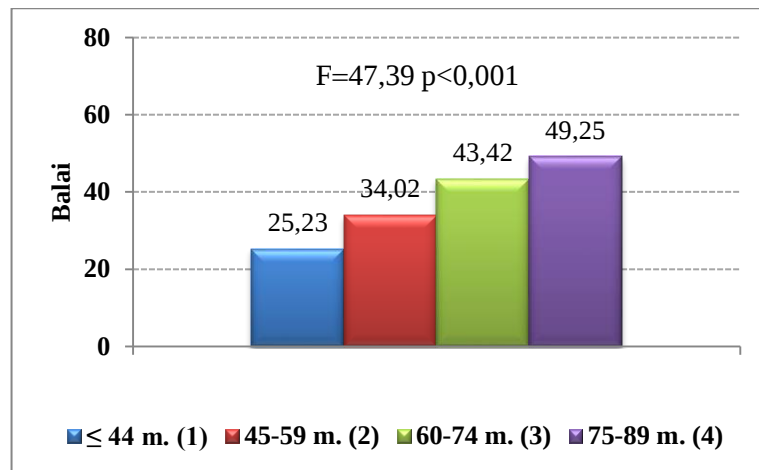
Šio tyrimo rezultatai parodė, kad moterų ligos suvokimas buvo reikšmingai neigiamesnis nei vyrų (moterų $41,53 \pm 9,97$ balų ir vyrų $37,71 \pm 14,97$ balų: $p=0,003$) (žr. 4 lentelė).

4 lentelė. Vyrų ir moterų ligos suvokimo ir jo skalių vertinimų skirtumai.

Ligos suvokimo skalės	Vyrai	Moterys	t	p
	n=152	n=220		
Ligos pasekmių	$6,09 \pm 2,73$	$6,56 \pm 2,42$	-1,74	0,083
Ligos trukmės	$7,16 \pm 3,02$	$8,05 \pm 2,27$	-3,11	0,002
Asmeninės kontrolės	$3,38 \pm 2,56$	$3,07 \pm 1,98$	-1,33	0,184
Gydymo kontrolės	$2,77 \pm 2,70$	$3,05 \pm 2,11$	1,11	0,269
Ligos tapatumo	$6,45 \pm 2,66$	$7,15 \pm 2,10$	-2,84	0,005
Susirūpinimo liga	$5,77 \pm 2,97$	$7,29 \pm 2,55$	-5,28	<0,001
Ligos aiškumo	$2,37 \pm 2,16$	$2,24 \pm 1,96$	-0,60	0,548
Emocinės reakcijos	$3,72 \pm 3,03$	$4,11 \pm 2,59$	-1,32	0,189
Ligos sunkumo suvokimas	$37,71 \pm 14,97$	$41,53 \pm 9,97$	-2,95	0,003

Nustatyta, kad moterys buvo labiau susirūpinusios dėl ligos (moterų $7,29 \pm 2,55$ balų ir vyrų $5,77 \pm 2,97$ balų: $p<0,001$), neigiamiau vertino ligos trukmę (moterų $8,05 \pm 2,27$ balų ir vyrų $7,16 \pm 3,02$ balų: $p=0,002$) ir tapatumą (moterų $7,15 \pm 2,10$ balų ir vyrų $6,45 \pm 2,66$ balų: $p=0,005$) nei vyrai (žr. 4 lentelė).

Atlikus ligos sunkumo suvokimo palyginimą tarp skirtingų amžiaus grupių nustatyti itin reikšmingi ($p<0,001$) skirtumai tarp visų grupių – pastebėta, kad su amžiumi ligos sunkumo suvokimas tampa neigiamesnis (44 ir mažiau m. $25,23 \pm 16,35$ balų, 45-59 m. $34,02 \pm 11,97$ balų, 60-74 m. $43,42 \pm 9,53$ balų ir 75-89 m. $49,25 \pm 6,24$ balų: $F=47,39$ $p<0,001$) (žr. 10 pav., p. 46).

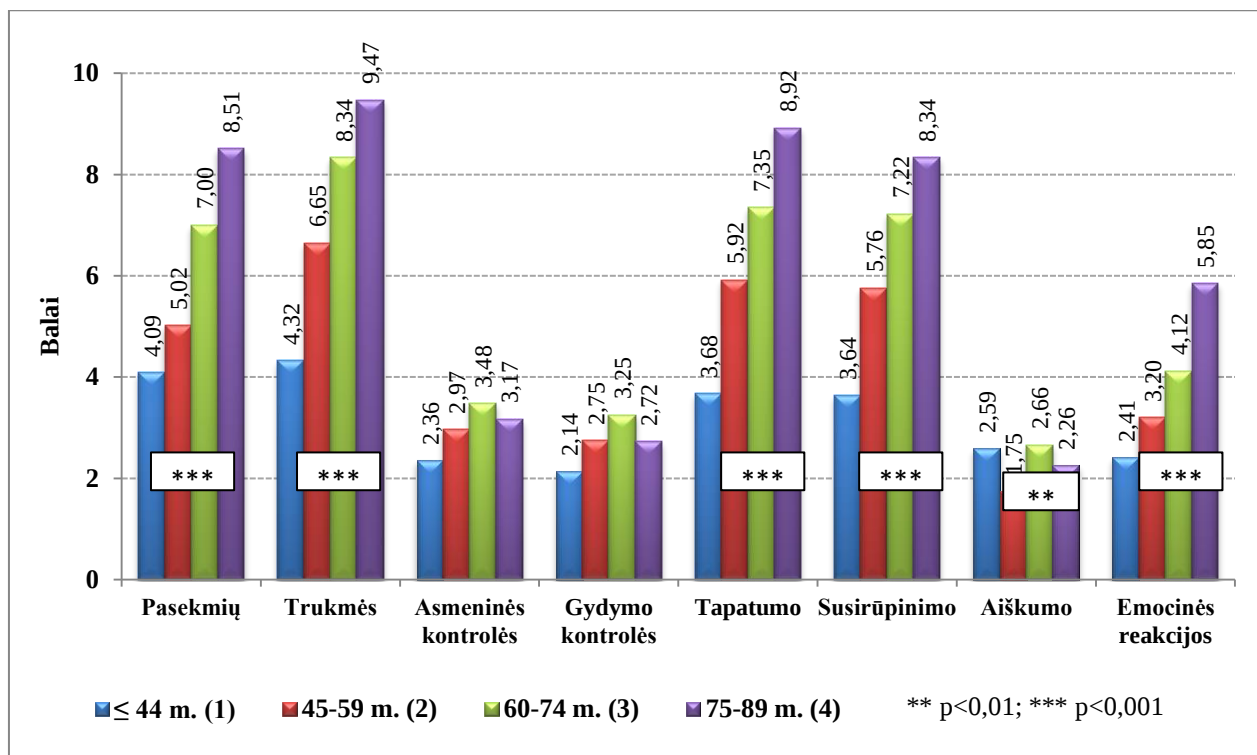


10 pav. Ligos sunkumo suvokimas priklausomai nuo pacientų amžiaus.

Šiame tyrime palyginus ligos suvokimo skalių vertinimus priklausomai nuo pacientų amžiaus buvo pastebėta, kad su amžiumi buvo blogiau vertinamos ligos pasekmės (44 ir mažiau m. $4,09 \pm 2,54$ balų, 45-59 m. $5,02 \pm 2,40$ balų, 60-74 m. $7,00 \pm 2,15$ balų ir 75-89 m. $8,51 \pm 1,61$ balų: $F=45,31$ $p<0,001$), jos trukmė (44 ir mažiau m. $4,32 \pm 2,92$ balų, 45-59 m. $6,65 \pm 2,93$ balų, 60-74 m. $8,34 \pm 1,95$ balų ir 75-89 m. $9,47 \pm 0,93$ balų: $F=39,50$ $p<0,001$), tapatumas (44 ir mažiau m. $3,68 \pm 2,17$ balų, 45-59 m. $5,92 \pm 2,24$ balų, 60-74 m. $7,35 \pm 1,99$ balų ir 75-89 m. $8,92 \pm 1,21$ balų: $F=50,09$ $p<0,001$), liga kėlė didesnę susirūpinimą (44 ir mažiau m. $3,64 \pm 2,79$ balų, 45-59 m. $5,76 \pm 3,00$ balų, 60-74 m. $7,22 \pm 2,37$ balų ir 75-89 m. $8,34 \pm 2,04$ balų: $F=25,18$ $p<0,001$) ir didesnę emocinę reakciją (44 ir mažiau m. $2,41 \pm 2,38$ balų, 45-59 m. $3,20 \pm 2,73$ balų, 60-74 m. $4,12 \pm 2,55$ balų ir 75-89 m. $5,85 \pm 2,72$ balų: $F=15,46$ $p<0,001$). Atlikus porinius palyginimus nustatyti reikšmingi skirtumai tarp visų grupių (žr. 11 pav., p. 47).

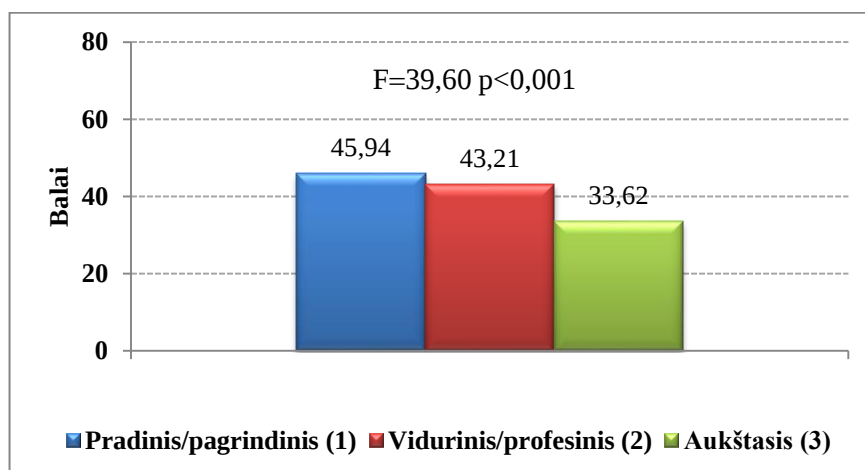
Tyrimo rezultatai parodė, kad ligos aiškumą pozityviau vertino vidutinio amžiaus (45-59 metų) tiriamieji nei jauni (44 ir mažiau m.) ($p1:2=0,049$) ir pagyvenę (60-74 metų) ($p2:3<0,001$) tiriamieji (44 ir mažiau m. $2,59 \pm 2,79$ balų, 45-59 m. $1,75 \pm 1,90$ balų, 60-74 m. $2,66 \pm 2,00$ balų ir 75-89 m. $2,26 \pm 1,83$ balų: $F=5,23$ $p=0,002$). Tarp kitų amžiaus grupių ligos aiškumo suvokimas reikšmingai nesiskyrė (žr. 11 pav., p. 47).

Taip pat reikšmingai nesiskyrė ir asmens ir gydymo kontrolės vertinimai tarp amžiaus grupių (žr. 11 pav., p. 47).



11 pav. Ligos suvokimo skalių vertinimai priklausomai nuo pacientų amžiaus.

Tyrimo metu nustatyta, kad ligos sunkumo suvokimas buvo susijęs su tiriamųjų išsilavinimu – pozityvesnis ligos suvokimas susijęs su aukštesniu išsilavinimu ypač lyginant aukštojo išsilavinimo (3) grupę su kitomis išsilavinimo grupėmis (1 ir 2) (su pradiniu/pagrindiniu $45,94 \pm 9,82$ balų, su viduriniu/profesiniu $43,21 \pm 10,67$ balų ir su aukštuoju (neuniversitetiniu/universitetiniu) $33,62 \pm 12,47$ balų: $F=39,60$ $p<0,001$: $p_{1:2}=0,092$, $p_{1:3}<0,001$, $p_{2:3}<0,001$) (žr. 12 pav.).

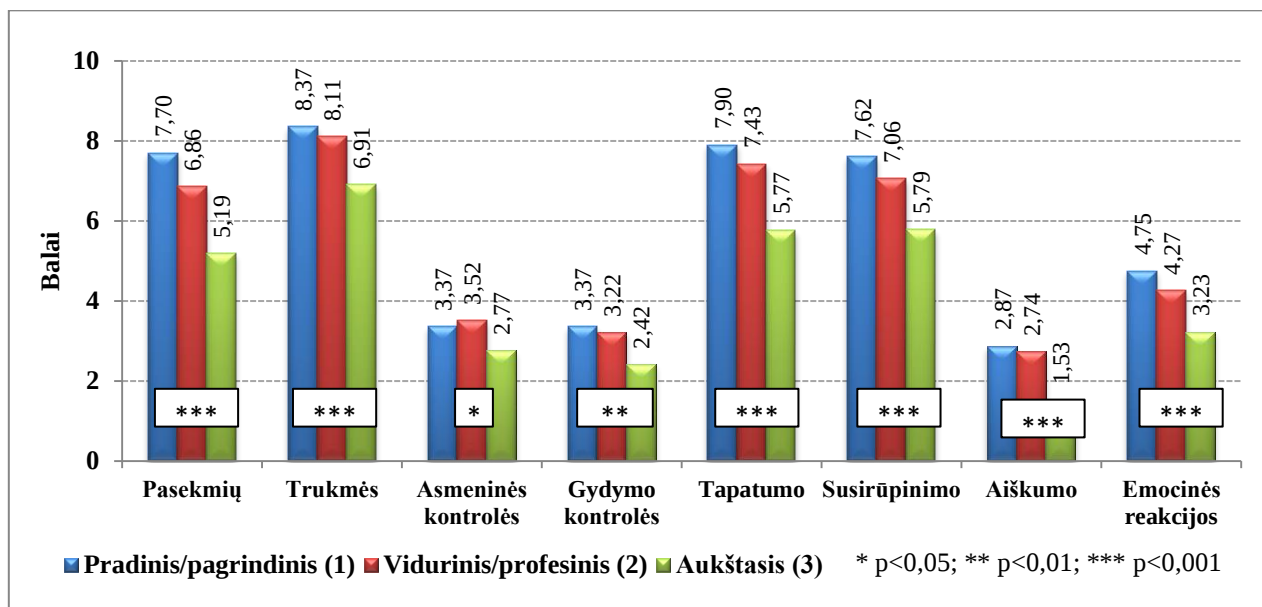


12 pav. Ligos sunkumo suvokimas priklausomai nuo pacientų išsilavinimo.

Nors ligos sunkumo suvokimas tarp pradinio/pagrindinio išsilavinimo grupės ir grupės su viduriniu/profesiniu išsilavinimu reikšmingai nesiskyrė, tačiau pastebėta tendencija, kad tiriamieji ir

su viduriniu/profesiniu išsilavinimu turėjo pozityvesnį požiūrį į ligą nei tiriamieji su pradiniu/pagrindiniu išsilavinimu (žr. 12 pav., p. 47).

Taip pat analizuojant gautus duomenis pastebėta, kad su žemesniu išsilavinimu buvo blogiau vertinamos visos ligos suvokimo skalės (žr. 13 pav.).



13 pav. Ligos suvokimo skalių vertinimai priklausomai nuo pacientų išsilavinimo.

Pacientai, turintys žemesnį išsilavinimą, prasčiau vertino ligos pasekmes (su pradiniu/pagrindiniu 7,70±2,33 balų, su viduriniu/profesiniu 6,86±2,29 balų ir su aukštuoju 5,19±2,45 balų: $F=32,87$ $p<0,001$: $p_{1:2}=0,014$, $p_{1:3}<0,001$, $p_{2:3}<0,001$). Ligos trukmę (su pradiniu/pagrindiniu 8,37±2,16 balų, su viduriniu/profesiniu 8,11±2,41 balų ir su aukštuoju 6,91±2,88 balų: $F=11,29$ $p<0,001$: $p_{1:2}=0,485$, $p_{1:3}<0,001$, $p_{2:3}<0,001$), jos tapatumą (su pradiniu/pagrindiniu 7,90±2,20 balų, su viduriniu/profesiniu 7,43±2,08 balų ir su aukštuoju 5,77±2,30 balų: $F=31,52$ $p<0,001$: $p_{1:2}=0,136$, $p_{1:3}<0,001$, $p_{2:3}<0,001$), aiškumą (su pradiniu/pagrindiniu 2,87±2,25 balų, su viduriniu/profesiniu 2,74±2,03 balų ir su aukštuoju 1,53±1,70 balų: $F=18,14$ $p<0,001$: $p_{1:2}=0,623$, $p_{1:3}<0,001$, $p_{2:3}<0,001$), susirūpinimą (su pradiniu/pagrindiniu 7,62±2,38 balų, su viduriniu/profesiniu 7,06±2,62 balų ir su aukštuoju 5,79±3,02 balų: $F=13,28$ $p<0,001$: $p_{1:2}=0,153$, $p_{1:3}<0,001$, $p_{2:3}<0,001$), emocinę reakciją (su pradiniu/pagrindiniu 4,75±2,96 balų, su viduriniu/profesiniu 4,27±2,56 balų ir su aukštuoju 3,23±2,75 balų: $F=9,31$ $p<0,001$: $p_{1:2}=0,223$, $p_{1:3}<0,001$, $p_{2:3}=0,001$), gydymo (su pradiniu/pagrindiniu 3,37±2,73 balų, su viduriniu/profesiniu 3,22±2,48 balų ir su aukštuoju 2,42±2,04 balų: $F=5,67$ $p=0,004$: $p_{1:2}=0,666$, $p_{1:3}=0,006$, $p_{2:3}=0,003$) ir asmeninę kontrolę (su pradiniu/pagrindiniu 3,37±2,34 balų, su viduriniu/profesiniu 3,52±2,31 balų ir su aukštuoju

2,77±2,03 balų: $F=4,63$ $p=0,010$: $p_{1:2}=0,622$, $p_{1:3}=0,049$, $p_{2:3}=0,003$) žymiai geriau vertino tiriamieji su aukščiau išsilavinimu nei žemesnio išsilavinimo grupių tiriamieji (žr. 13 pav., p. 48).

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad vienišų pacientų ligos suvokimas buvo reikšmingai neigiamesnis nei nevienišų (vienišų 41,45±12,94 balų ir nevienišų 38,58±11,71 balų: $p=0,026$). Vieniši pacientai neigiamiau vertino nei nevieniši šias ligos suvokimo sritis: ligos pasekmes (vienišų 6,69±2,63 balų ir nevienišų 6,07±2,46 balų: $p=0,019$), ligos trukmę (vienišų 7,97±2,55 balų ir nevienišų 7,43±2,69 balų: $p=0,048$), ligos tapatumą (vienišų 7,12±2,37 balų ir nevienišų 6,64±2,34 balų: $p=0,049$), ligos keliamą emocinę reakciją (vienišų 4,25±2,85 balų ir nevienišų 3,67±2,69 balų: $p=0,045$) (žr. 5 lentelė).

5 lentelė. Ligos suvokimo ir jo skalių vertinimai priklausomai nuo šeiminės padėties.

Ligos suvokimo skalės	Vieniši	Nevieniši	t	p
	n=180	n=192		
Ligos pasekmių	6,69±2,63	6,07±2,46	2,35	0,019
Ligos trukmės	7,97±2,55	7,43±2,69	1,99	0,048
Asmeninės kontrolės	3,18±2,30	3,21±2,19	-0,11	0,914
Gydymo kontrolės	3,09±2,65	2,79±2,14	1,23	0,220
Ligos tapatumo	7,12±2,37	6,64±2,34	1,97	0,049
Susirūpinimo liga	6,91±2,87	6,45±2,78	1,56	0,119
Ligos aiškumo	2,24±2,02	2,33±2,06	-0,42	0,675
Emocinės reakcijos	4,25±2,85	3,67±2,69	2,01	0,045
Ligos sunkumo suvokimas	41,45±12,94	38,58±11,71	2,24	0,026

Asmeninės ir gydymo kontrolės, susirūpinimo, ligos aiškumo suvokimo skalių vertinimai tarp vienišų ir nevienišų tiriamųjų reikšmingai nesiskyrė (žr. 5 lentelė).

2.2.3. Ryšys tarp pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo, gyvenimo kokybės bei sociodemografinių veiksnių

Siekiant įvertinti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos sunkumo suvokimo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, vertinimų tarpusavio ryšį buvo taikytas Pearson'o koreliacijos metodas. Tyrimo rezultatai parodė, kad gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sričių vertinimai yra stipriai susiję su pacientų ligos sunkumo suvokimu ($r=[-0,78; -0,68]$) – t. y. prastesnė gyvenimo kokybė susijusi su neigiamesniu ligos suvokimu (žr. 6 lentelė, p. 50).

Tokioms sąsajoms turėjo įtaką beveik visos ligos suvokimo, išskyrus ligos aiškumo, skalės. Ligos aiškumas turėjo teigiamą reikšmingą ryšį tik su fizine gyvenimo kokybės sritimi ($r=0,12$ $p=0,023$) – tiriamieji, kuriems jų liga buvo labiau aiški, prasčiau vertino savo gyvenimo kokybę susijusią su fizine sveikata (žr. 6 lentelė, p. 50).

6 lentelė. Pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybės ir ligos sunkumo suvokimo tarpusavio sąsajos.

Ligos suvokimo skalės	Gyvenimo kokybės sritys							
	Bendra		Fizinė		Emocinė		Socialinė	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Ligos pasekmių	-0,70	<0,001	-0,65	<0,001	-0,69	<0,001	-0,68	<0,001
Ligos trukmės	-0,58	<0,001	-0,54	<0,001	-0,59	<0,001	-0,55	<0,001
Asmeninės kontrolės	-0,19	<0,001	-0,17	0,001	-0,19	<0,001	-0,18	0,001
Gydymo kontrolės	-0,17	0,001	-0,10	0,049	-0,23	<0,001	-0,15	0,004
Ligos tapatumo	-0,67	<0,001	-0,62	<0,001	-0,68	<0,001	-0,64	<0,001
Susirūpinimo liga	-0,65	<0,001	-0,59	<0,001	-0,67	<0,001	-0,62	<0,001
Ligos aiškumo	0,06	ns	0,12	0,023	0,01	ns	0,06	ns
Emocinės reakcijos	-0,66	<0,001	-0,64	<0,001	-0,66	<0,001	-0,62	<0,001
Ligos sunkumo suvokimas	-0,75	<0,001	-0,68	<0,001	-0,78	<0,001	-0,71	<0,001

ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Kadangi šio tyrimo metu buvo nustatyta, kad ligos suvokimo ir gyvenimo kokybės vertinimai labai susiję su tiriamųjų amžiumi ir išsilavinimu bei lytimi ir šeimine padėtimi, buvo patikrinta kaip amžiaus grupės skyrėsi pagal lytį, išsilavinimą ir šeiminei padėtį (žr. 1 lentelė, p. 33).

Norint įvertinti šių sociodemografinių rodiklių įtaką ligos suvokimo, o taip pat ir gyvenimo kokybės sričių vertinimams, buvo atlikta tiesinė regresinė analizė.

Analizuojant veiksnus, darančius įtaką ligos sunkumo suvokimui, buvo sudarytas regresinis modelis (ENTER metodas), įtraukiant į jį amžių, lytį (binominalinis požymis, kur 1 – vyrai, 2 – moterys), išsilavinimą (ranginis požymis, kur 1 – pradinis/pagrindinis, 2 – vidurinis/profesinis, 3 – aukštasis) ir šeiminei padėtį (binominalinis požymis, kur 0 – vieniši, 1 – nevieniši).

Regresinio modelio determinacijos koeficientas $R^2=0,39$. Tai reiškia, kad sudarytu regresijos modeliu buvo galima apibendrinti apie 39,0 procentų duomenų. Nustatyta, kad ligos sunkumo suvokimui didžiausią įtaką turėjo amžius ($\beta=0,51$ $p<0,001$), taip pat įtakos turėjo lytis ($\beta=0,12$ $p=0,004$) ir išsilavinimas ($\beta=-0,17$ $p<0,001$) – t. y. pozityvus, teigiamas ligos suvokimas susijęs su jaunesniu amžiumi, vyriška lytimi ir aukštesniu išsilavinimu (žr. 7 lentelė, p. 51).

7 lentelė. Ligos sunkumo suvokimo ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimams įtaką darantys faktoriai.

Modeliai		R ² (p)	Nepriklausomi kintamieji				
			β (p)				
			Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Šeiminė padėtis	Ligos sunkumo suvokimas
Ligos sunkumo suvokimas		0,39 (<0,001)	0,12 (0,004)	0,51 (<0,001)	-0,17 (<0,001)	0,01 (ns)	-
Gyvenimo kokybės sritys	Bendra	0,61 (<0,001)	0,01 (ns)	-0,21 (<0,001)	0,05 (ns)	0,08 (0,026)	-0,60 (<0,001)
	Fizinė	0,52 (<0,001)	0,05 (ns)	-0,25 (<0,001)	0,04 (ns)	0,08 (0,025)	-0,51 (<0,001)
	Emocinė	0,63 (<0,001)	0,05 (ns)	-0,14 (0,001)	0,05 (ns)	0,07 (0,043)	-0,66 (<0,001)
	Socialinė	0,56 (<0,001)	0,03 (ns)	-0,24 (<0,001)	0,06 (ns)	0,08 (0,022)	-0,54 (<0,001)

ns - statistiškai nereikšmingas faktorius

Analizuojant veiksnius, turinčius įtakos gyvenimo kokybės vertinimams, buvo sudaryti 4 regresiniai modeliai (ENTER metodas), įtraukiant į juos amžių, lytį (binominalinis požymis, kur 1 – vyrai, 2 – moterys), išsilavinimą (ranginis požymis, kur 1 – pradinis/pagrindinis, 2 – vidurinis/profesinis, 3 – aukštasis), šeiminių padėčių (binominalinis požymis, kur 0 – vieniši, 1 – nevieniši) ir ligos sunkumo suvokimą.

Regresinių modelių determinacijos koeficientai didesni už 0,5 (R²=[0,52-0,63]) – tai reiškia, kad sudarytais regresijos modeliais buvo galima apibendrinti nuo 52 iki 63 procentų duomenų. Nustatyta, kad visas gyvenimo kokybės sritys labiausiai blogino savo ligos kaip sunkios suvokimas (β=[-0,66; -0,51]), taip pat neigiamai veikė amžius (β=[-0,25; -0,14]) ir vienišumas (β=[0,07;0,08]) (žr. 7 lentelė).

Kaip matyti 7 lentelėje, pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, vertinimai nepriklausė nuo lyties ir išsilavinimo.

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Šio tyrimo metu buvo iškelta hipotezė, kad pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, neigiamas ligos suvokimas turi įtakos blogesnei jų gyvenimo kokybei. Ši hipotezė pasitvirtino.

Šio tyrimo tikslas buvo išanalizuoti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo sąsajas su gyvenimo kokybe. Atliekant šį tyrimą, pirmiausia buvo nustatyti šių pacientų gyvenimo kokybės ir ligos suvokimo rodikliai. Gyvenimo kokybės tyrimai sulaukia vis didesnio mokslininkų susidomėjimo, todėl mokslinėje literatūroje pateikiama gana daug duomenų, patvirtinančių, kad pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybė yra žymiai blogesnė. Teigiama, kad pacientai, sergantys širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, patiria įvairius fizinius, psichologinius, emocinius, socialinius išgyvenimus, kurie yra glaudžiai susiję tarpusavyje, veikia vienas kitą ir taip blogina asmens gyvenimo kokybę (Hyeon-Young et al., 2015, p. 350; Odom et al., 2016, p. 2; Takeda et al., 2019, p. 3). Šiame tyrime bendrą gyvenimo kokybės rodiklio vidurkį sudarė $4,34 \pm 1,12$ balų, fizinės – $4,41 \pm 1,20$ balų, emocinės – $4,26 \pm 1,09$ balų ir socialinės – $4,50 \pm 1,25$ balų. Palyginus šį rezultatą su naujausiais mokslininkų darbais, pastebėti gana panašūs duomenys. Abbasi M., Momenyan S., Eslamimoqadam F. ir bendraautorių (2017) Irane atliktas tyrimas, kuriame buvo tirta pacientų, sergančių širdies nepakankamumu, gyvenimo kokybė naudojant MacNew klausimyną, buvo nustatyti tokie rodikliai: bendra gyvenimo kokybė – $3,6 \pm 0,82$ balų, fizinė – $3,4 \pm 0,93$ balų, emocinė – $3,7 \pm 0,82$ balų bei socialinė – $3,5 \pm 0,82$ balų. Kitame tyrime, kuris buvo atliktas Kang K., Gholizadeh L., Han H. R. ir kitų tyrėjų (2018) Pietų Korėjoje atlikto tyrimo metu, taip pat buvo naudotas MacNew klausimynas įvertinti pacientų, patyrusių miokardo infarktą, gyvenimo kokybės sritis. Rezultatai pasiskirstė taip: bendroji gyvenimo kokybė – $4,51 \pm 0,81$ balų, fizinė – $4,43 \pm 0,99$ balų, emocinė – $4,42 \pm 0,82$ balų, o socialinė – $4,83 \pm 0,93$ balų.

Mokslininkai diskutuoja ir apie pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, sociodemografinių veiksnių įtaką šių pacientų gyvenimo kokybei. Atliekant šį tyrimą pastebėta, kad moterys reikšmingai prasčiau vertino savo bendrą gyvenimo kokybę nei vyrai ($t=-2,11$ $p=0,036$), o ypač susijusią su emocine būkle ($t=-3,15$ $p=0,002$). Tuo tarpu fizinės ir socialinės gyvenimo kokybės sričių vertinimai tarp moterų ir vyrų reikšmingai nesiskyrė. Šiame tyrime pastebėta ir tai, kad didelę įtaką gyvenimo kokybės vertinimui turėjo asmens amžius. Palyginus gyvenimo kokybės vertinimus tarp amžiaus grupių, buvo nustatyti itin reikšmingi ($p<0,001$) bendros gyvenimo kokybės ir visų jos sričių vertinimų skirtumai – su amžiumi blogėjo tiek fizinės, tiek emocinės tiek ir socialinės gyvenimo kokybės vertinimai. Užsienio mokslininkų tyrimais taip pat buvo pastebėta, kad jaunesnių pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, gyvenimo kokybė geresnė (Kang et al., 2018, p. 145; Tran et al., 2018, p. 3). Lietuvoje Lankevičienės J. 2015 m. atliktame tyrime, kurio tikslas buvo ištirti

sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir jos veiksnius, buvo pastebėta, kad vyresnio amžiaus pacientų statistiškai reikšmingai žemesnis gyvenimo kokybės vertinimas, ypač – veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų, socialinių funkcijų, bendro sveikatos vertinimo, veiklos apribojimo dėl emocinių sutrikimų, fizinio aktyvumo.

Analizuojant šio tyrimo duomenis, apimančius asmens gyvenimo kokybę bei išsilavinimą, buvo nustatyta, kad bendros gyvenimo kokybės ir jos sričių geresni vertinimai susiję su aukštesniu išsilavinimu. Taip pat šio tyrimo rezultatai parodė, kad vienišų pacientų gyvenimo kokybė buvo žymiai prastesnė nei nevienišų. Vieniši tiriamieji žymiai prasčiau vertino ir fizinę, ir emocinę, ir socialinę gyvenimo kokybės sritis. Lyginant šiuos rezultatus su kitų tyrėjų gautais rezultatais, gauti panašūs rezultatai. Mokslinėje literatūroje skiriami šie veiksniai, neigiamai veikiantys gyvenimo kokybę: vyresnis amžius, žemesnis asmens išsilavinimas, vienišumas, nedarbingumas, patiriamas stresas, gretutinės ligos (Hyeon-Young et al., 2015, p. 351; Shad et al., 2018, p. 1).

Mokslininkų nuomone, paciento savo ligos suvokimas turi didelę įtaką tam, kaip pacientai siekia įveikti savo ligą, ją kontroliuoti bei valdyti (Mosleh et al., 2016, p. 1; Sararoudi et al., 2016, p. 21). Tai, kaip pacientas suvokia savo ligą, yra vienas svarbiausių aspektų didinant jo motyvaciją laikytis gydymo režimo, keičiant gyvenimo būdą, siekiant geriausių su sveikata susijusių išeičių gerinant paciento fizinę, emocinę ir socialinę savijautą (Broadbent et al., 2006, p. 631). Šiame tyrime ligos sunkumo suvokimo skalės rodiklio vidurkis buvo $39,97 \pm 12,39$ balų.

Šio tyrimo ligos suvokimo vertinimo rezultatai parodė, kad moterų ligos suvokimas buvo reikšmingai neigiamesnis nei vyrų ($p=0,003$), jos buvo labiau susirūpinusios dėl ligos ($p<0,001$), neigiamiau vertino ligos trukmę ($p=0,002$) ir ligos tapatumą ($p=0,005$) nei vyrai.

Šiame tyrime palyginus pacientų ligos sunkumo suvokimą su skirtingomis amžiaus grupėmis, buvo nustatyti itin reikšmingi ($p<0,001$) skirtumai tarp visų amžiaus grupių. Buvo pastebėta, kad kuo pacientų amžius didesnis, tuo jų ligos sunkumo suvokimas neigiamesnis. Nors esama tyrimų, kurių metu pastebėta, kad pacientų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, amžius ligos suvokimui įtakos neturi (Norfazilah et al., 2013, p. 23). Tačiau dauguma mokslininkų nustatė, kad visgi esama sąsajos tarp pacientų amžiaus ir jų ligos sunkumo suvokimo (Kang et al., 2018, p. 147; Liu et al., 2014, p. 136).

Taip pat šio tyrimo metu buvo nustatyta, kad ligos sunkumo suvokimas buvo susijęs su tiriamųjų išsilavinimu. Pastebėta, kad teigiamesnis ligos suvokimas susijęs su aukštesniu asmens išsilavinimu, ypač lyginant aukštojo išsilavinimo grupę su kitomis išsilavinimo grupėmis. Nors ligos sunkumo suvokimas tarp pradinio/pagrindinio išsilavinimo grupės ir grupės su viduriniu/profesiniu išsilavinimu reikšmingai nesiskyrė, tačiau pastebėta tendencija, kad tiriamieji su viduriniu/profesiniu išsilavinimu turėjo pozityvesnį požiūrį į ligą nei tiriamieji su pradinio/pagrindiniu išsilavinimu. Taip pat paaiškėjo, kad vienišų pacientų ligos suvokimas buvo reikšmingai neigiamesnis nei nevienišų

($p=0,026$).

Yaraghchi A., Rezaei O., Mandegar M. H. ir kt. tyrėjų (2012) nuomone, paciento suvokimas apie savo ligą yra įsitikinimų ir suvokiamos informacijos apie esamą sveikatos būklę pagrindas. Tai gali turėti įtakos asmens psichinei sveikatai ir tam, kaip pacientai stengiasi kontroliuoti savo ligą. Šių mokslininkų atliktas tyrimas parodė, kad yra ryšys tarp pacientų, kuriems buvo atliktas vainikinių arterijų šuntavimas, ligos suvokimo ir gyvenimo kokybės. Kitų tyrėjų – Foxwell R., Morley C., Frizelle D. 2013 m. atliktoje sisteminėje analizėje, kurios tikslas buvo išnagrinėti mokslinę literatūrą, tiriančią ryšį tarp pacientų, sergančių išemine širdies liga, ligos suvokimo, nuotaikos ir gyvenimo kokybės, taip pat buvo pastebėta, kad šių pacientų ligos suvokimas siejasi su jų gyvenimo kokybe ir nuotaika. Šio tyrimo metu, analizuojant pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos sunkumo suvokimo ryšį su sveikata susijusia gyvenimo kokybe, tyrimo rezultatai parodė, kad gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata, sričių vertinimai yra stipriai susiję su pacientų ligos sunkumo suvokimu, t. y. pastebėta, kad prastesnė gyvenimo kokybė susijusi su neigiamesniu ligos suvokimu. Tokioms sąsajoms turėjo įtaką beveik visos ligos suvokimo dimensijos, išskyrus ligos aiškumo. Ligos aiškumo dimensija turėjo teigiamą reikšmingą ryšį tik su fizine gyvenimo kokybės sritimi ($r=0,12$ $p=0,023$), todėl galima teigti, kad tiriamieji, kuriems jų liga buvo labiau aiški, prasčiau vertino savo gyvenimo kokybę, susijusią su fizine sveikata. Taip pat analizuojant gautus duomenis buvo nustatyta, kad visas gyvenimo kokybės sritis labiausiai blogino tokie faktoriai: sunkesnis savo ligos suvokimas, amžius ir vienišumas. Palyginus šiuos duomenis su mokslinėje literatūroje esančiais duomenimis, gauti panašūs rezultatai. Remiantis įvairių tyrimų duomenimis (Bonsaksen et al., 2015, p. 943; Foxwell et al., 2013, p. 8), teigiama, kad kuo labiau pacientas suvokia savo ligą kaip grėsmingą, neigiamiau ją vertina, tuo blogesnė jo su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Taip pat ir priešingai, kuo teigiamiau yra suvokiama liga, tuo geresnė asmens gyvenimo kokybė (Kang et al., 2018, p. 144).

IŠVADOS

1. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, gyvenimo kokybė priklauso nuo amžiaus, lyties, išsilavinimo bei vienišumo. Pastebėta, kad gyvenimo kokybę reikšmingai prasčiau vertino vyresni asmenys, moterys bei vieniši (t. y. našliai, išsiskyrę, nevedę) pacientai. Didelę įtaką gyvenimo kokybės vertinimui turėjo ir asmens išsilavinimas – bendros gyvenimo kokybės ir jos sričių geresni vertinimai buvo susiję su aukštesniu išsilavinimu.

2. Remiantis šio tyrimo metu gautais rezultatais, nustatyta, kad ligos sunkumo suvokimui didžiausią įtaką turėjo amžius, taip pat – lytis, išsilavinimas ir vienišumas. Pastebėta, kad teigiamas ligos suvokimas buvo susijęs su jaunesniu amžiumi, vyriška lytimi ir aukštesniu išsilavinimu. Taip pat šio tyrimo rezultatai parodė, kad vienišų (t. y. našlių, išsiskyrusių, nesusituokusių) pacientų ligos suvokimas buvo reikšmingai neigiamesnis nei nevienišų asmenų.

3. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sričių vertinimai yra stipriai susiję su pacientų ligos sunkumo suvokimu, t. y. prastesnė gyvenimo kokybė yra susijusi su neigiamesniu ligos suvokimu. Nustatyta, kad visoms gyvenimo kokybės sritims didžiausią neigiamą įtaką turėjo šie veiksniai: savo ligos kaip sunkios suvokimas, taip pat neigiamai veikė amžius ir vienišumas, tačiau šie vertinimai nepriklausė nuo lyties ir išsilavinimo.

REKOMENDACIJOS

Pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis:

1. Tikslinga laikytis gydymo ir slaugos rekomendacijų bei siekti sveiko gyvenimo būdo.

Slaugytojams:

1. Rekomenduotina dalyvauti skyrių mokymuose, nuolat tobulintis ir domėtis pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, rizikos veiksnių valdymo, gyvenamosios koregavimo metodikomis siekiant geresnės pacientų adaptacijos prie ligos, geresnio ligos aiškumo ir ligos pasekmių suvokimo.

LITERATŪRA

1. Abbasi M., Momenyan S., Eslamimoqadam F., Sarvi F., Khaki I. 2017. Validity and Reliability of the MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire in Patients with Heart Failure: The Persian Version. *International Cardiovascular Research Journal*, 2017; 11 (4), p. 137-142. doi: 10.03/icrj.11.10283.
2. Alsén P., Brink E., Persson L. O., Brändström Y., Karlson B. W. 2010. Illness Perceptions After Myocardial Infarction: Relations to Fatigue, Emotional Distress, and Health-Related Quality of Life. *Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 25, No. 2, p. E1-E10. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181c6dcfd.
3. Anderson L., Oldridge N., Thompson D. R., Zwisler A. N., Rees K., Martin N., Taylor R. S. 2016. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease. Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, Volume 67, Issue 1, January 2016. doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.044.
4. Andruškienė J., Jurgutis A. 2014. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių korekcija ir valdymas: mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
5. Balsytė G., Zajančauskaitė-Staskevičienė L. 2012. Sveikatos kontrolės suvokimo, depresiško ir agresijos sąsajos pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, grupėje. *Visuomenės sveikata*, Nr. 1 (56), p. 107-115.
6. Banik A., Schwarzer R., Knoll N., Czekierda K., Luszczynska A. 2018. Self-efficacy and quality of life among people with cardiovascular diseases: A meta-analysis. *Rehabilitation Psychology* 2018 May; 63 (2), p. 295-312. doi: 10.1037/rep0000199.
7. Bonaccio M., Castelnovo A. D., Costanzo S., Persichillo M., Curtis E. D. et al. 2017. Health-related quality of life and risk of composite coronary heart disease and cerebrovascular events in the Moli-sani study cohort. *European Journal of Preventive Cardiology* 0 (00), p. 1–11. doi: 10.1177/2047487317748452.
8. Bonsaksen T., Lerdal A., Fagermoen M. S. 2015. Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Journal of Health Psychology* 2015, Vol. 20 (7), p. 942–953. doi: 10.1177/1359105313504235.
9. Broadbent E., Petrie K. J., Main J., Weinman J. 2006. The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (2006), p. 631– 637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
10. Campbell T. L. 2018. Exploring Patterns of Health-Promoting Lifestyles of Academic Nurse Educators. A thesis of Master of Science in Nursing Degree. Gardner-Webb University. North Carolina. ProQuest Number: 10838375.

11. Canaway R., Manderson L. 2013. Quality of life, perceptions of health and illness, and complementary therapy use among people with type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2013 Nov; 19(11): 882–890. doi: 10.1089/acm.2012.0617.
12. Daugėlienė D., Mikulionienė S. 2018. Savarankiškas lėtinės ligos valdymas: vyresnio amžiaus pacientų įtraukimo praktikos ir iššūkiai. *Kultūra ir visuomenė: socialinių tyrimų žurnalas*, 2018 9(2), p. 89-110.
13. Ding N., Shah A. M., Blaha M. J., Chang P. P., Rosamond W. D., Matsushita K. 2019. Abstract P155: Smoking, Its Cessation, and Future Risk of Heart Failure: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Circulation*, 2019; 139: AP155. doi: 10.1161/circ.139.suppl_1.P155.
14. Estrada J. C. C., Ortega Y. G. 2017. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2017;19(1), p. 107-121. doi: 10.11144/Javeriana.ie19-1.ecep.
15. Ettehad D., Emdin C. A., Kiran A., Anderson S. G., Callender T. et al. 2016. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, Volume 387, Issue 10022, 5–11 March 2016, p. 957-967. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01225-8.
16. Fawcett J. 2017. Thoughts About Nursing Conceptual Models and the “Medical Model”. *Nursing Science Quarterly* 2017, Vol. 30 (1), p. 77–80. doi: 10.1177/0894318416680710.
17. Foxwell R., Morley C., Frizelle D. 2013. Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 2013 Sep; 75 (3), p. 211-222. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.05.003.
18. Gaidelytė R., Garbuvienė M., Pošienė A. 2019. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2018 m. Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras.
19. Gierlaszyńska K., Pudło R., Jaworska I., Byrczek-Godula K., Gąsior M. 2016. Tools for assessing quality of life in cardiology and cardiac surgery. *Kardiologia i Torakochirurgia Polska*, 13 (1), p. 78-82. doi: 10.5114/kitp.2016.58974.
20. Greco A., Steca P., Pozzi R., Monzani D., Malfatto G., Parati G. 2015. The Influence of Illness Severity on Health Satisfaction in Patients with Cardiovascular Disease: The Mediating Role of Illness Perception and Self-Efficacy Beliefs. *Behavioral Medicine*, 41:1, p. 9-17. doi: 10.1080/08964289.2013.855159.
21. Guo W., Kim S., Wu D., Li L., Thomas M., Meydani S., Meydani M. 2019. Dietary Fruit and Vegetable Supplementation Suppresses Diet-induced Atherosclerosis in LDL Receptor Knockout Mice. *Current Developments in Nutrition*, Volume 3, Issue Supplement_1, June 2019, nzz031.OR24-07-19. doi: 10.1093/cdn/nzz031.OR24-07-19.

22. Han T. S., Lean M. E. 2016. A clinical perspective of obesity, metabolic syndrome and cardiovascular disease. *Journal of the Royal Society of Medicine Cardiovascular Disease*; 2016, 5 (0), p. 1–13. doi: 10.1177/2048004016633371.
23. Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalas. [Žiūrėta 2019 05 11]. Prieiga per internetą: <<http://stat.hi.lt/>>.
24. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. 2019. Mirties priežastys 2018 m. (išankstiniai duomenys). Vilnius, 2019, 130 p. [Žiūrėta 2019 05 11]. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priežastys/Mirties_priežastys_2018_m..pdf>.
25. Hyeon-Young K., Jung-Kwon L., Jin-Young S., Euni J. 2015. Health-Related Quality of Life and Cardiovascular Disease Risk in Korean Adults. *Korean Journal of Family Medicine*, vol. 36, p. 349-356. doi: /10.4082/kjfm.2015.36.6.349.
26. Höfer S., Lim L., Guyatt G., Oldridge N. 2004. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2:3, p. 1-8. doi: 10.1186/1477-7525-2-3.
27. Yaraghchi A., Rezaei O., Mandegar M. H., Bagherian R. 2012. The Relationship Between Illness Perception and Quality of life in Iranian Patients with Coronary Artery Bypass Graft. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 46 (2012), p. 3329 – 3334. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.06.061.
28. Jung S., Kim M. K., Shin J., Choi B. Y., Lee Y. H., Shin D. H., Shin M. H. 2019. High sodium intake and sodium to potassium ratio may be linked to subsequent increase in vascular damage in adults aged 40 years and older: the Korean multi-rural communities cohort (MRCohort). *European Journal of Nutrition*, 2019 Jun;58(4), p. 1659-1671. doi: 10.1007/s00394-018-1712-3.
29. Kang K., Gholizadeh L., Han H. R., Inglis S. C. 2018. Predictors of health-related quality of life in korean patients with myocardial infarction: a longitudinal observational study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, Vol 47, p. 142–148. doi: 10.1016/j.hrtlng.2017.12.005.
30. Kardelis K. 2016. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vadovėlis. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
31. Klatsky A. L. 2015. Alcohol and cardiovascular diseases: where do we stand today? *Journal of Internal Medicine*, 2015, 278, p. 238–250. doi: 10.1111/joim.12390.
32. Kubilius R., Česnavičiūtė I., Pereckaitė L., Rudys A. 2016. Pacientų, sergančių lėtiniu sistoliniu širdies nepakankamumu, vaistų vartojimo problemos ir jų įtaka gyvenimo kokybei. *Sveikatos mokslai*, 26 tomas, Nr. 2, p. 41-46. doi: 10.5200/sm-hs.2016.025.
33. Laurinskaitė J., Šostakienė N., Darginavičienė R. 2013. Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis. *Visuomenės sveikata*, priedas Nr. 1, p. 121-127.
34. Lankevičienė J. 2015. Sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusi gyvenimo

kokybe ir jos veiksniai. Magistrantūros studijų programos baigiamasis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.

35. Larsson S. C., Orsini N., Wolk A. 2015. Alcohol consumption and risk of heart failure: a dose–response meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Heart Failure*, 2015 Apr; 17 (4), p. 367-373. doi: 10.1002/ejhf.228.

36. Liu M. H., Wang C. H., Huang Y. Y., Cherng W. J., Wang K. W. K. 2014. A Correlational Study of Illness Knowledge, Self-Care Behaviors, and Quality of Life in Elderly Patients With Heart Failure. *The Journal of Nursing Research*, 2014 June, vol. 22, no. 2, p. 135-145. doi: 10.1097/jnr.0000000000000024.

37. Lukoševičiūtė J. 2018. Ligos suvokimas ir jo pokyčiai praėjus 6 mėnesiams po kardiologinės reabilitacijos: psichologinių, socialinių ir klinikinių veiksnių svarba. Sveikatos psichologijos antrosios pakopos studijų baigiamasis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.

38. Mamudu H. M., Paul T., Veeranki S. P. et al. 2015. Subclinical Atherosclerosis and Relationship With Risk Factors of Coronary Artery Disease in a Rural Population. *The American Journal of the Medical Sciences*, 350(4), p. 257–262. doi: 10.1097/MAJ.0000000000000548.

39. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*; Volume 34, Issue 28, p. 2159–2219. doi: 10.1093/eurheartj/ehz151.

40. Mansouri A., Baraz S., Elahi N., Malehi A. S., Saberipour B. 2019. The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study. *Japan Journal of Nursing Science* 2019, p. 1-9. doi: 10.1111/jjns.12255.

41. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.

42. Moryś J. M., Bellwon J., Höfer S., Rynkiewicz A., Gruchała M. 2014. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Arch Med Sci* 2016; 12, 2, p. 326–333. doi:10.5114/aoms.2014.47881.

43. Mosleh S. M., Almalik M. A. 2016. Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 15, Issue 4, p. 223-230. doi: 10.1177/1474515114563885.

44. Naimi T. S., Stadtmueller L. A., Chikritzhs T. A., Stockwell T., Zhao J. et al. 2019. Alcohol, Age, and Mortality: Estimating Selection Bias Due to Premature Death. *Journal of Studies*

on Alcohol and Drugs, 2019 Jan; 80 (1), p. 63-68. doi: 10.15288/jsad.2019.80.63.

45. Navickas P., Lukavičiūtė L., Šerpytis P., Benošis A., Šerpytis R. ir kt. 2019. Išeminės širdies ligos ir savižudybių paplitimo sąsaja Europos Sąjungoje. Sveikatos mokslai, 2019, 29 tomas, Nr. 1, p. 42-49. doi: 10.5200/sm-hs.2019.008.

46. Norfazilah A., Samuel A., Law P. T., Ainaa A., Nurul A., Syahnaz M. H., Azmawati M. N. 2013. Illness perception among hypertensive patients in primary care centre UKMMC. Malaysian Family Physician 2013; Volume 8, Number 3, p. 19-25.

47. Odom E. C., Fang J., Zack M., Moore L., Loustalot F. 2016. Associations Between Cardiovascular Health and Health-Related Quality of Life, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2013. Preventing Chronic Disease, 2016 Jul 28;13:E99. doi: 10.5888/pcd13.160073.

48. Pender N. J. 2011. The Health Promotion Model. Manual. University of Michigan. [Žiūrėta: 2019 10 10]. Prieiga per internetą: <
[https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANU
AL_Rev_5-2011.pdf](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf)>.

49. Petek D., Petek-Ster M., Tusek-Bunc K. 2018. Health Behavior and Health-related Quality of Life in Patients with a High Risk of Cardiovascular Disease. Slovenian Journal of Public Health, 2018 Mar; 57(1): 39–46. doi: 10.2478/sjph-2018-0006.

50. Petronytė G., Kanapeckienė V., Eigirdaitė A. ir kt. 2013. Gyventojų informuotumą, dalyvavimą ir požiūrį į onkologinių ir širdies kraujagyslių ligų prevencines programas sąlygojantys veiksniai. Visuomenės sveikata, Nr. 2 (61), p. 31-36.

51. Pukinskienė D. 2011. Slaugos filosofija ir teorija. Mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos valstybinė kolegija.

52. Richards S. H., Anderson L., Jenkinson C. E., Whalley B., Rees K. et al. 2017. Psychological interventions for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017 Apr 28;4:CD002902. doi: 10.1002/14651858.CD002902.pub4.

53. Sararoudi R. B., Motmaen M., Maracy M. R., Pishghadam E., Kheirabadi G. R. 2016. Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction. Journal of Research in Medical Sciences, 2016; 21:125, p. doi: 10.4103/1735-1995.196607.

54. Shad B., Ashouri A., Hasandokht T., Rajati F., Salari A., Naghshbandi M., Mirbolouk F. 2017. Effect of multimorbidity on quality of life in adult with cardiovascular disease: a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes, 2017 Dec 8; 15 (1) : 240. doi: 10.1186/s12955-017-0820-8.

55. Staniūtė M., Brožaitienė J., Bunevičius R. 2013. Psichoemocinių veiksnių sąsajos su išemine širdies liga sergančių asmenų gyvenimo kokybe. Visuomenės sveikata, 2013/priedas Nr. 1.,

p. 129-136.

56. Takeda A., Martin N., Taylor R. S., Taylor S. J. 2019. Disease management interventions for heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019 Jan 8;1:CD002752. doi: 10.1002/14651858.CD002752.pub4.

57. Taylor E. C., O'Neill M., Hughes L. D., Moss-Morris R. 2017. An illness-specific version of the Revised Illness Perception Questionnaire in patients with atrial fibrillation (AF IPQ-R): Unpacking beliefs about treatment control, personal control and symptom triggers. *Psychology & Health*, 2018 Apr; 33 (4), p. 499-517. doi: 10.1080/08870446.2017.1373113.

58. Teramoto T., Sasaki J., Ishibashi S. et al. 2013. Cardiovascular Disease Risk Factors Other than Dyslipidemia. Executive Summary of the Japan Atherosclerosis Society (JAS) Guidelines for the Diagnosis and Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Diseases in Japan—2012 Version. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, Vol. 20, No. 10 p. 733-742. doi: 10.5551/jat.17368.

59. Tran B. X., Moir M. P., Thai T. P. T. et al. 2018. Socioeconomic Inequalities in Health-Related Quality of Life among Patients with Cardiovascular Diseases in Vietnam. *BioMed Research International*, vol. 2018, Article ID 2643814, 8 pages. doi: 10.1155/2018/2643814.

60. Valtorta N. K., Kanaan M., Gilbody S., Ronzi S., Hanratty B. 2015. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *BMJ journals*, Volume 102, Issue 13, p. 1009-1016. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308790.

61. Vecchis R. D., Ariano C. 2016. The MacNew Questionnaire: A Tool to Predict Unplanned Rehospitalization After Coronary Revascularization. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 2016; 29 (4), p. 303-313. doi: 10.5935/2359-4802.20160047.

62. West H. W., Juonala M., Gall S. L. 2015. Exposure to parental smoking in childhood is associated with increased risk of carotid atherosclerotic plaque in adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Circulation*. 2015 Apr 7; 131 (14), p. 1239-1246. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.013485.

63. Wilkins E., Wilson L., Wickramasinghe K., Bhatnagar P., Leal J. et al. 2017. European Cardiovascular Disease Statistics 2017. European Heart Network, Brussels.

64. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. [Žiūrėta: 2019 10 10]. Prieiga per internetą: <<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>>.

PRIEDAI

ANKETA

Gerb. apklausos Dalyvi (-e),

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos I kurso studentė Karina Gricanova atlieka tyrimą, kurio tikslas – išanalizuoti pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, ligos suvokimo sąsajas su gyvenimo kokybe. 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 Kariną Gricanovą (tel. 864149599) 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 kryžiu (x)) arba įrašykite savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

1. Jūsų lytis:

☐ Moteris☐ Vyras

2. Jūsų amžius: (Įrašykite) _____ metai (-ų)

3. Jūsų išsilavinimas?

☐ Pradinis☐ Vidurinis☐ Pagrindinis☐ Profesinis☐ Aukštasis neuniversitetinis (kolegija)☐ Aukštasis universitetinis

4. Jūsų šeiminių padėtis?

☐ Ištekėjusi / vedęs / gyvenate su partneriu (-e)☐ Netekėjusi / nevedęs☐ Išsiskyręs (-usi)☐ Našlys (-ė)

Atsakdami į žemiau surašytus klausimus apibraukite labiausiai Jūsų požiūrį atitinkantį skaičių:

5.1 Kaip stipriai Jūsų liga veikia Jūsų gyvenimą?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
visiškai neveikia										smarkiai veikia
5.2 Kaip ilgai, Jūsų manymu, tęsis Jūsų liga?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
labai trumpai										amžinai
5.3 Ar jaučiate, kad kontroliuojate savo ligos eigą?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
visai nekontroliuoju										visiškai kontroliuoju
5.4 Ar, Jūsų manymu, gydymas padeda Jūsų ligai?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
visai nepadeda										labai padeda

5.5 Ar jaučiate savo ligos simptomus?										
0 visai nepatiriu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 jaučiu daugybę simptomų
5.6 Ar nerimaujate dėl savo ligos?										
0 esu ramus (-i)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 labai nerimauju
5.7 Ar gerai suprantate savo ligą?										
0 visai nesuprantu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 puikiai suprantu
5.8 Ar Jūsų liga veikia Jūsų emocinę būseną (pvz., esate įsiutęs (-usi), išsigandęs (-usi), nusiminęs (-usi) ar prislėgtas (-a) depresijos)?										
0 visiškai neveikia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 smarkiai veikia
5.9 Išvardykite tris svarbiausius veiksnius, kurie, Jūsų manymu, nulėmė Jūsų ligą.										
1.										
2.										
3.										

© Autorinės teisės ginamos. Autorinės teisės priklauso: Broadbent E., 2006.

Norėtume pateikti Jums keletą klausimų apie Jūsų savijautą **per paskutines 2 savaites**. Prašome pažymėti teiginį, kuris labiausiai Jums tinka.

6. Kiek laiko per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės nusivylęs, nepakantus ar susierzinęs?

- ☐ Visada
☐ Dažniausiai
☐ Gana dažnai
☐ Kartais
☐ Retai
☐ Beveik niekada
☐ Niekada

7. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės niekam tikęs ar nepilnavertis?

- ☐ Visada
☐ Dažniausiai
☐ Gana dažnai
☐ Kartais
☐ Retai
☐ Beveik niekada
☐ Niekada

8. Kiek laiko per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės labai pasitikintis savimi ir įsitikinęs, kad pajėgsite susidoroti su širdies liga?

- ☐ Niekada
- ☐ Retai
- ☐ Kartais
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Beveik visada
- ☐ Visada

9. Apskritai, kiek laiko per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės prislėgtas ar taip, tarsi žemę pardavęs?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

10. Kiek laiko per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės atsipalaidavęs ir nejautėte jokių stresų?

- ☐ Niekada
- ☐ Retai
- ☐ Kartais
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Beveik visada
- ☐ Visada

11. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės pavargęs ar neenergingas?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

12. Ar buvote linksmas, laimingas ir patenkintas savo asmeniniu gyvenimu per paskutines 2 savaites ir kaip dažnai?

- ☐ Labai nepatenkintas, nelinksmas
- ☐ Dažniausiai nepatenkintas, nelaimingas
- ☐ Šiek tiek nepatenkintas, nelaimingas
- ☐ Dažniausiai patenkintas, laimingas
- ☐ Dažniausiai linksmas
- ☐ Dažniausiai labai linksmas
- ☐ Ypatingai laimingas, negaliu būti labiau patenkintas

13. Apskritai, kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės sunerimęs arba Jums buvo sunku nusiraminti?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

14. Ar jausdavote dusulį atlikdami kasdieninę fizinę veiklą per paskutines 2 savaites?

- ☐ Ypatingą dusulį
- ☐ Labai trūksta oro
- ☐ Gana didelį dusulį
- ☐ Vidutinį dusulį
- ☐ Šiek tiek trūksta oro
- ☐ Nedidelis dusulys
- ☐ Nedūstu

15. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės graudus ar verksmingas?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

16. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės labiau priklausomas, nei buvote prieš širdies ligą?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

17. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės nesugebantis atlikti įprastos socialinės veiklos ar bendrauti su šeima?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

18. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėte, kad kiti mažiau Jumis pasitikimi, nei pasitikėjo prieš širdies ligą?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

19. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėte krūtinės skausmą atliekant kasdieninius darbus?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

20. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės savimi nepasitikintis arba nepasikliaujantis savimi?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

21. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jus jautėte kojų skausmą ir nuovargį?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

22. Kiek Jūs turėjote apriboti sportavimą ar mankštinimąsi dėl širdies ligos per paskutines 2 savaites?

- ☐ Ypatingai apribojau
- ☐ Labai apribojau
- ☐ Ganėtinai apribojau
- ☐ Vidutiniškai apribojau
- ☐ Šiek tiek apribojau
- ☐ Nedaug apribojau
- ☐ Neapribojau

23. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės nuogąstaujantis ar išsigandęs?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

24. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėte galvos svaigimą ar sukimąsi?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

25. Apskritai, kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs buvote apribotas ar suvaržytas dėl širdies ligos?

- ☐ Ypatingai apribotas
- ☐ Labai apribotas
- ☐ Ganėtinai apribotas
- ☐ Vidutiniškai apribotas
- ☐ Šiek tiek apribotas
- ☐ Nedaug apribotas
- ☐ Neapribotas

26. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs abejojote, kiek galite mankštintis ar fiziškai dirbti?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

27. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėte, jog Jūsų šeima perdėtai Jumis rūpinasi?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

28. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėte, jog esate našta kitiems?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

29. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės išstumtas iš bendros veiklos su kitais žmonėmis dėl širdies ligos?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

30. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėtės nesugebantis įsilieti į bendruomenės gyvenimą dėl širdies ligos?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada

31. Apskritai, kiek daug Jūs buvote fiziškai apribotas ar suvaržytas dėl širdies ligos per paskutines 2 savaites?

- ☐ Ypatingai apribotas
- ☐ Labai apribotas
- ☐ Ganėtinai apribotas
- ☐ Vidutiniškai apribotas
- ☐ Šiek tiek apribotas
- ☐ Nedaug apribotas
- ☐ Neapribotas

32. Kaip dažnai per paskutines 2 savaites Jūs jautėte, jog širdies liga suvaržė ar trukdė seksualiniam santykiavimui?

- ☐ Visada
- ☐ Dažniausiai
- ☐ Gana dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retai
- ☐ Beveik niekada
- ☐ Niekada
- ☐ Netinkamas

AČIŲ UŽ JŪSŲ ATSAKYMUS!

LEIDIMAS NAUDOTIS TRUMPU LIGOS SUVOKIMO KLAUSIMYNU



Elizabeth Broadbent <e.broadbent@auckland.ac.nz>

01-03, kt 22:06



skirta aš ▾

Yes you may use it for your study. You do not need to invite me as a coauthor
Regards

LEIDIMAS NAUDOTIS MACNEW KLAUSIMYNU



info@macnew.org

skirta SAULIUS.RAUGELE, aš ▾

📎 02-13, tr 14:59 (prieš 11 dienų)



Dear Karina,

thank you very much for completing the form, also for sending the approval of your study by your supervisor.

Please find attached the MacNew in Lithuanian, as well as the MacNew Excel Scoring sheet for scoring the MacNew.
If you do have further questions, please do not hesitate and contact us.

We wish you a successful project and are looking forward hearing back from you upon completion of your studies.

Kind regards

Stefan