

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO
SLAUGOS KATEDRA**

**PACIENTŲ, PATYRUSIŲ MIOKARDO INFARKTĄ,
GYVENIMO KOKYBĖS IR SAVIRŪPOS SAŠAJOS**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL19, stud. Toma Dargienė

Vadovas

Prof. Dr, Mindia Kasradze

Klaipėda, 2021

MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

Toma Dargienė

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

Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajos

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

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

Toma Dargienė

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus ir parašas)

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

Toma Dargienė

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

Prof. dr. Mindia Kasradze

.....
(data)

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

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje (centre)

(data)

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

Magistro baigiamąjį darbą ginti

(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

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

Recenzentu (-ais) skiriu

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

.....
(data)

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

SANTRAUKA

Dargienė T. Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajos. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. dr. Mindia Kasradze, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2021. – 66 p.

Širdies ligos, tarp jų ir rimtas pasekmes sąlygojantis miokardo infarktas, yra viena didžiausių visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros problemų. Miokardo infarktas sąlygoja didelį mirtingumą bei sergamumą, taip pat pasikartojančios hospitalizacijos rodiklius. Gyvenimo būdo keitimas bei rizikos veiksnių kontrolė yra labai svarbūs, siekiant geriausių gydymo rezultatų. Patyrus miokardo infarktą, dauguma ligonių patiria baimę ir nerimą, kurie didina komplikacijų atsiradimą ir mirties riziką. Tai gali tapti priežastimi, kuri turės įtakos gyvenimo kokybės pablogėjimui. Pacientų, po miokardo infarkto, gyvenimo kokybė retai išlieka tokia pat, kaip prieš ligą, ji tampa žemesnė, lyginant su bendrąja populiacijos gyvenimo kokybe.

Tyrimo tikslas - Išanalizuoti pacientų po miokardo infarkto, gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajas.

Tyrimo metodika. Tyrimo “Pacientų po miokardo infarkto gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajos” atlikimui buvo suformuluotas tikslas, kuriuo siekiama atskleisti pacientų po miokardo infarkto, gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajas. Tikslui įgyvendinti taikytas kiekybinis tyrimo metodas. Instrumentas sudarytas iš dviejų standartizuotų klausimynų: SF-36 ir slaugos poreikių vertinimo lentelės. Imtį sudarė 124 respondentai, kurie patyrė miokardo infarktą. Tyrimas vykdytas 2020 metų rugsėjo – lapkričio mėnesiais vienoje sveikatos priežiūros įstaigoje. Tyrimo duomenų statistiniai analizai atlikti buvo naudojama SPSS (angl. *Statistical Package for Social Science*) ir *MS Excel 2010*. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Atliktas tyrimas parodė, jog pacientų, patyrusių miokardo infarktą, gyvenimo kokybė yra tik vidutiniška. Šiame darbe atliktas tyrimas parodė, jog pacientams, patyrusiems miokardo infarktą, reikšmingos įtakos gyvenimo kokybei turi amžius, sirgimo laikas, komplikacijos, lėtinės ligos bei mitybos sutrikimai. Gyvenimo kokybė geresnė tų pacientų, kurie savimi pasirūpina patys, gerai girdi, žino apie savo ligą, geba mąstyti, nejaučia nerimo ar baimės, tuo tarpu stresas pablogina gyvenimo kokybę. Reikšmingai dažniau pacientus, patyrusius komplikacijas, vargina dusulys, skrepliavimas, krūtinės skausmai, burnos džiuvimas, padidėjusi kūno temperatūra, miego sutrikimai.

Išvada. Savirūpos dalinis praradimas reikšmingai blogina gyvenimo kokybę, pacientams, kurie patyrė miokardo infarktą.

Raktiniai žodžiai: Miokardo infarktas, gyvenimo kokybė, savirūpa, rizikos veiksniai.

SUMMARY

Dargienė T. Connection between quality of life and self-care in patients with myocardial infarction. Master's thesis in the field of nursing. Supervisor prof. dr. Mindia Kasradze, Klaipėda University: Klaipėda, 2021. – 66 p.

Heart diseases, including myocardial infarction causing serious consequences, are one of the biggest public and personal health problems. Myocardial infarction causes high mortality and morbidity as well as recurring hospitalization rates. Lifestyle change and risk factor control – very important in seeking the best treatment results. Having suffered a myocardial infarction, most patients experience fear and anxiety which in turn increase the risk of complications and death. It can become the reason that will contribute to a worsening in the quality of life. The quality of life of patients having suffered myocardial infarction rarely stays the same as it was before the disease, it becomes lower in comparison to the overall quality of life of the population.

Aim of the research – to analyze the links between the quality of life and self-care of patients after myocardial infarction.

Research methodology. In order to conduct the research “Links between the quality of life and self-care of patients having suffered myocardial infarction” an objective was set to disclose links between the quality of life and self-care of patients after myocardial infarction. In order to achieve the goal, quantitative research method was used. The method consists of two standardized questionnaires: SF-36 and nursing needs assessment tables. Sample consisted of 124 respondents having suffered myocardial infarction. The research was conducted in September-November 2020 in one health care institution. Statistical Package for Social Science and MS Excel 2010 were used to perform statistical analysis of research data. The research was conducted in accordance with ethical principles.

Research results. The research revealed that the quality of life of patients after myocardial infarction is only average. The research carried out in this thesis revealed that age, time of onset, complications, chronic diseases, and eating disorders have significant impact on quality of life of patients after myocardial infarction. The quality of life is better for those patients who are able to take care of themselves, have good hearing, know about their illness, are able to think, do not feel anxious or afraid, while stress worsens the quality of life. Shortness of breath, sputum, chest pain, dry mouth, fever and sleep disturbances bother patients having experienced complications significantly more often.

Conclusion. The partial loss of self-care significantly impairs quality of life of patients having suffered myocardial infarction.

Key words: myocardial infarction, quality of life, self-care, risk factors.

SANTRUMPOS

MI – Miokardo infarktas

ŪMI – Ūminis miokardo infarktas

MTL – Mažo tankio lipoproteinai

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

AH – Arterinė hipertenzija

IŠL – Išeminė širdies liga

EKG – Europos kardiologų draugija

ŠKL – Širdies kraujagyslių ligos

EKG – Elektrokardiografija

ŪKS – Ūminis Koronarinis sindromas

STEMI - Miokardo infarktas su ST segmento pakilimu

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1	Ūminio miokardo infarkto klasifikacija pagal Killipą (1967)	17
2	Pacientų charakteristika	28
3	Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė	31
4	Klausimynų skalių vidinis patikimumas	33
5	Pacientų, turinčių miego sutrikimų, gyvenimo kokybės skalių rezultatai	36
6	Gyvenimo kokybės ryšys su amžiumi ir sirgimo laiku	37
7	Gyvenimo kokybės įverčių palyginimas pagal komplikacijas	38
8	Gyvenimo kokybės įverčių palyginimas pagal intervencines procedūras	1 priedas
9	Gyvenimo kokybės įverčių palyginimas pagal lėtines ligas	39
10	Gyvenimo kokybės įverčių palyginimas pagal mitybos sutrikimus	40
11	Saugios aplinkos palaikymo gyvybinės veiklos vertinimas	41
12	Bendravimo gyvybinės veiklos vertinimas	42
13	Kvėpavimo gyvybinės veiklos vertinimas	42
14	Valgymo ir gėrimo gyvybinės veiklos vertinimas	43
15	Šlapinimosi ir tuštinimosi gyvybinės veiklos vertinimas	44
16	Asmens švarinimosi ir rengimosi gyvybinės veiklos vertinimas	45
17	Kūno temperatūros reguliavimo gyvybinės veiklos vertinimas	46
18	Judėjimo ir transportavimo gyvybinės veiklos vertinimas	46
19	Laisvalaikio ir lyties raiškos gyvybinės veiklos vertinimas	47
20	Miego gyvybinės veiklos vertinimas	48
21	Paliatyvios pagalbos gyvybinės veiklos vertinimas	48
22	Gyvenimo kokybės ir saugios aplinkos gyvybinės veiklos sąsajos	49
23	Gyvenimo kokybės ir bendravimo, kvėpavimo gyvybinių veiklų sąsajos	2 priedas
24	Gyvenimo kokybės ir gyvybinių veiklų sąsajos	51
25	Gyvenimo kokybės ir asmens higienos, temperatūros gyvybinių veiklų sąsajos	3 priedas
26	Gyvenimo kokybės ir judėjimo, laisvalaikio, miego gyvybinių veiklų sąsajos	4 priedas

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1.	Autonominės širdies ir kraujagyslių sistemos reguliacijos pokyčiai miokardo išemijos metu	15
2.	Didelio jautrumo dj-šTnT troponino padidėjimo diferencinė diagnostika	17
3.	Pacientų pasiskirstymas pagal taikytas intervencines procedūras miokardo infarkto procese, procentais	29
4.	Pacientų pasiskirstymas pagal fizinę veiklą, procentais	29
5.	Pacientų pasiskirstymas pagal rizikos veiksnius, procentais	30
6.	Pacientų pasiskirstymas pagal žinias apie rizikos veiksnius, procentais	30

TURINYS

ĮVADAS	9
I. LITERATŪROS APŽVALGA	12
1.1. Miokardo infarktas ir jo atsiradimo priežastys	12
1.1.1. Rizikos veiksniai galintys įtakoti miokardo infarktą	17
1.1.2. Rizikos veiksnių kontrolė persirgus miokardo infarktu	18
1.2. Gyvenimo kokybė ir savirūpa	20
1.2.1. Gyvenimo kokybė persirgus miokardo infarktu	20
1.2.2. Pacientų žinios apie savirūpą	20
1.2.3. Reabilitacija ir fizinis aktyvumas po miokardo infarkto	21
1.2.4. Psichoemocinė būklė miokardo infarkto metu	23
1.2.5. Pacientų slauga patyrus miokardo infarktą	24
II. EMPIRINĖ DALIS	26
2.1. Tyrimo metodika	26
2.1.1. Tyrimo imties charakteristika	27
2.1.2. Tyrimo metodai	30
2.1.3. Tyrimo instrumentas	32
2.1.4. Tyrimo procesas ir eiga	33
2.1.5. Tyrimo etika	34
2.2. Tyrimo rezultatai	36
2.2.2. Pacientų, persirgusių miokardo infarktu, gyvenimo kokybės vertinimas	36
2.2.3. Pacientų, persirgusių miokardo infarktu, gyvenimo kokybės vertinimas slaugytojų požiūriu	40
2.2.4. Pacientų, persirgusių miokardo infarktu, gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajos	49
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	53
IŠVADOS	56
REKOMENDACIJOS	57
LITERATŪRA	58
PRIEDAI	66

IVADAS

Temos aktualumas. Širdies ligos, tarp jų ir rimtas pasekmes sąlygojantis miokardo infarktas, yra viena didžiausių visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros problemų Europoje ir Lietuvoje. Miokardo infarktas sąlygoja didelį mirtingumą bei mirštamumą, taip pat pasikartojančios hospitalizacijos rodiklius (Jencks et al. 2019, p. 1418). Remiantis naujausiais Higienos instituto duomenimis, mirusiųjų skaičius dėl kraujotakos sistemos ligų Lietuvoje užima pirmąją vietą lentelėje. 2018 metų Higienos instituto Sveikatos informacijos centro pateiktoje ataskaitoje mirusiųjų skaičius 100 tūk. gyventojų dėl kraujotakos sistemų ligų siekia 782,5 (OSP, 2019). Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Europos sveikatos politikos dokumento „Sveikata visiems XXI amžiuje“ 8-asis tikslas skelbia – iki 2020 m. visame regione iki mažiausio lygio turi būti sumažintas sergamumas, negalia ir priešlaikinės mirtys, dėl pagrindinių lėtinių ligų, o konkrečiai – mažiausiai 40 proc. turi būti sumažintas jaunesnių negu 65 metų amžiaus žmonių mirtingumas dėl širdies ir kraujagyslių ligų (Vaičiulis, 2015).

Ūmaus miokardo infarkto gydymo programa pažengė į priekį, todėl mirštamumas po miokardo infarkto žymiai sumažėjo nuo praėjusio amžiaus dešimtojo dešimtmečio, o pacientų, pasveikusių nuo miokardo infarkto, skaičius padidėjo. Nepaisant to, žmonių, kurie pasveiksta po ūmaus miokardo infarkto sergamumas ir mirštamumas yra 1,5–15 kartų didesnis nei visų kitų gyventojų, atsižvelgiant į lytį ir klinikinę išvaizdą. Be to, širdies nepakankamumą patiria apie 16% vyrų ir 22% moterų. Šie asmenys turi didesnę vėlesnio miokardo infarkto, staigios mirties, krūtinės anginos, širdies nepakankamumo ir insulto riziką. (Huriani 2019, p. 295). Taigi, miokardo infarktas (MI) išlieka viena svarbiausių ligų, nepaisant ilgalaikio gydymo pagerėjimo ir mažėjančio mirštamumo nuo išeminės širdies ligos (IŠL).

Europos kardiologų draugija (EKD) labai svarbų dėmesį skiria ne vien ligos stebėjimui ir gydymui ūminiu laikotarpiu, bet ir tolimesnei pacientų priežiūrai po įvykusio miokardo infarkto. Gyvenimo būdo keitimas bei rizikos veiksnių kontrolė yra labai svarbūs, siekiant geriausių gydymo rezultatų (Bardauskienė, 2018). Pasak Ali et al. (2019) pagrindinės širdies ir kraujagyslių ligos bei ypač koronarinės širdies ligos, diabetikų sergamumo ir mirštamumo priežastis siekianti net 75% mirtingumo. Iš tikrųjų, diabetas padidina bendrą koronarinės širdies ligos, širdies ir kraujagyslių mirties riziką. Koronarinis diabetas yra dažnesnis, anksčiau ir rimtesnis nei bendroje populiacijoje. Epidemiologiniai duomenys rodo, kad diabetas padidina koronarinės širdies ligos riziką vyrams nuo 2 iki 3 kartų ir moterims nuo 3 iki 5 kartų.

Mityba – labiausiai mirtingumą nuo ŠKL lemiantis veiksnys. Prasta mitybos būklė, aterosklerozė reikšmingai siejasi su uždegimu ir lemia prastus lėtiniu širdies nepakankamumu sergančių pacientų rezultatus bei yra plačiai paplitusi tarp kardiologinių pacientų (Spiriajevienė ir kt., 2019, p. 38). Atliekant fizinius pratimus pagreitėja kraujo srovė į širdį, padidėja miokardo kontrakcinė jėga, padidėja kraujo išstūmimo jėga, sumažėja kūno svoris, organizmas normos ribose palaiko AKS, normalizuojasi glikemijos ir lipidogramos kraujo rodikliai, sumažėja jaučiamas stresas ir skausmas, padidėja gyvybingumas (Yang et al. 2017). Stresas, depresija ir nerimas – galimi ŠKL rizikos veiksniai. Kalbant apie biologinius mechanizmus, yra vis daugiau įrodymų, susiejančių depresiją su uždegiminiais procesais bei padidinta miokardo išemijos rizika (Grabauskytė, 2019, p. 24). Širdies rehabilitacija yra svarbus atsigavimo ir antrinės prevencijos komponentas po MI (Hoo et al., 2016, p. 231). Rizikos veiksnių valdymas, didžiausi miokardo infarkto poreikiai, pacientams, atliekantiems rehabilitacijos programą (Herliani et., al 2019). Norint, kad pacientai tinkamai pasirūpintų savimi, pirmiausiai reikėtų pacientus tinkamai išmokyti savirūpos ir pabrėžti į ką labiausiai atkreipti dėmesį. Pacientams reikėtų išmokti naujų gyvenimo įpročių, kurie galėtų padėti laikytis tinkamo gyvenimo režimo. Labai svarbu, kad pacientas gebėtų atpažinti simptomus, kurie apibūdina pablogėjančią sveikatos būklę, bei sugebėtų šiuos simptomus valdyti. (Toukhsati et al., 2015, p. 128).

Pocienės (2017, p. 37) ir bendraautorių nuomone patyrus MI, dauguma ligonių patiria baimę ir nerimą, kurie didina komplikacijų atsiradimą ir mirties riziką. Tai gali tapti priežastimi, kuri turės įtakos gyvenimo kokybės pablogėjimui. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) pasiūlytame apibrėžime gyvenimo kokybė apibūdinama kaip savo vietos gyvenime suvokimas, kultūros bei vertybių sistemos kontekste, susietame su asmens tikslais, standartais, interesais ir viltimi. Tai ypatingai plati samprata, veikiama fizinės sveikatos, asmens pažiūrų, psichologinės būklės, socialinių santykių ir ryšių su aplinka (Broslavskytė ir kt. 2019, p. 112). Moksliniai tyrimai atskleidė, kad lėtinėmis ligomis sergantiesiems gyvenimo kokybės pagerinimas yra svarbiausias gydymo ir priežiūros tikslas. Pagrindinės ūminio miokardo infarkto pasekmės apima fizinės, socialines psichologines problemas (Kalibatienė ir kt., 2018). MI sergančiųjų gyvenimo kokybė prastesnė: liga veikia fizinę, psichinę ir socialinę asmens gerovę. Pacientų po MI gyvenimo kokybė retai išlieka tokia pat, kaip prieš ligą, ji tampa žemesnė, lyginant su bendrąja populiacijos gyvenimo kokybe (Bukauskaitė ir kt. 2019, p. 129). Paciento gyvenimo kokybės matavimas yra nepaprastai vertingas nustatant priežiūrą ir nustatant tinkamas intervencijas, siekiant optimizuoti priežiūrą (Mandreker et al., 2018).

Darbo tikslas – Išanalizuoti pacientų po miokardo infarkto, gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti gyvenimo kokybę persirgus miokardo infarktu, fiziniu aspektu.
2. Išanalizuoti gyvenimo kokybę persirgus miokardo infarktu, psichoemociniu aspektu.
3. Įvertinti gyvenimo kokybę persirgus miokardo infarktu, slaugytojų požiūriu.
4. Išanalizuoti gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajas pagal sociodemografinius rodiklius.

Hipotezė: Gyvenimo kokybe ir savirūpa yra susiję reiškiniai, pacientams persirgusiems miokardo infarktu.

Tyrimo objektas: Gyvenimo kokybė ir savirūpa, po miokardo infarkto.

Tyrimo subjektas: Pacientai patyrę miokardo infarktą ir besigydantys stacionare.

Tyrimo metodai:

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

I. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Miokardo infarktas ir jo atsiradimo priežastys

Miokardo infarktas (MI) – ūmiai sumažėjusios arba visiškai nutrūkusios, regioninės kraujo perfuzijos sukeltas 0,5 cm ir didesnio skersmens miokardo nekrozės židiny. Tai negrįžtamas širdies raumens ląstelių pažeidimas. Miokardo infarktas sukelia miokardo kontrakcijos sutrikimus, lemencius širdies ertmių išsiplėtimą, kairiojo skilvelio formos ir funkcijos pasikeitimą, tai yra kairiojo skilvelio remodeliavimąsi (Jankauskienė, 2016).

Miokardo infarktas (toliau – MI) – pagrindinė mirties priežastis daugelyje pasaulio šalių. Sveikatos priežiūros specialistų tikslas – laiku diagnozuoti MI ir skirti tinkamą gydymą, skubiai atstatyti miokardo kraujotaką ir sumažinti pažeisto širdies raumens apimtį (Šerpytis ir kt., 2017). Miokardo infarktą (MI) galima atpažinti pagal klinikinius požymius, įskaitant elektrokardiografinius (EKG) radinius, padidėjusias miokardo nekrozės biocheminių žymenų (biomarkerių) reikšmes ir vaizdavimo būdus. Arba juos gali apibūdinti patologija (Thygesen et al. 2012). Staigus širdies sustojimas yra būklė, tiesiogiai kelianti grėsmę gyvybei, ir yra širdies mechaninio aktyvumo nutraukimas. Ši gyvybei pavojinga būklė atsiranda, kai nustoja tinkamai veikti viena iš sistemų, kuri atsakinga už gyvybinių funkcijų palaikymą (Kaminska et al., 2018, p. 345). (Narvilienė, 2011) teigia, kad miokardo infarktas dažniausiai ištinka dėl staigaus tam tikros širdies raumens dalies aprūpinimo krauju nutrūkimo, pvz., vainikinės arterijos užsikimšimo trombu (trombozės). Krešulys dažniausiai būna susidaręs dėl aterosklerozės susiaurėjusioje vainikinėje arterijoje. Sritis, kuri stokoja kraujo, nesusitraukia. Pagrindinis pavojus – širdies sustojimas.

Zafari (2019), Jaffe et al (2018) teigia, kad miokardo infarkto visuotinėje apibrėžtyje išlaikomi penki MI tipai:

- 1 tipas (savaiminis MI): susijęs su ateroskleroziniu apnašų plyšimu, išopėjimu, erozija arba skilimo intraluminaliniu trombu vienoje ar daugiau vainikinių arterijų, dėl kurių sumažėja miokardo kraujotaka ar distaliniai trombocitų emboliai ir dėl to atsiranda miocitų nekrozė.
- 2 tipas (MI, atsirandantis dėl išeminio disbalanso): MI dėl padidėjusio deguonies poreikio ar sumažėjusio aprūpinimo.
- 3 tipas (MI, dėl kurio miršta, kai nėra biologinių žymenų vertės): staigi, netikėta širdies mirtis prieš imant biologinių žymenų kraujo mėginius arba prieš jiems pasirodant kraujyje.
- 4a tipas (MI, susijęs su perkutanine koronarine intervencija [PCI]): Biomarkerio reikšmių padidėjimas (pageidautina cTn) daugiau nei 5 kartus viršija 99-ąjį URL procentilį pacientams, kurių pradinės vertės yra normalios (<99 < sup> procentilio URL) arba verčių padidėjimas daugiau kaip 20%, jei bazinės vertės yra padidėjusios, bet stabilios arba mažėjančios. Be to, būtina bet kuri iš šių sąlygų: simptomai rodantys miokardo išemiją, nauji išeminiai EKG

pokyčiai, angiografinis pagrindinės vainikinės arterijos ar šoninės šakos trapumo praradimas arba nuolatinis lėtas tekėjimas, nėra tekėjimo ar embolijos naujų gyvybingo miokardo praradimo, naujų regioninių sienos judesių anomalijų įrodymas atliekant širdies vaizdą.

- 4b tipas (MI susijęs su stentine tromboze): MI, susijęs su stento tromboze, aptinkama atliekant koronarinę angiografiją ar skrodimą nustatant miokardo išemiją kartu su širdies biomarkerių pakilimu ir (arba) kritimu, kai bent viena reikšmė viršija 99-ą procentilį URL.

- 5 tipas (MI, susijęs su vainikinių arterijų šuntavimu (CABG)): Širdies biomarkerio vertės padidėja daugiau nei 10 kartų virš 99-ojo procentilio URL pacientams, kurių pradinės cTn vertės yra normalios. Be to, arba (1) naujos patologinės Q bangos, arba naujas BBB, (2) angiografiškai dokumentais patvirtinta naujoji transplantato ar natūraliosios vainikinių arterijų okliuzija, arba (3) įrodyta, kad dėl širdies vaizdinio tyrimo prarandamas naujas gyvybingas miokardas arba naujos regioninės sienos judėjimo anomalijos. (Stončienės ir kt. 2017) teigimu, sergančiųjų miokardo infarktu (MI) pasaulyje daugėja, ypač ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse. Tai nulemia netinkama mityba, mažas fizinis aktyvumas, žalingi įpročiai bei kiti faktoriai. Didžioji dalis (apie 60 proc.) mirčių nuo kliniškai aiškios ar besimptomės išeminės širdies ligos žmonės ištinka labai staiga ne stacionare. Nespėjus suteikti medicininės pagalbos, t. y. įvyksta ikihospitalinė staigi mirtis. Lietuvoje daugėja užregistruojamų ūmių ir pakartotinių MI atvejų, o sergančiųjų amžius nuolat jaunėja.

Krūtinės skausmas - tai įvairių organų (širdies, plaučių, skrandžio ir žarnyno, raumenų ir skeleto) ligų arba psichinių sutrikimų, kurie reikalauja specifinio gydymo, simptomai. Dėl didelio mirštamumo ir sergamumo koronarine liga, esant krūtinės skausmui, bendrosios praktikos gydytojas visada atsižvelgs į ūminio miokardo infarkto ar nestabilios krūtinės anginos galimybę. Greitas gydymas, pavyzdžiui, trombolizė, perkutaninė koronarinė intervencija ar vainikinių arterijų šuntavimo operacija, gali išgelbėti gyvybę ir padidinti paciento gyvenimo trukmę bei gyvenimo kokybę (Gen, 2010). Nors klasikiniai širdies priepuolio simptomai yra krūtinės skausmas ir dusulys, simptomai gali būti gana įvairūs. Dažniausi širdies priepuolio simptomai yra šie:

- sandarumas arba spaudimas krūtinėje
- skausmas krūtinėje, nugaroje, žandikaulyje ir kitose viršutinėje kūno vietose
- dusulys
- prakaitavimas
- pykinimas
- vėmimas
- nerimas

- kosulys
- galvos svaigimas
- greitas širdies ritmas (Macon et al. 2017).

Kartais pacientams, kuriems yra diagnozuotas MI skundai būna netipiški: oro trūkumas, pilvo, kaklo skausmas, pykinimas ar vėmimas. Biožymenų atsiradimas prasmingai pakeitė ŪKS diagnostiką. Anksčiau naudoti mioglobinas, kreatinkinazė ir kreatinkinazė-MB, troponinas, tačiau šie žymenys aptinkami jau pavėluotai, kai nekrotizuoja miokardo ląstelės arba jiems trūko specifškumo, todėl šiuo metu auksinis standartas ŪKS diagnostikoje yra didelio jautrumo troponino tyrimas, derinant jį su klinikiniais ir instrumentiniais duomenimis (Ruseckaitė ir kt., 2019). Kadangi nespecifiniai skundai dažnai turi plačią diferencinę diagnozę ir nėra rekomenduojamų diagnozuoti algoritmų pacientams, turintiems nespecifinį išankstinį nusistatymą, specialistai dažnai pradeda išsamius tyrimus, siekdami įvertinti daugybę rimtų sąlygų. Ūminis koronarinis sindromas yra vienas iš jų. Gyvybei pavojingos būklės diferencinėje diagnozėje senyvo amžiaus pacientams, turintiems nespecifinių nusiskundimų. Palyginti su jaunesnėmis populiacijomis, vyresnio amžiaus žmonės, sergantys AKS, dažnai būna be krūtinės skausmo ir iki 20% pagyvenusių pacientų, patyrusių miokardo infarktą, gali būti silpni kaip pagrindinio skundo dalis. Taip pat, širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė mirštamumo bei sergamumo priežastis pagyvenusiems žmonėms (Alfred et al. 2020).

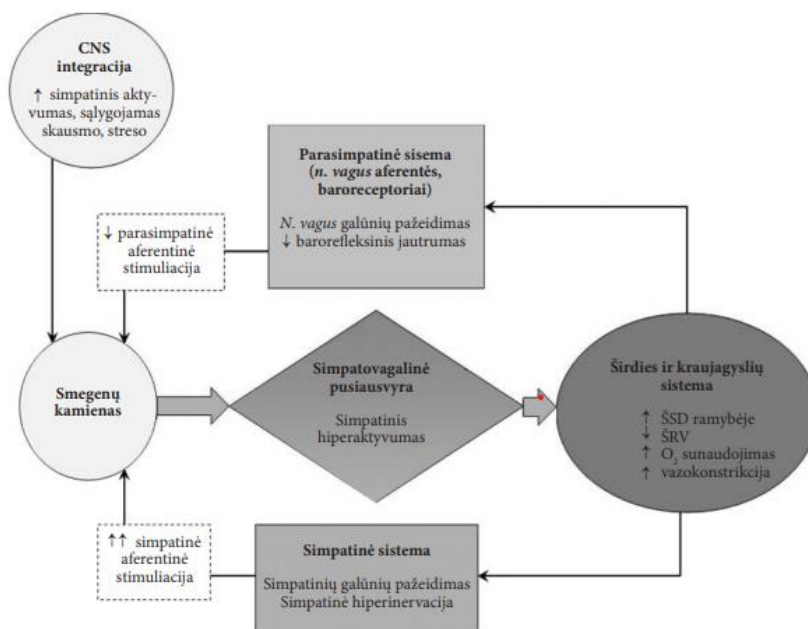
Sergančiųjų ŪMI gydymo taktikos parinkimas, intensyvumas, galimų ligos baigčių prognozavimas turėtų būti pagal tarptautiniu mastu pripažintas diagnostikos ir gydymo gaires. Jose taip pat nurodoma, kokiomis paciento rizikos vertinimo skalėmis naudotis esant tam tikram ŪMI tipui. Riziką įvertinti reikėtų kuo anksčiau stacionarizuojant pacientą, gydymo eigoje bei išrašant gydytis ambulatoriškai (Gervienė, 2017).

Jungtinis 2012 metų Europos kardiologų draugijos, Amerikos kardiologų kolegijos, Amerikos širdies asociacijos ir PSO dokumentas teigia, kad ŪMI diagnostikai būtinas širdies biožymenų koncentracijos kitimas daugiau 99-osios procentilės ir klinikinis miokardo išemijos įrodymas. Klinikinis išemijos įrodymas yra svarus, kadangi įvairios būklės, kaip antai: dekompensuotas širdies nepakankamumas, prieširdžių virpėjimas, sepsis, hipovolemija, plaučių arterijų embolija, miokarditas, lėtinė inkstų liga, gali padidinti ŠTK kraujo plazmoje. Kadangi didelio jautrumo troponino tyrimu nustatyti padidėjusią ŠTK galima jau po 2–3 valandų nuo miokardo pažeidimo pradžios, yra tikslesnė ir ankstyvesnė miokardo infarkto diagnostika, palengvėja ir pagreitėja priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbas (Juknevičius ir kt. 2015).

Ūminės miokardo išemijos metu, be kitų širdies struktūrų pažeidžiami širdies nervai, – periferiniuose nervuose vyksta Wallerian tipo degeneracija, po kurios galima neurilemos (Schwann'o) ląstelių proliferacija ir aksonų regeneracija (vadinamasis nervų „ataugimas“). Aksonų regeneracija yra lėtas procesas, kurį skatina iš aplinkinio miokardo išskiriamas nervų augimo faktorius. Dėl to vystosi heterogeniška simpatinė hiperinervacija, simpatinių nervų tankumas padidėja. Susidaro denervuotos ir hiperinervuotos miokardo zonos (elektrinė miokardo remodeliacija), padidėja elektrofiziologinis miokardo heterogeniškumas (Ablonskytė-Dūdonienė ir kt., 2010). Autonominės širdies ir kraujagyslių sistemos reguliacijos pakitimai miokardo išemijos metu pateikti 1. pav.

Ankstyva ūminio miokardo infarkto (AMI) diagnozė pacientams, kuriems pasireiškia ūmus krūtinės skausmas, pagerina klinikinę baigtį. Be to, atsižvelgiant į ribotus šios ligos išteklius, svarbu greitai atskirti AMI pacientams, sergantiems triasta skubios pagalbos skyriuje. Širdies troponino lygio, kaip miocitų nekrozės žymeklio, matavimas yra būtinas diagnozuojant AMI. Palyginti su jautraus troponino tyrimais, padidėjusio jautrumo troponino tyrimai padidina tikslumą ir greitį diagnozės, pagerina rezultatus ir yra ekonomiškai (Neumann et al. 2016).

Elektrokardiografija (EKG) ir širdies troponinas (cTn) sudaro diagnostinius kertinius MI ir papildo klinikinį vertinimą (Twerenbold et al. 2018, p. 621).



1 Pav. Autonominės širdies ir kraujagyslių sistemos reguliacijos pokyčiai miokardo išemijos metu [Šaltinis: Ablonskytė-Dūdonienė ir kt., 2010].

Krūtinės skausmu besiskundžiantys pacientai būtinai turi būti apžiūrėti gydytojo, kuris kartu įvertina ir elektrokardiogramą (EKG). EKG turi būti užrašyta per 10 min. nuo medikų kontakto su

pacientu pradžios. EKG ypatumai dažnesnių ūminių būklių, kai reikalingas neatidėtinas gydymas, atvejais:

- Naujai pakilęs ST segmentas ($\geq 0,05$ mV) dviejose ir daugiau gretimų derivacijų rodo didelę MI tikimybę. Kad būtų nustatyta miokardo išemija apsuikinės šakos maitinamojoje zonoje, būtina užrašyti užpakalines derivacijas (V7–V9).

- Difuzinis ST segmento pakilimas ir P–R intervalo nusileidimas – būdingi perikardito požymiai.

- Nuokrypis į dešinę, dešinėsios Hiso pluošto kojų blokada (DHPKB), T dantelio inversija V1–V4 derivacijose, S dantelis I derivacijoje ir Q dantelis su T dantelio inversija III derivacijoje būdinga PE.

- AoA atveju pokyčių EKG gali ir nebūti (Gustienė ir kt. 2020, p. 12).

Thygesen (2019) atlikti tyrimai parodė, kad miokardo pažeidimas, apibūdinamas padidėjusia širdies troponinas Dj-šTnT verte, dažnai yra klinikiškai susijęs ir su neigiama prognoze. Nors miokardo pažeidimas yra būtina sąlyga diagnozuoti MI, jis taip pat yra pats subjektas. Norint nustatyti MI diagnozę, būtini papildomi kriterijai, būdingi neįprastiems biologiniams žymenims. Neišeminis miokardo pažeidimas gali būti susijęs su daugeliu širdies sutrikimų, pavyzdžiui, miokarditu, arba gali būti susijęs su ne širdies ligomis, tokiomis kaip inkstų nepakankamumas.

Miokardo pažaidos ir miokardo infarkto diferencijavimas:

- Miokardo infarkto diagnozė nustatoma, kai yra klinikinių miokardo išemijos požymių ir kardiomiocitų pažaidos žymenų koncentracija kartojant tyrimą didėja arba mažėja.

- Miokardo pažaida nustatoma, kai biožymenų (troponinų) koncentracija padidėjusi ar sumažėjusi, bet nėra miokardo išemijos požymių (esant širdies nepakankamumui, miokarditui, širdies kontuzijai, sepsiui, lėtiniam inkstų funkcijos nepakankamumui, plaučių embolija, sunkios būklės pacientams, taikant kardiotoksinę chemoterapiją) (Žaliūnas ir kt., 2020, p. 119).

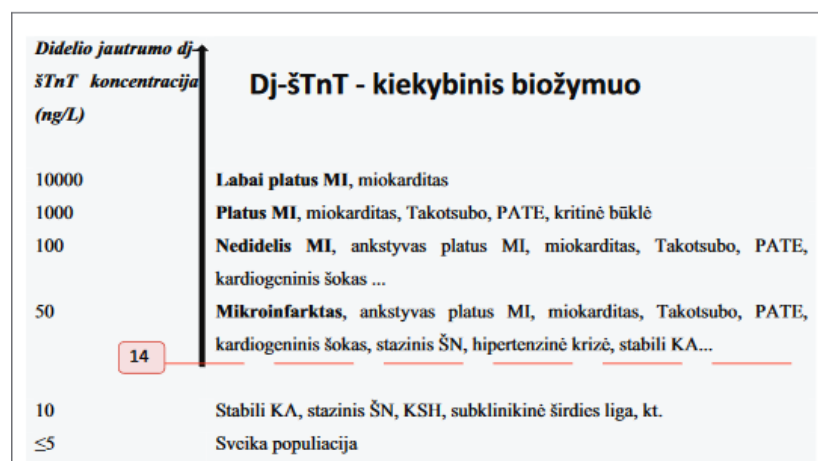
Kasdieninėje klinikinėje praktikoje rekomenduojama naudoti dar 1967 m. Thomo Killipo III pasiūlytą ŪMI rizikos klasifikaciją. Ji leidžia paprastai ir greitai prognozuoti nepalankias ŪMI baigtis, tokias kaip hospitalinį mirštamumą, mirštamumą per 30 dienų ir per 6 mėnesius po ŪMI. Net ir praėjus beveik 50 metų nuo sukūrimo bei per tą laiką pasikeitus diagnostikos ir gydymo galimybėms, Killipo klasifikacija išlieka aktuali šiandien, ypač hospitaliniam mirštamumui nustatyti (Gervienė, 2017). Ūminio miokardo infarkto klasifikacija pateikta 1 lentelėje.

1 lentelė. Ūminio miokardo infarkto klasifikacija pagal Killipą (1967).

Klasė	Mirštamumas, proc.
I – Kairiojo skilvelio nepakankamumo požymių nėra	6
II – Karkalai plaučiuose, plautinė hipertenzija	17
III – Plaučių edema	38
IV – Kardiogeninis šokas	81

[Šaltinis: Gervienė, 2017].

Miokardo infarktas be obstrukcinių vainikinių arterijų stenozų (MINOVA) - tai polietiologinis kliniškas sindromas, diagnozuojant miokardo infarktą, tačiau angiografijos metu neradus hemodinamiškai reikšmingų vainikinių arterijų (VA) stenozų (<50 proc.) Šių pacientų prognozė priklauso nuo MINOVA sukėlėjo (Radionovaitė ir kt., 2019). Žr. 2 pav.



2 Pav. Didelio jautrumo dj-šTnT troponino padidėjimo diferencinė diagnostika

[Šaltinis: Ruseckaitė ir kt., 2019].

Ūmus miokardo infarktas yra širdies ir kraujagyslių sistemos ekstremalioji padėtis ir reikalauja skubios diagnostikos ir gydymo proceso (Zeng et al. 2020).

1.1.1. Rizikos veiksniai galintys įtakoti miokardo infarktą

Remiantis atliktų tyrimų duomenimis, rizikos veiksniai, kurie gali sukelti miokardo infarktą (MI) yra suskirstyti į 2 kategorijas:

- Kylantys rizikos veiksniai (gliukozės anomalijos, mitybos veiksniai, pilvo nutukimas ir psichosocialiniai veiksniai).
- Įprastiniai rizikos veiksniai: (hipertenzija, diabetas, rūkymas ir padidėjęs

cholesterolio) skirtingos geografinės padėties žmonės ir etninė kilmė. Tačiau šie žinomi rizikos veiksniai paaiškina tik apie 50% širdies ligų atvejų (Huma et al. 2012).

Išeminė širdies liga (IŠL) ir cukrinis diabetas (CD) yra dvi ligos, dažnu atveju pasitaikančios tam pačiam pacientui. Būdamos kartu, šios ligos blogina viena kitos klinikinę baigtį, gydymo rezultatus bei prognozę. EKD ekspertai vaizdžiai apibrėžė šias ligas kaip „dvi tos pačios monetos puses“: viena, cukrinis diabetas vertinamas kaip išeminės širdies ligos ekvivalentas; antra, daugeliui išemine širdies liga sergančių ligonių nustatomas cukrinis diabetas ar prediabetas (Ablonskytė-Dūdonienė ir kt., 2010).

Remiantis Choi (2019) atlikto tyrimo duomenimis pilvo nutukimas, be bendro nutukimo, buvo susijęs su padidėjusia didžiausių širdies ir kraujagyslių ligų rizika ir bendras nutukimas be pilvo nutukimo nebuvo. Kartu nustatyti kūno masės indeksą (KMI) ir pilvo nutukimą gali būti naudinga tiksliai nustatyti būsimą širdies ir kraujagyslių ligų riziką. Lėtinės neinfekcinės ligos lemia du trečdalius visų mirčių pasaulyje ir net 80 proc. šalyse, kurios turi mažas ar vidutines pajamas. Tarp visų lėtinių neinfekcinių ligų, širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė mirties priežastis, o pati arterinė hipertenzija yra svarbiausias, bet nesunkiai koreguojamas rizikos veiksnys gydant širdies ir kraujagyslių ligas (LRsam, 2016). Rūkymas yra viena dažniausių širdies ir kraujagyslių ligų bei mirties priežasčių visame pasaulyje. Rūkymas ypač didina ŠKL, periferinių kraujagyslių ligų, aortos aneurizmos, insulto ir kitų ligų riziką.

(Kriukelytė, 2020) teigia, kad yra keletas priemonių, kurios sumažintų pacientui poreikį rūkyti:

- individualūs patarimai;
- grupinė terapija;
- pakaitinė terapija nikotinu;
- antidepressantai (metimas rūkyti ir nikotino sutrikimas gali išprovokuoti depresiją);
- šeimos, sutuoktinio palaikymas.

Širdies priepuolį galima apeiti imantis ankstesnių veiksmų šiai rizikai sumažinti kontroliuojant dietą, riebalus, cholesterolį, druską, rūkymą, nikotiną, alkoholį, narkotikus, kiekvieną savaitę stebint kraujospūdį, kasdien mankštintis ir prarandant kūno svorį (Lu et., al. 2015).

1.1.2. Rizikos veiksnių kontrolė persirgus miokardo infarktu

Dabartinėse antrinės prevencijos gairėse pagrindinis dėmesys skiriamas gyvenimo būdo keitimui, rizikos veiksnių kontrolei ir vaistų terapijai (Tang et al., 2013, p. 1126).

Cukrinis diabetas. Nustatyta, kad suintensyvinta glikemijos kontrolė po infarkto turi ilgalaikį poveikį išgyvenamumui, kaip ir lipidų kiekio bei arterinio kraujo spaudimo korekcija

(Raugelis ir kt., 2018, p. 2). Infarktu susirgusiems CD ligoniams būdingas ženkliai didesnis mirštamumas, ypač tarp moterų. Mirties rizikos padidėjimas šiuo atveju prilygsta tokiai rizikai, kokia būna po anksčiau persirgto miokardo infarkto (Ablonskytė-Dūdonienė, 2014). Remiantis atliktų tyrimų duomenimis patvirtinta, kad 44 proc. 1 tipo ir 52 proc. 2 tipo CD sergančių asmenų miršta nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Nustatyta, kad 2 tipo cukrinio diabeto atvejais gera glikemijos kontrolė miokardo infarkto atsiradimo riziką sumažina 16 proc (Domeikienė, 2012).

Cholesterolis. Cholesterolis yra biologinė molekulė, būtina ląstelių membranų struktūrai ir funkcijai bei hormonų ir vitaminų sintezei žinduoliuose. Tam tikri genetiniai sutrikimai gali paveikti jo metabolizmą ir sukelti ligas, kurios gali pasireikšti labai jauname amžiuje. Tačiau didžiausia jo svarba tenka vaidmeniui aterosklerozėje - degeneraciniame procese, kuris paveikia vidutinio ir didelio kalibro arterijas ir yra atsakingas už daugumą širdies ir kraujagyslių ligų (Felix-Redondo et al. 2013, p. 155). Cholesterolio hipotezė susieja cholesterolio suvartojimą ir jo kiekį kraujyje su širdies ir kraujagyslių ligomis. Kadangi cholesterolis yra laikomas aterosklerozės rizikos veiksniu (DuBroff et al., 2015, p. 405). Anot Astrauskienė (2013, p. 98) reguliuojant cholesterolio kiekį kraujyje labai svarbus fizinis aktyvumas, nes nuolatos ir reguliariai mankštinantis išlaikomas normalus svoris, sumažėja rizika susirgti širdies bei kraujagyslių ligomis. Pakeitus gyvenimą bei įpročius cholesterolio kiekį kraujyje galima sumažinti per keletą savaičių.

AKS. Nepakankama padidėjusio kraujospūdžio kontrolė pasaulyje laikoma pagrindine mirštamumo priežastimi (McCall et al., 2010, p. 2155). Pacientams, kuriems anksčiau buvo nustatytas miokardo infarktas (MI), agresyvi hipertenzijos kontrolė ir mažo tankio lipoproteinų cholesterolio (MTL-C) sumažinimas yra svarbios antrinės prevencijos priemonės (Bangalore et al., 2017, p. 379).

Mityba. Vienas iš pagrindinių sveikatą saugančių ir stiprinančių gyvenimosi veiksnių yra sveika mityba. Mitybos rekomendacijos yra skirtos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijai taikomos jau daugiau nei 50 metų. Dauguma dietų, kuriomis kontroliuojame kūno svorį, rekomenduoja sumažinti sočiųjų riebalų ir cholesterolio kiekį maiste ir didinti polinesočiųjų riebalų kiekį maiste suvartojimą (Dalen et al., 2014. p. 364).

Pagrindiniai širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai yra koreguojami – tabako rūkymas, nepakankamas fizinis aktyvumas, žalingas alkoholio vartojimas, sveikatai nepalanki mityba. Taigi koreguojant šiuos žmonių gyvenimosi veiksniai didelės dalies širdies ir kraujagyslių ligų būtų galima išvengti (Aguonytė ir kt., 2014. p. 41). Derinant 5 mažos rizikos elgesio būdus: sveika mityba, saikingas alkoholio vartojimas, nerūkymas, fizinis aktyvumas ir sveikas svoris gali užkirsti kelią 4 iš 5 miokardo infarktų. Miokardo infarkto dažnis mažėja atsižvelgiant į teigiamą

elgseną tiek sveikų bei tiek tų, kurie serga hipertenzija ir turi aukštą cholesterolio kiekį (Akesson et al., 2014, p. 1305).

1.2. Gyvenimo kokybė ir savirūpa

1.2.1. Gyvenimo kokybė persirgus miokardo infarktu

Gyvenimo kokybė (GK) yra sąvoka, apimanti fizinės ir psichinės sveikatos priemones. Amerikos širdies asociacija rekomenduoja įvertinti gyvenimo kokybę, kaip neatsiejamą paciento sveikatos dalį, sergančio širdies ir kraujagyslių ligomis. Nustatyta, kad gyvenimo kokybė yra nepriklausomas veiksnys mirties ir būsimų širdies įvykių pacientams, sergantiems MI. Ūminėje MI fazėje dažnai sutelkiamas dėmesys fizinei sveikatai, tačiau išrašius iš ligoninės ar atsižvelgiant į ilgalaikį poveikį, gyvenimo kokybė tampa reikšmingas faktorius, atspindintis ligą (Kang et al., 2016, p. 2725). Miokardo infarktas turi neigiamų padarinių sveikatai ir pacientų gyvenimo kokybei, dėl to blogėja jų sveika net praėjus keleriems metams po ūminio miokardo infarkto. Per pirmąjį mėnesį po ūminio miokardo infarkto pacientai yra labai pažeidžiami fiziškai, psichiškai ir emociškai (Kaur, 2017, p. 146). Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra svarbus rezultato matas po ūminio miokardo infarkto (Hurdus et al., 2020, p. 1726). Kaip teigia Kalibatienė ir kt. (2018) gyvenimo kokybės įvertinimas yra labai svarbus kriterijus sprendžiant apie sergančių širdies ligomis pacientų gydymo ir priežiūros rezultatus. Kardiovaskulinių ligų teigiami gydymo rezultatai vertinami pagal simptomų sumažėjimą ir GK pagerėjimą. Paciento gyvenimo kokybės matavimas yra nepaprastai vertingas nustatant priežiūrą ir nustatant tinkamas intervencijas, siekiant optimizuoti priežiūrą (Mandreker et al., 2018). Gyvenimo kokybė priklauso ne tik nuo sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų veiksmų, tokių kaip galimybė naudotis medicinos priežiūra, širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnių ir MI sunkumo, bet ir nuo demografinių bei psichosocialinių veiksnių. Daugelis pacientų lieka traumuoti emociškai ir fiziškai (Bahall et al., 2018, p. 2).

1.2.2. Pacientų žinios apie savirūpą

Savirūpinimas apibrėžiamas kaip natūralistinis sprendimų priėmimo procesas, skirtas tiek lėtinių ligų prevencijai, tiek valdymui, su pagrindiniais savęs priežiūros, savirūpinimo stebėjimo ir savirūpinimo valdymo elementais (Riegel et al., 2017). Tinkama savęs priežiūra, susijusi su MI, atspindi veiksmus, kurių pacientas imasi palaikydama sveiką funkcionavimą ir savijautą. Toks elgsenys apima vaistų, dietos ir fizinių pratimų laikymąsi, taip pat simptomų stebėjimą ir valdymą. Pacientai, kurie aktyviai užsiima savo priežiūra ir gydymu ir laikosi režimo, išgyvena geriau ir sumažina riziką pasikartoti MI (Lainscak et al., 2011, p. 118). Savarankiškas elgsenys, kuris gali prasidėti praėjus ūmiam ligos periodui, turi ypatingą reikšmę sveikatos palaikymui ir jo pasikartojimui (Niakan et al., 2013, p. 64). Mokantis savęs priežiūros bei elgesio, skatinant asmens sveikatą, didinant gerovės jausmą, prisitaikoma prie ligos bei sumažinama gydymo išlaidas ir

pakartotinį hospitalizavimą (Mohammadpour et al., 2013, p. 494). Keli tyrimai rodo, kad gyvenimo būdo pokyčiai ne tik užkerta kelią širdies ligoms, bet ir kontroliuoja jų progresavimą bei sumažina širdies įvykių pasireiškimą pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis. Gyvenimo būdo modifikavimas siekiant išvengti koronarinių kraujagyslių sutrikimų yra viena iš pagrindinių PSO programų. Pasirinkus sveiką gyvenimo būdą kartu su subalansuota mityba, sumažėja MI dažnis ir operacijos bei angioplastikos poreikis (Molazem et al., 2013 p. 187). Intervencijos, skatinančios ligos suvokimą ir įsitikinimus, gali pagerinti gydymą, laikytis antrinės prevencinės elgsenos, idealiai valdyti ligą ir sumažinti sergamumo ir mirties riziką. Reikia atkreipti dėmesį į pacientų ligos suvokimą ir organizuoti individualizuotas sveikatos mokymo ar intervencines programas, siekiant skatinti jų suvokimą (Akbari et al., 2019, p. 90). Reikia pabrėžti, jog žinios apie ligą, sėkmingas gydymas, rizikos veiksnių įtaka nelemia elgesio pokyčių. Nustatyta, kad didžiausias informacijos poreikis, persirgus miokardo infarktu siejamas su gyvenimo kokybės vertinimo poreikiais (psichosocialiniais, emociniais, fiziniais metmenimis) (Hamdan et al., 2015, p. 87). Remiantis Liu (2014) ir jo bendraautorių atlikto tyrimo duomenimis, pacientai pasižymintys aukštesniu savęs priežiūros elgesiu ir gyvenimo kokybe, buvo jaunesnio amžiaus ir turėjo geresnių žinių apie ligą. Be to, fizinė funkcija ir savarankiškumas kasdienybėje labai paveikė gyvenimo kokybę. Širdies ligomis sergančių pacientų, ypač vyresnio amžiaus žmonių, priežiūra turėtų būti sutelkta į ligą ir simptomų valdymą. Skatinant ir palaikant fizines funkcijas savarankiškai yra labai svarbu paciento gyvenimo kokybės gerinimui (Liu et al., 2014, p. 141).

1.2.3. Reabilitacija ir fizinis aktyvumas po miokardo infarkto

Širdies reabilitacija buvo apibrėžta septintojo dešimtmečio pabaigoje kaip veikla, reikalinga pacientams padėti. Per pastaruosius 40 metų priimta, kad reabilitacija vaidina svarbų vaidmenį (West et al. 2011, p. 637). Reabilitacija po MI yra labai svarbūs pacientų išgyvenimo, sveikimo ir jų sveikatos gerinimo strategijos įgyvendinimas. Labai svarbu, kad pacientai po MI būtų tinkami informuoti apie jų būklę bei reikalingą rūpinimąsi savimi, nes pacientai persirgę MI turi didesnę riziką pakartotiniam miokardo infarktui, ypač tiems, kurių būklę gali nulemti rizikos veiksniai tokie kaip: rūkymas, hipertenzija, hiperlipidemija, nutukimas ir mankštos trūkumas (Almamari et., al. 2019). Kardiologinė reabilitacija turi būti pradėdama kuo anksčiau bei atliekama etapais ir kompleksiskai. Labai svarbu, kad kiekviename etape pacientų reabilitacijos programa būtų individualizuojama bei sudaryta pagal jų fizinio pajėgumo lygį. Pacientų sergančių MI pirminės reabilitacijos pagrindinės užduotys yra:

- Atkurti pacientų fizinį darbingumą.
- Adaptuoti pacientus psichologiškai prie pasikeitusių gyvenimo sąlygų.

- Didinti pacientų savarankiškumą (Dunlay et al., 2014).

Širdies reabilitacijos programos sukurtos vainikinių arterijų ligų prevencijai ir valdymui. Jos apima mankštos programas, mitybos konsultacijas, mokymą rūkyti, gydymą, svorio valdymą, rizikos veiksnių modifikavimą ir elgesio modifikavimą. Reabilitacijos programos skirtos pagerinti gyvenimo kokybę, gerinant kiekvieno paciento fizinį, emocinį ir socialinį funkcionavimą (Lee et al., 2017, p. 123).

Pacientų grupės, kuriems taikoma širdies reabilitacija:

- Pacientai, sergantys ūminiu koronariniu sindromu, įskaitant miokardo infarktą, esant ST padidėjimui, miokardo infarktą, esant ne ST padidėjimui, ir nestabili krūtinės angina - ir visiems pacientams, kuriems atliekama reperfuzija (pvz., vainikinių arterijų šuntavimo operacija, pirminė perkutaninė vainikinė arterija) intervencija ir perkutaninė koronarinė intervencija).
 - Pacientai, kuriems naujai diagnozuotas lėtinis širdies nepakankamumas ir lėtinis širdies nepakankamumas, keičiant klinikinę būklę
 - Pacientai, kuriems atlikta širdies transplantacija ir skilvelių pagalbos aparatas
 - Pacientai, kuriems dėl priežasčių atlikta širdies defibriliatoriaus implantacija ar širdies resinchronizacijos terapija. išskyrus ūminį koronarinį sindromą ir širdies nepakankamumą
 - Pacientai, kuriems keičiami širdies vožtuvai dėl kitų priežasčių nei ūmus koronarinis sindromas ir širdies nepakankamumas
 - Pacientai, kuriems patvirtinta diagnozuota krūtinės angina (Dalal et al., 2015, p. 2).

Psichologinė reabilitacija taikoma, siekiant sumažinti reakciją į ligą, išmokyti valdyti streso būseną, koreguoti asmenybės rizikos veiksnius (Voller et al., 2010, p. 143).

Pagrindinė miokardo infarkto atsiradimo priežastis yra aterosklerozė. Pocienės ir kt., (2017) teigimu, sistemingai taikomas fizinis krūvis didina kapiliarų tankį, gerina kraujagyslių išsiplėtimą, skatina azoto oksido sintezę ir išsiskyrimą, sumažina periferinių kraujagyslių pasipriešinimą audiniuose, didina metabolinį pajėgumą, sumažina oksidacinį stresą. Aerobinio krūvio metu padidėja deguonies poreikis miokarde, todėl gerėja periferinė kraujotaka širdies kraujagyslėse taip pat padidėja širdies susitraukimo jėga. Visa tai padeda didinti ligonio ištvėrimumą, dėl kurio pagerėja fizinio krūvio toleravimas (Uysal et al., 2015, p. 20).

Pavojinga mankštintis, jeigu:

- fizinių pratimų metu ar tuoj po jų ligonis pajunta skausmą už krūtinkaulio, kairėje rankoje, petyje ar kakle;
- pacientui svaigsta galva ar buvo netekęs sąmonės;
- po lengvų krūvių atsiranda dusulys ar ritmo sutrikimai.

Nepatartina mankštintis šių būklių atvejais:

- aukštas, vaistais nereguluotas kraujospūdis;
- vidutinio ir didelio laipsnio aortos vožtuvo susiaurėjimas;
- bendras ūmus susirgimas ir karščiavimas;
- sunkūs prieširdžių ir skilvelių ritmo sutrikimai;
- pulso dažnis ramybėje didesnis nei 120 kartų per minutę;
- sunkus vaistais nereguluotas širdies nepakankamumas;
- trečio laipsnio širdies blokada;
- ūmus širdies raumens ar perikardo lapelių uždegimas;
- ūmi tromboembolija;
- tromboflebitas (kojų venų uždegimas);
- sunkus vaistais nereguluotas diabetes (Petruilionienė, 2010).

Fizinis aktyvumas didina ištvermę, jėgą, pusiausvyrą ir judrumą – tai padeda gyventi savarankiškai. Su svorių kilnojimu susijusi fizinė veikla didina kaulų tankį ir gali padėti užkirsti kelią osteoporozei. Fiziškai aktyvūs žmonės geriau jaučiasi, nes fizinis aktyvumas mažina kraujospūdį ir tikimybę susirgti širdies kraujagyslių ligomis, insultu bei depresija (Astrauskienė, 2013, p. 97). Fiziniai pratimai nesustabdo aterosklerozės vystymosi proceso, tačiau efektyviai sumažina kraujagyslės sienelės uždegimą ir stabilizuoja aterosklerotines plokšteles (Yang et al. 2017). Fizinis aktyvumas, sveikata ir gyvenimo kokybė yra glaudžiai susiję. Reguliaria fizine veikla užsiimančio žmogaus kūne vykstantys morfologiniai ir funkciniai pakitimai gali padėti išvengti kai kurių ligų (širdies ir kraujagyslių, diabeto, kai kurių rūšių vėžio, depresijos) arba jas pavėlinti (Valintėlienė ir kt. 2012, p. 67). Rizikos veiksnių valdymas, didžiausi miokardo infarkto poreikiai, pacientams, atliekantiems reabilitacijos programą (Herliani et., al 2019).

1.2.4. Psichoemocinė būklė miokardo infarkto metu

Estruch (2013) ir jo bendraautoriai teigia, kad vienas iš svarbiausių rizikos veiksnių, lemiančių širdies ir kraujagyslių išsivystymą – stresas. Lėtinis stresas padidina gliukokortikoidų receptorių atsparumą, o tai lemia nesugebėjimą reguliuoti uždegiminio atsako.

Kai širdžiai gresia pavojus - kaip yra iš tikrųjų per miokardo infarktą (MI) - tai yra pavojinga gyvybei ir todėl gali sukelti specifinę baimę: vadinamąjį širdies nerimą. Bendras nerimas ir depresija yra susiję su širdies prognozėmis MI sergantiems pacientams (Van Beek et., al., 2016). Broslavskytė ir kt. (2019) teigia, kad apie du trečdalius tiriamosios populiacijos po ŪMI patiria vidutinio sunkumo depresijos epizodą, bet tik nedaugelis jaučia ilgalaikius nerimo ar depresijos

požymius. Detaliau panagrinėjus pastebėta, kad tokie požymiai dažnesni vyresnio amžiaus moterims, o ypač – nuolat jaučiančioms skausmą ir diskomfortą. Dėl gaivinimo ŪMI metu gyvenimo kokybė ilgainiui nėra linkusi blogėti, tačiau depresijos ir nerimo simptomai gali išlikti dėl besikeičiančių socialinių vaidmenų ir aplinkos, šeiminių aplinkybių, somatinių ligų ar sutuoktinio netekties. Širdies ir kraujagyslių ligomis (ŠKL) sergantiems pacientams depresija yra dažna, nuolatinė ir susijusi su blogesne sveikata, gyvenimo kokybe, pasikartojančiais širdies sutrikimais ir mirtingumu. Tiek fiziologiniai, tiek elgesio veiksniai, įskaitant endotelio disfunkciją, trombocitų anomalijas, uždegimą, autonominės nervų sistemos disfunkciją ir mažesnę įsitraukimą į sveikatą gerinančią veiklą, gali susieti depresiją su neigiamą širdies veikla (Huffman, 2013). Šerpytis ir kt. (2014, p. 105) nuomone, depresija po miokardo infarkto yra labai aktuali tema. Beveik pusė pacientų, sveikstančių po miokardo infarkto, serga tikrąja depresija ar yra padidėjęs depresiškumo lygis, o tikroji depresija pasireiškia maždaug vienam iš penkių pacientų.

Anot Nisar et, al (2017) depresija bėgant metams tapo nepaprastai dažna socialine katastrofa visame pasaulyje. Ji susijusi su daugeliu lėtinių (neužkrečiamų) ligų, ypač susijusių su širdies ir kraujagyslių ligomis, pavyzdžiui, miokardo infarktu. Depresija daro didelį poveikį fiziniam, psichiniam, ekonominiam, socialiniam ir asmeniniam gyvenimui, bei daro didelę įtaką pacientų gyvenimo kokybei. Pasak Šerpytis ir kt. (2014) depresiškumas ir nerimastingumas patyrus MI yra dažnas sutrikimas, kuris pasireiškia beveik 65% pacientų, patyrusių MI ir turintys įtakos apie 18% visų pacientų gyvenimo kokybei. Tai yra pagrindinė šių pacientų negalios ir prastos gyvenimo kokybės priežastis. Depresija sergantis žmonės turi beveik 6 kartus didesnę mirties riziką po 6 mėnesių persigus MI, ir padidėjęs mirtingumo pavojus išlieka apie 18 mėnesių po ŪMI. Vienas iš būdų, kaip sumažinti stresą – reguliari fizinė veikla (važinėjimas dviračiu, bėgiojimas ir kt.), o tai dar viena priežastis, kodėl svarbu išlaikyti aktyvų gyvenimo būdą. Streso mažinimas yra susijęs su pagerėjusiais širdies veiklos rezultatais (Grabauskytė, 2019, p. 24).

1.2.5. Pacientų slauga patyrus miokardo infarktą

Vienos iš pirmųjų slaugos poreikių apibrėžčių ir vertinimo teorijų kūrėjų – Dorothea Elizabeth Orem ir Virginia Avenel Henderson. V. A. Henderson slaugos modelį sudaro keturiolika kasdienio gyvenimo veiklų, kurios susijusios su pagrindiniais žmogaus poreikiais: kvėpuoti, tinkamai valgyti ir gerti, judėti ir įgyti gerą kūno laikyseną, miegoti ir ilsėtis, pasirinkti tinkamus drabužius, palaikyti normalią kūno temperatūrą, palaikyti kūno švarą, vengti aplinkos pavojų ir stengtis nedaryti žalos kitiems, kreiptis į kitus, kad išreikštų asmeninius jausmus, poreikius, baimę arba nuomonę, melstis pagal savo tikėjimą, dirbti taip, kad darbas teiktų visavertiškumo jausmą, žaisti arba dalyvauti įvairių formų pasilinksminimuose, mokytis, ieškoti arba tenkinti savo

smalsumą, kad tai stiprintų sveikatą, skatinti asmenybę normaliai vystytis ir naudoti pagalbos sveikatai priemones (Jakavonytė-Akstinienė, 2018). Miokardo infarktas (MI) yra gyvybei pavojinga liga, veikianti fizines, psichologines ir socialines individo dimensijas. Netinkamas gyvenimo būdas yra viena iš šios ligos priežasčių. Slaugos modelių naudojimas galėtų būti vienas iš svarbiausių ir esminių žingsnių keičiant su MI susijusius rizikos veiksnius (Molazem et al., 2013 p. 186).

Slaugant svarbu stebėti MI patyrusį ligonį dėl gyvybinių požymių: pulsą, AKS, diurezę, elektrokardiogramą, kvėpavimo dažnį, plaučių garsus, ar ligonio nevargina dusulys, ar yra cianozė, sąmonė, skausmo stiprumą, nerimą, vidurių būklę (Stončienė ir kt., 2017). Slaugytojai vaidina gyvybiškai svarbų vaidmenį didinant pacientų požiūrį į gydymo režimą ir gerinant jų klinikinius rezultatus. Jie gali reikšmingai prisidėti teikdami pacientams informaciją apie jų ligą ir jos simptomus, taip pat apie su MI susijusius dalykus, pvz. gyvenimo būdą, vaistus, mitybą, fizinį aktyvumą ir streso valdymą, kurie neabejotinai gali padėti priimti geresnius sprendimus dėl gyvenimo būdo pakeitimo. Todėl labai rekomenduojama pacientams mokytis ir konsultuotis. Šiuo atžvilgiu didelę reikšmę turi slaugytojų optimalus slaugos tipo pasirinkimas ir konsultacijos; tai gali paskatinti pacientus laikytis gydymo režimo, atitolinti ligos progresavimą ir sumažinti su liga susijusias komplikacijas (Najafi et al., 2016). Slaugytojas informaciją pacientui turi teikti nuolatos. Jis turi suprantamai, atsižvelgiant į paciento amžių, intelektualines galimybes, motyvaciją, perteikti žinias apie ligą, tyrimus bei siūlomą gydymą. Tik suvokiantį savo situaciją pacientą galima įtraukti į gydymo, slaugos ar reabilitacijos procesą. Visa tai sudaro pagrindą pacientui tapti atsakingu už savo ligą ir žalingų įpročių atsisakymą (Mažionienė, 2012).

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Tyrimo „Pacientų po miokardo infarkto gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajos“ atlikimui buvo suformuluotas tikslas, kuriuo siekiama atskleisti pacientų po miokardo infarkto, gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajas. Tyrimo tikslui pasiekti taikoma teorinė mokslinės literatūros analizė bei kiekybinis tyrimo metodas, naudojant anoniminę anketinę apklausą raštu. Kiekybinis tyrimas atliktas išdalinus anketas su uždaro tipo klausimais pacientams, kurie patyrė miokardo infarktą (5 priedas) ir slaugytojoms, kurios slaugo pacientus patyrusius miokardo infarktą (6 priedas). Tyrimui atlikti parinkta netikimybinė tikslinė imtis.

Tyrimas vyko Kauno miesto sveikatos priežiūros įstaigoje, kuriose respondentai gydos po patirto miokardo infarkto. Į šias ligoninių administracijas buvo kreipiamasi raštu, gavus KU SMF Slaugos katedros Etikos komisijos leidimą tyrimui.

Tyrimo instrumentas – sukurta anketa iš 10 sociodemografinių klausimų, kurie yra sudaryti tyrimo autorės ir dviejų standartizuotų klausimynų. Leidimas naudotis klausimynu buvo gautas iš žurnalo „Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija“ (7 priedas) autorinės teisės priklausio: M. Staniūtė. Taip pat gautas leidimas naudotis Paciento slaugos poreikių vertinimo lentelė, kurios autorinės teisės priklausio: Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašo (Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas). Leidimas gautas iš LR Sveikatos apsaugos ministerijos (8 priedas).

Klausimynas SF-36 yra skirtas pacientams, jis bus siejamas su slaugos poreikių klausimynu, kurį pildys slaugytoja. Anketoms pasirinktas kodavimas, kad tarpusavyje susisietų slaugytojo vertinimas ir paciento gyvenimo kokybė. Anketoms susieti bus naudojama numeracija. Pacientui užpildžius SF-36 gyvenimo kokybės klausimą, slaugytoja vertins to paties paciento gyvybinės veiklas naudodamasi slaugos poreikių vertinimo lentele.

Kiekybiniai tyrimo duomenys susisteminti ir analizuoti taikant „SPSS/w 24.0“ programą bei atvaizduoti grafiškai naudojant MS, Excel 365 kompiuterinę programą.

Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas. Tyrimo teoriniam pagrindimui parinktos dvi teorijos: *Dorothea E. Orem savirūpos deficito slaugos teorija* ir *Nancy Roper, Winifried Logan ir Alison Tierney Gyvenimo veiklomis pagrįstas slaugos modelis*.

Teorijos autorius savirūpą laiko pagrindiniu žmogaus poreikiu, savaimine vertybe, ir kiekvienas turi teisę ir pareigą ją atlikti (Pukinskienė, 2011 p. 54).

Kaip teigia teorijos autorius slaugos tikslas – kuo daugiau skatinti individo savirūpą ir padėti tiems, kurie negali savimi pasirūpinti. Savirūpa ugdo savigarbos jausmą. D. E. Orem teigia, kad pacientas pats turi pasirinkti tikslingus veiksmus, remdamasis įgytomis žiniomis, o ne vien akiai

vykdyti slaugytojo nurodymus, ji moko daugiau, negu įprasta, susitelkti ties stipriosiomis pacientų savybėmis (ištekliais). (Pukinskienė, 2011 p. 54-56).

Teorijos autoriaus teigimu, Esminiai modelio konceptai yra gyvenimo veikla, gyvenimo trukmė ir priklausomybės/nepriklausomybės sąsą.

Gyvenimo veiklas veikia penki faktoriai: 1) biologiniai; 2) psichologiniai; 3) sociokultūriniai; 4) aplinkos; 5) politiniai – ekonominiai. Gyvenimo veiklos skirstomos į dvylika kategorijų: saugios aplinkos palaikymas; bendravimas; kvėpavimas; valgymas ir gėrimas; tuštinimasis ir šlapinimasis; asmeninis švarinimasis ir rengimasis; kūno temperatūros reguliavimas; judėjimas; darbas ir žaidimas; lyties raiška; miegojimas; mirimas. Gyvenimo veiklos vertinamos, atsižvelgiant į jas veikiančius faktorius, priklausomybę/nepriklausomybę ir atsižvelgiant į gyvenimo tarpsnį, kuriame individas yra (Pukinskienė, 2011 p. 69-70).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristika

Tyrimas buvo atliktas Kauno miesto sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje stacionarizuojami pacientai, patyrę miokardo infarktą. 2020 m. rugsėjo 21 d. gavus KU SMF slaugos katedros Etikos komisijos leidimą raštu buvo kreiptasis į įstaigų administraciją su prašymu atlikti tyrimą. Gavus sveikatos priežiūros įstaigos leidimą tyrimas vykdytas du mėnesius (2020 metų rugsėjo 21 d. - lapkričio 30 d.).

Tyrimo atlikimui pasirinkta netikimybinė tikslinė imtis. Higienos instituto duomenimis (2019) teigiama, kad per 2018 metus užfiksuota 9224 ūmaus ir pakartotinio miokardo infarkto susirgimų atvejų visoje Lietuvoje. Higienos instituto duomenimis 2018 metais Kauno mieste 1014 atvejų per metus, per pusę metų – 507, per tris mėnesius - 254. Siekiant imties reprezentatyvumo buvo atliekama matematinė analizė. Imčiai apskaičiuoti naudojama Paniotto formulė.

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

Apskaičiavus imtį pagal I. Paniotto formulę nustatyta, kad tyrime reikia apkausti ne mažiau kaip 153 respondentų. Tyrimas buvo atliekamas per 2 mėnesius. Esant ekstremaliai situacijai Lietuvoje tyrimo imties išpildyti nepavyko.

Pagrindiniai respondentų atrankos kriterijai:

- Tiriamieji persirgę miokardo infarktu;
- Tiriamieji laisvu noru sutinka dalyvauti tyrime;
- Tiriamieji gydos stacionare.

Klausimynas SF-36 yra skirtas pacientams, jis siejamas su slaugos poreikių klausimynu, kurį pildė slaugytoja. Anketoms pasirinktas kodavimas, kad tarpusavyje susisietų slaugytojo

vertinimas ir paciento gyvenimo kokybė. Anketoms susieti buvo naudojama numeracija. Pacientui užpildžius SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną, slaugytoja vertino to paties paciento gyvybinės veiklas naudodamasi slaugos poreikių vertinimo lentele.

Anketas tyrimui dalyvavusiems respondentams išdalino tyrėja kartu su palatos slaugytoja, kuriai buvo paaiškinta kaip pildyti anketas. Prieš tyrimą respondentai buvo supažindinti su tyrimo eiga, tikslu, naudojamu instrumentu. Užtikrinamas konfidencialumas ir anonimiškumas. Tyrime dalyvavo respondentai išreiškę žodinį sutikimą.

Tyrimo metu planuota išdalinti apie 153 anketos.

Siplnybės

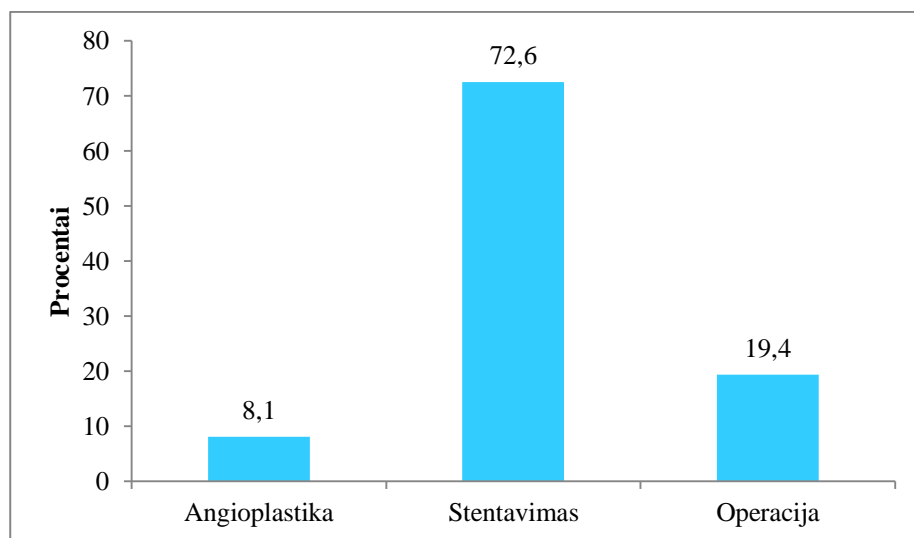
Dėl ekstremalios situacijos Lietuvoje, esant pandemijai, nepavyko išpildyti visų užsibrėžtų tikslų ir surinti planuoto skaičiaus respondentų. Tyrimo metu iš viso išdalintos 102 anketos, sugrąžintos 124 anketos (atsako dažnis 100 proc.). Statistiniai analizei tinkamos 124 anketos.

Tyrimo metu dalyvavo 124 pacientai, patyrę miokardo infarktą ir besigydanys stacionare. Iš jų daugiau nei pusė 56,5 proc. (n=70) buvo vyrai ir 43,5 proc. (n=54) moterys. Tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 67,29±11,13 metai. Jauniausiam buvo 45 metai, o vyriausiam net 92 metai. Daugiau nei trečdalis 38,7 proc. (n=48) pacientų persirgo miokardo infarktu prieš mėnesį, 27,4 proc. (n=34) persirgo prieš pusmetį, 22,6 proc. (n=28) prieš metus ir 11,3 proc. (n=14) persirgo jau daugiau nei prieš metus. Duomenys pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Pacientų charakteristika

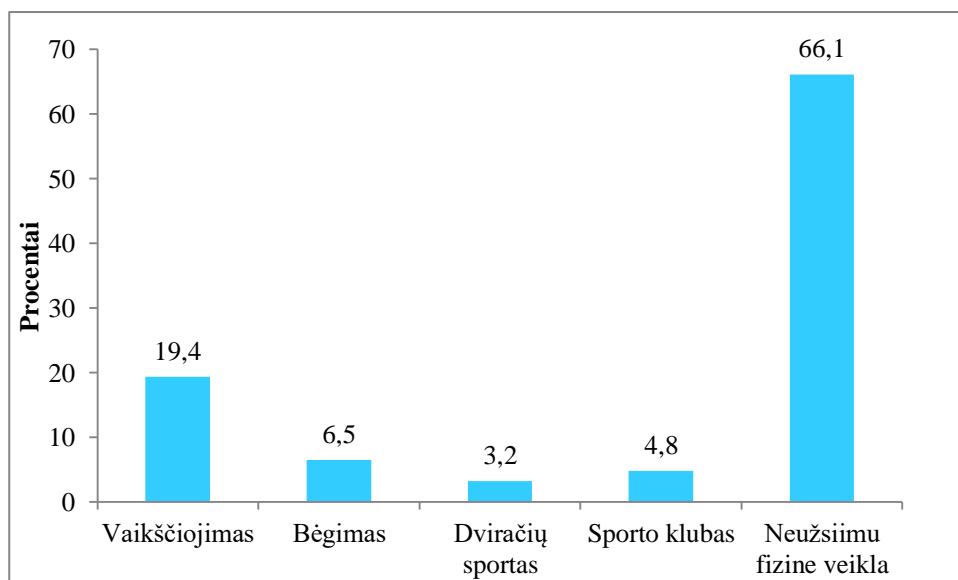
Amžiaus vidurkis (<i>m±SD</i>)	67,29±11,13
Lytis <i>proc. (n)</i>	
<i>Vyras</i>	56,5 (70)
<i>Moteris</i>	43,5 (54)
Sirgimo laikas <i>proc. (n)</i>	
<i>Prieš 1 mėn.</i>	38,7 (48)
<i>Prieš pusę metų</i>	27,4 (34)
<i>Prieš 1 metus</i>	22,6 (28)
<i>Daugiau nei prieš 1 metus</i>	11,3 (14)
Komplikacijos <i>proc. (n)</i>	
<i>Buvo</i>	29 (36)
<i>Nebuvo</i>	71 (88)

Net 29 proc. (n=36) pacientų nurodė, kad turėjo komplikacijų. Taip pat nustatyta, kad 72,6 proc. (n=90) pacientų buvo taikytas stentavimas, 19,4 proc. (n=24) buvo atliekama operacija ir 8,1 proc. (n=10) patyrus miokardo infarktą buvo taikyta angioplastika. Duomenys pateikti 3 paveiksle.



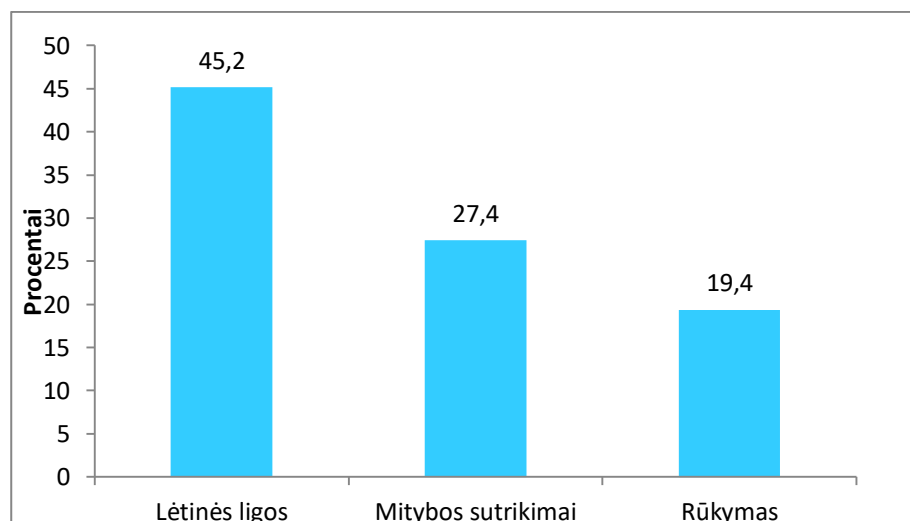
3 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal taikytas intervencines procedūras miokardo infarkto procese, procentais

Beveik du trečdaliai pacientų 66,1 proc. (n=82) persirgus miokardo infarktu nurodė, kad neužsiima jokia fizine veikla. Tačiau 19,4 proc. (n=24) užsiima vaikščiojimu, 6,5 proc. (n=8) bėgioja, 4,8 proc. (n=6) sportuoja sporto klubuose ir 3,2 proc. (n=4) užsiima dviračių sportu (4 pav.).



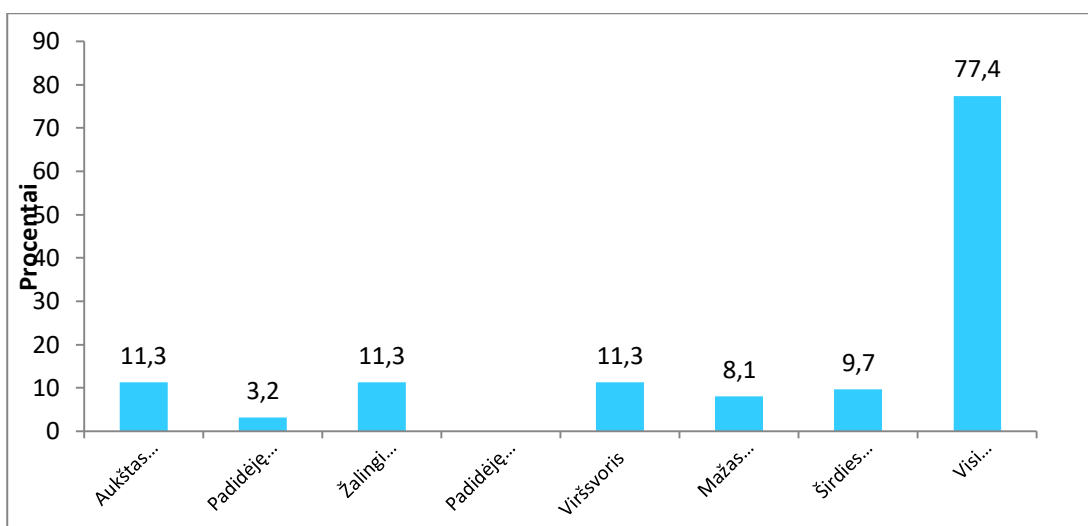
4 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal fizinę veiklą, procentais

Beveik pusė 45,2 proc. (n=56) pacientų, persirgusių miokardo infarktu, turi lėtinių ligų, 27,4 proc. (n=34) turi mitybos sutrikimų ir net 19,4 proc. (n=24) nurodė, kad rūko. Duomenys pateikti 5 paveiksle.



5 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal rizikos veiksnius, procentais

Tyrimo anketoje pacientų buvo klausiama, ar jie žino, kurie iš rizikos veiksnių kelia didžiausią riziką susirgti miokardo infarktu. Rezultatai parodė (6 pav.), kad po 11,3 proc. (n=14) pacientų mano, jog didžiausias rizikos veiksnys yra aukštas kraujo spaudimas, žalingi įpročiai ar viršsvoris. Taip pat 9,7 proc. (n=12) mano, kad tai širdies ligų paveldimumas, 8,1 proc. (n=10) mano, kad mažas fizinis krūvis ir 3,2 proc. (n=4) mano, kad padidėjęs cholesterolio kiekis. Tačiau didžioji dalis pacientų 77,4 proc. (n=96) mano, kad visi šie rizikos veiksniai yra svarbūs ir kelia didelę riziką susirgti miokardo infarktu.



6 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal žinias apie rizikos veiksnius, procentais

2.1.2. Tyrimo metodai

Mokslinės literatūros analizė. Informacija pateikta apie kitų mokslininkų atliktus tyrimus, jais remiantis analizuojama mokslinio darbo tema. Tarptautiniuose duomenų bazėse, ieškoma informacijos susijusio su darbo tema. Duomenų bazės: Medline, PubMed, Health Source, Nursing Academic Edition, EBSCOhost, Google Scholar, Science Direct, taip pat įvairiuose užsienio ir

Lietuvos moksliniuose žurnaluose: NEJM, British Medical Journal, SAGE Journals Online, Sveikatos mokslai ir kt., disertacijos bei knygos ir kt. Literatūros ieškota atsižvelgiant į darbo temą ir uždavinius. Mokslinės literatūros analizė taikyta, siekiant apibrėžti tyrimo sampratą bei metodus. Raktiniai žodžiai bei jų kombinacijos, kurie padėjo atlikti mokslinės literatūros paiešką: *myocardial infarction, quality of life after Myocardial infarction, miokardo infarktas, fizinis aktyvumas patyrus miokardo infarktą, įtaka psichoemocinei būklei ir kt.*

Kiekybinis tyrimas. Norint atskleisti pacientų, patyrusių miokardo infarktą gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajas pasirinktas kiekybinio tyrimo metodas. Kiekybinis tyrimas, tai struktūrizuotas, besiremiantis mokslinės problemos hipoteze tyrimas, kuriame taikant matematinius statistinės analizės metodus tyrimo duomenims apdoroti bei nagrinėjama reiškiniui aprašyti.

Statistinės analizės metodai. Tyrimo duomenų statistiniai analizei atlikti buvo naudojama SPSS (angl. *Statistical Package for Social Science*) programos 24.0 versija. Diagramoms atvaizduoti buvo naudojama *MS Excel 2010*. Prieš atliekant detalę statistinę analizę duomenys buvo pakartotinai patikrinti dėl mechanškai padarytų klaidų. Kintamųjų normalumui tikrinti buvo naudojamas Kolmogorovo – Smirnovo testas. Testai parodė, kad normalumo prielaida daugumai kintamųjų netenkinama, todėl darbe buvo naudojami neparametriniai testai. Gautų kintamųjų įvertinimui buvo naudojami aprašomosios statistikos metodai ir duomenys pateikiami procentais ir dažniais, bei naudojamas vidurkis ir standartinis nuokrypis ($m \pm SD$), mediana, minimali ir maksimali reikšmė.

Statistiškai reikšmingiems skirtumams tarp dviejų populiacijos grupių buvo taikytas Mann-Whitney (U), o tarp trijų ir daugiau - Kruskal-Wallis (χ^2) kriterijus ir jo reikšmingumas p. Taip pat kitas metodas naudotas ieškant nominalių kintamųjų pasiskirstymo skirtumams tarp populiacijos grupių (χ^2 testas). Ryšiams nustatyti Spearmano koreliacijos koeficientas r. Statistiškai patikima laikoma, kai $p < 0,05$.

Ryšio stiprumo interpretavimui buvo naudojama pasitelkus 3 lentelės įverčius (Janilionis, 2015).

3 lentelė. Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė (Janilionis, 2015)

Ryšio stiprumas	Koreliacijos koeficiento reikšmė
Labai stiprus ryšys	- 1 ir + 1
Stiprus ryšys	nuo - 1 iki - 0,7 ir nuo 0,7 iki 1
Vidutinis ryšys	nuo - 0,7 iki - 0,5 ir nuo 0,5 iki 0,7
Silpnas ryšys	nuo - 0,5 iki - 0,2 ir nuo 0,2 iki 0,5

Ryšio stiprumas	Koreliacijos koeficiento reikšmė
Labai silpnas ryšys	nuo - 0,2 iki 0 ir nuo 0 iki 0,2
Nėra ryšio	0

2.1.3 Tyrimo instrumentas

Norint išsiaiškinti pacientų patyrusių miokardo infarktą gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajas, taikytas anketinės apklausos metodas. Anketa prasideda nuo preambulės.

- Tyrimui naudotas „SF-36“ klausimynas. Jį sudaro 20 klausimų, kurie atspindi aštuonias gyvenimo sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių ir emocinių problemų, skausmą, bendrą sveikatos vertinimą, energingumą ir gyvybingumą, socialinę funkciją bei emocinę būklę. Šios gyvenimo sritys yra jungiamos į dvi sveikatos kategorijas – fizinę ir psichinę. Fizinei sveikatai vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, bendro sveikatos vertinimo sritys. Veiklos apribojimo dėl emocinės būklės, socialinių ryšių, energingumo ir gyvybingumo sritys skirtos psichinei sveikatai įvertinti. Atsakymai į klausimus vertinami balais. Kiekviena sritis, naudojant skaičiavimo algoritmą, vertinama nuo 0 iki 100. Kuo aukštesnis balų skaičius, tuo geresnė gyvenimo kokybė. Keli klausimai įtraukti nustatyti pagrindines demografines charakteristikas (amžius, lytis, lėtinės ligos, komplikacijos, intervencijos taikymas, fizinė veikla, rizikos veiksnių reikšmė, žalingi įpročiai). (SF-36 klausymą pildė pacientas).

Pacientų slaugos poreikių vertinime yra analizuojamos dvylika gyvybinių veiklų: Saugios aplinkos palaikymas, bendravimas, kvėpavimas, valgymas ir gėrimas, šlapinimasis ir tuštinimasis, asmens higiena ir apranga, kūno temperatūros reguliavimas, judėjimas ir transportas, laisvalaikio veikla, lyties raiška, miegas, paliatyviosios pagalbos poreikis. (Pacientų slaugos poreikius vertina slaugytojas).

Klausimynas SF-36 yra skirtas pacientams, jis siejamas su slaugos poreikių klausimynu, kurį pildė slaugytoja. Anketoms pasirinktas kodavimas, kad tarpusavyje susisietų slaugytojo vertinimas ir paciento gyvenimo kokybė. Anketoms susieti buvo naudojama numeracija, Pacientui užpildžius SF-36 gyvenimo kokybės klausimą, slaugytoja vertino to paties paciento gyvybinės veiklas naudodamasi slaugos poreikių vertinimo lentele.

Klausimyno patikimumas. Siekiant nustatyti naudotų skalių vidinį patikimumą (validumą) buvo paskaičiuotos Cronbacho alfos. Skalės patikimumas laikomas kaip priimtinas kuomet nustatyta alfa reikšmė yra lygi arba didesnė nei 0,7.

Klausimyne panaudotų skalių charakteristikos (klausimų skaičius bei skalės Cronbach'o alfos) pateiktos 4-oje lentelėje.

4 lentelė. Klausimynų skalių vidinis patikimumas

Skalės	N	Cronbacho alfa
SF-36	36	0,963

2.1.4 Tyrimo procesas ir eiga

Tyrimas buvo atliekamas aštuoniais etapais pagal tokią tyrimo eigos schemą (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 64):

I tyrimo proceso etapas: Temos pasirinkimas – 2019 09 / 2019 10. Mokslinio darbo tema: „Pacientų patyrusių miokardo infarktą gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajos, aptarta ir pasirinkta su mokslinio darbo vadovu. Išanalizavus svarbiausius temos aspektus, nuspręsta, kad ši tema tinkama magistrinio darbo tyrimui atlikti.

II tyrimo proceso etapas: Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas – 2019 10 / 2020 11. Mokslinės literatūros analizės metu buvo nagrinėjami ir palyginami kitų autorių tyrimai. Naudojamos tarptautinės duomenų bazės tokios kaip: *PubMed, Science Direct, Medline, Health Source, Nursing Academic Edition, EBSCOhost ir taip pat įvairiuose Lietuvos moksliniuose bei užsienio žurnaluose: Sveikatos mokslai, SAGE Journals Online ir kt., knygos bei disertacijose ir kt.* Teorinės dalies analizei buvo naudojami visateksčiai straipsniai lietuvių ir anglų kalbomis. Literatūra ieškota atsižvelgiant į darbo temą ir uždavinius. Raktiniai žodžiai bei jų kombinacijos, kurie padėjo atlikti mokslinės literatūros paiešką: *myocardial infarction, quality of life after Myocardial infarction, miokardo infarktas, fizinis aktyvumas patyrus miokardo infarktą, įtaka psichoemocinei būklei ir kt.* Ataskaitos rašymas buvo derinamas ir pateikiamas mokslinio darbo vadovui. Viso darbo rašymo metu vyko literatūros apžvalga.

III tyrimo proceso etapas: Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas – 2019 10 / 2020 03 tuo laikotarpiu buvo ieškoma klausimynų, kurie atitiktų mokslinio darbo temą, atskleistų tyrimo esmę. Tyrimo instrumentas sudarytas iš 9 sociodemografinių klausimų, kurie sudaryti tyrimo autorės ir 2-jų standartizuotų klausimynų. Iš žurnalo „Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija“ buvo gautas leidimas (3 priedas) naudotis SF-36 klausimynu. Naudotis slaugos poreikių vertinimo lentele buvo gautas leidimas iš LR SAM (4 priedas). Siekiant atlikti tyrimą, buvo kreiptasi į KU Sveikatos mokslų fakultetą Slaugos katedros Etikos komisiją dėl tyrimo instrumento patvirtinimo.

IV tyrimo proceso etapas: Tyrimo duomenų rinkimas – 2020 09 / 2020 11. Patvirtinus tyrimo instrumentą 2020.09.21 Etikos komisijos posėdyje, buvo kreiptasis į Kauno sveikatos priežiūros įstaigą. Tyrimas vykdytas du mėnesius (2020 metų rugsėjo 21d. – gruodžio 01d.). Anketas tyrime dalyvavusiems respondentams dalino tyrėja. Prieš tyrimą respondentai buvo supažindinti su tyrimo eiga, tikslu, naudojamu instrumentu, į visus iškilusius klausimus buvo atsakoma, užtikrinamas anonimiškumas ir konfidencialumas. Tyrime dalyvavo pacientai, išreiškę žodinį sutikimą dalyvauti tyrime. Klausimynas SF-36 yra skirtas pacientams, jis bus siejamas su slaugos poreikių klausimynu, kurį pildys slaugytoja. Anketoms pasirinktas kodavimas, kad tarpusavyje susisietų slaugytojo vertinimas ir paciento gyvenimo kokybė. Anketoms susieti bus naudojama numeracija. Pacientui užpildžius SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną, slaugytoja vertins to paties paciento gyvybinės veiklas naudodamasi slaugos poreikių vertinimo lentele.

V tyrimo proceso etapas: Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas - 2020 10 / 2020 11.

VI tyrimo proceso etapas: Tyrimo rezultatų palyginimas - 2020 11 / 2020 12. Tyrimo metu gauti duomenis buvo lyginami tarpusavyje bei su anksčiau atliktais ir pateiktais mokslinėje literatūroje duomenimis Lietuvoje bei užsienyje.

VII tyrimo proceso etapas: Išvadų ir rekomendacijų parengimas – 2020 11 / 2020 12. Išanalizavus gautus duomenis, buvo pateiktos išvados atitinkančios iškeltus uždavinius. Remiantis gautais tyrimo rezultatais suformuluotos rekomendacijos.

VIII tyrimo proceso etapas: Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas – 2020 11 / 2020 12. Darbas buvo atliktas konsultuojantis su baigiamojo darbo vadovu bei atliktas remiantis mokslo tiriamųjų darbų metodologijos reikalavimais (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014 p. 64).

2.1.5 Tyrimo etika

Gavus KU Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos patvirtinimą 2020.09.21 dėl tyrimo instrumento, kreiptasis į Kauno sveikatos priežiūros įstaigos administraciją, dėl leidimo atlikti tyrimą. Gavus įstaigos vadovo raštišką sutikimą, skyriaus vedėjo ir vyr. slaugos administratorės pritarimą vykdyti tyrimą, buvo pradėtas kiekybinio tyrimo atlikimas „Pacientų patyrusių miokardo infarktą gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajos“ etiniu aspektu.

Tyrimas buvo atliktas remiantis Helsinkio deklaracijoje, nurodytais etiniais principais (World Medical Association, 2018). Etiniai aspektai taikomi atliekant biomedicininis tyrimus su žmonėmis. Atliekant šį tyrimą buvo vadovaujama šiais etiniais principais: *autonomiškumo, konfidencialumo, anonimiškumas, nežalingumas*.

Autonomiškumas, tai pagrindinis etikos principas, kurio būtina laikytis, slaugos mokslo sferoje (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas 2014, p. 65). Stengiantis išlaikyti šį principą, labai svarbu suteikti reikiamą informaciją respondentui, kad jis galėtų laisvai pasirinkti dalyvauti ar nedalyvauti tyrime (Rogers, Bousingen, 2001).

Anonimiškumas yra svarbiausias užtikrinant, kad nebus atskleisti dalyvių ir tyrimo duomenys. Kiekybinio tyrimo metu, anketinę apklausą be vardų yra apsaugoti respondentų duomenys (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas 2014, p. 65).

Konfidencialumas būtinas, siekiant gauti respondento pasitikėjimą. Tik tokiu atveju tyrimo dalyviai, neatsisakys kalbėtis jautriomis temomis (Petrauskas, 2008). Būtina informuoti respondentus apie vykdančią tyrimą, kam bus naudojami duomenys (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas 2014, p. 65).

Nežalingumas užtikrinamas apsaugant respondentą nuo fizinės, moralinės ar materialinės žalos (Paukštytė, Gefenas 2010, p. 14).

Tyrimo metu taip pat laikomasis sąžiningumo principo. Mokslinių duomenų prasimanymas, klastojimas ar plagijavimas - etikos pažeidimai (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas 2014, p. 66).

Laikantis šių etikos principų, buvo nepažeisti klausimynų kūrėjų autorinės teisės.

2.2. Tyrimo rezultatai

2.2.2. Pacientų, persirgusių miokardo infarktu, gyvenimo kokybės vertinimas

Siekiant įvertinti pacientų, persirgusių miokardo infarktu, gyvenimo kokybę tyrime buvo naudojamas SF-36 klausimynas. Pagal šį klausimyną yra vertinamos 8 subskalės: *fizinė būklė, veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų, kūno skausmai, bendra sveikatos būklė, energingumas, socialinis funkcionavimas, veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų ir psichinė būklė*. Didžiausia galima balų suma – 100. Kuo balų daugiau – tuo geresnė gyvenimo kokybė arba atskiros dedamosios (fizinė ir psichoemocinė).

Tyrimas parodė (5 lentelė), kad pacientų fizinė būklė buvo 56,13±30,83 balai, veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų buvo 33,47±41,06 balai, kūno skausmų buvo 69,4±29,63 balai, bendra sveikatos būklė buvo 50±21,47 balai, energingumas buvo 56,94±18,86 balai, socialinis funkcionavimas buvo 60,32±27,96 balai, veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų buvo 62,9±42,97 balai, psichinė būklė buvo 65,42±16,84 balai, o vertinant bendrą gyvenimo kokybę – 56,82±23,67 balai.

5 lentelė. Pacientų, turinčių miego sutrikimų, gyvenimo kokybės skalių rezultatai

Skalė		Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Mediana	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė
<i>Fizinė sveikata</i>	Fizinė būklė	56,13	30,83	62,5	0	100
	Veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų	33,47	41,06	12,5	0	100
	Kūno skausmai	69,40	29,63	72,5	0	100
	Bendra sveikatos būklė	50	21,47	50	5	100
<i>Psichikos sveikata</i>	Energingumas	56,94	18,86	57,5	10	90
	Socialinis funkcionavimas	60,32	27,96	62,5	0	100
	Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	62,9	42,97	100	0	100
	Psichinė būklė	65,42	16,84	64	24	100
Gyvenimo kokybė		56,82	23,67	61,23	9,88	97,50

Galime teigti, kad pacientų, persirgusių miokardo infarktu, gyvenimo kokybė yra tik vidutiniška. Aukščiausiai įvertinti yra kūno skausmų, psichinės būklės ir veiklos apribojimų dėl emocinių sutrikimų rodikliai, o žemiausiais rodikliais pasižymi veiklos apribojimai dėl fizinių sutrikimų ir bendra sveikatos būklė, kuri vos siekia pusę galimų įvertinimo balų.

Siekiant nustatyti, kaip pacientų, persirgusių miokardo infarktu, amžius ir sirgimo laikas siejasi su pacientų gyvenimo kokybe buvo atlikta Spearmano koreliacinė analizė. Kaip matome iš 6 lentelės, nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai ($p < 0,05$).

Aptikti statistiškai reikšmingi pacientų amžiaus neigiami silpni ryšiai su kūno skausmais ($r = -0,396$; $p = 0,001$), energingumu ($r = -0,444$; $p < 0,001$), socialiniu funkcionavimu ($r = -0,456$; $p < 0,001$), veiklos apribojimais dėl emocinių sutrikimų ($r = -0,393$; $p = 0,002$), psichine būkle ($r = -0,335$; $p = 0,008$), vidutinio stiprumo ryšiai su veiklos apribojimais dėl fizinių apribojimų ($r = -0,534$; $p < 0,001$), bendra sveikatos būkle ($r = -0,582$; $p < 0,001$), bendra gyvenimo kokybe ($r = -0,630$; $p < 0,001$) ir stiprus ryšys su fizine būkle ($r = -0,764$; $p < 0,001$). Galime teigti, kad kuo pacientų, persirgusių miokardo infarktu, amžius yra mažesnis, tuo jų gyvenimo kokybė ir visi jos aspektai yra geresni.

Taip pat nustatyti teigiami statistiškai reikšmingi teigiami silpni ryšiai tarp pacientų persirgimo miokardo infarktu laikotarpiu ir jų fizinės būklės ($r = 0,255$; $p = 0,045$), kūno skausmų ($r = 0,485$; $p < 0,001$), bendros sveikatos būklės ($r = 0,280$; $p = 0,027$), energingumo ($r = 0,394$; $p = 0,002$), socialinio funkcionavimo ($r = 0,429$; $p = 0,001$), veiklos apribojimų dėl emocinių sutrikimų ($r = 0,449$; $p < 0,001$), psichinės sveikatos ($r = 0,319$; $p = 0,011$) ir bendros gyvenimo kokybės ($r = 0,428$; $p = 0,001$). Galime teigti, kad kuo persirgimo laikotarpis yra didesnis, jų gyvenimo kokybė yra geresnė.

6 lentelė. Gyvenimo kokybės ryšys su amžiumi ir sirgimo laiku

Sąsajos		Amžius	Sirgimo laikas
Fizinė būklė	r	-0,764**	0,255*
	p	<0,001	0,045
Veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų	r	-0,534**	0,233
	p	<0,001	0,068
Kūno skausmai	r	-0,396**	0,485**
	p	0,001	<0,001
Bendra sveikatos būklė	r	-0,582**	0,280*
	p	<0,001	0,027
Energingumas	r	-0,444**	0,394**
	p	<0,001	0,002
Socialinis funkcionavimas	r	-0,456**	0,429**
	p	<0,001	0,001
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	r	-0,393**	0,449**
	p	0,002	<0,001
Psichinė būklė	r	-0,335**	0,319*
	p	0,008	0,011
Gyvenimo kokybė	r	-0,630**	0,428**
	p	<0,001	0,001

r – Spearman koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, * - $< 0,05$, ** - $0,01$

Norint nustatyti ar turi įtakos turėtos miokardo infarkto komplikacijos pacientų gyvenimo kokybei buvo atlikta analizė (Mann-Whitney testai). Žemiau esančioje lentelėje pateikti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$). Analizuojant duomenis nustatyta, kad tų pacientų, kurie turėjo komplikacijų, fizinė būklė ($U=644$; $p < 0,001$), veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų ($U=1160$; $p=0,012$), kūno skausmai ($U=758$; $p < 0,001$), bendra sveikatos būklė ($U=710$; $p=0,001$), energingumas ($U=490$; $p < 0,001$), socialinis funkcionavimas ($U=722$; $p=0,001$), veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų ($U=750$; $p < 0,001$), psichinė būklė ($U=726$; $p=0,001$) ir bendra gyvenimo kokybė ($U=552$; $p < 0,001$) yra statistiškai reikšmingai prastesnė, negu pacientų, kurie komplikacijų neturėjo.

7 lentelė. Gyvenimo kokybės įverčių palyginimas pagal komplikacijas

Gyvenimo kokybė		m	SD	Vidutiniai rangai	U	p
Fizinė būklė	Buvo komplikacijų	33,89	26,92	36,39	644	<0,001
	Nebuvo	65,23	27,65	73,18		
Veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų	Buvo komplikacijų	16,67	28,03	50,72	1160	0,012
	Nebuvo	40,34	43,62	67,32		
Kūno skausmai	Buvo komplikacijų	51,25	25,07	39,56	758	<0,001
	Nebuvo	76,82	28,22	71,89		
Bendra sveikatos būklė	Buvo komplikacijų	36,11	17,28	38,22	710	<0,001
	Nebuvo	55,68	20,47	72,43		
Energingumas	Buvo komplikacijų	41,39	14,22	32,11	490	<0,001
	Nebuvo	63,30	16,74	74,93		
Socialinis funkcionavimas	Buvo komplikacijų	41,11	25,58	38,56	722	<0,001
	Nebuvo	68,18	25,04	72,30		
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	Buvo komplikacijų	31,48	39,8	39,33	750	<0,001
	Nebuvo	75,76	37,39	71,98		
Psichinė būklė	Buvo komplikacijų	54,00	15,78	38,67	726	<0,001
	Nebuvo	70,09	14,98	72,25		
Gyvenimo kokybė	Buvo komplikacijų	38,24	19,37	33,83	552	<0,001
	Nebuvo	64,42	20,98	74,23		

Statistiškai reikšmingi (kai $p < 0,05$) skirtumai paryškinti

Taip pat norint nustatyti ar turi įtakos skirtingos intervencinės procedūros pacientų gyvenimo kokybei buvo atlikta analizė (Kruskal-Wallis testai). Žemiau esančioje lentelėje pateikti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$). Analizuojant duomenis nustatyta, kad tų pacientų, kuriems buvo atlikta operacija, fizinė būklė ($\chi^2=29,237$; $p < 0,001$), veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų ($\chi^2=7,273$; $p=0,026$), kūno skausmai ($\chi^2=9,020$; $p=0,011$), bendra sveikatos būklė ($\chi^2=8,761$; $p=0,013$), energingumas ($\chi^2=19,84$; $p < 0,001$), socialinis funkcionavimas ($\chi^2=11,485$; $p=0,003$), psichinė būklė ($\chi^2=14,467$; $p=0,001$) ir bendra gyvenimo kokybė ($\chi^2=15,075$; $p=0,001$) yra statistiškai reikšmingai prastesnė, negu pacientų, kuriems buvo atliktas stentavimas ar angioplastika.

Norint nustatyti ar turi įtakos turėtos lėtinės ligos pacientų gyvenimo kokybei buvo atlikta analizė (Mann-Whitney testai). Žemiau esančioje lentelėje pateikti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$). Analizuojant duomenis nustatyta, kad tų pacientų, kurie turėjo lėtinių ligų, fizinė būklė ($U=396$; $p < 0,001$), veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų ($U=860$; $p < 0,001$), kūno skausmai ($U=704$; $p < 0,001$), bendra sveikatos būklė ($U=510$; $p < 0,001$), energingumas ($U=598$; $p < 0,001$), socialinis funkcionavimas ($U=664$; $p < 0,001$), veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų ($U=916$; $p < 0,001$), psichinė būklė ($U=726$; $p < 0,001$) ir bendra gyvenimo kokybė ($U=380$; $p < 0,001$) yra statistiškai reikšmingai prastesnė, negu pacientų, kurie lėtinių ligų neturėjo. Gyvenimo kokybės įverčių palyginimas pagal intervencines procedūras pateikiamas 8 lentelėje (1 priedas).

9 lentelė. Gyvenimo kokybės įverčių palyginimas pagal lėtines ligas

Gyvenimo kokybė		m	SD	Vidutiniai rangai	U	p
Fizinė būklė	Serga	33,04	26,78	35,57	396	<0,001
	Neserga	75,15	18,55	84,68		
Veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų	Serga	10,71	23,77	43,86	860	<0,001
	Neserga	52,21	42,92	77,85		
Kūno skausmai	Serga	51,70	27,24	41,07	704	<0,001
	Neserga	83,97	22,92	80,15		
Bendra sveikatos būklė	Serga	35,18	18,17	37,61	510	<0,001
	Neserga	62,21	15,51	83		
Energingumas	Serga	44,64	16,78	39,18	598	<0,001
	Neserga	67,06	13,83	81,71		
Socialinis funkcionavimas	Serga	42,59	26,12	40,36	664	<0,001
	Neserga	74,93	19,9	80,74		
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	Serga	39,29	42,22	44,86	916	<0,001
	Neserga	82,35	32,82	77,03		
Psichinė būklė	Serga	55,29	16,29	41,46	726	<0,001
	Neserga	73,76	12,1	79,82		
Gyvenimo kokybė	Serga	39,05	18,51	35,29	380	<0,001
	Neserga	71,45	16,32	84,91		

Statistiškai reikšmingi (kai $p < 0,05$) skirtumai paryškinti

Taip pat norint nustatyti ar turi įtakos mitybos sutrikimai pacientų gyvenimo kokybei buvo atlikta analizė (Mann-Whitney testai). Žemiau esančioje lentelėje pateikti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$). Analizuojant duomenis nustatyta, kad tų pacientų, kurie turėjo mitybos sutrikimų, fizinė būklė ($U=1146$; $p=0,031$), veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų ($U=956$; $p=0,001$), bendra sveikatos būklė ($U=848$; $p < 0,001$), energingumas ($U=1148$; $p=0,032$), socialinis funkcionavimas ($U=1110$; $p=0,018$) ir bendra gyvenimo kokybė ($U=996$; $p=0,003$) yra statistiškai reikšmingai prastesnė, negu pacientų, kurie mitybos sutrikimų neturėjo.

10 lentelė. Gyvenimo kokybės įverčių palyginimas pagal mitybos sutrikimus

Gyvenimo kokybė		m	SD	Vidutiniai rangai	U	p
Fizinė būklė	Turi	45,88	32,81	51,21	1146	0,031
	Neturi	60,00	29,32	66,77		
Veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų	Turi	11,76	21,53	45,62	956	0,001
	Neturi	41,67	43,7	68,88		
Kūno skausmai	Turi	63,38	32,67	55,91	1306	0,197
	Neturi	71,67	28,26	64,99		
Bendra sveikatos būklė	Turi	37,35	19,86	42,44	848	<0,001
	Neturi	54,78	20,17	70,08		
Energingumas	Turi	49,71	19,81	51,26	1148	0,032
	Neturi	59,67	17,84	66,74		
Socialinis funkcionavimas	Turi	49,12	30,65	50,15	1110	0,018
	Neturi	64,56	25,81	67,17		
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	Turi	54,90	46,34	56,5	1326	0,210
	Neturi	65,93	41,5	64,77		
Psichinė būklė	Turi	60,47	18,99	54,62	1262	0,131
	Neturi	67,29	15,67	65,48		
Gyvenimo kokybė	Turi	46,57	23,15	46,79	996	0,003
	Neturi	60,69	22,82	68,43		

Statistiškai reikšmingi (kai $p < 0,05$) skirtumai paryškinti

Taigi, galime teigti, kad pacientams, kurie persirgę miokardo infarktu, amžius, sirgimo laikas, komplikacijos, lėtinės ligos ir mitybos sutrikimai turi reikšmingos įtakos jų gyvenimo kokybei. Tačiau fizinis aktyvumas ir rūkymas gyvenimo kokybei įtakos neturi ($p > 0,05$).

2.2.3. Pacientų, persirgusių miokardo infarktu, gyvenimo kokybės vertinimas slaugytojų požiūriu

Sekančioje tyrimo dalyje pacientus, persirgusius miokardo infarktu, vertino slaugytojai pildydami slaugos poreikių vertinimo formą pagal 12 gyvybinių veiklų.

Saugios aplinkos palaikymo gyvybinė veikla. Šioje veikloje vertinti 7 slaugos poreikiai: savirūpa, rega, klausa, koordinacija, pusiausvyra, orientacija, namų aplinkos pritaikymas. Nustatyta, kad 25,8 proc. pacientų, persirgusių miokardo infarktu, iš dalies apsitarnauja patys ir 6,5 proc. patys visiškai neapsitarnauja. Vertinant regos būklę 62,9 proc. pacientų reikalingi akiniai. Taip pat nustatyta, kad 4,8 proc. blogai girdi ir 16,1 proc. turi klausos aparatą. Beveik trečdaliui pacientų (30,6 proc.) yra sutrikusi koordinacija, pusiausvyra (30,6 proc.) ir 14,5 proc. sutrikusi orientacija.

Analizuojant namų aplinkos pritaikymo poreikį, nustatyta, kad 25,8 proc. pacientų reikia pagalbinių priemonių.

11 lentelė. Saugios aplinkos palaikymo gyvybinės veiklos vertinimas

Savirūpa	Rega	Klausa	Koordinacija	Pusiausvyra	Orientacija	Namų aplinkos pritaikymas
<i>Apsitarnauja patys (67,7 proc.)</i>	<i>Akiniai nereikalingi (37,1 proc.)</i>	<i>Girdi gerai (79 proc.)</i>	<i>Sutrikusi (30,6 proc.)</i>	<i>Sutrikusi (30,6 proc.)</i>	<i>Sutrikusi (14,5 proc.)</i>	<i>Pagalbinių priemonių nereikia (74,2 proc.)</i>
<i>Iš dalies apsitarnauja patys (25,8 proc.)</i>	<i>Akiniai reikalingi (62,9 proc.)</i>	<i>Girdi blogai (4,8 proc.)</i>	<i>Nesutrikusi (69,4 proc.)</i>	<i>Nesutrikusi (69,4 proc.)</i>	<i>Nesutrikusi (85,5 proc.)</i>	<i>Pagalbinių priemonių reikia (25,8 proc.)</i>
<i>Pats visiškai neapsitarnauja (6,5 proc.)</i>		<i>Turi klausos aparatą (16,1 proc.)</i>				

Rezultatai parodė, kad vyrams reikšmingai dažniau (37,1 proc.) reikia pagalbinių priemonių namų aplinkos pritaikymui, negu moterims (11,1 proc.) ($\chi^2=10,789$; $p=0,001$). Taip pat nustatyta, kad visiems pacientams, kurie visiškai neapsitarnauja patys, buvo miokardo infarkto komplikacijų ($\chi^2=29,154$; $p<0,001$). Nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo komplikacijų, buvo sutrikusi koordinacija (72,2 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (13,6 proc.) ($\chi^2=41,258$; $p<0,001$). Tas pats pastebima ir su pusiausvyra, bei orientacija. Reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo komplikacijų, buvo sutrikusi pusiausvyra (61,1 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (18,2 proc.) ($\chi^2=22,153$; $p<0,001$). Pastebėta, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo komplikacijų, buvo sutrikusi orientacija (38,9 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (4,5 proc.) ($\chi^2=24,284$; $p<0,001$).

Tyrimu nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo komplikacijų, reikia pagalbinių priemonių (50 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (15,9 proc.) ($\chi^2=15,508$; $p<0,001$). Taip pat nustatyta, kad dažniau pagalbinių priemonių reikia pacientams, kuriems atlikta operacija (66,7 proc.), negu tiems, kuriems atlikta angioplastika (20 proc.) ar stentavimas (15,6 proc.) ($\chi^2=26,043$; $p<0,001$).

Išanalizavus rezultatus paaiškėjo, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turi lėtinių ligų (50 proc.), apsitarnauja patys tik dalinai, negu tie, kurie lėtinių ligų neturi (5,9 proc.) ($\chi^2=48,339$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientams, kurie turi lėtinių ligų (89,3 proc.), reikalingi akiniai, negu tiems, kurie lėtinių ligų neturi (41,2 proc.) ($\chi^2=30,40$; $p<0,001$).

Bendravimo gyvybinė veikla. Analizuojant šią veiklą galime teigti, kad ją gali įtakoti aukščiau išanalizuoti klausos, regos sutrikimai, tačiau bendravimui palaikyti yra svarbi ir sąmonė, gebėjimas mąstyti, jaučiamas nerimas ar baimė. Iš rezultatų matyti, kad 17,7 proc. pacientų

bendravimas yra iš dalies sutrikęs ir 1,6 proc. jis visiškai sutrikęs, o 12,9 proc. pritemusi ir sąmonė. Taip pat 19,4 proc. pacientų jau praradę gebėjimą mąstyti.

Tyrimas parodė, kad 35,5 proc. pacientų jaučia nerimą, baimę, 33,9 proc. jaučia liūdesį ir 3,2 proc. yra net agresyvūs, negatyvūs. Vertinant pacientų žinių apie savo ligą, sveikatą ir slaugą pakankamumą, beveik trečdalis (30,6 proc.) turi geras žinias, 4,8 proc. žinios yra nepakankamos ir 64,5 proc. turi pakankamas žinias apie ligą.

12 lentelė. Bendravimo gyvybinės veiklos vertinimas

Bendravimas	Sąmonė	Gebėjimas mąstyti	Nerimas, baimė	Agresyvumas, negatyvumas	Liūdesys	Žinios apie ligą
<i>Normalus (80,6 proc.)</i>	<i>Nesutrikusi (87,1 proc.)</i>	<i>Yra (80,6 proc.)</i>	<i>Yra (35,5 proc.)</i>	<i>Yra (3,2 proc.)</i>	<i>Yra (33,9 proc.)</i>	<i>Geros (30,6 proc.)</i>
<i>Iš dalies sutrikęs (17,7 proc.)</i>	<i>Pritemosi (12,9 proc.)</i>	<i>Nėra (19,4 proc.)</i>	<i>Nėra (64,5 proc.)</i>	<i>Nėra (96,8 proc.)</i>	<i>Nėra (66,1 proc.)</i>	<i>Pakankamos (64,5 proc.)</i>
<i>Visiškai sutrikęs (1,6 proc.)</i>						<i>Nepakankamos (4,8 proc.)</i>

Nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo komplikacijų, jaučia nerimą, baimę (55,6 proc.), negu tie, kurie komplikacijų neturėjo (27,3 proc.) ($\chi^2=8,927$; $p=0,004$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo komplikacijų jaučia liūdesį (61,1 proc.), negu tie, kurie jų neturėjo (22,7 proc.) ($\chi^2=16,805$; $p<0,001$).

Rezultatai parodė, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, neturi gebėjimo mąstyti ir priimti sprendimus (35,7 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (5,9 proc.) ($\chi^2=17,509$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, jaučia nerimą, baimę (57,1 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (17,6 proc.) ($\chi^2=20,926$; $p<0,001$). Nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, jaučia liūdesį (50 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (20,6 proc.) ($\chi^2=11,860$; $p=0,001$).

Kvėpavimo gyvybinė veikla. Šioje gyvybinėje veikloje vertinamas kosulys, dusulys, skrepliavimas ir krūtinės skausmai. 45,2 proc. pacientų jautė dusulį, o 1,6 proc. jis net yra varginantis. Taip pat 25,8 proc. pacientų kosti ir 3,2 proc. vargina kosulys. Vertinant skrepliavimą, trečdalis (33,9 proc.) pacientų skrepliavo ir net 62,9 proc. jautė krūtinės skausmus.

13 lentelė. Kvėpavimo gyvybinės veiklos vertinimas

Dusulys	Kosulys	Skrepliavimas	Krūtinės skausmas
<i>Nėra (53,2 proc.)</i>	<i>Nėra (71 proc.)</i>	<i>Yra (33,9 proc.)</i>	<i>Yra (62,9 proc.)</i>
<i>Yra (45,2 proc.)</i>	<i>Yra (25,8 proc.)</i>	<i>Nėra (66,1 proc.)</i>	<i>Nėra (37,1 proc.)</i>
<i>Varginantis (1,6 proc.)</i>	<i>Varginantis (3,2 proc.)</i>		

Tyrimu nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientus, kurie turėjo komplikacijų, vargino dusulys (72,2 proc.), negu tuos, kurie komplikacijų neturėjo (34,1 proc.) ($\chi^2=22,275$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientus, kurie turėjo komplikacijų, vargino skrepliavimas (55,6 proc.),

negu tuos, kurie komplikacijų neturėjo (25 proc.) ($\chi^2=10,649$; $p=0,002$). Rezultatai parodė, kad reikšmingai dažniau pacientus, kurie turėjo komplikacijų, vargino krūtinės skausmas (83,3 proc.), negu tuos, kurie komplikacijų neturėjo (54,5 proc.) ($\chi^2=9,073$; $p=0,004$).

Nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientus, kurie turėjo lėtinių ligų, vargino dusulys (67,9 proc.), negu tuos, kurie ligų neturėjo (26,5 proc.) ($\chi^2=25,738$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientus, kurie turėjo lėtinių ligų, vargino skrepliavimas (50 proc.), negu tuos, kurie ligų neturėjo (20,6 proc.) ($\chi^2=11,860$; $p=0,001$).

Rezultatai parodė, kad reikšmingai dažniau pacientus, kurie neužsiima fizine veikla, vargino kosulys (36,6 proc.), negu tuos, kurie užsiimdavo fizine veikla (4,8 proc.) ($\chi^2=18,220$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientus, kurie turėjo mitybos sutrikimų, vargino skrepliavimas (64,7 proc.), negu tuos, kurie sutrikimų neturėjo (22,2 proc.) ($\chi^2=19,885$; $p<0,001$).

Valgymo ir gėrimo gyvybinė veikla. Tyrimo rezultatai parodė, kad 22,6 proc. pacientų reikalinga dalinė pagalba valgant ar geriant, o 3,2 proc. reikalinga visiška pagalba. Didžiajai daliai (72,6 proc.) pacientų apetitas nustatytas geras, tačiau 27,4 proc. turėjo blogą apetitą. Taip pat nustatyta, kad 8,1 proc. pacientų vemiam ir 8,1 proc. sutrikęs rijimas. Rezultatai parodė, kad 19,4 proc. pacientų pykina, o daugiau kaip pusei (58,1 proc.) džiūsta burna ir 1,6 proc. turi burnos infekcijų. Nustatyta, kad net 48,4 proc. pacientų turi dantų protezus.

14 lentelė. Valgymo ir gėrimo gyvybinės veiklos vertinimas

Valgo, geria	Apetitas	Pykinimas	Vėmimas	Rijimas	Burnos džiuvimas	Burnos infekcija	Dantų protezai
<i>Pats (74,2 proc.)</i>	<i>Geras (72,6 proc.)</i>	<i>Yra (19,4 proc.)</i>	<i>Nėra (91,9 proc.)</i>	<i>Nesutrikęs (91,9 proc.)</i>	<i>Nėra (41,9 proc.)</i>	<i>Nėra (98,4 proc.)</i>	<i>Neturi (51,6 proc.)</i>
<i>Reikalinga dalinė pagalba (22,6 proc.)</i>	<i>Blogas (27,4 proc.)</i>	<i>Nėra (80,6 proc.)</i>	<i>Yra (8,1 proc.)</i>	<i>Sutrikęs (8,1 proc.)</i>	<i>Yra (58,1 proc.)</i>	<i>Yra (1,6 proc.)</i>	<i>Turi (48,4 proc.)</i>
<i>Reikalinga visiška pagalba (3,2 proc.)</i>							

Tyrimas parodė, kad dažniau reikalinga dalinė pagalba valgant, geriant pacientams, kuriems atlikta operacija (58,3 proc.), negu tiems, kuriems atlikta angioplastika (20 proc.) ar stentavimas (13,3 proc.) ($\chi^2=26,289$; $p<0,001$). Taip pat nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo komplikacijų, turėjo blogą apetitą (50 proc.), negu tie, kurie komplikacijų neturėjo (18,2 proc.) ($\chi^2=12,997$; $p=0,001$). Nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo komplikacijų, turėjo burnos džiuvimą (83,3 proc.), negu tie, kurie komplikacijų neturėjo (47,7 proc.) ($\chi^2=13,302$; $p<0,001$). Pastebėta, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo

kompliakacijų, turėjo dantų protezus (88,9 proc.), negu tie, kurie kompliakacijų neturėjo (31,8 proc.) ($\chi^2=33,320$; $p<0,001$).

Rezultatai parodė, kad dažniau vargino vėmimas pacientus, kuriems atlikta angioplastika (40 proc.), negu tuos, kuriems atlikta operacija (0 proc.) ar stentavimas (6,7 proc.) ($\chi^2=16,098$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, turėjo burnos džiuvimą (75 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (44,1 proc.) ($\chi^2=12,028$; $p=0,001$). Nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo mitybos sutrikimų, turėjo sutrikusį rijimą (23,5 proc.), negu tie, kurie sutrikimų neturėjo (2,2 proc.) ($\chi^2=15,111$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo mitybos sutrikimų, turėjo dantų protezus (76,5 proc.), negu tie, kurie sutrikimų neturėjo (37,8 proc.) ($\chi^2=14,794$; $p<0,001$).

Šlapinimosi ir tuštinimosi gyvybinė veikla. Tyrimu nustatyta, kad 1,6 proc. pacientų, persirgusių miokardo infarktu, šlapinimasis yra skausmingas, 3,2 proc. šlapinimasis pasunkėjęs, o 21 proc. pacientų šlapinasi dažnai. Analizuojant duomenis paaiškėjo, kad 19,4 proc. pacientų turi vidurių užkietėjimo problemų, o 17,7 proc. tuštinasi skausmingai. Taip pat 3,2 proc. pacientų viduriuoja ir 4,8 proc. pacientų turi suformuotą stomą, o 22,6 proc. jaučia meteorizmą.

15 lentelė. Šlapinimosi ir tuštinimosi gyvybinės veiklos vertinimas

Šlapinimosi s	Šlapimo nelaikymas	Vidurių užkietėjimas	Tuštinimosi s	Viduriavimas	Stoma	Meteorizmas
Nesutrikęs (74,2 proc.)	Nėra (82,3 proc.)	Yra (19,4 proc.)	Nesutrikęs (82,3 proc.)	Nėra (95,2 proc.)	Nėra (95,2 proc.)	Nėra (77,4 proc.)
Skausmingas (1,6 proc.)	Yra (17,7 proc.)	Nėra (80,6 proc.)	Skausmingas (17,7 proc.)	Yra (3,2 proc.)	Yra (4,8 proc.)	Yra (22,6 proc.)
Pasunkėjęs (3,2 proc.)				3-5 k./d. (1,6 proc.)		
Dažnas (21 proc.)						

Tyrimas parodė, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo lėtinių ligų, šlapinimasis buvo dažnas (35,7 proc.), negu tiems, kurie ligų neturėjo (8,8 proc.) ($\chi^2=21,096$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo kompliakacijų, turėjo meteorizmą (50 proc.), negu tie, kurie kompliakacijų neturėjo (11,4 proc.) ($\chi^2=21,816$; $p<0,001$). Tyrimas parodė, kad dažniau vargina šlapimo nelaikymas pacientus, kuriems atlikta operacija (41,7 proc.), negu tiems, kuriems atlikta angioplastika (20 proc.) ar stentavimas (11,1 proc.) ($\chi^2=12,159$; $p=0,002$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, turėjo šlapimo nelaikymą (32,1 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (5,9 proc.) ($\chi^2=14,511$; $p<0,001$).

Rezultatai parodė, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, tuštinosi skausmingai (32,1 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (5,9 proc.) ($\chi^2=14,511$; $p<0,001$). Taip pat

reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, turėjo vidurių užkietėjimą (35,7 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (5,9 proc.) ($\chi^2=17,509$; $p<0,001$). Nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo mitybos sutrikimų, turėjo vidurių užkietėjimą (41,2 proc.), negu tie, kurie sutrikimų neturėjo (11,1 proc.) ($\chi^2=14,291$; $p=0,001$). Išanalizavus rezultatus paaiškėjo, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo mitybos sutrikimų, tuštinosi skausmingai (41,2 proc.), negu tie, kurie sutrikimų neturėjo (8,9 proc.) ($\chi^2=17,628$; $p<0,001$).

Asmens švarinimosi ir rengimosi gyvybinė veikla. Tai atskira higienos dalis, kuri tiria kūno, drabužių, avalynės priežiūrą, buitines bei aplinkos sąlygas ir nustato normas bei taisykles, atitinkančias asmens amžiaus anatomines-fiziologines savybes, padedančias išsaugoti sveikatą ir sudaryti higieninio elgesio įpročius.

Tyrimas atskleidė, kad 80,6 proc. pacientų viso kūno higieninė būklė yra gera, 17,7 proc. tik patenkinama ir 1,6 proc. yra bloga. Taip pat 67,7 proc. pacientų odos būklė įvertinta kaip gera ir 32,3 proc. tik patenkinama. Apie 8,1 proc. pacientų turi pragulų ir 14,5 proc. turi kitų odos žaizdų. Nustatyta, kad 17,7 proc. pacientų reikalinga dalinė asmens higienos pagalba ir 4,8 proc. reikalinga visiška pagalba. Taip pat 17,7 proc. pacientų apsirengiant reikalinga tik dalinė pagalba, o 4,8 proc. reikalinga visiška pagalba. Odos ir jos priedų parazitų neturi nė vienas pacientas.

Rezultatai parodė, kad 69,4 proc. pacientų žinias apie asmens higieną turi geras, 27,4 proc. tik pakankamas, o 3,2 proc. pacientų žinios yra nepakankamos.

16 lentelė. Asmens švarinimosi ir rengimosi gyvybinės veiklos vertinimas

Viso kūno higieninė būklė	Odos būklė	Pragulos	Kitos odos žaizdos	Asmens higiena rūpinasi	Apsirengia	Odos ir jos priedų parazitai	Žinios apie asmens higieną
<i>Gera (80,6 proc.)</i>	<i>Gera (67,7 proc.)</i>	<i>Nėra (91,9 proc.)</i>	<i>Nėra (85,5 proc.)</i>	<i>Pats (77,4 proc.)</i>	<i>Pats (77,4 proc.)</i>	<i>Nėra (100 proc.)</i>	<i>Geros (69,4 proc.)</i>
<i>Patenkinama (17,7 proc.)</i>	<i>Patenkinama (32,3 proc.)</i>	<i>Yra (8,1 proc.)</i>	<i>Yra (14,5 proc.)</i>	<i>Reikalinga dalinė pagalba (17,7 proc.)</i>	<i>Reikalinga dalinė pagalba (17,7 proc.)</i>		<i>Pakankamos (27,4 proc.)</i>
<i>Bloga (1,6 proc.)</i>				<i>Reikalinga visiška pagalba (4,8 proc.)</i>	<i>Reikalinga visiška pagalba (4,8 proc.)</i>		<i>Nepakankamos (3,2 proc.)</i>

Rezultatai parodė, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo komplikacijų, turėjo pragulų (22,2 proc.), negu tie, kurie komplikacijų neturėjo (2,3 proc.) ($\chi^2=13,714$; $p=0,001$). Taip pat nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, turėjo tik patenkinamą odos būklę (53,6 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (14,7 proc.) ($\chi^2=21,228$; $p<0,001$). Nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo lėtinių ligų, buvo reikalinga dalinė asmens

higienos pagalba (39,3 proc.), negu tiems, kurie ligų neturėjo (0 proc.) ($\chi^2=43,917$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo lėtinių ligų, buvo reikalinga dalinė pagalba apsirengiant (39,3 proc.), negu tiems, kurie ligų neturėjo (0 proc.) ($\chi^2=43,917$; $p<0,001$).

Tyrimu nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie neužsiima fizine veikla, turėjo tik patenkinamą odos būklę (41,5 proc.), negu tie, kurie fizine veikla užsiima (14,3 proc.) ($\chi^2=9,388$; $p=0,002$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo mitybos sutrikimų, turėjo pragulų (23,5 proc.), negu tie, kurie sutrikimų neturėjo (2,2 proc.) ($\chi^2=15,111$; $p<0,001$).

Kūno temperatūros reguliavimo gyvybinė veikla. Rezultatai parodė, kad 87,1 proc. pacientų kūno temperatūra buvo normali, 8,1 proc. temperatūra buvo padidėjusi ir 4,8 proc. buvo sumažėjusi. Taip pat visi pacientai buvo adekvatūs apsirengimui pagal kambario temperatūrą ir pati kambario temperatūra buvo visiems adekvati.

17 lentelė. Kūno temperatūros reguliavimo gyvybinės veiklos vertinimas

Temperatūra	Kambario temperatūra	Adekvatus apsirengimas kambario temperatūrai
<i>Normali (87,1 proc.)</i>	<i>Adekvati (100 proc.)</i>	<i>Taip (100 proc.)</i>
<i>Padidėjusi (8,1 proc.)</i>		
<i>Sumažėjusi (4,8 proc.)</i>		

Rezultatai parodė, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie neturėjo komplikacijų, turėjo normalią kūno temperatūrą (97,7 proc.), negu tie, kurie komplikacijų turėjo (61,1 proc.) ($\chi^2=31,208$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, turėjo padidėjusią kūno temperatūrą (17,9 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (0 proc.) ($\chi^2=22,307$; $p<0,001$).

Judėjimo ir transportavimo gyvybinė veikla. Šioje veikloje vertinta paciento gebėjimas judėti, pagalbinių priemonių poreikis, silpnumas bei vertinta ar yra griuvimo rizika. Nustatyta, kad 21 proc. pacientų reikalinga judėjimo pagalba, o 1,6 proc. visiškai nejuda. Taip pat 25,8 proc. pacientų pagalbinių priemonių, palengvinančių judėjimą poreikis reikalingas. Išanalizavus rezultatus nustatyta, kad 48,4 proc. jaučia silpnumą, kuris apsunkina judėjimą ir 48,4 proc. pacientų turi riziką nugriūti.

18 lentelė. Judėjimo ir transportavimo gyvybinės veiklos vertinimas

Juda	Pagalbinių priemonių poreikis	Silpnumas	Griuvimo rizika
<i>Pats (77,4 proc.)</i>	<i>Nėra (74,2 proc.)</i>	<i>Nėra (51,6 proc.)</i>	<i>Nėra (51,6 proc.)</i>
<i>Reikalinga pagalba (21 proc.)</i>	<i>Yra (25,8 proc.)</i>	<i>Yra (48,4 proc.)</i>	<i>Yra (48,4 proc.)</i>
<i>Visiškai nejuda (1,6 proc.)</i>			

Tyrimas parodė, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo komplikacijų, buvo reikalinga judėjimo pagalba (38,9 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (13,6 proc.) ($\chi^2=15,791$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo komplikacijų, buvo

reikalingos pagalbinės priemonės (50 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (15,9 proc.) ($\chi^2=15,508$; $p<0,001$) bei reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo komplikacijų, jautė silpnumą (83,3 proc.), negu tie, kurie komplikacijų neturėjo (34,1 proc.) ($\chi^2=24,806$; $p<0,001$). Rezultatai atskleidė, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo komplikacijų, buvo griuvimo rizika (88,9 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (31,8 proc.) ($\chi^2=33,320$; $p<0,001$).

Nustatyta, kad dažniau reikalinga pagalba judant pacientams, kuriems atlikta operacija (58,3 proc.), negu tiems, kuriems atlikta angioplastika (0 proc.) ar stentavimas (13,3 proc.) ($\chi^2=36,591$; $p<0,001$). Taip pat dažniau buvo griuvimo rizika pacientams, kuriems atlikta operacija (91,7 proc.), negu tiems, kuriems atlikta angioplastika (60 proc.) ar stentavimas (35,6 proc.) ($\chi^2=24,474$; $p<0,001$).

Rezultatai parodė, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo lėtinių ligų, buvo reikalinga judėjimo pagalba (46,4 proc.), negu tiems, kurie ligų neturėjo (0 proc.) ($\chi^2=43,917$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo lėtinių ligų, buvo reikalingos pagalbinės priemonės (53,6 proc.), negu tiems, kurie jų neturėjo (2,9 proc.) ($\chi^2=41,115$; $p<0,001$) bei reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, jautė silpnumą (71,4 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (29,4 proc.) ($\chi^2=21,709$; $p<0,001$). Rezultatai atskleidė, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo lėtinių ligų, buvo griuvimo rizika (82,1 proc.), negu tiems, kurie jų neturėjo (20,6 proc.) ($\chi^2=46,592$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo mitybos sutrikimų, jautė silpnumą (70,6 proc.), negu tie, kurie sutrikimų neturėjo (40 proc.) ($\chi^2=9,245$; $p=0,003$) ir reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo mitybos sutrikimų, turėjo griuvimo riziką (76,5 proc.), negu tie, kurie sutrikimų neturėjo (37,8 proc.) ($\chi^2=14,794$; $p<0,001$).

Laisvalaikio ir lyties raiškos gyvybinė veikla. Tyrimas atskleidė, kad 75,8 proc. pacientų turi poreikį laisvalaikiui ir užimtumui. Tyrime taip pat buvo vertinamas ir pacientų šeimyninis statusas. Kaip atskleidė tyrimo duomenys, 58,1 proc. pacientų buvo vedę/ištekėjusios, 24,2 proc. buvo našliai/-ės, 4,8 proc. buvo išsiskyrę ir 12,9 proc. buvo vieniši.

19 lentelė. Laisvalaikio ir lyties raiškos gyvybinės veiklos vertinimas

Laisvalaikio užimtumo poreikis	Lyties raiška
<i>Yra (75,8 proc.)</i>	<i>Vedęs/ištekėjusi (58,1 proc.)</i>
<i>Nėra (24,2 proc.)</i>	<i>Našlys/našlė (24,2 proc.)</i>
	<i>Išsiskyręs/-usi (4,8 proc.)</i>
	<i>Vienišas/-a (12,9 proc.)</i>

Tyrimas parodė, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo komplikacijų, neturėjo laisvalaikio užimtumo poreikio (44,4 proc.), negu tie, kurie sutrikimų neturėjo (15,9 proc.) ($\chi^2=11,343$; $p=0,002$).

Miego gyvybinė veikla. Miegas svarbus asmens gyvenimo kokybės palaikymo elementas. Miego gyvybinės veiklos vertinime yra svarbu sužinoti: ar pacientas vartoja vaistus dėl miego, prabudimo naktį arba anksti ryte dažnumą bei ar miegas yra sutrikęs ar nėra sutrikęs.

Tyrimas parodė, kad 37,1 proc. pacientų miegas yra sutrikęs. Net 80,6 proc. pacientų kartais prabunda naktį, o 19,4 proc. pabunda dažnai. Taip pat 16,1 proc. pacientų dažnai prabunda labai anksti ryte. Trečdalis (32,3 proc.) pacientų vartoja migdomuosius vaistus.

20 lentelė. Miego gyvybinės veiklos vertinimas

Miegas	Prabudimas naktį	Prabudimas labai anksti ryte	Migdomieji vaistai
<i>Nesutrikęs (62,9 proc.)</i>	<i>Kartais pasitaiko (80,6 proc.)</i>	<i>Kartais pasitaiko (83,9 proc.)</i>	<i>Nevartojami (67,7 proc.)</i>
<i>Sutrikęs (37,1 proc.)</i>	<i>Dažnas (19,4 proc.)</i>	<i>Dažnas (16,1 proc.)</i>	<i>Vartojami (32,3 proc.)</i>

Tyrimas parodė, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo komplikacijų, buvo sutrikęs miegas (66,7 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (25 proc.) ($\chi^2=19,008$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo komplikacijų, vartojo migdomuosius vaistus (55,6 proc.), negu tie, kurie komplikacijų neturėjo (22,7 proc.) ($\chi^2=12,6$; $p=0,001$).

Nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo lėtinių ligų, buvo sutrikęs miegas (71,4 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (8,8 proc.) ($\chi^2=51,580$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, dažnai prabudavo naktį (39,3 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (2,9 proc.) ($\chi^2=25,989$; $p<0,001$). Tyrimas parodė, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, dažnai prabudavo anksti ryte (35,7 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (0 proc.) ($\chi^2=28,956$; $p<0,001$). Nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo lėtinių ligų, vartojo migdomuosius vaistus (64,3 proc.), negu tie, kurie ligų neturėjo (5,9 proc.) ($\chi^2=47,935$; $p<0,001$).

Išanalizavus rezultatus paaiškėjo, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie neužsiima fizine veikla, vartojo migdomuosius vaistus (41,5 proc.), negu tie, kurie fiziškai buvo aktyvūs (14,3 proc.) ($\chi^2=9,388$; $p=0,002$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo mitybos sutrikimų, buvo sutrikęs miegas (64,7 proc.), negu tiems, kurie sutrikimų neturėjo (26,7 proc.) ($\chi^2=15,302$; $p<0,001$). Tyrimas parodė, kad reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo mitybos sutrikimų, dažnai prabudavo anksti ryte (35,3 proc.), negu tie, kurie sutrikimų neturėjo (8,9 proc.) ($\chi^2=12,719$; $p=0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientai, kurie turėjo mitybos sutrikimų, vartojo migdomuosius vaistus (64,7 proc.), negu tie, kurie sutrikimų neturėjo (20 proc.) ($\chi^2=22,570$; $p<0,001$).

Paliatyviosios pagalbos poreikis. Šioje veikloje siekta įvertinti paliatyvios slaugos poreikis bei kitų specialistų poreikis. Tyrimas parodė, kad 8,1 proc. pacientų reikalinga paliatyvi slauga ir 16,1 proc. reikalinga kitų specialistų pagalba.

21 lentelė. Paliatyvios pagalbos gyvybinės veiklos vertinimas

Paliatyviosios pagalbos poreikis	Kitų specialistų pagalba
<i>Nėra (91,9 proc.)</i>	<i>Nereikalinga (83,9 proc.)</i>
<i>Yra (8,1 proc.)</i>	<i>Reikalinga (16,1 proc.)</i>

Tyrimas parodė, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo komplikacijų, buvo paliatyviosios pagalbos poreikis (27,8 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (0 proc.) ($\chi^2=26,589$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo komplikacijų, buvo kitų specialistų pagalbos poreikis (38,9 proc.), negu tiems, kurie komplikacijų neturėjo (6,8 proc.) ($\chi^2=19,425$; $p<0,001$).

Nustatyta, kad dažniau reikalinga kitų specialistų pagalba pacientams, kuriems atlikta operacija (41,7 proc.), negu tiems, kuriems atlikta angioplastika (0 proc.) ar stentavimas (11,1 proc.) ($\chi^2=15,169$; $p=0,001$). Tyrimu nustatyta, kad reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo lėtinių ligų, buvo paliatyviosios pagalbos poreikis (17,9 proc.), negu tiems, kurie ligų neturėjo (0 proc.) ($\chi^2=13,208$; $p<0,001$). Taip pat reikšmingai dažniau pacientams, kurie turėjo lėtinių ligų, buvo kitų specialistų pagalbos poreikis (32,1 proc.), negu tiems, kurie ligų neturėjo (2,9 proc.) ($\chi^2=19,358$; $p<0,001$).

2.2.4. Pacientų, persirgusių miokardo infarktu, gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajos

Norint nustatyti ir įvertinti kaip pacientų, persirgusių miokardo infarktu, įvairios gyvenimo veikos ir poreikiai sąveikauja su jų gyvenimo kokybe buvo atlikta analizė (Mann-Whitney arba Kruskal-Wallis testai). Žemiau esančioje lentelėje pateikti tik statistiškai reikšmingi skirtumai ($p<0,05$). Analizuojant duomenis nustatyta, kad tų pacientų, kurie savimi pasirūpina patys ($67,51\pm 18,34$), gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai geresnė, negu tų, kurie apsitarnauja tik iš dalies ($38,81\pm 16,15$) ar patys visiškai nesugeba apsitarnauti ($16,64\pm 2,85$) ($\chi^2=57,442$; $p<0,001$).

Tačiau nustatyta, kad pacientams, kuriems reikalingi akiniai, gyvenimo kokybė yra reikšmingai geresnė ($65,64\pm 22,44$), negu tų, kuriems akiniai nereikalingi ($51,62\pm 22,96$) ($U=1180$; $p=0,001$). Taip pat pacientų, kurie girdi gerai ($60,98\pm 22,69$) gyvenimo kokybė reikšmingai geresnė, negu tų, kurie girdi blogai ar turi klausos aparatą ($\chi^2=16,413$; $p<0,001$). Tyrimu nustatyta, kad pacientų, kuriems sutrikusi koordinacija ($U=598$; $p<0,001$), pusiausvyra ($U=306$; $p<0,001$) ir orientacija ($U=168$; $p<0,001$), gyvenimo kokybė buvo įvertinta beveik dvigubai prasčiau, negu tų, kurie problemų neturėjo. Taip pat nustatyta, kad pacientų, kuriems reikia namų aplinką pritaikyti, gyvenimo kokybė yra reikšmingai prastesnė ($32,73\pm 17,44$), negu tų, kuriems tokių poreikių nereikia ($65,2\pm 19,47$) ($U=306$; $p<0,001$).

22 lentelė. Gyvenimo kokybės ir saugios aplinkos gyvybinės veiklos sąsajos

Gyvenimo kokybė		m	SD	Vidutiniai rangai	U arba χ^2	p
Savirūpa	Apsitarnauja pats	67,51	18,34	78,83	57,442	<0,001
	Iš dalies apsitarnauja	38,81	16,15	33,63		
	Pats visiškai neapsitarnauja	16,64	2,85	6,5		
Rega	Akiniai reikalingi	65,64	22,44	75,85	1180	0,001
	Akiniai nereikalingi	51,62	22,96	54,63		

Gyvenimo kokybė		m	SD	Vidutiniai rangai	U arba χ	p
Klausa	Girdi gerai	60,98	22,69	69,03	16,413	<0,001
	Girdi blogai	32,56	22,62	25,17		
	Turi klausos aparatą	43,73	20,24	41,7		
Koordinacija	Sutrikusi	38,83	19,42	35,24	598	<0,001
	Nesutrikusi	64,77	20,93	74,55		
Pusiausvyra	Sutrikusi	33,50	16,21	27,55	306	<0,001
	Nesutrikusi	67,13	18,6	77,94		
Orientacija	Sutrikusi	26,59	15,26	18,83	168	<0,001
	Nesutrikusi	61,96	20,87	69,92		
Namų aplinkos pritaikymas	Pagalbinių priemonių nereikia	65,20	19,47	75,17	306	<0,001
	Pagalbinių priemonių reikia	32,73	17,44	26,06		

Statistiškai reikšmingi (kai $p < 0,05$) skirtumai paryškinti

Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų, kuriems iš dalies sutrikęs bendravimas ($31,29 \pm 17,7$) ar visiškai sutrikęs (13 ± 0), gyvenimo kokybė reikšmingai prastesnė, negu tų, kurių bendravimas yra normalus ($63,31 \pm 20,09$) ($\chi^2 = 38,831$; $p < 0,001$). Taip pat nustatyta, kad pacientų, kuriems nesutrikusi sąmonė ($U = 292$; $p < 0,001$), geba mąstyti ($U = 710$; $p = 0,002$), nejaučia nerimo, baimės ($U = 1158$; $p = 0,002$), nėra agresyvūs, negatyvūs ($U = 8$; $p = 0,001$), gyvenimo kokybė yra statistiškai reikšmingai geresnė, negu tų, kurie turi problemų.

Rezultatai parodė, kad pacientų, kurie apie savo ligą žino gerai ($67,48 \pm 23,54$) ar pakankamai ($54,41 \pm 21,32$), gyvenimo kokybė yra reikšmingai geresnė, negu tų, kurie apie ligą žino nepakankamai ($21,46 \pm 6,82$) ($\chi^2 = 21,907$; $p < 0,001$). Taip pat pacientų, kuriuos kankina dusulys ($\chi^2 = 36,6$; $p < 0,001$) ar krūtinės skausmas ($\chi^2 = 1020$; $p < 0,001$), gyvenimo kokybė reikšmingai prastesnė, negu tų, kurie dusulio ar krūtinės skausmo nejaučia. Gyvenimo kokybės ir bendravimo, kvėpavimo gyvybinių veiklų sąsajos pateikiamos 23 lentelėje (2 priedas).

Kaip matyti iš 24 lentelės, pacientų, kuriems reikia dalinės pagalbos valgant, geriant ($36,85 \pm 15,62$) ar visiškos pagalbos ($14,59 \pm 1,84$), gyvenimo kokybė reikšmingai prastesnė, negu tų, kurie sugeba valgyti ar gerti patys ($64,74 \pm 20,51$) ($\chi^2 = 43,196$; $p < 0,001$). Tai pat nustatyta, kad pacientų, kurių blogas apetitas ($U = 784$; $p < 0,001$), sutrikęs rijimas ($U = 64$; $p < 0,001$), džiūsta burna ($U = 1122$; $p < 0,001$), turi dantų protezus ($U = 496$; $p < 0,001$), gyvenimo kokybė yra reikšmingai prastesnė, negu tų, kurie problemų neturi.

Rezultatai parodė, kad pacientų, kurių dažnas šlapinimasis ($39,23 \pm 16,5$) ar pasunkėjęs ($31,3 \pm 8,94$), gyvenimo kokybė reikšmingai prastesnė, negu tų, kurių šlapinimasis nesutrikęs ($\chi^2 = 25,795$; $p < 0,001$). Taip pat nustatyta, kad pacientų, kuriuos vargina vidurių užkietėjimas ($U = 680$; $p = 0,001$), viduriavimas ($U = 36$; $p = 0,004$), stoma ($U = 28$; $p < 0,001$) ar meteorizmas ($U = 448$; $p < 0,001$), gyvenimo kokybė reikšmingai prastesnė, negu tų, kurie tokių problemų neturi.

24 lentelė. Gyvenimo kokybės ir gyvybinių veiklų sąsajos

Gyvenimo kokybė		m	SD	Vidutiniai rangai	U arba χ^2	p
Valgo, geria	Pats	64,74	20,51	74,74	43,196	<0,001
	Reikalinga dalinė pagalba	36,85	15,62	30,57		
	Reikalinga visiška pagalba	14,59	1,84	4,5		
Apetitas	Geras	62,34	21,84	70,79	784	<0,001
	Blogas	42,21	22,36	40,56		
Rijimas	Nesutrikęs	59,86	22,15	66,94	64	<0,001
	Sutrikęs	22,17	6,99	11,9		
Burnos džiuvimas	Nėra	65,96	22,03	76,92	1122	<0,001
	Yra	50,22	22,74	52,08		
Dantų protezai	Neturi	70,96	18,35	84,75	496	<0,001
	Turi	41,74	19	38,77		
Šlapinimasis	Nesutrikęs	62,81	22,94	71,91	25,795	<0,001
	Skausmingas	61,17	0	61,5		
	Pasunkėjęs	31,30	8,94	26		
	Dažnas	39,23	16,5	34,88		
Vidurių užkietėjimas	Yra	42,94	21,56	40,83	680	0,001
	Nėra	60,15	23,03	67,7		
Viduriavimas	Nėra	57,93	23,35	63,19	36	0,004
	Yra	22,00	6,71	11,5		
Stoma	Nėra	58,81	22,5	65,26	28	<0,001
	Yra	17,81	4,78	8,17		
Meteorizmas	Nėra	63,06	22,36	71,83	448	<0,001
	Yra	35,43	13,48	30,5		

Statistiškai reikšmingi (kai $p < 0,05$) skirtumai paryškinti

Tyrimu nustatyta, kad pacientų, kurių viso kūno higieninė būklė yra gera ($62,52 \pm 21,24$), gyvenimo kokybė reikšmingai geresnė, negu tų, kurių būklė patenkinama ($34,89 \pm 17,17$) ar bloga (13 ± 0) ($\chi^2 = 29,204$; $p < 0,001$). Taip pat nustatyta, kad pacientų, kurių odos būklės patenkinama ($U = 458$; $p < 0,001$) ar jie turi pragulę ($U = 112$; $p < 0,001$), gyvenimo kokybė reikšmingai prastesnė, negu tų, kurių odos būklė gera ar neturi pragulę.

Rezultatai parodė, kad pacientų, kurie asmens higiena rūpinasi patys ($\chi^2 = 43,263$; $p < 0,001$) ir sugeba apsirengti patys ($\chi^2 = 43,263$; $p < 0,001$), gyvenimo kokybė yra reikšmingai geresnė, negu tų, kuriems reikalinga dalinė ar visiška pagalba. Taip pat nustatyta, kad pacientų, kurių žinios apie asmens higieną yra nepakankamos ($14,94 \pm 2,24$) ar pakankamos ($42,42 \pm 16,39$), gyvenimo kokybė yra reikšmingai prastesnė, negu tų, kurių žinios yra geros ($64,46 \pm 21,95$) ($\chi^2 = 34,266$; $p < 0,001$).

Nustatyta, kad pacientų, kurių kūno temperatūra yra padidėjusi ($25,2 \pm 9,42$) ar sumažėjusi ($26,26 \pm 10,43$), gyvenimo kokybė yra reikšmingai prastesnė, negu tų, kurių kūno temperatūra yra normali ($61,45 \pm 21,55$) ($\chi^2 = 28,020$; $p < 0,001$). Gyvenimo kokybės ir asmens higienos, temperatūros gyvybinių veiklų sąsajos pateikiamos 25 lentelėje (3 priedas).

Rezultatai parodė, kad pacientų, kuriems reikalinga pagalba judant ($34,09 \pm 16,54$) ar visai nejudančių ($16,19 \pm 0$), gyvenimo kokybė yra reikšmingai prastesnė, negu tų, kurie sugeba judėti patys ($\chi^2=37,731$; $p<0,001$). Taip pat nustatyta, kad pacientų, kuriems reikia pagalbinių priemonių ($U=290$; $p<0,001$), jaučia silpnumą ($U=736$; $p<0,001$), turi griuvimo riziką ($U=426$; $p<0,001$), gyvenimo kokybė yra reikšmingai prastesnė, negu tų, kurie tokių problemų neturi.

Tyrimu nustatyta, kad pacientų, kuriems yra laisvalaikio užimtumo poreikis ($U=816$; $p=0,001$) ar jie yra vedę/ištekėjusios ($\chi^2=28,630$; $p<0,001$), gyvenimo kokybė yra reikšmingai geresnė, negu tų, kuriems poreikio nėra ar jie našliai, išsiskyre, vieniši. Taip pat nustatyta, kad pacientų, kuriems sutrikęs miegas ($U=596$; $p<0,001$), dažnai prabunda naktį ($U=610$; $p<0,001$) ar ryte ($U=286$; $p<0,001$), vartoja migdomuosius vaistus ($U=652$; $p<0,001$), gyvenimo kokybė yra reikšmingai prastesnė, negu tų, kuriems miegas nėra sutrikęs.

Nustatyta, kad pacientų, kuriems yra paliatyviosios pagalbos ($U=56$; $p<0,001$) ar kitų specialistų ($U=116$; $p<0,001$) poreikis, gyvenimo kokybė reikšmingai prastesnė, negu tų, kuriems tokio poreikio nėra. Gyvenimo kokybės ir judėjimo, laisvalaikio, miego gyvybinių veiklų sąsajos pateikiamos 26 lentelėje (4 priedas).

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Remiantis mokslinės literatūros analize ir atlikto tyrimo rezultatais, galima teigti, jog miokardo infarkto, gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajos aktuali problema Lietuvai, kadangi šalyje daugėja užregistruojamų ūmių ir pakartotinių miokardo infarkto atvejų, o sergančiųjų amžius nuolat jaunėja. Dėl to svarbu tirti pacientų po miokardo infarkto gyvenimo kokybės ir savirūpos sąsajas, siekiant prevencinių priemonių perspektyvų ateityje.

Šiame darbe atliktas tyrimas atskleidė, jog beveik trečdalis pacientų (29 proc.), patyrusių miokardo infarktą ir besigydančių stacionare, turėjo vienokių ar kitokių komplikacijų. Be to, didžiajai daliai jų (72,6 proc.) buvo taikytas stentavimas, likusiems reikėjo operacijos arba angioplastikos. Atliktas tyrimas parodė, kad didelė dalis pacientų (66,1 proc.), patyrusių miokardo infarktą, visiškai neskiria dėmesio fizinei veiklai. Tokie rezultatai prieštarauja kitų tyrėjų nuomonei. Anot Dunlay et al. (2014), pacientų fizinio darbingumo atkūrimas, patyrus miokardo infarktą, yra viena pagrindinių užduočių. To naudą patvirtina Pocienė ir kt. (2017), teigdami, jog fizinio krūvio metu padidėja deguonies poreikis miokarde, dėl to gerėja periferinė paciento kraujotaka širdies kraujagyslėse, kartu padidėjant ir širdies susitraukimo jėgai. O tai didina lignonio išvermę, kurios dėka gerėja fizinio krūvio toleravimas (Uysal et al., 2015). Šiame darbe atlikto tyrimo rezultatai rodo, jog visgi likusi pacientų dalis užsiima vaikščiojimu (19,4 proc.), kitu sportu (9,7 proc.) ir bėgioja (4,8 proc.), dėl to jie geriau jaučiasi, nes, kaip tvirtina Astrauskienė (2013), fizinis aktyvumas mažina kraujospūdį bei tikimybę susirgti širdies kraujagyslių ligomis, insultu ar depresija.

Pastebėtina, jog tyrimo duomenimis, kone pusė pacientų (45,2 proc.), patyrusių miokardo infarktą, serga lėtinėmis ligomis, o tai tvirtina ir Thygesen (2019), teigdamas, jog gretutinės ligos po miokardo infarkto nebūtinai siejasi su širdies ligomis – pacientai gali turėti ir inkstų nepakankamumą ar panašiai. Tuo tarpu aiškinantis, kas, pacientų nuomone, yra didžiausias rizikos veiksnys, patyrus miokardo infarktą, didžioji dalis jų (77,4 proc.) vieningai sutiko, jog potencialios rizikos turi visi veiksniai: aukštas kraujo spaudimas, žalingi įpročiai, viršsvoris, širdies ligų paveldimumas, mažas fizinis krūvis, padidėjęs cholesterolio kiekis. Tokie rezultatai sutampa su Huma et al. (2012) tyrinėjimais, kuriuose teigiama, jog miokardo infarkto rizikos veiksniai yra kylantys (susiję su mityba, višsvoriu, psichosocialiniais veiksniais) bei įprasti (diabetas, rūkymas, padidėjęs cholesterolis). Be to, keli pacientai išskyrė viršsvorį kaip didžiausią rizikos veiksnį – būtent tai pažymėjo ir Choi (2019), teigęs, jog nutukimas, o ypač pilvo nutukimas, itin susijęs su širdies ir kraujagyslių ligų rizika.

Atliktas tyrimas parodė, jog pacientų, patyrusių miokardo infarktą, gyvenimo kokybė yra vidutiniška. Aukščiausiai įvertinti rodikliai (100 balų skalėje): kūno skausmai ($69,4 \pm 29,75$), psichinė būklė ($65,42 \pm 16,84$) ir veiklos apribojimai dėl emocinių sutrikimų ($62,9 \pm 42,97$), tuo tarpu

žemiausiai įvertinti rodikliai: apribojimai dėl fizinių sutrikimų ($33,47 \pm 41,23$) bei bendra sveikatos būklė ($50 \pm 21,56$). Tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, jog kuo pacientų, persirgusių miokardo infarktu, amžius mažesnis, tuo jų gyvenimo kokybė yra geresnė. Tai gali sietis su geresniu jaunesnių asmenų gebėjimu įsisavinti informaciją, kadangi Liu et al. (2014) tyrime išsiaiškinta, jog pacientai, pasižymintys geresne gyvenimo kokybe, buvo jaunesnio amžiaus ir turėjo geresnių žinių apie ligą ir jos eigą.

Aktualu atkreipti dėmesį į tai, jog šiame darbe atliktas tyrimas parodė, jog pacientams, patyrusiems miokardo infarktą, reikšmingos įtakos gyvenimo kokybei turi amžius, sirgimo laikas, komplikacijos, lėtinės ligos bei mitybos sutrikimai. Tokie rezultatai glaudžiai siejasi ir su kitų mokslinės literatūros autorių atliktais tyrimais: pagal Molazem et al. (2013), sveikas gyvenimo būdas kartu su subalansuota mityba padeda sumažinti miokardo infarkto dažnį bei operacijos ir angioplastikos poreikį, o netinkama mityba arba atsiradę tam tikri mitybos sutrikimai – didina viso to riziką. Pastebėtina, jog šio tyrimo duomenimis, fizinis aktyvumas ir rūkymas reikšmingos įtakos gyvenimo kokybei neturi ($p > 0,05$). Tačiau tokie rezultatai prieštarauja anksčiau atliktų autorių tyrimams: Toukhsati et al. (2015) akcentuoja, jog pacientai, turintys tokių žalingų įpročių kaip rūkymas, turėtų jų atsisakyti, taip pat pakeisti savo fizinio aktyvumo įpročius, mitybos režimą, siekiant geresnio gyvenimo kokybės užtikrinimo. Be to, kaip pastebi Liu et al. (2014), pacientų fizinė funkcija ir savarankiškumas labai paveikia gyvenimo kokybę, todėl fizinių funkcijų palaikymas ir skatinimas yra reikšmingas veiksnys paciento, patyrusio miokardo infarktą, gyvenimo kokybės gerinimui.

Be visų aptartų aspektų, šiame darbe atliktas tyrimas atskleidė, jog pacientai, patyrę miokardo infarktą, dažnais atvejais sugeba apsitarnauti patys, didelė dalis jų neturi klausos sutrikimų ir tik trečdalis patiria pusiausvyros ar koordinacijos sutrikimų. Be to, daugumai jų nereikia jokių pagalbinių priemonių. Kita vertus, visi pacientai, kurie teigė neapsitarnaujantys patys, susidūrė su miokardo infarkto komplikacijomis ir to pasekoje – sutrikusia koordinacija. Reikėtų pastebėti, jog nemaža dalis pacientų jaučia nerimą, baimę bei liūdesį ir tai turi ryšį su patirtomis komplikacijomis bei lėtinėmis ligomis.

Tyrimo duomenimis, įprastai gyvenimo kokybė geresnė tų pacientų, kurie savimi pasirūpina patys, gerai girdi, žino apie savo ligą, geba mąstyti, nejaučia nerimo ar baimės, tuo tarpu stresas pablogina gyvenimo kokybę. Panašūs rezultatai buvo ir Broslavskytės (2019) atliktame tyrime, kuriame apie du trečdalius tiriamosios populiacijos patiria vidutinio sunkumo depresijos epizodą, nors ir nedaugelis jaučia ilgalaikius nerimo, baimės ar depresijos požymius. O Šerpytis ir kt. (2014) išsiaiškino, jog depresiškumas ir nerimastingumas, patyrus miokardo infarktą, yra dažnas sutrikimas, kuris pasireiškia 65% pacientų ir turi įtakos net 18% visų pacientų gyvenimo kokybei. Todėl peršasi išvada, jog pacientams, patyrusiems miokardo infarktą, būdinga susidurti su nerimo ir

depresijos požymiais, o tai savo ruožtu neigiamai įtakoja jų bendrąją gyvenimo kokybę. Be to, kaip Estruch (2013) akcentuoja, stresas – tai vienas didžiausių rizikos veiksnių, lemiančių širdies ir kraujagyslių išsivystymą.

Tyrimas atskleidė, jog reikšmingai dažniau pacientus, patyrusius komplikacijas, vargina dusulys, skrepliavimas, krūtinės skausmai, burnos džiuvimas, padidėjusi kūno temperatūra, miego sutrikimai. Taip pat nustatyta, jog pacientai, turėję lėtinių ligų, reikšmingai dažniau susidūrė su varginančiu dusuliu ir skrepliavimu, burnos džiuvimu, taip pat dažnesniu šlapinimusi, skausmingesniu tuštinimusi, judėjimo pagalbos poreikiu bei griuvimo rizika. Tuo tarpu tie pacientai, kurie neužsima fizine veikla, dažniau teigė patiriantys kosulį, vartojantys migdomuosius vaistus. O tiems, kuriems atlikta operacija, kur kas dažniau reikalinga kitų specialistų pagalba valgant ir judant.

Nenuostabu, jog atlikto tyrimo duomenimis, tų pacientų, kuriems sutrikusi koordinacija, orientacija ir pusiausvyra vertinama gerokai prasčiau nei tų, kurie tokių problemų neturėjo, nes miokardo infarktas, anot Molazem et al. (2013), veikia tiek fizines, tiek psichologines ir socialines individo dimensijas.

Mokslinės literatūros analizė ir tyrimo rezultatai leidžia patvirtinti darbe išsikeltą hipotezę, jog persirgus miokardo infarktu, asmens gyvenimo kokybė ir savirūpa yra susiję reiškiniai.

IŠVADOS

1) Tyrimo rezultatu nustatyta, kad persirgus miokardo infarktu, reikšmingas vaidmuo tenka fiziniam aktyvumui, kadangi jis didina asmens ištvėrę, jėgą, pusiausvyrą ir judrumą, taip pat mažina jaučiamą stresą, skausmą bei didina gyvybingumą. Todėl pacientui, patyrusiam miokardo infarktą, labai svarbu fizinis aktyvumas, mažinantis tikimybę susirgti širdies kraujagyslių ligomis, insultu ar depresija. Paciento fizinių funkcijų palaikymas ir skatinimas yra labai svarbus kriterijus gyvenimo kokybės gerinimui, o jo nebuvimas – neigiamai įtakoja reabilitacijos procesą.

2) Pacientai, patyrę miokardo infarktą, pakankamai dažnai susiduria su įvairiais psichoemociniais sutrikimais, svarbu atitinkamai į tai reaguoti, kadangi jaučiamos baimės, depresiškumas ar nerimastingumas, patyrus miokardo infarktą, įtakoja ir bendrą pacientų gyvenimo kokybę. Akcentuotina, jog stresas – rizikos veiksnys, lemiantis širdies bei kraujagyslių ligų išsivystymą.

3) Persirgus miokardo infarktu, svarbus vaidmuo tenka slaugytojams, labai svarbu, jog pacientai būtų tinkamai informuoti apie savo būklę ir reikalingą rūpinimąsi savimi, kadangi pacientai, persirgę miokardo infarktu, turi didesnę riziką pakartotiniam infarktui, ypač tie, kurių būklę įtakoja tokie rizikos veiksniai kaip rūkymas, hipertenzija, hiperlipidemija, nutukimas ar fizinio aktyvumo trūkumas.

4) Pacientai, kurių amžius yra jaunesnis gyvenimo kokybė yra ženkliai geresnė, tai gali sietis su geresniu jaunesnių asmenų gebėjimu įsisavinti informaciją. Pacientams, patyrusiems miokardo infarktą, reikšmingos įtakos gyvenimo kokybei turi sirgimo laikas, komplikacijos, lėtinės ligos bei mitybos sutrikimai. Pacientai, kurie aktyviai užsiima savo priežiūra bei gydymu, laikosi miego ir mitybos režimo, išgyvena geriau, sumažinant riziką pasikartoti miokardo infarktui, svarbu jų savirūpos skatinimas. Tyrimas atskleidžia, jog savarankiškas elgesys, kuris gali prisidėti praėjus ūmiam ligos periodu, turi ypatingą reikšmę sveikatos palaikymui ir jos pasikartojimo prevencijai. Taigi, paciento fizinė funkcija bei savarankiškumas kasdienybėje labai paveikia gyvenimo kokybę. Be to, intervencijos, kurios skatina ligos suvokimą ir įsitikinimus, gali pagerinti paciento gydymą, laikytis antrinės prevencinės elgesnos, tinkamai valdyti ligą, sumažinant sergamumo ir mirties riziką bei gerinant bendrąją gyvenimo kokybę.

REKOMENDACIJOS

- Pacientus, patyrusius miokardo infarktą, būtina detaliai informuoti apie jų būklę, supažindinti su visa reikalinga informacija apie rūpinimąsi savimi, ypatingą dėmesį ir švietimo programą skiriant rūkantiems ar nutukimą turintiems asmenims;
 - Pacientams, patyrusiems miokardo infarktą, taikyti atitinkamus slaugos modelius su iš anksto aiškiai apibrėžtomis strategijomis;
 - Diegti ir (ar) skatinti širdies reabilitacijos programas, sukurtas vainikinių arterijų ligų prevencijai ir valdymui, įtraukiant mankštos programas, mitybos konsultacijas, švietimą apie rūkymo žalą, gydymą, svorio valdymą, rizikos veiksnių bei elgesio modifikavimą;
 - Užtikrinti, jog pacientas, patyręs miokardo infarktą, gautų reikiamą reabilitaciją, kurios metu būtų orientuojamasi į jo fizinių, emocinių ir socialinių funkcijų gerinimą, užtikrinant tinkamą gyvenimo kokybę.

LITERATŪRA

1. Ablonskytė-Dūdonienė R, Ereminienė E. 2010. Autonominė širdies ritmo reguliacija bei jos pokyčiai sergant miokardo infarktu ir cukriniu diabetu. *Medicina*. 46(3) p. 224;225.
2. Ablonskytė-Dūdonienė R. 2014. Širdies ritmo variabilumo ir hemodinamikos žymenų vertė prognozuojant ūminio miokardo infarkto eigą ir baigtis sergantiems cukriniu diabetu: daktaro disertacija. Kaunas
3. Ablonskytė-Dūdonienė R., Ereminienė E. 2010. Autonominė širdies ritmo reguliacija bei jos pokyčiai sergant miokardo infarktu ir cukriniu diabetu. *Medicina*. 46(3) p. 223-224.
4. Aguonytė V., Beržanskytė A., Valentienė J., Nedzinskienė L. 2014. Vyresnio amžiaus asmenų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų netolygumai Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*, 3(66), p. 41-48.
5. Akbari A. S., Cheraghi M. A., Kazemnejad A., Nomali M., Zakerimoghadam M. 2019. Effect of Illness Perception Correction - Based Educational Program on Quality Of Life and Self- Care in Patients with Heart Failure: a Randomized Controlled Trial. *Journal of caring sciences*. 8(2) p. 89–93.
6. Akesson A., Larsson S. C., Discacciati A., Wolk A. 2014. Low-Risk Diet and Lifestyle Habits in the Primary Prevention of Myocardial Infarction in Men. *Journal of the American college of cardiology*. 64(13) p. 1299-1306.
7. Ali S., Sana S., Abdoulaye C., Sory B I., Morlaye S., Diarra K., Mohamed D., Demba T., Yaya B. E., Mariama B., Dadhi B. M., Mamady C. 2019. Face of the Myocardial Infarction and Diabetes: Epidemiological and Clinical Aspects in the Cardiology Department of the University Hospital Ignace Deen about 46 Cases. *World Journal of Cardiovascular Diseases*. 9 p. 693.
8. Astrauskienė A. 2013. Fizinio aktyvumo poveikis vyresnio amžiaus moterų širdies ir kraujagyslių sistemai. *Sveikatos mokslai*. 23(1) p. 96-99.
9. Bahall M., Khan K. 2018. Quality of life of patients with first-time AMI: a descriptive study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 16(32).
10. Bangalore S., Fayyad R., Messerli F. H., Laskey R., Pharm D., Kestelein J., Waters D. D. 2017. Relation of Variability of Low-Density Lipoprotein Cholesterol and Blood Pressure to Events in Patients With Previous Myocardial Infarction from the IDEAL Trial. *The American journal of cardiology*. 119(3) p. 379-387.

11. Broslavskytė M., Samalavičius R., Šerpytis P. 2019. Senyvo amžiaus pacientų, patyrusių ūminį miokardo infarktą, gyvenimo kokybės pokyčiai. Sveikatos mokslai. 29(6) p. 112-114.
12. Bukauskaitė D., Brazaitytė A., Adomaitienė V. 2019. Nerimo ir depresijos simptomų raiška, Sergant ūminiu miokardo infarktu. Sveikatos mokslai. 29(6) p. 129-131.
13. Choi D., Choi S., Son J. S., Woo Oh S., Min Park S. 2019. Impact of Discrepancies in General and Abdominal Obesity on Major Adverse Cardiac Events. Journal of the American Heart Association. 8(18) <<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/JAHA.119.013471>>.
14. Dalal H. M., Doherty P., Taylor R. S. 2015. Cardiac rehabilitation. Clinical review. 315(10) p. 2-8.
15. Dalen J. E., Devries S. 2014. Diets to prevent coronary heart disease 1957-2013. what have we learned? American Journal of Medicine. 127(5) p. 364–369.
16. Domeikienė A. Sergančiųjų cukriniu diabetu sveikatos priežiūra ir ligos kontrolė: šeimos gydytojo vaidmuo bei poreikiai. Daktaro disertacija. 2012. Kaunas
17. DuBroff R., Lorgeril M. 2015. Cholesterol confusion and statin controversy. World Journal of Cardiology. 7(7) p. 404-409.
18. Dunlay S., Pack Q., Thomas R., Killian J., Roger B. 2014 Jun. Participation in cardiac rehabilitation, readmissions, and death after acute myocardial infarction. AMJMED. 127(6) p. 538-546.
19. Estruch R., Ros E., Salas-Salvadó J., Covas M I, Corella D., Arós F. 2013 Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med. 368(14) p. 1279–90.
20. Felix-Redondo F. J., Grau M., Fernandez-Berges D. 2013. Cholesterol and Cardiovascular Disease in the Elderly. Facts and Gaps. Aging and Disease. 4(3) p. 154-169.
21. Gen J. 2010. Signs and symptoms in diagnosing acute myocardial infarction and acute coronary syndrome: a diagnostic meta-analysis. British Journal Of General Practice. 58(547).
22. Gervienė D. 2017. Neintervenciniu būdu dėl miokardo infarkto gydytų pacientų klinikinių charakteristikų ir mirštamumo įvertinimas: daktaro disertacija. Kaunas.
23. Grabauskytė I. 2019. Vidutinio ir pagyvenusio amžiaus gyventojų širdies ir kraujagyslių ligų rizikos prognozavimas: daktaro disertacija. Kaunas
24. Gustienė O., Bardauskienė L. 2020. Krūtinės skausmas. Širdies ligomis sergančių pacientų nusiskundimai ir jų diferencinė diagnostika. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto medicinos akademijos medicinos fakulteto kardiologijos klinika. Kaunas.
25. Herliani Y. K., Rahayu U., Purba C. I. H., Harun H. 2019. Patients' Needs on Nutritional Counseling and Risk Factor Management Among Myocardial Infarction Patients in Cardiac Rehabilitation. Journal of nursing care. 2(2) p. 105.

26. Hoo S. Y. S., Gallagher R., Elliott D. 2016. Predictors of Cardiac Rehabilitation Attendance Following Primary Percutaneous Coronary Intervention for ST-elevation Myocardial Infarction in Australia. *Nurse health science* 18(2), p. 231.
27. Huffman J., Celano C., Beach S., Motiwala S., Januzzi J. 2013. Depression and Cardiac Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol.* <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638710/>>.
28. Huma S., Tariq R., Amin F., Mahmood K. T. 2012. Modifiable and Non-modifiable predisposing Risk Factors of Myocardial Infarction -A Review. *Journal of pharmaceutical Sciences and Research.* 4(1) p. 1650.
29. Hurdus B., Munyombwe T., Dondo T. B., Aktaa S., Oliver G., Hall M., Doherty P., Hall A. S., P Gale C. P. 2020. Association of cardiac rehabilitation and health-related quality of life following acute myocardial infarction. *Heart.* 106(22) p. 1726-1731.
30. Huriani E. 2019. The literature review: Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. *International Journal of Nursing Sciences,* 6(3), p. 295-305.
31. Jaffe A., Chaitman B. R., Thygesen K. A. 2018. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction: What's New? [žiūrėta 2020 m. gegužės 26 d.]. Prieiga per internetą:<<https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2018/11/16/09/06/fourth-universal-definition-of-mi>>.
32. Jakavonytė-Akstinienė A. 2018. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės pagyvenusių pacientų pažintinių ir fizinių funkcijų sąsajos su slaugos poreikiais: daktaro disertacija. Kaunas.
33. Janilionis V. Koreliacinės ir regresinės analizės pagrindai. [elektroninis išteklius] [žiūrėta 2020 m. lapkričio 9 d.] Prieiga per internetą http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/Janilionis_III/jan_III.html&course_file=jan_III_1.html.
34. Jencks SF., Willams MV., Coleman EA. 2019. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for- service program. *The New England Journal of Medicine.* p. 1418-1428.
35. Juknevičius V., Čelutkienė J. 2015. Ar padidėjusi širdies troponinų koncentracija visada reiškia ūminį miokardo infarktą? [žiūrėta 2020 m. balandžio 3 d.]. Prieiga per internetą:<https://emedicina.lt/gydytojui/lietuvos_naujienos/ar_padidejusi_sirdies_troponinu_koncentracija_visada_reiskia_umini_miokardo_infarkta.html>.
36. Kalibatienė D., Rusecka B., Markevičius N. 2018. Lėtiniu širdies nepakankamumu sergančių pacientų gyvenimo kokybė ir savirūpos galimybės. *Sveikatos mokslai.* 28(5) p. 6-12.
37. Kaminska M., Krzemińska S. 2018. A nursing care of patients after cardiac arrest in the course of myocardial infarction. *Journal of Education, Health and Sport.* 8(7) p. 345,349.

38. Kang K., Gholizadeh L., Inglis S. C., Han H.R. 2016. Interventions that improve health-related quality of life in patients with myocardial infarction. *Qual Life Res* 25 p.2725–2737.
39. Kaur R. 2017. A descriptive study done to assess the quality of life among post myocardial infarction patients attending cardiac OPDs. *MOY womens health*. 4(6) p. 146-151.
40. Kriukelytė D. 2020. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencija. *Slaugytojas – komandos narys. Slauga mokslas ir praktika*. 3(279) p. 14.
41. Lainscak M., Blue L., Clarck A. L., Dickstein K., Ekman I., Mcdonagh T., McMurray J., Ryder M., Stewart S., Jaarsma T. 2011. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*. 13. p. 115-126.
42. Lee B. J., Go J. Y., Kim A. R., Chun S. M., Park M., Yang D. H., Park H. S., Jung T. D. 2017. Quality of Life and Physical Ability Changes After Hospital-Based Cardiac Rehabilitation in Patients With Myocardial Infarction. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 41(1), p. 121-128.
43. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. 2007. Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo. [žiūrėta 2020 m. vasario 1 d.]. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861?jfwid=q8i88ma4t>>.
44. Liu M. H., Wang C. H., Huang Y. Y., Cherng W. J., Wang K. 2014. A Correlational Study of Illness Knowledge, Self-Care Behaviors, and Quality of Life in Elderly Patients With Heart Failure. *The Journal of Nursing Research*. 22(2) p. 136-145.
45. LR sveikatos apsaugos ministerija. 2016. Hipertenzija. [žiūrėta 2020 m. balandžio 14 d.]. Prieiga per internetą: <<https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/hipertenzija>>.
46. Lu L., Liu M., Sun R. R., Zhang P. 2015. Myocardial Infarction: Symptoms and Treatments. [žiūrėta 2020 m. balandžio 5 d.]. Prieiga per internetą:<<https://link.springer.com/article/10.1007/s12013-015-0553-4#article-info>>.
47. Macon B. L., Yu W., Guy L. R. 2017. Acute myocardial infarction. [žiūrėta 2020 m. balandžio 3 d.]. Prieiga per internetą:<<https://www.healthline.com/health/acute-myocardial-infarction>>.
48. Mandreker B., Khan K. 2018. Quality of life of patients with first-time AMI: a descriptive study. *Health Qual Life Outcomes*. 16(32).
49. Mažionienė A. 2012. Sveikatos ugdymas: mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos kolegija, 2012.
50. McCall D., McGartland C., McKinley M., Patterson C. Dietary Intake of Fruits and Vegetables Improves Microvascular Function in Hypertensive Subjects in a Dose-Dependent Manner. *The Journal of Clinical Hypertension*. 119 p. 2153-2160.

51. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Moklo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistrų programų studentams. Klaipėda
52. Mohammadpour A., Sharghi N. R., Khosravan S., Alami A. 2013. Investigating the level of self-care and supportive educational needs of patients with myocardial infarction, based on Orem's model. *Journal of Research & Health*. 3(4) p. 489- 496.
53. Molazem Z., Soheila Rezaei S., Mohebbi Z., Ostovan M., Keshavarzi S. 2013. Effect of continuous care model on lifestyle of patients with myocardial infarction. *ARYA Atheroscler*. 9(3) p. 186–191.
54. Najafi S. S., Shaabani M., Momennassab M. 2016. The Nurse-Led Telephone Follow-Up on Medication and Dietary Adherence among Patients after Myocardial Infarction: A Randomized Controlled Clinical Trial [žiūrėta 2020 m. gegužės 26 d.]. Prieiga per internetą :<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4925999/>>.
55. Narvilienė D. 2011. Būtinoji medicinos pagalba ir intensyvioji slauga. Klaipėda. Klaipėdos valstybinė kolegija.
56. Neumann J. T., Sørensen N. A., Schwemer T., Ojeda F., Bourry R., Sciacca V., Schaefer S., Waldeyer C., Sinning C., Renné T., Than M., Parsonage W., Wildi K., Makarova N., Schnabel R. B., Landmesser U., Mueller C., Cullen L., Greenslade J., Zeller T., Blankenberg S., Karakas M., Westermann D. 2016. Diagnosis of Myocardial Infarction Using a High-Sensitivity Troponin I 1-Hour Algorithm. *Original Investigation*. 1(4) p. 398.
57. Niakan M., Paryad E., Shekholeslami F., Kazemnezhad Leili E., Assadian rad M., Bonakdar H R., Bouraki Sh. 2013. Self Care Behaviors in Patients after Myocardial Infarction. *J Holist Nurs Midwifery*. 23(2) p. 63-70.
58. Nisar S., Talib A., Naqvi I. H., Lal J. 2017. The Effectiveness or Efficacy of Modified Nursing Interventions Classification (NIC) in Reducing the Severity of Depression among Patients with Myocardial Infarction. *Open Journal of Psychiatry* 7, p. 104.
59. Oficialios statistikos žurnalas. 2019. Lietuvos gyventojai (2019 m. leidimas). Gyventojų mirties priežastys. [žiūrėta 2020 m. sausio 23 d.]. Prieiga per internetą:<<https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai/lietuvos-gyventojai-2019/mirtingumas/gyventoju-mirties-priezastys>>.
60. Petrulionienė Ž. Koronarinė širdies liga. Vilnius: Vaistų žinios; 2010
61. Pocienė M., Valatkienė D., Karpavičiūtė S., Morkūnienė R., Boltutienė J., Šniepienė G. 2017. Skirtingų kineziterapijos metodikų poveikis ligonių fiziniam aktyvumui po miokardo infarkto. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija*, 1(16), p. 37.

62. Pocienė M., Valatkienė D., Karpavičiūtė S., Morkūnienė R., Boltutienė J., Šniepienė G. 2017. Skirtingų kineziterapijos metodikų poveikis ligonių fiziniam aktyvumui po miokardo infarkto. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija*. 1(16) p. 37–45.
63. Radionovaitė L., Plisienė J. 2019. Savalaikė pacientų, patyrusių miokardo infarktą be obstrukcinių vainikinių arterijų stenozų, diagnostikos ir gydymo svarba. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 23(7). 448.
64. Riegel B., Moser D. K., Buck H.G., Dickson V. V., Dunbar S. B., Lee C. S., Lennie T. A., Lindenfeld J., Mitchell J. E., Webber D. E. 2017. Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke. *J Am Heart Assoc*. 6(9).
65. Rugelis T., Markevičiūtė A., Černulytė V. 2018. Klinikinių ir laboratorinių duomenų skirtumai tarp sergančių ir nesergančių cukriniu diabetu pacientų, patyrusių miokardo infarktą su ST segmento pakilimu. *Sveikatos mokslai*. 6(7) p. 1-6.
66. Ruseckaitė R., Matuliauskaitė L., Juknevičius V., Šerpytis P. 2019. Šiuolaikinis požiūris į didelio jautrumo troponino koncentracijos padidėjimą. *Sveikatos mokslai*. 29(4) p. 79.
67. Šerpytis P., Glaveckaitė S., Butkutė E., Jucevičienė A., Šerpytis R. 2017. Antro tipo miokardo infarktas. *Sveikatos mokslai*. 27(3) p. 68.
68. Šerpytis P., Aranauskas R., Deksnytė A., Maskeliūnaitė D., Alunderytė J. 2014. Miokardo infarkto įtaka depresiškumui ir nerimastingumui. *Sveikatos mokslai*, 24 tomas, Nr.3, p. 105-116.
69. Šerpytis P., Aranauskas R., Deksnytė A., Maskeliūnaitė D., Alunderytė J. 2014. Miokardo infarkto įtaka depresiškumui ir nerimastingumui. *Sveikatos mokslai*. 24 (3) p. 102.
70. Smagurienė A. 2012. Mokymo poreikis, pacientu su inplantuotu elektrokardiostimulatoriumi, gyvenimo kokybė: magistrinis darbas. Klaipėda.
71. Spiriajevienė I., Budrytė D. 2019. Širdies ir kraujagyslių ligomis sergančių pacientų, hospitalizuotų stacionarinėje gydymo įstaigoje, mitybos ypatumai. *Visuomenės sveikata*, 3(86), p. 38.
72. Staniūtė M. 2007. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 1(9), p. 25.
73. Stončienė V., Šakienė L., Strielaitė L. 2017. Slaugytojo edukacinės veiklos svarba pacientams, patyrusiems miokardo infarktą. *Sauga mokslas ir praktika*. 3(243) p. 8.
74. Tang L., Patao C., Chuang J., Wong N. D. 2013. Cardiovascular Risk Factor Control and Adherence to Recommended Lifestyle and Medical Therapies in Persons With Coronary Heart Disease (from the National Health and Nutrition Examination Survey 2007–2010). *Preventive cardiology*. 112(8) p. 1126-1132.

75. Thygesen K., Alpert J. S., Jaffe A. S., Simoons M. L., Bernard R., Chaitman Harvey D. 2012. Third Universal Definition of Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 60(16) p. 1584-1591.
76. Thygesen K., Alpert J., Jaffe A., Chaitman B., Bax J., Morrow D., White H. 2019. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European Heart Journal*. (40) p. 242.
77. Toukhsati SR., Driscoll A., Hare DL. 2015. Patient self-management in chronic heart failure - establishing concordance between guidelines and practice. *Card Fail Rev*. 1(2) p. 128.
- Hamdan F., Momani I. N. 2015. Jordanian nurses and acute myocardial infarction patient's perceptions about learning needs. *Global Journal of Medical, Physical and Health Education*. 3(3) p. 85-99.
78. Twerenbold R., Neumann J. T., Sørensen N. A., Ojeda F., Karakas M., Boeddinghaus J., Nestelberger T., Badertscher P., Giménez M. R., Puelacher C., Wildi K., Kozhuharov N., Breitenbuecher D., Biskup E., Lavallaz J., Flores D., Wussler D., Miró O., Sánchez F. J. M., Morawiec B., Parenica J., Geigy N., Keller D. I., Zeller T., Reichlin T., Blankenberg S., Westermann D., Mueller C. 2018. Prospective Validation of the 0/1-h Algorithm for Early Diagnosis of Myocardial Infarction. *Journal of the American college of cardiology*. 72(6) p. 621.
79. Uysal, H., Ozcan, S. 2015. The effect of individual education on patients' physical activity capacity after myocardial infarction. *The International Journal of Nursing Practice*. 21(1) p. 18–28.
80. Vaičiulis V. 2015. Sergamumo ir mirtingumo nuo išeminės širdies ligos ryšys su meteorologiniais ir heliogeofizikiniais veiksniais: daktaro disertacija. Kaunas.
81. Valinteliėnė R., Varvuolienė R., Kranauskas A. 2012. Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas, vertinant GPAQ metodu. *Visuomenės sveikata*, 4(59), p. 67.
82. Van Beek M. H., Voshaar R. C., Pop G., Speckens A. E. 2016. Aspects of cardiac anxiety in patients with a myocardial infarction [žiūrėta 2020 m. gegužės 20 d.]. Prieiga per internetą:<<https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-34383433-dca7-32e0-90e6-40d71ba8f937/tab/summary>>.
83. Voller H, Klein G, Gohlke H. 2010. Effects of in-hospital rehabilitation on cardiovascular risk factors in patients with coronary heart disease. *Dtsch Med Wochschr*. 11(2) p. 140-161.
84. Wang A. Z., Schaffer J. T., Holt D. B., Morgan K. L., Hunter B. R. 2020. Troponin Testing and Coronary Syndrome in Geriatric Patients With Nonspecific Complaints: Are We Overtesting? *Continuing medical education in academic emergency medicine*. 27(1) p. 7.

85. West R. R., Jones D. A., Henderson A. H. 2012. Rehabilitation after myocardial infarction trial (RAMIT): multi-centre randomised controlled trial of comprehensive cardiac rehabilitation in patients following acute myocardial infarction. *Rehabilitation after AMI*. 98 p. 637-644.
86. Yang X., Li Y., Ren X., Xiong X., Wu L., Li J. 2017. Effects of exercise-based cardiac rehabilitation in patients after percutaneous coronary intervention: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Scientific Reports* 10(1038).
87. Zafari A. M. 2019. What are the types of myocardial infarction (MI, heart attack), and how is each defined [žiūrėta 2020 m. gegužės 26 d.]. Prieiga per internetą:<<https://www.medscape.com/answers/155919-15080/what-are-the-types-of-myocardial-infarction-mi-heart-attack-and-how-is-each-defined>>.
88. Žaliūnas R., Gustienė O. 2020. Nestabilioji krūtinės angina ir miokardo infarktas be ST segmento pakilimo: širdies ir kraujagyslių sistemos patloginės būklės. *Kardiologijos pagrindai studentams*. LSMU medicinos akademijos medicinos fakulteto kardiologijos klinika.
89. Zeng J., Huang J., Pan L. 2020. How to balance acute myocardial infarction and COVID-19: the protocols from Sichuan Provincial People's Hospital. *Intensive care med.* 10.

PRIEDAI