

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
MEDICINOS PAGRINDŲ KATEDRA

Taikomosios kūno kultūros (sveikatos edukologijos) magistrantūros studijų programa

Justina Laurinskaitė

**SVEIKATOS RIZIKOS VEIKSNIŲ ANALIZĖ IR VALDYMAS SERGANT
KARDIOLOGINĖMIS LIGOMIS**

Magistro darbas

*Magistro darbo vadovas –
doc. dr. J. V. Vaitkevičius*

2011

Magistro darbo santrauka

Širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė Europos moterų ir vyrų mirčių priežastis. Dėl šių ligų Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono šalyse kasmet miršta 4,35 mln. žmonių, o Europos Sąjungos šalyse - 1,9 mln. žmonių. ŠKL sergamumo struktūroje užima pirmąją vietą, taip pat yra neįgalumo ir pablogėjusios gyvenimo kokybės priežastis, tačiau galima tai išvengti. Nuo šių ligų miršta kas antras Europos gyventojas – 30 procentų mirčių tarp gyventojų iki 65 metų amžiaus. PSO numato, kad mirčių skaičius nuo 7,1 mln. (2002 m.) padidės iki 11,1 mln. (2020 m.). Pagrindiniai širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai yra rūkymas, padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, padidėjusi cholesterolio koncentracija kraujyje, netaisyklinga mityba, mažas fizinis aktyvumas, antsvoris, nutukimas, cukrinis diabetas, alkoholis, psichinis bei socialinis stresas.

Iškelta *hipotezė*, kad Klaipėdos Jūrininkų ligoninės pacientų sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, rizikos veiksniai panašūs literatūroje analizuojamiems rizikos veiksniams Lietuvoje ir už jos ribų. Rizikos veiksnių analizė padės tobulinti sveikatos rizikos veiksnių valdymo sistemą.

Tyrimo *tikslas* - išsiaiškinti pagrindinius širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius.

Iškelti *uždaviniai* šiam tikslui įgyvendinti: 1) apžvelgti širdies ir kraujagyslių ligų paplitimą; 2) išsiaiškinti pagrindinius šių ligų rizikos veiksnius; 3) nustatyti pacientų žinias, apie rizikos veiksnius. 4) pateikti ŠKL RV analizės, valdymo ir savikontrolės sistemos metmenis.

Tyrimo dalyvavo 150 Klaipėdos Jūrininkų ligoninės, reabilitacijos skyriaus kardiologinio profilio pacientai sergantys širdies ir kraujagyslių ligomis.

Anketinės *apklausos metodu* siekta išsiaiškinti pacientų sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis pagrindinius sveikatos rizikos veiksnius. Klausimai pateikti apie žalingus įpročius, mitybą, fizinį aktyvumą, gyvenimą, emocijas, žinias. Atlikta *statistinė duomenų analizė* SPSS programa.

Svarbiausios empirinio tyrimo *išvados*:

1. Nustatyta, kad sergamumo ŠKL amžiaus tarpsnis 61 metai ir vyresni.
2. Dauguma respondentų teigia, kad pagrindinis rizikos veiksnys ŠKL yra aukštas kraujo spaudimas.
3. Rūkančių ir alkoholi vartojančių vyrų yra statistiškai reikšmingai daugiau nei rūkančių ir vartojančių alkoholi moterų.
4. Mažai dėmesio skiria mitybos įpročiams, fiziniam aktyvumui, sveikai gyvenimui.
5. Pasitvirtino iškelta hipotezė.

Esminiai žodžiai: širdies ir kraujagyslių ligos, rizikos veiksniai, valdymas.

Turinys

Magistro darbo santrauka	2
Santrumpos	4
Įvadas	5
1 skyrius. SVEIKATOS RIZIKOS VEIKSNIŲ ANALIZĖ IR VALDYMAS SERGANT KARDIOLOGINĖMIS LIGOMIS	8
1.1 Kardiologinių ligų paplitimas	8
1.2 Kardiologinių ligų rizikos veiksniai ir jų valdymas	10
2 skyrius. RIZIKOS VEIKSNIŲ ANALIZĖ SERGANT KARDIOLOGINĖMIS LIGOMIS	20
2.1 Tyrimo metodika	20
2.2 Tyrimo dalyviai	21
2.3 Respondentų socialinės – demografinės charakteristikos	21
2.4 Respondentų žinios apie širdies ir kraujagyslių ligas	24
2.5 Respondentų žalingi įpročiai.....	26
2.6 Respondentų sveikatos būklė ir paveldėjimas.....	29
2.7 Respondentų mitybos įpročiai.....	33
2.8 Respondentų emocinė būsen.....	36
2.9 Respondentų fizinis aktyvumas	40
2.10 Respondentų žinios apie jų ligą	41
2.11 Respondentų sveikatos įvertinimų sąsajos su kitais rodikliais	43
2.12 Rizikos veiksnių valdymas	46
Išvados	49
Rekomendacijos	50
Literatūra	51
Summary	56
Priedai	57

SANTRUMPOS

AH – arterinė hipertenzija

AKS – arterinis kraujo spaudimas

CD - cukrinis diabetas

DTL - didelio tankio lipoproteinai

EKD – Europos kardiologų draugija

ES – Europos sąjunga

FA – fizinis aktyvumas

GSI – galvos smegenų insultas

IŠL – išeminė širdies liga

KMI – kūno masės indeksas

MI – miokardo infarktas

min. - minutė

MTL - mažo tankio lipoproteinai

NCEP ATP III - Nacionalinės cholesterolio mokymo programos ekspertų grupė (angl. *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*)

proc.- procentai

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

ŠKL – širdies ir kraujagyslių liga

RV – rizikos veiksniai

RVVS – rizikos veiksnių valdymo sistema

SCORE sistema – ŠKL rizikos vertinimo modelis per artimiausius 10 metų (angl. *Systemic Coronary Risk Evaluation*)

SVG – svarbi valdymo grandis

t.y – tai yra

IVADAS

Mokslinė problema ir tyrimo aktualumas. Pasaulinė sveikatos organizacija (toliau PSO) sveikatą apibrėžia kaip visišką fizinės, dvasinės, socialinės gerovės būseną, o ne tik ligos arba negalios (invalidumo) neturėjimą. Remiantis tuo, sveikatą galima įvardyti kaip žmogaus fizinės, dvasinės, socialinės aplinkos pusiausvyrą, suderintą su visapuse funkicine veikla. Sveikata - pagrindinė prasmingo ir kokybiško gyvenimo sąlyga, kurią lemia daugybė veiksnių: vidinė darna, socialinė parama, pasitikėjimas savimi ir kt. Sveikata nėra vien tik nepalankių nevaldomų išorinių aplinkybių pasekmė arba auka. Dažniausiai naudojami PSO rekomenduoti medicinos statistikos rodikliai (mirtingumas, sergamumas, invalidumas), atskleidžiantys patologiją. Jie sudaryti remiantis biologine sveikatos ir ligos samprata (Gurevičius, Margienė, 2010).

Proškovienė (2004) teigia, sveikata - viena didžiausių vertybių. Žmonės dažnai susimąsto ir pradeda vertinti tik tai, ko neteko. Taip yra ir su sveikata. Kiekvienas turi teisę būti sveikas ir mokėti sveikatą išlaikyti kuo ilgiau. Mokant sveikai gyventi, didelę reikšmę turi teisinga sveikatos, kaip vertybės, samprata. Sveikata - sudėtinga sąvoka. Daugelis žmonių skirtingai supranta šį terminą, todėl požiūris į sveikatą gali būti įvairus ir nuolat keistis.

Norkienės (2010) teigimu, širdies ir kraujagyslių sistemos ligos apima širdies, galvos smegenų ir periferinių (dažniausiai kojų) kraujagyslių ligas bei arterinę hipertenziją. Išeminė širdies liga (toliau IŠL) ir galvos smegenų insultas (toliau GSI) yra pagrindinės mirties ir negalios priežastys, ypač vyresniame amžiuje. Remiantis PSO duomenimis, kasmet pasaulyje nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų miršta apie 17 mln. žmonių. Širdies ir kraujagyslių ligos sergamumo struktūroje užima pirmąją vietą. Nuo šių ligų miršta kas antras Europos gyventojas – 30 procentų mirčių tarp gyventojų iki 65 metų amžiaus. PSO numato, kad mirčių nuo IŠL skaičius nuo 7,1 mln. (2002 m.) padidės iki 11,1 mln. (2020 m.) teigia autorė.

Širdies ir kraujagyslių ligos (toliau ŠKL) yra pagrindinė Europos moterų ir vyrų mirčių priežastis. Dėl šių ligų Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono šalyse kasmet miršta 4,35 mln. žmonių, o Europos Sąjungos (toliau ES) šalyse - 1,9 mln. žmonių. ŠKL yra neįgalumo ir pablogėjusios gyvenimo kokybės priežastis. Tačiau dažnai širdies ir kraujagyslių ligų galima išvengti (Europos širdies sveikatos chartija, 2007).

ŠKL - vyraujanti mirties priežastis, mūsų šalyje viršijanti 50 proc., dėl kurios netenkama šimtų tūkstančių gyvybių, lieka socialinių, psichologinių, ekonominių, demografinių nuostolių. Pusė šių nelaimių sukelia aterosklerozinė liga, pažeidžianti širdies, smegenų ir kitų svarbių organų kraujagysles (Reckless, Merrell, 2007).

2009 metais Lietuvos gyventojų mirtingumo struktūroje didžiausią dalį sudarė:
Pirmoje vietoje - širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (55,4 proc.).
Antroje vietoje - piktybiniai navikai (19,3 proc.).
Trečioje vietoje - mirtys dėl išorinių priežasčių (traumų, apsinuodijimų ir kt.) (12,9 proc.) (Lietuvos sveikatos statistika, 2009).

Apie širdies ir kraujagyslių ligas kalbama ir svarbiausiame Europos sveikatos politikos dokumente – „Sveikata visiems XXI amžiuje“. Siekiama mažinti neužkrečiamąsias ligas: iki 2020 m. visame regione iki mažiausio įmanomo lygio turi būti sumažintas sergamumas, negalia ir priešlaikinės mirtys dėl pagrindinių lėtinių ligų, o konkrečiai – mažiausiai 40 proc. turi būti sumažintas vyresnių nei 65 m. amžiaus žmonių mirtingumas dėl širdies ir kraujagyslių ligų (Sveikata 21, 2002).

PSO duomenimis, nustatyta, kad 40 - 60 proc. žmogaus sveikata priklauso nuo gyvenamosios, 30 - 40 proc. - nuo aplinkos, 10 - 15 proc. - nuo paveldėjimo ir tik 8 - 10 proc. – nuo sveikatos apsaugos. Kiekvienas žmogus gimimo metu įgyja tam tikrą sveikatos potencialą, kurį jis turi stiprinti visą gyvenimą arba gali jį ir susilpninti (Januškevičienė, Lukoševičius, Sekmokienė, 2009).

Šiuolaikinis visuomenės sveikatos mokslas įrodė, kad kiekvienas žmogus, vertindamas savo gyvenimo kokybę, pirmiausia pabrėžia savo sveikatos būklę. Tačiau sveikata yra ir visuomeninė vertybė. Kuo sveikesnė visuomenė, tuo turtingesnė valstybė. Paprastai turtingesnės valstybės labiau rūpinasi savo gyventojų sveikata, o žmonės ilgiau ir sveikiau gyvena. Tam, kad nusistovėtų tokia sistema, turi būti tinkamai suderintas valstybės valdymo bei viešojo sektoriaus valdymo išteklių naudojimas (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Pasak Kalėdienės, Petrauskienės, Rimpelos (1999), pagrindinės sveikatos problemos sietinos su lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Sprendžiant šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemas, neįmanoma tenkintis visuomenės sveikatos suvokimu ir sukaupta mokslinė informacija ir įrodo, kad spręsti sveikatos problemas neįmanoma vien medicinos pagalbos teikimu. Lemiamas vaidmuo čia tenka sveikatos ugdymui, aplinkos saugai bei ligų profilaktikai.

ŠKL rizikos veiksniai (toliau RV) plačiau analizuoti Vilniaus ir Kauno universitetinėse klinikose, Klaipėdos Jūrininkų ligoninėje jų nėra daug.

Tyrimo objektas – rizikos veiksniai sukeltys širdies ir kraujagyslių sistemos ligų susirgimus.

Hipotezė: Klaipėdos Jūrininkų ligoninės pacientų sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, rizikos veiksniai panašūs literatūroje analizuojamiems rizikos veiksniams Lietuvoje ir už jos ribų. Rizikos veiksnių analizė padės tobulinti sveikatos rizikos veiksnių valdymo sistemą.

Tyrimo tikslas. Išsiaiškinti pagrindinius širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius.

Uždaviniai:

1. Apžvelgti širdies ir kraujagyslių ligų paplitimą.
2. Išsiaiškinti pagrindinius šių ligų rizikos veiksnius.
3. Nustatyti pacientų žinias, apie rizikos veiksnius.
4. Pateikti ŠKL RV analizės, valdymo ir savikontrolės sistemos metmenis.

Tyrimo dalyviai - tyrimo imtį sudaro 150 Klaipėdos Jūrininkų ligoninės, reabilitacijos skyriaus kardiologinio profilio pacientai. Tai sudaro Klaipėdos krašto pacientai. Tyrimo dalyviai pasirinkti sergantys širdies ir kraujagyslių ligomis. Apklausa buvo vykdoma 2010 metais Klaipėdos Jūrininkų ligoninėje.

Tyrimo metodologija ir metodai - mokslinės literatūros analizė, kiekybinis tyrimas, statistinė duomenų analizė. Tyrimui naudota parengta anketa (žr. 1 priedas). Anketos tyrimo tikslas - išsiaiškinti pagrindinius širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius.

Magistro darbo struktūra. Šis magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, literatūros bei tyrimo analizei pateikiami 2 skyriai, išvados, rekomendacijos, naudoti 67 literatūros šaltiniai, santrauka anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 10 lentelių bei 28 paveikslai. Prieduose pateikiamas tyrimui naudotos anketos pavyzdys, Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis; SCORE - mirties nuo ŠKL rizika per 10 metų; Sveikos mitybos piramidė; Paciento sveikatos pasas; Mano kelias į sveikatą savikontrolės dienynas; Atmintinė kaip išvengti širdies ir kraujagyslių ligų. Darbo apimtis – 56 lapai.

1 skyrius. SVEIKATOS RIZIKOS VEIKSNIŲ ANALIZĖ IR VALDYMAS SERGANT KARDIOLOGINĖMIS LIGOMIS

1.1 Kardiologinių ligų paplitimas

Širdies ir kraujagyslių ligos visame pasaulyje vadinamos industrializacijos ligomis. Per pastaruosius 200 metų labai pasikeitė žmonių gyvenimo: „pigerėjo“ mityba - maiste padaugėjo riebalų, cholesterolio, druskos, daugiau žmonių pradėjo rūkyti, gerokai sumažėjo fizinis aktyvumas. Pirmoje XX amžiaus pusėje ŠKL sparčiai daugėjo daugumoje industrinių Vakarų kraštų: mirtingumas nuo šių ligų didėjo maždaug nuo 125 iki 400/100 tūkst. gyventojų. Tuomet buvo pradėti populiacijų tyrimai, kurių metu ištirtos ir nustatytos širdies ir kraujagyslių ligų priežastys. Pirmą kartą buvo suformuluota rizikos veiksnių koncepcija. Pradėta atkakli kova su rizikos veiksniais. Buvo parengtos nacionalinės cholesterolio, padidėjusio kraujospūdžio mokymo programos ir kt. Tai davė rezultatų: nuo 1970 m. iki 1985 m. mirtingumas nuo šių ligų JAV ir kai kuriose Vakarų Europos šalyse sumažėjo iki 50 proc., Rytų Europos šalyse, kur veiksmingų priemonių nebuvo imtasi, jis padidėjo daugiau kaip 70 proc. (Petruilionienė, 2005, 2010).

ŠKL - viena opiausių šiandieninės medicinos problemų. Kaip teigia Širdies asociacijos prezidentas P. Šerpytis, ŠKL jau pasiekė epidemijos lygį. Net 54 proc. Lietuvos gyventojų miršta nuo šių ligų. Tuo tarpu ES senose narėse šis rodiklis siekia vos 40 proc. Prognozuojama, kad iki 2025 metų sergamumas ŠKL išaugs dar trečdaliu (Gendrolis, Majienė, Trumbeckaitė, 2006).

Raškelienės (2009) teigimu, ŠKL atsiradimas ir tolesnis progresavimas priklauso nuo gyvenimo ypatumų. Nejudra, netaisyklinga mityba, rūkymas, nesaikingas alkoholio vartojimas, atsvaris lemia gyventojų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, daugėjimą.

Nuo širdies ir kraujagyslių ligų miršta daugiau žmonių, negu nuo visų vėžio formų kartu paėmus. Daugiau nuo širdies ir kraujagyslių ligų miršta moterų (55 proc. visų mirčių) negu vyrų (43 proc. visų mirčių), didesnis mirštamumas nustatytas tarp žemesnio socialinio sluoksnio žmonių (Ewles & Topics, 2005).

XX amžiuje kiekvienais kalendoriniais metais, išskyrus 1918-uosius, išeminė širdies liga - pagrindinė JAV gyventojų mirties priežastis (American Heart Association, 1998). 1998 metais tiesioginė 949 619 gyventojų mirties priežastis buvo kraujotakos ligos (41% nuo bendrojo mirtingumo per metus) ir netiesioginė - 1,4 milijono mirties atvejų (60% nuo viso mirtingumo) (American Heart Association, 2000). Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos

Vyriausybės duomenimis, Lietuvoje 2003 metais kraujo apytakos sistemos ligos buvo pagrindinė vyrų (46,0%) ir moterų (64,0%) mirties priežastis.

Daugumoje Šiaurės, Pietų ir Vakarų Europos šalių mirštamumas dėl širdies ir kraujagyslių ligų, šių ligų išsivystymo dažnis mažėja, tačiau lieka toks pat arba net didėja Centrinėje ir Rytų Europoje. Nors ES šalyse mirštamumas dėl širdies ir kraujagyslių ligų bei naujų susirgimų atvejų skaičius mažėja, vyrų ir moterų, sergančių šiomis ligomis daugėja (Protocol and Guidelines, 1996).

Kai kuriuose pasaulio regionuose (Šiaurės Afrikoje, Vakarų Europoje, Japonijoje, Pietų Azijoje) pagal amžių koreguoti sergamumo, mirtingumo, mirštamumo liginėse rodikliai mažėja, bet bendras ŠKL ligotumo rodiklis toliau didėja, vydamasis senstančią populiaciją. Rytų Europoje - priešingai, mirtingumo rodikliai nuo ŠKL didėja (Norkienė, 2010).

Arterinė hipertenzija (toliau AH) vargina daugelį žmonių, ypač darbingo amžiaus. PSO pateikia XXI amžiaus viziją ir nurodo, kad 2025 metais ŠKL išliks svarbiausia sveikatos problema Europoje ir kitose pasaulio šalyse. Maždaug pusei Lietuvos gyventojų nustatomas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas (toliau AKS) (Europos kardiologų draugija, AH gairės, 2007).

Maria Treben (2006) teigia, kad grėsmę mūsų kraujotakai kelia nuolatinis skubėjimas, netinkama mityba, judėjimo stoka, nuodai, tokie kaip alkoholis ir nikotinas, orų poveikis. Logiškas rezultatas - medžiagų apykaitos sutrikimas, pvz.: padidėjęs cholesterolio ir šlapimo rūgščių kiekis. Dėl šių sutrikimų atsiranda įvairiausių negalavimų: aukštas kraujospūdis, širdies ir kraujagyslių ligos. Susergama ne staiga, o pamažu, dažniausiai nepastebimai.

Kitų šalių patirtis rodo, kad galima apsaugoti nuo koronarinės širdies ligos ir pailginti gyvenimą susirgusiems. Tam reikia įsigilinti į ligos prigimtį, žinoti skatinančius veiksnius ir juos atkakliai šalinti. Atlikta daugybė tyrimų, kuriais įrodyta, jog aterosklerozę galima sustabdyti, o koronarinę širdies ligą priversti atsitraukti (Petrulionienė, 2010).

ŠKL - pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje ir pasaulyje. Lietuvoje kasmet miokardo infarktu suserga daugiau kaip pusė tūkstančio gyventojų. Šis skaičius didėja. Daugiau nei du trečdaliai ligonių po persirgto miokardo infarkto išgyvena, bet jiems būtina ilgalaikė priežiūra ir gydymas (Vasiliauskas, 2010).

Europos kardiologų draugija (toliau EKD) Lietuvą priskiria prie didelės kardiovaskulinės rizikos šalių. EKD išskiria tris strategijas: populiacinę, didelės rizikos ir antrinę prevenciją. Šios strategijos turi ne konkuruoti, o veikti viena kryptimi. Lietuvoje širdies ir kraujagyslių ligų situacija blogesnė negu daugumoje Europos Sąjungos valstybių senbuvų, kuriose sergamumas ir mirtingumas nuo šių ligų nuolat mažėja. Dideli širdies bei kraujagyslių ligų rodikliai Lietuvoje – viena skaudžiausių mūsų šalies problemų (Domarkienė, Jurėnienė, Petrokienė, ir kt. 2000).

Širdies ir kraujagyslių ligos Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, buvo ir tebėra pagrindinė mirties priežastis. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų užima pirmą vietą tarp visų mirties atvejų. 2007 m. nuo širdies ir kraujagyslių ligų mirė daugiau kaip pusė visų mirusiųjų (24,3 tūkst. arba 53,3 proc.). Vyrų standartizuotas mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis buvo 1,8 karto didesnis nei moterų, kaimo nei miesto gyventojų – 1,3 karto. ŠKL taip pat lemia 24 proc. pirminio suaugusiųjų neįgalumo ir yra didelė nedarbingumo ir su juo susijusių ekonominių nuostolių priežastis. ŠKL serga 21 proc. suaugusiųjų Lietuvoje. Vertinant tiek absoliutiniais, tiek santykiniais rodikliais hospitalizacijos dažnis Lietuvoje dėl širdies ir kraujagyslių ligų yra vienas didžiausių Europoje (Lietuvos sveikatos programa, 2004).

Lietuva tarp visų Europos Sąjungos šalių užima pirmą vietą pagal hospitalizacijos dėl ŠKL skaičių, tenkantį 1000 gyventojų. Šis skaičius Lietuvoje sudaro 573 hospitalizacijos dienas/1000 gyventojų, tuo tarpu Europos Sąjungos vidurkis buvo 277 hospitalizacijos dienos/1000 gyventojų (Kanapickas, 2009).

Lietuvos gyventojų mirtingumo struktūra pagal pagrindines mirčių priežastis jau daugelį metų išlieka nepakitusi. 2009 m. daugiau nei pusė visų mirusiųjų (55,4 proc.) mirė nuo kraujotakos sistemos ligų. Lietuva užima 13 vietą tarp 49 Europos šalių pagal sergamumą. Didžiausių mirusiųjų nuo kraujotakos sistemos ligų dalį sudarė asmenys mirę nuo išeminės širdies ligos (61,9 proc.), galvos smegenų infarktų bei kitų ligų (24,8 proc.). Klaipėdos apskrityje mirtingumas 596,7 sergamumas - 257,96 (1000 – čiu gyventojų), Klaipėdos rajone mirtingumas 592,3 sergamumas - 258,37 (1000 – čiu gyventojų). Didžioji dalis (66,8 proc.) mirusiųjų nuo kraujotakos sistemos ligų buvo 65 metų ir vyresnio amžiaus asmenys (Lietuvos sveikatos statistika, 2009).

1.2 Kardiologinių ligų rizikos veiksniai ir jų valdymas

Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvos mirties priežasčių struktūroje mirtingumas nuo ŠKL daugelį metų užima pirmą vietą. Pastaruoju metu širdies ir kraujagyslių ligų RV tyrimai pasaulyje pereina į aukštesnę pakopą, kurios pagrindas yra jų savitarpio priklausomumo ir kompleksinio poveikio tyrimai, iš mokslinės veiklos kryptį vertinti rizikos veiksnius (Lukšienė, 2009).

Terminas „rizika“ kilęs iš prancūziško žodžio *risque*, o „rizikos veiksnys arba rizikos faktorius„ rodo neigiamą asmens ir aplinkos poveikį, skatinantį aterosklerozę ir sukeltą koronarinę širdies ligą. RV nustatomi įvairiais moksliniais tyrimais: epidemiologiniais, laboratoriniais, genetiniais. Jie gali rodyti žmogaus paveldimus, gyvenimo, biocheminius,

fiziologinius ypatumus. Iš viso žinoma per 200 rizikos veiksnių, bet ne visi jie vienodai svarbūs. Rizika labai padidėja, jei yra artimų giminių, anksti susirgusių širdies ligomis. Svarbiausiems iš jų būdinga tai, kad yra plačiai paplitę daugelyje populiacijų, pasižymi reikšminga nepriklausoma įtaka ŠKL rizikai, o tinkama jų kontrolė riziką sumažina (Petruilionienė, 2005, 2010).

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (2002) tvirtina, jog visuomenės sveikatos rizikos veiksniai – natūralūs gamtos bei dirbtiniai veiksniai, taip pat gyvenimo ir elgesio įpročiai, dėl kurių poveikio atsiranda rizika visų gyventojų ar atskirų jų grupių sveikatai. Juškelienė (2007) teigia, sveikatos rizikos veiksniai – visos sveikatą neigiamai veikiančios sąlygos bei procesai. Praėjusio šimtmečio pabaigoje ir šio pradžioje atlikta daugybė studijų, atskleidusių lėtinių ligų (ypač širdies ir kraujagyslių bei vėžio) rizikos veiksnius, nors daugelio iš jų priežastys nežinomos iki šiol. Asmens sveikatai turi įtakos paveldimumas ir individuali raida, fizinė aplinka, socialiniai, gyvensenos ir elgsenos veiksniai. Anot Proškuvienės (2004), pavojų susirgti didina kelių rizikos veiksnių derinys. Žmogus negali pakeisti savo genetikos, bet rizikos veiksnius gali kontroliuoti keisdamas gyvenimą.

Pagrindiniai širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai yra rūkymas, padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, padidėjusi cholesterolio koncentracija kraujyje, netaisyklinga mityba bei mažas fizinis aktyvumas. Kiti rizikos veiksniai turintys įtakos, širdies ir kraujagyslių ligoms vystytis yra antsvoris, nutukimas, cukrinis diabetas, piktnaudžiavimas alkoholiu ir psichinis bei socialinis stresas (Europos širdies sveikatos chartija, 2007).

Europos kardiologų draugija 2003 metais pasiūlė specialią RV vertinimo sistemą. SCORE sistema (angl. *Systemic Coronary Risk Evaluation*) – tai naujas ŠKL ir bendrosios rizikos vertinimo modelis. Šioje skalėje vertinama paciento lytis, amžius, cholesterolis, sistolinis kraujo spaudimas tyrimo dieną ir rūkymas. Vertinama rizika mirti nuo širdies ir kraujagyslių ligų per artimiausius 10 metų (40 – 65 metų asmenims) (Badarienė, Čypienė, Dženkevičiūtė ir kt. 2007) (žr. 2 priedas). SCORE projektas buvo inicijuotas siekiant plėtoti rizikos vertinimo sistemą naudoti klinikinio gydymo širdies ir kraujagyslių riziką, Europos klinikinėje praktikoje (Conroy, Pyörälä, Fitzgerald, et al. 2003).

Petruilionienė (2005, 2010) teigia, kad yra specialių lentelių, kalkuliatorių, kompiuterinių programų, pagal kurias, žinant savo rizikos veiksnius, galima procentais apskaičiuoti tikimybę susirgti širdies ir kraujagyslių liga arba nuo jos numirti per artimiausią laikotarpį: 5 ar 10 metų. Reikia labai rimtai susirūpinti savo sveikata, jei tikimybė artimiausiu dešimtmečiu susirgti ŠKL didesnė kaip 20 proc., o tikimybė numirti nuo jos - 5 proc. Autorė, žmones, pagal rizikos laipsnį suskirsto į tris grupes:

1. Nesergantys širdies ir kraujagyslių ligomis ar cukriniu diabetu ir turintys ne daugiau kaip vieną rizikos veiksnių – *nedidelės rizikos*.
2. Nesergantys širdies ir kraujagyslių ligomis ar cukriniu diabetu, tačiau turintys du ir daugiau rizikos veiksnius – *vidutinės rizikos*.
3. Sergantys koronarine širdies liga, kita aterosklerozės sukelta kraujagyslių liga (galvos smegenų, kojų, aortos) ar cukriniu diabetu – *didelės rizikos*.

Šiandien jau gerai žinomi rizikos veiksniai, skatinantys širdies ir kraujagyslių sistemos ligų bei kitų lėtinių neinfekcinių ligų atsiradimą.

PSO duomenimis, mažos rizikos regionams priskiriamos šios šalys: Belgija, Prancūzija, Graikija, Italija, Liuksemburgas, Ispanija, Šveicarija ir Portugalija. Kitos Europos šalys, tarp kurių ir Lietuva, priklauso didelės rizikos susirgti širdies ligomis regionui. Atnaujintos ir patikslintos lentelės šiuo metu naudojamos Belgijoje, Vokietijoje, Graikijoje, Nyderlanduose, Ispanijoje, Švedijoje ir Lenkijoje. Svarbu tai, kad ketinama kurti individualias SCORE lenteles ir skaičiuokles kiekvienai Europos šaliai (taip pat ir Lietuvai), atsižvelgiant į jų demografinius duomenis ir mirtingumo statistiką (Norkienė, 2010).

Rizikos veiksnių įtaka širdies ir kraujagyslių ligų atsiradimui įrodyta seniai. Širdies ir kraujagyslių ligos prasideda ne nuo skausmų krūtinėje ar širdies infarkto, bet gerokai anksčiau - nuo žalojančio įvairių rizikos veiksnių poveikio vidinei kraujagyslės sienelei - endoteliui. Rizikos veiksnys yra kilusi iš profilaktinės medicinos riziką susirgti tam tikra liga. Sergant kraujagyslių ligomis, kurios sukelia kraujotakos sutrikimus (Bohmig, Wimpffen, 2000).

Petrulionienė (2005, 2010), visus širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius skirsto į dvi grupes: modifikuojamus ir nemodifikuojamus.

1. Modifikuojami RV (galima valdyti) yra šie:

- Rūkymas;
- Padidėjęs kraujospūdis;
- Padidėjęs lipidų (riebalų) kiekis kraujyje;
- Cukrinis diabetas (sutrikusi gliukozės apytaka);
- Nesubalansuota mityba;
- Nutukimas;
- Mažas fizinis aktyvumas;
- Nuolatiniai stresai (depresija);
- Padidėjęs kraujo krešumas (klampumas).

2. Nemodifikuojami RV (negalima valdyti) yra šie:

- Amžius (vyresni nei 45 m. vyrai, vyresnės nei 55 m. moterys);
- Paveldimumas (anksti pasireiškusios ŠKL artimiesiems, pirmos eilės giminaičiams: vyrams iki 55 m., moterims - iki 65 m.).
- Jau nustatyta aterosklerozinės kilmės kraujagyslių liga (širdies, galvos smegenų, kojų kraujagyslių ir kt.).

Išskiriami trys pagrindiniai RV: rūkymas, padidėjęs kraujospūdis (hipertenzija), kraujo riebalų arba lipidų perteklius kraujyje (dislipidemija). Dauguma I-os grupės RV susiję su neteisinga mūsų pačių gyvensena. II-os grupės RV (amžiaus, lyties, paveldimumo) paveikti negalime, jie, deja, nemodifikuojami.

ŠKL - dažniausia Europos šalių gyventojų ankstyvo mirtingumo ir neįgalumo priežastis, didinanti sveikatos priežiūros išlaidas. Daugelio kardiovaskulinių ligų morfologinis substratas yra aterosklerozė, kuri ilgą laiką vystosi nesukeldama simptomų, o jiems atsiradus, jau yra gerokai pažeidusi daugelį arterijų. Dažniausiai ŠKL lemia gyvensena – tai modifikuojami kardiovaskulinių ligų rizikos veiksniai, kurių korekcija patikimai mažina sergamumą ŠKL ir mirtingumą. Kadangi ŠKL atsirasti ir vystytis įtakos turi daugelis anksti atsirandančių ir visą gyvenimą veikiančių patogenezinių mechanizmų (Norkienė, 2010).

Planuojant sveikatos priežiūros prevencines priemones, studijuojami kintantys veiksniai: pvz. mikroorganizmų paplitimas, gyventojų mityba, vaistų vartojimas, oro ir vandens užterštumas, radioaktyvus spinduliavimas, su žmogaus sauga susiję veiksniai, tokie kaip eismo sąlygos, profesinė veikla, taip pat psichosocialiniai faktoriai. Tebesiaiškinama ir paveldimumo reikšmė ligų išsivystymui (Juškelienė, 2007).

Laiku pradėjus gydytis, nuosekliai keičiant gyvenseną, sveikai maitinantis, grūdinant organizmą ir negalavimams šalinti vartojant natūralias priemones, rimtesnių ligų pavyksta išvengti. Taip galima išgydyti daugelį negalavimų. Žinoma, geriausiai apsisaugoma nuo jų sveikai gyvenant (Treben, 2006). Širdies ir kraujagyslių ligos susiformuoja ne per vieną dieną ir mes galime, atsižvelgdami į rizikos veiksnius, sumažinti riziką jomis susirgti.

Netinkama mityba. Nuo mitybos įpročių priklauso kraujagyslių būklė. Su maistu kasdien reikėtų gauti būtinų organizmui medžiagų: riebalų, angliavandenių, baltymų, vitaminų, mikroelementų, skaidulinių medžiagų. Visų šių medžiagų santykis turi būti subalansuotas. Netinkamai maitinantis santykis sutrinka. Širdžiai ir kraujagyslėms ypač žalingas per gausus gyvulinių riebalų, lengvai pasisavinamų angliavandenių, druskos, per mažas šviežių daržovių,

vaisių, skaidulinių medžiagų, vitaminų, kalio, magnio kiekis (Petruilionienė, 2010). Įrodyta, kad gausus sočiųjų riebalų rūgščių vartojimas gali būti vienas iš kraujotakos sistemos ligų rizikos veiksnių, o mityba, atitinkanti rekomenduojamas paros maistinių medžiagų ir energijos normas, kaip ir tinkamų bei palankių sveikatai maisto produktų gamyba ir vartojimas, gali padėti išvengti su mityba susijusių lėtinių neinfekcinių ligų (Abaravičius, Bartkevičiūtė, Barzda, Klumbienė, Petkevičienė, Stukas, 2010).

Nutukimas (antsvoris) - tai padidėjusi kūno masė, kurios norma nustatoma pagal ūgio standartą. Nutukimas ir antsvoris yra vertinami atsižvelgiant į kūno masės indeksą (toliau KMI). Padidėjusi kūno masė lemia dažnesnį bendrąjį ir ŠKL nulemtą sergamumą ir mirštamumą. Tam turi įtakos iš dalies dėl padidėjusios kūno masės pakilęs kraujospūdis bei didesnė cholesterolio koncentracija. Nutukimas yra vienas svarbiausių ŠKL rizikos veiksnių ir sukelia širdies ir kraujagyslių sistemos pokyčius (Leimonienė, 2009).

Atlikta nemažai mokslinių tyrimų, kurių metu buvo siekta išsiaiškinti pagrindinius šių ligų rizikos veiksnius. HB Hubert, M Feinleib at. el. (1983) metais atlikę stebėjimą nustatė, kad nutukimas yra vienas iš veiksnių, kuris didina širdies ir kraujagyslių ligų riziką. Nutukimas yra pavojingas veiksnyss tiek vyrų, tiek moterų tarpe. Sutulienė (2006) teigia, kad nutukimo priežastys nėra visai aiškios, bet žinomi veiksniai, skatinantys nutukimą: persivalgymas (60 - 90 proc.); paveldėjimas; sumažėjęs fizinis aktyvumas; centrinės nervų sistemos - pogumburio - hipofizės veiklos sutrikimai; hormonų sutrikimas.

Marozienės, Varvuolytės, Tautkutės (2003) nuomone, net 40 proc. atvejų širdies ligas išprovokuoja sotus ir nejudrus gyvenimo būdas. Naujausi tyrimai įrodė, kad vienas iš metabolinio sindromo simptomų – nutukimas - yra nepriklausomas šių ligų rizikos veiksnyss, t.y. tiesiogiai jas lemia. Nutunkama, kai su maistu gaunama daugiau kalorijų negu jų išsekvojama energijai. Tuomet maisto medžiagų perteklius virsta riebalais. Respublikinio mitybos centro duomenimis, mūsų šalyje kas antra moteris ir kas trečias vyras turi antsvorio arba yra nutukę. Tyrimų duomenimis, kai kūno masė yra padidėjusi 20 proc., mirštamumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų padidėja 18–20 proc., nuo insulto – net 21–25 proc., miokardo infarkto ir mirties nuo vainikinių širdies ligų grėsmė padidėja net tada, kai kūno masė padidėja visai nedaug.

Nutukimas – vis svarbesnė visų šalių visuomenės sveikatos problema, daranti reikšmingą poveikį gyventojų sergamumui ir mirtingumui. Per praėjusį dešimtmetį nutukimo paplitimas daugelyje Europos valstybių padidėjo 10 - 40 proc. Lietuvoje antsvorio turinčių ir nutukusių žmonių

taip pat daugėja. Nutukę žmonės gyvena trumpiau nei normalaus svorio. Europos šalyse per didelis kūno svoris kasmet sąlygoja apie 1 mln., t. y. 10 - 13 proc., visų mirčių. Nutukusiems žmonėms didesnė tikimybė susirgti išemine širdies liga, arterine hipertenzija, cukriniu diabetu, kai kurių sričių vėžiu (Klumbienė, Kriaučionienė, Petkevičienė, Ramažauskienė, 2009).

Rūkymas. Išsivysčiusiose pasaulio šalyse tabako rūkymas yra svarbiausia mirties, kurios galima būtų išvengti, priežastis. Pasaulyje kasmet dėl rūkymo miršta 5 mln. žmonių. Prognozuojama, kad 2020 metais bus dvigubai didesni. Maždaug 35 proc. rūkymo nulemtų mirčių yra ŠKL. Lietuvoje dėl rūkymo kasmet miršta per 7000 žmonių, daugiausia darbingo amžiaus vyrų (Norkienė, 2010). Rūkymas yra labiausiai išvengiama ŠKL sergamumo ir mirtingumo priežastis. Skatina ne tik širdies, bet kitos lokalizacijos kraujagyslių aterosklerozę: padvigubėja smegenų insulto rizika; siaurėja kojų kraujagyslės; gali atsirasti pilvo aortos aneurizmas; venose gali susiformuoti trombai, kurie gali atitrūkti ir patekti į gyvybiškai svarbius organus; rūkymas, nutukimas ir arterinė hipertenzija skatina plaučių arterijos tromboemboliją (Section of Cardiology, Lutheran General Hospital at.el., 1992). World Health Statistics (2010) duomenimis, nemažai mirčių galima priskirti rūkymui, kuris padidina 2-3 kartus mirties riziką nuo ŠKL ir GSI. Rizika didėja su amžiumi ir didesnė moterims nei vyrams. Metus rūkyti sumažėja rizika 50 proc. per pirmuosius dvejus metus.

Šiuo metu jau nėra abejonės, kad rūkymas yra viena iš pagrindinių sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo priežasčių. Tabako vartojimas lemia 25 proc. širdies ir kraujagyslių ligų, 30 proc. vėžio, 75 proc. kvėpavimo sistemos ligų (Jankauskienė, Pečiūra, 2007). Proškuvienės (2004) teigimu, rūkymas sukelia laikiną arterinio kraujospūdžio pakilimą 5-10 mmHg. Rūkančių kraujospūdis labiausiai pakyla po pirmos rytinės cigaretės. Nikotinas padidina širdies susitraukimų dažnį 10-15 kartų per minutę. Dėl to širdies raumeniui reikia daugiau deguonies, sustiprėja kraujotaka vainikinėse širdies arterijose. Rūkymas gali išprovokuoti širdies ir kraujagyslių spazmą, dėl to širdies raumeniui gali pritrūkti deguonies ir atsirasti išemija. Moterims rūkymas - didesnis miokardo infarkto (toliau MI) ir staigios mirties rizikos faktorius. Daug rūkančios moterys MI serga dažniau nei niekada nerūkę vyrai. Būnant prirūkytose patalpose, didėja koronarinės širdies ligos rizika, 20 proc. padidėja mirties rizika. Eksperimentais nustatyta, pasyvus rūkymas pagreitina aterosklerozę, padidina MI dydį. Anot Petrulionienės (2010), kasdien surūkant 20 ir daugiau cigarečių, MI rizika moterims padidėja šešis kartus, vyrams – tris kartus. Rizika didėja, didėjant tabako kiekiui. Pastaraisiais metais Europoje rūko apie 28,6 proc. gyventojų, daugiau vyrų (40 proc.) nei moterų (18 proc.). Didelė problema yra augantis paauglių, ypač mergaičių, rūkymas.

Alkoholis. Tiriant alkoholio poveikį, įrodyta, kad nuolat vartojant didesnius alkoholio kiekius, padidėja sergamumas ir mirtingumas nuo ŠKL. Gausiai ir dažnai vartojant alkoholinius gėrimus galima susirgti kepenų ciroze (Norkienė, 2010). Daugelio tyrimų duomenimis, vyrai alkoholį vartoja dažniau negu moterys, t.y. 93,5 proc. vyrų ir 83,2 proc. moterų (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Padidėjęs kraujospūdis. Didžiausią įtaką kraujo spaudimui turi druska. Ji skatina vandenį skverbtis į arterijas, todėl vartojant daug sūraus maisto, kraujyje daugėja natrio chlorido, kuris skatina skysčių susilaikymą organizme. Didėjant kraujo tūriui, kraujagyslėse kyla spaudimas ir pasireiškia hipertenzija. Žmogus vidutiniškai suvartoja du arbatinius šaukštelių druskos kasdien (užtektų vieno šaukštelio, t.y. ne daugiau kaip 2 g druskos) (Ferrari, Florino, 2010). Nuo aukšto AKS arterijos sustorėja ir sukietėja. Cholesterolis ir riebalai kaupiasi ant kraujagyslių sienelių – sulėtėja kraujotakos funkcijos ir žmogų gali ištikti infarktas arba insultas. Aukštas AKS gali pažeisti arterijas, priversdamas jas greičiau susiaurėti, todėl pro jas gali pratekėti mažiau kraujo. Jeigu kraujo krešuliukas užkemša arteriją, gali ištikti išeminis insultas. Tačiau insultas gali kilti ir tada, kai labai aukštas AKS prasimuša pro susilpnėjusias kraujagysles, ir kraujas išsilieja į smegenis (hemoraginis insultas). Kraujas po visą organizmą išnešioja deguonį, tačiau jei širdies kraujagyslės užblokuotos, širdies raumuo negaus pakankamai deguonies. Sumažėjus pritekėjimui į širdį, prasideda krūtinės skausmas – krūtinės angina, o visiškai nutrūkus, ištinka infarktas. Esant aukštam kraujospūdžiui, širdis priverčiama sunkiau dirbti, todėl bėgant laikui raumuo storėja, širdis išsiplečia (Putrūnaitė, 2008).

Padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje. Viena svarbių sergamumo ŠKL priežasčių – padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje. PSO nurodo, kad cholesterolio koncentracijos kraujyje padidėjimas yra viena iš 10 svarbiausių pasaulio gyventojų mirties priežasčių. Cholesterolis kaupiasi kraujagyslių sienelėse, siaurina jų spindį ir sukelia aterosklerozę. Dažniausia išsivysčiusių šalių gyventojų mirties priežastis – ŠKL, dažniausia jų – išeminė širdies liga (75 proc. visų širdies ligų) (Šležienė, 2007).

2001 m. Nacionalinės cholesterolio mokymo programos ekspertų grupė (toliau NCEP ATP III) (angl. *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*), apibendrinusi pastarojo dešimtmečio bei ankstesnių tyrimų duomenis, pateikė naujausias cholesterolio nustatymo, įvertinimus: bendras cholesterolis < 5 mmol/l; mažo tankio lipoproteinai (toliau MTL) cholesterolis < 3 mmol/l; didelio tankio lipoproteinai (toliau DTL) cholesterolis < 1 mmol/l (vyrams), < 1,2 mmol/l (moterims). Tačiau žmonėms, sergantiems ŠKL arba CD turėtų siekti dar mažesnių rodiklių : bendrojo cholesterolio < 4,5 mmol/l; MTL cholesterolio < 2,5 mmol/l; DTL cholesterolio > 1,2

mmol/l (vyrams), > 1,4 mmol/l (moterims). Falk Pharma GmbH (2008) nuomone, svorio mažinimas padeda normalizuoti cholesterolio kiekį kraujyje. Reguliarūs pratimai efektyvūs, nes didina DTL cholesterolį. Geriausi rezultatai pasiekiami sportuojant reguliariai po pusvalandį 3 - 4 kartus per dieną. Keisti įpročius visada yra sunku.

Cukrinis diabetas. Diabetas yra vienas pagrindinių rizikos veiksnių susirgti ŠKL. Cukriniu diabetu (toliau CD) ir ŠKL sergančių pacientų 7 metų mirštamumo rodikliai yra 45 proc., 10 metų - 75 proc. Sergantieji CD dažniausiai miršta dėl kardiovaskulinių komplikacijų, ypač kartu esant arteriniai hipertenzijai. Tyrimų duomenimis, nuo kardiovaskulinių ligų miršta daugiau kaip pusė sergančiųjų CD (Norkienė, 2010). Remiantis NCEP ATP III (2001), cukrinis diabetas pabrėžiamas kaip ypač svarbus ŠKL vystimosi rizikos veiksnys.

Stresas. Jau yra pakankamai įrodytas psichikos ir somatinių sutrikimų tarpusavio ryšys. Kaip žinoma, kai kurie psichologiniai veiksniai gali daryti įtaką širdies ligomis sergančių žmonių sveikatai. Dažniausios nerimo kilimo priežastys, susirgus širdies ligomis, galima fizinė negalia, darbo vietos praradimas. Atlikus epidemiologinius tyrimus, nustatytas ryšys tarp depresijos simptomų sunkumo ir ŠKL komplikacijų tikimybės net ir esant lengviems depresijos simptomams. ŠKL išsivystymą lemia ir aplinka. Apskaičiuota, kad rizika susirgti ŠKL padidėja 1,7 karto, jei šeimoje vyrauja neigiamos emocijos, pyktis, baime; 1,3 karto rizika padidėja esant aplaidumui, prievartai. Depresija ir pyktis skatina išemines ligos išsivystymą: galimybių susirgti santykis padidėja 2,1 ir 2,5 (Norkienė, 2010).

Jarašūnienės, Jarašūno, Kibarskio, Markevičiūtės (2010) nuomone, jog depresija didina širdies ligų riziką, o ja sergantiems asmenims dažnesnės komplikacijos bei didesnė mirties rizika. Remiantis PSO duomenimis, depresija bent kartą gyvenime gali būti sirgę net iki 30 proc. žmonių, be to, ji du kartus dažnesnė moterims.

Nepakankamas fizinis aktyvumas. Pastarųjų metų mokslinėse publikacijose teigiama, kad vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas (toliau FA), trunkantis 30 minučių ir ne mažiau kaip 5 kartus per savaitę, išsekvojant apie 200 kcal energijos per dieną (pvz., 30 minučių greitoko ėjimo), stiprina suaugusiųjų sveikatai (Pate et al., 1995). Mokslininkai nustatė, kad FA, išsekvojant 1000—1100 kcal energijos per savaitę, stiprina širdies ir kraujagyslių sistemos, griaučių raumenų pajėgumą, padeda išlaikyti sveiką svorį. Jeigu FA yra mažesnis, vadinasi, žmogaus gyvensena yra fiziškai pasyvi ir galimi sveikatos rizikos veiksniai (Pate et al., 1995).

Pasak Kalėdienė, Petrauskienė, Rimpela (1999), teigia, kad daugiau nei dviejų trečdalių Lietuvos suaugusiųjų gyvensena yra fiziškai pasyvi. Naužemys, Saplinskas, Kniukšta (2000), teigia jog moksliniais tyrimais nustatyta, kad žmonėms, kurie yra fiziškai neaktyvūs, mažai juda,

nesimankština nuo 17 – 35 metų atsiranda tam tikri širdies bei kraujagyslių sistemos pakitimai, padidėja kraujospūdis. Petrulionienė (2005) teigia, kad aerobikos pratimai širdies ir kraujagyslių ligų riziką mažina įvairiais būdais (mažina bendrojo cholesterolio kiekį, reguliuoja kraujospūdį, treniruoja ir stiprina širdies raumenį, ir kt.). PSO MONICA protokolo nurodymu, mažai fiziškai aktyvus asmuo yra toks, kuris darbe sėdi daugiau kaip pusę įprastinio darbo laiko, o laisvalaikio metu (žiemą ar vasarą) pasivaikščiojimui, saikingam ar sunkiam fiziniam darbui, fiziniams pratimams ar sportui vidutiniškai skiria mažiau kaip 10 valandų per savaitę (World Health Organization MONICA, 1990).

Polis Bregas (1994), kad vidaus organai būtų sveiki pataria sparčiai vaikščioti, ir kuo daugiau. Pasak jo, toks vaikščiojimas – naudingiausia fizinio krūvio forma, išjudinanti visą kūną. Einant ritmingai dirba beveik visi pagrindiniai raumenys. Jokia kita mankšta nepasieksite tokios koordinuojančios raumenų harmonijos, tokios puikios kraujo cirkuliacijos. Geriausiai širdies priepuolių padeda išvengti bėgimas. Jei bėgiojate kasdien, kraujas be perstojo veikia kraujagyslių sieneles. Jos darosi elastingesnės, geriau susitraukinėja, o tai padeda atsikratyti cholesterolio pertekliaus.

Maier (1999) siūlo gydytis sveika gyvensena, atsižvelgiant į šiuolaikinę sveikatos koncepciją. Pasak jos, sveikata – tai ne visam laikui gauta dovana, bet kiekvienu gyvenimo tarpsniu nusistojanti pusiausvyra tarp kūno bei sielos pajėgumo ir aplinkos keliamų reikalavimų. Juškelienė (2007) teigia, jog moksliniais tyrimais nustatyta, kad net nedidele dalimi pagerinus gyventojų mitybos įpročius, t.y. sumažinus riebalų ir druskos suvartojimą bei padidinus fizinio aktyvumo lygį, galima ženkliai sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų paplitimą.

Azguridienė (2011) teigia, kad visuomenės ir sveikos gyvensenos sąsaja nėra tokia paprasta ir savaime suprantama kaip populiariu ją šiandien pateikti. Populiariu pateikti taip, nes sveika gyvensena yra madinga idėja (madinga kalbėti apie tai). O šios sąsajos kokybė priklauso nuo to, kaip mes suprantame sveiką gyvenseną ir kaip suprantame visuomenę. Lietuvoje ir užsienyje populiari tapo idėja, kad nuo gydymo medicina turi pereiti prie sveikatos stiprinimo profilaktikos. Valstybinė sveikatos sistema turi diegti ir palaikyti sveiką gyvenseną. Petrulionienė (2005) teigia, kad šiuolaikinė sveikatos priežiūra remiasi ne vien medicinos pagalbos sistema (gydymas ligoninėse, diagnostikos bei vaistų tobulinimas), bet pirmiausiai prevencine veikla. Žmogus pats privalo tausoti ir stiprinti savo sveikatą, o valstybė turi sudaryti tam sąlygas. Išsivysčiusiose Europos šalyse atlikti tyrimai parodė, kad investicijos į prevencines priemones (profilaktiniai sveikatos patikrinimai, imunizacija, darbo aplinkos higieninė priežiūra, sveikos gyvensenos propagavimas,

švietimas ir ugdytas bei daugelis kitų) duoda didžiulį teigiamą ne tik sveikatos, bet ir socialinį bei ekonominį efektą (Petruilionienė, 2005).

Europos širdies sveikatos chartija skatina visapusišką sveikatos apsaugos plėtrą, kai visos priemonės ir veiklos kryptys nukreiptos gerinti žmonių širdies ir kraujagyslių būklę, neleisti kilti širdies ir kraujagyslių ligoms Europos, nacionaliniame ir regioniniame lygmenyse. Pabrėžiama, bendrosios širdies ir kraujagyslių ligų rizikos įvertinimo svarbą. Aterosklerozę, kuri sukelia ŠKL, lemia daugybiniai RV. Šie rizikos veiksniai neretai stiprina vienas kito poveikį.

Sveiko žmogaus kodas:

0 3 5 140 5 3 0

0 – nerūkyti;

3 – fizinė veikla: kasdien 3 km. pėsčiomis arba vidutinio intensyvumo veikla 30 min.;

5 – tiek porcijų vaisių ir daržovių kasdien;

140 – sistolinis arterinis kraujo spaudimas mažesnis nei < 140 mmHg;

5 – bendrojo cholesterolio koncentracija kraujyje - < 5 mmol/l;

3 – MTL cholesterolio koncentracija kraujyje - < 3 mmol/l;

0 – nėra antsvorio ir nesergama cukriniu diabetu (Europos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos gairės, 2007).

PSO duomenimis, žmogaus gyvenimo būdas, lemia net 50 proc. sveikatos. Galima daryti prielaidą, kad gyvenimui turi daugiausiai įtakos sveikatai, tačiau šį veiksnių lemia daugelis kitų faktorių: biomedicininiai, socialiniai, kultūriniai, profesiniai veiksniai. Sveika gyvenimui – tai gyvenimo ypatumai, kurie priklauso nuo gyvenimo sąlygų ir individualios elgsenos, socialinių, ekonominių, kultūrinių veiksnių bei paties individo charakterio savybių. Sveika gyvenimui, padedantis stiprinti ir tobulinti organizmo atsargas, padedantis žmogui išlikti sveikam, saugoti ir gerinti savo sveikatą (Gudžinskienė, 2007).

Iš esmės sveikata priklauso nuo asmens per ilgą socializacijos laikotarpį susiformavusių nuostatų, įgūdžių. Tvirtinama, kad nuostata – tai žmogaus pasirengimas tam tikru būdu reaguoti į tam tikrus poveikius. Teigiama, kad jos turi dinamiškų savybių, tačiau senstant jos keičiasi sunkiau. Vadovaudamasis savo nuostatomis asmuo pasirenka tokį gyvenimo būdą, kuris jam yra priimtinas, ir nuo to priklauso, ar elgesys bus sveikatai palankus, ar ne. Sveikatai palanki elgsena negalima be asmens motyvacijos, stimulo sveikai gyventi (Šveikauskas, 2008).

Prognozuojant RV pasireiškimą tikimybę, atliekama rizikos veiksnių analizė ir nustatomos svarbios valdymo grandys. Rizikos analizė – procedūra, pagal kurią nustatoma galima rizika. Reikia pažymėti, kad valdymas – tai techninių, organizacinių, biologinių ir kitokių procesų, veiksmų

panaudojimas siekiant optimalių rezultatų. Rizika analizuojama tam, kad nustatytume, kuri jos sritis yra lemiamą ir nepageidautina, ji turi būti kontroliuojama ir valdoma. RV sistemingai turi būti stebimi, matuojami, duomenys fiksuojami ir įvertinami (Vaitkevičius, 2005, 2008). Analizuojant valdymą kaip teigia Jurgelėnas ir kt. (2007) iškyta sisteminių bei kitų reikšmingų parametrų ir rodiklių atrinkimo, taip pat naujų parametrų ir rodiklių paieškos problemos. Sisteminiis plėtros pobūdis vertinamas ne tik tradiciniais rodikliais, bet ir integraliniais parametrais. Sociologas Giddens (2000) teigia, kad „gyventi brandaus modernumo pasaulyje reiškia gyventi galimybių ir rizikos sąlygomis“.

Remiantis daugelio autorių cituojamais PSO duomenimis, ŠKL - pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje ir pasaulyje. ŠKL serga 21 proc. suaugusiųjų Lietuvoje. Pagrindiniai ŠKL rizikos veiksniai yra žalingi įpročiai, padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, padidėjusi cholesterolio koncentracija kraujyje, netaisyklinga mityba, mažas fizinis aktyvumas, nutukimas, cukrinis diabetas, psichinis bei socialinis stresas. ŠKL galima išvengti praktikuojant sveiką gyvenseną ir reguliuojant šių ligų didinančius RV. Šie ir kiti ŠKL aspektai Klaipėdos regione (Jūrininkų ligoninėje) buvo menkai tyrinėti. Gyvensenos komponentai daro įtaką individo sveikatai, todėl būtina skatinti sveikatą palaikančius veiksnius.

2 skyrius. RIZIKOS VEIKSNIŲ ANALIZĖ SERGANT KARDIOLOGINĖMIS LIGOMIS

2.1 Tyrimo metodika

Respondentų apklausai pasirinktas anketinis kiekybinio tyrimo metodas. Tai vienas populiariausių sociologinio tyrimo metodų, nežiūrint jo sudėtingumo. Anketinė apklausa reikalauja profesionalaus pasirengimo, nagrinėjamos problemos išmanymo, nuoseklaus darbo ir laiko. Galima gauti patikimos, nedviprasmiškos informacijos, kartu ji skatina respondentą bendradarbiauti, teisingai atsakinėti. Be to, anketiniu būdu gautą informaciją patogai statistiškai apdoroti, ją galima skaidyti į problemines sritis ir lyginti pasirinktais aspektais (Kardelis, 2002).

Anketa - tai toks tyrimo metodas, kai apie tiriamąjį reiškinį ar asmenį sprendžiama iš atsakymų į raštu pateiktus klausimus. Anketos gali būti įvairios: oficialios ar anoniminės, pagal atsakymų formą - uždaros, pusiau uždaros arba atviros (Tidikis, 2003). Anketa - sudaryta pačios magistrantės ir aprobuota mokslinio darbo vadovo. Anketa skirta išsiaiškinti pacientų sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis pagrindinius sveikatos rizikos veiksnius (žr. 1 priedas). Tyrimui

naudotą anketą sudaro 24 uždaro tipo klausimai, pusiau uždaro - 10 klausimų ir 2 atviro tipo klausimai. Klausimai pateikti apie žalingus įpročius, mitybą, fizinį aktyvumą, gyvenseną, emocijas, žinias. Taip pat buvo naudojama penkiabalė skalė, subjektyviai paciento sveikatai įvertinti. Skalė sudarė 5 teiginiai, kur 1 reiškia silpną sveikatą, 2 – vidutinę sveikatą, 3 – nei gerą nei blogą sveikatą, 4 – gerą sveikatą, 5 - labai gerą sveikatą. Anonimiškai apklausti žmonės nuoširdžiau atsakinėja į pateiktus klausimus. Pusiau uždarus klausimus pasirinkome todėl, kad galbūt kažką praleidome ir nepateikėme visų galimų atsakymų. Atviri klausimai leidžia išreikšti respondentui nuomonę. Anketos pildymui sudarytos palankios sąlygos, kad respondentas galėtų savarankiškai, niekieno netrukdomas ir neskubėdamas atsakyti į klausimus.

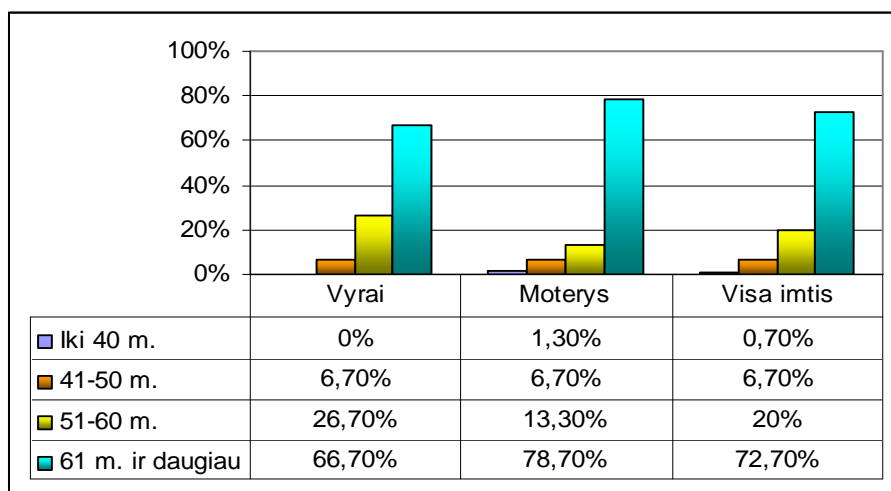
Duomenys suvesti ir apdoroti pasitelkiant statistinės analizės programa SPSS (SPSS statistics 17.0). Dviejų nepriklausomų imčių lyginimui naudotas Stjudento *t*-testas. Trijų ir daugiau nepriklausomų imčių lyginimui naudota dispersinė analizė ANOVA. Kokybinių požymių priklausomumui ir homogeniškumui vertinti naudotas chi kvadratas (χ^2) kriterijus. Kiekybinių kintamųjų ryšio stiprumui naudotas Pearson koreliacijos koeficientas. Duomenų skirtumas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$

2.2 Tyrimo dalyviai

Tyrimas buvo vykdomas nuo 2010 spalio mėnesio iki 2010 gruodžio mėnesio Klaipėdos Jūrininkų ligoninės reabilitacijos skyriuje kardiologiniams pacientams. Tyrimo imtį sudaro 150 respondentų (75 moterys, 75 vyrai). Tyrimo dalyviai pasirinkti sergantys širdies ir kraujagyslių ligomis. Respondentams buvo išdalinamos anketos ir paliekamos pildyti palatose.

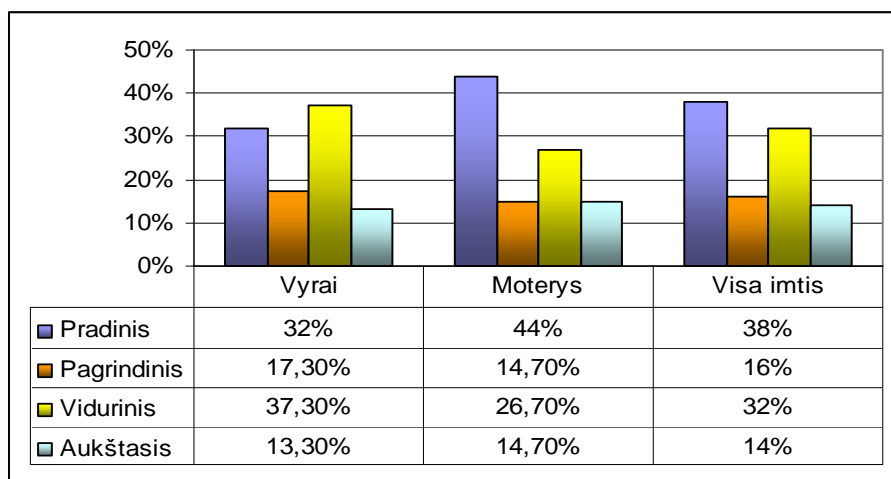
2.3 Respondentų socialinės - demografinės charakteristikos

Tyrimo dalyvavo 150 respondentų, 75 vyrai ir 75 moterys. 109 (72,7 proc.) respondentai (66,7 proc. vyrų ir 78,7 proc. moterų) yra 61 metų ir vyresni, 30 (20 proc.) respondentų (26,7 proc. vyrų ir 13,3 proc. moterų) yra nuo 51 iki 60 metų, 10 (6,7 proc.) respondentų (6,7 proc. vyrų ir 6,7 proc. moterų) yra nuo 41 iki 50 metų ir 1 (0,7 proc.) respondentas (0 proc. vyrų ir 1,3 proc. moterų) yra iki 40 metų (žr. 1 pav.). Duomenys, rodo kad dauguma sergančiųjų ŠKL amžius nuo 61 metų ir vyresni. Moterys serga dažniau, nei vyrai.



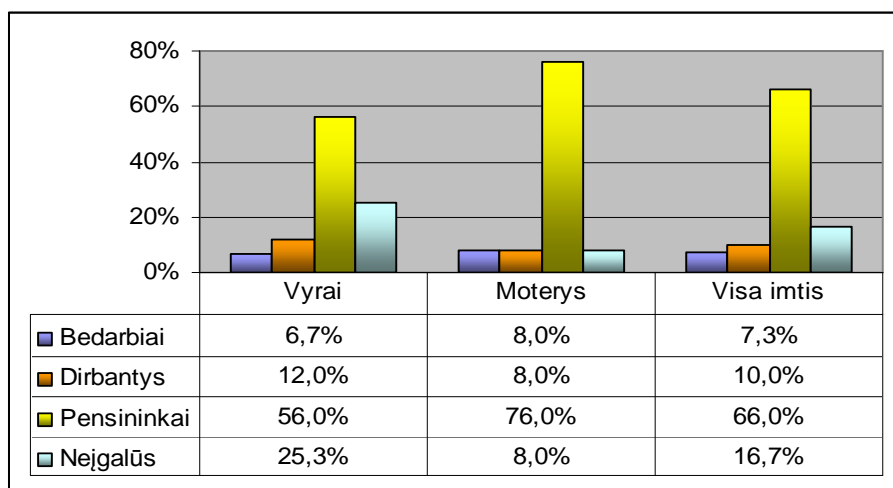
1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių

Tyrimo rezultatai rodo, kad 57 (38 proc.) respondentai (32 proc. vyrų ir 44 proc. moterų) turi pradinį išsilavinimą, 48 (32 proc.) respondentai (37,3 proc. vyrų ir 26,7 proc. moterų) turi vidurinį išsilavinimą, 24 (16 proc.) respondentai (17,3 proc. vyrų ir 14,7 proc. moterų) turi pagrindinį išsilavinimą ir 21 (14 proc.) respondentas (13,3 proc. vyrų ir 14,7 proc. moterų) turi aukštąjį išsilavinimą (žr. 2 pav.).



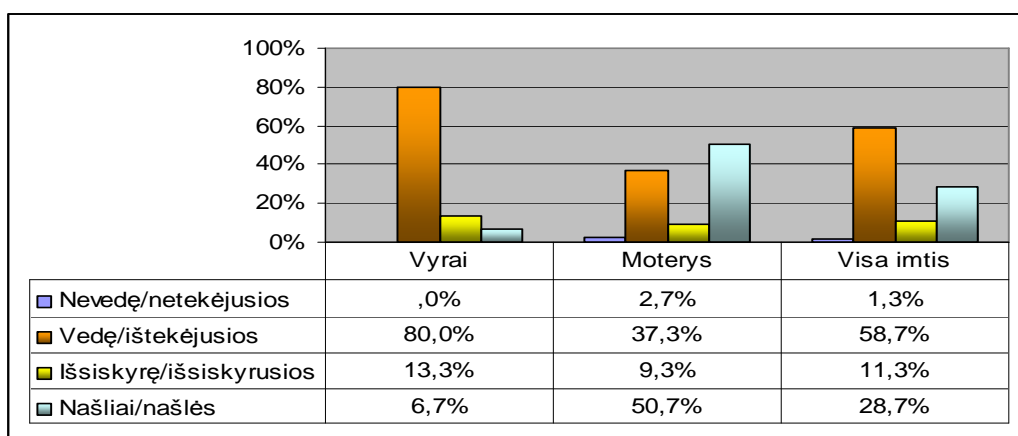
2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir išsilavinimą

Tyrimo rezultatai rodo, kad 99 (66 proc.) respondentai (56 proc. vyrų ir 76 proc. moterų) pensininkai, 25 (16,7 proc.) respondentai (25,3 proc. vyrų ir 8 proc. moterų) neįgalūs, 15 (10 proc.) respondentų (12 proc. vyrų ir 8 proc. moterų) dirbantys ir 11 (7,3 proc.) respondentų (6,7 proc. vyrų ir 8 proc. moterų) bedarbiai (žr. 3 pav.).



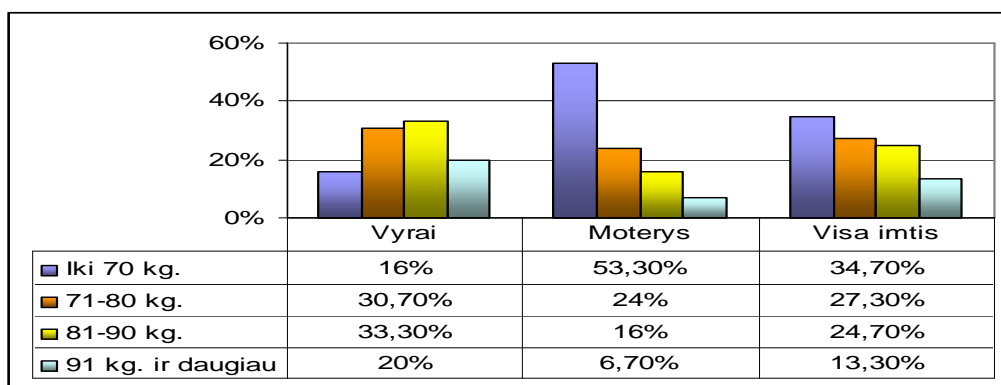
3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir socialinę grupę

Tyrimo rezultatai rodo, kad 88 (58,7 proc.) respondentai (80 proc. vyrų ir 37,3 proc. moterų) susituokę, 43 (28,7 proc.) respondantai (6,7 proc. vyrų ir 50,7 proc. moterų) našliai, 17 (11,3 proc.) respondentų (13,3 proc. vyrų ir 9,3 proc. moterų) išsiskyrę ir 2 (1,3 proc.) respondantai (0 proc. vyrų ir 2,7 proc. moterų) nesusituokę (žr. 4 pav.).



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir šeimyninę padėtį

Tyrimo rezultatai rodo, kad 52 (34,7 proc.) respondantai (16 proc. vyrų ir 53,3 proc. moterų) sveria iki 70 kg, 41 (27,3 proc.) respondantas (30,7 proc. vyrų ir 24 proc. moterų) – nuo 71 iki 80 kg, 37 (24,7 proc.) respondantai (33,3 proc. vyrų ir 16 proc. moterų) – nuo 81 iki 90 kg ir 20 (13,3 proc.) respondentų (20 proc. vyrų ir 6,7 proc. moterų) – 91 kg ir daugiau (žr. 5 pav.).



5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir svorį

2.4 Respondentų žinios apie širdies ir kraujagyslių ligas

Respondentų buvo klausiama, iš kur jie gauna žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas. Iš gautų rezultatų matome, kad žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas šaltiniai nuo labiausiai iki mažiausiai naudojamo vyrų imtyje pasiskirstė taip: šeimos gydytojas ($M \pm SD = 0,57 \pm 0,49$), kardiologas ($M \pm SD = 0,56 \pm 0,50$), žiniasklaida ($M \pm SD = 0,23 \pm 0,42$), reabilitologas ($M \pm SD = 0,15 \pm 0,35$), artimieji ($M \pm SD = 0,15 \pm 0,35$), draugai, pažįstami ($M \pm SD = 0,11 \pm 0,31$), specialioji literatūra ($M \pm SD = 0,11 \pm 0,31$), kineziterapeutas ($M \pm SD = 0,09 \pm 0,29$), slaugytojas ($M \pm SD = 0,08 \pm 0,27$), internetas ($M \pm SD = 0,05 \pm 0,22$). Žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas šaltiniai nuo labiausiai iki mažiausiai naudojamo moterų imtyje pasiskirstė taip: šeimos gydytojas ($M \pm SD = 0,69 \pm 0,46$), kardiologas ($M \pm SD = 0,59 \pm 0,49$), žiniasklaida ($M \pm SD = 0,17 \pm 0,38$), specialioji literatūra ($M \pm SD = 0,15 \pm 0,35$), reabilitologas ($M \pm SD = 0,09 \pm 0,29$), artimieji ($M \pm SD = 0,09 \pm 0,29$), draugai, pažįstami ($M \pm SD = 0,08 \pm 0,27$), kineziterapeutas ($M \pm SD = 0,05 \pm 0,22$), internetas ($M \pm SD = 0,03 \pm 0,16$), slaugytojas ($M \pm SD = 0,01 \pm 0,11$). Tačiau, taikant ANOVA vienfaktorinę dispersinę analizę, skirtumų tarp žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas šaltinių naudojimo vyrų ir moterų imtyse nenustatyta (F svyruoja nuo 0,108 iki 3,791; $p > 0,05$) (žr. 1 lentelę).

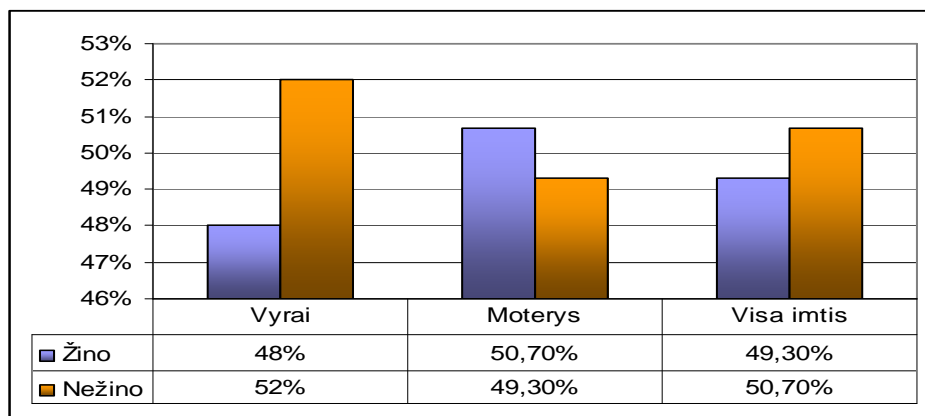
1 lentelė

Žinių šaltinių apie širdies ir kraujagyslių ligas naudojimo vyrų ir moterų imtyse palyginimas, %

Žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas šaltiniai	Visa imtis N(%)		Vyrai N(%)		Moterys N(%)		Vyrų ir moterų imčių skirtumai F ir p-reikšmė
	M±SD	Dažniai	M±SD	Dažniai	M±SD	Dažniai	
Šeimos gydytojas	0,63±0,48	95 (100)	0,57±0,49	43 (45,3)	0,69±0,46	52 (54,7)	F = 2,330, p = 0,129
Kardiologas	0,57±0,49	86 (100)	0,56±0,50	42 (48,8)	0,59±0,49	44 (51,2)	F = 0,108, p = 0,743
Reabilitologas	0,12±0,32	18 (100)	0,15±0,35	11 (61,1)	0,09±0,29	7 (38,9)	F = 1,003, p = 0,318
Kineziterapeutas	0,07±0,26 2	11 (100)	0,09±0,29	7 (63,6)	0,05±0,22	4 (36,4)	F = 0,876, p = 0,351

Slaugytojas	0,12±0,32	7 (100)	0,08±0,27	6 (85,7)	0,01±0,11	1 (14,3)	F = 3,791, p = 0,053
Artimieji	0,12±0,32	18 (100)	0,15±0,35	11 (61,1)	0,09±0,29	7 (38,9)	F = 1,003, p = 0,318
Draugai, pažįstami	0,09±0,29	14 (100)	0,11±0,31	8 (57,1)	0,08±0,27	6 (42,9)	F = 0,312, p = 0,578
Internetas	0,04±0,19	6 (100)	0,05±0,22	4 (66,7)	0,03±0,16	2 (33,3)	F = 0,688, p = 0,408
Specialioji literatūra	0,13±0,33	19 (100)	0,11±0,31	8 (42,1)	0,15±0,35	11 (57,9)	F = 0,537, p = 0,465
Žiniasklaida	0,20±0,40	30 (100)	0,23±0,42	17 (56,7)	0,17±0,38	13 (43,3)	F = 0,661, p = 0,418

Respondentų buvo klausama, ar jie žino, kokie pagrindiniai rizikos veiksniai sukelia širdies ligas. 76 (50,7 proc.) respondentai (52 proc. vyrų ir 49,3 proc. moterų) teigia, kad nežino, tuo tarpu 74 (49,3 proc.) respondentai (48 proc. vyrų ir 50,7 proc. moterų) teigia, kad žino (žr. 6 pav.). Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų į šį klausimą statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 0,107$, $p = 0,744$, t.y. $p > 0,05$).



6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie žino, kokie pagrindiniai rizikos veiksniai sukelia širdies ligas

Respondentų buvo klausama, kuris iš rizikos veiksnių kelia didžiausią riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų į šį klausimą nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų ir panašumų ($\chi^2 = 20,805$, $p = 0,004$, t.y. $p < 0,01$). Daugiausia, t.y. 37 (49,3 proc.) vyrų teigė, kad visi rizikos veiksniai veikia vienodai, 17 (22,7 proc.) – kad aukštas kraujo spaudimas, 10 (13,3 proc.) – kad žalingi įpročiai, 4 (5,3 proc.) – kad padidėjęs cholesterolio kiekis, 3 (4 proc.) – kad viršsvoris, 2 (2,7 proc.) – kad širdies ligų paveldimumas, 1 (1,3 proc.) – kad padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje ir 1 (1,3 proc.) – kad mažas fizinis aktyvumas. Daugiausia, t.y. 33 (44 proc.) moterų teigė, kad didžiausią riziką kelia aukštas kraujo spaudimas, 15 (20 proc.) – kad visi rizikos veiksniai veikia vienodai, 7 (9,3 proc.) – kad viršsvoris, 6 (8 proc.) – kad širdies ligų paveldimumas, 5 (6,7 proc.) – kad žalingi įpročiai, 5 (6,7 proc.) – kad padidėjęs cholesterolio kiekis,

3 (4 proc.) – kad mažas fizinis aktyvumas ir 1 (1,3 proc.) – kad padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje (žr. 2 lentelę).

2 lentelė

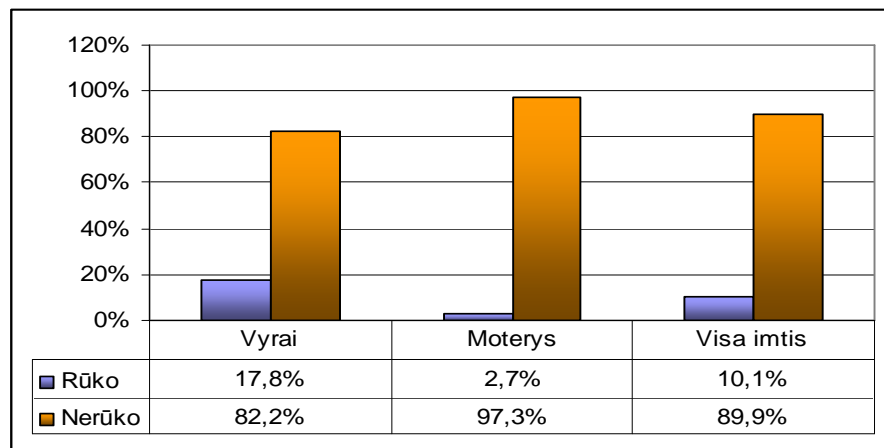
Vyrų ir moterų nuomonė apie tai, kuris iš veiksnių kelia didžiausią riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, %

Rizikos veiksniai	Visa imtis N(%)	Vyrai N(%)	Moterys N(%)
Aukštas kraujo spaudimas	50 (33,3)	17 (22,7)	33 (44)
Žalingi įpročiai	15 (10)	10 (13,3)	5 (6,7)
Viršsvoris	10 (6,7)	3 (4)	7 (9,3)
Širdies ligų paveldimumas	8 (5,3)	2 (2,7)	6 (8)
Padidėjęs cholesterolio kiekis	9 (6)	4 (5,3)	5 (6,7)
Padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje	2 (1,3)	1 (1,3)	1 (1,3)
Mažas fizinis aktyvumas	4 (2,7)	1 (1,3)	3 (4)
Visi rizikos veiksniai veikia vienodai	52 (34,7)	37 (49,3)	15 (20)

2.5 Respondentų žalingi įpročiai

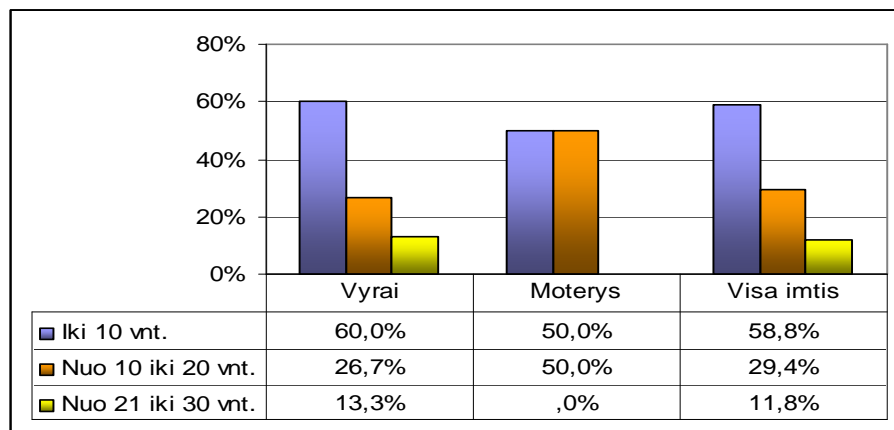
Černiauskienė (2000) pažymi, kad tabakomanija priskiriama prie ypač sparčiai plintančių narkomanijos formų. Literatūros duomenimis Europoje rūko apie 28,6 proc. gyventojų, daugiau vyrų (40 proc.) nei moterų (18 proc.). Norkienė (2010) teigia, rūkalių skaičius priklauso nuo amžiaus, vyresni žmonės rūko mažiau: vyresnių nei 65 metų vyrų rūko apie 15 proc., moterų - 11,5 proc. Koronarinių tyrimų registras nustatė, kad 70 metų ir vyresnių ligonių, kurie sirgo IŠL ir nebuvo metų rūkyti, MI ar mirties rizika per 6 metų stebėjimo laikotarpį buvo 3 kartus didesnė, palyginus su tais, kurie nustojo rūkyti. Mesti rūkyti pavyksta maždaug 5 proc. bandančiųjų.

Tyrimo metu buvo domimasi, kiek respondentų rūko. Gauti rezultatai parodė, kad 15 (10,1 proc.) respondentų (17,8 proc. vyrų ir 2,7 proc. moterų) rūko. Daugiausia, t.y. 133 (89,9 proc.) respondentai (82,2 proc. vyrų ir 97,3 proc. moterų) nerūko (žr. 7 pav.). Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų rūkymo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų ($\chi^2 = 9,312$, $p = 0,002$, t.y. $p < 0,01$). Rūkančių vyrų yra statistiškai reikšmingai daugiau nei rūkančių moterų. Duomenys rodo, kad septynis kartus dažniau vyrai rūko, nei moterys.



7 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal rūkymą

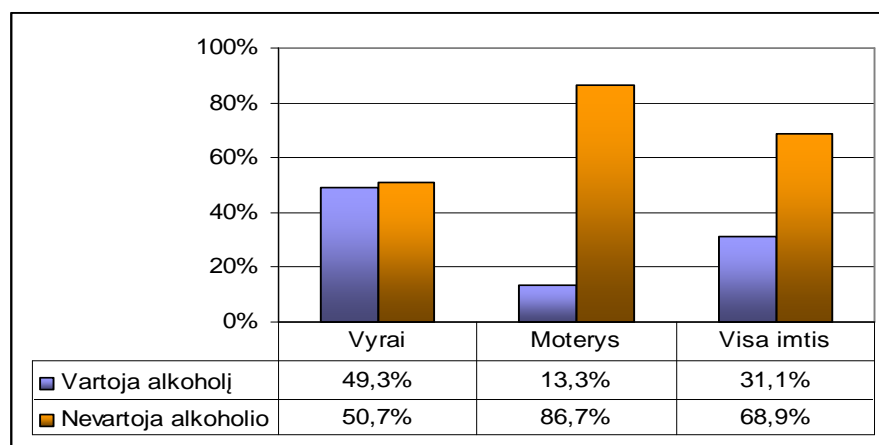
Petrulionienės (2010) teigimu, kasdien surūkant 20 ir daugiau cigarečių, MI rizika moterims padidėja šešis kartus, vyrams – tris kartus. Rizika didėja, didėjant tabako kiekiui. Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad daugiausia, t.y. 10 (58,8 proc.) respondentų (60 proc. vyrų ir 50 proc. moterų) surūko iki 10 cigarečių per dieną, 5 (29,4 proc.) respondentai (26,7 proc. vyrų ir 50 proc. moterų) – nuo 10 iki 20 cigarečių ir 2 (11,8 proc.) respondentai (13,3 proc. vyrų ir 0 proc. moterų) – nuo 21 iki 30 cigarečių (žr. 8 pav.). Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų surūkomų cigarečių skaičiaus statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 0,623$, $p = 0,732$, t.y. $p > 0,05$). Duomenys rodo, kad 60 proc. vyrų surūko iki 10 cigarečių per dieną lyginant su moterimis. Net du kartus daugiau moterų surūko nuo 10 iki 20 cigarečių nei vyrai. Tuo tarpu 13,3 proc. vyrų surūko nuo 21 iki 30 cigarečių.



8 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, kiek cigarečių per dieną jie surūko

Taip pat tyrime buvo domimasi, kiek respondentų vartoja alkoholį. Gauti rezultatai parodė, kad 46 (31,1 proc.) respondentai (49,3 proc. vyrų ir 13,3 proc. moterų) vartoja alkoholį. Daugiausia,

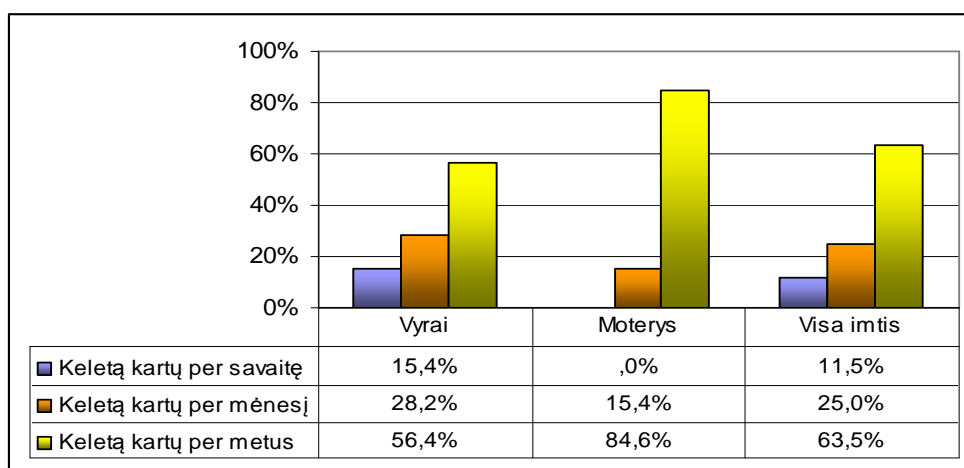
t.y. 102 (68,9 proc.) respondentai (50,7 proc. vyrų ir 86,7 proc. moterų) alkoholio nevartoja (žr. 9 pav.). Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų alkoholio vartojimo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų ($\chi^2 = 22,359$, $p = 0,000$, t.y. $p < 0,001$). Alkoholi vartojančių vyrų yra statistiškai reikšmingai daugiau nei alkoholi vartojančių moterų. Duomenys rodo, kad keturis kartus dažniau vyrai vartoja alkoholi nei moterys.



9 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal alkoholio vartojimą

Tiriant alkoholio poveikį, įrodyta, kad nuolat vartojant didesnius alkoholio kiekius, padidėja sergamumas ir mirtingumas nuo ŠKL. Gausiai ir dažnai vartojant alkoholinius gėrimus galima susirgti kepenų ciroze (Norkienė, 2010). Daugelio tyrimų duomenimis, vyrai alkoholi vartoja dažniau negu moterys, t.y. 93,5 proc. vyrų ir 83,2 proc. moterų (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Tyrimo rezultatai rodo, kad daugiausia, t.y. 33 (63,5 proc.) respondentai (56,4 proc. vyrų ir 84,6 proc. moterų) vartoja alkoholi tik keletą kartų per metus, 13 (25 proc.) respondentų (28,2 proc. vyrų ir 15,4 proc. moterų) - keletą kartų per mėnesį ir 6 (11,5 proc.) respondentai (15,4 proc. vyrų ir 0 proc. moterų) - keletą kartų per savaitę (žr. 10 pav.). Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų vartojamo alkoholio dažnumo statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 3,863$, $p = 0,145$, t.y. $p > 0,05$). Galima teigti, kad dauguma vartoja alkoholi tik keletą kartų per metus ir tai gali būti viena iš ŠKL priežasčių.



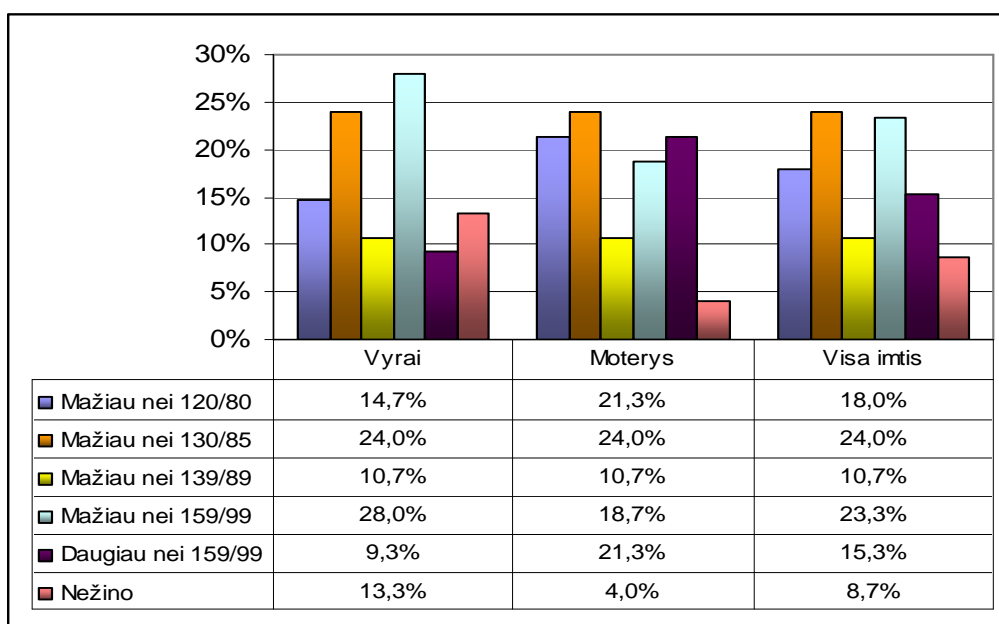
10 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, kaip dažnai vartoja alkoholį

2.6 Respondentų sveikatos būklė ir paveldėjimas

Norkienė (2010) teigia, sveikatą galime apibūdinti kaip tokią būklę, kai individas pats pajėgia patenkinti pagrindinius poreikius. Žmogus yra puikios fizinės būklės tol, kol neserga. Sveikata pirmiausiai nurodo asmens, kaip visumos, o ne tam tikrų jo dalių būklę. Jankauskienės, Pečiūros (2007) nuomonė, jog sveikatą galime vertinti objektyviai ir subjektyviai, tai priklauso nuo objektyvios medicininės diagnozės ir nuo asmens savijautos, kuri gana subjektyvi. Asmeninės sveikatos vertinimas yra subjektyvus rodiklis, atspindintis ne tik biomedicininis, bet ir socialinius bei psichologinius sveikatos aspektus, taip pat tai vienas iš labai svarbių gyvenimo kokybės elementų. Šio rodiklio pokyčiai atspindi gyventojų požiūrio į savo sveikatos pasikeitimus, susijusius su socialinių, ekonominių bei kitų sveikatą veikiančių veiksnių įtaka.

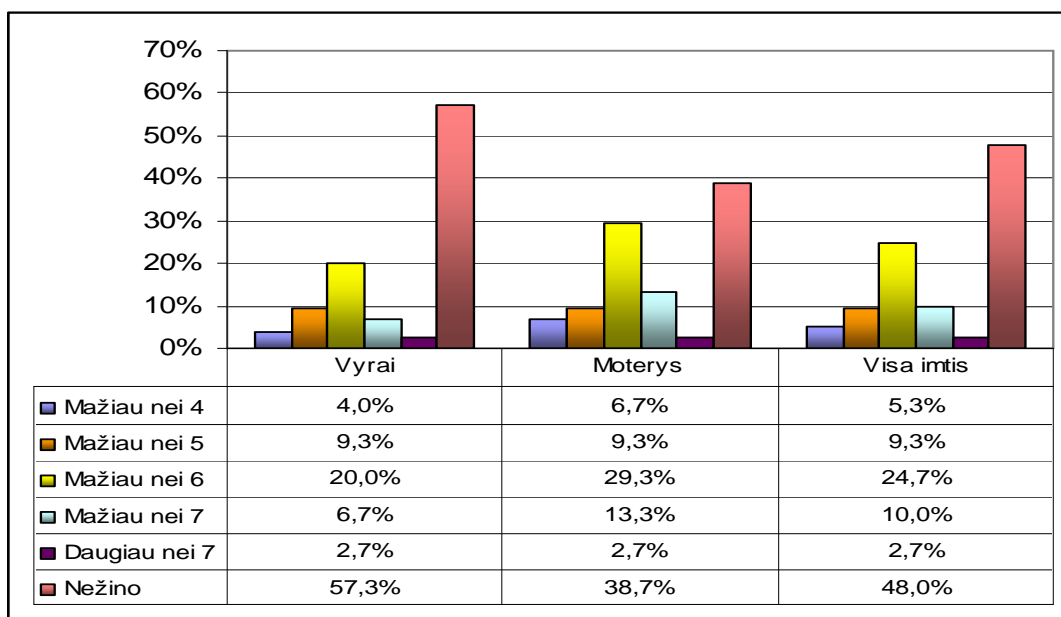
Tyrimo buvo domimasi, koks yra respondentų kraujospūdis. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų kraujospūdžio statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 9,617$, $p = 0,807$, t.y. $p > 0,05$). 13 (8,7 proc.) respondentų (13,3 proc. vyrų ir 4 proc. moterų) koks jų kraujospūdis pasakyti negalėjo. Daugelio, t.y. 36 (24 proc.) respondentų (24 proc. vyrų ir 24 proc. moterų) kraujospūdis yra mažesnis nei 130/85, 35 (23,3 proc.) respondentų (28 proc. vyrų ir 18,7 proc. moterų) – mažesnis nei 159/99, 27 (18 proc.) respondentų (14,7 proc. vyrų ir 21,3 proc. moterų) – mažesnis nei 120/80, 23 (15,3 proc.) respondentų (9,3 proc. vyrų ir 21,3 proc. moterų) – didesnis nei 159/99, 16 (10,7 proc.) respondentų (10,7 proc. vyrų ir 10,7 proc. moterų) – mažesnis nei 139/89 (žr. 11 pav.). Norma kraujospūdžio: optimalus < 120/80 mmHg; normalus 120-129/80-84 mmHg; didelis normalus 130-139/85-89 mmHg; I laipsnio AH 140-159/90-99 mmHg; II laipsnio AH 160-179/100-109 mmHg; III laipsnio AH > 180/ > 110 mmHg (Europos kardiologų draugijos gairės, 2007). Rinkūnienės

(2010) teigimu, hipertenzija labai paplitusi liga ir vienas svarbiausių ŠKL rizikos veiksny. Aukšto kraujo spaudimo mažinimo svarba įrodyta daugeliu tyrimų. Manoma, kad tik 37 proc. AH sergančių asmenų pavyksta sumažinti AKS iki 140/90 mmHg ir mažesnio. Keli kartu esantys RV sustiprina vienas kito neigiamą poveikį. Duomenys rodo, kad tris kartus daugiau vyrų nežino koks jų kraujospūdis nei moterys. Tuo tarpu po lygiai vyrų ir moterų kraujospūdis yra mažesnis nei 130/85, taip pat mažesnis nei 139/89. Net tris kartus daugiau moterų kraujospūdis didesnis nei 159/99 lyginant su vyrų.



11 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal kraujospūdį

Taip pat tyrime buvo domimasi, koks yra respondentų bendras cholesterolis. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų cholesterolio statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 6,213$, $p = 0,286$, t.y. $p > 0,05$). Net 72 (48 proc.) respondentai (57,3 proc. vyrų ir 38,7 proc. moterų) koks jų cholesterolis pasakyti negalėjo. Daugiausia, t.y. 37 (24,7 proc.) respondentai (20 proc. vyrų ir 29,3 proc. moterų) teigia, kad jų cholesterolis yra mažesnis nei 6, 15 (10 proc.) respondentų (6,7 proc. vyrų ir 13,3 proc. moterų) – mažesnis nei 7, 14 (9,3 proc.) respondentų (9,3 proc. vyrų ir 9,3 proc. moterų) – mažesnis nei 5, 8 (5,3 proc.) respondentų (4 proc. vyrų ir 6,7 proc. moterų) – mažesnis nei 4, 4 (2,7 proc.) respondentų (2,7 proc. vyrų ir 2,7 proc. moterų) – didesnis nei 7 (žr. 12 pav.). Cholesterolio norma < 5 mmol/l (NCEP ATP III, 2001). Duomenys rodo, kad daugiau vyrų nei moterų nežino koks jų cholesterolis. Tuo tarpu 9,3 proc. vyrų ir moterų turi cholesterolio normą.



12 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal cholesterolį

Taip pat tyrime buvo prašoma, kad respondentai įvertintų savo sveikatos būklę 5 balų skalėje, kai 1 žymi silpną sveikatą, 5 - labai gerą sveikatą. Gauti rezultatai rodo, kad moterų sveikatos vertinimai yra kiek prastesni nei vyrų (atitinkamai moterų $M \pm SD = 2,36 \pm 1,022$, vyrų $M \pm SD = 2,49 \pm 0,828$), taikant t-Stjudent kriterijų, tarp vyrų ir moterų sveikatos vertinimų statistinių skirtumų nenustatyta ($t = 0,878$, $p = 0,381$, t.y. $p > 0,05$) (žr. 3 lentelę).

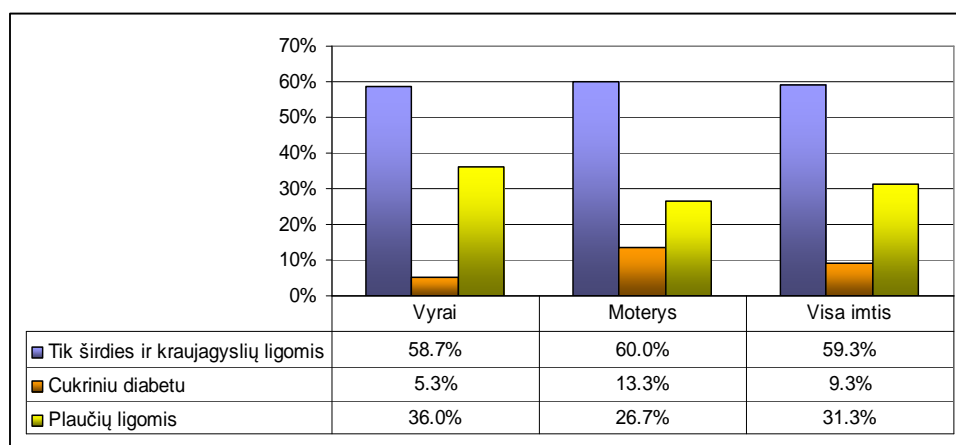
3 lentelė

Vyrų ir moterų sveikatos būklės įvertinimas

Sveikatos būklė	Vyrai	Moterys	Vyrų ir moterų imčių skirtumai
	M±SD	M±SD	t ir p-reikšmė
	2,49±0,828	2,36±1,022	t = 0,878, p = 0,381

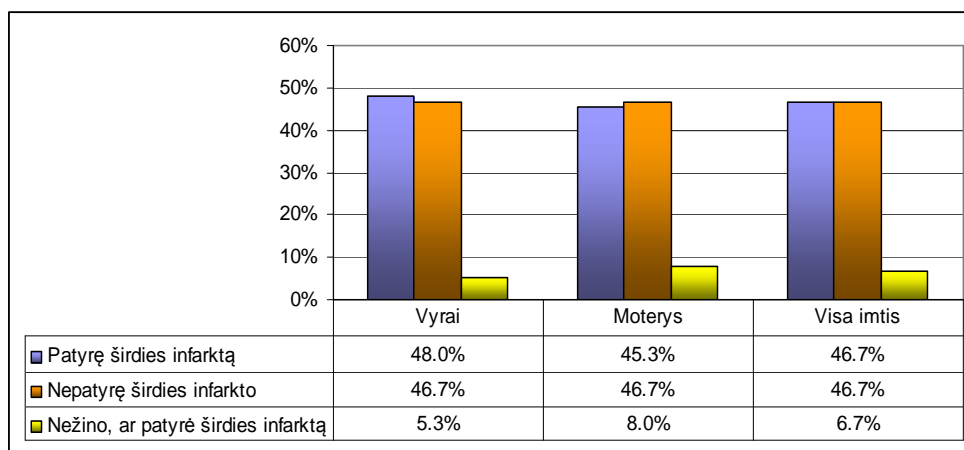
Respondentų buvo prašoma nurodyti, kokiomis ligomis yra sirgę be širdies ir kraujagyslių ligų. Daugiausia, t.y. 89 (59,3 proc.) respondentai (58,7 proc. vyrų ir 60 proc. moterų) teigia, kad sirgo tik širdies ir kraujagyslių ligomis, 47 (31,3 proc.) respondentai (36 proc. vyrų ir 26,7 proc. moterų) – plaučių ligomis, 14 (9,3 proc.) respondentų (5,3 proc. vyrų ir 13,3 proc. moterų) – cukriniu diabetu (žr. 13 pav.). Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų sergamumo statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 3,625$, $p = 0,163$, t.y. $p > 0,05$). Duomenys rodo, kad pusė vyrų ir moterų sirgo tik širdies ir kraujagyslių ligomis. Dažniausiai lydintis susirgimas plaučių ligos. Rezultatai rodo, kad daugiau vyrų nei moterų. Turint omenyje, kad 10,1 proc. rūko (17,8 proc. vyrų ir 2,7 proc.

moterų), tai gal būt įtakoja plaučių ligas. Rezultatai rodo, kad cukriniu diabetu tris kartus dažniau serga moterys nei vyrai.



13 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal prasirgtas ligas

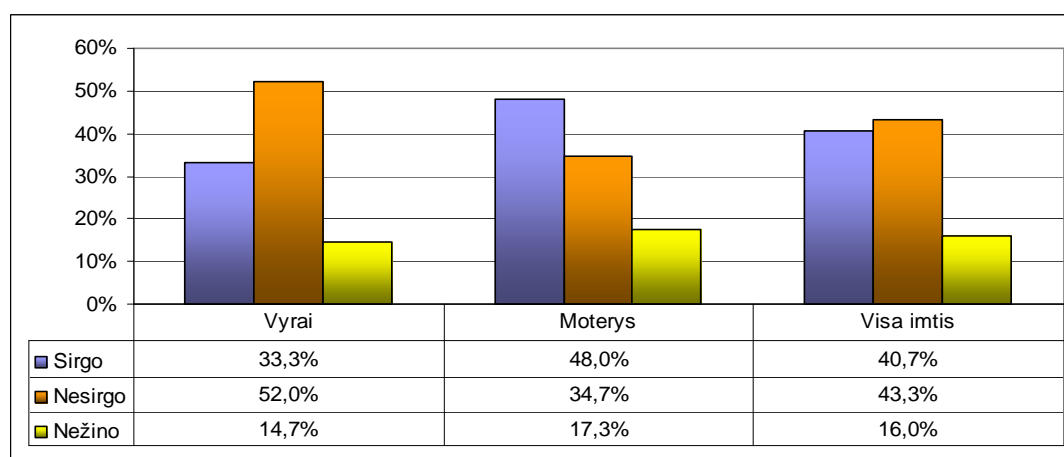
Respondentų buvo klausama, ar jie yra patyrę širdies infarktą. Gauti rezultatai parodė, kad 70 (46,7 proc.) respondentų (48 proc. vyrų ir 45,3 proc. moterų) yra patyrę širdies infarktą, 70 (46,7 proc.) respondentų (46,7 proc. vyrų ir 46,7 proc. moterų) nėra patyrę širdies infarkto, 10 (6,7 proc.) respondentų (5,3 proc. vyrų ir 8 proc. moterų) pasakyti, ar patyrė širdies infarktą negalėjo (žr. 14 pav.). Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 0,457$, $p = 0,796$, t.y. $p > 0,05$).



14 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, ar jie patyrė širdies infarktą

Norkienė (2010) teigia, kad ankstyva širdies liga šeimoje gali būti paveldima. Pirmos eilės giminaičiai sirgę širdies liga (vyrai iki 55 metų, moterys – iki 65 metų). Tėvų mirtys, ypač jauname amžiuje (iki 50 metų), lemia rizikos padidėjimą vaikams 30 proc. Taip pat turi reikšmę genetinė širdies ligos rizika. Respondentų buvo klausama, ar jų šeimos nariai yra sirgę širdies ir kraujagyslių

ligomis. Gauti rezultatai parodė, kad 61 (40,7 proc.) respondentas (33,3 proc. vyrų ir 48 proc. moterų) teigė, kad jų šeimos nariai sirgo širdies ir kraujagyslių ligomis, 65 (43,3 proc.) respondentai (52 proc. vyrų ir 34,7 proc. moterų) teigė, kad jų šeimos nariai nesirgo širdies ir kraujagyslių ligomis, 24 (16 proc.) respondentai (14,7 proc. vyrų ir 17,3 proc. moterų) pasakyti, ar jų šeimos nariai sirgo širdies ir kraujagyslių ligomis negalėjo (žr. 15 pav.). Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 4,750$, $p = 0,093$, t.y. $p > 0,05$). Duomenys rodo, kad yra paveldėjimo tikimybė.



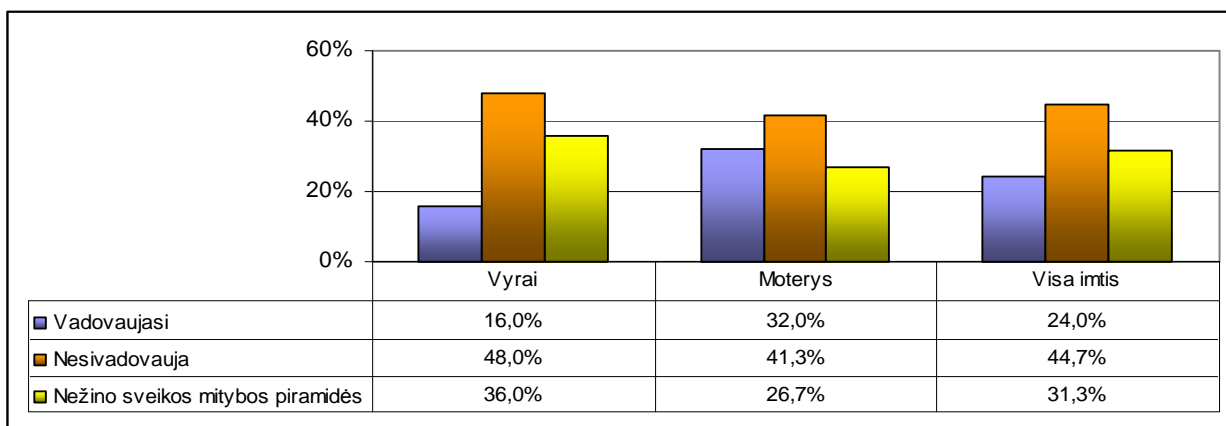
15 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, ar jų šeimos nariai sirgo širdies ir kraujagyslių ligomis

2.7 Respondentų mitybos įpročiai

Sveikos mitybos piramidė sukurta tam, kad kiekvienas galėtų lengvai pasirinkti kasdieninius maisto produktus ir gautų visų reikiamų maistinių medžiagų, vitaminų, mineralų. Taip pat ji padeda ir aiškina, kad maistas turi būti įvairus, nurodo, kaip tai pasiekti ir netgi kokiu produktų grupių santykiu. Piramidės apatinė, pirmoji pakopa - tai fizinis aktyvumas ir svorio kontrolė. Antroji pakopa didžiausia, šios grupės produktų reikia valgyti daugiausiai. Trečioji ir ketvirtoji pakopos – taip pat svarbios savo maistine verte, tačiau šių produktų reikia valgyti kiek mažiau. Viršutinei pakopai - priklausantys produktai yra labai mėgstami, iš jų gaunama daug energijos, tačiau būtinų maisto medžiagų nėra (Urbonaitė, 2008) (žr. 3 priedas)

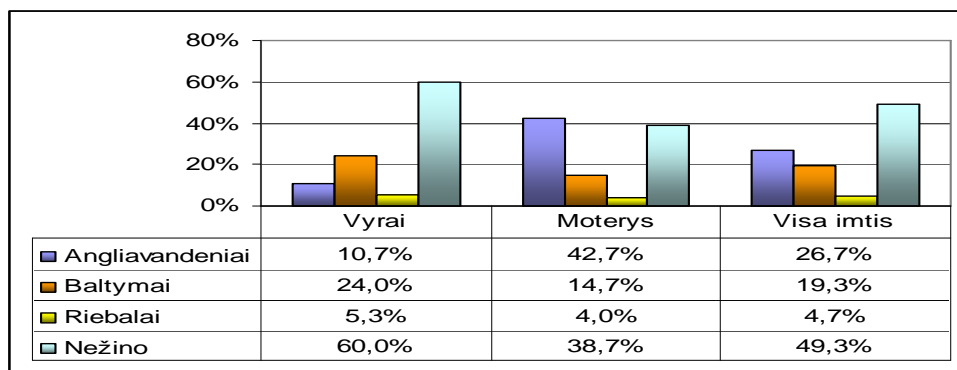
Tyrime buvo domimasi, ar respondentai valgydami vadovaujasi sveikos mitybos piramidės principais. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 5,416$, $p = 0,067$, t.y. $p > 0,05$). Daugiau, t.y. 67 (44,7 proc.) respondentai (48 proc. vyrų ir 41,3 proc. moterų) sveikos mitybos piramidės principais nesivadovauja, 36 (24 proc.) respondentai (16 proc. vyrų ir 32 proc. moterų) sveikos mitybos piramidės principais vadovaujasi, 47 (31,3 proc.)

respondentai (36 proc. vyrų ir 26,7 proc. moterų) sveikos mitybos piramidės principų nežino (žr. 16 pav.). Duomenys rodo, kad du kartus dažniau moterys vadovaujasi sveikos mitybos piramidės principais nei vyrai. Tuo tarpu, didesnė dalis vyrų nesivadovauja ir nežino sveikos mitybos piramidės principų nei moterys.



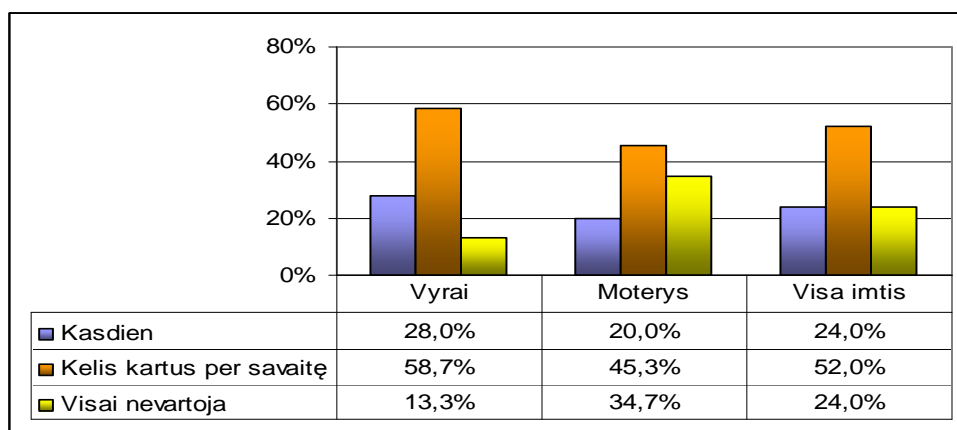
16 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, ar jie vadovaujasi sveikos mitybos piramidės principais

Tyrimė taip pat buvo domimasi, kas respondentai mitybos racione sudaro didžiąją dalį. Net 74 (49,3 proc.) respondentai (60 proc. vyrų ir 38,7 proc. moterų) nežino, kas jų mitybos racione sudaro didžiąją dalį. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų nustatyta statistinių skirtumų ($\chi^2 = 19,692$, $p = 0,000$, t.y. $p < 0,001$). 32 (42,7 proc.) moterų racione didžiąją dalį sudaro angliavandeniai, 11(14,7 proc.) – baltymai ir 3 (4 proc.) – riebalai. 18 (24 proc.) vyrų racione didžiąją dalį sudaro baltymai, 8 (10,7 proc.) – angliavandeniai ir 4 (5,3 proc.) – riebalai (žr. 17 pav.). Duomenys rodo, kad dauguma vyrų nežino, kas jų mitybos racione sudaro didžiąją dalį. Net penkis kartus dažniau moterų racione didžiąją dalį sudaro angliavandeniai nei vyrų. Tuo tarpu vyrų racione didžiąją dalį sudaro baltymai. Riebalai sudaro mažąją dalį vyrų ir moterų mitybos racione.



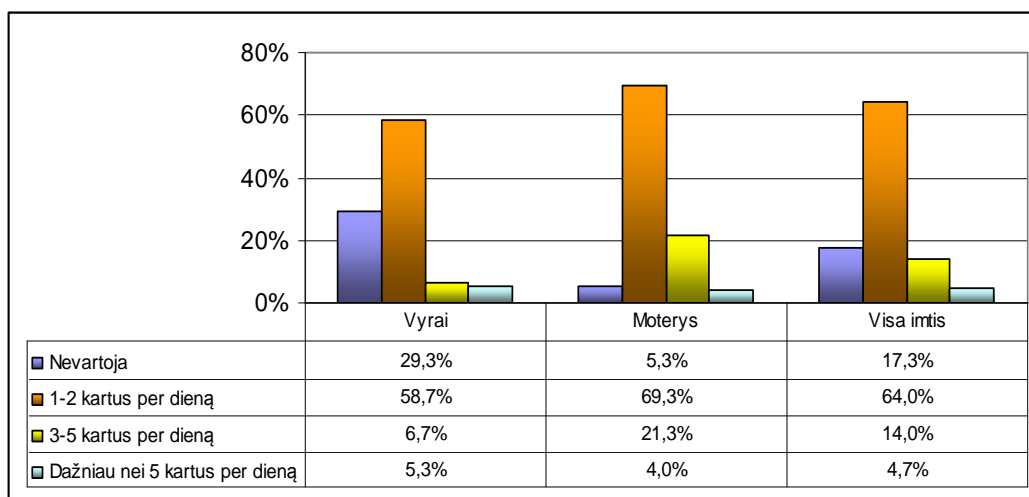
17 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, kas jų mitybos racione sudaro didžiąją dalį

Tyrime buvo domimasi, kaip dažnai respondentai vartoja gyvulinius riebalus. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų nustatyta statistinių skirtumų ($\chi^2 = 9,393$, $p = 0,009$, t.y. $p < 0,01$). 34 (45,3 proc.) moterys gyvulinius riebalus vartoja kelis kartus per savaitę, 26 (34,7 proc.) – visai nevirtuoja ir 15 (20 proc.) – vartoja kasdien. 44 (58,7 proc.) vyrai gyvulinius riebalus vartoja kelis kartus per savaitę, 21 (28 proc.) – vartoja kasdien ir 10 (13,3 proc.) – visai nevirtuoja (žr. 18 pav.). Duomenys rodo, kad dauguma gyvulinius riebalus vartoja kelis kartus per savaitę. Tris kartus daugiau moterų visai nevirtuoja gyvulinių riebalų nei vyrai.



18 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, kaip dažnai jie vartoja gyvulinius riebalus

Tyrime buvo domimasi, kaip dažnai respondentai valgo vaisius ir daržoves. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų nustatyta statistinių skirtumų ($\chi^2 = 19,033$, $p = 0,000$, t.y. $p < 0,001$). 52 (69,3 proc.) moterys vaisius ir daržoves valgo 1-2 kartus per dieną, 16 (21,3 proc.) – 3-5 kartus per dieną, 4 (5,3 proc.) – nevirtuoja ir 3 (4 proc.) – dažniau nei 5 kartus per dieną. 44 (58,7 proc.) vyrai vaisius ir daržoves valgo 1-2 kartus per dieną, 22 (29,3 proc.) – nevirtuoja, 5 (6,7 proc.) – 3-5 kartus per dieną ir 4 (5,3 proc.) – dažniau nei 5 kartus per dieną (žr. 19 pav.). Duomenys rodo, kad daugiau moterų vaisius ir daržoves valgo 1-2 kartus per dieną nei vyrai. Net penkis kartus dažniau vyrai nevirtuoja vaisių ir daržovių nei moterys. Daug mažiau vyrų vaisius ir daržoves valgo 3-5 kartus per dieną lyginant su moterimis.

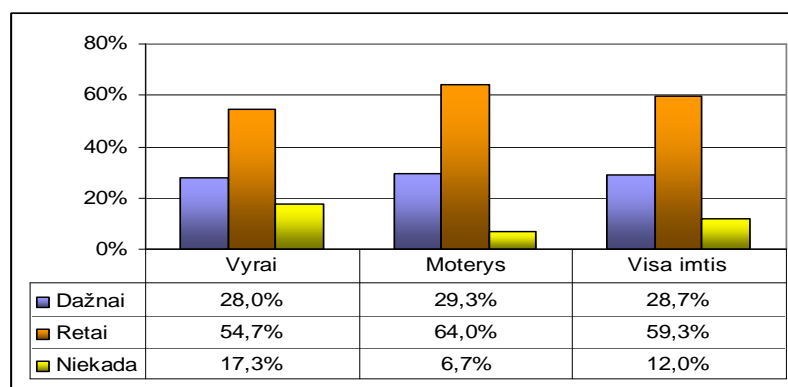


19 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, kaip dažnai jie valgo vaisius ir daržoves

2.8 Respondentų emocinė būseną

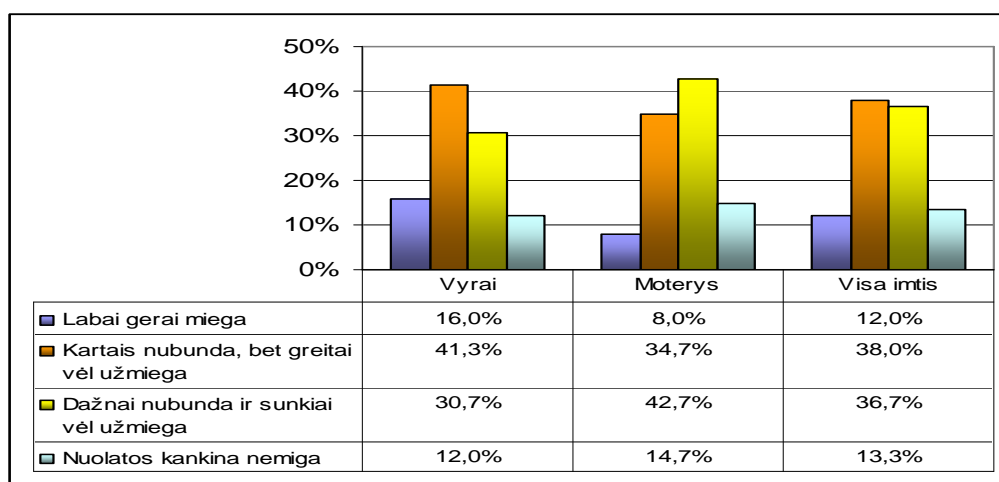
Staniūtės, Brožaitienės (2009) teigimu, ypatingas dėmesys skiriamas psichoemocinės būsenos ir sveikatos ryšiui. Vertinant sergančiųjų psichikos būseną, labiausiai atsižvelgiama į psichologinius RV, susijusius su emocine būseną.

Tyrimo buvo domimasi, ar respondentus kamuoja bloga nuotaika. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 4,129$, $p = 0,127$, t.y. $p > 0,05$). Daugiausia, t.y. 89 (59,3 proc.) respondentus (54,7 proc. vyrų ir 64 proc. moterų) bloga nuotaika kamuoja retai, 43 (28,7 proc.) respondentus (28 proc. vyrų ir 29,3 proc. moterų) bloga nuotaika kamuoja dažnai, 18 (12 proc.) respondentų (17,3 proc. vyrų ir 6,7 proc. moterų) niekada nekamuoja bloga nuotaika (žr. 20 pav.). Duomenys rodo, kad dauguma vyrų ir moterų bloga nuotaika kamuoja retai. Nėra dažnas reiškinys, kad bloga nuotaika kamuotų dažnai arba niekada.



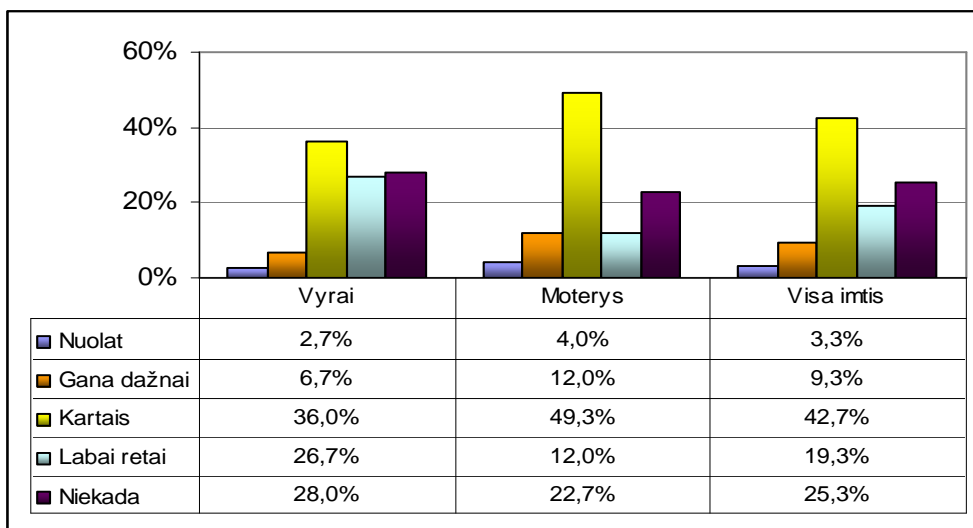
20 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, kaip dažnai juos kamuoja bloga nuotaika

Tyrimė buvo domimasi, kaip respondentai miega. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 4,111$, $p = 0,250$, t.y. $p > 0,05$). Daugiausia, t.y. 57 (38 proc.) respondentai (41,3 proc. vyrų ir 34,7 proc. moterų) kartais nubunda, bet greitai užmiega, 55 (36,7 proc.) respondentai (30,7 proc. vyrų ir 42,7 proc. moterų) dažnai nubunda ir sunkiai vėl užmiega, 20 (13,3 proc.) respondentų (12 proc. vyrų ir 14,7 proc. moterų) nuolatos kankina nemiga ir tik 18 (12 proc.) respondentų (16 proc. vyrų ir 8 proc. moterų) labai gerai miega (žr. 21 pav.). Varonecko, Brožaitienės (2004) naujausi tyrimų rezultatai rodo, kad blogos kokybės miegas yra susijęs su padidėjusia ŠKL rizika ir mirtingumu. Nustatyta, kad sergantiems ŠKL miego sutrikimai nustatomi dažniau.



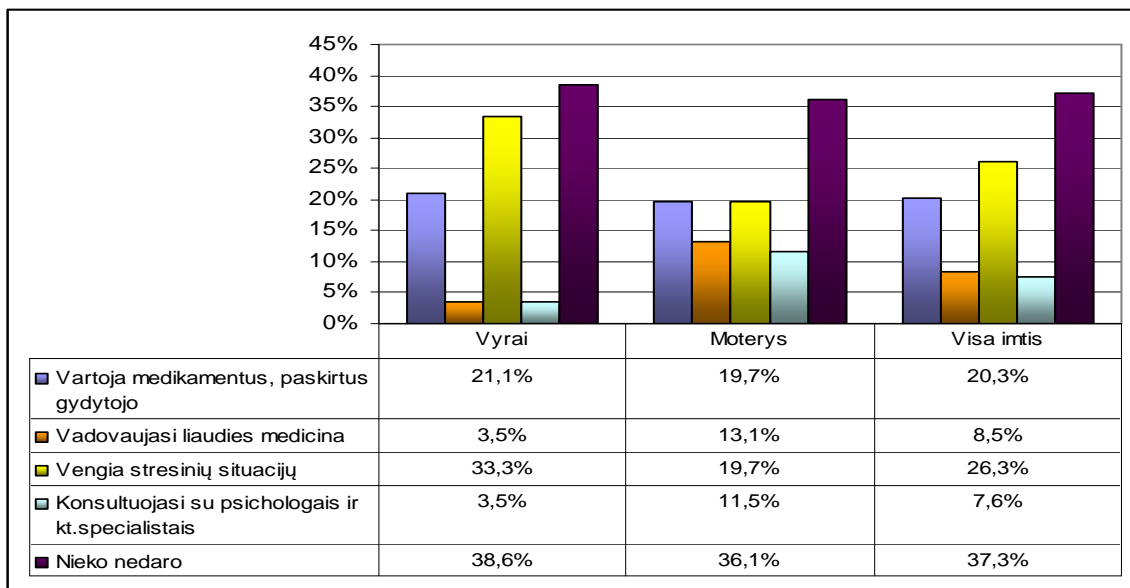
21 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie miega

Tyrimė buvo domimasi, ar respondentai patiria stresą. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 7,499$, $p = 0,115$, t.y. $p > 0,05$). Daugiausia, t.y. 64 (42,7 proc.) respondentai (36 proc. vyrų ir 49,3 proc. moterų) stresą patiria kartais, 38 (25,3 proc.) respondentai (28 proc. vyrų ir 22,7 proc. moterų) - niekada, 29 (19,3 proc.) respondentai (26,7 proc. vyrų ir 12 proc. moterų) – labai retai, 14 (9,3 proc.) respondentų (6,7 proc. vyrų ir 12 proc. moterų) – gana dažnai ir 5 (3,3 proc.) respondentai (2,7 proc. vyrų ir 4 proc. moterų) – nuolatos (žr. 22 pav.). Duomenys rodo, kad dauguma moterų stresą patiria, lyginant su vyrais.



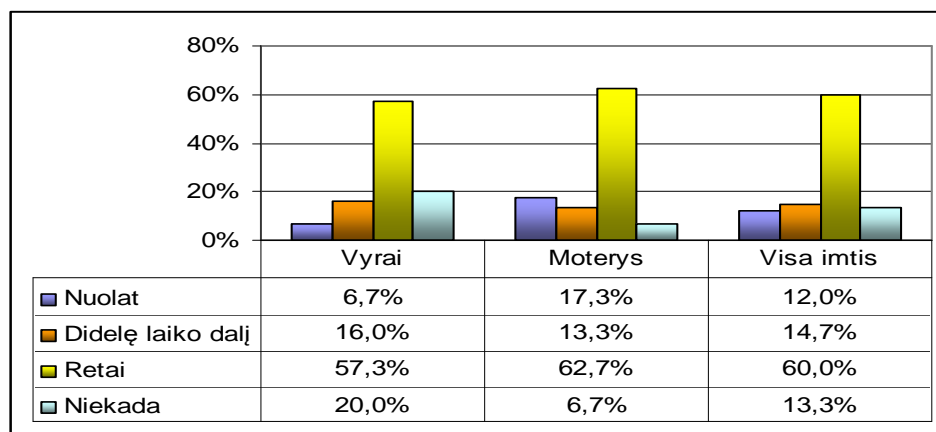
22 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, kaip dažnai jie patiria stresą

Tyrimė buvo domimasi, kaip respondentai kovoja su patiriamu stresu. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 7,832$, $p = 0,098$, t.y. $p > 0,05$). Daugiausia, t.y. 44 (37,3 proc.) respondentai (38,6 proc. vyrų ir 36,1 proc. moterų) nieko nedaro, 31 (26,3 proc.) respondentas (33,3 proc. vyrų ir 19,7 proc. moterų) – vengia stresinių situacijų, 24 (20,3 proc.) respondentai (21,1 proc. vyrų ir 19,7 proc. moterų) – vartoja medikamentus, paskirtus gydytojo, 10 (8,5 proc.) respondentų (3,5 proc. vyrų ir 13,1 proc. moterų) – vadovaujasi liaudies medicina ir 9 (7,6 proc.) respondentai (3,5 proc. vyrų ir 11,5 proc. moterų) – konsultuojasi su psichologais ir kitais specialistais (žr. 23 pav.). Duomenys rodo, kad 33,3 proc. vyrų kovodami su patiriamu stresu – vengia stresinių situacijų arba nieko nedaro. Tuo tarpu moterys rečiau bando išvengti stresinių situacijų, tačiau jos tris kartus dažniau konsultuojasi su psichologais ir kt. specialistais. Keturis kartus dažniau moterys nei vyrai vadovaujasi liaudies medicina, tuo tarpu vartoja medikamentus tiek vyrai tiek moterys.



23 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie kovoja su patiriamu stresu

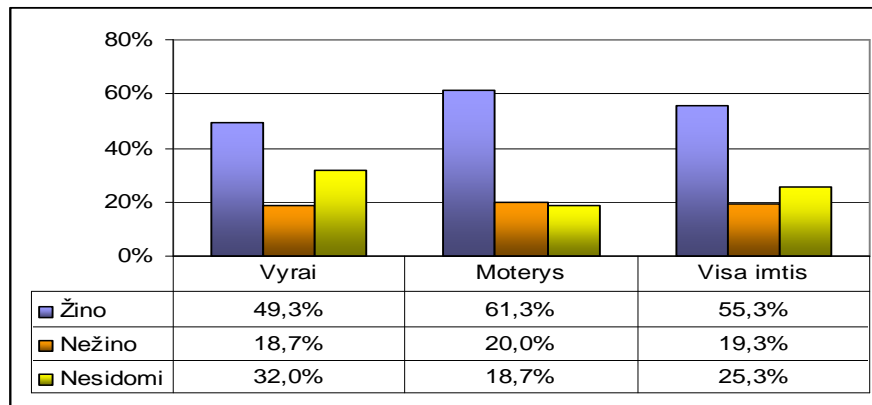
Tyrimo metu buvo domimasi, kaip dažnai respondentai jaučiasi sudirgę, įsitempę. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų nustatyta statistinių skirtumų ($\chi^2 = 8,915$, $p = 0,030$, t.y. $p < 0,05$). 47 (62,7 proc.) moterys sudirgusios, įsitempusios jaučiasi retai, 13 (17,3 proc.) – nuolat, 10 (13,3 proc.) – didelę laiko dalį ir 5 (6,7 proc.) – niekada. 43 (57,3 proc.) vyrai sudirgę, įsitempę jaučiasi retai, 15 (20 proc.) – niekada, 12 (16 proc.) – didelę laiko dalį ir 5 (6,7 proc.) – nuolat (žr. 24 pav.). Duomenys rodo, kad 62,7 proc. moterų jaučiasi sudirgusios, įsitempusios, dažniau negu vyrai.



24 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, kaip dažnai jie jaučiasi sudirgę, įsitempę

2.9 Respondentų fizinis aktyvumas

Tyrimo buvo domimasi, ar respondentai žino, kaip kovoti su antsvoriu/ nutukimu. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 3,642$, $p = 0,162$, t.y. $p > 0,05$). Daugiausia, t.y. 83 (55,3 proc.) respondentai (49,3 proc. vyrų ir 61,3 proc. moterų) žino, kaip kovoti su antsvoriu/ nutukimu, 38 (25,3 proc.) respondentai (32 proc. vyrų ir 18,7 proc. moterų) – nežino, 29 (19,3 proc.) respondentai (18,7 proc. vyrų ir 20 proc. moterų) – nesidomi (žr. 25 pav.).



25 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, ar jie žino, kaip kovoti su antsvoriu/nutukimu

Tyrimo buvo domimasi, kaip dažnai tiriamieji sportuoja. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 1,937$, $p = 0,747$, t.y. $p > 0,05$). Daugiausia, t.y. 80 (55,3 proc.) respondentų (56 proc. vyrų ir 50,7 proc. moterų) nesportuoja, 22 (14,7 proc.) respondentai (16 proc. vyrų ir 13,3 proc. moterų) sportuoja kasdien, 18 (12 proc.) respondentų (12 proc. vyrų ir 12 proc. moterų) – kelis kartus per mėnesį, 18 (12 proc.) respondentų (10,7 proc. vyrų ir 13,3 proc. moterų) – kartą per savaitę ir 12 (8 proc.) respondentų (5,3 proc. vyrų ir 10,7 proc. moterų) – kelis kartus per savaitę (žr. 4 lentelę). Galima teigti, kad pusė vyrų ir moterų nesportuoja.

4 lentelė

Vyrų ir moterų sportavimo dažnuminiai pasiskirstymai, %

Sportavimas	Visa imtis N(%)	Vyrai N(%)	Moterys N(%)
Nesportuoja	80 (53,3)	42 (56)	38 (50,7)
Kelis kartus per mėnesį	18 (12)	9 (12)	9 (12)
Kartą per savaitę	18 (12)	8 (10,7)	10 (13,3)
Kelis kartus per savaitę	12 (8)	4 (5,3)	8 (10,7)
Kasdien	22 (14,7)	12 (16)	10 (13,3)

Tyrimė buvo domimasi, kiek vidutiniškai laiko per dieną respondentai vaikšto pėsčiomis. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 5,517$, $p = 0,238$, t.y. $p > 0,05$). Daugiausia, t.y. 104 (69,3 proc.) respondentų (62,7 proc. vyrų ir 76 proc. moterų) vaikšto daugiau nei 16 min. per dieną, 18 (12 proc.) respondentų (12 proc. vyrų ir 12 proc. moterų) – nuo 11 iki 15 min., 18 (12 proc.) respondentų (14,7 proc. vyrų ir 9,3 proc. moterų) – visur važinėja transportu, 6 (4 proc.) respondentai (6,7 proc. vyrų ir 1,3 proc. moterų) – nuo 6 iki 10 min. ir 4 (2,7 proc.) respondentai (4 proc. vyrų ir 1,3 proc. moterų) – iki 5 min. (žr. 5 lentelę). Duomenys rodo, kad daugiau kaip pusę vyrų ir moterų vaikšto pėsčiomis daugiau nei 16 min. per dieną.

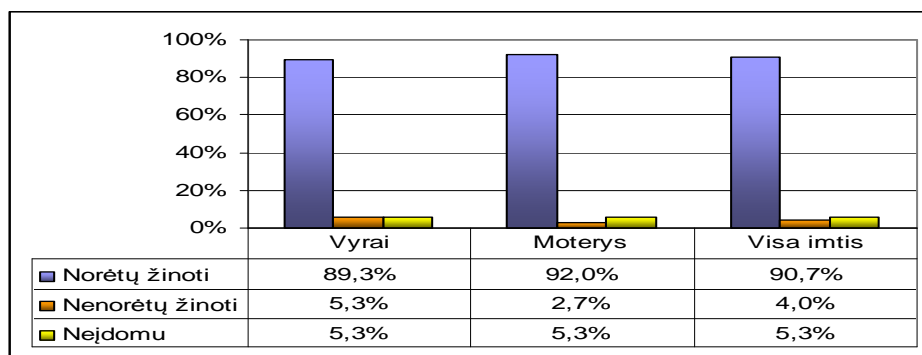
5 lentelė

Vyrų ir moterų vaikščiojimo dažnuminiai pasiskirstymai, %

Vaikščiojimas	Visa imtis N(%)	Vyrai N(%)	Moterys N(%)
Visur važinėja transportu	18 (12)	11 (14,7)	7 (9,3)
Iki 5 min.	4 (2,7)	3 (4)	1 (1,3)
Nuo 6 iki 10 min.	6 (4)	5 (6,7)	1 (1,3)
Nuo 11 iki 15 min.	18 (12)	9 (12)	9 (12)
Daugiau nei 16 min.	104 (69,3)	47 (62,7)	57 (76)

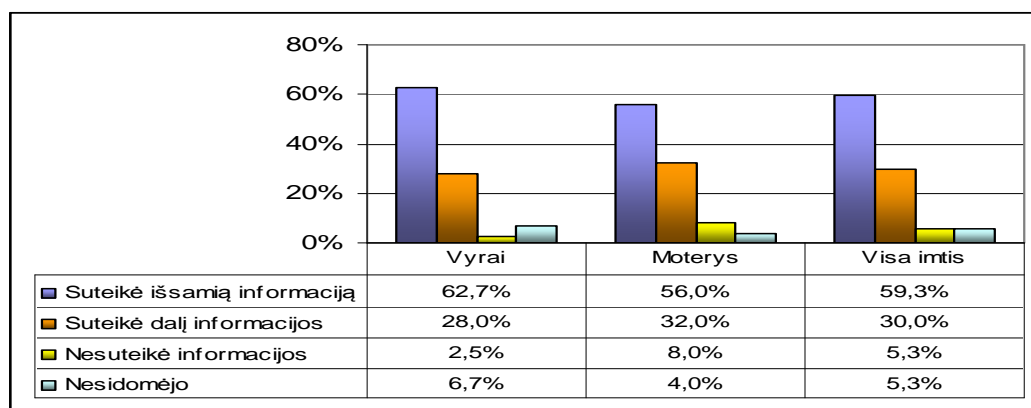
2.10 Respondentų žinios apie jų ligą

Tyrimė buvo domimasi, ar respondentai norėtų žinoti, ką reikėtų daryti, kad nesusergti širdies ir kraujagyslių ligomis. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 0,696$, $p = 0,708$, t.y. $p > 0,05$). Daugiausia, t.y. 136 (90,7 proc.) respondentai (89,3 proc. vyrų ir 92 proc. moterų) norėtų žinoti, ką reikėtų daryti, kad nesusergti širdies ir kraujagyslių ligomis, 8 (5,3 proc.) respondentai (5,3 proc. vyrų ir 5,3 proc. moterų) teigia, kad jiems neįdomu ir 6 (4 proc.) respondentai (5,3 proc. vyrų ir 2,7 proc. moterų) – nenorėtų žinoti (žr. 26 pav.).



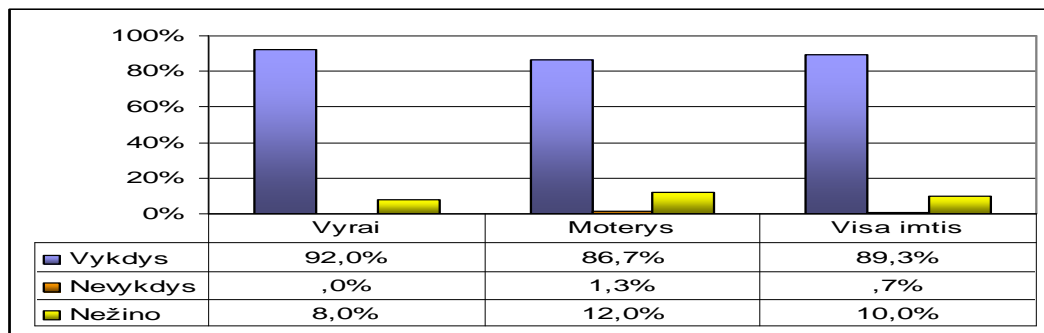
26 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, ar jie norėtų žinoti, ką daryti, kad nesusergtų širdies ir kraujagyslių ligomis

Tyrimė buvo domimasi, ar respondentams buvo suteikta informacija apie jų ligą. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 2,981$, $p = 0,395$, t.y. $p > 0,05$). Daugiausia, t.y. 89 (59,3 proc.) respondentai (62,7 proc. vyrų ir 56 proc. moterų) teigė, kad jiems buvo suteikta išsami informacija, 45 (30 proc.) respondentai (28 proc. vyrų ir 32 proc. moterų) – kad suteikė dalį informacijos, 8 (5,3 proc.) respondentai (2,5 proc. vyrų ir 8 proc. moterų) – kad nesuteikė informacijos, 8 (5,3 proc.) respondentai (6,7 proc. vyrų ir 4 proc. moterų) tuo nesidomėjo (žr. 27 pav.).



27 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, ar gydytojas jiems suteikė informaciją apie jų ligą

Tyrimė buvo domimasi, ar respondentai žada vykdyti duotus patarimus apie ligos tolimesnį gydymą ir gyvenimo būdą. Taikant χ^2 kriterijų, tarp vyrų ir moterų atsakymų statistinių skirtumų nenustatyta ($\chi^2 = 1,719$, $p = 0,423$, t.y. $p > 0,05$). Daugiausia, t.y. 134 (89,3 proc.) respondentai (92 proc. vyrų ir 86,7 proc. moterų) žada vykdyti duotus patarimus apie ligos tolimesnį gydymą ir gyvenimo būdą, 15 (10 proc.) respondentų (8 proc. vyrų ir 12 proc. moterų) – nežino, 1 (0,7 proc.) respondentas (0 proc. vyrų ir 1,3 proc. moterų) – nežada vykdyti duotų patarimų apie ligos tolimesnį gydymą ir gyvenimo būdą, (žr. 28 pav.).



28 pav. Vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal tai, ar jie vykdytų tolesnius gydytojų patarimus apie ligos gydymą ir gyvenimo būdą

2.11 Respondentų sveikatos įvertinimų sąsajos su kitais rodikliais

Siekiant nustatyti respondentų sveikatos įvertinimų sąsajas su kitais rodikliais, ryšio stiprumas buvo skaičiuojamas Pearson koreliacijos koeficiento pagalba. Rezultatai pateikiami 6 – oje - 10–oje lentelėse.

6 lentelė

Sveikatos rodiklių sąsajos su respondentų amžiumi ir svoriu

		Sveikatos rodikliai	
		Koreliacijos koeficientas	<i>p</i> -reikšmė
Respondentų charakteristikos	Amžius	-0,197	0,015*
	Svoris	0,112	0,172

Patikimumo lygmuo, * kai $p < 0,05$, ** kai $p < 0,01$, *** kai $p < 0,001$

6 - oje lentelėje matome, kad nustatytas statistiškai reikšmingas atvirkštinis ryšys tarp respondentų amžiaus ir sveikatos rodiklių ($r = -0,197$, $p < 0,05$). Galima teigti, kuo respondentai vyresni, tuo prasčiau vertina savo sveikatą.

7 lentelė

Sveikatos rodiklių sąsajos su respondentų žalingais įpročiais

		Sveikatos rodikliai	
		Koreliacijos koeficientas	<i>p</i> -reikšmė
Žalingi įpročiai	Surūkomų cigarečių kiekis	0,102	0,696
	Alkoholio vartojimo dažnumas	0,033	0,817

Patikimumo lygmuo, * kai $p < 0,05$, ** kai $p < 0,01$, *** kai $p < 0,001$

7 - oje lentelėje matome, kad statistiškai reikšmingų sąsajų tarp respondentų sveikatos rodiklių ir jų žalingų įpročių nenustatyta (r svyruoja nuo 0,033 iki 0,102, $p > 0,05$).

8 lentelė

Sveikatos rodiklių sąsajos su respondentų mitybos įpročiais

		Sveikatos rodikliai	
		Koreliacijos koeficientas	<i>p</i> -reikšmė
Mitybos įpročiai	Gyvulinių riebalų vartojimas	0,135	0,099
	Vaisių ir daržovių vartojimas	0,073	0,374

Patikimumo lygmuo, * kai $p < 0,05$, ** kai $p < 0,01$, *** kai $p < 0,001$

8 - oje lentelėje matome, kad statistiškai reikšmingų sąsajų tarp respondentų sveikatos rodiklių ir jų mitybos įpročių nenustatyta (r svyruoja nuo 0,073 iki 0,135, $p > 0,05$).

Sąsajos tarp sveikatos, nutukimo ir priešlaikinio mirtingumo nuo ŠKL ir kai kurių vėžio rūšių nėra neišvengiamos, bet ryškėjanti tendencija labai neigiamai veikia gyvenimo kokybę (Sveikata 21, 2002).

9 lentelė

Sveikatos rodiklių sąsajos su respondentų miegu ir emocine būseną

		Sveikatos rodikliai	
		Koreliacijos koeficientas	<i>p</i> -reikšmė
Respondentų miego ir emocinės būsenos rodikliai	Miego kokybė	0,139	0,089
	Bloga nuotaika	-0,253	0,002**
	Stresas	-0,158	0,054
	Sudirgimas, įtampa	-0,252	0,002**

Patikimumo lygmuo, * kai $p < 0,05$, ** kai $p < 0,01$, *** kai $p < 0,001$

9 - oje lentelėje matome, kad nustatytas statistiškai reikšmingas atvirkštinis ryšys tarp respondentų blogos nuotaikos ir sveikatos rodiklių ($r = -0,253$, $p < 0,05$) ir statistiškai reikšmingas atvirkštinis ryšys tarp respondentų įtampos ir sveikatos rodiklių ($r = -0,252$, $p < 0,05$). Galima teigti, kuo respondentai rečiau jaučiasi sudirgę, įsitempę, tuo juos rečiau kamuoja bloga nuotaika, tuo jie geriau vertina savo sveikatą.

10 lentelė

Sveikatos rodiklių sąsajos su respondentų fiziniu aktyvumu

		Sveikatos rodikliai	
		Koreliacijos koeficientas	<i>p</i> -reikšmė
Respondentų fizinis aktyvumas	Sportavimas	0,048	0,558
	Vaikščiojimas	0,172	0,035*

Patikimumo lygmuo, * kai $p < 0,05$, ** kai $p < 0,01$, *** kai $p < 0,001$

10 - oje lentelėje matome, kad nustatytas statistiškai reikšmingas tiesioginis ryšys tarp respondentų vaikščiojimo ir sveikatos rodiklių ($r = 0,172$, $p < 0,05$). Galima teigti, kuo respondentai per dieną dažniau vaikšto, tuo geriau vertina savo sveikatą.

Respondentų buvo klausama, parašyti savo nuomonę ką reikia daryti norint išvengti širdies ir kraujagyslių susirgimų. 74 (49,3 proc.) respondentai (48 proc. vyrų ir 50,7 proc. moterų) parašė savo nuomonę, 76 (50,7 proc.) respondentai (52 proc. vyrų ir 49,3 proc. moterų) nerašė savo

nuomonės. Gauti rezultatai rodo, respondentų atsakymai panašūs. Dažniausiai pasitaikantys teiginiai - laikysis gydytojų nurodymų, atsisakys žalingų įpročių, daugiau dėmesio skirs mitybai ir fiziniam aktyvumui, pradės keisti gyvenimo būdą.

Respondentas A teigia, pasistengsiu mažiau vartoti riebią maistą, daugiau judėsiu, vaikščiosiu, stengsiuos sveikiau gyventi, kad išlaikyčiau esamą sveikatą.

Respondentas B teigia, valgyti sveikos mitybos piramidės principais, daugiau vaikščioti ir būti gryname ore, mažinti svorį.

Respondentas C teigia, stengsiuos reguliuoti maistą, daugiau judėti, vengti stresinių situacijų, reguliuoti (kiek įmanoma svorį), tikrintis cholesterolį (deja to šeimos gydytoja nesiūlė).

Respondentė D teigia, esu susipažinusi ir kaip sugebėsiu taip stenksiuos vykdyti. Reikalui esant kreipsios vėl pas Klaipėdos gydytojus ir pas šeimos gydytojos (kalba netaisyta).

Respondentas E teigia, stengsiuos mažiau sunkiai dirbti, vaikščioti gryname ore daugiau, riboti maistą, valgyti vienu metu ir negausiai, neriebiai, saugotis stresų.

Respondentė F teigia, daugiau valgysiu daržovių, mėsos, daugiau būsiu gryname ore, vykdysiu gydytojų nurodymus.

Respondentė G teigia, mažinsiu svorį, nevalgysiu rėbio maisto, negersiu kavos, nevalgysiu cukraus, bandeliu, stipriai sudėto maisto (kalba netaisyta).

Respondentas H teigia, po šio susirgimo labai stengsiuos, dėmesys maistui, miegui, sportui. Vadovautis sveiku gyvenimo būdu, valdyti ligą padeda gydytojai ir visas personalas.

Respondentė I teigia, laikausi gydytojų nurodymų, norėčiau ir turėčiau daugiau judėti, numesti svorio.

Respondentė J teigia, daug judėti, sportuoti, sveikai maitintis ir vengti stresų. Suteikti žmonėms galimybę patekti laiku pas reikiamą specialistą, gydytoją.

Respondentas K teigia, vadovausiuosi mediku nurodimais, keisiu mitybos įpročius, keisiu gyvenimo būdą. Daugiau informacijos visuomenės informavimo priemonėse (kalba netaisyta).

Respondentas L teigia, gidisiu savo sveikata vaistais ir saugosiu širdį nuo didesnio negu leistino apkrovimo (kalba netaisyta).

Respondentas M teigia, reikia daugiau mankštintis, judėti, nevartoti alkoholio, mažiau naudoti riebalų, rūkytų gaminių, druskos, cukraus, dažniau valgyti vaisių ir daržovių.

Respondentė N teigia, valgyti mažiau ir sveikesnį maistą. Daugiau informacinių brušiūrėlių apie maisto produktų karingumą ir įtaką holesteroliui ir cukraligėms (kalba netaisyta).

Respondentė O teigia, sveikiau maitinsiuos, vengsiu stresiniu situacijas, vartosiu vaistus mažinančius holesterolio kieki kraujyje (kalba netaisyta).

Respondentas P teigia, mažiau nervų, sveikesnį maistą. Daugiau dėmesio ankstesniame laikotarpije užkertant kelius tokėms susirgimams (kalba netaisyta).

Respondentas R teigia, kovoti su viršsvoriu, valgyti daugiau augalinės kilmės maisto.

Respondentė S teigia, derinsiu mityba, vikdysiu gydytojo patarimus, prisižiuresiu savo sveikata (kalba netaisyta).

Respondentas Š teigia, mažiau dirbsiu, silpniau valgysiu, daugiau vaikščiosiu. Gersiu vaistus laikisiuos gydytojo nurodimu (kalba netaisyta).

Respondentas T teigia, pradėsiu nors du kartus per savaitę sportuoti, eiti į lauką pasivaikščiot (kalba netaisyta).

Respondentas U teigia, nepersivalgysiu, nerūkysiu, sportuosiu, daug vaikščiosiu ir važinėsiu dviračiu. Visų pirma reikia suprasti, kad yra rizikos veiksniai ir kiek galima laikytis nuo jų toliau. Reikalingas švietimas apie sveiką gyvenimą ir mitybą.

2.12 Rizikos veiksnių valdymas

Analizuojant Klaipėdos Jūrininkų ligoninės reabilitacijos skyriaus kardiologinio profilio pacientų (respondentų) sergančių ŠKL rizikos veiksniams nustatėme šias svarbias valdymo grandis:

1. Žalingi įpročiai.
2. Sveikatos būklė ir paveldėjimas.
3. Žinios.
4. Mitybos įpročiai.
5. Emocinė būseną.
6. Fizinis aktyvumas.

Dauguma analizuojamų RV daugiau ar mažiau gali kontroliuoti patys respondentai (žr. 4, 5, 6 priedus).

Žalingų įpročių grandyje rūkymo ir alkoholio vartojimo savikontrolės vykdymas. Literatūros duomenimis Europoje rūko apie 28,6 proc. gyventojų (vyrų 40 proc., moterų 18 proc.). Vyresni žmonės rūko mažiau: vyresnių nei 65 metų vyrų rūko apie 15 proc., moterų - 11,5 proc. Tyrimo rezultatai parodė, kad 10,1 proc. respondentų (17,8 proc. vyrų ir 2,7 proc. moterų) rūko, 31,1 proc. respondentų (49,3 proc. vyrų ir 13,3 proc. moterų) vartoja alkoholį. Rūkančių ir alkoholį vartojančių vyrų daugiau nei moterų. Daugiausiai surūkomų iki 10 cigarečių per dieną.

Sveikatos būklės ir paveldėjimo grandyje savikontrolės vykdymas. Literatūros duomenimis, nutukimas ir antsvoris yra vertinami atsižvelgiant į kūno masės indeksą. Padidėjusi kūno masė lemia

dažnesnį bendrąjį ir ŠKL nulemtą sergamumą ir mirštamumą. Nutukimas yra vienas svarbiausių ŠKL rizikos veiksnių. Net 40 proc. atvejų širdies ligas išprovokuoja sotus ir nejudrus gyvenimo būdas. Per praėjusį dešimtmetį nutukimo paplitimas daugelyje Europos valstybių padidėjo 10 - 40 proc. Lietuvoje antsvorio turinčių ir nutukusių žmonių taip pat daugėja. Europos šalyse per didelis kūno svoris kasmet sąlygoja apie 1 mln., t. y. 10 - 13 proc., visų mirčių.

Kraujospūdžio savikontrolė. Literatūros duomenimis, aukštas kraujo spaudimas labai paplitusi liga ir vienas svarbiausių ŠKL rizikos veiksnių. Tyrimo rezultatai parodė, kad 8,7 proc. respondentų (13,3 proc. vyrų ir 4 proc. moterų) nežino savo kraujospūdžio.

Cholesterolio savikontrolė. Literatūros duomenimis, viena svarbių sergamumo ŠKL priežasčių – padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje. PSO nurodo, kad cholesterolio koncentracijos kraujyje padidėjimas yra viena iš 10 svarbiausių pasaulio gyventojų mirties priežasčių. Tyrimo rezultatai parodė, kad 48 proc. respondentų (57,3 proc. vyrų ir 38,7 proc. moterų) nežino savo cholesterolio.

Gliukozės savikontrolė. Literatūros duomenimis, cukrinis diabetas ypač svarbus ŠKL vystimosi rizikos veiksnių.

Žinių grandies savikontrolė. Tyrimo rezultatai rodo, tik 30 proc. respondentų (28 proc. vyrų ir 32 proc. moterų) – suteikė dalį informacijos, apie jų ligą.

Mitybos įpročių grandies savikontrolė. Literatūros duomenimis, nuo mitybos įpročių priklauso kraujagyslių būklė. Su maistu kasdien reikėtų gauti būtinų organizmui medžiagų: riebalų, angliavandenių, baltymų, vitaminų, mikroelementų, skaidulinių medžiagų. Širdžiai ir kraujagyslėms ypač žalingas per gausus gyvulinių riebalų, lengvai pasisavinamų angliavandenių, druskos, per mažas šviežių daržovių, vaisių, skaidulinių medžiagų, vitaminų, kalio, magnio kiekis. Įrodyta, kad gausus sočiųjų riebalų rūgščių vartojimas gali būti vienas iš kraujotakos rizikos veiksnių, o mityba gali padėti išvengti ŠKL. Tyrimo rezultatai rodo, kad 32 proc. moterų vadovaujasi sveikos mitybos piramidės principais, vyrų – 16 proc. Dauguma moterų racione didžiąją dalį sudaro angliavandeniai (42,7 proc.), vyrų – baltymai (24 proc.). Gyvulinius riebalus vartoja kelis kartus per savaitę (52 proc.). Tris kartus daugiau moterų visai nevartoja gyvulinių riebalų nei vyrai. Daugiau moterų vaisius ir daržoves valgo 1-2 kartus per dieną nei vyrai.

Emocinės būsenos grandies savikontrolė. Literatūros duomenimis, kai kurie psichologiniai veiksniai gali daryti įtaką širdies ligomis sergančių žmonių sveikatą. ŠKL išsivystymą lemia ir aplinka, jei šeimoje vyrauja neigiamos emocijos, pyktis, baime. Tyrimo rezultatai rodo, kad 42,7 proc. respondentų (36 proc. vyrų ir 49,3 proc. moterų) stresą patiria kartais, 25,3 proc. respondentų (28 proc. vyrų ir 22,7 proc. moterų) - niekada, 19,3 proc. respondentų (26,7 proc. vyrų ir 12 proc.

moterų) – labai retai, 9,3 proc. respondentų (6,7 proc. vyrų ir 12 proc. moterų) – gana dažnai ir 3,3 proc. respondentų (2,7 proc. vyrų ir 4 proc. moterų) – nuolatos. 62,7 proc. moterų jaučiasi sudirgusios, įsitempusios, dažniau negu vyrai.

Fizinio aktyvumo grandies savikontrolė. Literatūros duomenimis, daugiau nei dviejų trečdalių Lietuvos suaugusiųjų gyvensena yra fiziškai pasyvi. Žmonės, kurie yra fiziškai neaktyvūs, mažai juda, nesimankština nuo 17 – 35 metų atsiranda tam tikri širdies bei kraujagyslių sistemos pakitimai, padidėja kraujospūdis. Fiziniai pratimai širdies ir kraujagyslių ligų riziką mažina įvairiais būdais (mažina bendrojo cholesterolio kiekį, reguliuoja kraujospūdį, treniruoja ir stiprina širdies raumenį, ir kt.). Tyrimo rezultatai rodo, kad 55,3 proc. respondentų (56 proc. vyrų ir 50,7 proc. moterų) nesportuoja.

Rizikos veiksniams būtina stebėjimo sistema. Kiekvienas respondentas individualiai stebi, jiems būdingus RV. Tai gali būti *Paciento sveikatos pasas* (Novartis Pharma Servines Inc. Atstovybė Lietuvoje, žr. 4 priedas), *Mano kelias į sveikatą savikontrolės dienynas* (žr. 5 priedas), *Atmintinė kaip išvengti širdies ir kraujagyslių ligų* (žr. 6 priedas).

Korekcinių RV priemonių vykdymui, respondentas privalo domėtis kokias pasekmes gali sukelti rizikos veiksniai ir kaip jų išvengti. Šiam tikslui pasiekti padės skaitoma literatūra susieta su ŠKL, įvairūs seminarai apie sveikatą, lankstinukai, atmintinės, skrajutės, metodinės paskaitos ir pamokos, konferencijos, internetinė svetainė, filmuotos medžiagos.

Sistemos patikrinimas reikalingas tam, kad žinotume kaip respondentas stebi RV savikontrolę. Sistemos patikrinime dalyvauja šeimos gydytojai, nes jie gali paprašyti respondentų, kad ateidami atsineštų RV žymėjimo savikontrolę. Tai patogiausias būdas sistemos patikrinimui.

Duomenų išsaugojimas atlieka svarbią funkciją. Kiekvieno individualiai respondento asmeniniai ligos duomenys saugomi prie šeimos gydytojų (kortelės). Taip pat asmeninę informaciją gali kaupti respondentas pas save (susikurti sąsiuvinį, dienoraštį ir kt.) žymėti pastebėjimus apie savo ligą.

Respondentai viešai dalinasi savo patirtimi su artimaisiais, su visais specialistais, kurie teikia informaciją (visa reabilitacijos komanda).

Išvados

1. Širdies ir kraujagyslių ligos - viena opiausių šiandieninės medicinos problemų. Pagrindiniai šių ligų rizikos veiksniai: rūkymas, alkoholis, padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, padidėjęs cholesterolis, cukrinis diabetas, netaisyklinga mityba, antsvoris, nutukimas, mažas fizinis aktyvumas, psichinis bei socialinis stresas.
2. Sergamumas ŠKL amžius nuo 61 metų ir vyresni. Moterys serga dažniau, nei vyrai.
3. Nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų ir panašumų tarp vyrų ir moterų, kuris iš rizikos veiksnių kelia didžiausią riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis. Vyrai teigia, kad visi rizikos veiksniai veikia vienodai, moterys teigia – kad aukštas kraujo spaudimas.
4. Rūkančių ir alkoholį vartojančių vyrų yra statistiškai reikšmingai daugiau nei rūkančių ir vartojančių alkoholį moterų. Septynis kartus dažniau vyrai rūko, nei moterys. Keturis kartus dažniau vyrai vartoja alkoholį nei moterys. Daugiausiai surūko per dieną iki 10 cigarečių, vartoja alkoholį tik keletą kartų per metus.
5. Nustatyta statistinių skirtumų tarp vyrų ir moterų, kas mitybos racione sudaro didžiąją dalį. Moterys teigia, kad angliavandeniai, baltymai, riebalai vyrai teigia - baltymai, angliavandeniai, riebalai. Gyvulinius riebalus vartoja kelis kartus per savaitę. Tris kartus daugiau moterų visai nevirtoja gyvulinių riebalų nei vyrai. Daugiau moterų vaisius ir daržoves valgo 1-2 kartus per dieną nei vyrai. Net penkis kartus dažniau vyrai nevirtoja vaisių ir daržovių nei moterys.
6. Nustatytas statistiškai reikšmingas atvirkštinis ryšys tarp respondentų amžiaus ir sveikatos rodiklių. Kuo respondentai vyresni, tuo prasčiau vertina savo sveikatą.
7. Nustatytas statistiškai reikšmingas atvirkštinis ryšys tarp respondentų blogos nuotaikos ir sveikatos rodiklių ir statistiškai reikšmingas atvirkštinis ryšys tarp respondentų įtampos ir sveikatos rodiklių. Kuo respondentai rečiau jaučiasi sudirgę, įsitempę, tuo juos rečiau kamuoja bloga nuotaika, tuo jie geriau vertina savo sveikatą.
8. Nustatytas statistiškai reikšmingas tiesioginis ryšys tarp respondentų vaikščiojimo ir sveikatos rodiklių. Kuo respondentai per dieną dažniau vaikšto, tuo geriau vertina savo sveikatą.
9. Pasitvirtino hipotezė, kad Klaipėdos Jūrininkų ligoninės pacientų sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, rizikos veiksniai panašūs literatūroje analizuojamiems rizikos veiksniams Lietuvoje ir už jos ribų. Rizikos veiksnių analizė padės tobulinti sveikatos rizikos veiksnių valdymo sistemą.

Rekomendacijos

1. Atsižvelgiant į tyrimo duomenis, rekomenduotina sergantiesiems daugiau dėmesio skirti ŠKL sukeliams pagrindiniams rizikos veiksniams ir vykdyti jų savikontrolę.
2. Kadangi rūkančių ir alkoholi vartojančių vyrų yra daugiau nei moterų, rekomenduojama mažinti surūkomų cigarečių kiekį ir alkoholio vartojimą.
3. Mitybos racionui daug dėmesio vyrai neskiria, todėl jiems rekomenduojama daugiau valgyti vaisių ir daržovių bent 1 -2 kartus per dieną. Taip pat vadovautis sveikos mitybos piramidės principais.
4. Rekomenduojama vyrams ir moterims daugiau dėmesio skirti fiziniam aktyvumui. Fiziniai pratimai neturi būti varginantys – ėjimas vidutiniu ar sparčiu žingsniu pakankamas. Galima kasdien po 30 min.; 2 kartus po 15 min.; 3 kartus po 10 min.; 40 min. 5 kartus per savaitę; 1 val. ar daugiau 3 kartus per savaitę.
5. Kadangi moterys patiria stresą, kamuoja bloga nuotaika, jaučiasi sudirgusios – įsitempusios dažniau nei vyrai, rekomenduojama vengti stresinių situacijų, atsipalaidavimo ir kvėpavimo pratimų, būti gryname ore.

Literatūra

1. Abaravičius, A., Bartkevičiūtė, R., Barzda, A., Klumbienė, J., Petkevičienė, J., Stukas, R. (2010). *Sveikos mitybos rekomendacijos*. Metodinės rekomendacijos. Vilnius: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras.
2. American Heart Association (1999). *1998. Heart and Stroke Statistical Update*. Dallas: Tex.
3. American Heart Association (2001). *2000 Heart and Stroke Statistical Update*. Dallas: Tex.
4. Azguridienė, G. (2011). Kiek ir kaip sveika gyvensena gali būti visuomenės reikalas. *Į sveiką gyvenseną ir skaidrią būtį Vydūno keliu: tarptautinė mokslinė – praktinė konferencija*. Programa ir konferencijos medžiaga (p. 89). Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
5. Badarienė, J., Čypienė, A., Dženkevičiūtė, V., Kovaitė, M., Laucevičius, A., Petrulionienė, Ž. (2007). Arterijų sienelės rodiklių ryšys su širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniais bei širdies ir kraujagyslių ligų rizika remiantis SCORE vertinimo sistema. *Medicina*, 43(7), 529 - 541.
6. Bohmig Ulf., Wimpffen H. H. V. (2000). *Kraujotakos sutrikimai: vaistiniai augalai, homeopatija, specialioji mityba, vandens procedūros*. Vilnius: BĮ UAB Litimo.
7. Bregas, P. (1994). *Stipri širdis – visam amžiui*. Vilnius: Šalavijas.
8. Buivydaitė K., Kavoliūnienė A., Šlapikas R. (2004). Arterinė hipertenzija ir rizikos susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis bei arterinės hipertenzijos pasekmių nustatymas. *Kardiologijos praktika*, 4, 3 – 6.
9. Conroy RM., Pyörälä K., Fitzgerald AP, et al. (2003) on behalf of the SCORE project group. *Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project*. Result of a risk estimation study in Europe // *Eur. Heart*.
10. Černiauskiene, M. (2000). *Apie priklausomybę sukeliančias medžiagas ir jų vartojimo prevenciją ugdymo institucijose*. Metodinė medžiaga. Vilnius: UAB Efrata.
11. Domarkienė, S., Jurėnienė, K., Petrokienė, Z. ir kt. (2000). *Širdies ir kraujagyslių ligos: epidemiologija ir profilaktika*. Kaunas: KMU Spaudos ir leidybos centro I-kl.
12. Europos kardiologų draugijos gairės. (2007). Arterinės hipertenzijos gydymo gairės. (2007). Europos kardiologų draugija ir Europos hipertenzijos draugija. *European Heart Journal* 28 (12), June: 8-10.

13. *Europos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos gairės.* (2007).
14. *Europos širdies sveikatos chartija.* (2007).
<http://74.125.39.104/search?q=cache:a4U2V0TB4NoJ:www.heartcharter.eu/download/Lithuanian.pdf+europos+%C5%A1irdies+sveikatos+chartija&hl=lt&ct=clnk&cd=1&gl=lt>
 (žiūrėta 2010-02-10).
15. Ewles, L. Key Topics in Public Health. (2005). *Essential Briefings on Prevention and Health.*
16. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). (2001). *JAMA* 285, 2486 - 2497.
17. Falk Pharma GmbH. (2008). *Mažinkite cholesterolį natūraliai.*
http://www.morfejus.lt/lt.php/mazinkite_cholesteroli_naturaliai...html(žiūrėta 2010-03-20).
18. Ferrari, R., Florio, C. (2010). *Europos valgių knyga. Sveika mityba - sveika širdis.* Europos kardiologų draugijos rekomenduojami receptai. Kaunas: Kardiologijos projektai.
19. Gendrolis, A., Majienė, D., Trumbeckaitė, S. (2006). Propolis – širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikai ir gydymui. *Sveikatos mokslai*, 6 (47), 500-503.
20. Giddens, A. (2000). *Modernybė ir asmens tapatumas: asmuo ir visuomenė vėlyvosios modernybės amžiuje.* Vilnius: Pradai.
21. Gudžinskienė, V. (2007). *Mokymas sveikai gyventi: teoriniai ir praktiniai aspektai.* Mokymo metodinė priemonė. Vilnius : VPU leidykla.
22. Gurevičius, R., Margienė, J. (2010). Vidutinė sveiko gyvenimo trukmė – populiacijos sveikatos būklės vertinimo indikatorius. *Visuomenės sveikata*, 2(49), 9 - 18.
23. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas.* Vadovėlis. Vilnius: Mykolo Riomerio universiteto leidybos centras.
24. Januškevičienė, G., Lukoševičius, L., Sekmokienė, D. (2009). Sveika gyvensena ir funkcionalusis maistas. *Visuomenės sveikata*, 4(47), 51 - 60.
25. Jarašūnienė, D., Jarašūnas, J., Kibarskis, A., Markevičiūtė, B. (2010). Depresija ir nerimas po pirmojo miokardo infarkto. *Sveikatos mokslai*, 5(5), 3535 - 3538.
26. Jurgelėnas, A., Juozulynas, A., Mačiūnas, E., Norvaišas, S., Venalis, A. (2007). *Sveikatos socialinė plėtra.* Monografija. Vilnius.

27. Juškeliienė, V. (2007). *Visuomenės sveikatos įvadas: sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai*. Mokymo metodinė priemonė. Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla.
28. Kaffemanienė, I. (2006). *Negalės ir socialinės gerovės tyrimų metodologiniai aspektai*. Metodinė priemonė bakalaurantams ir magistrantams. Šiauliai: VŠĮ Šiaulių universiteto leidykla.
29. Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpela, A. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa.
30. Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Vadovėlis. Kaunas: Judex.
31. Klumbienė, J., Kriaučionienė, V., Petkevičienė, J., Ramažauskienė, V. (2009). Suaugusiųjų Lietuvos gyventojų savo svorio vertinimas atsižvelgiant į lytį, amžių ir išsilavinimą. *Visuomenės sveikata*, 1(44), 37 – 42.
32. Kanapickas, G. (2009). Statinių vartojimo ekonominė nauda Lietuvoje. *Gydymo menas*, 2
33. Leimonienė, L. (2009). *Širdies ir kvėpavimo funkcijos bei gyvenimo pilnatvės pokyčiai po ilgalaikių etapinių aerobinių fizinių treniruočių ir rizikos veiksnių koregavimo pacientams sergantiems vidutiniu ir sunkiu lėtiniu širdies nepakankamumu*. Daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, slauga (11B). Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
34. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos informacinis centras (2010). *Lietuvos sveikatos statistika (2009)*. Vilnius. http://www.lsic.lt/data/la_2009. (žiūrėta 2010-12-11).
35. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (2002). Gegužės 16 d. Nr. IX - 886, Vilnius. Publikuotas: Valstybės žinios, 2002-06-07, Nr. 56-2225
36. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2004). Lietuvos sveikatos programa. *Numatyta gyventojų sveikatos vertinimo rodiklių sistema*, http://www.sam.lt/go.php/lit/Lietuvos_sveikatos_programa_/577(žiūrėta 2010-12-11).
37. Lietuvos Respublikos Seimas (2004). *LRS Nutarimas Dėl Širdies ir Kraujagyslių Profilaktikos Programos, 2004-01-24* http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_d=36656&p_k=1(žiūrėta 2010-03- 20)
38. Lukšienė, D. (2009). Metabolinis sindromas ir rūkymas – mirtinas derinys širdžiai. *Sveikas žmogus*, 1.
39. Maier, Karl F. (1999). *Širdies ir kraujagyslių ligos*. Vilnius: Avicena.
40. Marozienė, I., Varvuolytė, S., Tautkutė, S. (2003). *Nutukimas*. <http://www.baltupiusmc.lt/index.php?page=nutukimas> (žiūrėta 2010-03-17)

41. Naužemys, R., Saplinskas J., Kniukšta, R. (2000). *Fizinio aktyvumo paslaptys*. Vilnius: Akstis.
42. Norkienė, S. (2010). *Klinikinės medicinos pagrindai*. Mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
43. Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N. et. al. (1995). Physical activity and public health. *A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine*. *JAMA*, 273.
44. Petrulionienė, Ž. (2005). *Mažinkime širdies ligų riziką*. Vilnius: Margi raštai.
45. Petrulionienė, Ž. (2010). *Koronarinė širdies liga : rizikos veiksniai, klinikiniai simptomai ir gydymas*. Vilnius : Vaistų žinios.
46. Proškuvienė, R. (2004). *Sveikatos ugdymo įvadas*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas.
47. Protocol and Guidelines. Countrywide Integrated Noncommunicable Intervention (CINDI) Programme.(1996). *WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen.
48. Pukėnas, K. (2005). *Sportinių tyrimų duomenų analizė SPSS programa*. Mokomoji knyga. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
49. Putrūnaitė, S. (2008). Nenumokite ranka net į nedaug padidėjusį kraujospūdį. *Sveikas žmogus*, 1, 15.
50. Raškėlienė, V. (2009). *Išeminės širdies ligos rizikos veiksnių reikšmė su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimui*. Daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, slauga (11B). Kaunas.
51. Rinkūnienė, E. (2010). Didelės kardiovaskulinės rizikos pacientų gydymas. *Internistas*, 8(104), 49 – 52.
52. Reckless, J., Morrell, J. (2007). *Lipidų sutrikimai: atsakymai į jūsų klausimus*. Vilnius: UAB Vaistų žinios.
53. Section of Cardiology, Lutheran General Hospital at.el. (1992). Smoking and cardiovascular disease. *The american journal of medicine*. Jul 15; 93(1A): 8S-12S
54. Staniūtė, M., Brožaitienė, J. (2009). Sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusi gyvenimo pilnatvė priklausomai nuo psichoemocinės būsenos. *Reabilitacijos metodų ir priemonių efektyvumas: Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencijos medžiaga* (p. 202). Birštonas.
55. Sutulienė, L. (2006). Vienas iš didžiausių širdies ligų rizikos veiksnių – nutukimas. *Sveikas žmogus*, 1.

- <http://www.sveikaszmogus.lt/index.php?pagrid=svoris&lid=2&rodyti=str&strid=2485&subtema=153>(žiūrėta 2010-03-15).
56. Sveikata 21. (2002). *Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione*. Vilnius: LR SAM.
 57. Šležienė, D. (2007). Širdies ir kraujagyslių ligos: situacija ir perspektyvos. *Gydymo menas*, 10 (145), 4.
 58. Šveikauskas, V. (2008). *Sveikatos edukologija*. Kaunas: KMU leidykla.
 59. Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius
 60. Treben, M. (2006). *Širdies ir kraujotakos ligos*. Sveikatos patarimai. Vilnius: Algarvė.
 61. Urbonaitė, M. (2008). Mitybos piramidė ir jos naujovės. *Sveikas žmogus*, 10
 62. Vaitkevičius, J., V. (2005). *Sveikatos rizikos veiksnių valdymas ir savikontrolė ugdymo srityje*. Mokomoji knyga. Šiauliai: Šiaurės Lietuva.
 63. Vaitkevičius, J., V., Vaitkevičienė, A. (2008). *Maisto sauga ir savikontrolė ugdymo įstaigose*. Šiauliai: Šiaurės Lietuva.
 64. Vasiliauskas, D. (2010). *Pasirūpinkime savo širdimi*. <http://www.elitemedicale.lt/pasirpinkime-savo-irdimi/> (žiūrėta 2010-12-11).
 65. Varoneckas, G., Brožaitienė, J. (2004). Ligonių po miokardo infarkto reabilitacijos efektyvumo ir miego sutrikimų sąsajos. *Reabilitacijos metodų ir priemonių efektyvumas: Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencijos medžiaga* (p. 28). Birštonas.
 66. World Health Organization (2010). *World Health Statistics 2010*.
http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf (žiūrėta 2010 - 12 - 15).
 67. World Health Organization (1990). MONICA project. MONICA Manual: Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease. *Cardiovascular Disease Unit, WHO*. Switzerland.

Justina Laurinskaitė

**ANALYSIS AND MANAGEMENT OF HEALTH RISK FACTORS IN CASE OF
CARDIOLOGIC DISEASES**

The Master's Degree Thesis

Summary

Cardiovascular disease is the main reason of European women and men deaths. Due to these disease dies 4, 35 million of people in World Health Organizations in the countries of European region every year. In the countries of European Union dies about 1, 9 million of people. Cardiovascular disease occupies the First Place in morbidity. It s the reason of disability and the quality of life but we can avoid it. From these disease dies every second European citizen and 30 percent of deaths up to 65 years. WHO provides that the number of deaths will increase from 7, 1 million in 2002 to 11, 1 million in 2020. The main factors of cardiovascular disease are smoking, increase in arterial blood pressure, high cholesterol, malnutrition, low physical activity, overweight, obesity, Diabetes mellitus, alcohol, psychological and social stress.

Hypothesize that patients who are suffering cardiovascular diseases in “Jurininkai” Hospital in Klaipeda have the same risk factors as in literature analysis in Lithuania and beyond. The analysis of risk factors will help to improve management system of health risk factors. *The aim of research* is to identify the main risk factors of cardiovascular diseases. To reach this objective *a few tasks* were carried out: 1) to overview of cardiovascular diseases; 2) to identify the main risk factors for these diseases; 3) to determine patients` knowledge about risk factors; 4) to give cardiovascular diseases risk factors to set management and self – control system draft. 150 patients of cardiological profile with cardiovascular diseases participated in the research from the Rehabilitation Department of “Jurininkai” Hospital in Klaipeda. *The method of questionnaire survey* was done to investigate the main health risk factors of patients with cardiovascular diseases. The questions have been submitted about addiction, nutrition, physical activity, lifestyle, emotions and knowledge. *The statistical analysis* was done by SPSS program. The main *conclusions* of empirical research:

1. It`s determined that the morbidity age of cardiovascular disease is 61 years and older.
2. The majority of the respondents state that the main risk factor of cardiovascular disease is high blood pressure.
3. The men who smoke and use alcohol are statistically more than the women.
4. It`s spared little attention to nutrition, physical activity, healthy lifestyle.
5. The hypothesis is confirmed.

Key words: cardiovascular disease, risk factors, management.

PRIEDAI

ANKETA

Esu, Justina Laurinskaitė Šiaulių Universiteto Socialinės Gerovės ir Negalės Studijų Fakulteto, Taikomosios kūno kultūros (sveikatos edukologijos) magistrantė, rašau magistro darbą, šia tema **Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis**. Šios anketos tyrimo tikslas - išsiaiškinti pagrindinius širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius. Todėl prašau Jūsų, nuoširdžiai atsakyti į šioje anketoje pateiktus klausimus.

Pažymime, kad vertinant Jūsų atsakymus, anketos **anonimiškumas** ir **konfidencialumas** užtikrinamas. Gauti duomenys bus naudojami tik magistriniame darbe. Todėl prašau Jūsų, nuoširdžiai atsakyti į šioje anketoje pateiktus klausimus. Pasirinkite, Jums priimtina atsakymo variantą (galimi keli variantai), o jei nerasite tinkamo, įrašykite patys.

Jums tinkančius atsakymus pažymėkite “x” ženklu atitinkamame langelyje.

Dėkoju už nuoširdžius atsakymus !

1. Jūsų lytis?

- moteris vyras

2. Jūsų amžius:

- iki 40 metų nuo 51 – 60 metų
 nuo 41 – 50 metų nuo 61 ir daugiau metų

3. Jūsų svoris:

- iki 70 kg virš 81 – 90 kg
 virš 71 – 80 kg virš 91 kg ir daugiau

4. Jūsų išsilavinimas?

- pradinis vidurinis kita (įrašykite) _____
 pagrindinis aukštasis

5. Jūsų socialinė grupė:

- bedarbis (-ė) pensininkas (-ė) kita (įrašykite) _____
 dirbantis (-i) neįgalus (-i)

6. Jūsų šeimyninė padėtis?

- nevedęs /netekėjusi išsiskyręs (-usi)
 vedęs /ištekejusi našlys (-ė)

7. Iš kur Jūs gaunate žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas ? (galimi keli atsakymų variantai)

- šeimos gydytojo slaugytojo interneto
 kardiologo artimųjų specialios literatūros
 rehabilitologo draugų, pažįstamų žiniasklaidos
 kineziterapeuto kita (įrašykite) _____

8. Ar Jūs žinote, kokie yra pagrindiniai rizikos veiksniai, sukeltantys širdies ligas?

- taip ne nežinau

9. Kuris iš išvardintų rizikos veiksnių kelią didžiausią riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis?

- aukštas kraujo spaudimas padidėjęs cholesterolio kiekis
 žalingi įpročiai padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje
 viršsvoris mažas fizinis aktyvumas
 širdies ligų paveldimumas visi išvardinti teiginiai teisingi

10. Ar Jūs rūkote? (jei ne pereikite prie 12 klausimo)

- taip ne kita (įrašykite) _____

11. Kiek cigarečių per dieną Jūs surūkote ?

- iki 10 nuo 21 - 30
 nuo 11 - 20 daugiau negu 31

12. Ar Jūs vartojate alkoholinius gėrimus? (jei ne pereikite prie 14 klausimo)

- taip ne kita (įrašykite) _____

13. Jei vartojate, tai kaip dažnai?

- keletą kartų savaitėje keletą kartų metuose
 keletą kartų mėnesyje kita (įrašykite patys) _____

14. Koks Jūsų kraujospūdis? (mmHg)

- mažiau nei 120/80 mažiau nei 140 – 159/90 – 99
 mažiau nei 130/85 daugiau nei 159 – 100 ir daugiau
 mažiau nei 130 – 139/85 – 89 nežinau

15. Koks Jūsų bendras cholesterolis? (mmol/l)

- mažiau nei 4 mažiau nei 5 – 6 daugiau virš 7
 mažiau nei 4 – 5 mažiau nei 6 -7 nežinau

16. Įvertinkite savo sveikatą 5 balų sistemoje? (apibraukite tinkamą skaičių)

1 2 3 4 5
I I I I I

Silpna
sveikata

Vidutinė
sveikata

Nei gera nei bloga
sveikata

Gera
sveikata

Labai gera
sveikata

17. Ar Jūs valgydami vadovaujatės sveikos mitybos piramidės principais?

- taip ne nieko nežinau apie sveikos mitybos piramidę

18. Jūsų mitybos racione didžiąją dalį sudaro?

- angliavandeniai riebalai
 baltymai nežinau

19. Ar Jūs dažnai vartojate gyvulinius riebalus (sviestą, grietinę, kiaulės taukus)?

- kasdien visai nevartoju

- kelis kartus per savaitę kita (įrašykite) _____

20. Kelis kartus per diena Jūs valgote vaisių ir daržovių?

- 1- 2 kartus dažniau nei 5 kartus
 3-5 kartus visai nevalgau

21. Pažymėkite, kuriomis ligomis Jūs sirgote:

- cukriniu diabetu širdies ir kraujagyslių ligomis
 plaučių ligomis kita (įrašykite) _____

22. Ar Jūs esate patyręs (-usi) širdies infarktą?

- taip ne nežinau

23. Ar Jus kamuoja bloga nuotaika?

- dažnai niekada
 retai kita (įrašykite) _____

24. Kaip apibūdintume savo miegą ?

- labai gerai miegu (beveik niekada neatsikeliu naktį)
 kartais nubundu, bet greitai vėl užmiegu
 dažnai nubundu ir sunkiai vėl užmiegu
 nuolatos kankina nemiga

25. Ar Jūs patiriate stresą? (jei nepatiriate pereikite prie 27 klausimo)

- taip, nuolat kartais niekada
 gana dažnai labai retai

26. Kaip Jūs kovojate su patiriamu stresu?

- vartojate medikamentus paskirtus gydytojo
 vadovaujate liaudies medicina
 vengiate stresinių situacijų
 konsultuojate su psichologais bei kitais specialistais
 nieko nedarau
 kita (įrašykite) _____

27. Ar Jūs dažnai jaučiatės sudirgęs (-usi), įsitemęs (-usi) ?

- taip, nuolat retai
 didelę laiko dalį niekada nejaučiu

28. Ar Jūsų šeimos nariai sirgo širdies ir kraujagyslių ligomis?

- taip ne nežinau

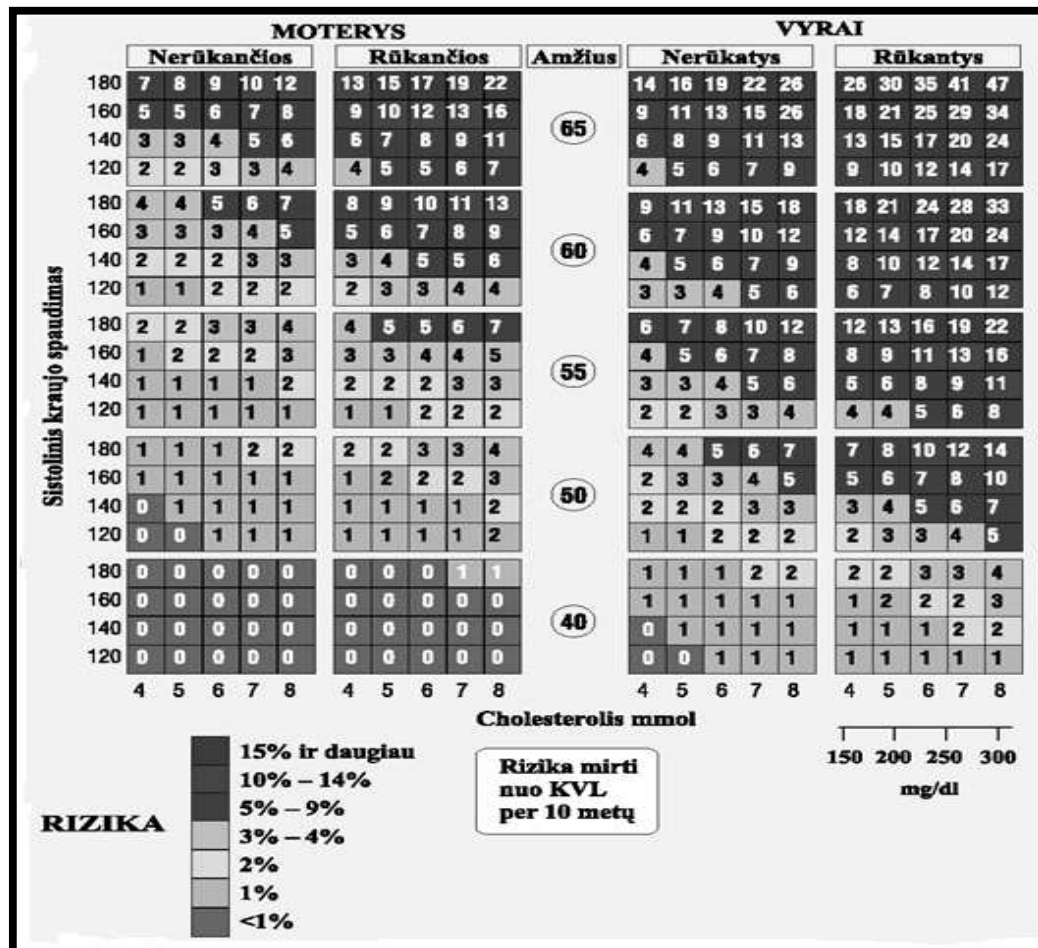
29. Ar Jūs žinote kaip kovoti su antsvoriu /nutukimu?

- taip, žinau ne, nežinau nesidomiu

30. Kaip dažnai Jūs sportuojate (darote mankštą)?

- kasdien kelis kartus per savaitę nesportuoju
 kartą per savaitę kelis kartus per mėnesį

Mirties nuo širdies ir kraujagyslių ligų rizika per 10 metų priklausomai nuo lyties, amžiaus, sistolinio kraujospūdžio, bendrojo cholesterolio ir įpročio rūkyti.



- Lietuvoje taikomi didelės rizikos regionams skirti grafikai.
- Norėdami įvertinti bendrąją paciento mirties nuo ŠKL riziką per 10 metų, suraskite atitinkamą lentelę pagal lytį, amžių ir rūkymą (rūko ar nerūko). Pasirinkote lentelėje suraskite atitinkamos spalvos langelį pagal paciento sistolinį kraujospūdį ir bendrojo cholesterolio kiekį.
- Norint įvertinti jaunesnių pacientų tolesnę riziką pagal nurodytus veiksnius reikia kilti lentelę į viršų iki atitinkamo prognozuojamo amžiaus.
- Nustačius mažą riziką, patarti ją išlaikyti ir ateityje. Ypatingą dėmesį reikia kreipti į tuos asmenis, kurių mirties nuo ŠKL tikimybė 5 % ir didesnė arba jei tokia rizika prognozuojama vidutinio amžiaus žmogui.
- Patartina palyginti santykinę to paties amžiaus ir lyties riziką su nerūkančiojo, taip pat turinčiojo AKS < 140/90 mmHg ir bendrojo cholesterolio < 5 mmol/l rizika.
- Lentelė gali būti panaudota nurodant kurio nors rizikos veiksnio modifikavimo pasekmes: pvz., kaip keistųsi rizikos procentas, jeigu asmuo mestų rūkyti ar sumažintų kurį nors kitą rizikos veiksnį.



Mano kelias į sveikatą savikontrolės dienynas

Data RV	Pirma- dientis 03 14	Antra- dientis 03 15	Trečia- dientis 03 16	Ketvirta- dientis 03 17	Penkta- dientis 03 18	Šešta- dientis 03 19	Sekma- dientis 03 20	Ir t.t
Kūno svoris (kg)								
Kraujospūdis (mmHg)								
Pulsas (k/min)								
Cholesterolis (mmol/l)								
Gliukozė (mmol/l)								
Surūkomų cigarečių kiekis								
Alkoholio vartojimo dažnumas								
Nuotaika + -								
Stresas + -								
Depresija + -								
Miegas + -								
Kiek laiko skiriate fiziniam aktyvumui?								
Kiek kartų valgote vaisių/daržovių per dieną?								
Kiek kartų valgote gyvulinių riebalų?								
Kita								

+ rodiklis teigiamas

- rodiklis neigiamas