KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Odeta Kačinskaitė

PACIENTŲ, SERGANČIŲ IŠEMINE ŠIRDIES LIGA, MIEGO KOKYBĖS IR GYVENSENOS SĄSAJOS

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2019

SANTRAUKA

Kačinskaitė O. Pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajos. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. habil. dr. N. Šiupšinskienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2019. – 82 p.

Miegas – svarbi kasdieninio gyvenimo dalis, o gera miego kokybė yra neatsiejama nuo geros sveikatos ir gyvenimo kokybės. Miego trūkumas ir nesveika gyvensena neigiamai veikia žmogaus organizmą. Miego sutrikimai yra svarbus širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnys. Labai svarbu įvertinti gyvensenos veiksnių įtaką miego kokybei.

Tyrimo tikslas – nustatyti pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajas.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas. Instrumentas: anoniminė anketinė apklausa. Gauti kiekybiniai duomenys buvo susisteminti ir grafiškai pavaizduoti, naudojant aprašomosios statistikos metodą. Tyrimo imtį sudarė: 164 pacientai sergantys išemine širdies liga. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Nustatyta, kad 87,2 proc. pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybė yra prasta ir 49,4 proc. pacientų nustatyti epizodiniai miego sutrikimai. Pastebėta, kad pacientų gyvensenos įpročiai nėra pakankamai geri: tik 20,7 proc. pacientų vartoja daržoves, 18,3 proc. – vaisius. Be to, 61 proc. – papildomai deda druskos į paruoštą maistą, 62,2 proc. – vartojo tabako gaminius per paskutinius 12 mėnesių, 74,4 proc. – vartojo alkoholinius gėrimus per paskutinius 12 mėnesių, ir tik 26,2 proc. pacientų užsiima labai intensyvia ar intensyvia fizine veikla. Pastebėta, kad papildomas druskos vartojimas, tabako gaminių vartojimas, fizinis aktyvumas, prislėgta nuotaika bei nerimas statistiškai reikšmingai ($p<0,05$) neigiamai veikė miego kokybę bei miego sutrikimo sunkumo laipsnį. Nustatyta, kad pacientai, kurie savo gyvenimo kokybę bei sveikatos būklę vertino geriau, reikšmingai dažniau ($p<0,05$) teigdavo, jog jie propagavo sveiką gyvenimo būdą ir nesiskundė miego kokybe.

Išvada. Daugumos tirtų pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybė yra prasta ir gyvensenos įpročiai nėra pakankamai geri. Nesveika gyvensena reikšmingai neigiamai veikė pacientų miego kokybę bei miego sutrikimo sunkumo laipsnį. Pacientų, kurių gyvenimo kokybė bei sveikatos būklė buvo labai gera ar gera, reikšmingai dažniau propagavo sveiką gyvenimo būdą ir nesiskundė miego kokybe.

Reikšminiai žodžiai: išeminė širdies liga, miego kokybė, gyvensenos veiksniai, gyvenimo kokybė, sveikatos būklė

SUMMARY

Kačinskaitė O. Connection between Sleep Quality and Lifestyle in Patients with Ischemic Heart Disease. Final Thesis of the Master's Study Programme in Nursing. Academic Advisor: prof. habil. dr. N. Šiupšinskienė, Klaipėda University: Klaipėda, 2019. – 82 p.

Sleep is an important part of daily life, and good quality of sleep is an integral part of great health and quality of life. The lack of sleep and unhealthy lifestyle negatively affect the human body. Sleep disorders are an essential risk factor for cardiovascular diseases. It is extremely important to assess the influence of the lifestyle factors on the quality of sleep.

Objective of the Research – to establish connection between the sleep quality and lifestyle of patients with ischemic heart disease.

Methodology of the Research. A quantitative research has been carried out. The instrument: anonymous questionnaire survey. The collected quantitative data was systematised and graphically represented using the method of descriptive statistics. The survey sample consisted of: 164 patients with ischemic heart disease. The study has been carried out in compliance with the ethical principles.

Results of the Research. It has been established that 87.2 % of patients with ischemic heart disease have poor quality of sleep, and episodic sleep disorders have been diagnosed for 49.4 % of patients. It has been observed that the lifestyle habits of patients are not very satisfactory: 20.7 % of patients consume vegetables, 18.3 % – fruit, 61 % add additional salt to the food, 62.2 % have used tobacco in the last 12 months, 74.4 % have consumed alcoholic beverages in the last 12 months, and only 26.2 % of patients engage in extremely intense or intense physical activities. It has been observed that the use of additional salt ($p<0.05$), the use of tobacco ($p<0.05$), physical activity ($p<0.05$), depressed mood and anxiety ($p<0.001$) have negatively affected the quality of sleep as well as the degree of the severity of the sleep disorder. It has been established that the patients who rated their quality of life ($p<0.05$) and health condition ($p<0.05$) better, were the ones who claimed that they have promoted a healthy lifestyle and have not complained about the quality of sleep.

Conclusion. Patients with ischemic heart disease have poor quality of sleep as well as not very satisfactory lifestyle habits. Unhealthy lifestyle negatively affects the quality of sleep of patients as well as the severity of the sleep disorder. Patients whose quality of life as well as the health condition was very good or good, have promoted healthy lifestyle more often and had no complaints of the quality of sleep.

Key words: ischemic heart disease, quality of sleep, lifestyle factors, quality of life, health condition

PAVEIKSLŲ, LENTELIŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1.	Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (proc.)	27
2.	Užmigimo laikas (proc.)	35
3.	Miego kokybės vertinimas pagal Pitsburgo miego kokybės indeksą (proc.)	36
4.	Miego kokybės vertinimas (proc.)	36
5.	Medikamentų, siekiant pagerinti miegą, vartojimas (proc.)	38
6.	Medikamentų, siekiant pagerinti miegą, vartojimo ir miego kokybės vertinimas (proc.)	38
7.	Motyvacija pabaigti pradėtus darbus (proc.)	39
8.	Miego kokybės vertinimas (proc.)	39
9.	Užmigimo laiko ir miego kokybės vertinimas (proc.)	40
10.	Miego sutrikimo sunkumo laipsnio ir miego kokybės vertinimas (proc.)	41
11.	Papildomas druskos vartojimas (proc.)	43
12.	Fizinio aktyvumo dažnis per savaitę (proc.)	47
13.	Emocinės savijautos vertinimas (proc.)	48
14.	Gyvenimo kokybės vertinimas (proc.)	48
15.	Sveikatos būklės vertinimas (proc.)	49
16.	Laimingumo vertinimas (proc.)	50
17.	Gyvensenos keitimas per paskutinius 12 mėnesių (proc.)	50
18.	Respondentų pasiskirstymas pagal papildomą druskos vartojimą ir PMKI (proc.)	55
19.	Respondentų pasiskirstymas pagal emocinę savijautą per praėjusį mėnesį ir PMKI (proc.)	56
20.	Respondentų pasiskirstymas pagal laimingumo vertinimą ir PMKI (proc.)	58
21.	Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, mitybos įpročių ir gyvenimo kokybės vertinimą (proc.)	61
22.	Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, žalingų įpročių ir gyvenimo kokybės vertinimą (proc.)	62
23.	Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, fizinio aktyvumo ir gyvenimo kokybės vertinimą (proc.)	63
24.	Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, emocinės savijautos ir gyvenimo kokybės vertinimą (proc.)	63
25.	Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, mitybos įpročių ir sveikatos būklės vertinimą (proc.)	64
26.	Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, žalingų įpročių ir sveikatos būklės vertinimą (proc.)	65
27.	Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, fizinį aktyvumą ir sveikatos būklės vertinimą (proc.)	66
28.	Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, emocinės savijautos ir gyvenimo kokybės vertinimą (proc.)	66

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelių pavadinimas	Puslapis
1.	Miokardo infarkto tipai	11
2.	Respondentų imtis pagal lytį (abs.sk./proc.)	27
3.	Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą (abs.sk./proc.)	28
4.	Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį (abs.sk./proc.)	28
5.	Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą (abs.sk./proc.)	28
6.	Pitsburgo miego kokybės indekso (PMKI) skaičiavimo instrukcijos	31
7.	Pitsburgo miego kokybės indekso komponenčių vidutinės reikšmės	36
8.	Miegojimo ypatumai (abs.sk./proc.)	37
9.	Kitos priežastys dėl kurių buvo sunku miegoti	37
10.	Mieguistumo vertinimas dienos metu (abs.sk./proc.)	41
11.	Daržovių ir vaisių vartojimas (abs.sk./proc.)	42
12.	Tabako gaminių vartojimas (abs.sk./proc.)	43
13.	Elektroninių cigarečių vartojimas (abs.sk./proc.)	44
14.	Alkoholinių gėrimų vartojimas (abs.sk./proc.)	44
15.	Apsvaigimas nuo alkoholinio gėrimo (abs.sk./proc.)	45
16.	Narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimas (abs.sk./proc.)	46
17.	Gyvensenos pokyčiai (abs.sk./proc.)	51
18.	Sveikatos raštingumo vertinimas (abs.sk./proc.)	52
19.	Respondentų pasiskirstymas pagal PMKI ir tabako gaminių vartojimą (abs.sk./proc.)	55
20.	Respondentų pasiskirstymas pagal PMKI ir gyvenimo kokybės bei sveikatos būklės vertinimą (abs.sk./proc.)	57

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1.	Anketa pacientams	83
2.	Leidimai naudoti klausimynus	88
3.	Lentelės	91

TURINYS

ĮVADAS 7
I. LITERATŪROS APŽVALGA 10
1.1. Išeminė širdies liga, klasifikacija, rizikos veiksniai 10
1.2. Miego kokybė 13
1.2.1. Miego trukmė, kokybė ir ją trikdantys veiksniai 13
1.2.2. Miego trūkumo ir miego kokybės poveikis širdies ir kraujagyslių sistemai 14
1.3. Miego kokybės sąsajos su gyvensenos veiksniais 17
1.4. Miego sutrikimo ypatumai slaugoje 25
II. EMPIRINĖ DALIS 26
2.1. Tyrimo metodika 26
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos 27
2.1.2. Tyrimo metodai 28
2.1.3. Tyrimo instrumentas 29
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga 32
2.1.5. Tyrimo etika 34
2.2. Tyrimo rezultatai 35
2.2.1. Pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės vertinimas 35
2.2.2. Pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvensenos ypatumai 42
2.2.3. Pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvensenos veiksnių įtaka miego kokybei 54
2.2.4. Pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvensenos ir miego kokybės sąsajos priklausomai nuo gyvenimo kokybės bei sveikatos būklės 60
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas 67
IŠVADOS 72
REKOMENDACIJOS 73
LITERATŪRA 74
PRIEDAI 82

ĮVADAS

Tyrimo aktualumas. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (ŠKL) – viena pagrindinių šio amžiaus sveikatos problemų. Šių ligų daugėja vystantis progresui ir kylant pragyvenimo lygiui, mažėjant fiziniam aktyvumui, priklauso nuo gyvensenos įpročių (Mikaliūkštienė ir kt., 2013). Pastaraisiais dešimtmečiais širdies ir kraujagyslių sistemos ligos sudaro didžiąją dalį sergamumo, mirtingumo ir neįgalumo priežasčių visame pasaulyje. Panašios tendencijos išlieka Europoje bei Lietuvoje nepaisant vis spartėjančios medicinos pažangos ir technologijų (Health at a Glance, 2017).

Higienos instituto duomenimis, 2017 metais sergančiųjų širdies ir kraujagyslių ligomis buvo 247,73/1000 gyventojų (Higienos institutas, 2017). Širdies ir kraujagyslių ligos jau daugelį metų išlieka pagrindine mirties priežastimi Lietuvoje, 2017 metais dėl širdies ir kraujagyslių ligų mirė daugiau nei pusė, t. y. 56,1 proc. visų mirusiųjų (Higienos institutas, 2017).

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis mirtys, sukeltos išeminės širdies ligos (IŠL), sudaro 53 proc. visų mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų. IŠL 2015 metais 41 Europos valstybėje buvo 12,8 proc. vyrų ir 10,6 proc. moterų mirties priežastimi, kas lyginant su mirtingumu nuo kitų ligų, yra pats didžiausias procentas tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų. PSO duomenimis, mirtingumas nuo IŠL Lietuvoje viršija Europos Sąjungos (ES) valstybių vidurkį (424 asmenys iš 100 000) ir pagal mirtingumą nuo šios ligos Lietuva 2016 metais buvo pirmoje vietoje tarp ES valstybių (Lietuvoje nuo IŠL mirė 700/100000 vyr. ir 429/100 000 moterų) (Health at a Glance, 2017).

Širdies ir kraujagyslių patologija trikdo miegą ir gali sukelti miego sutrikimus, dėl to labai svarbu įvertinti miego kokybę, jos pokyčius bei įtaką širdies ir kraujagyslių patologijai (Varoneckas ir kt., 2007). Miegas – svarbi kasdieninio gyvenimo dalis. Miegodami praleidžiame beveik trečdalį savo gyvenimo ir gera miego kokybė yra neatsiejama sveikatos ir geros gyvenimo kokybės dalis (Meškauskas, 2016). Miego trūkumas neigiamai veikia žmogaus organizmą ir sukelia fizinius simptomus (mieguistumą, nuovargį), kognityvinės funkcijos sutrikimus (sumažėjusį darbo našumą, dėmesio koncentravimą ir motyvaciją, susilpnėjusius protinius gebėjimus ir didina nelaimingų įvykių riziką darbo metu ir vairuojant) ir psichinės sveikatos komplikacijas (Meškauskas, 2016).

Miego sutrikimai yra labai dažni sergant širdies ir kraujagyslių ligomis, ypač išemine širdies liga, miokardo infarktu ar įgimta širdies liga (Varoneckas, 2002). Miego sutrikimai ir nepakankama miego trukmė, vargina apie 18 proc. populiacijos Europoje ir 23 proc. JAV (Uehli et al., 2014).

Atlikti epidemiologiniai tyrimai parodė ryšį tarp miego trūkumo ir sergamumo arterine hipertenzija (AH) ir išeminė širdies liga (IŠL) (Nagai et al. 2010). Atliktais tyrimais įrodyta, kad miego trukmė yra svarbus žymuo širdies ir kraujagyslių ligoms. Miegant trumpiau nei 7 val. ar

ilgiau nei 9 val. per naktį padidėja rizika susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis (Sabanayagam el al., 2010). Japonijos tyrėjų duomenimis, asmenys, kurie miega trumpiau nei 6 val., patiria 2,14 kartų didesnę riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, palyginti su miegančiais 7–7,9 val. (Amagai et al., 2010).

Svarbu ne tik nustatyti kiek sergančiųjų širdies ir kraujagyslių ligomis pacientų skundžiasi prasta miego kokybe, bet ir įvertinti kam ši grėsmė didesnė, kokie koreguojami ir nekoreguojami veiksniai gali tai lemti (Augustinaitė, 2017).

IŠL susijusi su žmogaus gyvensenos ypatumais. Dažniausiai IŠL lemia gyvensena – tai modifikuojami rizikos veiksniai, kurių korekcija mažina sergamumą ir mirtingumą IŠL (Norkienė, 2010; Babarskienė ir Verseckaitė, 2008).

IŠL atsirasti ir vystytis didele reikšmę turi ne tik netinkami gyvensenos įpročiai, kaip rūkymas, persivalgymas, mažas fizinis aktyvumas ir tradiciniai rizikos veiksniai (nutukimas, dislipidemija, cukrinis diabetas, hipertenzija), bet ir netradiciniai: psichosocialinis stresas, asmenybės veiksniai (Gintauskienė, 2013).

Tyrimo naujumas. Miego mediciną tyrinėjantys užsienio mokslininkai nustatė, kad individai, besiskundžiantys blogu miegu, dažnai gyvena nesveikai: vartoja alkoholį, rūko, nėra fiziškai aktyvūs, yra nutukę (Tanaka, et al., 2004; Montgomery et al., 2002). Lietuvoje moksliniuose straipsniuose itin akcentuojama kokybiško miego svarba sveikatai, gyvenimo kokybei, tačiau nėra atlikta tyrimų, įrodančių gyvensenos veiksnių įtaką miego kokybei.

Tyrimo problema. Lietuvoje atlikta keletas mokslinių tyrimų nagrinėjančių miego kokybę sergant išemine širdies liga (Varoneckas ir kt. 2012; Varoneckas ir kt. 2007), tačiau nėra tyrimų analizuojančių gyvensenos ir miego sąsajas bei jų įtaką pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvenimo kokybei bei sveikatos būklei.

Tyrimo objektas: pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajos.

Tyrimo subjektas: pacientai, sergantys išemine širdies liga.

Tyrimo tikslas: nustatyti pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybę.
2. Įvertinti pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvenseną.
3. Išanalizuoti pacientų gyvensenos veiksnių įtaką jų miego kokybei.
4. Įvertinti gyvensenos ir miego kokybės sąsajas priklausomai nuo gyvenimo kokybės ir sveikatos būklės.

Tyrimo hipotezė:

1. Pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvenimo būdas sąlygoja jų miego kokybę.
2. Pacientai, kurie savo gyvenimo kokybę ir sveikatos būklę vertina gerai, propaguoja sveiką gyvenimo būdą ir nesiskundžia miego kokybe.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinė literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa.

I. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Išeminė širdies liga, klasifikacija, rizikos veiksniai

Higienos instituto duomenimis, 2017 metais sergančiųjų širdies ir kraujagyslių ligomis buvo 247,73/1000 gyventojų (Higienos institutas, 2017). Širdies ir kraujagyslių ligos jau daugelį metų išlieka pagrindine mirties priežastimi Lietuvoje, 2017 metais dėl širdies ir kraujagyslių ligų mirė daugiau nei pusė, t. y. 56,1 proc. visų mirusiųjų (Higienos institutas, 2017).

Išeminė širdies liga – priklauso kraujotakos sistemos ligoms, dar kitaip vadinama koronarine širdies liga. Tai ūminė ar lėtinė miokardo disfunkcija dėl reliatyviai ar absoliučiai sumažėjusio miokardo aprūpinimo arteriniu krauju, šios ligos metu pažeidžiamos širdies vainikinės arterijos, vystosi aterosklerozinia pokyčiai ir miokardo išeminiai pakenkimai (Lietuvos gydytojo žurnalas, 2010, Blažytė ir kt. 2017).

Pamatinė širdies ir kraujagyslių ligų patologija yra aterosklerozė, lėtai ryškėjanti ir ilgą laiką besimptomė liga. Aterosklerozė (*gr. atheros* – košelė; *sclero* – sukietėjimas) – tai įvairaus laipsnio arterijų intimos ir medijos pažeidimo deriniai, skatinantys susidaryti ateromatozines plokšteles (ateromas) (Norkienė, 2010). Dažniausia aterosklerozės komplikacija – išeminė širdies liga. Ž. Petrulionienė (2010) pabrėžia, kad širdies raumenį maitinančios koronarinės (vainikinės) arterijos yra jautriausios aterosklerozinia pažeidimui.

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis mirtys, sukeltos išeminės širdies ligos (IŠL), sudaro 53 proc. visų mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų. IŠL 2015 metais 41 Europos valstybėje buvo 12,8 proc. vyrų ir 10,6 proc. moterų mirties priežastimi, kas lyginant su mirtingumu nuo kitų ligų, yra pats didžiausias procentas tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų. PSO duomenimis, mirtingumas nuo IŠL Lietuvoje viršija Europos Sąjungos (ES) valstybių vidurkį (424 asmenys iš 100 000) ir pagal mirtingumą nuo šios ligos Lietuva 2016 metais buvo pirmoje vietoje tarp ES valstybių (Lietuvoje nuo IŠL mirė 700/100000 vyr. ir 429/100 000 moterų) (Health at a Glance, 2017).

Atsižvelgiant į ligos atsiradimo pobūdį, IŠL skirstomos į:

1. ūminę: miokardo infarktas, nestabilioji krūtinės angina ir staigi mirtis;
2. lėtinę: stabilioji krūtinės angina, širdies ritmo sutrikimai ir kardiomiopatija (Norkienė, 2010).

Miokardo infarktas – yra būklė, kurios metu dėl išemijos arba ūmios trombozės vainikinėse kraujagyslėse atsiranda balanso sutrikimas tarp kraujo tiekimo ir deguonies sunaudojimo ir prasideda miokardo ląstelių mirtis (Šerpytis, 2013). Miokardo infarkto tipai (1 lentelė):

1 lentelė. Miokardo infarkto tipai

1 tipas	Ūminis miokardo infarktas, sukeltas išemijos, susijusios su vainikinės kraujagyslės pažeidimu: aterosklerozinės plokštelės erozija ir/ar plyšimas, išopėjimas, atsisluoksniavimas.
2 tipas	Miokardo infarktas dėl padidėjusio deguonies poreikio arba sumažėjusio pritekėjimo, pvz. koronaro spazmas, embolizacija, anemija, aritmijos, hipertenzija arba hipotenzija.
3 tipas	Staigi netikėta mirtis dėl širdies sustojimo, buvus miokardo išemijos požymių: naujas ST segmento pakitimas ar naujai atsiradusi KHPKB (kairiosios Hiso pluošto kojytės blokada). Galbūt, naujas vainikinės arterijos užsikimšimas (okliuzija), nustatytas vainikinės angiografijos ir/ar patologinio tyrimo metu, bet mirtis ištiko prieš ištiriant kraują arba dar nesant biologinių požymių.
4a tipas	Miokardo infarktas, siejamas su PKI (žymenys padidėję 5 kartus)
4b tipas	MI, susijęs su stento tromboze (dokumentuota vainikinių arterijų angiografija ar autopsijos metu)
5 tipas	Miokardo infarktas, siejamas su koronarų šuntavimu (žymenys padidėję iki 10 kartų)

Šaltinis: P. Šerpytis. Ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakitimu ir jo komplikacijų gydymas (2013).

Nestabilioji krūtinės angina – tai tokia būklė, kai žmogui esant ramybės būsenos ir nesant jokių skatinamųjų veiksnių (fizinės ar emocinės įtampos) užsitęsia krūtinės anginos skausmas. Esant nestabiliai krūtinės anginai vyrauja skausminis sindromas (Norkienė, 2010).

Staigi mirtis – tai mirtis, įvykusi per pirmąsias 6 valandas nuo atsiradusių ligos simptomų pradžios. Staigi koronarinė mirtis kas ketvirtam pacientui būna pirmasis koronarinės širdies ligos pasireiškimas. Ji pasitaiko vienodai dažnai tiek sergant krūtinės angina, tiek beskausme miokardo išemija (asimptominiams pacientams). Ši mirtis nustatoma paneigus MI ir kitas galimas mirties priežastis. Dažniausias mirties mechanizmas – išemijos sukeltas skilvelių virpėjimas (Norkienė, 2010).

Stabilioji krūtinės angina, arba stenokardija – tai klinikinis sindromas, kurį sukelia trumpalaikė miokardo išemija (Norkienė, 2010).

Širdies ritmo sutrikimai – tai daugelio širdies ir kraujagyslių ligų komplikacijos padarinys. Yra gana daug širdies ritmo sutrikimų, tačiau dažniausiai pasitaikantys yra šie: tachikardija, bradikardija, ekstrasistolija.

Kardiomiopatija – širdies išsiplėtimas. Tai širdies raumens liga, sukelianti širdies raumens struktūros ir funkcijos sutrikimą (Norkienė, 2010).

Šiandien jau gerai žinomi veiksniai, skatinantys širdies ir kraujagyslių sistemos ligų atsiradimą. Pirmą kartą IŠL rizikos veiksniai nustatyti Framinghamo (Framingham) širdies studijų metu 1948 m. (Babarskienė ir kt., 2008). Iš viso žinoma daugiau kaip 200 IŠL rizikos veiksnių, bet ne visi vienodai yra svarbūs (Burokienė ir kt., 2013).

Rizikos veiksnius galima suskirstyti į grupes pagal galimybę juos koreguoti arba ne: nemodifikuojami – vyriška lytis (bet kurio amžiaus vyrams širdies ir kraujagyslių ligų rizika yra didesnė nei moterims, tačiau šis skirtumas mažėja žmogui senstant), amžius (vyresni nei 45 metų vyrai, vyresnės nei 55 metų moterys), ankstyvos IŠL anamnezė šeimoje (pirmos eilės giminaičiams: vyrams – iki 55 metų, moterims – iki 65 metų), jau nustatyta aterosklerozinės kilmės kraujagyslių liga (širdies, galvos smegenų, kojų kraujagyslių ir kt.) ir modifikuojami rizikos veiksniai: rūkymas, hipertenzija, ↑MTL-ch (padidėjusi mažo tankio cholesterolio koncentracija kraujo serume), ↓DTL-ch (sumažėjusi didelio tankio cholesterolio koncentracija kraujo serume), metabolinis sindromas, aterosklerozė, cukrinis diabetas (Norkienė, 2010; Burokienė ir kt., 2013; Burokienė 2016; WHO Cardiovascular diseases..., 2017). Beje cukrinis diabetas pabrėžiamas kaip ypač svarbus nepriklausomas išeminės širdies ligos vystymosi veiksnys (Norkienė, 2010).

N. Burokienė (2016) nurodo, kad rizikos veiksniai gali būti skirstomi ir pagal naujumą į tradicinius (hipertenzija, dislipidemija, rūkymas, cukrinis diabetas, psichosocialiniai veiksniai pilvinis nutukimas, nepakankamas vaisių ir daržovių kiekis maiste) bei netradicinius rizikos veiksnius (oksidacinis stresas, hiperurikemija, homocisteinas, kolageninės kraujagyslių ligos, lėtinė inkstų liga, didelis širdies susitraukimų dažnis). Kaip papildomi rizikos veiksniai įvardijami: mažas fizinis aktyvumas, nutukimas, gausus riebaus maisto vartojimas, nuolatiniai stresai, depresija. V. M. Gintauskienės (2013) nuomone, didelę įtaką IŠL vystytis turi ne tik netinkami gyvensenos įpročiai ir tradiciniai rizikos veiksniai, bet ir netradiciniai rizikos veiksniai: psichosocialinis stresas, asmenybės bei neuroendokrininiai veiksniai.

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, iki 80 proc. IŠL galima išvengti praktikuojant sveiką gyvenseną ir reguliuojant šios ligos riziką didinančius veiksnius (Norkienė, 2010).

Visiems, norintiems išvengti širdies ir kraujagyslių susirgimų, Europos kardiologų ir Lietuvos kardiologų draugijos rekomenduoja prisilaikyti Sveiko Europiečio kodo – 0 3 5 140 5 3 0:

0 – nerūkyti,

3 – tiek kilometrų greitu žingsniu reikia nueiti kasdien arba ėjimą galima pakeisti 30 min. vidutinio intensyvumo fizine veikla,

5 – 5 porcijos daržovių ir vaisių kasdien,

140 – sistolinis arterinis kraujo spaudimas mažesnis nei 140 mmHg,

5 – bendrojo cholesterolio koncentracija kraujyje ne didesnė kaip 5 mmol/l,

3 – mažo tankio („blogojo cholesterolio“) koncentracija kraujyje ne didesnė kaip 3 mmol/l,

0 – nėra antsvorio ir cukrinio diabeto (Petrulionienė, 2010).

1.2. Miego kokybė

Miegas yra vienas svarbiausių kasdieninio gyvenimo elementų. Miegodami praleidžiame beveik trečdalį savo gyvenimo, todėl gera miego kokybė yra neatsiejama geros savijautos, sveikatos ir geros gyvenimo kokybės dalis (Meškauskas, 2016). Miegas – procesas, kuris reikalingas atkurti organizmo funkcijų veiklą ir palaikyti dienos metu sunaudotą energiją (Varoneckas ir kt., 2012).

Miego sutrikimai ir jo trūkumas gali neigiamai paveikti gyvenimo kokybę ir produktyvumą, taip pat padidinti sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą, traumų ar net mirties riziką (Mikaliūkštienė ir kt., 2016).

Miego sutrikimai tai vienas labiausiai paplitusių nūdienos medicininių nusiskundimų, kurie gali tęstis keletą naktų, sukeldamas nežymius nepatogumus arba tapti persekiojančia liga, kuri daro poveikį daugeliui gyvenimo aspektų (Žakevičius, 2012).

R. Meškauskas (2016) pastebi, kad šiais laikais visuomenės žinios apie miego kokybę yra labai minimalios. Daugelis besiskundžiančių nemiga naktį, mieguistumu dienos metu, nežino, kad tai yra sutrikimas, kurį galima koreguoti. Menkas išprusimas miego kokybės gerinimo klausimais neleidžia efektyviai ieškoti pagalbos.

U. Shim ir bendraautoriai (2011) pabrėžia, kad nemiga yra susijusi su įvairiomis psichinėmis, somatinėmis būklėmis, ligomis ir gyvenimo būdu. Kanno ir kolegos (2016) teigia, kad nepakankama miego trukmė ir prasta jo kokybė gali turėti neigiamų pasekmių sergant širdies ir kraujagyslių ligomis.

K. Uehli ir bendraautoriai (2014) nustatė, kad miego sutrikimai ir nepakankama miego trukmė, vargina apie 18 proc. populiacijos Europoje ir 23 proc. JAV. Pagal 2014 m. atliktą epidemiologinį tyrimą, Lietuvoje net 44,6 proc. asmenų miega iki 8 valandų per parą (Grabauskas ir kt. 2014).

1.2.1. Miego trukmė, kokybė ir ją trikdantys veiksniai

Miegas yra natūraliai pasikartojanti būsena, kuri labai reikalinga atkuriant žmogaus fiziologines sistemas bei užtikrinant biopsichosocialinę sveikatą. Jis kontroliuojamas cirkadinio ritmo ir fiziologinio miego poreikio, kuris didėja būdraujant ir mažėja miego metu (Nedeltcheva, 2014).

Miegas yra nuolat pasikartojanti ramybės būsena, kuri paros bėgyje kaitaliojasi su būdravimu. Miego metu sutvarkomos įvairios vidinės nervų sistemos funkcijos ir organizmas paruošiamas budrumo būsenai – aktyviai dienos veiklai. Miegas, kitaip nei daugelis įsivaizduoja, nėra pasyvus procesas, priešingai – jis yra labai aktyvus ir įvairialypis. Miegas skirstomas į dvi

pagrindines dalis (fazes) – lėtąjį miegą (LM) ir paradoksinį miegą (PM). Savo ruožtu LM skirstomas dar į keturias stadijas, atspindinčias sąlyginį miego gylį. Kiekviena iš miego stadijų turi savitas charakteristikas: smegenų bangas, akių judesius, raumenų tonusą (Žakevičius, 2012).

Nacionalinio miego fondo rekomendacijose teigiama, kad, sveikiems asmenims, kurių miego kokybė normali, tinkama miego trukmė naujagimiams yra 14-17 val., kūdikiams 12-15 val., vaikams 11-14 val., ikimokyklinio amžiaus vaikams 10-13 val., mokyklinio amžiaus vaikams 9-11 val., paaugliams 8-10 val., jauniems suaugusiems 7-9 val. ir vyresnio amžiaus asmenims 7-8 val. miego (Hirshkowitz et al., 2015).

L. Augustinaitė (2017) akcentuoja, kad nors normali miego trukmė skiriasi įvairiose amžiaus asmenų grupėse, tačiau jeigu miego trukmė per parą yra mažesnė nei 7 val. tai yra nepakankama miego trukmė. Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos pasiūlytą gyvenimo kokybės modelį miegas yra vienas iš fizinės sveikatos srities komponentų, kurio svarbiausia funkcija – atkurti organizmo jėgas (Murauskaitė, Žardeckienė-Matulaitienė, 2014). Japonijos tyrėjų duomenimis, asmenys, kurie miega trumpiau nei 6 val., patiria 2,14 kartų didesnę riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, palyginti su miegančiais 7–7,9 val. (Amagai et al., 2010).

Miego trukmės praradimas yra dažna problema išsivysčiusiose šalyse (Mikaliūkštienė, 2013). Tyrimais nustatytas, kad asmenys Vakarų šalyse naktį miega vidutiniškai 6,8 valandos – pusantros valandos mažiau nei prieš šimtmetį (Nagai et al., 2010).

Sumažėjusi miego trukmė ir/ar pablogėjusi miego kokybė gali sukelti miego trūkumą. Daugelis įvairių aplinkos veiksnių bei miego sutrikimų, tokių kaip miego apnėja, nemiga, neramių kojų sindromas, narkolepsija ar žmogaus sąmoningai ribojamas miegas įtakoja miego trukmę ir jo kokybę (Nedeltcheva, 2014).

2014 m. atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis, Lietuvoje net 44,6 proc. asmenų miega iki 8 valandų per parą, o gerai ar labai gerai savo miego kokybę vertina mažiau nei pusė, t. y. 48,8 proc. apklausoje dalyvavusių asmenų (Grabauskas, 2014).

Analizuojant įvairius literatūros šaltinius pastebėta, kad miego kokybė ir trukmė priklauso nuo amžiaus, lyties, šeimyninės padėties, gyvenimo būdo ir aplinkos veiksnių. Šios sąsajos aptartos kituose skyriuose.

1.2.2. Miego trūkumo ir miego kokybės poveikis širdies ir kraujagyslių sistemai

A. Mikaliūkštienė (2013) pabrėžia, kad miegas kaip būklė yra labai svarbus fiziniam, protiniam ir emociniam organizmo funkcionavimui. G. Varoneckas ir kolegos (2012) pabrėžia, kad pablogėjus miegui, sutrinka organizmo integruota veikla bei pablogėja gyvenimo kokybė. Tie patys

autoriai teigia, kad išeminė širdies liga, krūtinės angina, miokardo infarktas arba progresuojantis širdies nepakankamumas sutrikdo psichoemocinę būseną ir miegą, o nemiga priskiriama kaip vienas iš nepriklausomų išeminės širdies ligos rizikos veiksnių.

Atlikti epidemiologiniai tyrimai akcentuoja, kad yra ryšys tarp miego trūkumo ir sergamumo arterine hipertenzija, išemine širdies liga ir cukriniu diabetu (Nagai et al., 2010). J. Andruškienės ir bendraautorių (2006) Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, asmenys sergantys išemine širdies liga dažniau nei sveiki tiriamieji skundėsi kasdieniniu sunkumu užmigti ir reguliariais prabudimais nakties metu. Taip pat pastebėta kad šie nusiskundimai dažnesni tarp moterų ir vyresnių tiriamųjų, nei tarp vyrų ir jaunesnio amžiaus asmenų.

Moterys dažniau skundžiasi blogu miegu nei vyrai. Moteriškoji lytis laikoma blogos kokybės miego rizikos veiksniu. Labiausiai neigiamai moterų miegą veikia šeimos problemos ir šeiminės padėties pokyčiai; priešingai, vyrai teigia, kad jų miego kokybę labiausiai blogina įtampa darbe ir nuovargis (Andruškienė, Varoneckas, 2010).

A. Mikaliūkštienės ir bendraautorių (2013) tyrimo duomenimis, tyrime dalyvavusių sergančiųjų išemine širdies liga miego kokybė buvo vertinta Pitsburgo miego kokybės indekso pagalba. Tyrimo rezultatai parodė, kad gera miego kokybė dažniau buvo vyrams (28 proc.), palyginti su moterimis (7 proc.). Atitinkamai bloga miego kokybė dažniau pasireiškė moterims (93 proc.), palyginti su vyrais (72 proc.).

L. Augustinaitės (2017) tyrimo duomenimis, 69,1 proc. sergančiųjų širdies ir kraujagyslių ligomis pacientų savo miego kokybę vertina kaip prastą ir tik 30,9 proc. pacientų mano, kad jų miego kokybė gera. Moterys savo miego kokybę statistiškai reikšmingai vertino blogiau nei vyrai.

Vyrauja nuomonė, kad miego kokybė su amžiumi blogėja, kadangi su amžiumi blogėja tiek fizinė, tiek psichinė sveikata. A. Mikaliūkštienės ir bendraautorių (2013) tyrimo duomenimis, miego kokybė su amžiumi blogėjo, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Tyrimo rezultatai parodė, kad gera miego kokybė dažniau nustatyta jaunesnio amžiaus tiriamiesiems: 45–54 metų amžiaus grupėje gera miego kokybė nustatyta 30 proc. ir atitinkamai bloga miego kokybė dažniau pasireiškė vyresnio amžiaus tiriamiesiems: 65–74 m. amžiaus grupėje bloga miego kokybė nustatyta 83,1 proc. Tie patys autoriai pastebėjo, kad sveikatos vertinimas priklausė nuo miego kokybės. Respondentams, kurie savo sveikatą vertino gerai, dažniau nustatyta gera miego kokybė, palyginti su tais, kurie savo sveikatą vertino blogai.

M. F. Piepoli ir kolegos (2016) akcentuoja, kad daugelis mokslinių tyrimų patvirtina tradicinius ŠKL rizikos veiksnius (cholesterolio koncentracija kraujyje, rūkymas, arterinis kraujo spaudimas, cukrinis diabetas, nutukimas) ir jų žalą širdies ir kraujagyslių sistemai. Tie patys autoriai pabrėžia, kad šių rizikos veiksnių kontrolė padeda išvengti ar atitolinti širdies ir kraujagyslių ligų pasireiškimą.

S. Redline ir J. Foody (2011) pažymi, kad miego sutrikimai taip pat yra svarbus širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnys ir vis daugėja tai pagrindžiančių įrodymų. Viename iš tyrimų nagrinėjančių miego trukmės ir kokybės ryšį su širdies ir kraujagyslių ligomis (MORGEN studija) nustatyta, kad 6 val. ir mažiau miegantys asmenys turi 15 proc. didesnę riziką ŠKL ir 23 proc. didesnę riziką IŠL, o trumpai miegantys asmenys su prasta miego kokybe turi net 63 proc. didesnę riziką širdies ir kraujagyslių ligoms ir 79 proc. didesnę riziką IŠL, lyginant su normalia miego trukme (apie 7 val.) ir gera miego kokybe, tačiau nerasta jokio ryšio tarp ilgos miego trukmės (daugiau nei 9 val.) ir širdies ir kraujagyslių ligų ar IŠL dažnio (Hoevenaar-Blom et al., 2011).

Kitas tyrimas (HUNT3 studija), kuris buvo atliktas Norvegijoje nustatė, kad nemiga yra reikšmingas rizikos faktorius miokardo infarktui (Sivertsen et al., 2014).

Metaanalizėje susisteminusioje duomenis iš 153 mokslinių tyrimų gauta, kad lyginant su normaliu miegu, trumpai miegantys asmenys buvo linkę 37 proc. dažniau sirgti cukriniu diabetu, 17 proc. hipertenzija, 16 proc. išeminėmis širdies ligomis ir 38 proc. nutukimu, o trumpa miego trukmė statistiškai patikimai buvo susijusi su padidėjusiu mirtingumu nuo visų priežasčių (Itani, 2016).

D. Wang ir bendaautorių atliktos 17 tyrimų metaanalizės duomenimis miego trukmė yra reikšmingai susijusi su padidėjusia sergamumo išemine širdies liga rizika. Lyginant su 7 valandų miego trukme per dieną, rizika susirgti išemine širdies liga padidėja 11 proc. mažinant miegojimo laiką valanda ir padidėja 7 proc. ilginant miegojimo laiką valanda (Wang et al., 2016).

Šie užsienio tyrėjų gauti rezultatai patvirtina, kad nepakankama miego kokybė ir trukmė gali lemti susirgimus širdies ir kraujagyslių ligomis.

G. Varonecko ir bendraautorių (2012) tyrimo duomenimis, sergant išemine širdies liga, miego kokybė blogėja, nes trumpėja tikrasis miego laikas, mažėja miego efektyvumas, taip pat sutrinka miego struktūra: sumažėja gilaus lėtojo miego, kuris būtinas organizmo funkcijų atsigavimui naktį, ir aktyviojo miego, kuris susijęs su sapnais ir organizmo funkcijų suaktyvėjimu. Sutrikusi miego struktūra, blogas miegas, padidėjęs mieguistumas dienos metu laikytas pranašaujančiu miokardo infarktą simptomu. Tie patys autoriai nustatė, kad tikrasis miego laikas sergančiųjų išemine širdies liga (318,1 min.), lyginant su nesergančiais išemine širdies liga (352,2 min.), buvo patikimai trumpesnis. Patikimai ilgesnis būdravimas naktį sergančiųjų išemine širdies liga (14,1 proc. sergančiųjų ir 9,3 proc. nesergančiųjų išemine širdies liga) nulėmė ir mažesnį miego efektyvumą (85,9 proc. sergantiesiems ir 90,7 proc. nesergantiems). Miego struktūra sergančiųjų išemine širdies liga, lyginant su sveikais tiriamaisiais, buvo sutrikusi. Sergantiesiems išemine širdies liga pastebėtas patikimai ilgesnis būdravimas naktį ir 4 stadijos bei aktyviojo ir gilaus lėtojo miego laiko sutrumpėjimas (1,3 proc. sergantiesiems ir 6,1 proc. (nesergantiesiems)). Subjektyvi miego kokybė taip pat patikimai blogesnė sergančiųjų išemine širdies liga (Pitsburgo miego kokybės indeksas 7,8 ir 5,2 atitinkamai sergantiesiems ir nesergantiesiems).

G. Varoneckas ir bendraautoriai (2012) atlikdami tyrimą, suskirstė sergančiuosius išemine širdies liga į tris grupes pagal širdies ir kraujagyslių sistemos būklės sunkumą, pastebėjo, kad esant sunkesnei būklei (didėjant NYHA funkcinei klasei), prastėja miego kokybė. NYHA III funkcinės klasės pacientams, lyginant su NYHA I ir II funkcinės klasės pacientams, buvo reikšmingai sutrumpėjęs tikrasis miego laikas ir miego efektyvumas, sutrikusi miego struktūra: ilgesnis būdravimas naktį ir trumpesnė 3 ir 4 stadijos trukmė bei aktyvusis miegas. Pitsburgo miego kokybės indeksas taip pat blogėjo, kai blogėjo pacientų širdies ir kraujagyslių sistemos būklė (5,9, 7,2 ir 9,0, atitinkamai I, II ir III NYHA funkcinės klasės pacientams). Taigi, tiek objektyvi, tiek subjektyvi miego kokybė priklausė nuo IŠL sunkumo laipsnio: didėjant pacientų NYHA funkcinei klasei, blogėja miegas. Taigi, kuo labiau išreikšta somatinė patologija, tuo labiau sutrikęs miegas.

L. Augustinaitės (2017) tyrimo duomenimis, subjektyvi miego kokybė ir miego trukmė yra statistiškai reikšmingai susijusios, o trumpesnė miego trukmė lemia didesnius Pitsburgo miego kokybės indekso balus (prastesnę miego kokybę).

A. Mikaliūkštienės ir bendraautorių (2013) tyrimo duomenimis, iš visų 150-ies sergančiųjų išemine širdies liga savo sveikatą gerai vertino 19,3 proc., blogai savo sveikatą vertino 80,7 proc. apklaustųjų. Tiriamiesiems, kurie savo sveikatą vertino gerai, statistiškai reikšmingai dažniau nustatyta gera miego kokybė (51,7 proc.), palyginti su tiriamaisiais, kurie savo sveikatą vertino blogai (14,9 proc.), o respondentai, kurie savo sveikatą vertino blogai, statistiškai reikšmingai jiems dažniau nustatyta bloga miego kokybė.

1.3. Miego kokybės sąsajos su gyvensenos veiksniais

V. Servetkienė (2013) nurodo, kad visuomenėje vis dar sunkiai įsisamoninamas teiginys, kad medicina žmogaus ir visuomenės sveikatai turi galios tik apie 20 proc., o kiti 80 proc. sveikatos veiksnių yra susiję su įvairiomis gyvenimo ir veiklos sritimis, nieko bendro neturinčiomis su klasikine medicina.

Pastaraisiais metais gydytojai, kiti sveikatos sistemos darbuotojai, visuomenės informavimo šaltiniai ypač aktyviai propaguoja sveiką gyvenseną, skatina daugiau judėti, subalansuotai maitintis, vartoti mažiau cholesterolio turinčių maisto produktų, vengti žalingų įpročių, tačiau intensyvus gyvenimo tempas, nuolatinis stresas, nerimas, nepakankamas poilsis lemia širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimus (Burokienė, 2016).

Kaip nurodo L. Rapolienė ir bendraautoriai (2017) sveika gyvensena yra daugiamatė sąvoka, apimanti įvairius komponentus: mitybą, fizinį aktyvumą, tabako nevartojimą, farmacijos preparatų nevartojimą, alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų nevartojimą, darbo ir poilsio

režimą, seksualinę elgseną, patiriamą įtampą, stresą ir gebėjimą jį įveikti, higienos įpročius, profilaktinį sveikatos tikrinimąsi ir kitą elgseną, galinčią turėti įtakos sveikatai.

Sveikatai nuolat daro įtaką įvairūs tarpusavyje susiję veiksniai, atsirandantys iš fizinės, socialinės, emocinės ar psichinės aplinkos (Jurgelėnas ir kt., 2011). Miego sutrikimai gali pasireikšti bet kurio žmogaus gyvenimo etapu. Visą gyvenimą miegą koordinuojančias smegenų struktūras ypač veikia gyvenimo būdo ir aplinkos įtampos veiksniai, kurie kinta (Sosso et al., 2017). Nustatyta, kad miego kokybė ir trukmė priklauso nuo gyvenimo būdo ir asmeninės aplinkos. Elgsenos veiksniai, kurie turi įtakos bendrai sveikatos būklei, nulemiantys ir miego kokybę: žalingi įpročiai, mitybos įpročiai, fizinis aktyvumas, psichoemocinė būklė.

Žalingi įpročiai. Išsivysčiusiose pasaulio šalyse tabako rūkymas yra svarbiausia mirties, kurios galima būtų išvengti, priežastis. Rūkymas yra vienas trijų pagrindinių išeminės širdies ligos rizikos veiksnių (Huxley et al., 2011; Norkienė, 2010). Pastaruoju metu vis daugiau ir daugiau kalbama apie rūkymo įtaką miego kokybei. Rūkymo metu į organizmą patenka įvairių psichoaktyvių medžiagų, kurių svarbiausia – nikotinas. Nikotinas – natūralus tabako alkaloidas, kiekvieną kartą užsitraukus cigaretės dūmą, į organizmą patenka apie 50 mikrogramų nikotino, kuris yra galingas nervų sistemos aktyviklis (Norkinė, 2010). Šios medžiagos centrinėje nervų sistemoje sukelia neuromediatorių disbalansą. Manoma, kad tai galėtų turėti įtakos ir miego ciklų reguliacijos procesui. Antra vertus, dėl gana greito nikotino metabolizmo, nakties miego metu gali prasidėti abstinencijos sindromas. Nemalonūs somatiniai simptomai, nerimo jausmas verčia žmogų keltis ir rūkant malšinti atsiradusius pojūčius (Zhang, 2006; De Biasi and Dani, 2011).

A. Jaehne ir bendraautorių (2012) atliktame tyrime buvo vertinamas rūkančiųjų ir nerūkančiųjų miegas, tuo pačiu kontroliuojant kitus parametrus, kurie turi įtakos miegui. Tyrimo metu nustatyta, kad rūkantiesiems – trumpesnis miego laikotarpis, ilgesnis latentinis laikotarpis, didesnis greito akių judėjimo miego tankis, daugiau miego apnėjos atvejų ir kojų judėjimo miego metu, nei nerūkantiesiems. Taip pat naudojant Pittsburgo miego kokybės indeksą, kuris skirtas subjektyviam miego kokybės vertinimui, rūkantieji palyginti su nerūkančiais asmenimis, savo miego efektyvumą įvertino prasčiau.

S. Cohrs ir kolegos (2012) įsitikinę, kad cigarečių rūkymas yra žalingas sveikatai ir yra susijęs su daugeliu lėtinių ligų. Autoriai analizavo sveikų rūkančiųjų miego sutrikimų dažnį ir jo sąsają su priklausomybės nuo nikotino sunkumo laipsniu. Nustatyta, kad statistiškai reikšmingai daugiau rūkančiųjų (28,1 proc.) nei nerūkančiųjų (19,1 proc.) teigė, kad jų miego kokybė prastesnė. Pastebėta, kad stipresnė priklausomybė nuo nikotino ir rūkymo intensyvumas yra susijęs su trumpesne miego trukme. Autoriai akcentuoja, kad rūkymas yra modifikuojamas elgsenos rizikos veiksnys, kuris lemia miego kokybes blogėjimą ir trumpesnį miego laiką.

J.T. Liu ir bendraautoriai (2013) taip pat nagrinėjo rūkymo ir miego kokybės sąsajas. Jie buvo įsitikinę, kad rūkymas turi neigiamą poveikį miego kokybei. Gauti tyrimo rezultatai patvirtino jų nuomonę. Nustatyta, kad rūkančiųjų miego kokybė prastesnė nei nerūkančiųjų, taigi rūkymas neigiamai veikia miego kokybę.

Lietuvoje R. Bunevičiūtės ir R. Mameniškienės (2013) atliktame tyrime, buvo nustatyta, kad rūkymas ilgina miego latenciją (laikas nuo atsigulimo iki užmigimo), rūkantys asmenys dažniau prabunda naktimis, lyginant su nerūkančiaisiais. Taip pat polisomnografinio (PSG) tyrimo metu buvo nustatyta, kad rūkymas ilgina negilaus miego stadiją, rūkantiesiems trumpėja REM (greitų akių judesių miegas, angl. Rapid Eye Movement) miego fazė, rūkantiesiems dažnesni žieviniai prabudimai (žieviniai prabudimai, tai smegenų žievės aktyvumo periodai, kurių žmogus sąmoningai nesuvokia ir neprisimena) ir žievinių prabudimų indeksas (nurodo žievinių prabudimų skaičių per miego valandą, kuo daugiau prabudimų patiria asmuo miego metu, tuo blogiau išsimiegama bei pailsima).

Kitas žalingas įprotis tai nesaikingas alkoholio vartojimas. S.Y Park ir bendraautorių (2015) akcentuoja, kad alkoholis turi atpalaiduojamąjį poveikį, tačiau asmenys vartojantys per daug alkoholio, skundžiasi prasta miego kokybe, o alkoholio vartojimo sutrikimų turinčius asmenis kamuoja nemiga. Tie patys autoriai siekė įvertinti alkoholio vartojimo poveikį miego kokybei. Tyrimo rezultatai parodė, kad vyrai, daugiau vartojantys alkoholio, skundžiasi prasta miego kokybe, patiria sunkumų palaikant miego procesą, o ne užmiegant, kenčia nuo trumpesnės miego trukmės. Analizuojant moterų grupę statistiškai reikšmingų rezultatų nenustatyta. Autoriai mano, kad tokius moterų grupės rezultatus galėjo lemti mažesnis alkoholio kiekio ar silpnesnių alkoholinių gėrimų vartojimas. Nustatyta, kad alkoholis nekenkia moterų miego trukmei. Tie patys autoriai pastebėjo, kad alkoholio vartojimas didina miego apnėją. Tyrimas patvirtino, kad naktinio pabudimo dėl knarkimo skaičius susijęs su alkoholio vartojimu. Kadangi alkoholis neleidžia patekti į giliojo miego fazę, todėl asmuo tampa jautresnis miego sutrikimams. Taip pat manoma, kad alkoholis atpalaiduoja viršutinių kvėpavimo takų raumenis ir susiaurina kvėpavimo takus, o tai gali paskatinti knarkimą.

Mitybos įpročiai. PSO bei įvairių mokslinių šaltinių duomenimis, netinkama mityba neigiamai veikia gyventojų lėtinių neinfekcinių ligų, tokių kaip kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai, cukrinis diabetas ir kitų, vystymąsi bei didina gyventojų mirtingumą. Tačiau daugelis visuomenės narių mitybai vis dar skiria per mažai dėmesio (Barzda ir kt., 2016).

Pastarajame dešimtmetyje nutukimas tapo pasauline sveikatos problema, jis sparčiai plinta išsivysčiusiose ir besivystančiose pasaulio šalyse. Tam didelės įtakos turi netaisyklinga mityba, riebus maistas, nepakankamas fizinis aktyvumas ir kt. Toks gyvenimo ritmas lėmė, kad vis aktualesnė problema yra kūno masės didėjimas, lemiantis antsvorį ir nutukimą (Norkienė, 2010).

L. Brondel ir kolegos (2010) nustatė, kad yra ryšys tarp miego trukmės bei kokybės ir antsvorio ar nutukimo, kuris gali būti abipusis, t. y. miego trūkumas lemia padidėjusį kalorijų suvartojimą dėl ko didėja svoris, o padidėjęs svoris gali lemti suprastėjusią miego kokybę. Tie patys autoriai tyrinėjo miego trukmės poveikį kalorijų suvartojimui vieną naktį ribojant miego trukmę iki 4 valandų ir stebint maisto vartojimo ypatumus 12-os sveikų, normalaus svorio asmenų. Rezultatai lyginti su asmenimis, kurie miegojo 8 val. ir pastebėta, kad asmenys, kurie miegojo trumpiau suvartojo 559 +/- 617 kcal daugiau (22 proc.).

W. Moraes ir bendraautoriai (2013) nagrinėjantys kūno masės indekso (KMI) ir miego kokybės ar trukmės ryšį gavo prieštaringus rezultatus. Analizuodami miego trukmės ir KMI ryšį autoriai pasitelkė objektyvius (polisomnografija ir aktigrafija) ir subjektyvius (Pitsburgo miego kokybės indeksas) metodus. Tirdami objektyviais metodais jie nustatė, kad yra neigiama koreliacija tarp miego trukmės ir kūno masės indekso. Tie patys autoriai akcentuoja, kad trumpesnė miego trukmė susijusi su didesne liemens bei kaklo apimtimi, o normalaus svorio asmenų miegas yra efektyvesnis, tačiau tiriant subjektyviais metodais jie nenustatė statistiškai patikimo ryšio tarp kūno masės indekso ir antropometrinių duomenų.

E. Sepahvand ir kolegos (2014) tyrė ūmiu koronariniu sindromu sergančius pacientus ir nustatė, kad yra ryšys tarp kūno masės indekso ir miego sutrikimų. Autoriai nustatė, kad didėjant kūno masės indeksui dažnėja miego sutrikimų.

M. A. Grandner ir kolegos (2015) pastebėjo, kad yra ryšys tarp miego trukmės ir kūno masės indekso jauniausių tiriamųjų grupėje, kai aukščiausias kūno masės indeksas buvo susijęs su trumpiausia miego trukme, o mažiausias kūno masės indeksas su ilgiausia miego trukme. Ryšys tampa U-formos vidutinio amžiaus asmenų grupėje ir šis ryšys mažiausiai pastebimas tarp vyriausio amžiaus respondentų.

A. Mikaliūkštienės ir kolegos (2013) Lietuvoje atliktame tyrime nustatė, kad gera miego kokybė nustatyta 30 proc. tiriamųjų, kurių kūno svoris buvo normalus. Bloga miego kokybė nustatyta 85,4 proc. nutukusiems tiriamiesiems, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo, vertinant miego kokybę priklausomai nuo kūno masės indekso, nenustatyta.

J. P. Chaput (2014) nagrinėjo miego ir valgymo įpročių sąsajas. Autorius nustatė, kad miego trūkumas yra susijęs su didesniu kalorijų suvartojimo kiekiu, prastais mitybos įpročiais ir nutukimu. Pastebėta, kad miego trūkumas lemia dažnesnį užkandžiavimą ir valgymą. Taip pat nustatyta, kad tam tikri maisto produktai, kurie lemia triptofano prieinamumą, taip pat serotonino ir melatonino sintezę, gali skatinti miegą arba pagerinti miego kokybę. Autorius išskyrė keletą veiksnių, kurie gali lemti didesnį kalorijų kiekio suvartojimą dėl miego trūkumo: daugiau laiko ir galimybių valgyti; psichologinis susirūpinimas; padidėjęs jautrumas maisto produktams; slopinamasis valgymas; padidėjęs energijos poreikis norint išlaikyti budrumą; apetitą reguliuojančių hormonų pokyčiai.

Apibendrinant, galima teigti, kad egzistuoja ryšiai tarp miego režimo, valgymo įpročių ir energijos balanso, todėl turėtų būti skiriamas dėmesys ne tik sveikos gyvensenos elementams: mitybai ir fiziniam aktyvumui, tačiau ir miegui.

X. Tan ir bedraautoriai (2015) nagrinėjo kūno sudėjimo, fizinio aktyvumo lygio ir suvartojamo maisto kiekio sąsajas su nemiga ir (arba) obstrukcine miego apnėja tarp vidutinio amžiaus vyrų. Nustatyta, kad nemiga ir obstrukcine miego apnėja turi stiprų ryšį su centriniu nutukimu; nemiga ir trumpalaikė (gretutinė) nemiga bei obstrukcine miego apnėja yra susijusios su mažu laisvalaikio fizinio aktyvumo lygiu, bet ne su kitomis fizinės veiklos rūšimis. Be to, mažas angliavandenių, bet didelis sočiųjų riebalų rūgščių suvartojimas, ir mažas tam tikrų mikroelementų suvartojimas, yra susijęs su nemiga ir (arba) trumpalaike (gretutine) nemiga ir obstrukcine miego apnėja. Taip pat pastebėta, kad antsvorį turintys vyrai, kenčiantys nuo nemigos, trumpalaikės (gretutinės) nemigos ar obstrukcinės miego apnėjos taip pat turėjo centrinį, arba obuolio tipo, nutukimą nei antsvorį turintys vyrai, kurie neturėjo miego sutrikimų (Tan et al., 2015).

Nustatyta, kad nemigą patiriančių vyrų grupėje buvo gerokai mažesnis laisvalaikio fizinio aktyvumo lygis nei kitų miego sutrikimų grupėse; skirtumas buvo nepriklausomas nuo kūno masės indekso ir kitų kovariacijų. Tačiau šis skirtumas tarp sergančiųjų obstrukcine miego apnėja ir kitų miego sutrikimų bei nepatiriančių miego sutrikimų grupių nerasta, o tai rodo, kad tarp antsvorį turinčių vyrų lengvo ar vidutinio sunkumo obstrukcinė miego apnėja be pasireiškiančios nemigos gali būti nesusijusi su žemu fizinio aktyvumo lygiu. Ir atvirkščiai, sergamumas nemiga ir nemiga-obstrukcine miego apnėja yra glaudžiai susijęs su mažu fizinio aktyvumo lygiu (Tan et al., 2015).

Taip pat pastebėta, kad kontroliuojant kūno masės indeksą arba kūno masės indeksą ir kitus veiksnius nėra reikšmingo skirtumo tarp sočiųjų riebalų rūgščių suvartojimo ir kitų miego sutrikimų ar trumpalaikės (gretutinės) nemigos-obstrukcinės miego apnėjos. Nustatyta, kad didelis sočiųjų riebalų rūgščių suvartojimas tarp antsvorį turinčių vyrų, sergančių obstrukcine miego apnėja, yra susijęs su nutukimu, bet ne su miego simptomais (Tan et al., 2015).

Apibendrinant galima teigti, centrinis nutukimas yra susijęs su nemiga ir obstrukcine miego apnėja tarp antsvorį turinčių vidutinio amžiaus vyrų. Be to centrinis nutukimas, mažas laisvalaikio fizinio aktyvumo lygis ir prasta mityba yra susijusi su nemiga ir trumpalaike (gretutine) nemiga bei obstrukcine miego apnėja.

Fizinis aktyvumas. Remiantis moksline literatūra įrodyta, kad fizinis aktyvumas yra vienas iš pagrindinių sveiko gyvenimo būdo sudėtinių dalių, darančių įtaką ne tik sveikatai, gyvenimo kokybei, bet ir mirtingumui dėl įvairių priežasčių (Woodcock et al., 2011; Lollgen et al., 2009).

H. Purani ir bendrautoriai (2018) tyrime, kurio tikslas buvo išsiaiškinti ryšį tarp fizinio aktyvumo, miego kokybės ir rūkymo, nustatė, kad miego kokybė gali būti susijusi su abstinencijos,

troškimo ir potraukiu rūkyti sumažėjimu. Be to, fizinis aktyvumas gali būti susijęs su geresne rūkančiųjų miego kokybe.

A. A. A. Kamrani ir bendraautoriai (2014) atliko kitą tyrimą, kurio tikslas buvo ištirti mažo ir vidutinio intensyvumo aerobinių pratimų poveikį miego kokybei vyresnio amžiaus asmenims. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad aštuonių savaičių vidutinio intensyvumo aerobiniai pratimai turi teigiamą ir reikšmingą poveikį siekiant pagerinti miego kokybę, vyresnio amžiaus asmenims. Taigi, remiantis šiais duomenimis, vidutinio intensyvumo aerobiniai pratimai yra naudingi siekiant pagerinti miego kokybę ir rekomenduojami vyresnio amžiaus asmenims.

B. A. Dolezal ir bendraautoriai (2017) nagrinėdami įvairius literatūros šaltinius nustatė, kad yra ryšys tarp miego ir fizinio aktyvumo, tačiau trūksta išsamios apžvalgos ir galutinės išvados. Autoriai analizavo 2013-2017 metų elektroninėse duomenų bazėse rastus 34 tyrimus. 29 tyrimuose nustatyta, kad fizinis aktyvumas pagerino miego kokybę bei jo trukmę, 4 tyrimai nenustatė reikšmingo poveikio, ir tik 1 tyrimas nustatė neigiamą fizinio aktyvumo poveikį miegui. Žinoma nagrinėtų tyrimų kontingentai skyrėsi pagal amžių, sveikatos būklę, fizinės veiklos rūšį ir intensyvumą. Tyrimuose, kuriuose dalyvavo vaikai, paaugliai ir jauni suaugusieji buvo gautos skirtingos išvados, tačiau tiriant vidutinio ir vyresnio amžiaus suaugusiuosius buvo gauti panašūs rezultatai. Nustatyta, kad fizinis aktyvumas gerina miego efektyvumą ir trukmę, nepriklausomai nuo fizinės veiklos rūšies bei intensyvumo, ypač sergantiems asmenims.

L. J. Chen ir kolegos (2017) tyrinėjo pacientų, kuriems buvo diagnozuota nemiga, fizinio aktyvumo ir rūkymo sąsajas. Tyrimas atskleidė, kad fiziškai neaktyvūs ir rūkantys asmenys turi didesnę riziką patirti nemigą, todėl turi būti skatinamas sveikas gyvenimo būdas, siekiant išvengti nemigos.

I. Hartescu ir kolegos (2016) tyrinėjo vyresnių nei 65 metų amžiaus asmenų miego kokybės ir fizinio aktyvumo sąsajas. Po 4 metų stebėjimo nustatyta, kad asmenys, kurie užsiėmė fizine veikla (vaikštinėjo ≥ 150 min.) rečiau skundėsi prastesne miego kokybe. Šie rezultatai parodė, kad fizinis aktyvumas gali pagerinti vyresnio amžiaus asmenų miego kokybę.

Lietuvoje S. Saudargienės ir bendraautorių (2008) atliktame tyrime, nustatyta, kad fizinės mankštos programa, iš aerobinio pobūdžio vidutinio intensyvumo ir trukmės kasdieninių fizinių pratimų, kurios taikymas sergantiesiems sunkia depresija mažina depresijos ir nerimo simptomus bei gerina subjektyvią miego ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, o taip pat širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinę būklę.

Psichoemocinė būklė. Stresas yra viena didžiausių šiuolaikinės visuomenės problemų. Daugelis žmogių patiria vis daugiau streso, įtampos ir nerimo. Kiekvieną dieną žmogų veikia daugybė stresorių: gyvenimo tempo greitėjimas, padidėjęs protinis krūvis, aplinkos užterštumas,

santykių ir savirealizacijos sunkumai, traumuojantys išgyvenimai dėl nesėkmių darbe ir asmeniniame gyvenime, materialinės problemos ir kt. (Mikaliūkštienė ir kt., 2012).

Psichoemocinė įtampa, depresija, nerimas, stresas tampa įvairių ligų, tarp jų ir koronarinės širdies ligos, rizikos veiksniais (Mikaliūkštienė ir kt., 2013). Taip pat ir psichoemociniai veiksniai, tokie kaip pyktis, priešiškumas, menkas ekonominis gyvenimo lygis turi neigiamos įtakos sveikatai (Norkienė, 2010).

Nemiga ir stresas veikia tiek centrinės nervų struktūros neuroninį vystymąsi, tiek lemia miego sutrikimus, depresijos pasireiškimą, pažinimo sutrikimą ar nuotaikos svyravimus. Nustatyta, kad miego kokybė ir trukmė labai priklauso nuo gyvenimo būdo ir asmeninės aplinkos (Sosso et al., 2017).

Amerikiečių tyrimų duomenimis jauni 18-34 metų asmenys patiria didžiausią stresą, kurį lemia įvairūs socioekonominiai faktoriai tokie kaip: studijos, šeimyninio gyvenimo pradžia, darbo paieškos ir bandymas įsitvirtinti visuomenėje. Šie veiksniai turi tiesioginę įtaką miego kokybei, palaikant sveiką gyvenimo būdą (Amercian Psychological Society, 2013).

H. S. Cho ir kolegos (2013) tyrė 4833 dirbančių moterų miego kokybės, streso ir depresijos sąsajas. Siekiant nustatyti ryšį tarp miego kokybės ir depresijos simptomų pasireiškimo, buvo pasitelktas Pitsburgo miego kokybės indeksas ir nustatyta, kad moterims besiskundžiančioms prasta miego kokybe dažniau pasireiškė depresijos simptomai, nei tarp moterų, kurios nesiskundė miego kokybe. Taip pat pastebėsta, kad stresas darbe ir miego kokybė yra glaudžiai susiję su depresijos simptomais.

J. E. McHugh ir B. A. Lawlor (2012) teigia, kad tiek vienatvė, tiek prasta miego kokybė yra dažni vyresnio amžiaus asmenų gyvenimo įvykiai, kurie abu kenkia fizinei ir psichinei sveikatai. Nors vienatvę gali būti sunku eliminuoti, tačiau gali būti susijusių veiksnių, kurie, juos pritaikius, gali sumažinti vienatvės jausmą ir miego kokybės poveikį sveikatai vyresniame amžiuje. Autoriai atliko ilgalaikį tyrimą, kuriuo siekė nustatyti ryšį tarp vienatvės tyrimo pradžioje ir miego kokybės tyrimo pabaigoje vyresnio amžiaus asmenų grupėje. Nustatyta, kad emocinis vienišumas lemia prastesnę miego kokybę vyresnio amžiaus asmenų grupėje, dėl to, kad jie patiria vienišumo jausmą.

H. Petersen ir bendraautoriai (2013) tyrinėjo, ar ir kaip miego fiziologiją veikia patiriamas didelis stresas. Tyrime dalyvavo 28 mokytojai. Pastebėta, kad patiriant didelį stresą žymiai sumažėja miego efektyvumas. Apibendrinant tyrimo rezultatus galima teigti, kad vidutinio sunkumo stresas mažina miego efektyvumą, tačiau įprasta miego pažeidžiamumas dėl streso yra susijęs su didesniu reaktyvumu. Rezultatai taip pat rodo, kad laikotarpiu, kai patiriamas stresas, padidėja mieguistumas.

D. W. Choi ir bedraautoriai (2018) analizavo Pietų Korėjos darbuotojus. Tyrimo tikslas buvo nustatyti ryšį tarp miego trukmės ir darbe patiriamo streso pagal profesiją bei nustatyti kokie

gyvenimo būdo veiksniai galėjo lemti gautus rezultatus. Nustatyta, kad stresas yra susijęs su trumpa miego trukme; darbuotojai specialistai, biuro darbuotojai, darbuotojai, turintys vidutinio lygio pajamas, ir tie, kurie baigė universitetą ar kolegiją, ypač turi pakankamai miegoti, kad galėtų valdyti stresą. Autoriai akcentuoja, kad miegas gali padėti sumažinti stresą. Trumpa miego trukmė padidina kraujospūdį, padidina kortizolio ir insulino kiekį kraujyje, o tai sukelia lėtinį stresą.

Amerikoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad stresas gali paveikti miego kokybę. Nustatyta, kad suaugusieji, vidutiniškai miega apie 6,7 val. t. y. mažiau nei rekomenduojama – nuo septynių iki devynių valandų. 42 proc. apklaustųjų skundėsi prasta miego kokybe, o 43 proc. teigia, kad dėl streso jie dažnai prabusdavo naktį per praėjusį mėnesį. Daugelis teigė, kad patyrė daugiau streso, kai sutrumpėjo jų miego trukmė ir suprastėjo miego kokybė. 21 proc. tiriamųjų nurodė, kad dėl nepakankamos miego trukmės patyrė stresą. 45 proc. suaugusiųjų patiriančių aukštą lygio stresą (8, 9, 10 iš 10 galimų balų) pripažino, kad patiria dar daugiau streso dėl nepakankamos miego trukmės. 5 proc. suaugusiųjų patiriančių žemo lygio stresą (1, 2, 3 iš 10 galimų balų) teigė tą patį. Tik 20 proc. visų apklaustųjų nurodė, kad jų miego kokybė yra labai gera arba puiki. 37 proc. suaugusiųjų teigė, kad jautė nuovargį arba jautėsi pavargę dėl patiriamo streso. Daugelis suaugusiųjų teigia, kad jaučia neigiamas miego trūkumo pasekmes. Daugiau nei pusė (53 proc.) apklaustųjų nurodė, kad jautėsi vangūs ar tingūs, 38 proc. jautėsi irzlūs, 29 proc. buvo sunku susikoncentruoti, 25 proc. nejautė motyvacijos prisiimti atsakomybę. Suaugusieji, kurie naktį miegojo mažiau nei aštuonias valandas, patyrė stresą dažniau nei asmenys, kurie miegojo ne mažiau kaip aštuonias valandas (atitinkamai 5,5 ir 4,4 iš 10 galimų balų). Suaugusieji, kurie patiria žemo lygio stresą vidutiniškai daugiau miega, lyginant su asmenimis, kurie patiria aukšto lygio stresą (atitinkamai 7,1 ir 6,2 val.). Taip pat suaugusieji, kurie patiria žemo lygio stresą, lyginant su suaugusiaisiais, kurie patiria aukšto lygio stresą, buvo labiau linkę teigti, kad jų miego kokybė labai gera arba puiki (atitinkamai 33 proc. ir 8 proc.) ir miega pakankamai (atitinkamai 79 proc. ir 33 proc.). Suaugusieji, kurie miegojo mažiau nei aštuonias valandas, dažniau teigė, kad praėjusį mėnesį jautė streso simptomus, tokius kaip irzlumas ir pyktis, nei suaugusieji, kurie miegojo daugiau nei aštuonias valandas (atitinkamai 45 proc. ir 32 proc.); jautėsi priblokšti (atitinkamai 40 proc. ir 27 proc.); trūko susidomėjimo, motyvacijos ar energijos (atitinkamai 42 proc. ir 30 proc.); prarasdavo kantrybę ar šaukdavo ant savo vaikų (atitinkamai 52 proc. ir 27 proc.); prarasdavo kantrybę ar šaukdavo ant savo sutuoktinio ar partnerio (atitinkamai 50 proc. ir 36 proc.); praleisdavo fizinio aktyvumo užsiėmimus (atitinkamai 41 proc. ir 33 proc.). Taip pat suaugusieji, kurie miegojo mažiau nei aštuonias valandas, dažniau teigė, kad pastaruosius metus dažniau jautė stresą nei suaugusieji, kurie miegojo daugiau nei aštuonias valandas (atitinkamai 40 proc. ir 25 proc.). Suaugusieji, kurie patiria aukšto lygio stresą, lyginant su asmenimis, kurie patiria žemo lygio stresą teigė, kad jie jautė neigiamas miego trūkumo pasekmes: jautėsi vangūs ar tingūs (atitinkamai

68 proc. ir 36 proc.); jautėsi dirglūs (atitinkamai 59 proc. ir 20 proc.); buvo sunku susikoncentruoti (atitinkamai 45 proc. ir 12 proc.); jautėsi patiriantys daugiau streso (atitinkamai 45 proc. ir 5 proc.); jautėsi liūdni ir depresuoti (atitinkamai 27 proc. ir 2 proc.) (American Psychological Association, 2013).

Taigi apibendrinat galime teigti, kad pakankamas fizinis aktyvumas, sveika bei racionali mityba, kova su žalingais įpročiais ir stresu bei įtampa yra svarbūs veiksniai norint stiprinti sveikatą, išvengti ligų bei pagerinti miego kokybę.

1.4. Miego sutrikimo ypatumai slaugoje

Miego sutrikimai yra neretas reiškinys tarp hospitalizuotų pacientų. L.M Paulak ir kolegos (2014) intensyviosios terapijos skyriuje atliktas tyrimas parodė, kad sergantiems pacientams gali pasireikšti miego sutrikimai. Miego sutrikimų etiologija yra daugiafunkcinė, įskaitant paciento sveikatos būklę, gydymo metu naudojamus vaistus ir gydymo įstaigos aplinką. Poilsio ir miego skatinimas yra neatsiejamas sergančių pacientų gyvenimo elementas. Miego režimas yra būtinas energijos išsaugojimui, kuri reikalinga dalyvaujant sveikimo procese. Tie patys autoriai pastebėjo, kad liga yra susijusi su giliais ir sparčiai kintančiais fiziologinės, emocinės ir funkcinės būklės bei simptomų pokyčiais. Tikėtina, kad šie pokyčiai yra susiję su sparčiais miego pokyčiais. Miego sutrikimai veikia imuninius mechanizmus, kvėpavimo funkciją, hormonų homeostazę ir metabolizmą.

A. Hellström ir bendraautoriai (2011) akcentuoja, kad vienas plačiausiai slaugoje taikomų veiksmų, miego kokybei gerinti, remiasi miego higienos taisyklėmis, kurios teigia, kad nakties metu svarbu sukurti komfortišką miego aplinką, sumažinti triukšmo, apšvietimo lygį, palaikyti tinkamą temperatūrą patalpoje, kurioje miegama. Pacientų mokymas apie kasdieninius įpročius, susijusius su paros ritmu ir miego higiena, gali padėti įveikti ar sumažinti miego trūkumą ar dėl nepakankamo miego kiekio atsiradusias problemas.

G. De Niet ir kolegos (2010) išskiria dar vieną miego gerinimo techniką – stimulų kontrolę, kuri apima veiksmus, kurie atliekami dienos ir nakties metu, pvz. eiti gultis tik tuomet, kai norisi miegoti, palikti miegamąjį, kai neužmiegama ilgiau nei 15 minučių ir pan. Šios miego gerinimo technikos tikslas – atkurti ryšį tarp lovos ir miego aplinkos bei nustatyti pastovų paros ritmą.

Taigi sergantiems pacientams, esantiems gydymo įstaigoje, gali pasireikšti miego sutrikimai, todėl svarbus miego rėžimo palaikymas. Miegas labai svarbus paciento sveikimo procese. Todėl pacientų mokymas apie kasdieninius įpročius, susijusius su paros ritmu ir miego higiena, gali pagerinti miego kokybę.

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Tyrimas ,,Pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajos“ buvo atliekamas vienoje iš Vilniuje esančių tretinio lygio paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų. Tyrimo tikslas – nustatyti pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajas. Tyrimo tikslui įgyvendinti buvo pasirinktas kiekybinio tyrimo metodas, naudojant anketinės apklausos raštu metodą. Buvo gauti autorių leidimai naudotis jų sukurtais klausimynais. Tiriamieji buvo parinkti netikimybiniu būdu parenkant tikslinį grupės formavimo metodą. Gauti kiekybiniai duomenys buvo susisteminti ir grafiškai pavaizduoti, naudojant aprašomosios statistikos metodą.

Teorinis tyrimo pagrindimas. Tyrimo teoriniam pagrindimui pasirinktas D. E. Orem savirūpos modelis, kuris teigia, kad savirūpa yra pagrindinis žmogaus poreikis. Savirūpa, tai vertybė, į kurią kiekvienas turi teisę bei pareigą ja naudotis. Ši klasikinės slaugos teorija grindžiama samprata, kad žmogus turi poreikį rūpintis savimi ir noru turėti pakankamai žinių, jog galėtų užsiimti savirūpa, išsaugotų ir susigrąžintų sveikatą po ligos (Pukinskienė, 2011, p. 54).

Kurdama teoriją, D. E. Orem rėmėsi saikingojo realizmo filosofija, kurios šaknys yra Aristotelio filosofijoje, kur žmogus yra natūrali būtybė, egzistuojanti realioje aplinkoje ir turinti laisvą valią lygiai taip pat, kaip ir pagrindines žmogaus savybes, poreikį rūpintis savimi, kad išsaugotų gyvybę ir sveikatą (Pukinskienė, 2011, p. 54).

Kaip teigia teorijos autorė, slauga – visuomenės sveikatos sistemos paslauga, nes patys asmenys nėra savaime pakankamai tobulos būtybės, todėl slaugytojo vaidmuo šioje teorijoje yra labai svarbus. Slaugytojas padeda įvertinti paciento savirūpos galimybes bei skatina jį rūpintis savimi. Pasak teorijos kūrėjos, pacientas pats turi pasirinkti tikslingus veiksmus, remdamasis įgytomis žiniomis, o ne aklai vykdyti kitų nurodymus. D.E. Orem teigia, kad pacientui galima padėti penkiais būdais: veikti už pacientą; vadovauti pacientui; remti pacientą; sukurti aplinką, kuri skatina asmenybės vystymąsi; mokyti pacientą savirūpos. Teorijos autorė skiria tris slaugymo sistemas: 1. Pilno kompensavimo slaugymo sistema, kai pacientas visiškai priklausomas nuo kitų (pvz., pacientas nesąmoningas); 2. Dalinio kompensavimo slaugymo sistema, kai slaugytojas atlieka veiksmus, kurių pats laikinai nepajėgia pacientas (pvz., pacientas po širdies zondavimo procedūros negali sėdėti ir jį reikia maitinti); 3. Lavinamoji – paremiamoji slaugymo sistema, kai pacientas visiškai gali patenkinti savo poreikius, slaugytojo veikla nukreipiama paciento mokymui, lavinimui, kai to reikia (Pukinskienė, 2011, p. 55 - 56).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimas buvo atliekamas vienoje iš Vilniuje esančių tretinio lygio paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų. Buvo atliekamas kiekybinis tyrimas, tiriamieji buvo parinkti netikimybiniu būdu parenkant tikslinį grupės formavimo metodą, kuris suteikia tyrėjui galimybę pasirinkti tiriamuosius pagal jam reikalingas tiriamųjų charakteristikas.

Atrenkant respondentus buvo vadovaujamasi šiais tiriamųjų atrankos kriterijais: sergantys išemine širdies liga; kurie kreipėsi į vieną iš Vilniuje esančių tretinio lygio paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų; pacientai, kurių sveikatos būklė leido dalyvauti tyrime; savanoriškai sutinkantys dalyvauti apklausoje; suprantantys lietuvių kalbą.

Siekiant duomenų reprezentatyvumo, buvo atliekama matematinė analizė. Apskaičiuota respondentų imtis, pagal I. Paniotto formulę (Kardelis, 2005): $n=1/(\Delta 2+1/N)$, kur n – imties dydis; Δ – imties paklaidos dydis (=0,05); N – generalinis visumos dydis.

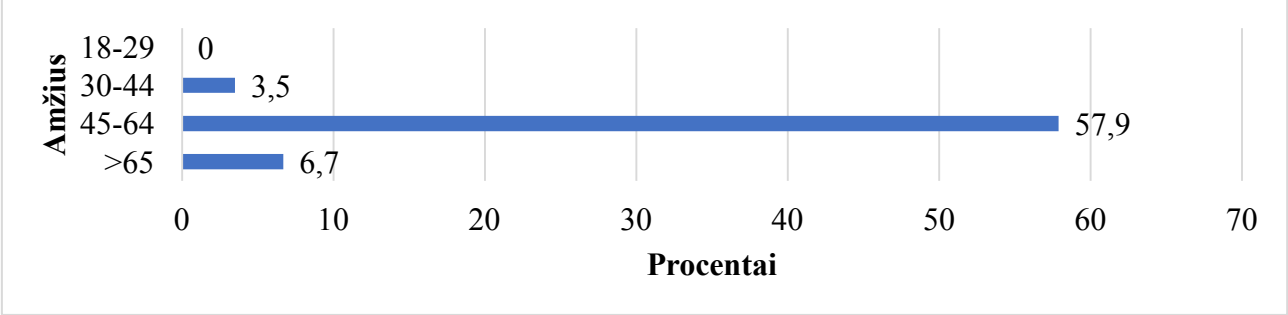
Atlikus skaičiavimus buvo nustatyta, kad reprezentatyvumui užtikrinti reikia apklausti 172 išemine širdies liga sergančius pacientus. Buvo išdalinta 172 anketų, o jas užpildė 164 pacientai. Anketų grįžtamumas – 95,35 proc.

Tyrimo kontingentą sudaro 164 tiriamieji, sergantys išemine širdies liga, iš jų 85 (51,8 proc.) vyrai ir 79 moterys (48,2 proc.). Taigi tyrime dalyvavo daugiau vyrų nei moterų (2 lentelė).

2 lentelė. Respondentų imtis pagal lytį (abs.sk./proc.)

Kontingentas	**Lytis**		**Iš viso**
	Vyrai	Moterys	
Skaičius	85	79	164
proc.	51,8	48,2	100

Anketoje respondentai turėjo pažymėti kuriai amžiaus grupei jie priklauso. Buvo išskirtos keturios amžiaus grupės: 18-29 metų amžiaus, 30-44 metų amžiaus, 45-64 metų amžiaus bei 65 ir vyresnio amžiaus. Tyrimo kontingentą sudaro 11 (6,7 proc.) – 30-44 metų amžiaus, 95 (57,9 proc.) – 45-64 metų amžiaus bei 58 (35,4 proc.) 65 ir vyresnio amžiaus respondentai (1 pav.).



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

Taigi daugiausia buvo 45-64 metų amžiaus respondentų, mažiausia – 30-44 metų amžiaus. Tyrime daugiausia dalyvavo 45-64 metų amžiaus vyrų (63,5 proc.) ir 45-64 metų amžiaus moterų (51,9 proc.).

Pagal gyvenamąją vietą tiriamųjų kontingentą sudarė 14,6 proc. kaimo, 28,7 proc. miestelio ir 56,7 proc. miesto gyventojai (3 lentelė). Taigi didžioji dalis respondentų buvo miesto gyventojai.

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą (abs.sk./proc.)

Respondentai	**Gyvenamoji vieta**			**Iš viso**
	Kaimas	Miestelis	Miestas	
Skaičius	24	47	93	164
proc.	14,6	28,7	56,7	100

Anketoje buvo klausimas ir apie šeimyninę padėtį. Tyrimo rezultatai parodė, kad didžioji respondentų dalis buvo susituokę (66,5 proc.), o mažiausią dalį sudarė nevedę (3,7 proc.) respondentai (4 lentelė).

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį (abs.sk./proc.)

Respondentai	**Šeimyninė padėtis**				**Iš viso**
	Vedęs/ ištekėjusi	Nevedęs/ neištekėjusi	Išsiskyręs/ išsiskyrusi	Našlys/ našlė	
Skaičius	109	6	29	20	164
proc.	66,5	3,7	17,7	12,2	100

Taip pat anketoje buvo klausimas apie išsilavinimą. Pagal išsilavinimą didžiausią dalį respondentų sudarė aukštesnįjį (29,9 proc.) bei vidurinį (17,7 proc.), mažiausią – pradinį (1,8 proc.) bei pagrindinį (5,5 proc.) išsilavinimą turintys asmenys (5 lentelė).

5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą (abs.sk./proc.)

Respondentai	**Išsilavinimas**							**Iš viso**
	Pradinis	Pagrindinis	Vidurinis	Specialusis vidurinis	Aukštesnysis	Aukštasis kolegininis	Aukštasis universitetinis	
Skaičius	3	9	29	23	49	26	25	164
proc.	1,8	5,5	17,7	14,0	29,9	15,9	15,2	100

2.1.2. Tyrimo metodai

Mokslinė literatūros analizė. Baigiamajame magistro darbe buvo atliekama išsami mokslinės literatūros analizė, norint nustatyti pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego

kokybės ir gyvensenos sąsajas. Baigiamajam darbui mokslinės literatūros buvo ieškoma Klaipėdos universiteto prenumeruojamose elektroninėse duomenų bazėse (EBSCO, Medline, ScienceDirect, Health Sourse - Nursing/Academic Edication, CINAHL ir kt.), įvairiuose užsienio ir Lietuvos moksliniuose žurnaluose (NEJM, British Medical Journal, Sveikatos mokslai, Visuomenės sveikata, ir kt). Taip pat buvo naudojamasi Klaipėdos, Vilniaus miestų bei universiteto bibliotekomis. Buvo lyginami skirtingų lietuvių ir užsienio autorių moksliniai straipsniai, atlikti tyrimai, išskiriami panašumai bei skirtumai.

Mokslinė literatūros paieška buvo vykdoma, naudojant raktinius žodžius: *išeminė širdies liga, miego kokybė, mieguistumas, gyvensenos veiksniai, elgsena.*

Kiekybinis tyrimas. Siekiant išanalizuoti pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajas buvo pasirinktas kiekybinis tyrimas (anketinė apklausa). K. Kardelis (2016) teigia, kad tyrimo instrumentas turi būti aiškus, nedviprasmiškas bei patikimas, tuo pačiu jis turi skatinti respondento norą bendradarbiauti su tyrėju, kuo tiksliau atsakyti į klausimus.

Tyrimui naudota anketa buvo sudaryta iš trijų klausimynų: 1. Pitsburgo miego kokybės indekso (*angl. Pittsburgh Sleep Quality Index, Buysse et al., 1989*) klausimyno, 2. Epworth mieguistumo skalės (*angl. The Epworth Sleepiness Scale, Johns 1990*) klausimyno, 3. Higienos instituto parengto ir su Sveikatos apsaugos ministerija suderinto Suaugusių gyvensenos klausimyno (Higienos institutas, 2018) bei klausimų apie tiriamųjų demografinius duomenis (lytis, amžius, gyvenamoji vietovė, šeiminė padėtis, išsilavinimas).

Statistinė duomenų analizė buvo atliekama SPSS (Statistical Package for Social Science) statistiniu paketu, versija 17.0. Grafiniam duomenų vaizdavimui bus naudojama MS Excel 2016 programa. Pasirinktas reikšmingumo lygmuo – 0,05. Skirtumas tarp grupių statistiškai reikšmingas, kai $p<0,05$.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Siekiant išanalizuoti pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajas buvo atliktas tyrimas naudojant anketą (1 priedas) sudarytą iš trijų klausimynų:

1. Pitsburgo miego kokybės indekso (*angl. Pittsburgh Sleep Quality Index, Buysse et al., 1989*) klausimynas. Šis klausimynas buvo sukurtas 1989 m. Pitsburge, Jungtinėse Amerikos Valstijose. Klausimyno autoriai: D. J. Buysse, S. R. Berman, D. J. Kupfer, T. H. Monk, C. F. Reynolds. Originalus, anglų kalba pateikiamas Pitsburgo miego kokybės klausimynas yra viešai prieinamas ir plačiai taikomas klinikinėje praktikoje. Šiame tyrime, autorių pageidavimu, buvo naudota 2006 m. „Mapi Linguistic Validation“ į lietuvių kalbą išversta Pitsburgo miego kokybės indekso klausimyno versija, kurią įgaliota platinti ne pelno siekianti Mapi Research Trust organizacija.

2. Epworth mieguistumo skalės (*angl. The Epworth Sleepiness Scale, Johns 1990*) klausimynas. Šis klausimynas buvo sukurtas 1990 m. *Melburne, Australijoje.* Klausimyno autorius: M.W. Johns. Šiame tyrime, autorių atstovų pageidavimu, naudota lingvistinės įmonės „Oxford Outcomes“ į lietuvių kalbą išversta Epworth mieguistumo skalės klausimyno versija. Lietuvišką Epworth klausimyno versiją moksliniuose tyrimuose Lietuvoje pradėjo naudoti Skaidrius Miliauskas (2003).

3. Higienos instituto parengtas ir su Sveikatos apsaugos ministerija suderintas Suaugusių gyvensenos klausimynas 2018 (Higienos institutas, 2018). Klausimynas parengtas, siekiant įgyvendinti projektą „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“. Darbo grupė sudarė gyvensenos rodiklių sąrašą ir parengė specialius klausimynus, kurie leistų išmatuoti suaugusiųjų bei vaikų gyvensenos rodiklius. Gyvensenos tyrimo klausimynas sudarytas, remiantis Lietuvoje keletą metų vykdomų tyrimų anketomis: Finbalt, ESPAD (angl. *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), CINDI Health Monitor, EHIS (angl. *European Health Interview Survey*), HBSC (angl. *Health Behaviour in School-aged Children*).

Klausimynų naudojimui gauti autorių sutikimai, todėl autorių teisės šiame magistro baigiamajame darbe apsaugotos (2 priedas).

Anketa prasideda nuo preambulės, atitinkančios Klaipėdos universiteto, sveikatos mokslų fakulteto, slaugos katedros reikalavimus.

Anketos pirma dalis (1-5 klausimai) sudaryta darbo autorės. Joje buvo siekiama išsiaiškinti respondentų demografinius duomenis: lytis, amžius, gyvenamoji vietovė, šeiminė padėtis, išsilavinimas.

Anketos antra dalis (6-14 klausimai) skirta subjektyviam miego kokybės vertinimui. Tiriamieji įvertino savo miego kokybę ir miego sutrikimus pastarojo mėnesio laikotarpiu naudojant Pitsburgo miego kokybės indekso (PMKI) klausimyną. Šios anketos dalies klausimai skirstomi į 7 grupes, atspindinčias miego kokybę per pastarąjį mėnesį, ir vertina: subjektyvią miego kokybę, užmigimo laiką, miego trukmę, įprastinį miego efektyvumą, miego sutrikimus, vaistų miego gerinimui vartojimą, blogą savijautą dienos metu. Pitsburgo indeksas susideda iš klausimų tiriamajam ir jo kambario ar lovos partneriui. Pastarieji nebuvo klausiami, nes nėra įtraukiami į PMKI skaičiavimą, o naudojami klinikinei informacijai (Buysse et al., 1989).

Pagal pateikiamus klausimus tiriamasis pats įvertino savo miegą pagal keturias gradacijas – nuo 0 balų, kai nėra jokių sutrikimų, iki 3 balų, atspindinčių didelius sutrikimus, susijusius su miegu. Taip pat buvo skaičiuojamas bendras Pitsburgo miego kokybės indeksas (PMKI), parodantis buvusią miego kokybę: “blogas miegas”, kai indeksas daugiau nei 5 balai, ir “geras miegas”, kai indeksas – mažiau nei 5 balai (Buysse et al., 1989).

Skaičiuojant Pitsburgo miego kokybės indeksą (PMKI) buvo naudojami tik pačio asmens įvertinti klausimai, susumuojant 7 komponentes, kurių kiekviena galinti turėti nuo “0” iki “3” balų. Visais atvejais įvertinimas “3” balais rodo labai dideles problemas, o įvertinimas “0” balų reiškia, kad jokių problemų nėra. Septynių komponenčių įvertinimai susumuojami į vieną bendrą indeksą nuo “0” iki “21” balo, atspindintį miego sutrikimo sunkumų laipsnį visose srityse. Pitsburgo miego kokybės indekso (PMKI) skaičiavimo instrukcijos pateiktos 6 lentelėje (Buysse et al., 1989).

6 lentelė. Pitsburgo miego kokybės indekso (PMKI) skaičiavimo instrukcijos

Komponentė	Skaičiavimas	Balas
1 komponentė (subjektyvi miego kokybė)	14 klausimo atsakymas	
2 komponentė (užmigimo laikas)	7 klausimo atsakymas (<15 min. (0), 16-30 min. (1), 31-60 min. (2), >60 min (3)) + 10a klausimo atsakymas (jei suma lygu 0=0, 1-2=1, 3-4=2, 5-6=3)	
3 komponentė (miego trukmė)	9 klausimo atsakymas (>7 (0), 6-7 (1), 5-6 (2), <5 (3))	
4 komponentė (įprastinis miego efektyvumas)	9 klausimo atsakymas (miegojimo laikas) / 6 ir 8 klausimų atsakymų skirtumas (praleidimo lovoje laikas) x 100 proc. (>85 proc. = 0, 75-84 proc. = 1, 75-74 proc. = 2, < 65 proc. = 3)	
5 komponentė (miego sutrikimas)	Klausimų nuo 10b iki 10j atsakymų suma (0=0, 1-9=1, 10-18=2, 19-27=3)	
6 komponentė (vaistų miego gerinimui vartojimas)	11 klausimo atsakymas	
7 komponentė (bloga savijauta dienos metu)	12 klausimo atsakymas + 13 klausymo atsakymas (0=0, 1-2=1, 3-4=2, 5-6=3)	
7 komponenčių balų suma		

Suskaičiuotas Pitsburgo miego kokybės indeksas (PMKI) parodė miego kokybę:

PMKI ≤ 5 – nėra sutrikimų,

5 < PMKI ≤ 10 – epizodiniai miego sutrikimai,

10 < PMKI ≤ 15 – vidutiniai miego sutrikimai,

15 < PMKI ≤ 21 – labai ryškūs miego sutrikimai (Famodu et al., 2018).

Anketos trečia dalis (15 klausimas) buvo skirta įvertinti tiriamųjų bendram mieguistumui dienos metu, neatsižvelgiant į nuovargį, naudojant Epworth mieguistumo skalę (EMS). Anketa, sudaryta iš 8 klausimų. Atsakymai apibūdina šių dienų gyvenimo būdą. Tiriamieji buvo prašomi įvertinti polinkį užsnūsti ar užmigti 8 skirtingose kasdieninio gyvenimo situacijose: sėdint ir skaitant; žiūrint televizorių; ramiai sėdint viešoje vietoje (pvz., teatre ar susirinkime); valandą laiko be pertraukos keliaujant automobiliu keleivio vietoje; atsigulus pailsėti pietų metu, kai leidžia

aplinkybės; sėdint ir su kuo nors kalbantis; ramiai sėdint, papietavus, negėrus alkoholinių gėrimų; vairuojant automobilį, stabtelėjus kelioms minutėms spūsties metu (Johns, 2018).

Pagal pateikiamą klausimą tiriamasis pats įvertino savo mieguistumą pagal keturias gradacijas – nuo 0 balų, kai niekada nesnaudžia, iki 3 balų, atspindinčių didelę galimybę užsnūsti. Visų 8 klausimų balų suma atspindėjo bendrą polinkį užmigti dienos metu ir buvo vertinama nuo 0 iki 24 balų. Balų suma nuo 0-9 yra įvardinama kaip norma, o lygi arba didesnė nei 10 balų suma nurodė, jog reikalinga specialisto konsultacija dėl mieguistumo (Johns, 2018).

Anketos ketvirta dalis (16-30 klausimai) buvo skirta įvertinti tiriamųjų gyvenseną naudojant Higienos instituto parengtą ir su Sveikatos apsaugos ministerija suderintą Suaugusių gyvensenos klausimyną, kuris buvo sudarytas remiantis Lietuvoje kelerius metus vykdomų tyrimų anketomis: „Finbalt“, ESPAD (*angl. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), „CINDI Health Monitor“, EHIS (*angl. European Health Interview Survey*), 2013–2014 m. Higienos instituto vykdytame tyrime „65 metų amžiaus ir vyresnių asmenų sveikatos netolygumai Lietuvoje“ naudotu klausimynu (www.hi.lt). Klausimynas buvo koreguojamas atsižvelgiant į tyrimų rezultatus ir ekspertų nuomonę.

Šios dalies anketos klausimus galima suskirstyti į grupes:

1. sveikatos elgsena: fizinis aktyvumas ir mitybos įpročiai (16, 17, 23 klausimai),
2. rizikingas elgesys: tabako, elektroninių cigarečių rūkymas, alkoholio vartojimas, narkotinių medžiagų vartojimas (18-22 klausimai),
3. gyvenimo kokybės, sveikatos, laimingumo vertinimas, prislėgta nuotaika (24-27 klausimai),
4. gyvensenos keitimas ir raštingumas (28-30 klausimas).

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Mokslinio tyrimo etapai:

1. *Temos pasirinkimas* (2018 m. rugsėjo mėn. / 2018 m. gruodžio mėn.). Tema „Pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajos“ pasirinkta, nes miego sutrikimai yra neretas reiškinys tarp hospitalizuojamų pacientų. Įvairiuose moksliniuose straipsniuose itin akcentuojama kokybiško miego svarba sveikatai, gyvenimo kokybei, tačiau atliktų tyrimų, analizuojančių gyvensenos ir miego sąsajas bei jų įtaką pacientų, sergančių išemine širdies liga, sveikatos būklei pasigendama.
2. *Mokslinių šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas* (2019 m. vasario mėn. / 2019 m. lapkričio mėn.). Baigiamajam darbui mokslinės literatūros buvo ieškoma Klaipėdos universiteto prenumeruojamose elektroninėse duomenų bazėse (EBSCO, Medline, ScienceDirect, Health Sourse – Nursing/Academic Edication, CINAHL ir kt.), įvairiuose

užsienio ir Lietuvos moksliniuose žurnaluose (NEJM, British Medical Journal, Sveikatos mokslai, Visuomenės sveikata, ir kt). Taip pat buvo naudojamasi Klaipėdos, Vilniaus miestų bibliotekomis. Buvo lyginami skirtingų lietuvių ir užsienio autorių moksliniai straipsniai, atlikti tyrimai, išskiriami panašumai bei skirtumai. Mokslinių šaltinių atranka ir analizė vyko visą darbo rašymo laiką.

3. *Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas/paieška* (2019 m. sausio mėn. / 2019 m. vasario mėn.). Tyrimo instrumentas – anketa. Anketa buvo sudaryta remiantis Lietuvos bei užsienio mokslininkų sudarytais klausimynais. Buvo gauti autorių leidimai naudotis jų sukurtais klausimynais. Tyrimo metu buvo vertinama tiriamųjų subjektyvi miego kokybė naudojant Pitsburgo miego kokybės indekso (*angl. Pittsburgh Sleep Quality Index, Buysse et al., 1989*) klausimyną, bendras mieguistumas dienos metu naudojant Epworth mieguistumo skalės (*angl. The Epworth Sleepiness Scale, Johns 1990*) klausimyną, tiriamųjų gyvensena naudojant Higienos instituto parengtą ir su Sveikatos apsaugos ministerija suderintą Suaugusių gyvensenos klausimyną (2018) bei demografiniai duomenys (lytis, amžius, gyvenamoji vietovė, šeiminė padėtis, išsilavinimas).
4. *Tyrimo duomenų rinkimas* (2019 m. birželio mėn. / 2019 m. rugsėjo mėn.). Tyrimas buvo atliekamas vienoje iš Vilniuje esančių tretinio lygio paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų, gavus ligoninės vyriausiojo gydytojo raštišką sutikimą atlikti tyrimą ir panaudoti duomenis baigiamajame magistro darbe. Anketos buvo išdalintos pacientams, kurie tiriamuoju laikotarpiu gulėjo pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje, sirgo išemine širdies liga, suprato lietuvių kalbą. Prieš anketos pildymą tyrimo dalyviai buvo supažindinami su tyrimo tikslu bei reikalavimais pildant anketą. Taip pat jiems buvo pranešta, jog anketa yra anoniminė ir jos duomenys bus panaudoti tik apibendrinta forma. Tyrimo dalyviai savanoriškai sutiko atsakyti į jiems pateiktos anketos klausimus. Kai kurie į klausimus atsakė savarankiškai arba su pagalba, t. y. atsakymus žymėjo tyrimo vykdytojas. Anoniminės anketinės apklausos būdu buvo apklausti 164 pacientai. Tyrimo dalyviai, kurie sutiko atsakyti į jiems pateiktos anketos klausimus neatrodė nusiteikę priešiškai, todėl galima tikėtis, kad atsakymai yra validūs.
5. *Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas* (2019 m. spalio mėn. / 2019 m. lapkričio mėn.). Statistinė duomenų analizė buvo atliekama SPSS (Statistical Package for Social Science) statistiniu paketu, versija 17.0. Grafiniam duomenų vaizdavimui buvo naudojama MS Excel 2016 programa. Pasirinktas reikšmingumo lygmuo – 0,05. Skirtumas tarp grupių statistiškai reikšmingas, kai $p<0,05$.
6. *Tyrimo rezultatų palyginimas* (2019 m. spalio mėn. / 2019 m. lapkričio mėn.). Tyrimo metu gauti rezultatai trumpai, apibendrintai ir kartu informatyviai aprašyti bei susieti/palyginti su

kitų autorių duomenimis (panašumai ir skirtumai), atsižvelgiant į lyginamųjų tyrimų atlikimo sąlygas, tiriamo kontingento ypatumus, tyrimo metodus ir kitas aplinkybes.

7. *Išvadų ir rekomendacijų parengimas* (2019 m. lapkričio mėn.). Buvo pateiktos išvados, kurios atitiko darbo pavadinimą, tikslą, uždavinius bei gautus rezultatus. Parengtos rekomendacijos ir deleguotos atsakingoms institucijoms/ konkrečiam adresatui.
8. *Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas* (2019 m. gruodžio mėn.). Remiantis mokslo tiriamųjų darbų metodologijos reikalavimais bei konsultuojantis su darbo vadove buvo parengta baigiamojo darbo ataskaita.

2.1.5. Tyrimo etika

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros etikos komisijos leidimu tyrimas atliktas 2019 metų birželio – rugsėjo mėnesiais vienoje iš Vilniuje esančių tretinio lygio paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų, gavus įstaigos vyriausiojo gydytojo raštišką sutikimą atlikti tyrimą ir panaudoti duomenis magistro baigiamajame darbe.

Tyrimo duomenų rinkimo metu buvo remiamasi pagrindiniais Helsinkio deklaracijos (paskelbta 1964 m., peržiūrėta 1975 m. ir 2000 m.) etikos principais, kurie taikomi atliekant biomedicininius tyrimus su asmenims, t. y. autonomiškumas, privatumas, konfidencialumas, nežalingumas. Šiuolaikinio slaugos mokslo pagrindinis etikos principas – tiriamojo autonomijos pagarba. Šis principas atsiskleidžia per tiriamojo informavimo procesą (Mockienė ir kt., 2014).

Tyrimo dalyviai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, eiga bei informuoti, kad bus užtikrintas jų anonimiškumas ir informacijos konfidencialumas, gautais rezultatais ir kita su pacientais susijusia informacija, nedisponuos kiti asmenys, o tyrimo rezultatai bus panaudoti tik apibendrinta forma magistro baigiamajame darbe.

Tyrimo dalyviai buvo informuoti apie tai, kad jie turi teisę bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti ir bet kuriuo metu nutraukti savo sutikimą dalyvauti tyrime be atsakomųjų veiksmų.

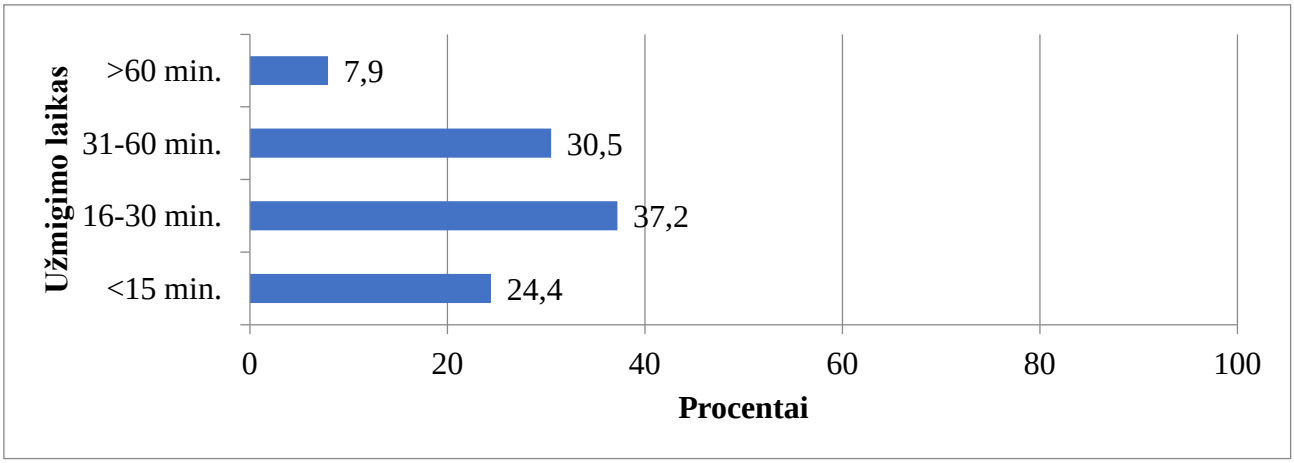
Tyrimo metu taip pat buvo vadovaujamasi sąžiningumo principu. Skelbiant tyrimo rezultatus, buvo užtikrintas jų tikslumas ir buvo pateikti tik tokie duomenys, kurie buvo gauti iš tikrųjų. Tai reiškia, kad tyrimo duomenys nebuvo „pritempti“ prie tokių rezultatų, kokių buvo tikėtasi arba nuslėpti nepageidaujami duomenys (Mockienė ir kt., 2014).

2.2. Tyrimo rezultatai

2.2.1. Pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės vertinimas

Vienas iš miego kokybės vertinimo kriterijų yra vidutinė miego trukmė. Išnagrinėjus miego kokybės rodiklių raišką nustatyta, kad respondentai vidutiniškai per naktį miegojo 6,15 valandos (SN = 1,2 val.). Moterys vidutiniškai miegojo po 6 valandas (SN = 1,2 val.), o vyrai – 6,32 valandas (SN = 1,2 val.); skirtumas nėra statiškai reikšmingas (p=0,93).

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau nei trečdalis respondentų (37,2 proc.) užmigdavo per 16-30 min. ir tik 7,9 proc. tiriamųjų prireikdavo daugiau nei valandos, kad užmigtų (2 pav.).

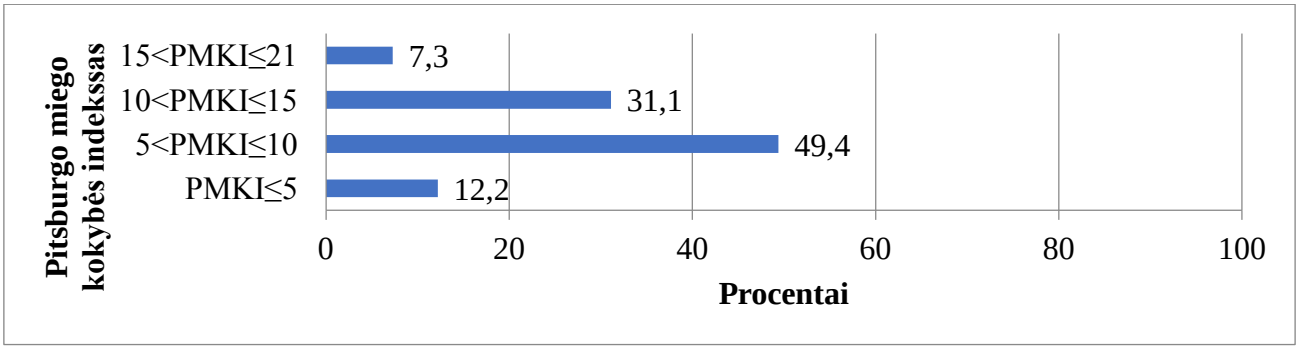


2 pav. Užmigimo laikas (proc.)

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp lyties ir užmigimo laiko (χ^2=14,036; lls=3; p<0,05). Tyrimo rezultatai parodė, kad vyrai dažniausiai užmigdavo mažiau nei per 15 min. (35,3 proc.), o moterys per 16-30 min. (40,5 proc.).

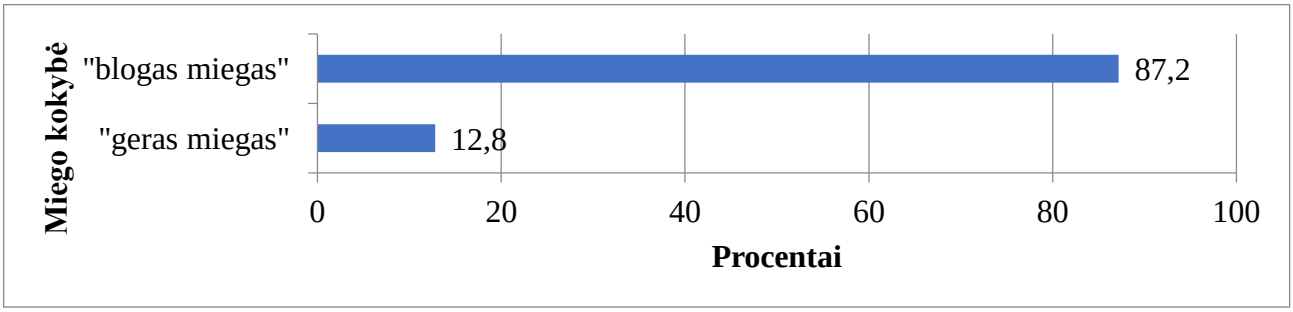
Kitas miego kokybės vertinimas buvo atliekamas pasitelkus anketinius Pitsburgo miego kokybės indekso ir Epwortho mieguistumo skalės klausimynus.

Apskaičiavus ir palyginus bendrą Pitsburgo miego kokybės indekso reikšmę nustatyta, kad beveik pusė respondentų (49,4 proc.) turėjo epizodinius miego sutrikimus (5<PMKI≤10) ir tik 12,2 proc. visiškai neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5). Vidutiniai miego sutrikimai (10<PMKI≤15) būdingi 31,1 proc., o ryškūs miego sutrikimai (15<PMKI≤21) nustatyti 7,3 proc. tiriamųjų (3 pav.). Visų tiriamųjų PMKI vidurkis buvo 9,63±3,47.



3 pav. Miego kokybės vertinimas pagal Pitsburgo miego kokybės indeksą (proc.)

Pagal PMKI skaičiavimo instrukcijas nustatytas ne tik miego sutrikimo sunkumo laipsnis, bet atskirti „gerai" ir „blogai" miegantys tiriamieji. Nustatyta, kad respondentų miegas dažniau buvo blogas (87,2 proc.) nei geras (12,8 proc.) (4 pav.).



4 pav. Miego kokybės vertinimas (proc.)

Pastebėta, kad vyrų miego kokybė dažniau (88,2 proc.) buvo blogesnė nei moterų (86,1 proc.) miego kokybė (χ^2=0,171; lls=1; p=0,679). Nustatyta, kad vyresnių nei 65 metų amžiaus tiriamųjų miego kokybė statistiškai reikšmingai dažniau buvo bloga (94,8 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentų (45-64 m – 85,3 proc., 30-44 m – 63,6 proc.) (χ^2=8,812; lls=2; p=0,012).

Apžvelgus kiekvienos atskiros PMKI komponentės įvertinimų vidurkius matoma, kad didžiausia įtaką bendram balui turėjo miego sutrikimas. Panašią įtaką turėjo bloga savijauta dienos metu, užmigimo laikas ir subjektyvi miego kokybė. Mažiausiai bendrą balą veikė įprastinis miego efektyvumas (7 lentelė).

7 lentelė. Pitsburgo miego kokybės indekso komponenčių vidutinės reikšmės

Požymiai	**Moterys**	**Vyrai**	**Iš viso**	**p reikšmė**
	Vidurkis (SN)	Vidurkis (SN)	Vidurkis (SN)	
Subjektyvi miego kokybė	1,54 (0,81)	1,62 (0,74)	1,59 (0,76)	p=0,514
Užmigimo laikas	1,94 (0,82)	1,32 (0,9)	1,62 (0,92)	p<0,001*
Miego trukmė	1,41 (0,9)	1,62 (0,86)	1,52 (0,88)	p=0,113
Įprastinis miego efektyvumas	0,76 (0,95)	0,66 (0,83)	0,71 (0,89)	p=0,469

Lentelės tęsinys kitame lape

Požymiai	Moterys	Vyrai	Iš viso	p reikšmė
	Vidurkis (SN)	Vidurkis (SN)	Vidurkis (SN)	
Miego sutrikimas	1,58 (0,63)	1,78 (0,62)	1,68 (0,63)	p<0,05*
Vaistų miego gerinimui vartojimas	1,18 (1,11)	0,62 (1,05)	0,89 (1,11)	p<0,001*
Bloga savijauta dienos metu	1,56 (0,75)	1,71 (0,72)	1,63 (0,74)	p=0,196
Bendras PMKI	9,9 (3,65)	9,34 (3,3)	9,61 (3,47)	p=0,308

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Tiriamieji buvo klausiami: *„Ar dažnai per pastarąjį mėnesį Jums buvo sunku miegoti, nes...?“*. Didžiausią įtaką miegojimui per pastarąjį mėnesį, kai respondentas tris ar daugiau kartų per savaitę sunkiai miegodavo, turėjo kėlimasis naktį, nes reikėdavo eiti į tualetą. Panašią įtaką turėjo garsus kosėjimas ar knarkimas bei prabudimas nakties metu ar anksti ryte. Daugeliui respondentų miegojimui neturėjo įtakos karštis, negalėjimas laisvai kvėpuoti ar šaltis (8 lentelė).

8 lentelė. Miegojimo ypatumai (abs.sk./proc.)

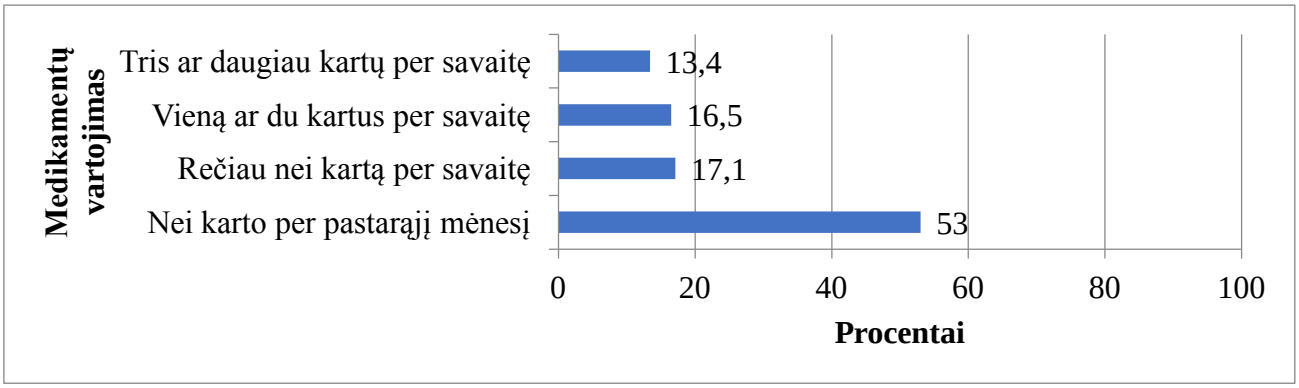
„Ar dažnai per pastarąjį mėnesį Jums buvo sunku miegoti, nes...“	Nei karto per pastarąjį mėnesį	Rečiau nei kartą per savaitę	1 ar 2 kartus per savaitę	3 ar daugiau kartų per savaitę	Iš viso
	Abs. sk. (proc.)				
a) Negalėdavote užmigti per 30 minučių	32 (19,5)	49 (29,9)	43 (26,2)	40 (24,4)	164 (100)
b) Prabusdavote nakties metu ar anksti ryte	10 (6,1)	37 (22,6)	64 (39,0)	53 (32,3)	164 (100)
c) Turėdavote keltis, nes reikėdavo eiti į tualetą	4 (2,4)	32 (19,5)	61 (37,2)	67 (40,9)	164 (100)
d) Negalėdavote laisvai kvėpuoti	100 (61,0)	41 (25,0)	17 (10,4)	6 (3,7)	164 (100)
e) Garsiai kosėdavote ar knarkdavote	48 (29,3)	26 (15,9)	30 (18,3)	60 (36,6)	164 (100)
f) Jums būdavo per šalta	96 (58,5)	28 (17,1)	21 (12,8)	19 (11,6)	164 (100)
g) Jums būdavo per karšta	115 (70,1)	16 (9,8)	18 (11,0)	15 (9,1)	164 (100)
h) Sapnuodavote blogus sapnus	44 (26,8)	46 (28,0)	43 (26,2)	31 (18,9)	164 (100)
i) Jausdavote skausmą	37 (22,6)	53 (32,3)	48 (29,3)	26 (15,9)	164 (100)

Respondentai patys nurodė keletą priežasčių dėl kurių jiems buvo sunku miegoti (9 lentelė). Moterys dažniausiai nurodydavo, kad joms sunku miegoti dėl emocinių priežasčių, o vyrai – sveikatos problemų.

9 lentelė. Kitos priežastys dėl kurių buvo sunku miegoti

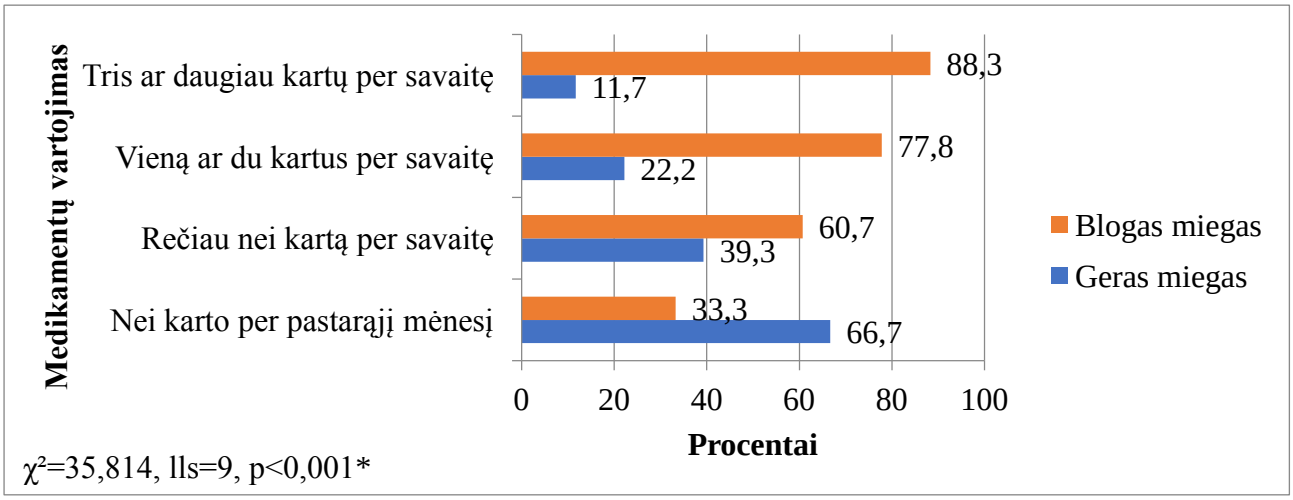
Moterys	Vyrai
„daug streso darbe“, „problemos šeimoje“, „stresas, nes tapau bedarbė“, „atsiguliau į ligoninę“, „suprastėjo sveikata“, „ruduo, liūdna, viena“, „be darbo sunku“, „sanariai skaudėjo“, „sunkus gyvenimas“, „skauda koją po operacijos“	„skauda kelėnus“, „mirė žmona“, „bandau mesti rūkyti“, „blogos mintys lįsdavo į galvą“, „pamaininis darbas“, „sirgo vaikai“, „širdį dūrė“, „prostata“, „skauda kojas“, „trūko oro“

Vienas iš būdų miego kokybei gerinti yra medikamentų vartojimas. Nustatyta, kad daugiau nei pusė respondentų (53 proc.) nei karto per pastarąjį mėnesį nevartojo vaistų padedančių užmigti, ir tik 13,4 proc. tiriamųjų tris ar daugiau kartų per savaitę vartojo vaistus (5 pav.).



5 pav. Medikamentų, siekiant pagerinti miegą, vartojimas (proc.)

Atlikus koreliacinę analizę, nustatytas ryšys tarp miegą gerinančių vaistų vartojimo ir pasitenkinimo savo miegu ($r=0,343$; $p<0,001$). Pastebėta, kad respondentai, kurie kartais vartoja medikamentus, padedančius užmigti, savo miegą apibūdina kaip blogą ($p<0,001$) (6 pav.)

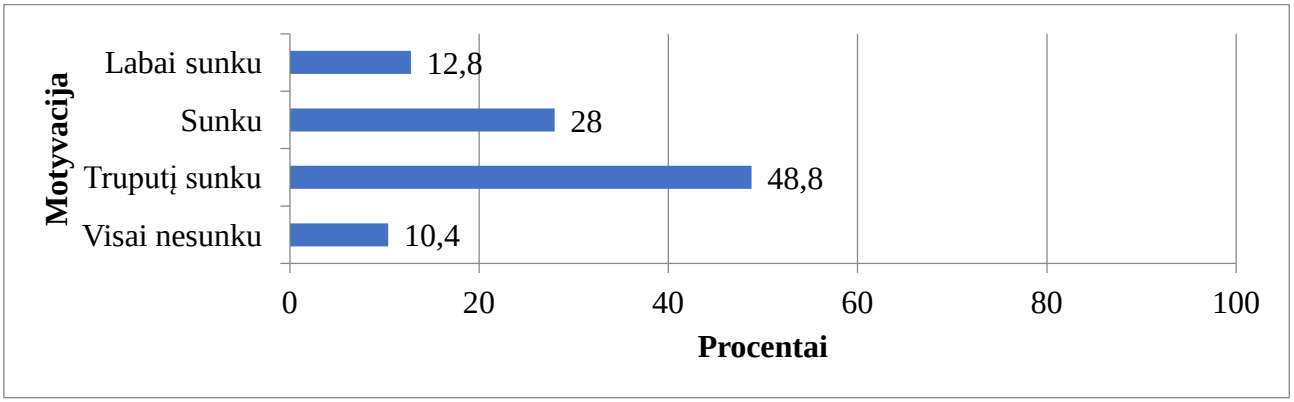


6 pav. Medikamentų, siekiant pagerinti miegą, vartojimo ir miego kokybės vertinimas (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,05$)

Tyrimo rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai daugiau moterų (63,3 proc.) nei vyrų (31,8 proc.) teigė, kad per pastarąjį mėnesį vartojo vaistus padedančius užmigti ($\chi^2=16,768$; lls=3; $p<0,001$).

Nustatyta, kad statistiškai reikšmingai daugiau vyresnių nei 65 metų amžiaus respondentų (58,6 proc.) teigė, kad per pastarąjį mėnesį vartojo vaistus padedančius užmigti lyginant su 30-44 metų (45,5 proc.) ir 45-64 metų (40 proc.) amžiaus respondentais ($\chi^2=12,797$; lls=6; $p<0,05$).

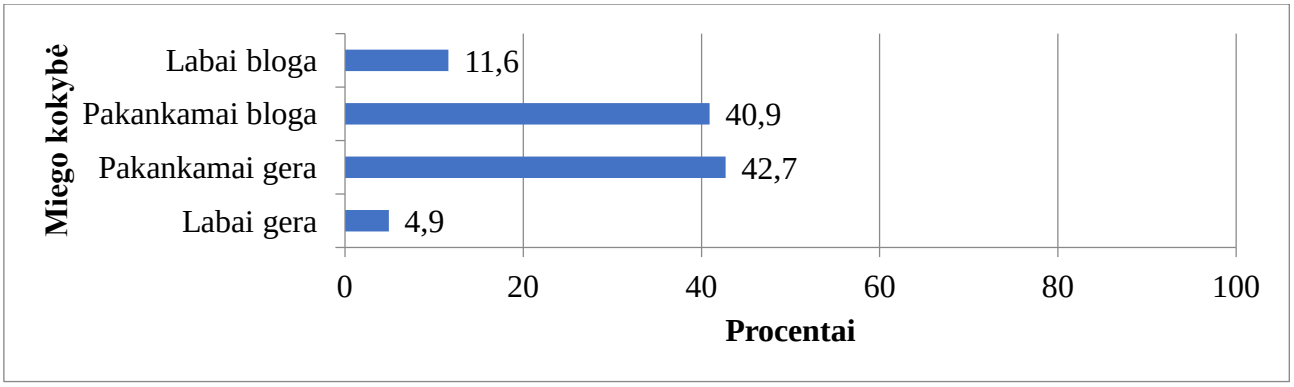
Tiriamieji buvo klausiami: *„Ar per pastarąjį mėnesį Jums buvo sunku atrasti savyje pakankamai motyvacijos pabaigti pradėtus darbus?“*. Nustatyta, kad beveik pusė tiriamųjų (48,8 proc.) skundėsi, jog jiems buvo truputi sunku atrasti savyje pakankamai motyvacijos pabaigti pradėtus darbus, bet statistiškai reikšmingo skirtumo tarp lyties, amžiaus ir motyvacijos pabaigti pradėtus darbus nenustatyta ($p>0,05$) (7 pav.).



7 pav. Motyvacija pabaigti pradėtus darbus (proc.)

Pastebėta, kad respondentai, kurie neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) arba turėjo epizodinius (5<PMKI≤10) miego sutrikimus statistiškai reikšmingai dažniau (po 35,3 proc.) teigė, kad jiems visai nesunku atrasti savyje pakankamai motyvacijos pabaigti pradėtus darbus nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) miego sutrikimus (23,5 proc.) ir labai ryškius (15<PMKI≤21) miego sutrikimus (5,9 proc.) (χ^2=29,587; lls=9; p<0,001).

Siekiant išsiaiškinti respondentų savo miego vertinimą, jiems buvo pateiktas klausimas: *„Kaip Jūs įvertintumėte savo miego kokybę apskritai per pastarąjį mėnesį?“*. Daugiau nei pusė respondentų atsakė vertinantys ją labai blogai ar pakankamai blogai (52,5 proc.), labai bloga įvertino 11,6 proc. Labai gerai ar pakankamai gerai miego kokybę įvertino mažiau nei pusė tiriamųjų (47,5 proc.) ir tik 4,9 proc. nurodė miegantys labai gerai (8 pav.).



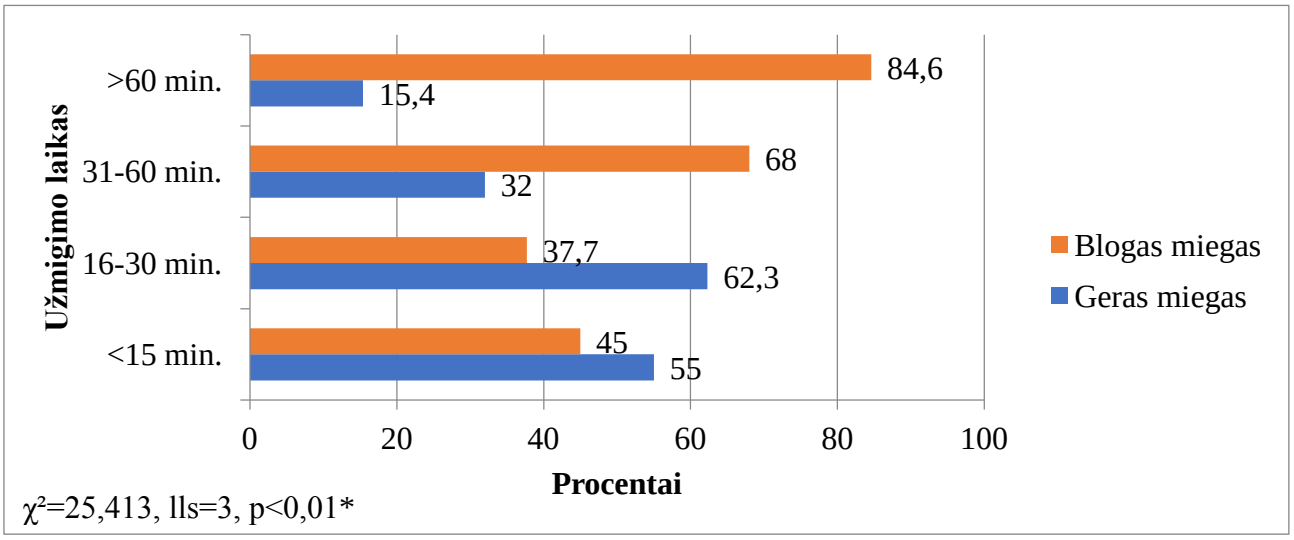
8 pav. Miego kokybės vertinimas (proc.)

Remiantis duomenų analize nustatyta, kad vyrai (48,3 proc.) savo miegą vertina geriau (labai gera, patenkinamai gera) nei moterys (46,8 proc.), tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta (χ^2=3,188; lls=3; p=0,364).

Tyrimo rezultatai parodė, kad 30-44 metų amžiaus respondentai (63,7 proc.) statistiškai reikšmingai geriau (labai gera, patenkinamai gera) vertino savo miego kokybę nei 45-64 metų (49,5 proc.) ir vyresni kaip 65 metų (41,3 proc.) amžiaus respondentai (χ^2=13,945; lls=6; p=0,03).

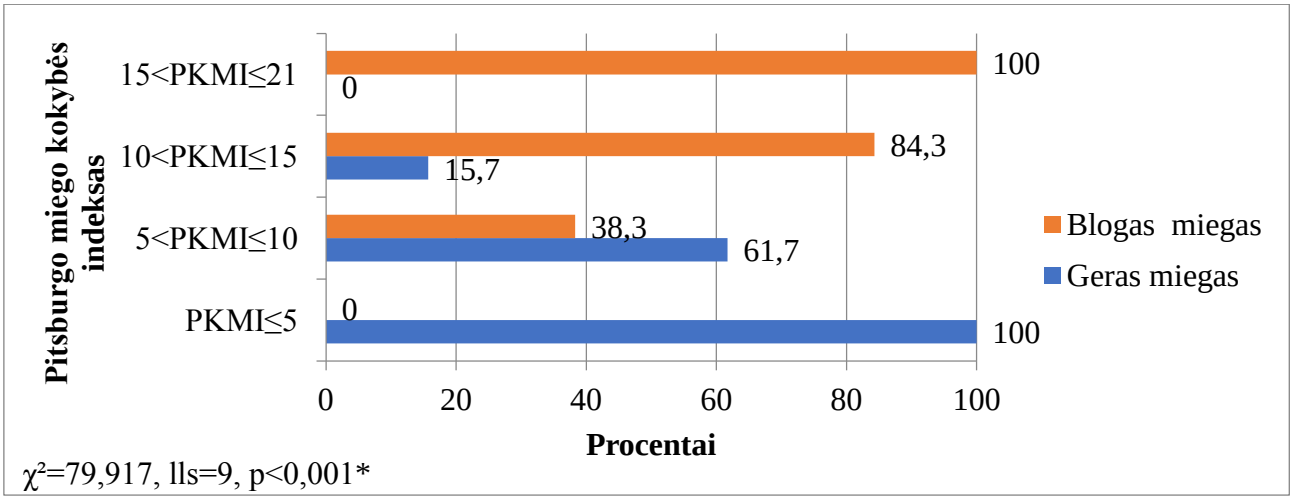
Pastebėta, kad respondentai, kurie savo miego kokybę vertino kaip labai gera ar pakankamai gera statistiškai reikšmingai ilgiau miegojo (6,35±1,06 val.) nei respondentai, kurie savo miego kokybę apibūdino kaip pakankamai bloga ar labai bloga (5,95±1,31 val.) (p=0,048).

Miego kokybę sąlygoja ir tai, per kiek laiko žmogus užmiega. Atlikus koreliacinę analizę, nustatytas silpnas ryšys tarp užmigimo trukmės ir miego kokybės (r=0,221; p<0,01). Analizuojant respondentų miego vertinimą ir užmigimo trukmę pastebėta, jog geriau savo miegą apibūdina tie respondentai, kurie užmiega per trumpesnį laiką (p<0,01) (9 pav.).



9 pav. Užmigimo laiko ir miego kokybės vertinimas (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad miego kokybė turėjo labai statistiškai reikšmingą ryšį su PMKI ir tai rodo, kad tiriamojo subjektyvi nuomonė apie jo miego kokybę atspindi PMKI išvadą (r=0,623 p<0,001). Galima daryti prielaidą, kad geriau savo miegą vertino tie respondentai, kuriems nenustatyti miego sutrikimai. Ir atvirkščiai, respondentai, turintys labai ryškius miego sutrikimus, savo miego kokybę vertino blogai (p<0,001) (10 pav.).



10 pav. Miego sutrikimo sunkumo laipsnio ir miego kokybės vertinimas (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Remiantis Epwortho mieguistumo skale, įvertintas tiriamųjų mieguistumo lygis dienos metu ir mieguistumo įtaka kasdieninei veiklai (0-9 balai – norma, ≥10 balai – reikalinga specialisto konsultacija). Nustatyta, kad daugiau nei pusė apklaustųjų neturi padidėjusio mieguistumo dienos metu (60,4 proc.) ir tik šiek tiek daugiau nei trečdaliui (39,6 proc.) būtų tikslinga konsultuotis dėl padidėjusio mieguistumo.

Tyrimo rezultatai parodė, kas išlikti žvaliems sunkiausia sekėsi žiūrint televizorių (32,9 proc.), atsigulus pailsėti pietų metu (25,6 proc.) ir sėdint/skaitant (22 proc.). Mažiausia tikimybė užsnūsti buvo sėdint ir kalbantis su kuo nors (72,6 proc.) ar vairuojant automobilį, stabtelėjus kelioms minutėms spūsties metu (70,1 proc.) (10 lentelė).

10 lentelė. Mieguistumo vertinimas dienos metu (abs.sk./proc.)

Situacija	**Tikimybė užsnūsti**				
	Niekada nesnaudžiu	Nedidelė galimybė užsnūsti	Vidutinė galimybė užsnūsti	Didelė tikimybė užsnūsti	Iš viso
	Abs. sk. (proc.)				
Sėdint ir skaitant	27 (16,5)	50 (30,5)	51 (31,1)	36 (22,0)	164 (100)
Žiūrint televizorių	11 (6,7)	40 (24,4)	59 (36,0)	54 (32,9)	164 (100)
Ramiai sėdint viešoje vietoje (pvz. teatre ar susirinkime)	91 (55,5)	59 (36,0)	10 (6,1)	4 (2,4)	164 (100)
Valandą laiko be pertraukos keliaujant automobiliu keleivio vietoje	70 (42,7)	58 (35,4)	27 (16,5)	9 (5,5)	164 (100)
Atsigulus pailsėti pietų metu, kai leidžia aplinkybės	20 (12,2)	52 (31,7)	50 (30,5)	42 (25,6)	164 (100)
Sėdint ar kalbantis su kuo nors	119 (72,6)	40 (24,4)	3 (1,8)	2 (1,2)	164 (100)
Ramiai sėdint, papietavus, negėrus alkoholinių gėrimų	29 (17,7)	52 (31,7)	63 (38,4)	20 (12,2)	164 (100)
Vairuojant automobilį, stabtelėjus kelioms minutėms spūsties metu	115 (70,1)	31 (18,9)	12 (7,3)	6 (3,7)	164 (100)

Tyrimo rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai daugiau vyrų (48,2 proc.) nei moterų (30,4 proc.) būtų tikslinga konsultuotis dėl padidėjusio mieguistumo (χ^2=5,456; lls=1; p=0,019).

Pastebėta, kad statistiškai reikšmingai daugiau vyresniems kaip 65 metų amžiaus respondentams (44,8 proc.) būtų tikslinga konsultuotis dėl padidėjusio mieguistumo nei 45-64 metų (41,1 proc.) ar 30-44 metų (0 proc.) amžiaus respondentams (χ^2=7,956; lls=2; p=0,019).

Atsižvelgiant į tokius tyrimo rezultatus galima daryti prielaidą, kad respondent, sergančių IŠL, miego kokybei turi įtakos lytis, užmigimo laikas, amžius, medikamentų vartojimas. Taip pat pastebėta, kad miegojimui (miego kokybei) įtakos turi ir kėlimasis naktį, garsus kosėjimas/knarkimas, prabudimai nakties metu ar anksti ryte. Nustatyta, kad vyrams ir vyresniems nei 65 metų amžiaus respondentams būtų tikslinga konsultuotis dėl padidėjusio mieguistumo.

2.2.2. Pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvensenos ypatumai

Siekiant įvertinti tiriamųjų gyvenseną naudotas Higienos instituto parengtas ir su Sveikatos apsaugos ministerija suderintas Suaugusių gyvensenos klausimynas, kuris apima keturias sritis: sveikatos elgsena (mitybos įpročiai ir fizinis aktyvumas); rizikingas elgesys (tabako, elektroninių cigarečių rūkymas, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas); gyvenimo kokybės, sveikatos, laimingumo, nuotaikos vertinimas bei gyvensenos keitimas ir raštingumas.

Nustatyta, kad daržovių ir vaisių kasdien vartoja tik penktadalis respondentų (atitinkamai 20,7 proc. ir 18,3 proc.). Apklausti tiriamieji labiau linkę vartoti daržoves tik 1-3 kartus per savaitę (31,7 proc.), o vaisius – mažiau nei kartą per savaitę (36 proc.) (11 lentelė).

11 lentelė. Daržovių ir vaisių vartojimas (abs.sk./proc.)

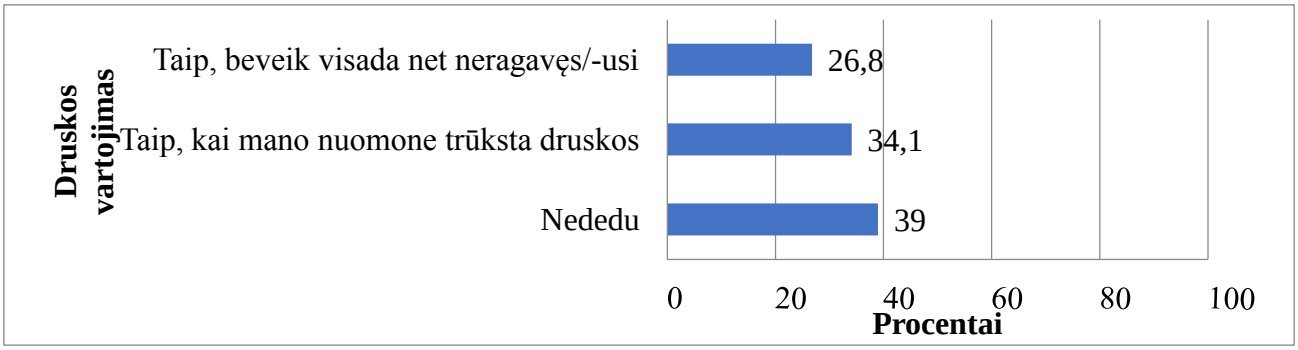
„Kaip dažnai valgote daržovių ir vaisių?“	Vieną ar daugiau kartų per dieną	4-6 kartus per savaitę	1-3 kartus per savaitę	Mažiau nei kartą per savaitę	Niekada	Iš viso
	Abs. sk. (proc.)					
Daržovių	34 (20,7)	42 (25,6)	52 (31,7)	36 (22,0)	-	164 (100)
Vaisių	30 (18,3)	29 (17,7)	45 (27,4)	59 (36,0)	1 (0,6)	164 (100)

Remiantis duomenų analize nustatyta, kad moterys (26,6 proc.) dažniau vartoja daržoves kasdien nei vyrai (15,3 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=6,060; lls=3; p=0,109). Taip pat moterys (21,5 proc.) dažniau vartoja vaisius kasdien nei vyrai (15,3 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=8,131; lls=4; p=0,087).

30-44 metų amžiaus respondentai dažniausia daržoves vartoja kasdien (45,5 proc.), 45-64 metų ir vyresni nei 65 metų amžiaus respondentai dažniausia daržoves vartoja 1-3 kartus per savaitę

(atitinkamai 37,9 proc. ir 27,6 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=9,768; lls=6; p=0,135). 30-44 metų amžiaus respondentai dažniausia vaisius vartoja 4-6 kartus per savaitę (45,5 proc.), 45-64 metų ir vyresni nei 65 metų amžiaus respondentai dažniausia vaisius vartoja mažiau nei kartą savaitę (atitinkamai 35,8 proc. ir 41,4 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=13,602; lls=8; p=0,093).

Iš visų tyrime dalyvavusių asmenų, 39 proc. nurodė, kad į maistą papildomai druskos jie niekada nededa, o 26,8 proc. nurodė, kad beveik visada deda druskos net neragavę (11 pav.)



11 pav. Papildomas druskos vartojimas (proc.)

Remiantis duomenų analize nustatyta, kad moterys statistiškai reikšmingai dažniau (53,2 proc.) nei vyrai (25,9 proc.) teigė, jog nededa papildomai druskos į maistą (χ^2=13,074; lls=2; p<0,001).

Tyrimas parodė, kad 30-44 metų amžiaus tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau (81,8 proc.) nei 45-64 metų (42,1 proc.) bei vyresni nei 64 metų amžiaus (25,9 proc.) tiriamieji nededa papildomai druskos į maistą (χ^2=14,882; lls=4; p=0,005).

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau nei pusė respondentų (53,7 proc.) per paskutines 30 dienų vartojo tabako gaminius. Per paskutinius 12 mėnesių tabako gaminius vartojo 62,2 proc. tiriamųjų (12 lentelė).

12 lentelė. Tabako gaminių vartojimas (abs.sk./proc.)

„Ar vartojate tabako gaminius?“	Ne	Taip			Iš viso
		Kasdien	Retkarčiais	Bent kartą	
	Abs. sk. (proc.)				
Per paskutines 30 dienų	76 (46,3)	56 (34,1)	25 (15,2)	7 (4,3)	164 (100)
Per paskutinius 12 mėnesių	62 (37,8)	59 (36,0)	36 (22,0)	7 (4,3)	164 (100)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad statistiškai reikšmingai tabako gaminių rūkymo dažnis tarp respondentų susijęs su lytimi. Kasdien per pastarąsias 30 dienų rūkančių vyrų buvo 60 proc., moterų – 6,3 proc. (χ^2=63,275; lls=3; p<0,001). Kasdien per paskutinius 12 mėnesių rūkančių vyrų buvo 62,4 proc., moterų – 7,6 proc. (χ^2=59,347; lls=3; p<0,001).

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad statistiškai reikšmingai tabako gaminių rūkymo dažnis tarp respondentų nebuvo susijęs su amžiumi. Kasdien per paskutines 30 dienų rūkančių 30-44 metų amžiaus respondentų buvo 18,2 proc., 45-64 metų amžiaus – 38,9 proc., vyresnių nei 65 metų amžiaus – 29,3 proc. (χ^2=6,020; lls=6; p=0,421). Kasdien per paskutinius 12 mėnesių rūkančių 30-44 metų amžiaus respondentų buvo 18,2 proc., 45-64 metų amžiaus – 41,1 proc., vyresnių nei 65 metų amžiaus – 31 proc. (χ^2=5,820; lls=6; p=0,444).

Nustatyta, kad tik nedaugelis apklaustųjų per paskutines 30 dienų bei per paskutinius 12 mėnesių vartojo elektorines cigaretes (atitinkamai 7,3 proc. ir 10,4 proc.) (13 lentelė).

13 lentelė. Elektroninių cigarečių vartojimas (abs.sk./proc.)

„Ar rūkėte elektronines cigaretes?“	Ne	Taip			Iš viso
		Kasdien	Retkarčiais	Bent kartą	
	Abs. sk. (proc.)				
Per paskutines 30 dienų	152 (92,7)	7 (4,3)	3 (1,8)	2 (1,2)	164 (100)
Per paskutinius 12 mėnesių	147 (89,6)	7 (4,3)	7 (4,3)	2 (1,2)	164 (100)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad statistiškai reikšmingai elektroninių cigarečių rūkymo dažnis tarp respondentų nebuvo susijęs su lytimi. Kasdien per pastarąsias 30 dienų rūkančių vyrų buvo 5,9 proc., moterų – 2,5 proc. (χ^2=1,428; lls=3; p=0,699). Kasdien per paskutinius 12 mėnesių rūkančių vyrų buvo 5,9 proc., moterų – 2,5 proc. (χ^2=1,606; lls=3; p=0,658).

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad statistiškai reikšmingai elektroninių cigarečių rūkymo dažnis tarp respondentų susijęs su amžiumi. Kasdien per paskutines 30 dienų rūkančių 30-44 metų amžiaus respondentų buvo 18,2 proc., 45-64 metų amžiaus – 5,3 proc., vyresnių nei 65 metų amžiaus – tokių nebuvo (χ^2=17,037; lls=6; p<0,05). Kasdien per paskutinius 12 mėnesių rūkančių 30-44 metų amžiaus respondentų buvo 9,1 proc., 45-64 metų amžiaus – 6,3 proc., vyresnių nei 65 metų amžiaus – tokių nebuvo (χ^2=26,655; lls=6; p<0,001).

Tyrimo rezultatai parodė, kad nebuvo nei vieno respondento, kuris kasdien būtų vartojęs alkoholinius gėrimus per paskutines 30 dienų ar per paskutinius 12 mėnesių (14 lentelė).

14 lentelė. Alkoholinių gėrimų vartojimas (abs.sk./proc.)

„Ar vartojate alkoholinių gėrimų?“	**Ne**	**Taip**					Iš viso
		Kasdien	2-3 kartus per savaitę	Kartą per savaitę	2-3 kartus per mėnesį	Kelis kartus per metus	
	Abs. sk. (proc.)						
Per paskutines 30 dienų	114 (69,5)	0 (0)	4 (2,4)	18 (11)	28 (17,1)	-	164 (100)
Per paskutinius 12 mėnesių	42 (25,6)	0 (0)	5 (3)	13 (7,9)	37 (22,6)	67 (40,9)	164 (100)

Remiantis tyrimo duomenų analize stebima tendencija, jog vyrai statistiškai reikšmingai dažniau vartojo alkoholį nei moterys per paskutines 30 dienų (χ^2=20,491, lls=3, p<0,001). 2-3 kartus per mėnesį vartojantys alkoholį respondentai sudarė 17,1 proc. visų tiriamųjų, iš kurių – 21,2 proc. vyrų ir 12,7 proc. moterų. Tarp nevartojančių alkoholio (69,5 proc.) daugiau buvo moterų (84,8 proc.) nei vyrų (55,3 proc.).

Palyginus alkoholinių gėrimų vartojimo paplitimą amžiaus grupėse, pastebėta, kad respondentai visose amžiaus grupėse labiausiai linkę alkoholio nevartoti (30-44 m. – 72,7 proc., 45-64 m. – 69,5 proc., > 65 m. – 69 proc.). Nustatyta, kad 45-64 metų amžiaus grupės respondentai statistiškai reikšmingai dažniau vartojo alkoholį 2-3 kartus per mėnesį, nei kitose amžiaus grupėse (35-44 m. – 18,2 proc., > 65 m. – 13,8 proc.) (χ^2=20,491, lls=3, p<0,001).

Remiantis tyrimo duomenų analize stebima tendencija, jog vyrai statistiškai reikšmingai dažniau vartojo alkoholį nei moterys per paskutinius 12 mėnesių (χ^2=25,090, lls=4, p<0,001). 2-3 kartus per mėnesį vartojantys alkoholį respondentai sudarė 22,6 proc. visų tiriamųjų, iš kurių – 30,6 proc. vyrų ir 13,9 proc. moterų. Tarp nevartojančių alkoholio (25,6 proc.) daugiau buvo moterų (38 proc.) nei vyrų (14,1 proc.).

Palyginus alkoholinių gėrimų vartojimo paplitimą amžiaus grupėse pastebėta, kad respondentai visose amžiaus grupėse labiausiai linkę alkoholį vartoti kelis kartus per metus (30-44 m. – 36,4 proc., 45-64 m. – 48,4 proc., > 65 m. – 29,3 proc.), tačiau statistiškai reikšmingi skirtumai nepastebėti (χ^2=7,613; lls=8; p=0,472).

Tyrimo rezultatai parodė, kad per paskutines 30 dienų stipriai apsvaigusių respondentų buvo 8,5 proc., per paskutinius 12 mėnesių – 22,6 proc., o per visą gyvenimą – 76,2 proc. (15 lentelė).

15 lentelė. Apsvaigimas nuo alkoholinio gėrimo (abs.sk./proc.)

„Ar buvo atvejų, kai buvote stipriai apsvaigęs (-usi) nuo alkoholinio gėrimo, pvz., svirduliavote, nerišliai kalbėjote, vėmėte ar negalėjote prisiminti, kas nutiko?“	Taip	Ne	Iš viso
	Abs. sk. (proc.)		
Per paskutines 30 dienų	14 (8,5)	150 (91,5)	164 (100)
Per paskutinius 12 mėnesių	37 (22,6)	127 (77,4)	164 (100)
Per savo gyvenimą	125 (76,2)	39 (23,8)	164 (100)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad per paskutines 30 dienų vyrai dažniau (10,6 proc.) buvo stipriai apsvaigę nuo alkoholinių gėrimų nei moterys (6,3 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=0,951; lls=1; p=0,329). Pastebėta, kad per paskutinius 12 mėnesių vyrai statistiškai reikšmingai dažniau buvo stipriai apsvaigę nuo alkoholinių gėrimų (32,9 proc.) nei moterys (11,4 proc.) (χ^2=10,883, lls=1, p<0,05). Taip pat per savo gyvenimą vyrai statistiškai reikšmingai dažniau buvo stipriai apsvaigę nuo alkoholinių gėrimų (87,1 proc.) nei moterys (64,6 proc.) (χ^2=11,438, lls=1, p<0,05).

Palyginus stipraus apsvaigimo nuo alkoholinių gėrimų paplitimą amžiaus grupėse, pastebėta, kad 30-44 metų amžiaus respondentai dažniausiai buvo apsvaigę per paskutines 30 dienų (27,3 proc.) nei kitose amžiaus grupėse (45-64 m. – 7,4 proc., > 65 m. – 6,9 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=5,311; lls=2; p=0,070). Lyginant stipraus apsvaigimo nuo alkoholinių gėrimų paplitimą visose amžiaus grupėse per paskutinius 12 mėnesių nustatyta, kad dažniau apsvaigę buvo 45-64 metų amžiaus respondentai (27,4 proc.) nei kitose amžiaus grupėse (30-44 m. – 18,2 proc., > 65 m – 15,5 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas taip pat nenustatytas (χ^2=3,025; lls=2; p=0,220). Per savo gyvenimą dažniausia apsvaigę buvo 30-44 metų amžiaus apklaustieji (81,8 proc.) nei kitose amžiaus grupėse (45-64 m. – 74,7 proc., > 65 m. – 77,6 proc.), bet skirtumas nėra statistiškai reikšmingas (χ^2=0,365; lls=2; p=0,833).

Tyrimo rezultatai parodė, kad per paskutines 30 dienų, per paskutinius 12 mėnesių bei per savo gyvenimą narkotines ar psichotropines medžiagas (be gydytojo paskyrimo) vartojo tik nedidelė dalis apklaustųjų (atitinkamai 0,6 proc., 1,2 proc. ir 9,8 proc.) (16 lentelė).

16 lentelė. Narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimas (abs.sk./proc.)

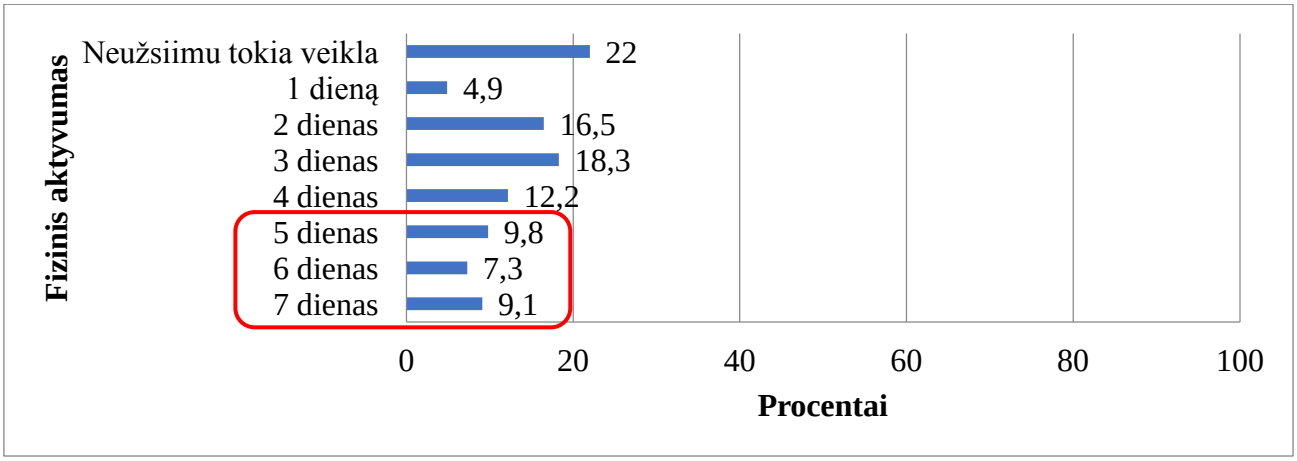
„Ar bent kartą vartojote narkotinių ar psichotropinių medžiagų (narkotikų) be gydytojo paskyrimo?“	Taip	Ne	Iš viso
	Abs. sk. (proc.)		
Per paskutines 30 dienų	1 (0,6)	163 (99,4)	164 (100)
Per paskutinius 12 mėnesių	2 (1,2)	162 (98,8)	164 (100)
Per savo gyvenimą	16 (9,8)	148 (90,2)	164 (100)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad per paskutines 30 dienų tik vyrai vartojo narkotines ar psichotropines medžiagas (be gydytojo paskyrimo) (1,2 proc.), o taip atsakiusių moterų nebuvo. Statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=0,935; lls=1; p=0,334). Pastebėta, kad per paskutinius 12 mėnesių taip pat tik vyrai vartojo narkotines ar psichotropines medžiagas (be gydytojo paskyrimo) (2,4 proc.). Statistiškai reikšmingas skirtumas irgi nenustatytas (χ^2=1,882; lls=1; p=0,170). Per savo gyvenimą vyrai dažniau vartojo narkotines ar psichotropines medžiagas (be gydytojo paskyrimo) (12,9 proc.) nei moterys (6,3 proc.), bet statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo (χ^2=2,033; lls=1; p=0,154).

Tyrimo rezultatai parodė, kad narkotinių ar psichotropinių medžiagų (be gydytojo paskyrimo) vartojimas per paskutines 30 dienų tarp respondentų susijęs su amžiumi (χ^2=13,994, lls=2, p<0,05). Nustatyta, kad tik 30-44 metų amžiaus respondentai vartojo narkotines ar psichotropines medžiagas per paskutines 30 dienų (9,1 proc.), 45-64 metų bei vyresnių nei 65 metų amžiaus apklaustųjų grupėje taip atsakiusiųjų nebuvo. Lyginant narkotinių ar psichotropinių medžiagų (be gydytojo paskyrimo) vartojimas visose amžiaus grupėse per paskutinius 12 mėnesių nustatyta, kad statistiškai reikšmingai dažniau apsvaigę buvo 30-44 metų amžiaus respondentai (9,1

proc.) nei kitose amžiaus grupėse (45-64 m. – 11,1 proc., > 65 m – nebuvo nė vieno) (χ^2=6,396, lls=2, p<0,05). Per savo gyvenimą statistiškai reikšmingai dažniausiai narkotines ar psichotropines medžiagas (be gydytojo paskyrimo) vartojo 30-44 metų amžiaus tiriamieji (54,5 proc.) nei kitose amžiaus grupėse (45-64 m. – 9,5 proc., > 65 m. – 1,7 proc.) (χ^2=29,322, lls=2, p<0,001).

Tyrimo rezultatai parodė, kad šiek tiek daugiau nei penktadalis apklaustųjų (22 proc.) neužsiima energinga fizine veikla taip, kad pagreitėtų kvėpavimas, pulsas ir tik 9,1 proc. respondentų energinga fizine veikla užsiima kasdien. Daugiausia besimankštinančių buvo 1-3 kartus per savaitę, tai sudarė 34,8 proc. visų apklaustųjų (12 pav.). 26,2 proc. respondentų per savaitę užsiima labai intensyvia ar intensyvia fizine veikla, kurią rekomenduoja PSO (bent 30 minučių 5 kartus per savaitę ar dažniau).

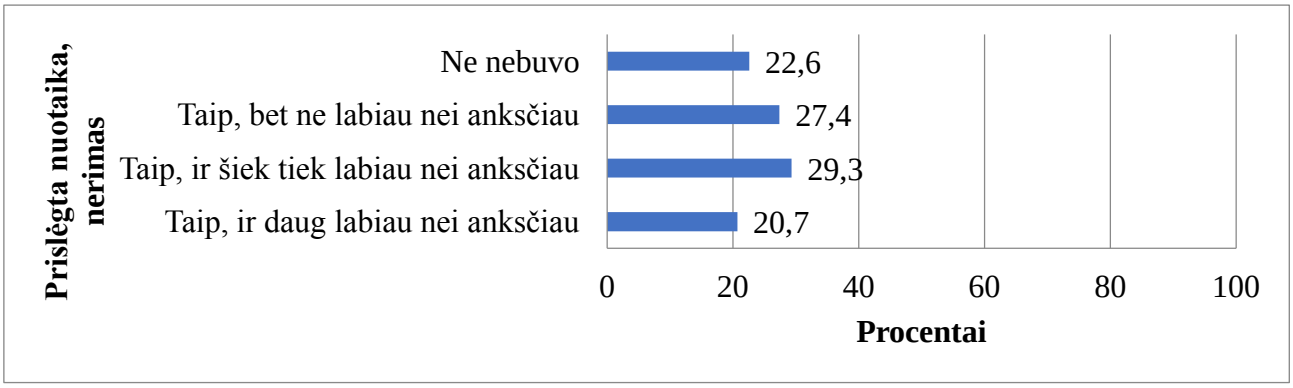


12 pav. Fizinio aktyvumo dažnis per savaitę (proc.)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad tarp neužsiimančių energinga fizine veikla daugiau buvo moterų (22,8 proc.) nei vyrų (21,2 proc.). Tarp kasdien sportuojančių daugiau buvo moterų (13,9 proc.) nei vyrų (4,7 proc.). Tarp vyrų daugiausia buvo sportuojančių 2 dienas per savaitę (23,5 proc.), o tarp moterų – 3 dienas per savaitę (17,7 proc.). Statistiškai reikšmingi skirtumai nenustatyti (χ^2=11,038; lls=7; p=0,137).

Tyrimo rezultatai parodė, kad neužsiimančių energinga fizine veikla daugiausia buvo vyresnių nei 65 metų amžiaus respondentų (27,6 proc.) lyginant su kitomis amžiaus grupėmis (30-44 m. – 9,1 proc., 45-64 m. – 20 proc.). Tarp kasdien sportuojančių daugiausia buvo 30-44 metų amžiaus tiriamųjų (27,3 proc.) nei kitose amžiaus grupėse (45-64 m. – 7,4 proc., > 65 m. 8,6 proc.). Tarp 30-44 metų amžiaus respondentų daugiausia buvo sportuojančių 6 ar 7 dienas per savaitę (po 27,3 proc.), tarp 45-64 metų amžiaus respondentų – 3 dienas per savaitę (21,1 proc.), o vyresnių nei 65 metų amžiaus grupėje – 2 ar 3 dienas per savaitę (po 15,5 proc.). Statistiškai reikšmingi skirtumai nenustatyti (χ^2=19,031; lls=14; p=0,164).

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugelį (77,4 proc.) respondentų per pastarąjį mėnesį buvo apėmusi prislėgta nuotaika, nerimas labiau nei anksčiau ir tik 22,6 proc. tiriamųjų nesiskundė ženkliai prastesne emocine savijauta (13 pav).

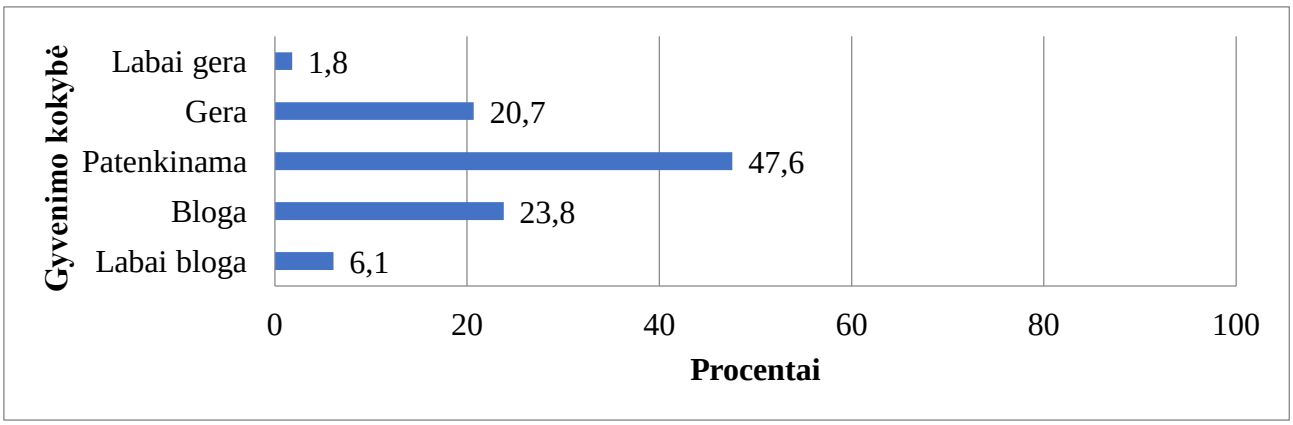


13 pav. Emocinės savijautos vertinimas (proc.)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad per pastarąjį mėnesį moteris dažniau buvo apėmusi prislėgta nuotaika, nerimas (83,5 proc.) nei vyrus (71,8 proc.), tačiau reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=4,137; lls=3; p=0,247).

Palyginus prislėgtos nuotaikos, nerimo paplitimą per pastarąjį mėnesį visose amžiaus grupėse pastebėta, kad 30-44 metų amžiaus respondentai dažniau jautė prislėgtą nuotaiką, nerimą (90,9 proc.) nei 45-64 metų amžiaus (76,8 proc.) bei vyresni nei 65 metų amžiaus respondentai (75,9 proc.), tačiau reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=6,398; lls=6; p=0,380).

Siekiant išsiaiškinti respondentų subjektyvią gyvenimo kokybę, jiems buvo pateiktas klausimas: *„Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę?“*. Beveik ketvirtadalis respondentų atsakė vertinantys savo gyvenimo kokybę blogai (23,8 proc.), labai blogai įvertino tik 6,1 proc. tiriamųjų. Gerai savo gyvenimo kokybę įvertino apie penktadalis tiriamųjų (20,7 proc.) ir tik 1,8 proc. apklaustųjų nurodė, kad jų gyvenimo kokybę labai gera (14 pav.).

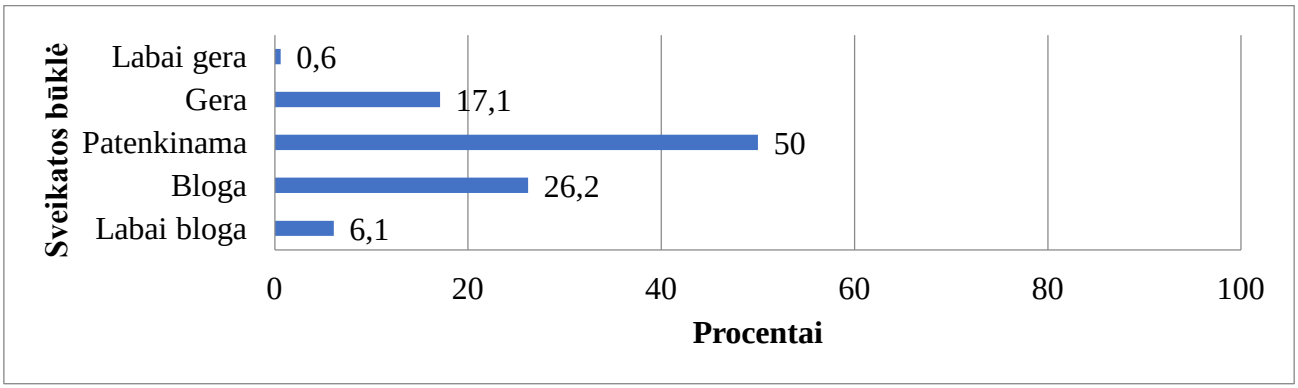


14 pav. Gyvenimo kokybės vertinimas (proc.)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad savo gyvenimo kokybės vertinimas tarp respondentų nebuvo susijęs su lytimi. Nustatyta, kad moterys (22,8 proc.) dažniau nei vyrai (22,4 proc.) savo gyvenimo kokybę įvertino kaip gerą ar labai gerą. Moterys taip pat dažniau (53,2 proc.) nei vyrai (42,4 proc.) buvo linkusios savo gyvenimo kokybę vertinti patenkinamai (χ^2=6198; lls=4; p=0,185).

Tyrimo rezultatai parodė, kad savo gyvenimo kokybės vertinimas tarp respondentų taip pat nebuvo susijęs su amžiumi. Pastebėta, kad 30-44 metų amžiaus respondentai dažniau savo gyvenimo kokybę įvertino kaip gerą ar labai gerą (36,4 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (45-64 m. – 28,5 proc., > 65 m. – 10,3 proc.) (χ^2=14,939; lls=8; p=0,060).

Nustatyta, kad beveik penktadalis tiriamųjų (17,7 proc.) savo sveikatą vertino teigiamai – gera ir labai gera, pusė (50 proc.) – patenkinama. Neigiamai savo sveikatos būklę vertinančių dalis (bloga/labai bloga) – trečdalis (32,3 proc.) (15 pav.).



15 pav. Sveikatos būklės vertinimas (proc.)

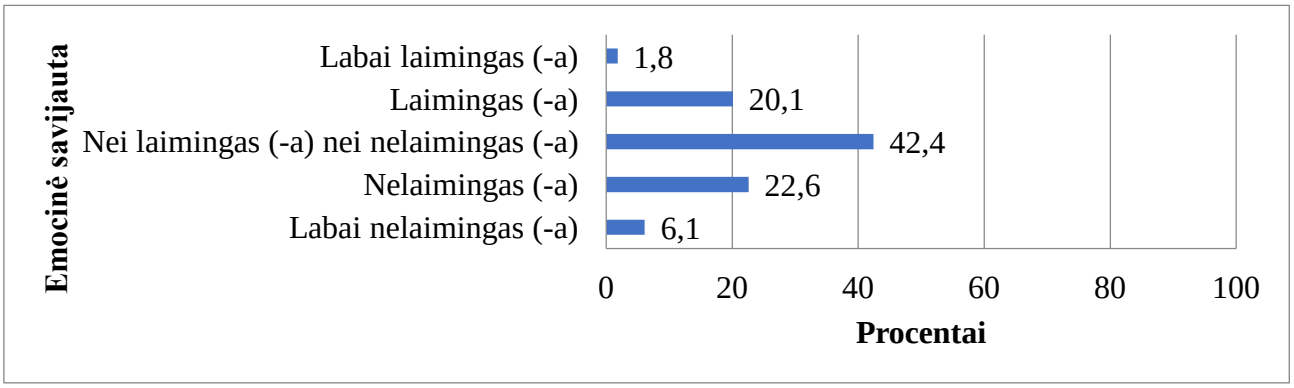
Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad dabartinės savo sveikatos būklės vertinimas tarp respondentų nebuvo susijęs su lytimi. Nustatyta, kad moterys (22,8 proc.) dažniau nei vyrai (12,9 proc.) dabartinę savo sveikatos būklę įvertino kaip gerą ar labai gerą, tačiau vyrai dažniau (51,8 proc.) nei moterys (48,1 proc.) buvo linkę dabartinę savo sveikatos būklę vertinti patenkinamai (χ^2=4,320; lls=4; p=0,364).

Tyrimo rezultatai parodė, kad dabartinės savo sveikatos būklės vertinimas tarp respondentų susijęs su amžiumi (χ^2=23,504 lls=8, p=0,003). Pastebėta, kad 30-44 metų amžiaus respondentai dažniau dabartinę savo sveikatos būklę įvertino kaip gerą ar labai gerą (45,5 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (45-64 m. – 18,9 proc., > 65 m. – 10,3 proc.).

Atlikus koreliacinę analizę, nustatytas vidutinio stiprumo ryšys tarp miego kokybės ir sveikatos vertinimo (r=0,312; p<0,001). Pastebėta, kad respondentai, kurie neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) statistiškai reikšmingai dažniau teigė (45 proc.), jog jie savo sveikatos būklę

vertina labai gerai ar gerai nei respondentai, kurie turėjo epizodinius (5<PMKI≤10) (22,2 proc.), vidutinius (10<PMKI≤15) (3,9 proc.) ar labai ryškius (15<PMKI≤21) (tokių nebuvo) miego sutrikimus (χ^2=35,560, lls=6, p<0,001).

Tyrimo rezultatai parodė, kad šiek tiek daugiau nei penktadalis (21,9 proc.) respondentų jautėsi labai laimingi ir laimingi, beveik pusė (42,4 proc.) nurodė esantys nei laimingi, nei nelaimingi, o nelaimingais ar labai nelaimingais besijaučiančių dalis – 28,7 proc. (16 pav).

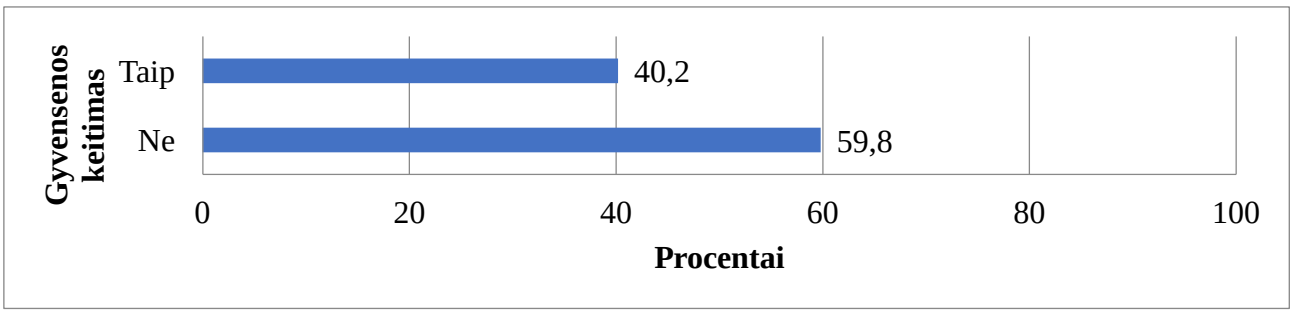


16 pav. Laimingumo vertinimas (proc.)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad laimingumo vertinimas tarp respondentų nesusijęs su lytimi. Nustatyta, kad moterys dažniau (27,9 proc.) nei vyrai (16,5 proc.) jautėsi laimingos ar labai laimingos. Pastebėta, kad vyrai dažniau (54,1 proc.) nei moterys (44,3 proc.) išreiškė neutralią poziciją ir rinkosi atsakymą „nei laimingas, nei nelaimingas“ (χ^2=5,466; lls=4; p=0,243).

Tyrimo rezultatai parodė, kad laimingumo vertinimas tarp respondentų susijęs su amžiumi (χ^2=21,852 lls=8, p=0,005). Pastebėta, kad 30-44 metų amžiaus respondentai dažniau (54,6 proc.) jautėsi laimingi ar labai laimingi nei kitų amžiaus grupių respondentai (45-64 m. – 24,2 proc., > 65 m. – 12 proc.).

Tiriamieji buvo klausiami: *„Ar per paskutinius 12 mėnesių esate pakeitęs savo gyvenseną dėl sveikatos?“*. Daugiau nei pusė apklaustų tiriamųjų (59,8 proc.) teigė, kad jie nekeitė savo gyvensenos dėl sveikatos per paskutinius 12 mėnesių (17 pav.).



17 pav. Gyvensenos keitimas per paskutinius 12 mėnesių (proc.)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad gyvensenos keitimas dėl sveikatos per paskutinius 12 mėnesių nesusijęs su lytimi. Nustatyta, kad moterys dažniau (45,6 proc.) nei vyrai (35,3 proc.) keitė savo gyvenseną dėl sveikatos (χ^2=1,798; lls=1; p=0,180).

Tyrimo rezultatai parodė, kad gyvensenos keitimas dėl sveikatos per paskutinius 12 mėnesių susijęs su amžiumi (χ^2=12,539, lls=2, p=0,002). Pastebėta, kad 30-44 metų amžiaus respondentai dažniau (72,7 proc.) keitė gyvenseną dėl sveikatos per paskutinius 12 mėnesių nei kitų amžiaus grupių respondentai (45-64 m. – 46,3 proc., > 65 m. – 24,1 proc.).

Išanalizavus respondentų atsakiusiųjų, kad jie keitė savo gyvenseną dėl sveikatos per paskutinius 12 mėnesių nustatyta, kad beveik trečdalis apklaustųjų (31,7 proc.) pradėjo sveikiau maitintis, penktadalis (19,5 proc.) tapo fiziškai aktyvesni. Bandymai mesti rūkyti ar mažinti rūkymą dažniausiai baigdavosi nesėkme (15,9 proc.). Respondentai dažniausiai nebandydavo mažiau vartoti alkoholio ar mesti gerti (17 lentelė).

17 lentelė. Gyvensenos pokyčiai (abs.sk./proc.)

„Jūs pradėjote sveikiau gyventi?“	Taip	Taip, bandžiau, bet nesėkmingai	Ne
	Abs. sk. (proc.)		
Pradėjau sveikiau maitintis	52 (31,7)	11 (6,7)	3 (1,8)
Tapau fiziškai aktyvesnis (-ė)	32 (19,5)	21 (12,8)	13 (7,9)
Mažiau rūkau arba mečiau rūkyti	16 (9,8)	26 (15,9)	24 (14,6)
Mažiau vartoju alkoholio arba mečiau gerti	22 (13,4)	11 (6,7)	33 (20,1)

Nustatyta, kad moterys dažniau (83,3 proc.) nei vyrai (73,3 proc.) pradėjo sveikiau maitintis, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=3,808; lls=2; p=0,149).

Tyrimo rezultatai parodė, kad 30-44 metų amžiaus tiriamieji dažniau (100 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (45-64 m. – 72,7 proc., > 65 m. – 85,7 proc.) pradėjo sveikiau maitintis, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=4,007; lls=4; p=0,405).

Nustatyta, kad moterys dažniau (50 proc.) nei vyrai (46,7 proc.) tapo fiziškai aktyvesnės, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=0,464; lls=2; p=0,793).

Pastebėta, kad 30-44 metų amžiaus tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau (100 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (45-64 m. – 38,6 proc., > 65 m. – 50 proc.) tapo fiziškai aktyvesni (χ^2=12,397, lls=4, p=0,015).

Nustatyta, kad moterys statistiškai reikšmingai dažniau (25 proc.) nei vyrai (23,3 proc.) teigė, kad pradėjo mažiau rūkyti arba metė rūkyti (χ^2=8,234, lls=2, p=0,016).

Tyrimo rezultatai parodė, kad 30-44 metų ir 45-64 metų amžiaus tiriamieji dažniau (po 25 proc.) nei vyresni kaip 65 metų amžiaus respondentai teigė, kad pradėjo mažiau rūkyti arba metė rūkyti, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=8,480; lls=4; p=0,076).

Nustatyta, kad moterys dažniau (36,1 proc.) nei vyrai (30 proc.) pradėjo mažiau vartoti alkoholio arba metė gerti, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=0,550; lls=2; p=0,760).

Pastebėta, kad 30-44 metų amžiaus tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau (37,5 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (45-64 m. – 34,1 proc., > 65 m. – 28,6 proc.) pradėjo mažiau vartoti alkoholio arba metė gerti, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=2,479; lls=4; p=0,648).

Įvertinus apklaustų tiriamųjų sveikatos raštingumą nustatyta, kad penktadaliui respondentų (21,3 proc.) labai sunku suprasti žiniasklaidoje pateikiamą informaciją apie tai, kaip tapti sveikesniu ir labai lengva rasti informacijos, kur gauti profesionalią pagalbą susirgus (12,8 proc.) (18 lentelė).

18 lentelė. Sveikatos raštingumo vertinimas (abs.sk./proc.)

Ar Jums lengva... ?	Labai sunku	Sunku	Lengva	Labai lengva	Nežinau	Iš viso
	Abs. sk. (proc.)					
...rasti informacijos, kur gauti profesionalią pagalbą susirgus?	13 (7,9)	29 (17,7)	47 (28,7)	21 (12,8)	54 (32,9)	164 (100)
...pasinaudoti gydytojo suteikta informacija priimant sprendimus, susijusius su Jūsų liga?	13 (7,9)	56 (34,1)	39 (23,8)	9 (5,5)	47 (28,7)	164 (100)
...suprasti įspėjimus apie rūkymo, mažo fizinio aktyvumo, alkoholio vartojimo žalą sveikatai?	9 (5,5)	25 (15,2)	62 (37,8)	14 (8,5)	54 (32,9)	164 (100)
...suprasti, kodėl reikia atlikti profilaktinius sveikatos tyrimus?	7 (4,3)	20 (12,2)	68 (41,5)	9 (5,5)	60 (36,6)	164 (100)
...suprasti žiniasklaidoje pateikiamą informaciją apie tai, kaip tapti sveikesniu?	35 (21,3)	42 (25,6)	31 (18,9)	10 (6,1)	46 (28,0)	164 (100)
...įvertinti, kurie kasdieniai įpročiai turi įtakos Jūsų sveikatai?	11 (6,7)	29 (17,7)	43 (26,2)	12 (7,3)	69 (42,1)	164 (100)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad vyrai (25,9 proc.) dažniau nei moterys (25,3 proc.) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku rasti informacijos, kur gauti profesionalią pagalbą susirgus, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=5,867; lls=4; p=0,209).

Tyrimo rezultatai parodė, kad vyresni nei 65 metų amžiaus tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau (34,5 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (45-64 m. – 23,1 proc., 30-44 – tokių nebuvo) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku rasti informacijos, kur gauti profesionalią pagalbą susirgus (χ^2=25,609, lls=8, p<0,001).

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad moterys (46,8 proc.) dažniau nei vyrai (37,6 proc.) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku pasinaudoti gydytojo suteikta informacija priimant

sprendimus, susijusius su jų liga, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=6,245; lls=4; p=0,182).

Tyrimo rezultatai parodė, kad 45-64 metų amžiaus tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau (44,2 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (30-44 m. – 18,2 proc., > 65 m. – 43,1 proc.) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku pasinaudoti gydytojo suteikta informacija priimant sprendimus, susijusius su jų liga (χ^2=17,943, lls=8, p=0,022).

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad vyrai (23,5 proc.) statistiškai reikšmingai dažniau nei moterys (17,7 proc.) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku suprasti įspėjimus apie rūkymo, mažo fizinio aktyvumo, alkoholio vartojimo žalą sveikatai (χ^2=9,845, lls=4, p=0,043).

Tyrimo rezultatai parodė, kad 45-64 metų amžiaus tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau (23,1 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (30-44 m. – tokių nebuvo, > 65 m – 20,7 proc.) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku suprasti įspėjimus apie rūkymo, mažo fizinio aktyvumo, alkoholio vartojimo žalą sveikatai (χ^2=23,482, lls=8, p=0,003).

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad vyrai (18,8 proc.) statistiškai reikšmingai dažniau nei moterys (13,9 proc.) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku suprasti, kodėl reikia atlikti profilaktinius sveikatos tyrimus (χ^2=13,611, lls=4, p=0,009).

Tyrimo rezultatai parodė, kad vyresni nei 65 metų amžiaus tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau (25,9 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (45-64 m. – 12,7 proc., 30-44 – tokių nebuvo) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku suprasti, kodėl reikia atlikti profilaktinius sveikatos tyrimus (χ^2=15,712, lls=8, p=0,047).

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad vyrai (52,9 proc.) dažniau nei moterys (40,5 proc.) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku suprasti žiniasklaidoje pateikiamą informaciją apie tai, kaip tapti sveikesniu, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=7,114; lls=4; p=0,130).

Tyrimo rezultatai parodė, kad 45-64 metų amžiaus tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau (49,5 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (30-44 – 18,2 proc., > 65 m. – 48,3 proc.) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku suprasti žiniasklaidoje pateikiamą informaciją apie tai, kaip tapti sveikesniu, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (χ^2=28,501, lls=8, p<0,001).

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad vyrai (28,2 proc.) statistiškai reikšmingai dažniau nei moterys (20,2 proc.) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku suprasti, kodėl reikia atlikti profilaktinius sveikatos tyrimus (χ^2=13,209, lls=4, p=0,010).

Tyrimo rezultatai parodė, kad 45-64 metų amžiaus tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau (26,3 proc.) nei kitų amžiaus grupių respondentai (30-44 m. – 18,2 proc., > 65 m – 22,2 proc.) teigė, jog jiems labai sunku ar sunku suprasti, kodėl reikia atlikti profilaktinius sveikatos tyrimus (χ^2=13,209, lls=4, p=0,010).

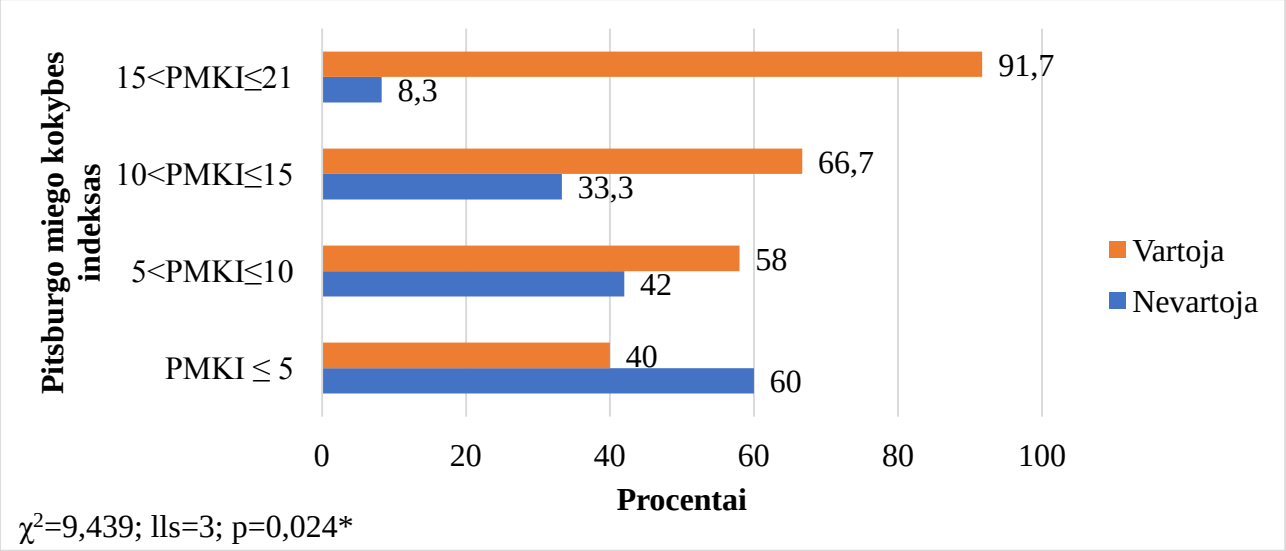
Atsižvelgiant į tokius tyrimo rezultatus galima daryti prielaidą, kad respondentų, sergančių IŠL, gyvensenos įpročiai nėra pakankamai geri. Nustatyta, kad daržovių ir vaisių kasdien vartoja tik penktadalis respondentų. Kita problema – papildomos druskos vartojimas. Taip pat derėtų atkreipti dėmesį ir į kitus svarbius gyvensenos aspektus, pavyzdžiui, rizikingą sveikatai elgseną – rūkymą. Rezultatai parodė, kad daugiau nei pusė respondentų per paskutines 30 dienų vartojo tabako gaminius. Stebima ir fizinio aktyvumo stoka, tik apie ketvirtadalis respondentų užsiima labai intensyvia ar intensyvia fizine veikla, kurią rekomenduoja Pasaulio sveikatos organizacija.

2.2.3. Pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvensenos veiksnių įtaka miego kokybei

Remiantis tyrimo duomenų analize pastebėta, kad *daržovių ir vaisių vartojimas* nesusijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu. Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas, suaugusiam žmogui kasdien reikėtų suvartoti penkias porcijas daržovių ir vaisių (apie 400 g) (Bartkevičiūtė ir kt., 2017).

Tyrimo duomenys parodė, kad visi respondentai dažniau teigdavo, jog jie daržovių ir vaisių vartoja rečiau nei keletą kartų per dieną (nepakankamai). Nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21) dažniau teigė (91,7 proc.), jog jie nepakankamai vartoja daržovių, nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (76,5 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (79 proc.) ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (80 proc.) (χ^2=1,375, lls=3, p=0,711). Taip pat nustatyta, kad tiriamieji, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21) dažniau teigė (91,7 proc.), jog jie nepakankamai vartoja vaisių, nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (80,4 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (82,7 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (75 proc.) (χ^2=1,513, lls=3, p=0,679) (3 priedas, 21 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad *papildomas druskos vartojimas* susijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI). Nustatyta, kad respondentai, kurie neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) statistiškai reikšmingai dažniau teigė, jog papildomai nededa druskos į paruoštą maistą (60 proc.), nei respondentai, kurie turėjo epizodinius (5<PMKI≤10) (42 proc.), vidutinius (10<PMKI≤15) (33,3 proc.) ar labai ryškius (15<PMKI≤21) (8,3 proc.) miego sutrikimus (p=0,024) (18 pav.).



18 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal papildomą druskos vartojimą ir PMKI (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Pastebėta, kad *tabako gaminių vartojimas per paskutines 30 dienų* ir *tabako gaminių vartojimas per paskutinius 12 mėnesių* susijęs su miego kokybe (19 lentelė.)

19 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal PMKI ir tabako gaminių vartojimą (abs.sk./proc.)

Pitsburgo miego kokybes indeksas	**Tabako gaminių vartojimas**			**p reikšmė**
	Ne	Taip	Iš viso	
	Abs. sk. (proc.)			
Per paskutines 30 dienų				
PMKI ≤5 (geras miegas)	14 (66,7)	7 (33,3)	21 (100)	χ^2=4,001; lls=1; p=0,045*
PMKI> 5 (blogas miegas)	62 (43,4)	81 (56,6)	143 (100)	
Iš viso	76 (46,3)	88 (53,7)	164 (100)	
Per paskutinius 12 mėnesių				
PMKI ≤5 (geras miegas)	13 (61,9)	8 (38,1)	21 (100)	χ^2=5,949; lls=1; p=0,015*
PMKI> 5 (blogas miegas)	49 (34,3)	94 (65,7)	143 (100)	
Iš viso	62 (37,8)	102 (62,2)	164 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

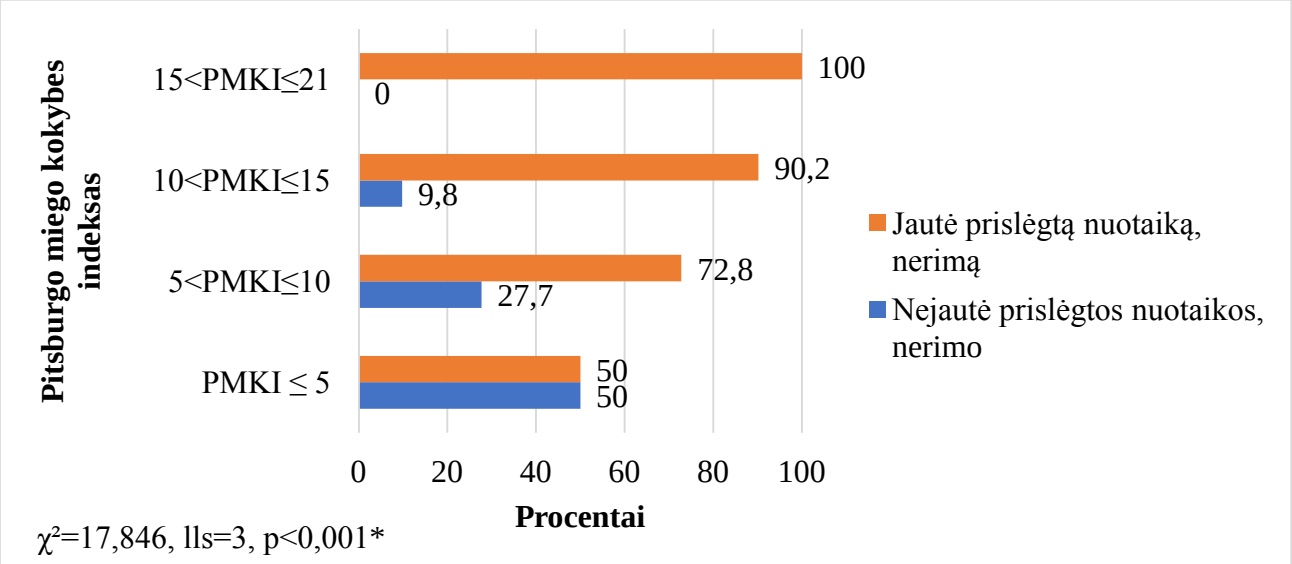
Tyrimo duomenys parodė, kad tiriamieji, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“), statistiškai reikšmingai dažniau (56,6 proc.) teigė, jog per paskutines 30 dienų vartojo tabako gaminius nei tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“) (33,3 proc.) (p=0,045). Panašūs rezultatai gauti analizuojant tabako gaminių vartojimą per paskutinius 12 mėnesių (p=0,015). Nustatyta, kad respondentai, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“), statistiškai reikšmingai dažniau (65,7 proc.) teigė, jog per paskutinius 12 mėnesių vartojo tabako gaminius nei tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“) (38,1 proc.).

Pastebėta, kad *alkoholinių gėrimų vartojimas per paskutines 30 dienų* ir *alkoholinių gėrimų vartojimą per paskutinius 12 mėnesių* nesusijęs su miego kokybe. Tyrimo duomenys parodė, kad

tiriamieji, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“), dažniau (31,5 proc.) teigė, jog per paskutines 30 dienų vartojo alkoholinius gėrimus nei tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“) (23,8 proc.) (χ^2=0,507, lls=1, p=0,447). Analizuojant *alkoholinių gėrimų vartojimą per paskutinius 12 mėnesių* nustatyta, kad respondentai, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“), dažniau (76,9 proc.) teigė, jog per paskutinius 12 mėnesių vartojo alkoholinius gėrimus nei tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“) (57,1 proc.) (χ^2=3,761, lls=1, p=0,052) (3 priedas, 22 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad *fizinis aktyvumas* susijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI). Nustatyta, kad respondentai, kurie neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) statistiškai reikšmingai dažniau teigė (45 proc.), jog užsiima energinga fizine veikla nei respondentai, kurie turėjo epizodinius (5<PMKI≤10) (29,6 proc.), vidutinius (10<PMKI≤15) (17,6 proc.) ar labai ryškius (15<PMKI≤21) (8,3 proc.) miego sutrikimus (χ^2=12,891, lls=6, p=0,045) (3 priedas, 23 lentelė).

Remiantis tyrimo duomenų analize pastebėta, kad *prislėgta nuotaika, nerimas* susijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI) (19 pav.).



19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal emocinę savijautą per praėjusį mėnesį ir PMKI (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21), statistiškai reikšmingai dažniau teigė (100 proc.), jog per pastarąjį mėnesį juos buvo apėmusi prislėgta nuotaika, nerimas nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (90,2 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (72,8 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (50 proc.) (p<0,001).

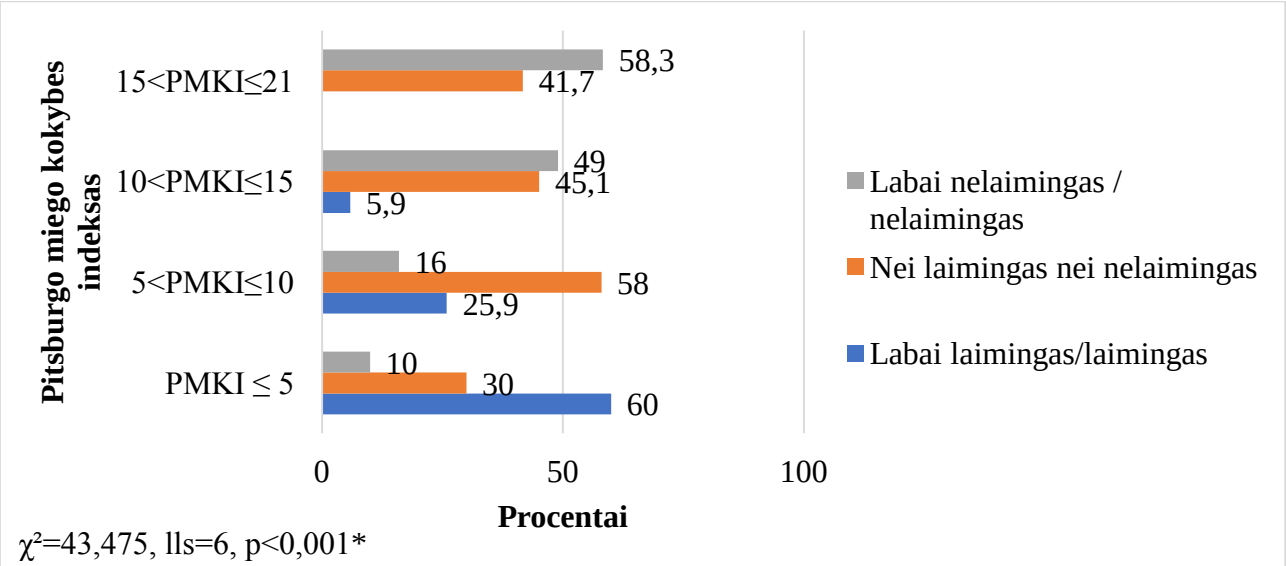
Tyrimo rezultatai parodė, kad *gyvenimo kokybės vertinimas* susijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI). Nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21), statistiškai reikšmingai dažniau teigė (75 proc.), jog jie savo gyvenimo kokybę vertino labai blogai ar blogai nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (45,1 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (18,5 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (10 proc.) (p<0,001). Remiantis tyrimo duomenų analize pastebėta, kad *dabartinės savo sveikatos būklės vertinimas* susijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI). Nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškūs miego sutrikimai (15<PMKI≤21), statistiškai reikšmingai dažniau teigė (75 proc.), jog jie dabartinę savo sveikatos būklę vertino labai blogai ar blogai nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (47,1 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (23,5 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (5 proc.) (p<0,001) (20 lentelė).

20 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal PMKI ir gyvenimo kokybės bei sveikatos būklės vertinimą (abs.sk./proc.)

Pitsburgo miego kokybes indeksas	Labai gera/ gera	Patenkinama	Labai bloga/ bloga	Iš viso	**p reikšmė**
	Abs. sk. (proc.)				
Gyvenimo kokybės vertinimas					
PMKI ≤ 5	12 (60)	6 (30)	2 (10)	20 (100)	χ^2=42,383, lls=6, p<0,001*
5<PMKI≤10	21 (25,9)	45 (55,6)	15 (18,5)	81 (100)	
10<PMKI≤15	4 (7,8)	24 (47,1)	23 (45,1)	51 (100)	
15<PMKI≤21	-	3 (25)	9 (75)	12 (100)	
Iš viso	37 (22,6)	78 (47,6)	49 (29,9)	164 (100)	
Sveikatos būklės vertinimas					
PMKI ≤ 5	9 (45)	10 (50)	1 (5)	20 (100)	χ^2=35,560, lls=6, p<0,001*
5<PMKI≤10	18 (22,2)	44 (54,3)	19 (23,5)	81 (100)	
10<PMKI≤15	2 (3,9)	25 (49)	24 (47,1)	51 (100)	
15<PMKI≤21	-	3 (25)	9 (75)	12 (100)	
Iš viso	29 (17,7)	82 (50)	53 (32,3)	164 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Tyrimo rezultatai parodė, kad *laimingumo vertinimas* susijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI). Nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21), statistiškai reikšmingai dažniau teigė (58,3 proc.), jog jie jautėsi labai nelaimingi ar nelaimingi nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (49 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (16 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (10 proc.) (p<0,001) (20 pav.).



20 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal laimingumo vertinimą ir PMKI (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Pastebėta, kad *gyvensenos keitimas dėl sveikatos per pastaruosius 12 mėnesių* nesusijęs su miego kokybe. Tyrimo duomenys parodė, kad tiriamieji, kurie nesiskundė prasta miego kokybe („geras miegas“), dažniau (42,9 proc.) teigė, jog per pastaruosius 12 mėnesių pakeitė savo gyvenseną dėl sveikatos nei tiriamieji, kurie skundėsi miego kokybe („blogas miegas“) (39,9 proc.) (χ^2=0,068, lls=1, p=0,794) (3 priedas, 24 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad *mitybos keitimas* nesusijęs su miego kokybe. Tyrimo duomenys parodė, kad tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“), dažniau (88,9 proc.) teigė, jog jie pradėjo sveikiau maitintis nei tiriamieji, kurie skundėsi miego kokybe („blogas miegas“) (77,2 proc.). Pastebėta, kad tiriamieji, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“), dažniau (17,5 proc.) teigė, jog bandymas sveikiau maitintis baigėsi nesėkmingai nei tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“) (11,1 proc.) (χ^2=0,802, lls=2, p=0,670) (3 priedas, 25 lentelė).

Remiantis tyrimo duomenų analize pastebėta, kad *fizinio aktyvumo padidėjimas* nesusijęs su miego kokybe, tačiau pastebėta, kad tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“), dažniau (66,7 proc.) teigė, jog jie tapo fiziškai aktyvesni nei tiriamieji, kurie skundėsi miego kokybe („blogas miegas“) (45,6 proc.). Nustatyta, kad tiriamieji, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“), dažniau (35,1 proc.) teigė, jog bandymas tapti fiziškai aktyvesniu baigėsi nesėkmingai nei tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“) (11,1 proc.) (χ^2=2,149, lls=2, p=0,342) (3 priedas,25 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad *rūkymo mažinimas arba metimas rūkyti* nesusijęs su miego kokybe. Tyrimo duomenys parodė, kad tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“), dažniau (33,3 proc.) teigė, jog jie pradėjo mažiau rūkyti arba metė rūkyti nei tiriamieji, kurie

skundėsi miego kokybe („blogas miegas“) (22,8 proc.). Pastebėta, kad tiriamieji, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“), dažniau (42,1 proc.) teigė, jog bandymas mažinti rūkymą arba mesti rūkyti baigėsi nesėkmingai nei tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“) (22,2 proc.) (χ^2=1,322, lls=2, p=0,516) (3 priedas, 25 lentelė).

Remiantis tyrimo duomenų analize pastebėta, kad *alkoholio vartojimo mažinimas arba metimas gerti* nesusijęs su miego kokybe, tačiau pastebėta, kad tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“), dažniau (44,4 proc.) teigė, jog jie sumažino alkoholio vartojimą arba metė gerti nei tiriamieji, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“) (31,6 proc.). Nustatyta, kad tiriamieji, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“), dažniau (17,5 proc.) teigė, jog bandymas sumažinti alkoholio vartojimą arba metimas gerti baigėsi nesėkmingai nei tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“) (11,1 proc.) (χ^2=0,643, lls=2, p=0,725) (3 priedas, 25 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad *informacijos radimas, kur gauti profesionalią pagalbą susirgus* nesusijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI). Nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21), dažniau teigė (58,3 proc.), jog jiems labai sunku ar sunku rasti informacijos kur gauti profesionalią pagalbą susirgus, nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (19,6 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (28,4 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (10 proc.) (χ^2=12,406, lls=6, p=0,054) (3 priedas, 26 lentelė).

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad *gydytojo suteiktos informacijos panaudojimas priimant sprendimus, susijusius su jų liga*, susijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI) (χ^2=12,624, lls=6, p=0,049). Nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21), dažniau teigė (75 proc.), jog jiems labai sunku ar sunku pasinaudoti gydytojo suteikta informacija priimant sprendimus, susijusius su jų liga, nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (49 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (38,3 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (20 proc.) (3 priedas, 26 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad *įspėjimų apie rūkymo, mažo fizinio aktyvumo, alkoholio vartojimo žalą sveikatai supratimas* nesusijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI), tačiau pastebėta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21), dažniau teigė (25 proc.), jog jiems labai sunku ar sunku suprasti įspėjimus apie rūkymo, mažo fizinio aktyvumo, alkoholio vartojimo žalą sveikatai, nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (21,6 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (23,5 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (5 proc.) (χ^2=7,437, lls=6, p=0,282) (3 priedas, 26 lentelė).

Remiantis tyrimo duomenų analize pastebėta, kad *supratimas kodėl reikia atlikti profilaktinius sveikatos tyrimus* nesusijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI), tačiau

pastebėta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21), dažniau teigė (41,7 proc.), jog jiems labai sunku ar sunku suprasti kodėl reikia atlikti profilaktinius sveikatos tyrimus, nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (19,6 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (13,6 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (5 proc.) (χ^2=9,834, lls=6, p=0,132) (3 priedas, 26 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad *žiniasklaidoje pateikiamos informacijos apie tai, kaip tapti sveikesniu supratimas* nesusijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI). Nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21), dažniau teigė (66,7 proc.), jog jiems labai sunku ar sunku suprasti žiniasklaidoje pateikiamą informaciją apie tai, kaip tapti sveikesniu, nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (51 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (44,4 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (35 proc.) (χ^2=5,809, lls=6, p=0,445) (3 priedas, 26 lentelė).

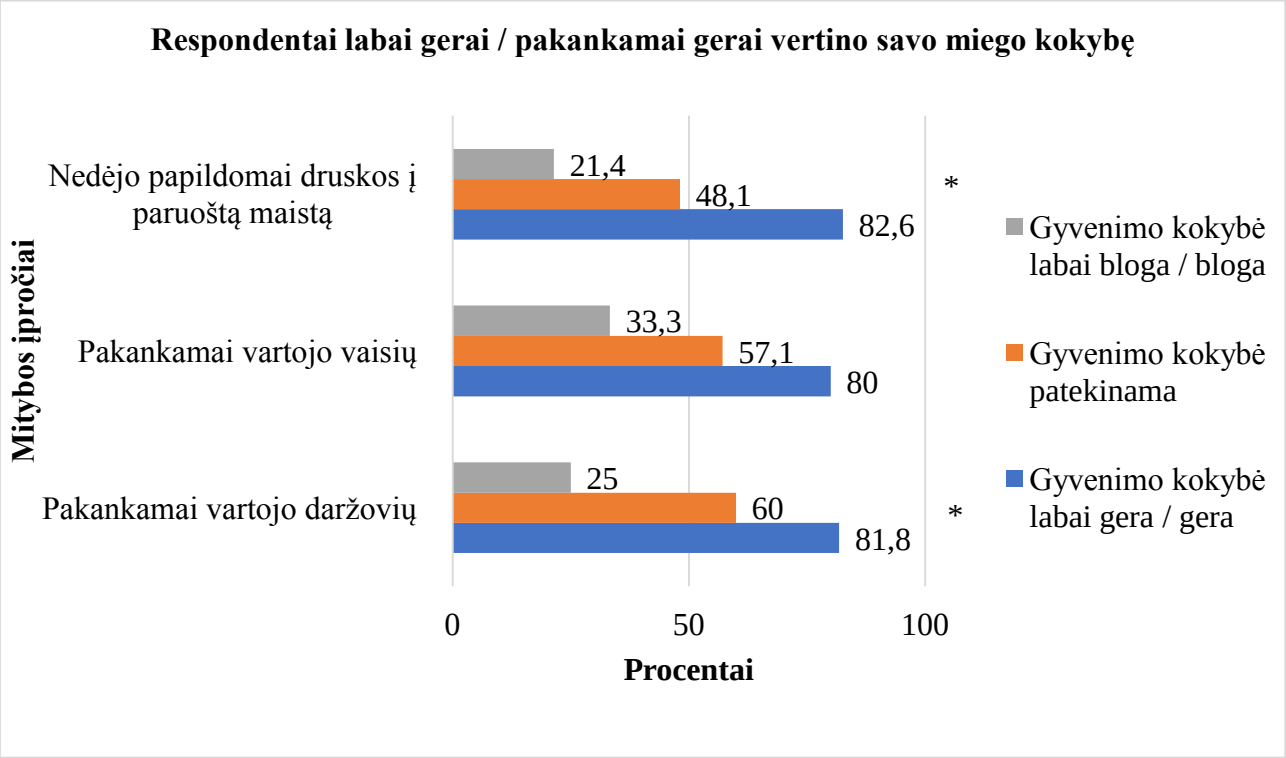
Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad *kasdieninių įpročių, kurie turi įtakos jų sveikatai, įvertinimas*, susijęs su miego sutrikimo sunkumo laipsniu (PMKI) (χ^2=13,132, lls=6, p=0,041). Nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškius miego sutrikimai (15<PMKI≤21), statistiškai reikšmingai dažniau teigė (58,3 proc.), jog jiems labai sunku ar sunku įvertinti, kurie kasdieniai įpročiai turi įtakos jų sveikatai, nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (10<PMKI≤15) (17,6 proc.), epizodinius (5<PMKI≤10) (27,2 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (PMKI≤5) (10 proc.) (3 priedas, 26 lentelė).

Atsižvelgiant į tokius tyrimo rezultatus galima daryti prielaidą, kad respondentų, sergančių IŠL, miego kokybė ir gyvensenos veiksniai susiję. Papildomas druskos vartojimas, tabako gaminių vartojimas, fizinis aktyvumas, prislėgta nuotaika bei nerimas yra susiję su miego kokybe bei miego sutrikimo sunkumo laipsniu. Taigi, išanalizavus gautus tyrimo rezultatus, iškelta hipotezė, jog pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvenimo būdas sąlygoja miego kokybę – pasitvirtino.

2.2.4. Pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvensenos ir miego kokybės sąsajos priklausomai nuo gyvenimo kokybės bei sveikatos būklės

Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau teigė (81,8 proc.), kad jie *kasdien valgė daržoves ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai blogai ar blogai (25 proc.) (χ^2=6,188, lls=2, p=0,045). Pastebėta, kad respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai gerai ar gerai dažniau teigė (80 proc.), kad jie *kasdien valgė vaisius ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai blogai ar blogai (33,3 proc.) (χ^2=3,492,

lls=2, p=0,174). Taip pat tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau teigė (82,6 proc.), kad jie *nedėjo papildomai druskos į paruoštą maistą ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai blogai ar blogai (21,4 proc.) (χ^2=13,951, lls=2, p<0,001) (21 pav., 3 priedas, 27 ir 28 lentelės).

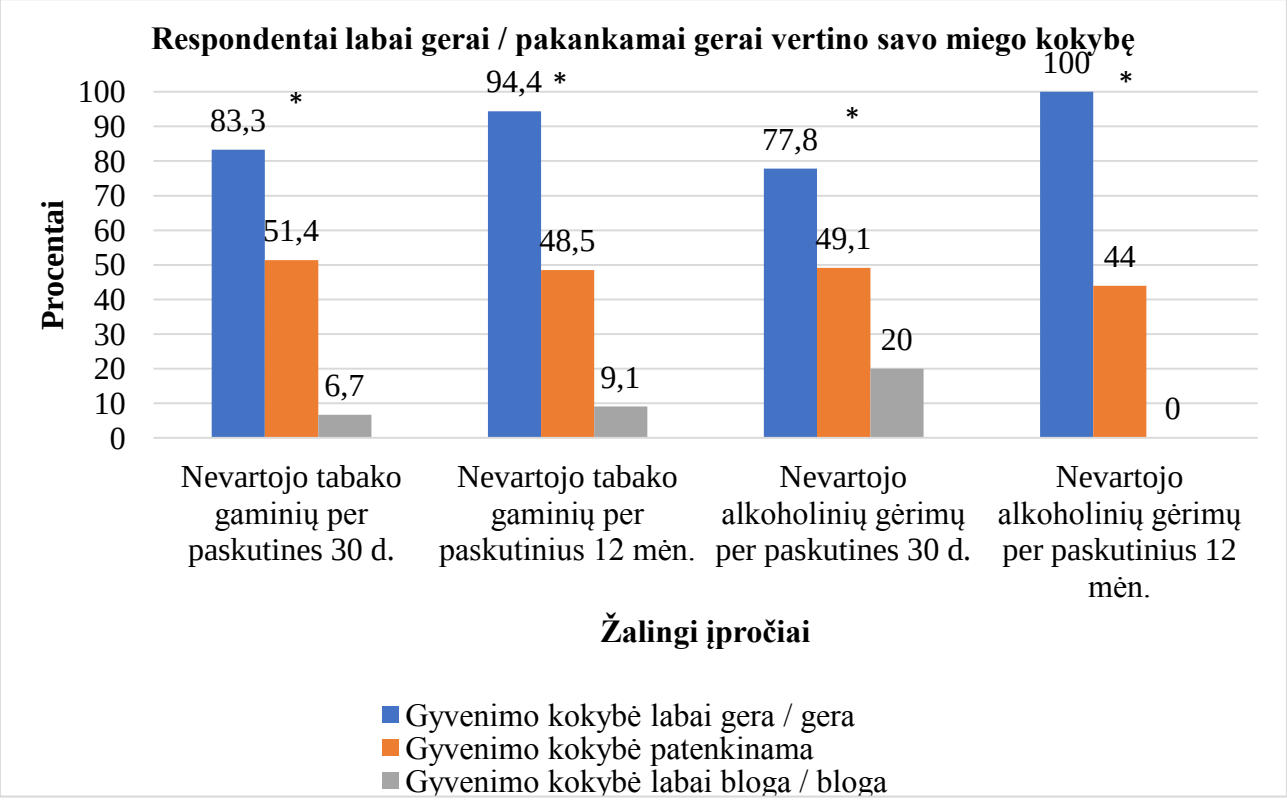


21 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, mitybos įpročių ir gyvenimo kokybės vertinimą (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau teigė (83,3 proc.), kad jie *nevartojo tabako gaminių per paskutines 30 dienų ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę* nei respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai blogai ar blogai (6,7 proc.) (χ^2=21,810, lls=2, p<0,001). Panašūs rezultatai gauti analizuojant tabako gaminių vartojimą per paskutinius 12 mėnesių. Nustatyta, kad respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau teigė (94,4 proc.), kad jie *nevartojo tabako gaminių per paskutinius 12 mėnesių ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai blogai ar blogai (9,1 proc.) (χ^2=21,234, lls=2, p<0,001) (22 pav., 3 priedas, 29 lentelė).

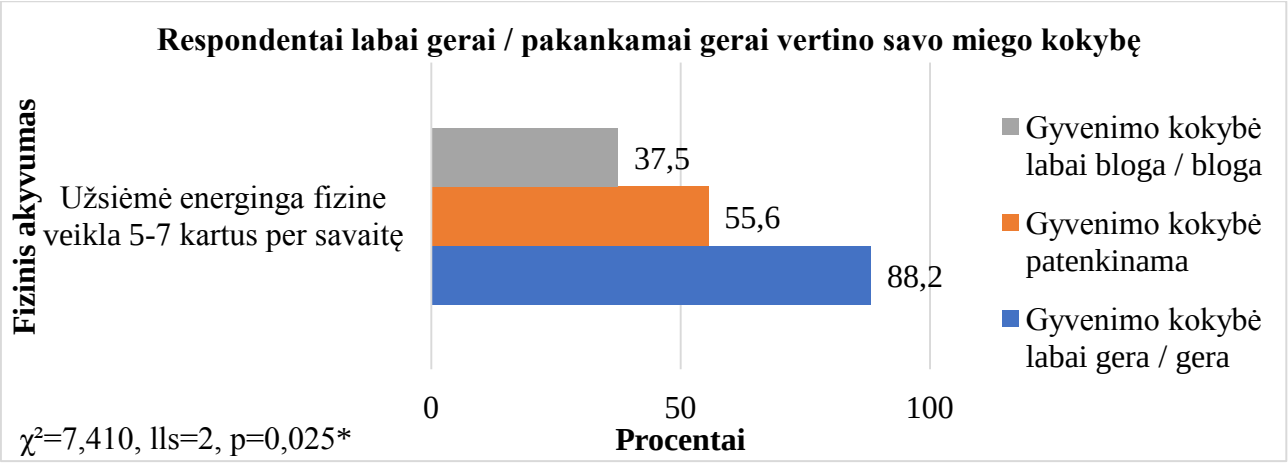
Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau teigė (77,8 proc.), kad jie *nevartojo alkoholinių gėrimų per*

paskutines 30 dienų ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę, nei respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai blogai ar blogai (20 proc.) (χ^2=19,034, lls=2, p<0,001). Panašūs rezultatai gauti analizuojant alkoholinių gėrimų vartojimą per paskutinius 12 mėnesių. Nustatyta, kad respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau teigė (100 proc.), kad jie *nevartojo alkoholinių gėrimų per paskutinius 12 mėnesių ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę,* nei respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai blogai ar blogai (0 proc., tokių nebuvo) (χ^2=17,134, lls=2, p<0,001) (22 pav., 3 priedas, 30 lentelė).



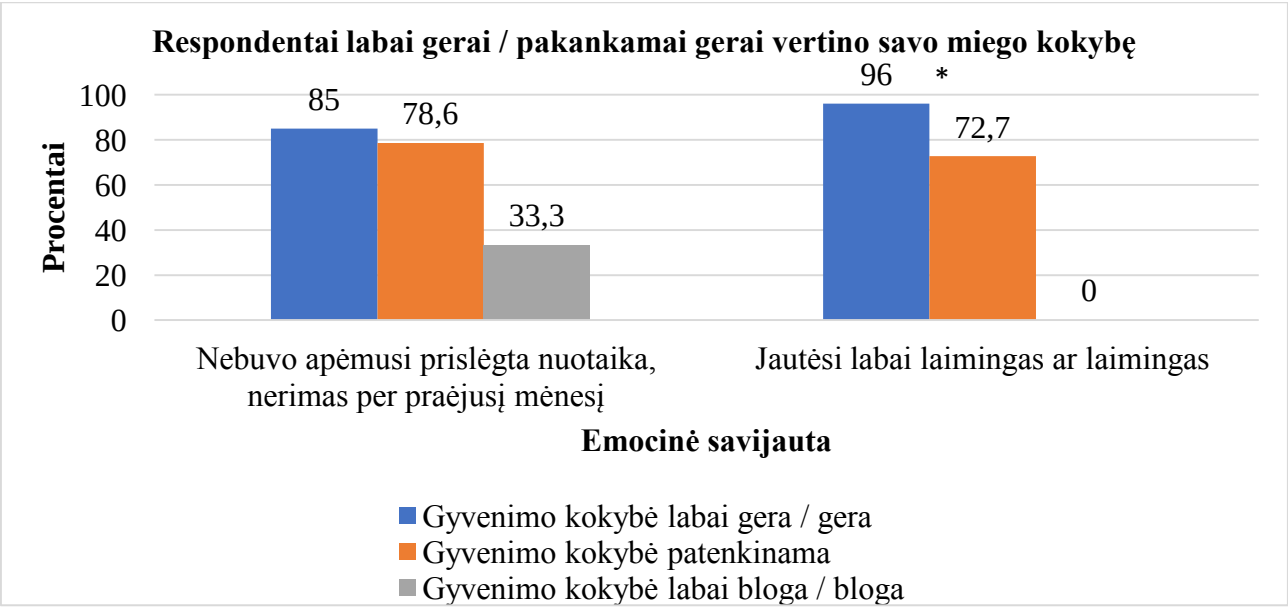
22 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, žalingų įpročių ir gyvenimo kokybės vertinimą (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau teigė (50 proc.), kad užsiėmė *energinga fizine veikla 5-7 kartus per savaitę ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę,* nei respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai blogai ar blogai (12,5 proc.) (p=0,025) (23 pav., 3 priedas, 31 lentelė).



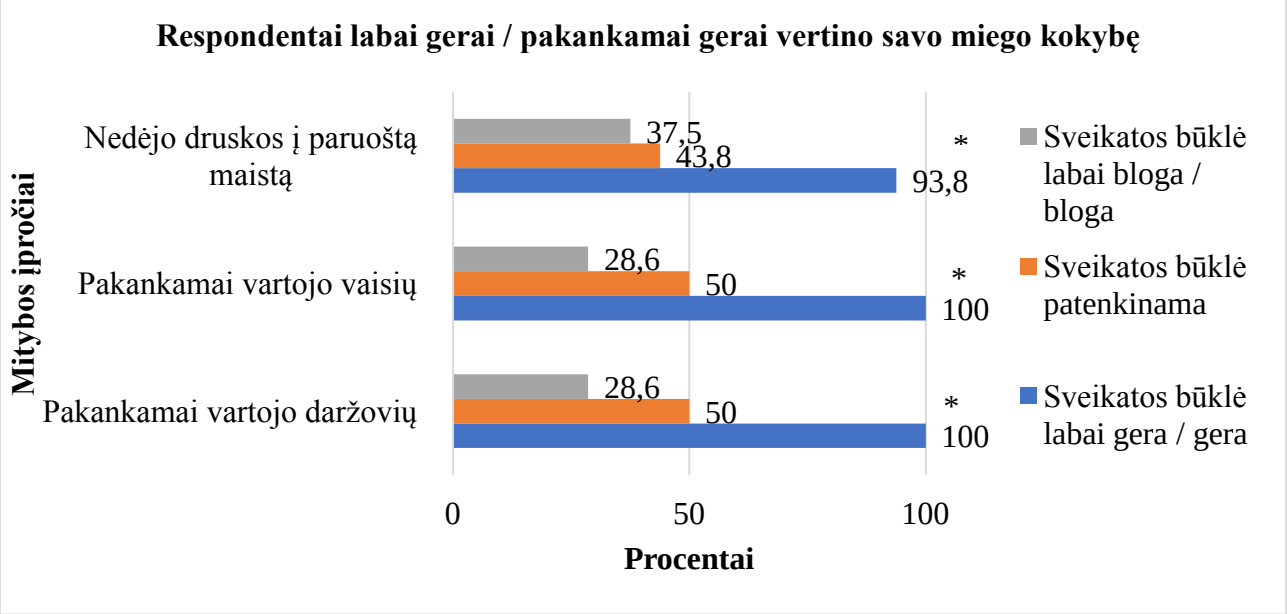
23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, fizinio aktyvumo ir gyvenimo kokybės vertinimą (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai gerai ar gerai dažniau teigė (85 proc.), kad *per praėjusį mėnesį nebuvo apėmusi prislėgta nuotaika, nerimas ir jie labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai blogai ar blogai (33,3 proc.) (χ^2=4,110, lls=2, p=0,128). Taip pat pastebėta, kad respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau teigė (96 proc.), kad *jautėsi labai laimingi ar laimingi ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie savo *gyvenimo kokybę* vertino patenkinamai (72,7 proc.) (χ^2=4,189, lls=1, p=0,041) (labai blogai ir blogai gyvenimo kokybę vertinančių asmenų nebuvo) (24 pav., 3 priedas, 32 ir 33 lentelės).



24 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, emocinės savijautos ir gyvenimo kokybės vertinimą (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai, kurie savo *sveikatos būklę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau (100 proc.) teigė, kad jie *kasdien valgė daržoves ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie *sveikatos būklę* vertino labai blogai ar blogai (28,6 proc.) (χ^2=9,523, lls=2, p=0,009). Taip pat nustatyta, kad respondentai, kurie savo *sveikatos būklę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau (100 proc.) teigė, kad jie *kasdien valgė vaisius ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę,* nei respondentai, kurie *sveikatos būklę* vertino labai blogai ar blogai (28,6 proc.) (χ^2=9,464, lls=2, p=0,009). Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai, kurie savo *sveikatos būklę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau (93,8 proc) teigė, kad jie *nedėjo papildomai druskos į paruoštą maistą ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie *sveikatos būklę* vertino labai blogai ar blogai (37,5 proc.) (χ^2=13,304, lls=2, p<0,001) (25 pav., 3 priedas, 34 ir 35 lentelės).

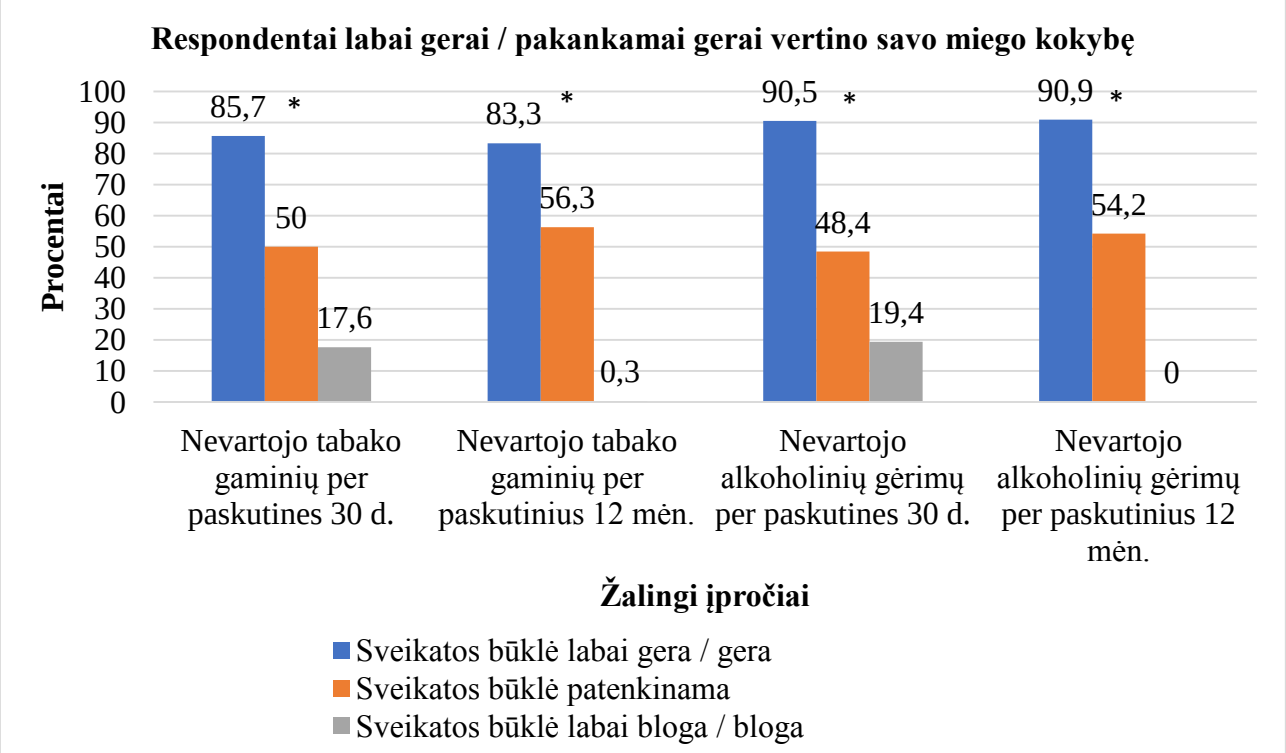


25 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, mitybos įpročių ir sveikatos būklės vertinimą (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad respondentai, kurie savo *sveikatos būklę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau (85,7 proc.) teigė, kad jie *nevartojo tabako gaminių per paskutines 30 dienų ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie *sveikatos būklę* vertino labai blogai ar blogai (17,6 proc.) (χ^2=17,670, lls=2, p<0,001). Panašūs rezultatai gauti analizuojant tabako gaminių vartojimą per paskutinius 12 mėnesių. Nustatyta, kad respondentai, kurie savo *sveikatos būklę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau (83,3 proc.) teigė, kad jie *nevartojo tabako gaminių per*

paskutinius 12 mėnesių ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę, nei respondentai, kurie *sveikatos būklę* vertino labai blogai ar blogai (8,3 proc.) (χ^2=16,406, lls=2, p<0,001) (? pav.,3 priedas, 36 lentelė).

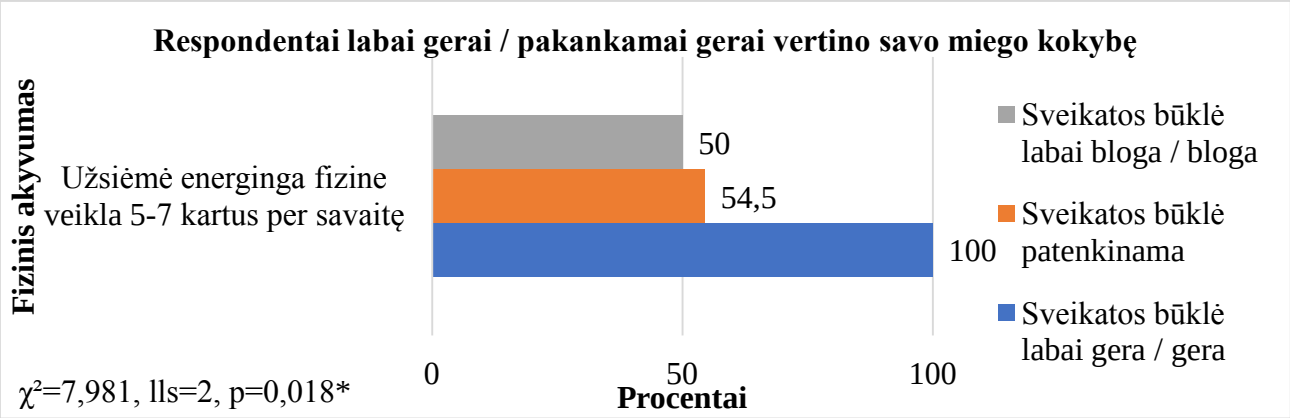
Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai, kurie savo *sveikatos būklę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau (90,5 proc.) teigė, kad jie *nevartojo alkoholinių gėrimų per paskutines 30 dienų ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie *sveikatos būklę* vertino labai blogai ar blogai (19,4 proc.) (χ^2=25,362, lls=2, p<0,001). Panašūs rezultatai gauti analizuojant alkoholinių gėrimų vartojimą per paskutinius 12 mėnesių. Nustatyta, kad respondentai, kurie savo *sveikatos būklę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau (90,9 proc.) teigė, kad jie *nevartojo alkoholinių gėrimų per paskutinius 12 mėnesių ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie *sveikatos būklę* vertino labai blogai ar blogai (0 proc., tokių nebuvo) (χ^2=14,279, lls=2, p<0,001) (26 pav.,3 priedas, 37 lentelė).



26 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, žalingų įpročių ir sveikatos būklės vertinimą (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

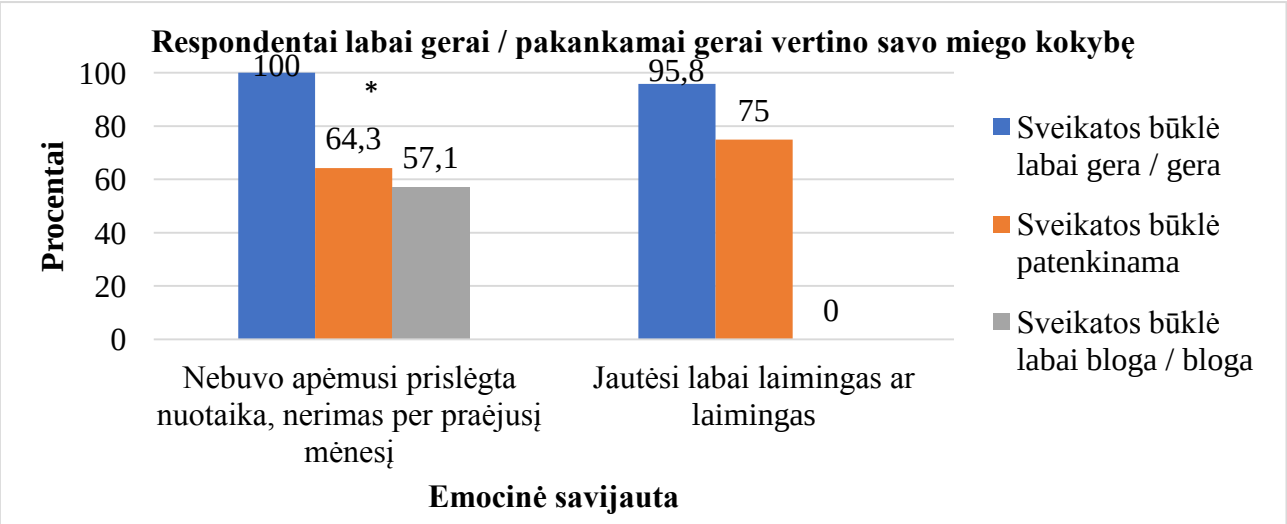
Remiantis tyrimo duomenų analize nustatyta, kad respondentai, kurie savo *sveikatos būklę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau (66,7 proc.) teigė, kad jie *užsiėmė energinga fizine veikla 5-7 kartus per savaitę ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo*

miego kokybę, nei respondentai, kurie *sveikatos būklę* vertino labai blogai ar blogai (30 proc.) (p=0,018) (27 pav., 3 priedas, 38 lentelė).



27 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, fizinį aktyvumą ir sveikatos būklės vertinimą (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai, kurie savo *sveikatos būklę* vertino labai gerai ar gerai statistiškai reikšmingai dažniau (100 proc.) teigė, kad *per praėjusį mėnesį nebuvo apėmusi prislėgta nuotaika, nerimas ir jie labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie *sveikatos būklę* vertino labai blogai ar blogai (57,1 proc.) (χ^2=7,917, lls=2, p=0,019). Taip pat nustatyta, kad respondentai, kurie savo *sveikatos būklę* vertino labai gerai ar gerai dažniau (95,8 proc.) teigė, kad jie *jautėsi labai laimingi ar laimingi ir labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę*, nei respondentai, kurie *sveikatos būklę* vertino patenkinamai (75 proc.) (χ^2=3,516, lls=1, p=0,061) (28 pav., 3 priedas, 39 ir 40 lentelė).



28 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal miego kokybės, emocinės savijautos ir gyvenimo kokybės vertinimą (proc.)
* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Atsižvelgiant į tokius tyrimo rezultatus galima daryti prielaidą, kad respondentai, kurie savo gyvenimo kokybę bei sveikatos būklę vertino geriau, dažniau propagavo sveiką gyvenimo būdą ir nesiskundė miego kokybe. Taigi išanalizavus gautus tyrimo rezultatus, iškelta hipotezė, jog pacientai, kurie savo gyvenimo kokybę ir sveikatos būklę vertina gerai, propaguoja sveiką gyvenimo būdą ir nesiskundžia miego kokybe – patvirtinta.

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Atlikto tyrimo metu siekta nustatyti ne tik pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajas, bet ir kam ši grėsmė didesnė, kokie koreguojami ir nekoreguojami veiksniai gali tai lemti.

R. Šturienės ir bendraautorių (2015) atlikto tyrimo duomenimis tiriamųjų miego trukmės vidurkis – 7,01±1,21 val. Mūsų tyrimo duomenimis visi apklausti respondentai vidutiniškai per naktį miegojo 6,15±1,2 valandos.

N. Okubo ir bendraautorių (2014) atliktame tyrime nustatyta, kad vidutinė vyrų miego trukmė buvo statistiškai reikšmingai ilgesnė nei moterų ($p<0,001$). A. E. Ahmed ir bendraautoriai (2017) taip pat nustatė, kad moterys miegojo statistiškai reikšmingai trumpiau nei vyrai (37,3 proc. palyginti su 31,4 proc., $p=0,004$). Mūsų tyrimo duomenimis, gautas analogiškas rezultatas, moterys vidutiniškai miegojo po 6±1,2 valandas, o vyrai – 6,32±1,2 valandas, tačiau skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,93$).

V. Piščalkienė ir bendraautoriai (2013) atliko tyrimą, kurio tikslas buvo palyginti pagyvenusio ir senyvo amžiaus asmenų miego problemas, vertinant užmigimo laiką vyrų ir moterų grupėse rasti statistiškai reikšmingi skirtumai pagal lytį ($p<0,05$). Netgi 60,1 proc. moterų neužmiega per pirmąsias 30 minučių, kai vyrų grupėje ši problema siekia 41,3 proc. Mūsų atliktame tyrime vertinant užmigimo laiką vyrų ir moterų grupėse rasti statistiškai reikšmingi skirtumai pagal lytį ($p<0,05$). 35,3 proc. vyrų užmiega greičiau nei per 15 min., o 40,5 proc. moterų užmiega per 16-30 min.

G. Varoneckas ir bendraautoriai (2012) atliko tyrimą, kuriame nagrinėjo miego kokybės pokyčius, pasitelkę objektyvius (polisomnografija) ir subjektyvius (Pitsburgo miego kokybės indekso klausimynas) tyrimo metodus. Tyrime dalyvavo asmenys, sergantys išemine širdies liga ir sveiki asmenys. Tyrimo rezultatai parodė, kad subjektyviai vertinta miego kokybė buvo patikimai blogesnė sergančiųjų IŠL (PMKI 7,8) nei nesergančių (PMKI 5,2). R. Šturienės ir bendraautorių (2015) atliktame tyrime nustatyta, kad visų tiriamųjų PMKI vidutinis buvo 9,43±3,41. Pasak autorių, toks rezultatas suprantamas, nes daugumai tiriamųjų buvo nustatytas blogas miegas (86 proc.), o ir patys asmenys skundėsi miego sutrikimais. A. Mikaliūkštienės ir bendraautorių (2013)

atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad bloga miego kokybė buvo 78 proc. tiriamųjų. L.P. Hoefelmann ir kolegos (2012) nustatė, kad 21 proc. apklaustųjų miego kokybę įvertino kaip blogą. Mūsų tyrimo duomenimis, Pitsburgo miego kokybės indekso vidurkis buvo 9,63±3,47. Taip pat daugumai tiramųjų nustatytas blogas miegas (87,2 proc.) ir daugiau nei pusė respondentų atsakė vertinantys savo miegą blogai (labai blogai ir pakankamai blogai) (52,5 proc.).

V. Piščalkienės ir bendraautorių (2013) tyrimo metu nustatyta, kad moterys kitaip nei vyrai pasižymi prastesne miego kokybe. A. Mikaliūkštienės ir bendraautorių (2013) atliktko tyrimo rezultatai parodė, kad bloga miego kokybė dažniau nustatyta moterimis, palyginti su vyrais. Mūsų tyrimo duomenimis gautas priešingas rezultatas, kadangi nustatyta, jog vyrų miego kokybė dažniau (88,2 proc.) buvo blogesnė nei moterų (86,1 proc.) miego kokybė.

V. Piščalkienės ir bendraautorių (2013) tyrimo metu nustatyta, kad moterys subjektyviai miego kokybę vertina prasčiau nei vyrai. L. P. Hoefelmann ir kolegos (2012) taip pat nustatė, kad moterys savo miego kokybę dažniau įvertino kaip blogą. R. Šturienės ir bendraautorių (2015) atliktame tyrime nustatyta, kad daugiau moterų (66,7 proc.) nei vyrų (33,3 proc.) nurodė, kad jų miego kokybė bloga. Mūsų tyrimo duomenimis gautas panašus rezultatas, kadangi vyrai (48,3 proc.) savo miegą vertina geriau (labai geras, patenkinamai geras) nei moterys (46,8 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas ($p>0,05$).

N. Burokienės (2016) atliktame tyrime nustatyta, kad suaugę Lietuvos gyventojai nepakankamai dažnai vartoja šviežių daržovių, tik 14,9 proc. respondentų nurodė, kad šviežias daržoves vartoja kasdien arba beveik kasdien, kaip rekomenduoja PSO. Mūsų tyrimo duomenimis nustatyta, kad respondentai nepakankamai dažnai vartoja daržoves. Tik penktadalis (20,7 proc.) respondentų nurodė, kad daržoves vartoja kasdien.

N. Burokienės (2016) atlikto tyrimo metu nustatyta, kad statistiškai reikšmingai dažniau šviežias daržoves vartojo moterys, nei vyrai. Mūsų tyrimo duomenimis gautas panašūs rezultatas. Nustatyta, kad moterys (26,6 proc.) dažniau vartoja daržoves kasdien nei vyrai (15,3 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas ($p>0,05$).

Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras 2018 metais atliko Vilniaus rajono savivaldybės suaugusiųjų gyventojų gyvensenos tyrimą. Atlikto tyrimo metu nustatyta, kad vieną ar daugiau kartų per dieną valgančių vaisius dalis yra 56,6 proc., o 43,4 proc. suaugusių Vilniaus rajono gyventojų vaisius valgo nepakankamai dažnai. Mūsų tyrimo duomenimis nustatyta, kad respondentai nepakankamai dažnai vartoja vaisius. Tik penktadalis (18,3 proc.) respondentų nurodė, kad vaisius vartoja kasdien.

Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro 2018 metais atliko Vilniaus rajono savivaldybės suaugusiųjų gyventojų gyvensenos tyrimo duomenimis, nepakankamai dažnai vaisius valgo didesnė dalis vyrų (52,1 proc.) nei moterų (35,6 proc.). Mūsų tyrimo duomenimis nustatyta,

kad moterys (21,5 proc.) dažniau vartoja vaisius kasdien nei vyrai (15,3 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (p>0,05).

N. Burokienės (2016) atlikto tyrimo metu nustatyta, kad mažesnė Lietuvos gyventojų dalis (38 proc.) patiekalų prieš valgį nesūdo. Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biurio 2018 metais atliko Vilniaus rajono savivaldybės suaugusiųjų gyventojų gyvensenos tyrime nustatyta, kad papildomai druskos į maistą dedasi net 4 iš 5-ių suaugusių ir kas 10-as Vilniaus rajono suaugusių, druskos į maistą dedasi beveik visada, net neragavęs (-usi). Mūsų tyrimo duomenimis nustatyta, kad iš visų tyrime dalyvavusių asmenų, 39 proc. pažymėjo, kad į maistą papildomai druskos jie niekada nededa, o 26,8 proc. nurodė, kad beveik visada deda druskos net neragavę.

N. Burokienės (2016) atlikto tyrimo metu nustatyta, kad Lietuvos gyventojai vartoja pakankamai daug druskos, papildomai maistą sūdo 51,3 proc. vyrų ir 45,1 proc. moterų, o 6 proc. vyrų druskos į maistą deda net neragavę. Mūsų tyrimo duomenimis paspėta, kad moterys statistiškai reikšmingai dažniau (53,2 proc.) nei vyrai (25,9 proc.) nededa papildomai druskos į paruoštą maistą (p<0,05).

Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biurio 2018 metais atliko Vilniaus rajono savivaldybės suaugusiųjų gyventojų gyvensenos tyrime nustatyta, kad per pastarąsias 30 dienų kasdien tabako gaminius rūko kas trečias suaugęs Vilniaus rajono gyventojas (35,5 proc.), mūsų tyrime gauti panašūs rezultatai (34,1 proc.). V. Piščalkienė ir kolegos (2013), atliko tyrimą, kurio tikslas buvo palyginti pagyvenusio ir senyvo amžiaus asmenų miego problemas. Analizuojant, kokia dalis tiriamųjų asmenų vartoja miegą gerinančius medikamentus nustatyti lyčių skirtumai. Rezultatai parodė, kad dvigubai dažniau miegą gerinančius vaistus vartoja moterys (35,5 proc.), kai tuo tarpu tik nedidelė dalis (15,4 proc.) vyrų renkasi šiuos vaistus. R. Šturienės ir bendraautoriai (2015) taip pat nustatė, kad daugiau moterų (83,3 proc.) nei vyrų (2,1 proc.) miegui vartojo vaistus. Apibendrinant galima daryti prielaidą, kad moterys dažniau susiduria su miego problemomis, pasižymi mažesniu miego efektyvumu ir renkasi miegą gerinančius vaistus, nei vyrai. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad moterys (63,3 proc.) statistiškai reikšmingai dažniau nei vyrai (31,8 proc.) per pastarąjį mėnesį vartojo vaistus padedančius užmigti (p<0,001).

Kaip teigia R. Valintėlienė ir kolegos (2012), fizinis aktyvumas laikomas viena iš pagrindinių individo fizinės, socialinės ir emocinės gerovės sąlygų. Tyrime nustatyta, kad Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas yra nepakankamas (ypač jauniausio ir vyriausio amžiaus suaugusiųjų, bei moterų). Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad IŠL sergančių respondentų fizinis aktyvumas – nepakankamas. Gauti tyrimo rezultatai parodė, kad tik 26,2 proc. respondentų per savaitę užsiima labai intensyvia ar intensyvia fizine veikla, kurią rekomenduoja PSO (bent 30 minučių 5 kartus per

savaitę ar dažniau). Kas penktas respondentas (22 proc.) nurodė, kad energinga fizine veikla (mažiausiai minučių taip, kad pagreitėtų kvėpavimas, pulsas) visai neužsiima.

R. Šturienės ir bendraautorių (2015) atliktame tyrime nustatyta, kad 15,4 proc. savo sveikatą įvertino labai blogai ar blogai. 17,5 proc. moterų ir 10,6 proc. vyrų savo sveikatą įvertino labai blogai ir blogai (statistiškai reikšmingo skirtumo tarp lyties ir sveikatos vertinimo nenustatyta). Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad 32,3 proc. respondentų savo sveikatą vertino neigiamai (blogai/labai blogai). Nustatyta, kad vyrai (35,3 proc.) dažniau nei moterys (29,1 proc.) dabartinę savo sveikatos būklę įvertino labai blogai ir blogai (statistiškai reikšmingo skirtumo tarp lyties ir sveikatos vertinimo nenustatyta, $p>0,05$).

L. P. Hoefelmann ir kolegos (2012) tyrė prastos miego kokybės ryšį su nesveika gyvensena, tyrime dalyvavo net 47 477 respondentų. Tyrimo rezultatai parodė, kad ketvirtadalis apklaustųjų savo miego kokybę įvertino kaip blogą ir tam turėjo įtakos neigiamas sveikatos suvokimas, savijauta, stresas, fizinis neaktyvumas, nepakankamas vaisių ir daržovių vartojimas, per didelis alkoholio vartojimas (pastarasis labiau paplitęs tarp vyrų). J. T. Liu ir bendraautorių (2013) atliktame tyrime nustatyta, kad rūkančiųjų miego kokybė prastesnė nei nerūkančiųjų. Taip pat S. Cohrs ir kolegos (2012) nustatė, kad statistiškai reikšmingai daugiau rūkančiųjų (28,1 proc.) nei nerūkančiųjų (19,1 proc.) teigė, kad jų miego kokybė prastesnė. Autoriai akcentuoja, kad rūkymas yra modifikuojamas elgsenos rizikos veiksnys, kuris lemia miego kokybės blogėjimą ir trumpesnį miego laiką. Mūsų tyrimo duomenys parodė, kad tiriamieji, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“), statistiškai reikšmingai dažniau (56,6 proc.) teigė, jog per paskutines 30 dienų vartojo tabako gaminius nei tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“) (33,3 proc.) ($p<0,05$). Panašūs rezultatai gauti analizuojant tabako gaminių vartojimą per paskutinius 12 mėnesių. Nustatyta, kad respondentai, kurie skundėsi prasta miego kokybe („blogas miegas“), statistiškai reikšmingai dažniau (65,7 proc.) teigė, jog per paskutinius 12 mėnesių vartojo tabako gaminius nei tiriamieji, kurie nesiskundė miego kokybe („geras miegas“) (38,1 proc.) ($p<0,05$).

C. Y. Wu ir kolegų (2012) atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad fizinis aktyvumas bei struktūrizuotas dienos režimas pagerina vyresnio amžiaus asmenų miego kokybę. A.A.A. Kamrani ir bendraautorių (2014) atliktame tyrime rezultatai parodė, kad aštuonių savaičių vidutinio intensyvumo aerobiniai pratimai turi reikšmingą poveikį siekiant pagerinti miego kokybę, vyresnio amžiaus asmenims. Mūsų tyrimo duomenimis respondentai, kurie neturėjo miego sutrikimų statistiškai reikšmingai dažniau teigė (45 proc.), jog užsiima energinga fizine veikla nei respondentai, kurie turėjo epizodinius (29,6 proc.), vidutinius (17,6 proc.) ar labai ryškius (8,3 proc.) miego sutrikimus ($p<0,05$). Taip pat pastebėta, kad neužsiimančių energinga fizine veikla daugiausia buvo vyresnių nei 65 metų amžiaus respondentų (27,6 proc.) lyginant su kitomis amžiaus grupėmis (30-44 m. – 9,1 proc., 45-64 m. – 20 proc.) ($p>0,05$).

A. Mikaliūkštienės ir kolegų (2013) atliktame tyrime gauti rezultatai parodė, kad tiriamųjų miego kokybė priklausė nuo emocinės būsenos (dažnėjant depresinės ir nerimo būsenoms, blogėjo miego kokybė). R. Šturienės ir bendraautorių (2015) atliktame tyrime nustatyta, kad 82,7 proc. respondentų nurodė, kad miego kokybę blogina baimė, stresas, nerimas. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad daugelį (77,4 proc.) respondentų per pastarąjį mėnesį buvo apėmusi prislėgta nuotaika, nerimas labiau nei anksčiau ir tik 22,6 proc. tiriamųjų nesiskundė ženkliai prastesne emocine savijauta. Pastebėta, kad per pastarąjį mėnesį moterys dažniau teigė, jog jas buvo apėmusi prislėgta nuotaika, nerimas (83,5 proc.) nei vyrai (71,8 proc.) ($p<0,05$). Taip pat nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškūs miego sutrikimai, statistiškai reikšmingai dažniau teigė (100 proc.), jog per pastarąjį mėnesį juos buvo apėmusi prislėgta nuotaika, nerimas nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (90,2 proc.), epizodinius (72,8 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (50 proc.) ($p<0,001$). Taip pat pastebėta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškūs miego sutrikimai, statistiškai reikšmingai dažniau teigė (58,3 proc.), jog jie jautėsi labai nelaimingi ar laimingi nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (49 proc.), epizodinius (16 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (10 proc.) ($p<0,001$).

A. Mikaliūkštienės ir bendraautorių (2013) tyrimo duomenimis, buvo nustatyta, kad sveikatos vertinimas priklauso nuo miego kokybės. Iš 150-ies sergančiųjų koronarine širdies liga apklaustųjų savo sveikatą gerai vertino tik 19,3 proc., blogai savo sveikatą vertino netgi 80,7 proc. Tiriamiesiems, kurie savo sveikatą vertino gerai, statistiškai reikšmingai dažniau nustatyta ir gera miego kokybė (51,7 proc.), palyginti su tiriamaisiais, kurie savo sveikatą vertino blogai (14,9 proc.), o respondentai, kurie savo sveikatą vertino blogai, statistiškai reikšmingai jiems dažniau nustatyta bloga miego kokybė. R. Šturienės ir bendraautorių (2015) atliktame tyrime nustatyta, kad sveikatos vertinimas priklauso nuo miego kokybės. Tyrimo rezultatai parodė, kad kuo geriau tiriamieji vertina savo miego kokybę, tuo geriau vertinta ir sveikata. Mūsų tyrimo duomenimis nustatyt, kad trečdalis (32,3 proc.) respondentų neigiamai vertino savo sveikatą (bloga/labai bloga), labai blogai vertino tik 6,1 proc. tiriamųjų. Nustatyta, kad respondentai, kuriems pasireiškė labai ryškūs miego sutrikimai, statistiškai reikšmingai dažniau teigė (75 proc.), jog jie dabartinę savo sveikatos būklę vertino labai blogai ar blogai nei respondentai, kurie turėjo vidutinius (47,1 proc.), epizodinius (23,5 proc.) miego sutrikimus ar neturėjo miego sutrikimų (5 proc.) ($p<0,001$).

Taigi mūsų tyrimo duomenys, lyginant su kitų tyrimų duomenimis, kai kuriais atvejais yra panašūs, o kitais atvejais skiriasi. Tokius rezultatus galėjo įtakoti nevienoda tyrimo atlikimo metodika bei metodai, tyrimo instrumentas ir kt.

Taigi mūsų tyrimo duomenys, lyginant su kitų tyrimų duomenimis, kai kuriais atvejais yra panašūs, o kitais atvejais skiriasi. Tokius rezultatus galėjo įtakoti nevienoda tyrimo atlikimo metodika bei metodai, tyrimo instrumentas ir kt.

IŠVADOS

1. Išnagrinėjus pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybę nustatyta, kad daugumos (87,2 proc.) miegas reikšmingai buvo blogas. Reikšmingai blogesnė miego kokybė buvo tarp vyrų ir vyresnių nei 65 metų asmenų. Reikšmingai miego kokybę veikė: bloga savijauta dienos metu ir užmigimo laikas, kėlimasis naktį į tualetą, garsus kosėjimas ir knarkimas, prabudimai naktį. Taip pat nustatyta, kad moterys ir vyresni nei 65 metų asmenys, sergantys išemine širdies liga, reikšmingai dažniau vartojo medikamentus padedančius užmigti. Nustatyta, kad vyrams ir vyresniems nei 65 metų respondentams būtų tikslinga konsultuotis dėl padidėjusio mieguistumo.

2. Įvertinus pacientų, sergančių išemine širdies liga, gyvenseną nustatyta, kad respondentų gyvensenos įpročiai nėra pakankamai geri. Nustatyta, kad daržovių ir vaisių kasdien vartoja tik penktadalis respondentų, šeši iš dešimties papildomai deda druskos į paruoštą maistą taip pat vartoja tabako gaminius. Stebima ir fizinio aktyvumo stoka, tik apie ketvirtadalis respondentų užsiima energinga fizine veikla (5-7 kartus per savaitę). Septyni iš dešimties respondentų jautėsi prislėgti, o trečdalis – labai nelaimingi ar nelaimingi. Pastebėta, kad tik penktadalis respondentų savo gyvenimo kokybę ir sveikatos būklę vertino labai gerai ar gerai. Tik keturi iš dešimties respondentų pakeitė savo gyvenseną dėl sveikatos per paskutinius 12 mėnesių.

3. Išanalizavus gyvensenos veiksnių įtaką miego kokybei nustatyta, kad miego kokybė ir tam tikri gyvensenos veiksniai reikšmingai susiję. Papildomas druskos vartojimas, tabako gaminių vartojimas, fizinis aktyvumas, prislėgta nuotaika bei nerimas, nelaimingumas reikšmingai neigiamai veikė miego kokybę bei miego sutrikimo sunkumo laipsnį.

4. Įvertinus gyvensenos ir miego kokybės sąsajas priklausomai nuo gyvenimo kokybės ir sveikatos būklės nustatyta, kad respondentai, kurie savo gyvenimo kokybę bei sveikatos būklę vertino labai gerai ar gerai reikšmingai dažniau teigė, kad jie labai gerai ar pakankamai gerai vertino savo miego kokybę bei propagavo sveiką gyvenimo būdą: valgė daržoves, nedėjo druskos į paruoštą maistą, nevartojo tabako gaminių bei alkoholinių gėrimų, užsiėmė energinga fizine veikla, jautėsi labai laimingi ar laimingi.

REKOMENDACIJOS

Išanalizavus gautus duomenis bei įvertinus pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajas, galima būtų pateikti tam tikras rekomendacijas šiems pacientams:

1. reikėtų skirti didesnį dėmesį savo svekatai ir propaguoti sveiką gyvenseną: daugiau judėti (užsiimti aktyvia fizine veikla bent 5 kartus per savaitę), subalansuotai maitintis (kasdien vartoti vaisių ir daržovių, nedėti papildomai druskos į paruoštą maistą), vengti žalingų įpročių (tabako gaminių ir alkoholinių gėrimų vartojimo), neatsakingo vaistų vartojimo, o prireikus pagalbos kreiptis į specialistą (dietistą, fizinio aktyvumo trenerį, visuomenės sveikatos specialistą ir pan.);

2. reikėtų stebėti savo miegą ir pastebėjus pasikartojančius miego sutrikimus (prabudimai nakties metu ar anksti ryte, knarkimas, negalėjimas užmigti per 30 minučių, mieguistumas dienos metu kasdieninėse gyvenimo situacijose) kreiptis į gydytoją specialistą, o ne tik apsiriboti vaistų, padedančių užmigti, vartojimu.

LITERATŪRA

1. Ahmed A.E., Al-Jahdali F., AlALwan A., Abuabat F., Bin Salih S.A., Al-Harbi A. et al. 2017. Prevalence of sleep duration among Saudi adults. Saudi Med Journal, 38(3), p. 276–283. [žiūrėta 2019 m. spalio 5d.]. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387904/>.
2. Amagai Y., Ishikawa S., Gotoh T., Kayaba K., Nakamura Y., Kajii E. 2010. Sleep duration and incidence of cardiovascular events in a Japanese population: the Jichi Medical School cohort study. J Epidemiol, 20 (2), p. 106–110.
3. Amercian Psychological Society. 2013. Stress in America - Missing the Health Care Connection. [žiūrėta 2019 m. gegužės 8 d.]. Prieiga per internetą: <http://apahelpcenter.mediaroom.com/index.php?s=pageA>
4. American Psychological Association. Stress and Sleep. 2013. [2019 m. gegužės 10d.]. Prieiga per internetą: <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2013/sleep>.
5. Andruškienė J., Varoneckas G. 2010. Sleep, Depression and Quality of Life in Coronary Artery Disease. Prevalence, Symptoms and Prevention. Lambert Academic Publishing.
6. Andruškienė J., Varoneckas G., Martinkėnas A. 2006. Sleep complaints and their relation to coronary artery disease, arterial hypertension and depressive mood in West Lithuanian population. ACTA MEDICA LITUANICA, 13(4) p. 265-271.
7. Augustaitė L. 2017. Sergančiųjų širdies ir kraujagyslių ligomis miego kokybė ir jai darantys įtaką veiksniai: Magistro baigiamasis darbas. Kaunas.
8. Babarskienė R., Verseckaitė R. 2008. Išeminės širdies ligos komplikacijos. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 12(5), p. 24.
9. Babarskienė R., Verseckaitė R. 2008. Išeminės širdies ligos komplikacijos. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, Nr. 5, p. 387-389.
10. Barzda A., Bartkevičiūtė R., Baltušytė I. ir kt. 2016. Suaugusių ir pagyvenusių Lietuvos gyventojų faktinės mitybos ir mitybos įpročių tyrimas. Visuomenės sveikata, 1 (72), p. 85 – 93. [žiūrėta 2019 m. gegužės 2 d.]. Prieiga per internetą: < http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2016.01.72/VS%202016%201(72)%20ORIG%20Mitybos%20iprociai.pdf>.
11. Blažytė E.M., Samosonė V.G. Krančiukaitė – Butylkinienė D., Dementavičienė J. 2017. Koronarine širdies liga sergančiųjų smegenų pokyčių įvertinimas. Sveikatos mokslai / Health sciences in eastern Europe, 27 (3), p. 38-42.
12. Brondel L., Romer M.A., Nougues P.M., Touyarou P., Davenne D. 2010. Acute partial sleep deprivation increases food intake in healthy men. Am J Clin Nutr, 91(6), p.1550–1559.

13. Buysse M.D., et al. 1989. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. Psychiatry Research, 28, p. 193-213.
14. Bunevičiūte, R., Mameniškiene, R. 2013. Rūkymo įtaka miego architektūrai. Neurologijos seminarai. 17(2), p. 144-149.
15. Burokienė N. 2016. Širdies ir kraujagyslių ligų epidemiolginių veiksnių ir genomo sąveikos tyrimas: daktaro disertacija. Vilnius. [žiūrėta 2014 m. Balandžio 1d.]. Prieiga per internetą: <https://epublications.vu.lt/object/elaba:15575773/15575773.plls>.
16. Burokienė, N., Kasiulevičius, V., Kučinskienė, Z. A. 2013. Koronarinės širdies ligos išsivystymo rizika: epidemiologinių ir genomo žymenų sąveikos tyrimas (literatūros apžvalga). Medicinos teorija ir praktika, 19(2), p. 202 – 207.
17. Chaput J.P. 2014. Sleep patterns, diet quality and energy balance. Physiology&Behavior, 134, p. 86-91. [2019 m. gegužės 9d.]. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031938413002862>.
18. Chen L.J., Steptoe A., Chen Y.H., et al. 2017. Physical activity, smoking, and the incidence of clinically diagnosed insomnia. Sleep Medicine, 30, p.189-194. [žiūrėta 2019 m. gegužės 1d.] prieiga per internetą: < https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.06.040>.
19. Cho H.S., Kim Y.W., Park H.W., et al. 2013. The relationship between depressive symptoms among female workers and job stress and sleep quality. Annals of Occupational and Environmental Medicine, 25. [žiūrėta 2019 m. gegužės 1d.]. Prieiga per internetą: <https://aoemj.biomedcentral.com/articles/10.1186/2052-4374-25-12>.
20. Choi D.W., Chun S.Y., Lee S.A. et al. 2018. Association between Sleep Duration and Perceived Stress: Salaried Worker in Circumstances of High Workload. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (4), p. 796. [žiūrėta 2019 m. gegužės 5 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5923838/>.
21. Cohrs S., Rodenbeck A., Riemann D., et al. .2012. Impaired sleep quality and sleep duration in smokers—results from the German Multicenter Study on Nicotine Dependence. Addiction Biology, 19 (3), p. 486 – 496. [žiūrėta 2019 m. gegužės 11 d.].Prieiga per internetą: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1369-1600.2012.00487.x>.
22. De Biasi M., Dani J.A. 2011. Reward, addiction, withdrawal to nicotine. Annual Review of Neuroscience. 34, p. 105–130.
23. De Niet G., Tiemens B., Hutschemaekers G. 2010. Can mental healthcare nurses improve sleep quality for inpatients? British Journal of Nursing, 19 (17), p.1100-1105.
24. Dolezal B.A., Neufeld E.V., Boland D.M., Martin J.L., Cooper C.B. 2017. Interrelationship between Sleep and Exercise: A Systematic Review. Advances in Preventive Medicine. [žiūrėta 2019 gegužės 14 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1155/2017/1364387>.

25. Famodu O.A., Barr M.L., Holaskova I., et al. 2018. Quality Index Survery Using Factor Analysis. Hindawi Journal. [žiūrėta 2019 m. sausio 20 d.]. Prieiga per internetą: < https://www.hindawi.com/journals/sd/2018/9643937/abs/>.
26. Gintauskienė V. M. 2013. Sergančiųjų išemine širdies liga endokrininių veiksnių ryšys su subjektyviu sveikatos vertinimu: daktaro disertacija. Kaunas. [žiūrėta 2019 m. vasario 10 d.]. Prieiga per internetą: <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:2199220/datastreams/ATTACHMENT_2199223/content>.
27. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J., Šakytė E., Kriaučionienė V., Veryga A. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2014. Lietuvos sveikatos mokslų niversitetas. Kaunas. 2015. [žiūrėta 2019 m. gegužės 1 d.]. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/data/Suaugusiu_gyvensenos_tyrimas2014.plls>.
28. Grandner M.A., Schopfer E.A., Sands-Lincoln M., Jackson N., Malhotra A. 2015. Relationship between sleep duration and body mass index depends on age. Obesity (Silver Spring), 23(12), p. 2491–2498.
29. Hartescu I., Morgan K., Stevinson C.D. 2016. Sleep Quality and Recommended Levels of Physical Activity in Older People. Human kinetics journals, 24 (2), p. 201-206. [žiūrėta 2019 m. gegužės 8 d.]. Prieiga per internetą: <https://journals.humankinetics.com/doi/abs/10.1123/japa.2014-0061>.
30. Health at a Glance 2017. OECD Indicators. [žiūrėta 2019 m. vasario 1 d.]. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en>.
31. Hellström A., Fagerström C., Willman A. 2011. Promoting Sleep by Nursing Interventions in Health Care Settings. A Systematic review. Worldviews on Evidence – Based Nursing, 8(3), p. 128 –142.
32. Higienos institutas. 2017. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys. Mirtingumas pagal priežastis ir amžiaus grupes 2017 m. [žiūrėta 2019 m. vasario 10 d.]. Prieiga per internetą: <http://hi.lt/php/dm6.php?dat_file=dem6.txt>.
33. Higienos institutas. 2017. Sergančių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes. [žiūrėta 2019 m. vasario 10 d.]. Prieiga per internetą: < https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168.>.
34. Higienos institutas. 2018. Suaugusiųjų gyvensenos klausimynas. [žiūrėta 2019 m. sausio 25 d.]. Prieiga per internetą: <www.hi.lt>.
35. Hirshkowitz M., Whiton K., Albert S.M., Alessi C., Bruni O., DonCarlos L. et al. 2015. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation,1(1) p. 40–43.
36. Hoefelmann L.P., Lopes A.D.S., Silva K.S., Silva S.G.D., Cabral L.G.A., Nahas M.V. 2012. Lifestyle, self-reported morbidities and poor sleep quality among Brazilian workers. Sleep

Medicine. 13(9), p. 1198-1201. [žiūrėta 2019 m. spalio 15 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.05.009 >.

37. Hoevenaar-Blom M.P., Spijkerman A.M.W., Kromhout D., van den Berg J.F., Verschuren W.M.M. 2011.Sleep duration and sleep quality in relation to 12-year cardiovascular disease incidence: The MORGEN study. Sleep, 34(11), p. 1487–92.
38. Huxley R. R., Woodward M. 2011. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studines. The Lancet, 378, p. 1297-1305. [2019 m. gegužės 12 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.natap.org/2011/newsUpdates/PIIS0140673611607812.plls>.
39. Itani O., Jike M., Watanabe N., Kaneita Y. 2016. Short sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Sleep Med.
40. Jaehne A., Unbehaun T., Feige B., et al. 2012. How smoking affects sleep: A polysomnographical analysis. Sleep Medicine, 13(10), p. 1286-1292. Žiūrėta [2019 m. gegužės 15 d.]. Prieiga per internetą: < https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.06.026>.
41. Johns M.W. 2018. The Epworth Sleep Scale. [žiūrėta 2019 m. sausio 10 d.]. Prieiga per internetą: < http://epworthsleepinessscale.com/about-the-ess/>.
42. Jurgelėnas A., Norvaišas S., Juozulynas A., Prapiestis J., Venalis A., Savičiūtė R. 2011. Sveikatos socialinio saito kokybinis vertinimas. Gerontologija. Vilnius. 12 (2), p. 104–109. [2019 m. gegužės 12 d]. Prieiga per internetą: <http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/plls/2011/nr_2/2011_104_109.plls.>.
43. Kamrani A.A.A., Shams A., Dehkordi P.S., Mohajeri R. 2014. The effect of low and moderate intensity aerobic exercises on sleep quality in men older adults. Pakistan Journal of Medical Sciences, 30(2), p. 417–421.
44. Kanno Y, Yoshihisa A, Watanabe S, Takiguchi M, Yokokawa T, Sato A et al. 2016. Prognostic Significance of Insomnia in Heart Failure. Circ J. 80(7) p. 1571–1577.
45. Kardelis K. 2005. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šiauliai. Lucilijus.
46. Kardelis K. 2016. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
47. Lietuvos gydytojo žurnalas 2010. [žiūrėta 2019 m. gegužės 10 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.emedicina.lt/lt/zurnalai//lietuvos_gydytojo_zurnalas_2010/7/gydymo_pagal_sirdies_ir_kra ujagysliu_ligu_rizika_ypatumai.html >.
48. Liu J.T., Lee I.H., Wang C.H et al. .2013. Cigarette smoking might impair memory and sleep quality. Journal of the Formosan Medical Association, 112 (5), p. 287-290. [2019 m. gegužės 10 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664612001180?via%3Dihub>.

49. Lollgen H., Bockenhoff A., Knapp G. 2009. Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. Int J Sports Med, 30 (3), p. 213–224.
50. McHugh J.E., Lawlor B.A., 2012. Perceived stress mediates the relationship between emotional loneliness and sleep quality over time in older adults. British Journal Health Psychology, 18 (3), p. 546-555. [žiūrėta 2019 m. gegužės 4 d.]. Prieiga per internetą: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2044-8287.2012.02101.x>.
51. Meškauskas R. 2016. Miego kokybės tyrimas ir jo korekcijos apžvalga: Magistro baigiamasis darbas. Kaunas.
52. Mikaliūkštienė A., Gendvilaitė V., Kalibatienė D. 2016. Studentų psichoemocinės būsenos ir miego kokybės sąsajos. Medicinos teorija ir praktika, 22 (4), p. 291–300.
53. Mikaliūkštienė A., Sukackienė A., Kalibatienė D. 2013. Sergančiųjų koronarine širdies liga psichoemocinės būsenos ir miego kokybės įvertinimas. Medicinos teorija ir praktika, 19 (3.2), p. 51–57.
54. Miliauskas S., Sakalauskas R. 2013. Mieguistumą lemiantys veiksniai sergant obstrukcine miego apnėja. Medicina, 39 (3), p. 232-236. [žiūrėta 2019 m. vasario 10 d.]. Prieiga per internetą: <http://medicina.lsmuni.lt/med/0303/0303-05l.pdf>.
55. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
56. Montgomery P., Dennis J. 2002. Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4.
57. Moraes W., Poyares D., Zalcman I., Mello M.T. de, Bittencourt L.R., Santos-Silva R et al. 2013. Association between body mass index and sleep duration assessed by objective methods in a representative sample of the adult population. Sleep Med, 14(4), p. 312–318.
58. Murauskaitė A., Žardeckienė-Matulaitienė K. 2014. Miego higienos užsiėmimo poveikis student miego kokybei gerinti. Visuomenės sveikata. 3(66) p. 99 – 107.
59. Nagai M., Hoshide S., Kario K. 2010. Sleep duration as a risk factor for cardiovascular disease- a review of the recent literature. Curr Cardiol Rev, 6, p. 54–61.
60. Nedeltcheva A.V., Scheer F.A.J.L. 2014. Metabolic effects of sleep disruption, links to obesity and diabetes. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes, 21(4) p. 293–298.
61. Norkienė S. 2010. Klinikinės medicinos pagrindai. Mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
62. Okubo N., Matsuzaka M., Takahashi I., Sawada K., Sato S., Akimoto N. et al. 2014. Relationship between self-reported sleep quality and metabolic syndrome in general

population. BMC Public Health. 14:562. [žiūrėta 2019 m. splaio 16 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4087247/>.

63. Park S.Y., Oh M.K., Lee B.S., et. al. 2015. The Effects of Alcohol on Quality of Sleep. Korean Journal of Family Medicine, 36(6) p. 294–299.
64. Paulak L.M., Jensen L. 2014. Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. Journal of Intensive Care Medicine, 31 (1), p. 14-23. [žiūrėta 2019 m. gegužės 2 d.]. Prieiga per internetą: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0885066614538749>.
65. Petersen H., Kecklund G., D'onofrio P. et al. 2013. Stress vulnerability and the effects of moderate daily stress on sleep polysomnography and subjective sleepiness. J. Sleep Res., 22, p. 50-57. [žiūrėta 2019 m. gegužės 5 d.]. Prieiga per internetą: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/plls/10.1111/j.1365-2869.2012.01034.x>.
66. Petrulionienė Ž. 2010. Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai. [žiūrėta 2019 m. balandžio 09 d.]. Priega per internetą: <http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Naudingi_patarimai/Sirdies%20ligos%20ir%20profi laktika.plls >.
67. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., Albus C., Brotons C., Catapano A.L. et al. 2016. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J, 37(29), p. 2315–2381.
68. Piščalkienė V., Januškevičiūtė R., Balčiūnienė R., Smaidžiūnienė D. 2013. Pagyvenusio ir senyvo amžiaus miego problemos: palyginamoji analizė. VISUOMENĖS SVEIKATA, 23 (4), p. 17-21.[žiūrėta 2019 m. spalio 11d.]. Prieiga per internetą: <10.5200/sm-hs.2013.086>.
69. Pukinskienė D. 2011. Slaugos filosofija ir teorija. Mokomoji knyga. Klaipėdos valstybinė kolegija.
70. Purani H., Friedrichsen S., Allen A.M. 2018. Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smoking-related outcomes and exercise. Addictive Bechaviors, 90, p. 71-76. Žiūrėta [2019 m. gegužės 15 d.]. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.023>.
71. Rapolienė L., Eigėlytė A., Gedrimė L., Norkienė S., Sąlyga J. 2017. Gyventojų informatumas apie sveiką gyvenseną. Visuomenės sveikata, 27 (6), p. 80-84.
72. Redline S., Foody J. 2011. Sleep disturbances: Time to join the top 10 potentially modifiable cardiovascular risk factors? Circulation, 124(19), p. 2049–2051.

73. Sabanayagam C., Shankar A. 2010. Sleep duration and cardiovascu- lar disease: results from the National Health Interview Survey. Sleep, 33 (8), p. 1037–1042.
74. Saudargienė S., Podlipskytė A., Varoneckas G.. 2008. Fizinės mankštos poveikis sergančiųjų depresija širdies ir kraujagyslių funkcinei būklei, miego ir gyvenimo kokybei. Sveikatos mokslai, 5(18), p. 1880-1886
75. Sepahvand E., Jalali R., Mirzaei M., Kargar Jahromi M. 2014. Association between short sleep and body mass index, hypertension among acute coronary syndrome patients in coronary care unit. Glob J Health Sci, 7(3), p. 134–139.
76. Servetkienė V. 2013. Gyvenimo kokybės daugiadimensis vertinimas, identifikuojant kritines sritis: daktaro disertacija. Vilnius.
77. Shim U., Lee H., Oh J.Y., Sung Y.A. 2011. Sleep disorder and cardiovascular risk factors among patients with type 2 diabetes mellitus. Korean J Intern Med, 26 (3), p. 277-284.
78. Sivertsen B., Lallukka T., Salo P., Pallesen S., Hysing M., Krokstad S. et al. 2014. Insomnia as a risk factor for ill health: Results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway. J Sleep Res, 23(2), p.124–132 .
79. Sosso F.A.E., Nakamura O., Nakamura M. 2017. Evalution of Combined Effects of Insomnia and Stress on Sleep Quality and Sleep Duration. J Neurol Neurosci, 8 (4), p. 203.
80. Šerpytis P. 2013. Ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakitimu ir jo komplikacijų gydymas. Mokomoji priemonė. Vilnius: Vilniaus universitetas.
81. Šturienė R., Kairys J., Jakubauskaitė A. 2015. Pagyvenusių žmonių miego kokybės įvertinimas. Sveikatos mokslai. 25(5), p. 57-64. [žiūrėta 2019 m. spalio 10 d.]. Prieiga per internetą: < http://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.090>.
82. Tan X., Alen M., Cheng S.M., et al. 2015. Associations of disordered sleep with body fat distribution, physical activity and diet among overweight middle-aged men. Journal of sleep Research, 24 (4), p. 414-424. [žiūrėta 2019 m. gegužės 10 d.]. Prieiga per internetą: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.12283>.
83. Tanaka H., Shirakawa S. 2004. Sleep health, lifestyle and mental health in the Japanese eldery: ensuring sleep to promote a nelathy brain and mind. J Psychosom Res, 56(5), p. 465-477.
84. Uehli K, Mehta AJ, Miedinger D, Hug K, Schindler C, Holsboer-Trachsler E et al. 2014. Sleep problems and work injuries: A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev, 18(1), p. 61–73.
85. Valintėlienė R., Varvuolienė R., Kranauskas A. 2012. Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas, vertinant GPAQ metodu. Visuomenės sveikata. 4(59), p. 67-75. [žiūrėta 2019 m. spalio 10 d.]. Prieiga per internetą:

<http://hi.simplit.lt/uploads/plls/visuomenes%20sveikata/2012.4(59)/VS%202012_4(59)_Valinteliene.plls>.

86. Varoneckas G. 2002. Miego struktūra sergant vainikinių kraujagyslių liga. Neurologijos seminarai, 3(16), p. 64–68.
87. Varoneckas G., Alonderis A., Duonėlienė I., Podlipskytė A., Valytė G., Zakarevičius L. 2007. Miego kokybės ir struktūros pokyčiai sergantiesiems išemine širdies liga. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija, 9(1), p. 7-10.
88. Varoneckas G., Alonderis A., Podlipskytė A. 2012. Miego kokybės sąsajos su psichoemocine būkle ir kardiologine patologija. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija,14(1), p. 13-16.
89. Wang D., Li W., Cui X., et al. 2016. Sleep duration and risk of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Inernational Journal of Cardiology, 219, p. 231-239. [žiūrėta 2019 m. balandžio 30d.]. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527316310336>.
90. WHO Cardiovascular diseases (CVDs). World Health Organization Media centre. 2017. [žiūrėta 2019 m. gegužės 10 d.]. Prieiga per internetą:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/ >.
91. Woodcock J., Franco O. H., Orsini N., Roberts I. 2011. Non-vigorous physical activity and all-cause 72 mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. Int J Epidemiol, 40 (1), p. 121–138.
92. Wu C.Y., Su T.P., Fang C.L., Yeh Chang M. 2012. Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. Journal Of The Chinese Medical Association, 75 (2), p. 75-80. [žiūrėta 2019 m. spalio 5 d.]. Prieiga per internetą:<https://doi.org/10.1016/j.jcma.2011.12.011 >.
93. Zhang L., Samet J., Caffo B., Punjabi N.M. 2006. Cigarette smoking and nocturnal sleep. American Journal of Epidemiology. 164 (6), p. 529–537.
94. Žakevičius M. 2012. Miegas ir poilsio jausmas: ryšys tarp miego fragmentacijos ir subjektyviai vertinamos miego kokybės: daktaro disertacija, Vilnius.

PRIEDAI

Gerb. apklausos Dalyvi (-e),

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos I kurso studentė Odeta Kačinskaitė atlieka tyrimą, kurio tikslas – nustatyti pacientų, sergančių išemine širdies liga, miego kokybės ir gyvensenos sąsajas. 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 Odetą Kačinskaitę (tel. 863021023) arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558).

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

1. Jūsų lytis
- ☐ Vyras
- ☐ Moteris

2. Jūsų amžius
- ☐ 18–29 metai
- ☐ 30–44 metai
- ☐ 45–64 metų
- ☐ 65 metų ir daugiau

3. Gyvenamoji vietovė
- ☐ Kaimas
- ☐ Miestelis
- ☐ Miestas

4. Jūsų šeiminė padėtis
- ☐ Vedęs (ištekėjusi) arba gyvenate nesusituokęs (-usi)
- ☐ Nevedęs (netekėjusi)
- ☐ Išsiskyręs (-usi)
- ☐ Našlys (-ė)

5. Jūsų išsilavinimas
- ☐ Pradinis
- ☐ Pagrindinis
- ☐ Vidurinis
- ☐ Specialusis vidurinis
- ☐ Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)
- ☐ Aukštasis koleginis
- ☐ Aukštasis universitetinis

Jūsų atsakymai turėtų kuo tiksliau apibūdinti <u>daugumos</u> dienų ir naktų situaciją per pastarąjį mėnesį.

6. Kokiu laiku per pastarąjį mėnesį Jūs paprastai vakare eidavote miegoti?
ATSIGULIMO LAIKAS _____

7. Kiek laiko per pastarąjį mėnesį (skaičiuojant minutėmis) Jums paprastai trukdavo užmigti kiekvieną naktį?
MINUČIŲ SKAIČIUS _____

© Autorinės teisės ginamos. Autorinės teisės priklauso: D.J. Buysse; S.R. Berman; D.J. Kupfer; T.H. Monk; C.F. Reynolds

8. Kokiu laiku per pastarąjį mėnesį Jūs paprastai atsikeldavote ryte?
ATSIKĖLIMO LAIKAS _____

9. Kiek valandų per pastarąjį mėnesį Jūs <u>tikrai miegodavote</u> nakties metu? (Tai gali skirtis nuo lovoje pragulėtų valandų skaičiaus.)
MIEGO VALANDŲ SKAIČIUS PER NAKTĮ _____

Prie kiekvieno iš žemiau pateiktų klausimų pažymėkite vieną geriausiai Jums tinkantį atsakymą. Prašome atsakyti į <u>visus</u> klausimus.

10. Ar dažnai per pastarąjį mėnesį Jums buvo sunku miegoti, nes . . .	Nei karto per pastarąjį mėnesį	Rečiau nei kartą per savaitę	Vieną ar du kartus per savaitę	Tris ar daugiau kartų per savaitę
a) Negalėdavote užmigti per 30 minučių	☐	☐	☐	☐
b) Prabusdavote nakties metu ar anksti ryte	☐	☐	☐	☐
c) Turėdavote keltis, nes reikėdavo eiti į tualetą	☐	☐	☐	☐
d) Negalėdavote laisvai kvėpuoti	☐	☐	☐	☐
e) Garsiai kosėdavote ar knarkdavote	☐	☐	☐	☐
f) Jums būdavo per šalta	☐	☐	☐	☐
g) Jums būdavo per karšta	☐	☐	☐	☐
h) Sapnuodavote blogus sapnus	☐	☐	☐	☐
i) Jausdavote skausmą	☐	☐	☐	☐
j) Kita(-os) priežastis(-ys) prašome apibūdinti_____ _____ Ar dažnai per pastarąjį mėnesį Jums buvo sunku dėl to miegoti?	☐	☐	☐	☐
11. Ar dažnai per pastarąjį mėnesį Jūs vartodavote vaistus, padedančius užmigti?	☐	☐	☐	☐
12. Ar dažnai per pastarąjį mėnesį Jūs jautėtės mieguistas(-a) vairuojant, valgant ar užsiimant visuomenine veikla?	☐	☐	☐	☐

13. Ar per pastarąjį mėnesį Jums buvo sunku atrasti savyje pakankamai motyvacijos pabaigti pradėtus darbus?
☐ Visai nesunku
☐ Truputį sunku
☐ Sunku
☐ Labai sunku

14. Kaip Jūs įvertintumėte savo miego kokybę apskritai per pastarąjį mėnesį?
☐ Labai gera
☐ Pakankamai gera
☐ Pakankamai bloga
☐ Labai bloga

© Autorinės teisės ginamos. Autorinės teisės priklauso: D.J. Buysse; S.R. Berman; D.J. Kupfer; T.H. Monk; C.F. Reynolds

Kiekvienai veiklai pažymėkite Jums priimtiną variantą kryželiu „X“. Prašome atsakyti į visus klausimus.

15. Situacija	**Tikimybė užsnūsti**			
	Niekada nesnaudžiu (0)	Nedidelė galimybė užsnūsti (1)	Vidutinė galimybė užsnūsti (2)	Didelė galimybė užsnūsti (3)
Sėdint ir skaitant	☐	☐	☐	☐
Žiūrint televizorių	☐	☐	☐	☐
Ramiai sėdint viešoje vietoje (pvz. teatre ar susirinkime)	☐	☐	☐	☐
Valandą laiko be pertraukos keliaujant automobiliu keleivio vietoje	☐	☐	☐	☐
Atsigulus pailsėti pietų metu, kai leidžia aplinkybės	☐	☐	☐	☐
Sėdint ir kalbantis su kuo nors	☐	☐	☐	☐
Ramiai sėdint, papietavus, negėrus alkoholinių gėrimų	☐	☐	☐	☐
Vairuojant automobilį, stabtelėjus kelioms minutėms spūsties metu	☐	☐	☐	☐

© *Autorinės teisės ginamos. Autorinės teisės priklauso: M.W. Johns*

16. Kaip dažnai valgote daržovių ir vaisių (neskaitant bulvių ir sulčių, pagamintų iš koncentrato)?
Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.

	Vieną ar daugiau kartų per dieną	4–6 kartus per savaitę	1–3 kartus per savaitę	Mažiau nei kartą per savaitę	Niekada
Daržovių	☐	☐	☐	☐	☐
Vaisių	☐	☐	☐	☐	☐

17. Ar Jūs papildomai dedate druskos į paruoštą maistą?
☐ Nededu
☐ Taip, kai mano nuomone trūksta druskos
☐ Taip, beveik visada net neragavęs/-usi

18. Ar vartojote tabako gaminius? *Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje*.

	Ne	Taip		
		Kasdien	Retkarčiais	Bent kartą
Per paskutines 30 dienų	☐	☐	☐	☐
Per paskutinius 12 mėnesių	☐	☐	☐	☐

19. Ar rūkėte elektronines cigaretes? *Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje*.

	Ne	Taip		
		Kasdien	Retkarčiais	Bent kartą
Per paskutines 30 dienų	☐	☐	☐	☐
Per paskutinius 12 mėnesių	☐	☐	☐	☐

© *Autorinės teisės ginamos. Autorinės teisės priklauso: D.J. Buysse; S.R. Berman; D.J. Kupfer; T.H. Monk; C.F. Reynolds*

20. Ar vartojote alkoholinių gėrimų? *Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje***.**

	Ne	Taip				
		Kasdien	2–3 kartus per savaitę	Kartą per savaitę	2–3 kartus per mėnesį	Kelis kartus per metus
Per paskutines 30 dienų	☐	☐	☐	☐	☐	-
Per paskutinius 12 mėnesių	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Ar buvo atvejų, kai buvote stipriai apsvaigęs (-usi) nuo alkoholinio gėrimo, pvz., svirduliavote, nerišliai kalbėjote, vėmėte ar negalėjote prisiminti, kas nutiko? *Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.*

	Taip	Ne
Per paskutines 30 dienų	☐	☐
Per paskutinius 12 mėnesių	☐	☐
Per savo gyvenimą	☐	☐

22. Ar bent kartą vartojote narkotinių ar psichotropinių medžiagų (narkotikų)? *Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.*

	Taip	Ne
Per paskutines 30 dienų	☐	☐
Per paskutinius 12 mėnesių	☐	☐
Per savo gyvenimą	☐	☐

23. Kiek kartų per savaitę mažiausiai 30 min. užsiimate energinga fizine veikla (mankštinatės, sportuojate, bėgiojate, greitai einate, važiuojate dviračiu, energingai dirbate namų ūkio darbus ir pan.) taip, kad pagreitėtų kvėpavimas ir pulsas? (*30 min. trukmė vienos paros metu gali susidėti iš kelių dalių, pvz., 15+15 min*.).

☐ Neužsiimu tokia fizine veikla
☐ 1 dieną
☐ 2 dienas
☐ 3 dienas
☐ 4 dienas
☐ 5 dienas
☐ 6 dienas
☐ 7 dienas

24. Ar per praėjusį mėnesį Jus buvo apėmusi prislėgta nuotaika, nerimas?

☐ Ne, nebuvo
☐ Taip, bet ne labiau nei anksčiau
☐ Taip, ir šiek tiek labiau nei anksčiau
☐ Taip, ir daug labiau nei anksčiau

25. Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę?

☐ Labai gera
☐ Gera
☐ Patenkinama
☐ Bloga
☐ Labai bloga

26. Kaip vertinate dabartinę savo sveikatos būklę?

☐ Labai gera
☐ Gera
☐ Patenkinama
☐ Bloga
☐ Labai bloga

© *Autorinės teisės ginamos. Autorinės teisės priklauso: Higienos institutui*

27. Ar jaučiatės laimingas (-a)?

- Labai laimingas (-a)
- Laimingas (-a)
- Nei laimingas (-a) nei nelaimingas (-a)
- Nelaimingas (-a)
- Labai nelaimingas (-a)

28. Ar per paskutinius 12 mėnesių esate pakeitęs savo gyvenseną dėl sveikatos? ***(Gyvensena - mitybos, fizinio aktyvumo, alkoholio bei tabako vartojimo ir kiti įpročiai).***

- Taip
- Ne *(pereikite prie 30 klausimo)*

29. Jei į 28 klausimą atsakėte TAIP, ar Jūs pradėjote sveikiau gyventi? *Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.*

	Taip	Taip, bandžiau, bet nesėkmingai	Ne
Pradėjau sveikiau maitintis			
Tapau fiziškai aktyvesnis (-ė)			
Mažiau rūkau arba mečiau rūkyti			
Mažiau vartoju alkoholio arba mečiau gerti			

30. Ar Jums lengva... ? *Pažymėkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje.*

	Labai sunku	Sunku	Lengva	Labai lengva	Nežinau
...rasti informacijos, kur gauti profesionalią pagalbą susirgus?					
...pasinaudoti gydytojo suteikta informacija priimant sprendimus, susijusius su Jūsų liga?					
...suprasti įspėjimus apie rūkymo, mažo fizinio aktyvumo, alkoholio vartojimo žalą sveikatai?					
...suprasti, kodėl reikia atlikti profilaktinius sveikatos tyrimus?					
...suprasti žiniasklaidoje pateikiamą informaciją apie tai, kaip tapti sveikesniu?					
...įvertinti, kurie kasdieniai įpročiai turi įtakos Jūsų sveikatai?					

© *Autorinės teisės ginamos. Autorinės teisės priklauso: Higienos institutui*

DĖKOJAME UŽ BENDRADARBIAVIMĄ

Gmail

Request to use the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Gasiorowski, Mary <GasiorowskiMJ@upmc.edu>
Kam: "odeta.kacinskaite@gmail.com" <odeta.kacinskaite@gmail.com>

Sent on behalf of Dr. Buysse

Dear Odeta Kacinskaite,

2019 m. vasario 12 d. 23:12

You have my permission to use the PSQI for your research study. You can find the instrument, scoring instructions, the original article, links to available translations, and other useful information at www.sleep.pitt.edu under the Research/Instruments tab.

The PSQI has been translated into many languages. A list of available translations is on the website indicated above. We would prefer that you use existing translations of the PSQI rather than create another translation if at all possible. This makes it easier to standardize studies and publications, and ensures a consistent approach to translation.

If your requested language is not available, you can request a new translation. However, any new translation of the PSQI must undergo a rigorous linguistic validation procedure. Please contact MAPI Research Trust with any questions regarding translations or copies of existing translations via the following link: https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/pittsburgh-sleep-quality-index.

Please be sure to cite the 1989 paper in any publications that result.

Question 10 is not used in scoring the PSQI. This question is for informational purposes only, and may be omitted during data collection per requirements of the particular study.

This copyright in this form is owned by the University of Pittsburgh and may be reprinted without charge only for non-commercial research and educational purposes. You may not make changes or modifications of this form without prior written permission from the University of Pittsburgh. If you would like to use this instrument for commercial purposes or for commercially sponsored research, please contact the Office of Technology Management at the for licensing information. Good luck with your research.

Sincerely,

Daniel J. Buysse, M.D.
Professor of Psychiatry and Clinical and Translational Science University of Pittsburgh School of Medicine
E-1123 WPIC
3811 O'Hara St.
Pittsburgh, PA 15213
T: (412) 246-6413, F: (412) 246-5300, buyssedj@upmc.edu

Gmail

Odeta Kačinskaitė <odeta.kacinskaite@gmail.com>

RE: ePROVIDE™: Request 175803 ESS

3 laiškai(-ų)

Taitukova, Regina <Regina.Taitukova@mapi-trust.org> 2019 m. vasario 11 d. 15:56
Kam: "odeta.kacinskaite@gmail.com" <odeta.kacinskaite@gmail.com>

Dear Odeta,

Thank you for your message.
Please be advised that the Lithuanian translation of the ESS was not produced by Mapi. It was translated by an academic researchers from Lithuania. If you would like to receive this translation please complete and sign the attached documents. Once they have been signed please email scanned copies to me.

Best regards,
Regina Taitukova
Information Resources Specialist, Mapi Research Trust
27 rue de la Villette, 69003 Lyon FRANCE
Tel: +33 (0) 4 27 44 58 67

2 priedai (-ų)

ESS_WO_September2018_1.1.docx
254K

MULA_template_1.2_05Feb19.DOCX
284K

Taitukova, Regina <Regina.Taitukova@mapi-trust.org> 2019 m. vasario 15 d. 12:40
Kam: Odeta Kačinskaitė <odeta.kacinskaite@gmail.com>
Cc: PROinformation <proinformation@mapi-trust.org>

Dear Odeta,

Please see attached the translation and certification letter.
Also, please be advised that this translation was performed by Oxford Outcomes, linguistic company, and not by academic researchers as I mentioned in my previous email.
Please kindly confirm receipt. Thank you.

Best regards,
Regina Taitukova
Information Resources Specialist, Mapi Research Trust
27 rue de la Villette, 69003 Lyon FRANCE
Tel: +33 (0) 4 27 44 58 67

2 priedai (-ų)

Microsoft Word - Certification letter ESS 15th Nov 2006.pdf
56K

Lithuanian - ESS - FINAL file.pdf
234K

Gmail

Svarbu. Dėl leidimo leisti naudoti SUAUGUSIŲJŲ GYVENSENOS KLAUSIMYNĄ, magistro baigiamajame darbe

eimante.zolubiene@hi.lt <eimante.zolubiene@hi.lt> 2019 m. vasario 21 d. 13:56 Kam: odeta.kacinskaite@gmail.com
Cc: Rolanda Valinteliene <rolanda.valinteliene@hi.lt>, Vincentas Liuima <vincentas.liuima@hi.lt>

Sveiki,

Malonu, kad domitės mūsų atliekamais tyrimais. Gyvensenos tyrimų metodikos aprašymai ir naudojami klausimynai yra viešai prieinami mūsų interneto svetainėje. Parengtų tyrimo instrumentų (ar jų dalių) naudojimas kitų tyrimų vykdymui yra galimas, papildomi leidimai – nėra reikalingi. Tačiau svarbu, jog Jūsų parengtame darbe būtų pateikiamas aiškus citavimas, nurodant, kad naudojate tam tikrų metų Higienos instituto mokyklinio amžiaus vaikų arba suaugusiųjų gyvensenos klausimyną.

Sėkmės,

Dr. Eimantė Zolubienė
Visuomenės sveikatos tyrimų skyriaus vadovė Visuomenės sveikatos technologijų centras
Higienos institutas
Didžioji g. 22, LT-01128, Vilnius
(85) 206 10 56
www.hi.lt

[Cituojamas tekstas pasle˙ptas]

Suaugusiu_gyvensenos_klausimynas..pdf
429K

LENTELĖS

21 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal daržovių bei vaisių vartojimą ir PMKI (abs.sk./proc.)

Pitsburgo miego kokybės indeksas	Vieną ar daugiau kartų per dieną	Nepakankamai	Iš viso	**p reikšmė**
	Abs. sk. (proc.)			
Daržovių vartojimo dažnumas				
PMKI ≤ 5	4 (20)	16 (80)	20 (100)	χ^2=1,375; lls=3; p=0,711
5<PMKI≤10	17 (21)	64 (79)	81 (100)	
10<PMKI≤15	12 (23,5)	39 (76,5)	51 (100)	
15<PMKI≤21	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)	
Iš viso	34 (20,7)	130 (79,3)	164 (100)	
Vaisių vartojimo dažnumas				
PMKI ≤ 5	5 (25)	15 (75)	20 (100)	χ^2=1,513; lls=3; p=0,679
5<PMKI≤10	14 (17,3)	67 (82,7)	81 (100)	
10<PMKI≤15	10 (19,6)	41 (80,4)	51 (100)	
15<PMKI≤21	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)	
Iš viso	30 (18,3)	134 (81,7)	164 (100)	

22 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal alkoholinių gėrimų vartojimą ir PMKI (abs.sk./proc.)

Pitsburgo miego kokybės indeksas	**Alkoholinių gėrimų vartojimas**			**p reikšmė**
	Ne	Taip	Iš viso	
	Abs. sk. (proc.)			
Per paskutines 30 dienų				
PMKI ≤5 (geras miegas)	16 (76,2)	5 (23,8)	21 (100)	χ^2=0,507; lls=1; p=0,477
PMKI> 5 (blogas miegas)	98 (68,5)	45 (31,5)	143 (100)	
Iš viso	114 (69,5)	50 (30,5)	164 (100)	
Per paskutinius 12 mėnesių				
PMKI ≤5 (geras miegas)	9 (42,9)	12 (57,1)	21 (100)	χ^2=3,761; lls=1; p=0,052
PMKI> 5 (blogas miegas)	33 (23,1)	110 (76,9)	143 (100)	
Iš viso	42 (25,6)	122 (74,4)	164 (100)	

23 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal energingos fizinės veiklos dažnumą per savaitę ir PMKI (abs.sk./proc.)

Pitsburgo miego kokybės indeksas	**Energingos fizinės veiklos dažnumas per savaitę**				**p reikšmė**
	Neužsiima tokia fizine veikla	Užsiima 1-4 kartus per savaitę	Užsiima 5-7 kartus per savaitę	Iš viso	
	Abs. sk. (proc.)				
PMKI ≤ 5	3 (15)	8 (40)	9 (45)	20 (100)	χ^2=12,891, lls=6, p=0,045*
5<PMKI≤10	17 (21)	40 (49,4)	24 (29,6)	81 (100)	
10<PMKI≤15	10 (19,6)	32 (62,7)	9 (17,6)	51 (100)	
15<PMKI≤21	6 (50)	5(41,7)	1 (8,3)	12 (100)	
Iš viso	36 (22)	85 (51,8)	43 (26,2)	164 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

24 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvensenos pakeitimą dėl sveikatos per paskutinius 12 mėnesių ir PMKI (abs.sk./proc.)

Pitsburgo miego kokybės indeksas	**Gyvensenos pakeitimas dėl sveikatos per paskutinius 12 mėnesių**			**p reikšmė**
	Ne	Taip	Iš viso	
	Abs. sk. (proc.)			
PMKI ≤5 (geras miegas)	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (100)	χ^2=0,068, lls=1, p=0,794
PMKI> 5 (blogas miegas)	86 (60,1)	57 (39,9)	143 (100)	
Iš viso	98 (59,8)	66 (40,2)	164 (100)	

25 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal PMKI ir gyvensenos įpročių keitimą (abs.sk./proc.)

Pitsburgo miego kokybės indeksas	Gyvensenos įpročių keitimas				p reikšmė
	Ne	Taip	Taip, bandžiau, bet nesėkmingai	Iš viso	
	Abs. sk. (proc.)				
Pradėjau sveikiau maitintis					
PMKI ≤5 (geras miegas)	-	8 (88,9)	1 (11,1)	9 (100)	χ^2=0,802; lls=2; p=0,670
PMKI> 5 (blogas miegas)	3 (5,3)	44 (77,2)	10 (17,5)	57 (100)	
Iš viso	3 (4,5)	52 (78,8)	11 (16,7)	66 (100)	
Tapau fiziškai aktyvesnis (-ė)					
PMKI ≤5 (geras miegas)	2 (22,2)	6 (66,7)	1 (11,1)	9 (100)	χ^2=2,149; lls=2; p=0,342
PMKI> 5 (blogas miegas)	11 (19,3)	26 (45,6)	20 (35,1)	57 (100)	
Iš viso	13 (19,7)	32 (48,5)	21 (31,8)	66 (100)	
Mažiau rūkau arba mečiau rūkyti					
PMKI ≤5 (geras miegas)	4 (44,4)	3 (33,3)	2 (22,2)	9 (100)	χ^2=1,322; lls=2; p=0,516
PMKI> 5 (blogas miegas)	20 (35,1)	13 (22,8)	24 (42,1)	57 (100)	
Iš viso	24 (36,4)	16 (24,2)	26 (39,4)	66 (100)	
Mažiau vartoju alkoholio arba mečiau gerti					
PMKI ≤5 (geras miegas)	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (11,1)	9 (100)	χ^2=0,643; lls=2; p=0,725
PMKI> 5 (blogas miegas)	29 (50,9)	18 (31,6)	10 (17,5)	57 (100)	
Iš viso	33 (50)	22 (33,3)	11 (16,7)	66 (100)	

26 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal PMKI ir sveikatos raštingumą (abs.sk./proc.)

Pitsburgo miego kokybės indeksas	Labai sunku/sunku	Nežinau	Labai lengva/lengva	Iš viso	p reikšmė
	Abs. sk. (proc.)				
Ar Jums lengva rasti informacijos, kur gauti profesionalią pagalbą susirgus?					
PMKI ≤ 5	2 (10)	7 (35)	11 (55)	20 (100)	χ^2=12,406, lls=6, p=0,054
5<PMKI≤10	23 (28,4)	29 (35,8)	29 (35,8)	81 (100)	
10<PMKI≤15	10 (19,6)	17 (33,3)	24 (47,1)	51 (100)	
15<PMKI≤21	7 (58,3)	1 (8,3)	4 (33,3)	12 (100)	
Iš viso	42 (25,6)	54 (32,9)	68 (41,5)	164 (100)	
Ar Jums lengva pasinaudoti gydytojo suteikta informacija priimant sprendimus, susijusius su Jūsų liga?					
PMKI ≤ 5	4 (20)	9 (45)	7 (35)	20 (100)	χ^2=12,624, lls=6, p=0,049*
5<PMKI≤10	31 (38,3)	22 (27,2)	28 (34,6)	81 (100)	
10<PMKI≤15	25 (49)	15 (29,4)	11 (21,6)	51 (100)	
15<PMKI≤21	9 (75)	1 (8,3)	2 (16,7)	12 (100)	
Iš viso	69 (42,1)	47 (28,7)	48 (29,3)	164 (100)	
Ar Jums lengva suprasti įspėjimus apie rūkymo, mažo fizinio aktyvumo, alkoholio vartojimo žalą sveikatai?					
PMKI ≤ 5	1 (5)	7 (35)	12 (60)	20 (100)	χ^2=7,437, lls=6, p=0,282
5<PMKI≤10	19 (23,5)	22 (27,2)	40 (49,4)	81 (100)	
10<PMKI≤15	11 (21,6)	19 (37,3)	21 (41,2)	51 (100)	
15<PMKI≤21	3 (25)	6 (50)	3 (25)	12 (100)	
Iš viso	34 (20,7)	54 (32,9)	76 (46,3)	164 (100)	
Ar Jums lengva suprasti, kodėl reikia atlikti profilaktinius sveikatos tyrimus?					
PMKI ≤ 5	1 (5)	6 (30)	13 (65)	20 (100)	χ^2=9,834, lls=6, p=0,132
5<PMKI≤10	11 (13,6)	32 (39,5)	38 (46,9)	81 (100)	
10<PMKI≤15	10 (19,6)	19 (37,3)	22 (43,1)	51 (100)	
15<PMKI≤21	5 (41,7)	3 (25)	4 (33,3)	12 (100)	
Iš viso	27 (16,5)	60 (36,6)	77 (47)	164 (100)	
Ar Jums lengva suprasti žiniasklaidoje pateikiamą informaciją apie tai, kaip tapti sveikesniu?					
PMKI ≤ 5	7 (35)	6 (30)	7 (35)	20 (100)	χ^2=5,809, lls=6, p=0,445
5<PMKI≤10	36 (44,4)	27 (33,3)	18 (22,2)	81 (100)	
10<PMKI≤15	26 (51)	12 (23,5)	13 (25,5)	51 (100)	
15<PMKI≤21	8 (66,7)	1 (8,3)	3 (25)	12 (100)	
Iš viso	77 (47)	46 (28)	41 (25)	164 (100)	

Lentelės tęsinys kitame lape

Pitsburgo miego kokybės indeksas	Labai sunku/sunku	Nežinau	Labai lengva/lengva	Iš viso	**p reikšmė**
	Abs. sk. (proc.)				
Ar Jums lengva įvertinti, kurie kasdieniai įpročiai turi įtakos Jūsų sveikatai?					
PMKI ≤ 5	2 (10)	8 (40)	10 (50)	20 (100)	χ^2=13,132, lls=6, p=0,041*
5<PMKI≤10	22 (27,2)	33 (40,7)	26 (32,1)	81 (100)	
10<PMKI≤15	9 (17,6)	24 (47,1)	18 (35,3)	51 (100)	
15<PMKI≤21	7 (58,3)	4 (33,3)	1 (8,3)	12 (100)	
Iš viso	40 (24,4)	69 (42,1)	55 (33,5)	164 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

27 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal daržovių ir vaisių vartojimo, miego kokybės ir gyvenimo kokybės vertinimą (abs.sk./proc.)

Vartojimas	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Gyvenimo kokybės vertinimas**				**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga	Iš viso	
		Abs. sk. (proc.)				
Daržovių vartojimas						
Vieną ar daugiau kartų per dieną	Labai gera / pakankamai gera	9 (81,8)	9 (60)	2 (25)	20 (58,8)	χ^2=6,188; lls=2; p=0,045*
	Labai bloga / pakankamai bloga	2 (18,2)	6 (40)	6 (75)	14 (41,2)	
	Iš viso	11 (100)	15 (100)	8 (100)	34 (100)	
Nepakankamai	Labai gera / pakankamai gerai	21 (80,8)	30 (47,6)	7 (17,1)	58 (44,6)	χ^2=26,470; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	5 (19,2)	33 (52,4)	34 (82,9)	72 (55,4)	
	Iš viso	26 (100)	63 (100)	41 (100)	130 (100)	
Vaisių vartojimas						
Vieną ar daugiau kartų per dieną	Labai gera / pakankamai gera	8 (80)	8 (57,1)	2 (33,3)	18 (60)	χ^2=3,492; lls=2; p=0,174
	Labai bloga / pakankamai bloga	2 (20)	6 (42,9)	4 (66,7)	12 (40)	
	Iš viso	10 (100)	14 (100)	6 (100)	30 (100)	
Nepakankamai	Labai gera / pakankamai gerai	22 (81,5)	31 (48,4)	7 (16,3)	60 (44,8)	χ^2=29,180; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	5 (18,5)	33 (51,6)	36 (83,7)	74 (55,2)	
	Iš viso	27 (100)	64 (100)	43 (100)	134 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

28 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal papildomo druskos vartojimo, miego kokybės ir gyvenimo kokybės vertinimą (abs.sk./proc.)

Papildomas druskos vartojimas	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Gyvenimo kokybės vertinimas**			Iš viso	**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga		
		Abs. sk. (proc.)				
Ne	Labai gera / pakankamai gera	19 (82,6)	13 48,1)	3 (21,4)	35 (54,7)	χ^2=13,951; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai bloga	4 (17,4)	14 (51,9)	11 (78,6)	29 (45,3)	
	Iš viso	23 (100)	27 (100)	14 (100)	64 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	11 (78,6)	26 (51)	6 (17,1)	43 (43)	χ^2=18,100; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	3 (21,4)	25 (49)	29 (82,9)	57(57)	
	Iš viso	14 (100)	51 (100)	35 (100)	100 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

29 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal tabako gaminių vartojimo, miego kokybės ir gyvenimo kokybės vertinimą (abs.sk./proc.)

Tabako gaminių vartojimas	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Gyvenimo kokybės vertinimas**				**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga	Iš viso	
		Abs. sk. (proc.)				
Tabako gaminių vartojimas per paskutines 30 dienų						
Ne	Labai gera / pakankamai gera	20 (83,3)	19 (51,4)	1 (6,7)	40 (52,6)	χ^2=28,810; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai bloga	4 (16,7)	18 (48,6)	14 (93,3)	36 (47,4)	
	Iš viso	24 (100)	37 (100)	15 (100)	76 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	10 (76,9)	20 (48,8)	8 (23,5)	38 (43,2)	χ^2=1,908; lls=2; p=0,003*
	Labai bloga / pakankamai blogai	3 (23,1)	21 (51,2)	26 (76,5)	50 (56,8)	
	Iš viso	13 (100)	41 (100)	34 (100)	88 (100)	
Tabako gaminių vartojimas per paskutinius 12 mėnesių						
Ne	Labai gera / pakankamai gera	17 (94,4)	16 (48,5)	1 (9,1)	34 (54,8)	χ^2=21,234; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai bloga	1 (5,6)	17 (51,5)	10 (90,9)	28 (45,2)	
	Iš viso	18 (100)	3 (100)	11 (100)	62 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	13 (68,4)	23 (51,1)	8 (21.,1)	44 (56,9)	χ^2=13,674; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	6 (31,6)	22 (48,9)	30 (78,9)	58 (56,9)	
	Iš viso	19 (100)	45 (100)	38 (100)	102 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

30 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal alkoholinių gaminių vartojimo, miego kokybės ir gyvenimo kokybės vertinimą (abs.sk./proc.)

Alkoholinių gaminių vartojimas	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Gyvenimo kokybės vertinimas**				**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga	Iš viso	
		Abs. sk. (proc.)				
Alkoholinių gaminių vartojimas per paskutines 30 dienų						
Ne	Labai gera / pakankamai gera	21 (77,8)	28 (49,1)	6 (20)	55 (48,2)	χ^2=19,034; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai bloga	6 (22,2)	29 (50,9)	24 (80)	59 (51,8)	
	Iš viso	27 (100)	57 (100)	30 (100)	114 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	9 (90)	11 (52,4)	3 (15,8)	23 (46)	χ^2=15,119; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	1 (10)	10 (47,6)	16 (84,2)	27 (54)	
	Iš viso	10 (100)	21 (100)	19 (100)	50 (100)	
Alkoholinių gaminių vartojimas per paskutinius 12 mėnesių						
Ne	Labai gera / pakankamai gera	12 (100)	11 (44)	0 (0)	23 (54,8)	χ^2=17,134; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai bloga	0 (0)	14 (56)	5 (100)	19 (45,2)	
	Iš viso	12 (100)	25 (100)	5 (100)	42 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	18 (72)	28 (52,8)	9 (20,5)	55 (45,1)	χ^2=19,381; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	7 (28)	25 (47,2)	35 (79,5)	67 (54,9)	
	Iš viso	25 (100)	53 (100)	44 (100)	122 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

31 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal fizinio aktyvumo, miego kokybės ir gyvenimo kokybės vertinimą (abs.sk./proc.)

Energinga fizinė veikla per savaitę	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Gyvenimo kokybės vertinimas**			Iš viso	**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga		
		Abs. sk. (proc.)				
Neužsiima	Labai gera / pakankamai gera	1 (50)	10 (55,6)	2 (12,5)	13 (36,1)	χ^2=6,983; lls=2; p=0,030*
	Labai bloga / pakankamai bloga	1 (50)	8 (44,4)	14 (87,5)	23 (63,9)	
	Iš viso	2 (100)	18 (100)	16 (100)	36 (100)	
Užsiima 1-4 kartus per savaitę	Labai gera / pakankamai gerai	14 (77,8)	19 (45,2)	4 (16)	37 (43,5)	χ^2=16,347; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	4 (22,2)	23 (54,8)	21 (84)	48 (56,5)	
	Iš viso	18 (100)	42 (100)	25 (100)	85 (100)	
Užsiima 5-7 kartus per savaitę	Labai gera / pakankamai gerai	15 (88,2)	10 (55,6)	3 (37,5)	28 (65,1)	χ^2=7,410; lls=2; p=0,025*
	Labai bloga / pakankamai blogai	2 (11,8)	8 (44,4)	5 (62,5)	15 (34,9)	
	Iš viso	17 (100)	18 (100)	8 (100)	43 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

32 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal emocinės savijautos, miego kokybės ir gyvenimo kokybės vertinimą (abs.sk./proc.)

Emocinė savijauta: prislėgta nuotaika, nerimas	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Gyvenimo kokybės vertinimas**			Iš viso	**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga		
		Abs. sk. (proc.)				
Ne	Labai gera / pakankamai gera	17 (85)	11 (78,6)	1 (33,3)	29 (78,4)	χ^2=4,110; lls=2; p=0,128
	Labai bloga / pakankamai bloga	3 (15)	3 (21,4)	2 (66,7)	8 (21,6)	
	Iš viso	20 (100)	14 (100)	3 (100)	37 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	13 (76,5)	28 (43,8)	8 (17,4)	49 (38,6)	χ^2=19,737; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	4 (23,5)	36 (56,3)	38 (82,6)	78 (61,4)	
	Iš viso	17 (100)	64 (100)	46 (100)	127 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

33 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal laimės pojūčio, miego kokybės ir gyvenimo kokybės vertinimą (abs.sk./proc.)

Laimės pojūtis	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Gyvenimo kokybės vertinimas**			Iš viso	**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga		
		Abs. sk. (proc.)				
Labai laimingas / laimingas	Labai gera / pakankamai gera	24 (96)	8 (72,7)	-	32 (88,9)	χ^2=4,189; lls=1; p=0,041*
	Labai bloga / pakankamai bloga	1 (4)	3 (27,3)	-	4 (11,1)	
	Iš viso	25 (100)	11 (100)	-	36 (100)	
Nei laimingas nei nelaimingas	Labai gera / pakankamai gerai	5 (50)	27 (49,1)	7 (43,8)	39 (48,1)	χ^2=0,157; lls=2; p=0,924
	Labai bloga / pakankamai blogai	5 (50)	28 (50,9)	9 (56,3)	42 (51,9)	
	Iš viso	10 (100)	55 (100)	16 (100)	81 (100)	
Labai nelaimingas / nelaimingas	Labai gera / pakankamai gerai	1 (50)	4 (33,3)	2 (6,1)	7 (14,9)	χ^2=7,195; lls=2; p=0,027*
	Labai bloga / pakankamai blogai	1 (50)	8 (66,7)	31 (93,9)	**40 (85,1)**	
	Iš viso	2 (100)	12 (100)	33 (100)	**47 (100)**	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

34 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal daržovių ir vaisių vartojimo, miego kokybės ir sveikatos būklės vertinimą (abs.sk./proc.)

Vartojimas	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Sveikatos būklės vertinimas**				**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga	Iš viso	
		Abs. sk. (proc.)				
Daržovių vartojimas						
Vieną ar daugiau kartų per dieną	Labai gera / pakankamai gera	9 (100)	9 (50)	2 (28,6)	20 (58,8)	χ^2=9,523; lls=2; p=0,009*
	Labai bloga / pakankamai bloga	(0)	9 (50)	5 (71,4)	14 (41,2)	
	Iš viso	9 (100)	18 (100)	7 (100)	34 (100)	
Nepakankamai	Labai gera / pakankamai gerai	17 (85)	32 (50)	9 (19,6)	58 (44,6)	χ^2=25,633; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	3 (15)	32 (50)	37 (80,4)	72 (55,4)	
	Iš viso	20 (100)	64 (100)	46 (100)	130 (100)	
Vaisių vartojimas						
Vieną ar daugiau kartų per dieną	Labai gera / pakankamai gera	9 (100)	7 (50)	2 (28,6)	18 (60)	χ^2=9,464; lls=2; p=0,009*
	Labai bloga / pakankamai bloga	0 (0)	7 (50)	5 (71,4)	12 (40)	
	Iš viso	9 (100)	14 (100)	7 (100)	30 (100)	
Nepakankamai	Labai gera / pakankamai gerai	17 (85)	34 (50)	9 (19,6)	60 (44,8)	χ^2=25,661; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	3 (15)	34 (50)	37 (80,4)	74 (55,2)	
	Iš viso	20 (100)	68 (100)	46 (100)	134 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

35 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal papildomos druskos vartojimo, miego kokybės ir sveiktos būklės vertinimą (abs.sk./proc.)

Papildomas druskos vartojimas	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Sveikatos būklės vertinimas**			Iš viso	**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga		
		Abs. sk. (proc.)				
Ne	Labai gera / pakankamai gera	15 (93,8)	14 (43,8)	6 (37,5)	35 (54,7)	χ^2=13,951; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai bloga	1 (6,3)	18 (56,3)	10 (62,5)	29 (45,3)	
	Iš viso	16 (100)	32 (100)	16 (100)	64 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	11 (84,6)	27 (54)	5 (13,5)	43 (43)	χ^2=13,304; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	2 (15,4)	23 (46)	32 (86,5)	57 (57)	
	Iš viso	13 (100)	50 (100)	37 (100)	100 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

36 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal tabako gaminių vartojimo, miego kokybės ir sveikatos būklės vertinimą (abs.sk./proc.)

Tabako gaminių vartojimas	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Gyvenimo kokybės vertinimas**				**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga	Iš viso	
		Abs. sk. (proc.)				
Tabako gaminių vartojimas per paskutines 30 dienų						
Ne	Labai gera / pakankamai gera	18 (85,7)	19 (50)	3 (17,6)	40 (52,6)	χ^2=7,670; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai bloga	3 (14,3)	19 (50)	4 (82,4)	3 (47,4)	
	Iš viso	21 (100)	38 (100	17 (100)	76 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	8 (100)	22 (50)	8 (22,2)	38 (43,2)	χ^2=17,806; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	0 (0)	22 (50)	28 (77,8)	50 (56,8)	
	Iš viso	8 (100)	44 (100)	36 (100)	88 (100)	

Lentelės tęsinys kitame lape

Tabako gaminių vartojimas per paskutinius 12 mėnesių						
Ne	Labai gera / pakankamai gera	15 (83,3)	18 (56,3)	1 (8,3)	34 (54,8)	χ^2=16,406; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai bloga	3 (16,7)	14 (43,8)	11 (91,7)	28 (45,2)	
	Iš viso	18 (100)	32 (100)	12 (100)	62 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	11 (100)	23 (46)	10 (24,4)	44 (43,1)	χ^2=20,542; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	0 (0)	27 (54)	21 (75,6)	58 (56,9)	
	Iš viso	11 (100)	50 (100)	41 (100)	102 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

37 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal alkoholinių gaminių vartojimo, miego kokybės ir sveikatos būklės vertinimą (abs.sk./proc.)

Alkoholinių gaminių vartojimas	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Gyvenimo kokybės vertinimas**				**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga	Iš viso	
		Abs. sk. (proc.)				
Alkoholinių gaminių vartojimas per paskutines 30 dienų						
Ne	Labai gera / pakankamai gera	19 (90,5)	30 (48,4)	6 (19,4)	55 (48,2)	χ^2=25,362; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai bloga	2 (9,5)	32 (51,6)	25 (80,6)	59 (51,8)	
	Iš viso	21 (100)	62 (100)	31 (100)	114 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	7 (87,5)	11 (55)	5 (22,7)	23 (46)	χ^2=10,96; lls=2; p=0,004*
	Labai bloga / pakankamai blogai	1 (12,5)	9 (45)	17 (77,3)	27 (54)	
	Iš viso	8 (100)	20 (100)	22 (100)	50 (100)	
Alkoholinių gaminių vartojimas per paskutinius 12 mėnesių						
Ne	Labai gera / pakankamai gera	10 (90,9)	13 (54,2)	0 (0)	23 (54,8)	χ^2=14,279; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai bloga	1 (9,1)	11 (45,9)	7 (100)	19 (45,2)	
	Iš viso	11 (100)	24 (100)	7 (100)	42 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	16 (88,9)	28 (100)	11 (23,9)	5 (45,1	χ^2=22,517; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	2 (11,1)	30 (51,7)	35 (76,1)	67 (54,9)	
	Iš viso	18 (100)	58 (100)	46 (100)	122 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

38 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal fizinio aktyvumo per savaitę, miego kokybės ir sveikatos būklės vertinimą (abs.sk./proc.)

Energinga fizinė veikla per savaitę	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Sveikatos būklės vertinimas**			**Iš viso**	**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga		
		Abs. sk. (proc.)				
Neužsiima	Labai gera / pakankamai gerai	2 (66,7)	5 (38,5)	6 (30)	13 (36,1)	χ^2=1,569; lls=2; p=0,456
	Labai bloga / pakankamai blogai	1 (33,3)	8 (61,5)	14 (70)	23 (63,9)	
	Iš viso	3 (100)	13 (100)	20 (100)	36 (100)	
Užsiima 1-4 kartus per savaitę	Labai gera / pakankamai gerai	13 (86,7)	24 (51,1)	0 (0)	37 (43,5)	χ^2=30,170; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	2 (13,3)	23 (48,9)	23 (100)	48 (56,5)	
	Iš viso	15 (100)	47 (100)	23 (100)	85 (100)	
Užsiima 5-7 kartus per savaitę	Labai gera / pakankamai gerai	11 (100)	12 (54,5)	5 (50)	28 (65,1)	χ^2=7,981; lls=2; p=0,018*
	Labai bloga / pakankamai blogai	0 (0)	10 (45,5)	5 (50)	15 (34,9)	
	Iš viso	11 (100)	22 (100)	10 (100)	43 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

39 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal emocinės savijautos, miego kokybės ir sveikatos būklės vertinimą (abs.sk./proc.)

Emocinė savijauta: prislėgta nuotaika, nerimas	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Sveikatos būklės vertinimas**			**Iš viso**	**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga		
		Abs. sk. (proc.)				
Ne	Labai gera / pakankamai gerai	16 (100)	9 (64,3)	4 (57,1)	29 (78,4)	χ^2=7, 917; lls=2; p=0,019*
	Labai bloga / pakankamai blogai	0 (0)	5 (35,7)	3 (42,9)	8 (21,6)	
	Iš viso	16 (100)	14 (100)	7 (100)	37 (100)	
Taip	Labai gera / pakankamai gerai	10 (76,9)	32 (47,1)	7 (15,2)	49 (38,6)	χ^2=20,724; lls=2; p<0,001*
	Labai bloga / pakankamai blogai	3 (23,1)	36 (52,9)	39 (84,8)	78 (61,4)	
	Iš viso	13 (100)	68 (100)	46 (100)	127 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

40 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal laimės pojūčio, miego kokybės ir sveikatos būklės vertinimą vertinimą (abs.sk./paroc.)

Laimės pojūtis	**Miego kokybės vertinimas per pastarąjį mėnesį**	**Sveikatos būklės vertinimas**			**Iš viso**	**p reikšmė**
		Labai gera / gera	Patenkinama	Labai bloga / bloga		
		Abs. sk. (proc.)				
Labai laimingas / laimingas	Labai gera / pakankamai gerai	23 (95,8)	9 (75)	-	32 (88,9)	χ^2=3,516; lls=1; p=0,061
	Labai bloga / pakankamai blogai	1 (4,2)	3 (25)	-	4 (11,1)	
	Iš viso	24 (100)	12 (100)	-	36 (100)	
Nei laimingas nei nelaimingas	Labai gera / pakankamai gerai	3 (60)	28 (48,3)	8 (44,4)	39 (48,1)	χ^2=0,381; lls=2; p=0,827
	Labai bloga / pakankamai blogai	2 (40)	30 (51,7)	10 (55,6)	42 (51,9)	
	Iš viso	5 (100)	58 (100)	18 (100)	81 (100)	
Labai nelaimingas / nelaimingas	Labai gera / pakankamai gerai	-	4 (33,3)	3 (8,6)	7 (14,9)	χ^2=4,323; lls=1; p=0,038*
	Labai bloga / pakankamai blogai	-	8 (66,7)	32 (91,4)	10 (85,1)	
	Iš viso	-	12 (100)	35 (100)	47 (100)	

* – statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)