

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Arūnė Žigunytė

Sveikatos psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Hipertenziją turinčių vyresnio amžiaus žmonių gydymo nurodymų laikymosi, ciniško
nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos**

Darbo vadovė: Prof. dr. Roma Jusienė

Vilnius 2022

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY.....	5
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS.....	6
PRATARMĖ.....	7
1. ĮVADAS.....	8
1.1. Hipertenzijos paplitimas bei kontrolės galimybės.....	8
1.2. Gydomo nurodymų laikymosi problema sergant lėtinėmis ligomis.....	10
1.3. Hipertenzijos gydymas vyresnio amžiaus žmonių grupėje.....	12
1.4. Ciniško nepasitikėjimo įtaka su sveikata susijusiam elgesiui.....	15
1.5. Požiūris į savo ligą sergant lėtinėmis ligomis.....	17
1.6. Kognityvinis požiūris į sergančiųjų gydymo nurodymų laikymąsi.....	19
1.7. Bihevioristinis požiūris į sergančiųjų gydymo nurodymų laikymąsi.....	20
1.8. Tyrimo tikslas, uždaviniai.....	23
2. TYRIMO METODIKA.....	25
2.1. Tyrimo dalyviai.....	25
2.2. Tyrimo instrumentai.....	26
2.3. Tyrimo eiga.....	29
2.4. Duomenų analizės metodai.....	30
3. REZULTATAI.....	31
3.1. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos.....	31
3.2. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, lytimi bei amžiumi.....	32
3.3. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos su kitais sveikatos veiksniais.....	37
3.4. Sergančiųjų hipertenzija gydymo nurodymų – atskirai medikamentinio ir nemedikamentinio - laikymąsi prognozuojantys veiksniai.....	39
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	42
4.1. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos.....	42
4.2. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, lytimi bei amžiumi.....	43

4.3. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos su kitais sveikatos veiksniais.....	45
4.4. Medikamentinį gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai.....	46
4.5. Nemedikamentinį gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai.....	46
IŠVADOS.....	48
REKOMENDACIJOS.....	50
LITERATŪRA.....	51
PRIEDAI.....	62
1 priedas. Sociodemografinė anketa.....	62
2 priedas. Informacija apie sveikatos būklę ir gydymo ypatumus.....	63
3 priedas. Gydomo nurodymų laikymosi klausimynas.....	64
4 priedas. Gydomo nurodymų laikymosi klausimynas (tęsinys).....	65
5 priedas. Ciniško nepasitikėjimo skalė.....	65
6 priedas. Ligos suvokimo klausimynas (požiūris į savo ligą).....	66
7 priedas. Metodikos aprašymas.....	67
8 priedas. Statistinės lentelės.....	71

SANTRAUKA

Hipertenziją turinčių vyresnio amžiaus žmonių gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos. Magistro darbas. Arūnė Žigunytė. Psichologijos institutas. Vilniaus universitetas. Vilnius, 2022. 76 p.

Yra žinoma, kad netinkamas gydymo nurodymų laikymasis sergant lėtinėmis ligomis sukelia didelių problemų kontroliuojant ligą ir apsunkina sveikatos priežiūros specialistų darbą. Moksliniai tyrimai rodo, jog netinkamas su sveikata susijęs žmogaus elgesys turi rimtas pasekmes asmens sveikatai bei lemia ekonominius valstybės nuostolius. Lietuvoje ir pasaulyje arterinė hipertenzija yra viena labiausiai paplitusių lėtinių ligų, taip pat ji išskiriamos kaip prioritetinga liga gydymo nurodymų laikymosi kontekste. Tai, kaip žmogus prižiūri save ir laikosi gydymo režimo lemia tam tikri psichologiniai ypatumai. Šiame tyrime atsižvelgiama į tris dažnai literatūroje minimus veiksnius, t.y. cinišką nepasitikėjimą, asmenybės bruožus ir požiūrį į savo ligą, kurie gali turėti įtakos netinkamam gydymo nurodymų laikymuisi. Anot mokslininkės O. Zamalijevos gydymo nurodymų laikymąsi (GNL) geriausiai paaiškina medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi struktūra. Šio tyrimo tikslas – išsiaiškinti hipertenzija sergančių gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo, asmenybės bruožų ir požiūrio į savo ligą sąsajas. Tyrime dalyvavo 78 respondentai, kurių amžiaus vidurkis yra 64.28 (SD = 8,989) metai. Tyrimui atlikti buvo parengta anketa, kurios pagalba surenkami tiriamųjų sociodemografiniai duomenys. Taip pat buvo taikytas Gydymo nurodymų laikymosi klausimynas (Zamalijeva, 2016), Ciniško nepasitikėjimo skalė (Cook & Medley, 1954), Ligos suvokimo klausimynas (Zamalijeva, 2016). Tyrime daugialypės tiesinės regresijos rezultatai rodo, jog iš visų potencialių su medikamentinio gydymo nurodymų laikymusi ryši turinčių veiksnių požiūris į savo ligą, šeimyninės padėties ir turimų žalingų įpročių ryšys buvo statistiškai reikšmingas. Tuo tarpu su nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymusi ryši turinčių veiksnių sveikatos būklės vertinimo ryšys buvo statistiškai reikšmingas.

Raktiniai žodžiai: gydymo nurodymų laikymasis, hipertenzija, ciniškas nepasitikėjimas, požiūris į savo ligą

SUMMARY

Associations between Adherence to Treatment, Cynical Distrust and Attitudes towards their Illness in Older People with hypertension. Master thesis. Arūnė Žigunytė. Institute of Psychology, Vilnius University. Vilnius, 2022. 76 p.

It is well known that inadequate compliance with treatment instructions when suffering from chronic diseases causes major problems in controlling the disease and complicates the work of healthcare professionals. Research shows that inappropriate health-related behaviour has serious consequences for a person's health and leads to economic losses for the country. Hypertension is among the most prevalent diseases in Lithuania and the world, and are also highlighted as priority disease in the context of adherence to treatment guidelines. The way in which a person looks after themselves and adheres to their treatment regimen is determined by certain psychological characteristics. This research takes into account three factors frequently mentioned in the literature, i.e. cynical mistrust, personality traits and attitudes towards one's illness, which may influence inadequate adherence to treatment. According to the researcher O. Zamalijeva, the structure of the observance of the instructions for medical and non-medical treatment is the best explanation for the observance of the treatment adherence. The aim of this research was to investigate the relationship between adherence to treatment, cynical mistrust and attitudes towards one's disease in older people aged between 50 and 75 with hypertension. The study involved 78 respondents with a mean age of 64.28 (SD = 8,989) years. A questionnaire was developed to collect socio-demographic data from the subjects. The Treatment Guidance Adherence Questionnaire (Zamalijeva, 2016), the Cynical Distrust Scale (Cook & Medley, 1954) and the Illness Perception Questionnaire (Zamalijeva, 2016) were also used. The results of the multiple linear regression in the study show that of all the potential factors associated with adherence to medication, the relationship between attitudes toward their illness, marital status, and available harmful habits was statistically significant. Meanwhile, the relationship between non-pharmacological adherence and health assessment was statistically significant in this study.

Keywords: treatment adherence, hypertension, cynical distrust, illness perception

SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS

Hipertenzija (angl. *hypertension*) – hipertenziją diagnozuojama, kai asmens sistolinis kraujospūdis (SKS) biure ar klinikoje yra ≥ 140 mm Hg ir (arba) diastolinis kraujospūdis (DKS) yra ≥ 90 mm Hg po pakartotinio tyrimo (Greenland & Peterson, 2017).

Gydymo nurodymų laikymasis (angl. *treatment adherence*) – sergančiojo elgesio, vaistų vartojimo, dietos laikymosi ir (ar) kitų gyvenimo pokyčių įgyvendinimo, atitikimas rekomendacijoms, suderintomis su sveikatos priežiūros specialistais (Pasaulio Sveikatos organizacija - PSO, 2003).

Ciniškas nepasitikėjimas arba priešiškus (ang. *cynical distrust / hostility*) – apibrėžiamas kaip visuma neigiamų asmens įsitikinimų kitų žmonių atžvilgiu; Tai vienas iš priešiškus komponentų, kuris dažnai siejamas su prastesniais gyvenimo ir sveikatos rodikliais (Lukoševičiūtė ir Šmigelskas, 2018).

Ligos suvokimas (angl. *illness perception*) – paciento pažintinis vertinimas ir asmeninis supratimas apie sveikatos būklę ir galimas jos pasekmes. Ligos suvokimas sutelktas į tai, kaip asmuo išgyvena ir mintyse įrėmina gyvenimą su liga (Broadbent, 2015).

Santrumpos

GNL – gydymo nurodymų laikymasis

AKS – arterinis kraujospūdis

PRATARMĖ

Lėtinės ligos tampa vis didesnę susirūpinimą kelianti problema, tai iššūkis ne tik sergančiam lėtine liga, bet ir žmogaus aplinkai, visuomenei bei valstybei. Pasaulyje daugiau nei 70 % mirčių įvyksta dėl lėtinių ligų (Pasaulio Sveikatos organizacija, WHO, 2011) Schmidt, H. (2016). Lietuvoje ir pasaulyje vienos labiausiai paplitusių ligų yra širdies ir kraujagyslių ligos, tarp kurių ryškiausia arterinė hipertenzija (WHO, 2014a; WHO, 2014b;). Remiantis Higienos instituto duomenimis mirtingumas nuo kraujotakos sistemos sutrikimų 2014 metais sudarė 56 proc. visų mirties atvejų šalyje (Mirties priežasčių registras, 2015).

Oficialiosios statistikos portalo 2019 metų Lietuvos gyventojų sveikatos duomenimis skelbiama, jog 46% gyventojų nurodė sergantys kuria nors lėtine liga arba turi ilgalaikių (trunkančių mažiausiai 6 mėn.) sveikatos sutrikimų. Užkirsti kelią ligoms reiškia atsisakyti žalingų įpročių, kuriais mėgaujasi daugelis žmonių – nejudrumo arba menko fizinio aktyvumo, persivalgymo, nesaikingo alkoholio vartojimo, neapgalvoto vairavimo, seksualinio šėlsmo ir rūkymo kaina dabar yra nacionalinė, o ne individuali atsakomybė (Barrett, Ortmann, Dawson, Saenz, Reis & Bolan, 2016). „Teisės“ į sveikatą idėją reikėtų pakeisti individualios moralinės pareigos tausoti savo sveikatą idėja. Tada asmuo turi „teisę“ tikėtis pagalbos su informacija, prienamomis geros kokybės paslaugomis ir su minimaliomis finansinėmis kliūtėmis (Knowles 1977, cit. pgl. Schmidt, 2016).

Dešimtys apklausų atskleidė, kad nemaža dalis lėtinėmis ligomis sergančių pacientų negauna veiksmingo gydymo ir blogai kontroliuoja savo ligas. Nepaisant efektyvaus egzistuojančio gydymo, arterinės hipertenzijos atveju tik 50% pacientų vartoja 80 % jiems paskirtų vaistų (WHO, 2013). Dėl nepakankamo gydymo nurodymų laikymosi maždaug 75% pacientų, kuriems diagnozuota hipertenzija, nepasiekiami optimali kraujospūdžio riba (WHO, 2013). Gydymo nurodymų nesilaikoma ir kitų lėtinių ligų atveju. Visos ligos reikalauja nuoseklaus, ilgalaikio ir kompleksinio gydymo (Barrett, Ortmann, Dawson, Saenz, Reis & Bolan, 2016).

Ligos eigai ir jos kontrolei didelę reikšmę turi paciento asmeninės savybės. Šiame darbe analizuojami psichologiniai aspektai, kurie gali turėti reikšmės geresniam ar prastesniam ligos kontroliavimui. Ciniškas nepasitikėjimas nusako visumą neigiamų savybių kitų žmonių atžvilgiu. Jis glaudžiai siejamas su prastesniais sveikatos ar gyvenimo rodikliais. Gydymo nurodymų laikymuisi reikšmės gali turėti ir savo ligos suvokimo ypatumai, tai yra, kiek ir kaip žmogus supranta ligą. Šis ligos suvokimo aspektas irgi bus tiriamas šiame darbe.

Taigi šiame darbe sieksime išsiaiškinti vyresnio amžiaus žmonių nuo 50 iki 75 metų amžiaus, sergančių hipertenzija, gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas.

1. ĮVADAS

1.1. Arterinės hipertenzijos paplitimas bei kontrolės galimybės

Lėtinės ligos yra tos, kuriomis buvo sirgta arba yra sergama mažiausiai 3–6 mėnesius ir gali būti tik valdomos, jų simptomai kontroliuojami, tačiau šiuo metu neišgydomos (O'Halloran et al, 2004). Daugelį lėtinių ligų sukelia rizikingo elgesio veiksniai: tabako vartojimas ir pasyvių dūmų poveikis, pernelyg didelis alkoholio vartojimas, bloga mityba, įskaitant dietas, kuriose yra mažai vaisių ir daržovių, bei daug natrio ir sočiųjų riebalų, fizinio aktyvumo trūkumas. Daugelį lėtinių ligų lemia rizikingas elgesys. Žmogus pasirinkęs sveikesnį gyvenimo būdą, gali sumažinti ar užkirsti kelią lėtinei ligai atsirasti ar progresuoti. Todėl bendrai kontroliuojant ligą yra labai svarbu laikytis gydymo nurodymų, apimančių ne tik medikamentinį gydymą (pvz., vaistų vartojimas), bet ir nemedikamentinį (pvz., fizinis aktyvumas, mityba, žalingų įpročių atsisakymas). Kraujospūdis, mažesnis nei 120/80 mm Hg, laikomas normaliu. Remiantis daugeliu pagrindinių rekomendacijų, hipertenziją rekomenduojama diagnozuoti, kai asmens sistolinis kraujospūdis (SKS) biure ar klinikoje yra ≥ 140 mm Hg ir (arba) diastolinis kraujospūdis (DKS) yra ≥ 90 mm Hg po pakartotinio tyrimo (Greenland & Peterson, 2017).

Padidėjęs arterinis kraujospūdis išlieka pagrindine mirties priežastimi visame pasaulyje, dėl kurios kasmet miršta 10,4 mln. Žmonių (Global Burden of Disease Study, 2017). Blogas gydymo nurodymų laikymasis padidina mirtingumo tikimybę net tris kartus (Herttua, Tabák, Martikainen, Vahtera et. al, 2013). Apskaičiuota, kad visame pasaulyje hipertenzija serga 1,28 milijardo 30–79 metų amžiaus suaugusiųjų, dauguma (du trečdaliai) gyvena mažas ir vidutines pajamas gaunančiose šalyse. Apytiksliai 46% suaugusiųjų, sergančių hipertenzija, nežino, kad jie serga šia liga (WHO, 2021). Mažiau nei pusei suaugusiųjų (42 %) hipertenzija diagnozuojama ir gydoma. Maždaug 1 iš 5 suaugusiųjų (21 %), sergančių hipertenzija, ją kontroliuoja (WHO, 2021). Nepaisant efektyvaus egzistuojančio gydymo, arterinės hipertenzijos atveju tik 50% pacientų vartoja 80 % jiems paskirtų vaistų (WHO, 2013). Be to, iki dviejų trečdalių pacientų, tariamai sergančių atsparia hipertenzija, nesilaiko gydymo režimo (De Geest, Ruppard, Berben, Schönfeld, 2014). Vienas iš pasaulinių neinfekcinių ligų tikslų – 2010–2030 metais hipertenzijos paplitimą sumažinti 33 proc. (WHO, 2021). Mokslininkų ir praktikų teigimu, tinkama kraujospūdžio kontrolė gali užkirsti kelią insultui bei

kitiems širdies ir kraujagyslių sutrikimams ar net mirčiai (Herttua, Tabák, Martikainen, Vahtera et al., 2013).

Arterinio kraujo spaudimo (AKS) paplitimo tendencijos rodo aiškią atskirtį tarp didelių pajamų šalių, kur padidėjusiu kraujospūdžiu skundžiasi iki 349 mln. žmonių ir vidutinių bei mažų pajamų šalyse, kur žmonių su padidėjusiu kraujospūdžiu priskaičiuojama iki 1,04 milijardo (Mills, Bundy, Kelly, Reed, 2017). Didelius skirtumus lemia tai, kad vidutinių bei mažų pajamų šalyse vyrauja mažesnis žmonių informuotumas, žemesnis gydymo bei kontrolės lygis lyginant su didelių pajamų šalimis (Mills, Bundy, Kelly, Reed, 2017). Nepaisant problemos paplitimo ir problemos reikšmės klinikinėje praktikoje, Lietuvoje trūksta tyrimų šia tema ir ši problema diskutuojama sveikatos priežiūros specialistų (Zamalijeva, Jusienė ir Badarienė, 2015). Gydymo režimo laikymasis turi didžiulį poveikį pacientų sveikatai ir labai svarbu nustatyti kintamuosius, turinčius įtakos vaistų laikymuisi, nes modifikuojami kintamieji gali būti skirti intervencijai (Morisky, Krousel-Wood, Ward, 2008). Taip pat padidėjusio kraujospūdžio plitimas auga visame pasaulyje nepaisant augančių pajamų. Todėl yra labai svarbu, kad būtų taikomos iniciatyvos, pvz.: druskos mažinimo iniciatyva, šviežių vaisių bei daržovių prieinamumo gerinimas, atsižvelgiant į sergančiųjų skaičių, siekiant sumažinti pasaulinę AKS našta (Unger, Borghi, Charchar et al., 2020).

Hipertenzija paprastai diagnozuojama tiriant besimptomį asmenį. Kontroliuojamos hipertenzijos gydymas sumažina mirtingumo ir širdies, kraujagyslių, inkstų ir smegenų kraujagyslių komplikacijų riziką. Visiems pacientams rekomenduojama keisti gyvenimo būdą: mažinant per didelį svorį, mankštinantis, mažinant natrio kiekį maiste, laikantis dietos, saikingai vartojant alkoholį. Medikamentinio gydymo pasirinkimą dažnai lemia su gretutine liga susijusios priežastys, tačiau kraujospūdžio tikslą galima pasiekti naudojant įvairias terapijas (Jones & Hall, 2004). Siekiant sumažinti padidėjusio kraujospūdžio problemą visame pasaulyje, Tarptautinė hipertenzijos draugija parengė hipertenzijos gydymo ir valdymo bendruomenėje klinikinės praktikos gaires vyresniems kaip 18 metų asmenims (Unger, Borghi, Charchar et al., 2020). Tos pačios draugijos vadovų komitetas išryškino įrodymais pagrįstą turinį gydytojams ir slaugytojams praktiniu formatu, kurį būtų lengva naudoti esant net ir mažiems ištekliams. Šis paketas pritaikytas naudojimui ir mažų bei vidutinių pajamų šalyse (Unger, Borghi, Charchar et al., 2020). Pastaruoju metu atsiranda daugybė atnaujintų įrodymais pagrįstų gairių, daugiausia iš didelių pajamų regionų ir šalių, įskaitant Jungtines Amerikos Valstijas, Europos valstybes, Jungtinę Karalystę, Kanadą ir Japoniją. Nauji pasiekimai apima hipertenzijos apibrėžimą iš naujo, gydymo pradžią kombinuota vienos piliulės terapija (Williams, Mancia, Spiering, Agabiti Rosei et al. 2018). Mažas ir vidutinės pajamas gaunantys regionai dažnai atidžiai seka dideles pajamas gaunančių regionų gaires, nes jų ištekliai ir sveikatos sistemos, skirtos vietos gairėms kurti ir įgyvendinti, tebėra sudėtingos.

Pagrindinis tikslas gydant ir kontroliuojant hipertenziją yra sumažinti didėjančią kraujospūdį iki saugesnio lygio, siekiant užkirsti kelią tolesniems hipertenziniams pažeidimams arba juos apriboti, kartu išvengiant hipotenzijos ir susijusių komplikacijų. Trūksta atsitiktinių imčių kontroliuojamų tyrimų duomenų, kad būtų galima pateikti aiškias gaires dėl su kraujospūdžio kontrole susijusių tikslų ir laiko, per kurį jie turėtų būti pasiekti. Dauguma rekomendacijų yra pagrįstos ekspertų sutarimu. Ūminio hipertenzijos sukulto organų pažeidimo tipas yra vienas pagrindinių veiksnių, lemiančių pageidaujamo gydymo pasirinkimą. AKS mažinimo laikas ir dydis labai priklauso nuo klinikinio konteksto. Nors yra tvirtų įrodymų, kad antihipertenzinis gydymas turi apsauginį poveikį, nėra iki galo aišku, kaip turėtų būti organizuojama ir teikiama hipertenzija sergančių pacientų priežiūra. Tačiau beveik nekyla abejonių, kad veiksmingam ligos valdymui, reikalingas įvairiapusis požiūris. Procese dalyvauja įvairūs sveikatos priežiūros specialistai, tokie kaip bendrosios praktikos gydytojas, slaugytojas bei vaistininkas, taikant medikamentinį ir nemedikamentinį gydymą. Bendruomenėje skiriamas gydymas – ir medikamentinis, ir nemedikamentinis – konkrečiu atveju gali skirtis, priklausomai nuo hipertenzijos pobūdžio, eigos, gretutinių ligų ar gydymo sunkumų (Mancia, Fagard, Narkiewicz, Redon et al, 2014).

1.2. Gydymo nurodymų laikymosi problema sergant lėtinėmis ligomis

Remiantis mokslininkės O. Zamalijevos 2016 metų tyrimo rezultatais, gydymo nurodymų laikymąsi (GNL) geriausiai paaiškina medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi – struktūra. Mokslinėje literatūroje aptinkama nemažai tyrimų, rodančių, kad skirtingos su sveikata susijusios elgsenos siejasi tarpusavyje (Zamalijeva, 2016). Jei žmogui būdingas tam tikras sveikatą stiprinantis arba ją žalojantis elgsenų elgesys, didėja galimybė, kad kartu gali pasireikšti kitas panašus su sveikata susijęs elgsenų elgesys (Zamalijeva, 2016). Šią sąveiką patvirtina dauguma tyrimų, analizuojančių suaugusiųjų ir vyresnio amžiaus asmenų sveikatą stiprinantį elgesį, kuriuose buvo nustatytas reikšmingas ryšys tarp fizinio aktyvumo ir mitybos ypatumų (Pruncho & Wilson Genderson, 2012). Toks tyrimų nustatytas su sveikata susijęs elgsenų elgesys, kuris būdingas suaugusiems ir vyresnio amžiaus asmenims, primena nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi, nustatytą ir O. Zamalijevos tyrime (2016). Ilgalaikis vaistų vartojimas yra būdingas žmonėms, sergantiems lėtinėmis, ilgą laiką trunkančiomis ligomis, o medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi reiškinys nusakomas tiek sergančiųjų, tiek tyrėjų požiūriu (Zamalijeva, 2016).

Saudo Arabijoje atliktas tyrimas parodė, kad tik 34,7% hipertenzija sergančių vyrų laikosi savo vaistų vartojimo režimo (Elbur, 2015). Hipertenzija sergančių pacientų vaistų laikymosi

skerspjūvio tyrimas parodė ryšį tarp vaistų laikymosi ir gerų žinių apie ligas (Ramli, Ahmad & Paraidathathu, 2012). Irane atlikto skerspjūvio tyrimas parodė, kad vyresnio amžiaus pacientai antihipertenzinių vaistų vartojimo laikosi labiau ir geriau žino apie savo ligą nei jaunesni pacientai (Hadi & Rostami 2004). Įrodyta, kad išsilavinimo lygis ir žinios apie sveikatą yra susiję su gydymo nurodymų laikymusi. Irake atliktas skerspjūvio tyrimas parodė, kad pacientų, turinčių pradinį ir vidurinį išsilavinimą, laikymasis sumažėjo, o reikšmingo skirtumo tarp pacientų, turinčių aukštąjį išsilavinimą ir nepakankamai išsilavinusių, nebuvo (Al Banna & Mohmed, 2010). Panašūs rezultatai rasti sisteminėje apžvalgoje, atliktoje hipertenzijos valdymo ir vaistų laikymosi srityje (Al Banna & Mohmed, 2010). Kita vertus, Saudo Arabijoje atliktame tyrime nebuvo nustatyta jokio ryšio tarp išsilavinimo lygio ir laikymosi. Tačiau keliuose tyrimuose nustatyta, kad geros sveikatos žinios apie hipertenziją siejamos su geru medikamentinio gydymo laikymusi (Ramli, Ahmad & Paraidathathu 2012). Du Turkijoje ir Alžyre atlikti skerspjūvio tyrimai parodė reikšmingą ryšį tarp žinių apie komplikacijas, susijusias su hipertenzija, ir gero antihipertenzinio gydymo laikymosi (Ghembaza, Senoussaoui, Kendouci Tani & Meguenni 2014). Vaistų nesilaikymas yra paplitęs proporcingai pacientams, sergantiems hipertenzija. Todėl reikia nuolat stebėti pacientus ir jų gydymo nurodymų laikymosi režimą. Pacientams, sergantiems gretutinėmis ligomis ir vartojantiems kelis vaistus, buvo didesnė nesilaikymo rizika. Reikia skatinti pacientus, vartojančius kelis vaistus, naudoti pagalbines priemones. Hipertenzija sergančių pacientų žinios apie ligą ir jos komplikacijas buvo vienas iš pagrindinių veiksnių, turinčių įtakos pacientų gydymui, todėl hipertenzija sergantiems pacientams skirtų sveikatos sąmoningumo intervencijų ir švietimo programų įgyvendinimas padeda pagerinti gydymo nurodymų laikymąsi (Algabbani, 2020).

Prastas gydymo nurodymų laikymasis yra viena didžiausių problemų klinikinėje sferoje. Vaistų veiksmingumas gerinant ar kontroliuojant ilgalaikę fizinę ir psichinę sveikatą yra gerai nustatytas. Tačiau vaistų poveikio sėkmę gerinant sveikatos rezultatus silpnina kompleksinis veiksnių rinkinys. Pagrindinė gydymo nurodymų nesilaikymo priežastis yra prastas medikamentų vartojimas ir prasta savęs priežiūra. Siekiant suprasti ligonius, kuriems reikalingas medikamentinis gydymas, buvo atlikti tyrimai, susiję su žmonių asmeninėmis savybėmis ir, kaip tai siejasi su gydymo nurodymų laikymusi (Axelsson, Brink, Lundgren, and Lötvall 2011). Nustatyta, kad asmenybė turi įtakos žmonių mintims, jausmams ir elgesiui (Pervin, John, and Cervone 2008). Žmonės, pasižymintys neurotiškumu, linkę nerimauti, yra jautresni stresui, jiems sunku suvaldyti savo impulsus ir norus. Buvo nustatyta, kad tokie žmonės blogiau laikosi gydymo nurodymų laikantis medikamentinio gydymo, sergant tokiomis lėtinėmis ligomis kaip hipertenzija, astma ir diabetas (Axelsson, et al. 2011). Tuo tarpu žmogus pasižymintis sutarumu, linkęs laikytis gydymo nurodymų. Sąžiningumas taip pat siejamas su geresniu gydymo nurodymų laikymusi tarp sergančiųjų lėtinėmis ligomis ir

vartojant vaistus ilgą laiką (Axelsson, et al. 2011). Galima daryti prielaidą, kad gydymo sėkmę lemia ne tik gydymo paskyrimas ar gydytojų priežiūra, bet ir paties žmogaus individuali atsakomybė už savo veiksmus, kuriuos dažnai lemia asmeninės charakteristikos (Axelsson, 2013).

3. Hipertenzijos gydymas vyresnio amžiaus žmonių grupėje

Gydymo nurodymų nesilaikymas hipertenzijos atveju turi įtakos maždaug 30% atveju. (Buford, 2016). O pagyvenę žmonės, turintys šią ligą, dėl gretutinių ligų, socialinės izoliacijos, mažų pajamų ar depresijos simptomų tampa labiausiai pažeidžiama grupė. Didžiausias hipertenzijos paplitimas yra tarp vyresnio amžiaus žmonių (Buford, 2016). Dauguma vyresnių nei 60 metų žmonių serga hipertenzija. Taip atsitinka, kuomet smegenyse vyksta lygiagretūs pokyčiai, susiję su didėjančiu amžiumi ir kraujospūdžiu (Jennings, Muldoon, Allen, Ginty & Gianaros, 2021). Kaip ir daugelio ligų atveju, hipertenzija didėja su amžiumi, o jos paplitimas didėja nuo 27 % jaunesnių nei 60 metų pacientų iki 74 % vyresnių nei 80 metų amžiaus pacientų (Lloyd-Jones, Evans & Levy, 2005). Daugiau nei 90 % žmonių, kurių kraujospūdis buvo normalus 55 metų amžiaus, galiausiai išsivysto hipertenzija (Franklin, Larson, Khan, Wong, Leip, Kannel & Levy, 2001 cit. pagal Oliveros et. al., 2020). Maždaug 60 % gyventojų hipertenzija suseraga iki 60 metų, o apie 65 % vyrų ir 75 % moterų iki 70 metų išsivysto aukštas kraujospūdis (Oliveros, Patel, Kyung, Fugar, Goldberg, Madan& Williams, 2020). 2060 m. prognozuojamas 65 metų ir vyresnių žmonių skaičius sudarys 25% JAV gyventojų, iš kurių beveik 20 mln. pragyvens aštuntą gyvenimo dešimtmetį (Oliveros, Patel, Kyung, Fugar, Goldberg, Madan& Williams, 2020). Iki 50 % šiandien JAV gimusių žmonių sulauks 100 metų. Dėl šios senstančios populiacijos hipertenzijos paplitimas gali tikimasi tik kilti (Oliveros, Patel, Kyung, Fugar, Goldberg, Madan & Williams, 2020).

Per visą gyvenimą kraujospūdį veikia amžiniai pakitimai: sistolinis kraujospūdis su amžiumi šiek tiek didėja, o diastolinis kraujospūdis pasiekia aukščiausią lygį apie 50 metus ir vėliau mažėja (Wiinberg ir kt., 1995). Moterų sistolinis kraujospūdis šiek tiek mažesnis prieš menopauzę, o vėliau lenkia vyrus po menopauzės. Vadinasi, 59 % vyrų ir 67 % moterų vyresnių nei 60 metų amžiaus serga hipertenzija. Vyresnio amžiaus žmonėms būdingi specifiniai hipertenziniai mechanizmai. Atsiranda nestabili hemodinamika, neurohormoniniai ir autonominiai sutrikimai. Keičiasi arterijų standumas bei sensta inkstai (Lionakis, Mendrinis, Sanidas, Favatas, 2012). Senėjimas sukelia keletą struktūrinių ir funkcinių arterinių kraujagyslių pokyčių. Tiek sistolinis, tiek diastolinis kraujospūdis didėja su amžiumi, tačiau sulaukus 60 metų vyrauja centrinių arterijų standumas, todėl kraujospūdis toliau didėja, o vėliau mažėja (Oliveros et al., 2020). Nors yra stiprūs ryšiai tarp hipertenzijos, senėjimo ir smegenų kraujotakos pažeidimo, vis dar neaišku, ar aukštas

kraujospūdis pats savaime sukelia smegenų kraujagyslių pažeidimą, kuris sutrikdo normalų žmogaus suvokimą ir sukelia demenciją (Jennings, Muldoon, Allen, Ginty & Gianaros, 2021). Vyresnio amžiaus žmonių hipertenzija yra susijusi su nepageidaujamomis širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimais, tokiais kaip širdies nepakankamumas, insultas, miokardo infarktas ir mirtis. Pasaulinė hipertenzijos našta didėja dėl senėjančios visuomenės bei didėjančio nutukimo paplitimo. Manoma, kad iki 2025 m. ji paveiks trečdalį pasaulio gyventojų (Oliveros, Patel, Kyung, Fugar, Goldberg, Madan & Williams, 2020). Tačiau hipertenzija nebūtinai yra senėjimo pasekmė. Galbūt, senėjimas ir kraujospūdis labiau priklauso nuo smegenų funkcijos ir struktūros (Jennings, Muldoon, Allen, Ginty & Gianaros, 2021).

Nefarmakologinės gyvenimo būdo intervencijos turėtų būti skatinamos siekiant sumažinti hipertenzijos išsivystymo riziką ir kaip papildomas gydymas, siekiant sumažinti vaistų poreikį. Farmakologinis gydymas diuretikais, renino ir angiotenzino sistemos blokatoriais ir kalcio kanalų blokatoriais parodė naudą vyresnio amžiaus pacientų širdies ir kraujagyslių sistemos rezultatams (Oliveros, Patel, Kyung, Fugar, Goldberg, Madan & Williams, 2020). Tokie veiksniai kaip gyvenimo įpročiai, dieta ir medikamentai yra reikalingi jos kontrolei. Žinoma, kad didesnis prieinamumas medikamentiniam gydymui nesumažina pacientų, nesilaikančių režimo, skaičiaus. Priežasčių, kodėl žmonės nesilaiko gydymo nurodymų yra daug. Esminis šių įrodymų punktas yra tai, kad žmonių apsisprendimas, ar vartoti vaistus, yra sudėtingas ir kompleksinis, tai lemia žinių trūkumas, ligos neigimas, neįgalumo lygis, ligos progresavimo greitis, prastas simptomų valdymas, gydymo trukmė, nemalonūs šalutiniai veiksniai, gydymo nesupratimas, prastas laikymosi režimas, prastas bendravimas su sveikatos priežiūros specialistu, prasta šeimos parama, socialinio gyvenimo ribojimai, netikėjimas gydymo sėkme, žema savivertė, religiniai įsitikinimai, žinių trūkumas ir kt. (Gray et. al., 2002). Prastas medikamentinio gydymo laikymasis yra paplitęs proporcingai pacientams, sergantiems hipertenzija. Todėl reikia nuolat stebėti pacientus ir jų gydymo nurodymų laikymosi režimą (Hamrahian, 2020). Pacientams, sergantiems gretutinėmis ligomis ir vartojantiems kelis vaistus, buvo didesnė nesilaikymo rizika (Algabbani, 2020). Reikia skatinti pacientus, vartojančius kelis vaistus, naudoti pagalbines priemones. Hipertenzija sergančių pacientų žinios apie ligą ir jos komplikacijas buvo vienas iš pagrindinių veiksnių, turinčių įtakos pacientų gydymui. Hipertenzija sergantiems pacientams skirtų sveikatos sąmoningumo intervencijų ir švietimo programų įgyvendinimas padeda pagerinti gydymo nurodymų laikymąsi (Algabbani, 2020). Pacientams, vengiantiems medikamentinio gydymo, būdingi tam tikri būdo bruožai.

Pagrindiniai veiksniai lemiantys nesilaikymą yra dviejų rūšių: priklausantys nuo paciento ir priklausantys nuo gydymo. Pacientas turi didesnę polinkį nesilaikyti gydymo nurodymų dėl lėtinio proceso, besimptomės būsenos, žinių apie ligą trūkumo, nepasitikėjimo gydymo nauda,

psichologinių problemų, kognityvinių sutrikimų ar socialinės izoliacijos, trūkstant gydytojų vizitų (Kaplan et al. 2016). Kiti veiksniai atsiranda dėl gydymo proceso, t.y. gydymo sudėtingumo arba ilgos trukmės, neigiamo vaistų poveikio, neadekvačių gydytojo ir paciento santykių, planuotų periodinių susitikimų nebuvimo, tinkamos gydymo krypties trūkumo bei vaistų kainos (Villalva, Alvarez-Muiño, Mondelo, Fachado & Fernández, 2016). Įdomu tai, kad medikamentinio gydymo laikymasis nesisieja su gyvenimo stiliumi, t.y. sprendimas mesti rūkyti, nesusijęs su tinkamu medikamentų vartojimu (Fuster 2012). Tyrimė, kuriame dalyvavo daugiau nei 18 000 pacientų, stebimų 4,6 metus, geras antihipertenzinio gydymo laikymasis reiškia mažesnį sergamumo ir mirtingumo laipsnį (Mazzaglia et al. 2009). Medikamentinio gydymo nesilaikymas padidina hipertenzija sergančių pacientų mirties nuo insulto riziką (Mayor, 2013). Dažnai sunku laikytis sveikatos specialistų rekomendacijų, kuomet liga yra lėtinė ir besimptomė. Tuomet tampa sunku suvokti, kad reikalingas ilgalaikis gydymas. Hipertenzijos diagnozė sulaukus keturiasdešimties gali reikšti pacientų jėgų ir gyvybingumo praradimą. Kartais tai gali sukelti neigimo reakciją ir ekonominę bei socialinę naštą, kuri trukdo susitaikyti su pasikeitusiomis aplinkybėmis (Kaplan et al. 2016).

Pacientų prognozė priklauso ne tik nuo medikamentinio gydymo, bet ir nuo nemedikamentinio požiūrio. Tyrimai rodo, kad nemedikamentinio gydymo nesilaikymo dažnis yra didelis (nuo 50 iki 80 %) ir yra susijęs su gyvenimo būdo pokyčiais, būtent: skysčių ir natrio kiekio ribojimu maiste, kasdiene svorio kontrole ir fiziniu aktyvumu (Sacomann, Cintra&Gallani, 2014). Pacientai su širdies nepakankamumu supranta, kad būtina riboti druskos kiekį maiste, tačiau nevisada to laikosi. Atsiranda komplikacijos dėl vandens užsilaikymo organizme ir svorio padidėjimo. Atsižvelgiant į tai, kad svorio pokyčiai yra tiesiogiai susiję su skysčių susilaikymu ir tinkamu receptinių diuretikų vartojimu. Vėliau tenka kreiptis į ligoninę dėl suprastėjusios sveikatos. (Sacomann, Cintra & Gallani, 2014). Nepaisant to, kad yra labai veiksmingų vaistų, apie 70% pacientų, kuriems taikomas tik farmakologinis hipertenzijos gydymas, kraujospūdžio kontroliuoti nepavyksta (Selçuk, Çevik, Mercan & Koca, 2017). Nemedikamentinės intervencijos gali būti naudojamos atskirai prieš pradėdant farmakologinį gydymą arba kartu po gydymo. Gyvenimo būdo keitimas gali padėti sumažinti vaistų vartojimą. Buvo atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo 6779 hipertenzija sergantys pacientai, ir pasiekti sistolinio kraujo spaudimo pokyčiai, jo sumažėjimas, kai buvo konsultuojamasi, koreguojama dieta, pagerinta fizinė veikla, taikomos įvairios intervencijos (Baena, Olandoski, Younge, Buitrago-Lopez, Darweesh et. al., 2014). Šis tyrimas įrodė, kad gyvenimo būdas tiesiogiai veikia kraujospūdžio lygį. Šie gyvenimo būdo pokyčiai apima didesnę fizinę aktyvumą, geresnę mitybą, sveiką svorį, rūkymo vengimą ir alkoholio vartojimo ribojimą (Mahmood, Shah, Khan, Nawaz et. al., 2019).

Park & Bower (2016) tyrimas remiantis Korėjos nacionalinės sveikatos ir mitybos tyrimo apklausos duomenimis parodė, jog pacientų supratimas apie hipertenziją yra svarbus norint pasiekti kraujospūdžio kontrolę, nes tai suteikia galimybę keisti mitybos ir gyvenimo būdo įpročius, prireikus pradėti farmakologinį gydymą (Park & Bower 2016). Europos vėžio ir mitybos tyrimo grupėje tiriamieji, žinoję apie savo hipertenziją, dažniau laikėsi rekomendacijų, ypač dėl riebalų ir skaidulų vartojimo, alkoholio ribojimo ir sveiko svorio pasiekimo bei išlaikymo. Motyvacijos stoka gali būti pagrindinė priežastis, dėl kurios hipertenzija sergantys pacientai mažai laikosi mitybos ir gyvenimo būdo pokyčių.

1.3. Ciniško nepasitikėjimo reikšmė su sveikata susijusiam elgesiui

Asmenybės charakteristikos yra svarbios norint suprasti vienokį ar kitokį asmens su sveikata susijusį elgesį. Ciniškas nepasitikėjimas, įsitikinimas, kad kitus veikti skatina savanaudiškas rūpestis, buvo siejamas su neigiamais sveikatos padariniais. Tokią asociaciją galima paaiškinti per biologinius ir elgesio faktorius. Priešiškumas gali būti susijęs su širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniais, tokiais kaip kraujospūdis. Tačiau procesas, kuriuo ciniškumas veikia kraujospūdį nėra iki galo suprantamas (Neuvonen, Rusanen, Solomon, Ngandu et. al., 2014). Stipriai veikiantis įvykis, pvz.: pykčio priepuolis, gali padidinti nemirtino miokardo infarkto arba mirties nuo širdies ir kraujagyslių ligų riziką. Kita galimybė yra ta, kad priešiškumas gali paskatinti blogą elgesį, pvz., rūkymą, fizinį neveiklumą ir gydymo nurodymų nesilaikymą, o tai didina širdies ir kraujagyslių ligų riziką (Wong, Regan & Whooley, 2013).

Jau daugiau kaip prieš 50 metų kardiologų Friedmano ir Rosenmano atliktas darbas parodė, kad pacientams, pasižymintiems A tipo elgesio modeliu, būdingas konkurencingas elgesys, didelis užsidegimas tam tikrai veiklai ir didelis skubos poreikis turi daugiau rizikos veiksnių susirgti koronarine širdies liga ir dažniau kenčia nuo didelių nepageidaujamų širdies ir kraujagyslių ligų nei pacientai, nepasižymintys A tipo elgesiu (Friedman, Rosenman, 1959; Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman et. al., 1975). Friedman ir kitų mokslininkų vėlesni tyrimai, skirti ištirti pyktį ir priešiškumą, kaip A tipo elgesio komponentus, parodė didelį toksiškumą širdies veiklai. Nuo to laiko 12 perspektyvių stebėjimo tyrimų parodė, kad pyktis ir priešiškumas yra susiję su padidėjusia koronarine širdies ligos rizika ir pasikartojančių širdies ir kraujagyslių ligų rizika (Wong, Regan & Whooley, 2013).

Versey & Kaplan (2012) tyrimu buvo siekiama įvertinti nutukimą kuris pasireiškia dėl galimo ciniško nepasitikėjimo ir sistolinio kraujospūdžio tarpininkavimo ir moderavimo. Rezultatai parodė ryškią koreliaciją tarp nutukimo ir ciniškojo nepasitikėjimo. Nutukimas buvo dalinis tarpininkas ir reikšmingas moderatorius tarp ciniškojo nepasitikėjimo ir kraujospūdžio. Šios išvados pabrėžia

galimą nutukimo ir psichosocialinių veiksnių lemiamą reikšmę širdies ir kraujagyslių ligų atsiradimui (Versey & Kaplan, 2012). Galima daryti prielaidą, kad žmonės linkę neprisižiūrėti savo kūno ir sveikatos, turi didesnę šansą ir į hipertenzinius susirgimus.

Šmigelsko, Joffė, Jonynienės, Julkunen, Kauhanen (2017) tyrimo analizė pagrįsta Kuopio išeminės širdies ligos tyrimu, stebėjimu nuo 1984 iki 2011 m.. Tikslas buvo įvertinti ciniško nepasitikėjimo įtaką vidutinio ir senyvo amžiaus vyrų mirtingumui. Apytiksliais vertinimais po 28 stebėjimo metų didelis ciniškas nepasitikėjimas buvo susijęs su 1,5–1,7 karto didesniu ankstyvos mirties pavojumi, lyginant su mažu cinišku nepasitikėjimu. Didelis ciniškas nepasitikėjimas buvo reikšmingai susijęs su ŠKL (širdies ir kraujagyslių ligomis) nesergančiais vyrais ir mirtingumu nuo ŠKL, o mirtingumas nuo ŠKL tyrimo imtyje buvo nuosekliai, bet reikšmingai nesusijęs. Rizikos poveikis buvo labiau išreikštas po 12–20 metų, o ne anksčiau ar vėliau. Viso tyrimo metu mirtingumas (42,0%) ir dideli ciniško nepasitikėjimo rodikliai rodė aiškia koreliaciją. Tyrimo pradžioje vyrai, turintys didesnę ciniško nepasitikėjimo rodiklį, vėliau susidūrė su net dvigubai didesne mirtingumo rizika nei tie, kurie tyrimo pradžioje turėjo didesnę riziką sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis. Apibendrinant galima pasakyti, kad didelis ciniškas nepasitikėjimas yra susijęs su didesne ŠKL nesergančių vyrų mirtingumu nuo ŠKL rizika (Šmigelskas, Joffė, Jonynienė, Julkunen ir Kauhanen, 2017). Panašūs rezultatai gavosi Wong, Regan & Whooley (2013) tyrime, daugiau nei 1000 ambulatorinių pacientų, sergančių koronarine širdies liga grupėje nustatėme, kad asmenys, kurių priešiško balai buvo aukščiausiam kvartilyje, turėjo 50 % didesnę mirtingumo riziką ir 49 % didesnę širdies ir kraujagyslių ligų riziką (miokardo infarktas, širdies nepakankamumas, insulto rizika) nei tie, kurių priešiško balai yra žemiausiam kvartilyje (Wong, Regan & Whooley, 2013).

Vienas iš galimų mechanizmų, kaip cinizmas lemia ankstyvą mirtingumą, ypač nuo širdies ir kraujagyslių ligų, gali būti atsakas į stresą. Be išorinių stresorių, priešiška nusiteikę žmonės, bendravimo metu, gali patys sukelti stresą tarpasmeninių santykių metu (Smith & Frohm, 1985). Priešiški asmenys reaguoja į galimus stresorius, turinčius stipresnę poveikį širdies ritmui, kraujospūdžiui ir neuroendokrinų pokyčiams, ypač socialinių ir pyktį provokuojančių situacijų metu (Neumann, Menne, Rieken, Fischer, Weber, Haller, et al., 2011). Tai galima paaiškinti specifine reakcija į stresą, kuri sukelia papildomą antinksčių ir hipofizės ašies reaktyvumą, susijusį su širdies ir kraujagyslių sistemos atsaku į stresą. Be to, priešiškus yra susijęs su didesne greito aterosklerozės, išemijos ir miokardo infarkto progresavimo tikimybe (Pickering et al., 2003), taip pat teigiamai susijęs su uždegiminiais procesais. Be to, genetiniai veiksniai pasireiškia kaip priežastiniai mechanizmai, nes genai, kurie yra susiję su priešišku, taip pat vaidina svarbų vaidmenį reguliuojant trombocitų agregaciją (Schultess et al., 2005). Tai, kad mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų šiame tyrime buvo labiau susijęs su cinišku nepasitikėjimu, nei su mirtingumu nuo

ŠKL, rodo, kad neigiamas ciniško nepasitikėjimo poveikis širdies ir kraujagyslių sistemą veikia labiau nei kitas kūno sistemas (Šmigelskas, Joffė, Jonynienė, Julkunen ir Kauhanen, 2017).

Sumažėjęs pasitikėjimas gydytojais ir sveikatos priežiūros organizacijomis yra susijęs su ne tik prastesniu gydymo nurodymų laikymusi, bet ir blogesne savistaba, nepakankamu sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu, mažesniu, pavėluotu pagalbos ieškojimu, diagnozavimu ir gydymu ir gydytojų nuomonės nepaisymu (Guerrero, Mendes de Leon, Evans & Jacobs, 2015). Atsižvelgiant į galimą mažesnio pasitikėjimo sveikatos priežiūros vaidmenį, svarbu suprasti įvairias sąlygas ir patirtį, dėl kurių gyventojų pasitikėjimas sveikatos priežiūros paslaugomis gali sumažėti. Asmenys, turintys žemesnį išsilavinimą, žemesnes pajamas ir galimybę gauti priežiūrą, mažiau pasitiki sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais ir institucijomis. Galiausiai, socialinė padėtis turi įtakos ciniškam nepasitikėjimo atsiradimui ir gali pasireikšti įvairiomis neigiamomis emocijomis ir išgyvenimais, pavyzdžiui, depresija, priešišku ir suvokiama diskriminacija, dėl kurios taip pat gali sumažėti pasitikėjimas (Chin, Negash, Hamilton, 2011).

Nors yra daug galimų biologinių paaiškinimų, kaip cinizmas ar priešiškus pablogina sveikatą, neigiami psichologiniai dirgikliai gali būti stipriai įtaką darantys veiksniai (Šmigelskas, Joffė, Jonynienė, Julkunen ir Kauhanen, 2017). Pavyzdžiui, cinišką požiūrį linkę turėti asmenys sulaukia mažesnės socialinės paramos, patiria mažesnę subjektyvią gerovę (Wiest et. al., 2011), teigiamo poveikio (Martín-María et. al., 2016), išgyvena vienišumą (Newall et. al., 2013), labiau serga depresija. Pažymėtina, kad naujausi tyrimai parodė, kad priešiškus gali būti laikomas stipresniu širdies ligų rizikos veiksniu, palyginti su kitais psichologiniais rodikliais, tokiais kaip depresija, nerimas, somatizacija ar savijauta (Rafanelli et. al., 2016).

1.4. Požiūris į savo ligą sergant lėtinėmis ligomis

Pripažįstama, kad pažinimo ir emocinės ligos suvokimo dimensijos turi įtakos sveikatai. Kognityviniai aspektai apima paciento supratimą apie ligą, pavyzdžiui, jos priežastį, veiksmingumą apie gydymą ir jo galimą eigą. Emocinės savybės apima pykčio, baimės ar nuotaikos pasikeitimo laipsnį. Yra tam tikrų įrodymų, kad teigiamas ligos suvokimas yra susijęs su geresniu sergančių pacientų gydymo laikymusi. Savo ligos suvokimas yra vienas svarbiausių aspektų didinant jo motyvaciją laikytis gydytojo režimo, keisti nusistovėjusius netinkamus gyvenimo įpročius, siekti geriausių su sveikata susijusių sprendimų, skatinti tyrėjus domėtis įvairiais ligos suvokimo aspektais. Gerinti pacientų žinias apie rizikos veiksnius svarbu, nes rizikos suvokimas gali turėti įtakos pacientų gydymo nurodymų laikymuisi ir gyvenimo būdo pokyčiams (Broadbent, Wilkes, Koschwanetz, Weinman, Norton & Petrie, 2015). Nustatyta, kad širdies ligomis sergantys pacientai netiksliai supranta savo ligos riziką. Informacijos apie riziką teikimas gali pagerinti rizikos suvokimo tikslumą

ir padidinti ketinimus pradėti prevencinį rizikos mažinimo gydymą (Broadbent, Leggat, McLachlan & Kerr, 2013).

Kitų autorių tyrimai rodo prieštarigus rezultatus, susijusius su sociodemografiniais veiksniais įtaka gydymo nurodymų laikymuisi (Sebaté, 2003). Vieni rezultatai rodo, jog žemesnis išsilavinimas ar neraštingumas yra siejamas su prastesniu gydymo nurodymų laikymusi (Sebaté, 2003) Kiti tyrimai parodo kaip formalus išsilavinimas neatspindi tiriamųjų žinių ir įsitikinimų, susijusių su liga bei gydymu (Munro, Lewin, Swart, Volmink, 2007). Ligos suvokimo tyrimai patvirtino, kad pacientų požiūris į ligą yra siejamas su svarbiais rezultatais didėjant ligų spektrui ir rizikos veiksnių tyrimams. Požiūris į savo ligą (ligos suvokimas) yra organizuotas kognityvinis suvokimas ar įsitikinimai, kuriuos pacientai turi apie savo ligą (Petrie, Jago & Devcich, 2007). Nustatyta, kad šie suvokimai yra svarbūs elgesį lemiantys veiksniai ir yra susiję su daugeliu svarbių rezultatų, tokių kaip gydymas ir funkcinis atsistatymas. Yra tam tikras būdas, kaip pacientai struktūrizuoja savo ligos suvokimą. Požiūris į savo ligą paprastai apima tapatybės komponentą, kuris apima ligos pavadinimą ir simptomų diapazoną, kurie, paciento manymu, yra susiję su liga. Jie taip pat turi įsitikinimų apie ligos priežastį ir tai, kiek ji tęsis. Be to, ligos suvokimo komponentai apima įsitikinimus apie asmenines būklės pasekmes pacientui ir jo šeimai, taip pat tai, kiek liga gali būti asmeniškai kontroliuojama ar kontroliuojama gydant (Frostholm, Fink, Christensen, Toft, Oernboel, Olesen & Weinman, 2005). Reikia atkreipti dėmesį į du svarbius aspektus: pirma, pacientų įsitikinimai apie jų būklę dažnai skiriasi nuo tų, kurie juos gydo. Tiesą sakant, medicinos personalas paprastai nežino pacientų nuomonės apie jų būklę, nes darbuotojai konsultacijų metu retai klausia jų. Antra, pacientų suvokimas labai skiriasi. Net tos pačios sveikatos būklės ar traumos patyrę pacientai laikosi labai skirtingų nuomonių apie savo ligą.

Bet kurios lėtinės ligos diagnozė susiduria su užduočių, reikalingų fiziniam ir psichologiniam prisitaikymui, rinkiniu. Dėl lėtinių ligų asmeniui tenka didelė našta ir ji gali reikšmingai paveikti jo gyvenimo kokybę. Iš ankstesnių tyrimų aišku, kad asmenų suvokimas apie ligas yra turintis didelę reikšmę nustatant rezultatus ir prisitaikymą prie daugybės sveikatos sutrikimų (Petrie, Jago & Devcich, 2007). Didžioji dalis naujausių šios srities darbų buvo sutelkta į šių išvadų išplėtimą kitoms sąlygoms ir pacientų populiacijoms. Nustatyta, kad kai kurie ligos pavaizdavimo komponentai yra reikšmingi dietos ir saviugdos veiksniai pacientams, patekusiems į ligoninę su koronarine širdies liga (Strauss, Singh, Tuthill, Brodsky et. al., 2013). Be to, naujausia metaanalizės išvada teigiama, kad ligos suvokimas prisideda prie miokardo infarktu sergančių pacientų, dalyvaujančių širdies reabilitacijoje, prognozavimo. Tai ypač pasakytina apie pacientų įsitikinimus, ar jų silpnumą -galima kontroliuoti ar išgydyti (Strauss, Singh, Tuthill, Brodsky et. al., 2013).

Kita atsirandanti tyrimų sritis yra gydymo būdų ir individualių skirtumų, tokių kaip lytis ir etninė priklausomybė, įtaka ligos suvokimui. Neseniai paskelbtame tyrime (Elbur, 2015) analizuotas koronarinės arterijos liga sergančių pacientų, kuriems atliekama operacija, angioplastika ar kurie vartoja vaistus ligai, suvokimas apie ligas. Pacientai manė, kad revaskuliarizacijos gydymas suteikia galimybę išgydyti šią būklę, o sprendimas pradėti vartoti nuolatinis vaistus gali atspindėti patvaresnę būklę. Kitas tyrimas (Ramli, Ahmad & Paraidathathu, 2012) nustatė daugybę lyties skirtumų, susijusių su širdies suvokimu dėl ligos. Būtent moterys suvokė chroniškesnę širdies būklės eigą nei vyrai, tuo tarpu vyrai laikėsi didesnių asmeninių ir gydymo kontrolės įsitikinimų nei moterys.

1.6. Kognityvinis požiūris į sergančiųjų gydymo nurodymų laikymąsi

Kognityvinė sveikatos elgesio perspektyva grindžiama prielaida, kad mūsų mintys ir įsitikinimai daro įtaką mūsų emocijoms ir elgesiui. Jame dėmesys sutelkiamas į būdus, kuriais pacientai suvokia grėsmes sveikatai, ir įvertina veiksnius, kurie palengvina laikymąsi arba trukdo gydytis (Pasaulio sveikatos organizacija, 2003). Apskritai, sveikatos elgesio teorijos suteikia pagrindą tikslinėms intervencijoms, kuriomis siekiama pakeisti elgesį arba suformuoti gerus sveikatos įpročius. Būdai, kuriais su sveikata susijęs elgesys gali būti modifikuojamas, kad būtų pasiektas norimas rezultatas, vis labiau tampa medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi tyrimų dėmesio centru. Individualaus lygio teorijos tiria elgesį ir sutelkia dėmesį į intraasmeninius veiksnius, tokius kaip žinios, požiūris, įsitikinimai, motyvacija, savęs samprata, praeities patirtis ir įgūdžiai (Munro, Lewin, Swart & Volmink, 2007). Tarpasmeniniame lygmenyje sveikatos elgesio teorijos atsižvelgia į tai, kad asmuo egzistuoja visuomenėje ir yra veikiamas socialinės aplinkos. Aplinkinių žmonių mintys, elgesys ir nuomonės daro įtaką to asmens jausmams ir veiksams, o savo ruožtu žmogus turi abipusį poveikį aplinkiniams. Tačiau, žmonės gali kontroliuoti arba daryti įtaką įvykiams, turintiems įtakos jų gyvenimui, integruodami kognityvinius, socialinius ir elgesio įgūdžius. Su sveikata susijusi kognityvinė elgsenos perspektyva sutelkia dėmesį į veiksmingą sveikatos įpročių valdymą (Adefolalu, 2018).

Prastesnė kognityvinė funkcija yra susijusi su mažesniu vyresnio amžiaus žmonių gydymo nurodymų laikymusi. Vertinant konkrečias kognityvines funkcijas, paaiškėjo, kad sumažėjęs dėmesys ir vykdomoji funkcija buvo reikšmingai susijęs su sumažėjusiu gydytojo vizitų laikymusi (Alosco, Spitznagel, Dulmen, Raz et. al. 2012) ir vaistų vartojimu (Alosco, Spitznagel, Dulmen et. al., 2012; Smith, Lovell, Weller et. al., 2017). Pažinimo sutrikimas taip pat yra susijęs su didesniu sunkumu laikytis gydymo nurodymų. Smegenų priekinės funkcijos (t.y. dėmesys ir vykdomoji

funkcija) susideda iš pažangių pažinimo procesų, įskaitant planavimą, organizavimą ir elgesio stebėjimą (Kalmar, Gaudino, Moor et. al., 2008). Priekinės smegenų sritys, tarpininkaujančios šiems protiniams gebėjimams, yra ypač pažeidžiamos pacientams su širdies nepakankamumu dėl išemijos, infarkto ir hipoksemijos (Kumar, Woo, Macey, Fonarow et. al., 2011). Dėl šių pataloginių pokyčių širdies nepakankamumu sergantiems pacientams gali kilti blogo gydymo nurodymų laikymosi rizika dėl jų poreikio prisitaikyti prie daugelio gyvenimo būdo pokyčių ir sudėtingo gydymo režimo, įskaitant galimybę planuoti ir atlikti kelias užduotis vienu metu (Stilley, Bender, Dunbar-Jacob, Sereika et. al., 2010).

Kognityviniai sutrikimai gali neigiamai paveikti pagyvenusių pacientų gydymo laiką. Kasdien ir reguliarus antihipertenzinių vaistų vartojimas reikalauja tam tikro lygio pažinimo funkcijos, pavyzdžiui, gero dėmesio ir darbinės atminties Smith, Lovell, Weller, Kennedy et. al., 2017. Blogesni kalbiniai gebėjimai buvo reikšmingai susiję su sumažėjusiu vaistų bei suprastėjusiu mitybos rekomendacijų laikymusi. Atminties efektyvumas nebuvo reikšmingai susijęs su jokių sveikatingumo elgesiu (Alosco, Spitznagel, Dulmen et. al., 2012). Taip pat pacientai žinodami apie jiems skirtų vaistų būtinumą, linkę nesilaikyti gydymo nurodymų ir dažniau negeria vaistų arba nutraukia jų vartojimą (Wileman, Farrington, Wellsted, Almond, Davenport & Chilcot, 2015). Apibendrinant, nustatyta, kad lengvas pažinimo sutrikimas yra galimas rizikos veiksnys, susijęs su prastu antihipertenzinių vaistų vartojimu (Cho, Shin, Chang, Lee et. al., 2018).

1.7. Bihevioristinis požiūris į sergančiųjų gydymo nurodymų laikymąsi

Mokslininkai, besivadovaujantys biheviorizmo teorija, daug pastangų skyrė modelių ir teorijų, skirtų suprasti ir (arba) paveikti sveikatos elgesį, kūrimui ir vertinimui. Tobulėjant teorijoms, mokslininkai vis labiau konkretizuoja konceptualų konstrukcijų apibrėžimą ir matavimą, kuomet vis labiau domisi elgesio pokyčiais, o ne supratimu, kodėl asmenys elgiasi tam tikru sveikatos požiūriu. kurios tikslas: 1) užkirsti kelią ligoms ir mirčiai, 2) skatinti geresnę gyvenimo kokybę ir 3) sukurti aplinkos sąlygas, kuriomis žmonės galėtų būti sveiki, įsikišdami instituciniu, bendruomenės ir visuomenės lygiu (Glanz & Bishop, 2010). Kad šios pastangos būtų veiksmingos, sveikatos specialistai turi žinoti, kaip taikyti pagrindinius socialinių ir elgsenos mokslų principus, teorijas, tyrimų rezultatus ir metodus, siekdami informuoti savo pastangas. Išsamus visuomenės sveikatos teorijų supratimas, kurios daugiausia yra kilusios iš socialinių ir elgsenos mokslų, leidžia praktikams: įvertinti pagrindines visuomenės sveikatos problemos priežastis ir sukurti intervencijas šioms problemoms spręsti (Glanz & Bishop, 2010; Newton & Asimakopoulou 2018).

Yra nemažai elgesio teorijų modelių, padedančių spręsti visuomenės sveikatos problemas ir kurti sėkmingas intervencijas. Su sveikata susijusio elgesio srityje dominuoja tokios teorijos kaip Rosenstock ir kitų JAV mokslininkų sukurtas įsitikinimų apie sveikatą modelis (angl. *health belief model*), siekiant suprasti, kas trukdo taikyti ligų prevencijas, kad būtų galima anksti nustatyti ligą. Įsitikinimų apie sveikatą modeliu kalbama apie tai, jog žmogaus veiksmų kryptis dažnai priklauso nuo to, kaip asmuo suvokia naudą ir kliūtis, susijusias su elgesiu dėl savo sveikatos (Rejeski & Fanning, 2019). Kaip antrąjį požiūrį į sveikatos elgesio modelius / teorijas, dėmesys skiriamas Banduros socialiniam-kognityviniam (angl. *social-cognitive theory*) modeliui. Kaip ir įsitikinimų apie sveikatą modeliu, socialiniu - kognityviniu modeliu asmenys nusakomi kaip racionalūs veikėjai, t.y. aiškinamasi, kodėl žmonės elgiasi taip, kaip jie elgiasi. Didelis dėmesys skiriamas tiek žmogaus elgesiui, tiek ir socialiniam kontekstui, su kuriuo žmogus susiduria (Ajzen, 2011). Savideterminacijos teorija (angl. *self-determination theory*) teigia, kad žmonės skatina trys pagrindiniai poreikiai: poreikis patirti kompetenciją, prasmingas socialinis ryšys ir autonomija. Svarbu suderinti žmogaus tikslų turinį su pagrindiniais asmens poreikiais (Brötz, 2013). Galiausiai, svarbu atkreipti dėmesį į augantį ekologinių sveikatos elgesio modelių (angl. *socio-ecological models*) populiarumą. Remiantis biologinių mokslų požiūriu į ekologiją, kuri yra suinteresuota užfiksuoti organizmo ir jo aplinkos sąveiką, socialiniai ir ekologiniai modeliai nustato įvairius įtakos lygius, paprastai pradedant nuo individualių veiksmų, tokių kaip žmogaus biologinė būklė, iki platesnės bendruomenės, geopolitinių ir politikos įtakos (Fitzgibbon, Kong & Tussing-Humphreys, 2014).

Pagrindinė šių modelių prielaida yra ta, kad mokslininkai gali tirti asmenis įvairiais įtakos lygiais, įskaitant asmenį, bendruomenę, valstybę ar nacionalinį lygmenį. Tačiau su sveikata susijusio elgesio keitimui greičiausiai reikia atsižvelgti į tai, kad asmuo yra paveiktas šių įvairių įtakos lygių. Pavyzdžiui, tikimybei, kad asmuo užsibrėžia tikslą geriau maitintis, sportuoti, aktyviai važinėti į darbą ir atgal arba mažiau sėdėti, turės įtakos žmogaus išgyvenamos aplinkybės (pvz., ar yra dviračių takai ir sveiko maisto pasirinkimas) ir socialinis (pvz., ar socialinės normos palaiko sveiką elgesį) (Owen, Sugiyama, Eakin, Gardiner, Tremblay & Sallis, 2011). Taip pat, kiek aplinka sukelia papildomos įtampos ir kiek ji yra saugi - gali padėti arba trukdyti asmeniui laikytis gydymo tikslų. Pripažįstama, kad aplinka ir aplinkybės nuolat keičiasi, todėl intervencijos turi būti lanksčios ir pritaikomos (Fitzgibbon, Kong & Tussing-Humphreys, 2014). Apžvelgtuose modeliuose/teorijose yra visuotinai priimta vertės samprata. Tai reiškia, kad žmonės rūpinasi savo sveikata, nes tiki, kad toks elgesys duos vertingų rezultatų. Įdomu pastebėti, kad atsiradus socialinei - kognityvinei teorijai, didžiausias dėmesys buvo skiriamas saviveiksmingumui, nors tai yra tik vienas iš kelių pagrindinių konstrukto kartu su paskatomis ir lūkesčiais tikėtiniems rezultatams. Nors poveikis ir fiziologinių

būsenų vaidmuo su sveikata susijusiam elgesiui yra akivaizdus, socialinė - kognityvinė teorija teigia kad saviveiksmingumas tarpininkauja šiems konstruktais (Rejeski & Fanning, 2019).

1.5. Tyrimo tikslas, uždaviniai

Hipertenzija yra pagrindinis širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnys, kuris yra pagrindinė mirtingumo priežastis visame pasaulyje. Dauguma vyresnių nei 60 metų žmonių serga hipertenzija. Pagrindinis tikslas gydant ir kontroliuojant hipertenzija yra sumažinti didėjančią kraujospūdį iki saugesnio lygio, siekiant užkirsti kelią tolesniems hipertenziniams pažeidimams arba juos apriboti, kartu išvengiant susijusių komplikacijų. Hipertenzijos gydymas ir kontrolė apsaugo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mirties. Nepaisant skiriamo veiksmingo gydymo, pacientai dažnai linkę nesilaikyti arba prastai laikytis gydymo nurodymų. Pacientų, tinkamai nesilaikančių medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo, rezultatus galima pagerinti tik tuo atveju, jei į gydymo procesą bus įtrauktas ir pats pacientas. Nėra apibrėžto asmenybės profilio, kuriuo būtų nusakoma, žmogus laikysis ar nesilaikys gydymo nurodymų. Kita vertus, nesilaikymas yra sunkiai nuspėjamas elgesys, o sveikatos specialistų išsakytas požiūris nenusako tikrosios padėties. Tai lemia asmeninės charakteristikos, žinios apie ligą, socialinė aplinka, sveikatos priežiūros specialistų kompetencija. Pacientams reikia sveikatos specialistų patarimų, palaikymo ir informacijos, kad jie suprastų, kaip prižiūrėti savo sveikatą. Tam reikalingi išsamesni tyrimai, kurie būtų orientuoti ne tik į klinikinį kontekstą, bet ir į asmeninius žmogaus bruožus, kurie gali daryti įtaką gydymo procesui. Dalintis šia atsakomybe su sveikatos priežiūros specialistais yra būtina. Tiesiogiai reikia atlikti tyrimus, kad būtų užpildytos žinių spragos. Apibendrinant galima teigti, kad supratimas apie psichologinius veiksnius gali būti svarbu pacientams, norintiems kontroliuoti kraujospūdį. Literatūroje neradau tyrimų, kuriuose būtų tiriami visi trys konstruktai kartu: gydymo nurodymų laikymasis, ciniškas nepasitikėjimas ir požiūris į savo ligą, tad šiuo tyrimu nusprendžiau apžvelgti šiuos konstruktus ir patyrinėti jų sąsajas.

Tyrimo tikslas: nustatyti 50-75 metų amžiaus sergančiųjų hipertenzija gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas.

Tyrimo tikslui įgyvendinti išskelti tokie **uždaviniai**:

1. Įvertinti sergančiųjų hipertenzija gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas.
2. Įvertinti gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas su sociodemografiniais veiksniais, lytimi bei amžiumi.
3. Įvertinti gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas su kitais sveikatos veiksniais.
4. Nustatyti sergančiųjų hipertenzija gydymo nurodymų – atskirai medikamentinio ir nemedikamentinio - laikymąsi prognozuojančius veiksnius.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo 91 respondentas, tačiau 78 iš jų turi hipertenziją, todėl tyrimo duomenų analizė atliekama tik hipertenzija sergančių tiriamųjų imtyje. Pagrindinės tyrimo dalyvavusių respondentų demografinės ir socialinės charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. Tyrimo dalyviai ir jų aprašomoji charakteristika

Demografiniai duomenys		N	Proc.
Lytis	Vyras	57	73,1
	Moteris	21	26,9
Užimtumas	Dirbantys	38	48,7
	Nedirbantys	40	51,3
Šeimyninė padėtis	Vieniši	37	47,4
	Nevieniši	41	52,6
Amžius	50-65 m;	47	58,2
	66-75 m;	31	41,8
Lėtinės ligos	Turi	57	73,1
	Neturi	21	26,9
Žalingi įpročiai	Turi	20	25,6
	Neturi	58	74,4
Jūsų finansinė padėtis	Gera	60	76,9
	Prasta	18	23,1
Ar turite vaikų?	Taip	67	85,9
	Ne	11	14,1

Darbe naudojami 78 hipertenzija sergančių vyresnio amžiaus žmonių duomenys, kurie buvo gauti apklausus dalyvius internetinės apklausos pagalba. Iš viso apklausoje dalyvavo 91 vyrai ir moterys, turinys hipertenziją ir (arba) kurią kitą lėtinę ligą. Tačiau iš jų 13 žmonių neturėjo hipertenzijos ir sirgo kitomis ligomis, todėl jų duomenys į analizę buvo neįtraukti. Tiriamųjų 78 asmenų amžiaus vidurkis buvo 64.28 (SD = 8,989). Pagrindinės tyrime dalyvavusių respondentų demografinės ir socialinės charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje. Remiantis pateiktais statistiniais duomenimis matome, kad 73,1 proc. tiriamųjų buvo vyrai. Tyrime dalyvavo 48,7 proc. dirbančių respondentų ir 51,3 proc. nedirbantys. 47,4 proc. tiriamųjų yra vieniši asmenys. Pagal PSO amžius skirstomos į tokias grupes: 1) 25-44 metai, 2) 44-60 metai, 3) 60-75 metai, 4) 75-90 metai, tačiau vyresnių nei 75 metų respondentų tyrime nebuvo, todėl respondentai pagal amžių sudarė dvi grupes: pirmojoje 50-65 metų grupėje buvo 47 (58,2 proc.) respondentai, o antrąją 66-75 metų grupę sudarė 31 (41,8 proc.) respondentas. Sergančių hipertenzija buvo 78 respondentai (85,6 proc.). Atliekant statistinę tyrimo duomenų analizę analizuojami hipertenzija sergančių tiriamųjų duomenys.

2.2. Tyrime naudoti instrumentai

- Gydomo nurodymų laikymosi vertinimas – savistata grįstas sergantiesiems būdingo gydymo nurodymų laikymosi klausimynas;
- Ciniškas nepasitikėjimas - priešiško skalė yra sudaryta iš Minesotos daugiaprofilinio asmenybės klausimyno;
- Sergančiojo kognityviniai veiksniai – ligos suvokimo aspektus bei įsitikinimus apie gydymą vertinančios skalės ir klausimai;
- Sociodemografinė anketa bei faktinė informacija apie sveikatos būklę ir gydymo ypatumus.

2 lentelė. Skalių patikimumo vertinimas

Subskalės	M	SD	Cronbach alfa
Nemedikamentinio gydymo skalė	1,58	0,83	0,887
Medikamentinio gydymo skalė	2,81	0,90	0,713
Ciniško nepasitikėjimo skalė	2,34	0,69	0,820
Ligos suvokimo skalė	3,48	0,63	0,817
Netyčinis vaistų neįvertinimas	1,93	0,78	0,884
Tyčinis vaistų neįvertinimas	2,56	0,67	0,745
Savo būklės stebėjimas	2,63	0,72	0,822
Fizinis aktyvumas	2,45	0,83	0,834
Mitybos įpročiai	2,89	0,68	0,844

Pastaba: M - vidurkis, SD - standartinis nuokrypis.

Remiantis atliktais statistiniais skaičiavimais bei klausimyno patikimumo vertinimu nustatyta, kad skalių vidurkiai svyruoja nuo 1,58 iki 3,48. Taip pat visos skalės pasižymi priimtinais Cronbach alfa rodiklio reikšmėmis.

Medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi skalę sudaro subskalės: netyčinis vaistų neįvertinimas, tyčinis vaistų neįvertinimas. Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi skalę sudaro subskalės: savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas bei mitybos įpročiai. Minėtų subskalių patikimumo vertinimas pateikiamas 1 lentelėje.

Remiantis atliktais statistiniais skaičiavimais bei klausimyno patikimumo vertinimu nustatyta, kad gydymo nurodymo laikymosi subskalių vidurkiai svyruoja nuo 1,93 iki 2,89. Taip pat visos subskalės pasižymi priimtinais Cronbach alfa rodiklio reikšmėmis.

1. *Medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis* vertintas dr. Olgos Zamalijevos parengtu 24 teiginių Gydymo nurodymų laikymosi klausimynu (Zamalijeva, 2016). *Medikamentinį GNL*, tai yra vaistų vartojimą, apibūdinančius teiginius tiriamieji vertina 4 balų Likert tipo skale, kai 1 – „niekada“, o 4 – „visada“; savo būklės stebėjimą ir mitybą apibūdinančius teiginius tiriamieji vertina 5 balų Likert tipo skale, kai 1 – „tikrai ne“, o 5 – „tikrai taip“. Tiriamųjų fizinio aktyvumo lygiui įvertinti naudojama tiek 5 balų Likert tipo skalė, tiek klausimai su 5 alternatyviais atsakymų variantais. Cronbach alfa koeficientai rodo, kad gydymo nurodymų laikymąsi aprašančių 5 subskalių vidinio suderinamumo rodikliai pakankami arba geri (Zamalijeva 2016). Gydymo nurodymų laikymosi faktorių vidinio suderinamumo rodikliai (Cronbach alfa) svyruoja nuo 0,67 iki 0,83. Pirmais dviem faktoriais apibūdinamas tiriamiesiems būdingas vaistų vartojimas. Vieno faktoriaus teiginiais aprašomas sergančiajam būdingas netinkamas vaistų vartojimo dažnis, kuomet sergantysis iš anksto nesuplanavęs, pamiršęs arba susiklosčius aplinkybėms, neišgeria jam skirtų vaistų (pavyzdžiui, „Pasitaiko, kad pamirštu laiku išgerti vaistus“) – *netyčinis vaistų nevartojimas*. Kito faktoriaus teiginiais apibūdinamas netinkamo vaistų vartojimo dažnis, kuomet sergantysis sąmoningai ir apgalvotai keičia gydytojo nurodytą vaistų kiekį arba nutraukia vaistų vartojimą (pavyzdžiui, „Kuomet pasijuntu geriau, nutraukiu vaistų vartojimą“) – *tyčinis vaistų nevartojimas* (Zamalijeva 2016). Duomenų analizei naudojami ir atskirų poskalių įverčiai (tyčinis ir netyčinis vaistų nevartojimas), ir suminis įvertis (medikamentinis GNL), kur didesnis įvertis rodo labiau išreikštą gydymo nurodymų nesilaikymą. Vidinio suderinamumo rodiklis yra geras, Cronbach alfa yra 0,713. Atskirų skalių vidinio suderinamumo rodikliai šio tyrimo imčiai pateikiami (2) lentelėje.
2. *Nemedikamentinį GNL* sudaro su vaistų vartojimu nesusiję likę teiginiai, skirstomi į 3 atskirus faktorius (poskales). Vieno iš faktorių teiginiai skirti apibūdinti sergančiųjų savo *sveikatos stebėjimo* reguliarumą pavyzdžiui, „Nuolatos stebiu savo būseną matuodamas (-a) gliukozės kiekį kraujyje / kraujospūdį), kito faktoriaus teiginiais apibūdinamas tiriamiesiems būdingas *fizinis aktyvumas* (pavyzdžiui, „Reguliariai sportuoju / atlieku fizinio aktyvumo pratimus“) ir paskutiniuoju, *mitybos įpročiai*, tai yra, kiek sergantysis riboja vartojamo maisto kalingumą, atsižvelgiama į riebalų, druskos, kalio ir cukraus kiekį maiste (pavyzdžiui, „Vartoju liesus maisto produktus“). Be gydymo nurodymų laikymosi klausimyno, tyrimo pradžioje tiriamųjų prašoma įvertinti, kiek, jų nuomone, jie laikosi gydymo nurodymų, pasirenkant vieną iš trijų galimų atsakymų variantų: „nesilaikau“, „laikaisi iš dalies“, „laikaisi visų“ (Zamalijeva, 2016). Aukštesni nemedikamentinio GNL įverčiai rodo, kad

žmogus geriau laikosi nemedikamentinio gydymo. Gydymo nurodymų laikymosi klausimyno teiginiai ir klausimai pateikiami 3 ir 4 priede. Duomenų analizei naudojami ir atskirų poskalių įverčiai (savo būklės stebėjimas, fizinis aktyvumas, mityba), ir suminis įvertis (nemedikamentinis GNL), kur didesnis įvertis rodo labiau išreikštą nemedikamentinių gydymo nurodymų laikymąsi. Vidinio suderinamumo rodiklis yra geras, Cronbach alfa yra 0,887. Atskirų skalių vidinio suderinamumo rodikliai šio tyrimo imčiai pateikiami (2) lentelėje.

3. *Ciniško nepasitikėjimo skalė*. Ciniškas nepasitikėjimas vertinamas naudojant CDS (angl. Cynical Dystrust Scale (Cook & Medley, 1954). Šios skalės teiginiai yra atrinkti faktorių analizės būdu iš Cook-Medley priešiško skalės (angl. Cook-Medley Hostility Scale) (Cook, Medley 1954). Cook – Medley priešiško skalė yra sudaryta iš Minesotos daugiaprofilinio asmenybės klausimyno (angl. Minnesota Multiphasic Personality Inventory, santr. MMPI (Schiele, Baker, Hathaway 1943). Skalę į lietuvių kalbą išvertė J. Lukoševičiūtė ir K. Šmigelskas. (2018). Ciniško nepasitikėjimo skalę (angl. Cynical Distrast Scale) sudaro 8 teiginiai. Jais vertinamas asmens požiūris į aplinkinius asmenis ir santykius tarp žmonių. Skalėje esantys teiginiai atskleidžia įsitikinimus apie pasitikėjimą kitais asmenimis, naudos siekimą, sąžiningumą ir pan. (Lukoševičiūtė, Šmigelskas 2018). Skalėje naudojama Likerto skalė, pagal kurią kiekvienas teiginys vertinamas nuo 0 („visiškai nesutinku“) iki 3 („visiškai sutinku“) balų. Balų suminė minimali reikšmė gali varijuoti nuo 0 iki 24 balų (Julkunen, Salonen, Kaplan, Chesney & Salonen 1994). Bendras skalės balas yra apskaičiuojamas sumuojant atsakymų balus, kur didesnė suma rodo stipriau išreikštą cinišką nepasitikėjimą. CDS skalė neturi subskalių. Aukštesnis ciniško nepasitikėjimo įvertis rodo, kad žmogus linkęs labiau nepasitikėti. Skalės skirstinio normalumas ir validumas yra patvirtintas ankstesniuose tyrimuose, o vidinio suderinamumo rodiklis yra geras, Cronbach alfa yra 0,82. Visi ciniško nepasitikėjimo klausimyne naudoti teiginiai pateikiami 5 priede. Didesnis šios skalės įvertis rodo labiau išreikštą cinišką nepasitikėjimą, priešišumą.
4. *Ligos suvokimo klausimynas*. Siekiant įvertinti sergančiųjų požiūrį į savo ligą, buvo naudojamas O. Zamalijevos parengtas 11 teiginių klausimynas. Ligos suvokimo klausimyno teiginiai, atspindi tokius aspektus kaip suvokiama galimybė kontroliuoti ligą ir jos simptomus (pavyzdžiui, „Mano ligos simptomai gali būti kontroliuojami“), suvokiama ligos keliami rizika sveikatai (pavyzdžiui, „Mano liga gali sukelti pavojingas komplikacijas“) ir tiesiogiai su sveikata nesusiję ligos padariniai (pavyzdžiui, „Mano liga riboja mano galimybes“). Kiekvienas teiginys vertinamas 5 balų Likert tipo skale, kai 1 – „visiškai nesutinku“, o 5 – „visiškai sutinku“. Šiame klausimyne yra keletas teiginių, kuriuos prieš skaičiuojant suminį

įvertį reikia apversti („Lyginant su kitomis lėtinėmis ligomis, mano liga nėra sunki” ir „Mano ligos eiga yra neprognozuojama”). Aukštesni ligos suvokimo įverčiai rodo, kad žmogus ligą suvokia kaip labiau kontroliuojamą, keliančią didesnę riziką sveikatai arba daugiau sunkumų. Vidinio suderinamumo rodiklis yra geras, Cronbach alfa yra 0,817. Visi ligos suvokimo klausimyne naudoti teiginiai pateikiami 6 priede.

5. *Kiti tyrime vertinti kintamieji*: sociodemografinius klausimus sudaro 7 klausimai, kurie apima tokius sociodemografinius kintamuosius kaip: amžius, lytis, gyvenamoji vieta, darbinis statusas, šeiminė padėtis, išsilavinimas, subjektyviai vertinama finansinė padėtis (žr. 1 priedą). Informacija apie sveikatos būklę apima informaciją apie tai, kokiomis lėtinėmis ligomis sergama ir prieš kiek laiko buvo diagnozuota. Taip pat tiriamųjų buvo prašoma įvertinti savo sveikatos būklę. Subjektyvus sergančiųjų sveikatos būklės vertinimas buvo atliekamas naudojant 10 balų skalę, kai 1 – „labai prasta“, o 10 – „puiki“. Siekiant įvertinti sergančiojo gydymo ypatumus, tiriamųjų buvo prašoma nurodyti, kiek skirtingų vaistų rūšių vartoja kasdien, kiek kartų per dieną turi išgerti paskirtus vaistus ir kaip dažnai pasireiškia vartojamų vaistų šalutinis poveikis (žr. 2 priedą). Šalutinio poveikio dažnumą tiriamieji vertino naudodami 4 balų Likert tipo skalę, kai 1 – „niekada“, o 4 – „visada“. Šie teiginiai analizuojami atskirai, jiems vidinis suderinamumas neskaičiuojamas. Sociodemografiniai klausimai bei klausimai apie sveikatos būklę ir gydymo ypatumus pateikiami 1 ir 2 prieduose.

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimui įvykdyti buvo naudojama elektroninė apklausos versija, sukurta apklausa.lt internetinėje svetainėje. Nuo 2021 gruodžio 10 d. iki š.m. sausio 10 d. buvo renkami duomenys. Elektroninė anketa buvo platinama į elektroninę apklausą gydytojų pagalba, o taip pat per sergančiųjų draugijas. Laiške būsimi tyrimo dalyviai buvo supažindinami su tyrimo tikslu, turiniu bei užtikrinamas atsakymų bei asmens duomenų konfidencialumas.

2.4. Duomenų analizės metodai

Atliekant statistinę analizę, kiekvienos kiekybinių duomenų eilutės normalumas buvo tikrinamas naudojant Kolmogorovo - Smirnov testą. Dviejų požymių nepriklausomumo sąsajos buvo tikrinamos naudojant χ^2 (Chi kvadrato) kriterijų. Statistiniai ryšiai tarp pasirinktų kintamųjų buvo nustatomi taikant parametrinę Pearson'o koreliaciją. Koreliacija yra suprantama kaip ryšys tarp kintamųjų, kuris įvertinamas taikant dviejų kintamųjų tiesinę priklausomybę tiriančią skaitinę charakteristiką, vadinamą koreliacijos koeficientu. Koreliacijos koeficiento reikšmės kinta nuo -1 iki 1. Įgyjamos absoliučios koreliacijos koeficiento reikšmės parodo ryšio stiprumą (1 lentelė), o ženklas nurodo ryšio pobūdį - neigiamas ar teigiamas ryšys yra tarp kintamųjų. Kai ryšys teigiamas ($r > 0$), didėjant vieno požymio reikšmėms, kito požymio reikšmės taip pat didėja. Kai ryšys neigiamas ($r < 0$), didėjant vieno kintamojo reikšmėms, kito reikšmės mažėja (Daunys, Dučinskas, 2007).

3 lentelė. Ryšio pobūdžio ir stiprumo vertinimas pagal įgyjamas koreliacijos koeficiento vertes

Koreliacijos koeficiento reikšmių intervalas	Ryšio pobūdžio ir stiprumo vertinimas
(0,9; 1,0] arba (-0,9; -1,0]	Labai stiprus teigiamas (neigiamas) ryšys
(0,7; 0,9] arba (-0,7; -0,9]	Stiprus teigiamas (neigiamas) ryšys
(0,5; 0,7] arba (-0,5; -0,7]	Vidutinio stiprumo teigiamas (neigiamas) ryšys
(0,3; 0,5] arba (-0,3; -0,5]	Silpnas teigiamas (neigiamas) ryšys
[-0,3; 0,3]	Labai silpnas ryšys arba ryšio tarp kintamųjų nėra

Daugialypės tiesinės regresijos analizė buvo atlikta norint išsiaiškinti kaip tyrime analizuoti nepriklausomi kintamieji buvo susiję su medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymuisi. Sudaryto regresinio modelio tinkamumas buvo vertinamas determinacijos koeficientu (R^2). Rezultatai analizuoti remiantis standartizuotu beta koeficientu (β_s), kuris leido spręsti apie kintamųjų svarbą sudarytame modelyje; taip pat rezultatuose buvo pateikiami nestandartizuoti beta koeficientai (β), leidžiantys įvertinti prognozuojamo veiksnio pokytį, susijusį su modelyje esančiais nepriklausomais kintamaisiais.

Duomenų matematinei analizei naudotas IBM SPSS Statistic 23.0 programinis paketas. Statistinėms išvadoms formuluoti naudotas reikšmingumo lygmuo $p = 0,05$.

3. REZULTATAI

3.1. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos

Statistinės analizės rezultatai parodė, kad tarp medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ir požiūrio į savo ligą yra neigiamas statistiškai reikšmingas ryšys, nurodantis, jog didėjant medikamentinių gydymo nurodymų laikymosi normoms, požiūrio į savo ligą reikšmė patikimai didėja. Tai reiškia, kuo žmogus geriau suvokia savo ligą, tuo jis reguliariau vartoja vaistus (žr. 4 lentelę).

4 lentelė.

	1	2	3	4	5
1. Medikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	-				
2. Nemedikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	- 0,089	-			
3. Ciniškas nepasitikėjimas	0,189	0,073	-		
4. Požiūris į savo ligą	- 0,366**	-0,081	0,060	-	
5. Hipertenzijos trukmė	-0,035	0,204	-0,147	-0,055	-

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Koreliacinės analizės rezultatai parodė, kad tarp netyčinio vaistų nevartojimo ir tyčinio vaistų nevartojimo bei fizinio aktyvumo susidarė reikšmingi, teigiami statistiniai ryšiai, kas suponuoja, jog didėjant netyčiniam vaistų nevartojimo dažniui, reikšmingai padidėja respondentų tyčinis vaistų nevartojimas bei fizinis aktyvumas. Taip pat nustatytos teigiamos, statistiškai reikšmingos fizinio aktyvumo sąsajos su tyčiniu vaistų nevartojimu ir savo būklės stebėjimu bei savo būklės stebėjimo ryšys su mitybos įpročiais, kas nurodo, jog didėjant fiziniam aktyvumui/mitybos įpročiams, su jais reikšmingai sąveikaujančių veiksnių vertės patikimai padidėja (žr. 5 lentelę).

5 lentelė.

	1	2	3	4	5
1. Netyčinis vaistų nevartojimas	-				
2. Tyčinis vaistų nevartojimas	0,792**	-			
3. Savo būklės stebėjimas	0,219	0,030	-		
4. Fizinis aktyvumas	0,560**	0,349**	0,590**	-	
5. Mitybos įpročiai	-0,166	-0,106	0,377**	0,271*	-

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.2. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos su demografiniais rodikliais

Šiame darbo poskyryje atliekama statistinė analizė įvertinant gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą suminių įverčių palyginimą pagal socialinius – demografinius tiriamųjų požymius. Tyrimui pasirinkti demografiniai – socialiniai požymiai: lytis, amžius, šeiminė padėtis, užimtumas. Pirmiausia darbe analizuojami suminiai skalių įverčiai pagal tiriamųjų lytį (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Suminių skalių įverčių ir respondentų lyties ryšys

Skalės	Vyrai	Moterys	Chi kvadrato kriterijus
Medikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	15,89	17,33	$\chi^2 = 31,59$ p = 0,008
Nemedikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	31,49	29,38	$\chi^2 = 23,3$ p = 0,210
Ciniškas nepasitikėjimas	19,08	19,66	$\chi^2 = 39,31$ p = 0,001
Požiūris į savo ligą	54,8	53,04	$\chi^2 = 24,71$ p = 0,042

Pastaba: statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Analizuojant tiriamų skalių suminių įverčių pasiskirstymą pagal respondentų lytį nustatyta, jog medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi moterų įverčiai yra aukštesni nei vyrų. Daroma prielaida, kad moterys yra linkusios labiau nesilaikyti medikamentinio gydymo nurodymų. Vertinant nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi rezultatus, vyrų suminiai įverčiai nebuvo statistiškai reikšmingi lyginant vyrus ir moteris (žr. 6 lentelę).

Moterų ciniško nepasitikėjimo įverčiai yra nežymiai aukštesni nei vyrų. Tačiau požiūrio į savo ligą skalės vyrų įverčiai yra didesni nei moterų. Galima daryti prielaidą, kad moterys labiau linkusios nepasitikėti, o vyrų suvokimas apie savo ligą yra geresnis.

Statistinės analizės rezultatai parodė, kad medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą vertinimo balai reikšmingai kito priklausomai nuo lyties (visais atvejais $p < 0,05$), tuo tarpu nemedikamentinio gydymo nurodymo laikymosi įverčiai tarp tyrime dalyvavusių vyrų ir moterų buvo patikimai panašūs ($p = 0,210$) (žr. 6 lentelę).

Toliau darbe analizuojami gydymo nurodymų laikymosi subskalių įverčiai pagal tiriamųjų lytį (žr. 7 lentelę). Remiantis atliktais skaičiavimais nustatyta, kad moterų aukštesni svertiniai įverčiai netyčinio vaistų nevartojimo. Tokie rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad moterys dažniau nei vyrai

pamiršta vartoti vaistus. Vyrai labiau nei moterys linkę stebėti savo būklę, yra labiau fiziškai aktyvesni. Atlikus statistinę analizę paaiškėjo, kad netyčinio vaistų nevartojimo, savo būklės stebėjimo bei fizinio aktyvumo įverčiai patikimai kito priklausomai nuo respondentų lyties (visais atvejais $p < 0,05$), tačiau tyčinio vaistų nevartojimo bei mitybos įpročių vertinimo balai tarp apklaustų vyrų ir moterų reikšmingai nesiskyrė tarpusavyje (abiems atvejais $p > 0,05$) (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Suminių subskalių įverčių ir respondentų lyties ryšys

Subskalės	Vyrai	Moterys	Chi kvadrato kriterijus
Netyčinis vaistų nevartojimas	10,66	11,61	$\chi^2 = 23,24$ p = 0,014
Tyčinis vaistų nevartojimas	7,38	7,42	$\chi^2 = 11,37$ p = 0,096
Savo būklės stebėjimas	5,66	5,52	$\chi^2 = 6,69$ p = 0,049
Fizinis aktyvumas	9,08	8,14	$\chi^2 = 10,24$ p = 0,025
Mitybos įpročiai	22,92	21,23	$\chi^2 = 27,04$ p = 0,117

Pastaba: statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Toliau darbe analizuojami suminiai skalių įverčiai pagal tiriamųjų amžių (žr. 8 lentelę).

8 lentelė. Suminių skalių įverčių ir respondentų amžiaus ryšys

Skalės	50-65 m.	66-75 m.	Chi kvadrato kriterijus
Medikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	17,13	14,95	$\chi^2 = 20,67$ p = 0,059
Nemedikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	30,29	32,69	$\chi^2 = 16,14$ p = 0,050
Ciniškas nepasitikėjimas	18,56	19,60	$\chi^2 = 17,69$ p = 0,175
Požiūris į savo ligą	51,78	56,60	$\chi^2 = 31,23$ p = 0,055

66 - 75 metų amžiaus respondentai pasižymi žemesniais medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi įverčiais, kas leidžia daryti prielaidą, kad šios amžiaus grupės dalyviai geriau laikosi medikamentinio gydymo nei 50 - 65 metų amžiaus žmonės. Tokius rezultatus gali lemti, jog vyresnio amžiaus žmonės atsakingiau žiūri į savo ligą, taip pat tai mažiau darbingo amžiaus grupė, todėl jie turi daugiau savo sveikatai skiriamo laiko. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad 66 - 75 metų amžiaus

grupės respondentai geriau laikosi ir nemedikamentinio gydymo nurodymų. Taip pat 66-75 metų amžiaus grupės respondentų ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą įverčiai yra aukštesni nei 50-65 metų amžiaus grupės respondentų. Statistiškai apdorojus tyrimo duomenis nustatyta, kad amžiaus grupės poveikis visiems analizuotiems skalės kintamiesiems nebuvo reikšmingas (visais atvejais $p > 0,05$) reikšmingų statistinių skirtumų nebuvo nustatyta (žr. 6 lentelę). Taip galėjo nutikti, nes lyginamos viena nuo kitos nedaug nutolusios amžiaus grupės. Tačiau galima daryti prielaidą, kad kuo didesnis žmogaus amžius tuo jis atsakingiau prižiūri savo sveikatą nors ir mažiau pasitikėdamas.

Toliau darbe analizuojami gydymo nurodymų laikymosi subskalių bei respondentų amžiaus sąsajos (žr. 9 lentelę).

9 lentelė. Suminių subskalių įverčių ir respondentų amžiaus ryšys

Subskalės	50-65 m.	66-75 m.	Chi kvadrato kriterijus
Netyčinis vaistų neavartojimas	11,67	9,91	$\chi^2 = 12,66$ p = 0,033
Tyčinis vaistų neavartojimas	7,67	6,95	$\chi^2 = 6,01$ p = 0,048
Savo būklės stebėjimas	5,59	5,96	$\chi^2 = 7,95$ p = 0,037
Fizinis aktyvumas	8,91	8,95	$\chi^2 = 9,16$ p = 0,083
Mitybos įpročiai	22,08	23,56	$\chi^2 = 22,78$ p = 0,051

Pastaba: statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Galima pastebėti, kad 50-65 metų amžiaus grupės respondentai dažniau pasižymi netyčiniu vaistų neavartojimu. Tačiau 66-75 metų amžiaus grupės tiriamieji labiau rūpinasi mitybos įpročiais, atsižvelgiant į savo sveikatos būklę. Statistinės analizės rezultatai parodė, kad skirtingų amžiaus grupių atstovų pasiskirstymas pagal netyčinį vaistų vartojimą, tyčinį vaistų neavartojimą ir savo būklės stebėjimą reikšmingai skyrėsi tarpusavyje (visais atvejais $p < 0,05$), tačiau fizinio aktyvumo ir mitybos įpročiai tarp apklaustų vyrų ir moterų buvo patikimai panašūs (abiem atvejais $p > 0,05$).

Toliau darbe analizuojamos skalių įverčių ir tiriamųjų šeiminių padėties sąsajos (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. Suminių skalių įverčių ir respondentų šeiminių padėties ryšys

Skalės	Nevieniši	Vieniši	Chi kvadrato kriterijus
Medikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	16,62	15,97	$\chi^2 = 20,13$ p = 0,008
Nemedikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	29,97	31,78	$\chi^2 = 26,60$ p = 0,033
Ciniškas nepasitikėjimas	20,18	18,39	$\chi^2 = 12,30$ p = 0,002
Požiūris į savo ligą	56,72	52,17	$\chi^2 = 38,29$ p = 0,008

Pastaba: statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Tyrimo metu nustatyta, kad vieniši tyrime dalyvavę žmonės statistiškai patikimai geriau laikėsi medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų bei pasižymėjo mažesniu cinišku nepasitikėjimu ir požiūriu į savo ligą (visais atvejais $p < 0,05$), tuo tarpu nevieniši respondentai turėjo stipriau išreikštą požiūrį į savo ligą ($p = 0,033$) (žr. 10 lentelę).

Remiantis atliktais statistiniais skaičiavimais nustatyta, jog nevienišų asmenų netyčinio vaistų neįvartojimo ir tyčinio vaistų neįvartojimo, fizinio aktyvumo subskalių įverčiai yra aukštesni nei vienišų tiriamųjų (visais atvejais $p < 0,05$). Kaip bebūtų tyčinis vaistų neįvartojimas nebuvo statistiškai reikšmingas lyginant vienišus ir įsipareigojusius asmenis. Galima daryti prielaidą, kad įsipareigoję asmenys linkę pamiršti arba apskritai neišgerti jiems skirtų medikamentų ir tik iš dalies laikytis nemedikamentinio gydymo. Tuo tarpu vieniši geriau geba laikytis medikamentinio gydymo bei prižiūrėti savo sveikatą nemedikamentiniu būdu (žr. 11 lentelę).

11 lentelė. Suminių subskalių įverčių ir respondentų šeiminių padėties ryšys

Subskalės	Nevieniši	Vieniši	Chi kvadrato kriterijus
Netyčinis vaistų neįvartojimas	10,94	10,90	$\chi^2 = 13,48$ p = 0,012
Tyčinis vaistų neįvartojimas	7,70	7,12	$\chi^2 = 12,18$ p = 0,099
Savo būklės stebėjimas	5,54	5,70	$\chi^2 = 5,93$ p = 0,037
Fizinis aktyvumas	8,89	8,78	$\chi^2 = 10,97$ p = 0,006

Mitybos įpročiai	21,56	23,29	$\chi^2 = 21,40$ p = 0,011
------------------	-------	-------	--------------------------------------

Pastaba: statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Toliau darbe analizuojami suminiai skalių įverčiai ir ryšys su tiriamųjų užimtumu (žr. 12 lentelę).

12 lentelė. Suminių skalių įverčių ir respondentų užimtumo ryšys

Skalės	Dirbantys	Nedirbantys	Chi kvadrato kriterijus
Medikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	15,31	17,2	$\chi^2 = 27,14$ p = 0,009
Nemedikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	30,68	31,15	$\chi^2 = 23,76$ p = 0,014
Ciniškas nepasitikėjimas	20,13	18,4	$\chi^2 = 17,06$ p = 0,006
Požiūris į savo ligą	57,18	51,62	$\chi^2 = 48,58$ p = 0,001

Pastaba: statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Pateikti statistiniai skaičiavimai atskleidė, kad nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai pagal respondentų užimtumą. Nedirbantys asmenys pasižymi patikimai aukštesniu medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi įverčiu, reiškia, kad nedirbantys linkę prasčiau laikytis medikamentinio ir geriau laikytis nemedikamentinio gydymo. Tačiau dirbantys asmenys pasižymi aukštesniu ciniško nepasitikėjimo rodikliu bei požiūriu į savo ligą (visais atvejais $p < 0,05$) (žr. 12 lentelę).

13 lentelė. Suminių subskalių įverčių ir respondentų užimtumo ryšys

Subskalės	Dirbantys	Nedirbantys	Chi kvadrato kriterijus
Netyčinis vaistų nevartojimas	10,26	11,55	$\chi^2 = 17,40$ p=0,051
Tyčinis vaistų nevartojimas	6,86	7,90	$\chi^2 = 17,22$ p = 0,014
Savo būklės stebėjimas	5,55	5,70	$\chi^2 = 11,40$ p = 0,004
Fizinis aktyvumas	8,60	9,05	$\chi^2 = 4,74$ p = 0,006
Mitybos įpročiai	22,26	22,67	$\chi^2 = 20,32$ p = 0,001

Pastaba: statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Atlikus statistinę analizę nustatyta, kad nedirbantys asmenys pasižymi statistiškai reikšmingai aukštesniais vertinimais visose gydytojų nurodymų laikymosi subskalėse (visais atvejais $p < 0,05$) išskyrus netyčinį vaistų neįvertinimą ($p = 0,051$) (žr. 13 lentelę). Galima daryti prielaidą, kad nedirbantys asmenys turi galimybę daugiau dėmesio skirti sveikatos būklės stebėjimui, fizinio aktyvumo veiklai bei mitybos įpročių koregavimui, tačiau prasčiau laikosi medikamentų vartojimo.

3.3. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos su kitais sveikatos veiksniais

Šiame darbo poskyryje pateikiamos gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos su lėtinėmis ligomis. Analizuojant pateiktus tyrimo rezultatus nustatyta, kad tarp visų analizuojamų konstrukčių ir lėtinių ligų yra statistiškai reikšmingas ryšys (visais atvejais $p < 0,05$) (žr. 14 lentelę). Asmenys, kurie neturi gretutinių lėtinių ligų pasižymėjo aukštesniais vertinimais medikamentinio gydymo, nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ir ciniško nepasitikėjimo konstruktuose. Tyrimo rezultatai rodo, jog tiriamųjų, kurie turi lėtinių ligų požiūris į savo ligą suminiai įverčiai buvo aukštesni nei neturinčių lėtinių ligų. Apibendrinant tyrimo rezultatų analizę galima teigti, kad turintys gretutinių lėtinių ligų geriau laikosi medikamentinio bei nemedikamentinio gydymo nurodymų nei neturintys lėtinių ligų tiriamieji. Taip pat linkę labiau pasitikėti bei geriau suvokia savo ligą.

14 lentelė. Suminių skalių įverčių ir gretutinių lėtinių ligų ryšys

Skalės	Neturi	Turi	Chi kvadrato kriterijus
Medikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	18,80	15,35	$\chi^2 = 31,71$ p = 0,002
Nemedikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	31,33	30,77	$\chi^2 = 21,39$ p = 0,014
Ciniškas nepasitikėjimas	19,80	19,03	$\chi^2 = 16,26$ p = 0,003
Požiūris į savo ligą	47,09	57,0	$\chi^2 = 48,35$ p = 0,002

Pastaba: statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Apskaičiavus suminius subskalių įverčius nustatyta, kad tiriamieji, kurie neturi kitų lėtinių ligų pasižymi statistiškai reikšmingai aukštesniais visų subskalių vertinimo rodikliais (visais atvejais $p < 0,05$) (žr. 15 lentelę). Galima daryti prielaidą, kad neturintys lėtinių ligų dažniau pamiršta vartoti vaistus, tačiau yra fiziškai aktyvesni ir reguliuoja mitybą.

15 lentelė. Suminių subskalių įverčių ir lėtinių ligų ryšys

Subskalės	Neturi	Turi	Chi kvadrato kriterijus
Netyčinis vaistų nevartojimas	12,71	10,26	$\chi^2 = 20,19$ p = 0,033
Tyčinis vaistų nevartojimas	8,61	6,94	$\chi^2 = 15,36$ p = 0,060
Savo būklės stebėjimas	5,66	5,61	$\chi^2 = 8,20$ p = 0,004
Fizinis aktyvumas	9,66	8,52	$\chi^2 = 15,02$ p = 0,003
Mitybos įpročiai	22,85	22,33	$\chi^2 = 30,14$ p = 0,023

Pastaba: statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Tolimesnės statistinės analizės metu nustatyta, kad vaistų vartojimas per dieną reikšmingai teigiamai koreliuoja su vaistų šalutiniu poveikiu bei skirtingų vaistų vartojimu, todėl galima daryti išvadą, kad didėjant per dieną suvartojamam vaistų kiekiui, reikšmingai padidėja šalutinis vaistų poveikis ir skirtingų vaistų suvartojimas. Taip pat paaiškėjo, kad tarp požiūrio į savo ligą bei vaistų vartojimo per dieną, vaistų šalutinio poveikio ir skirtingų vaistų vartojimo susiformavo teigiami statistiškai reikšmingi ryšiai, nurodantys, kad didėjant požiūrio į savo ligą įverčiui, reikšmingai padidėja ir su juo koreliuojančių kintamųjų vertės (žr. 16 lentelę).

16 lentelė.

	1	2	3	4	5
1. Vaistų vartojimas per dieną	-				
2. Vaistų šalutinis poveikis	0,455**	-			
3. Skirtingų vaistų vartojimas	0,510**	0,154	-		
4. Ciniškas nepasitikėjimas	0,018	0,025	0,050	-	
5. Požiūris į savo ligą	0,439**	0,234*	0,304**	0,060	-

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Atlikus statistinę analizę nustatyta, kad tarp medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ir skirtingų vaistų vartojimo susidarė neigiamas reikšmingas statistinis ryšys, kas suponuoja, jog asmenys, kurie rečiau vartoja skirtingus vaistus, labiau laikosi medikamentinio GNL. Taip pat nustatytos teigiamos reikšmingos sąsajos tarp skirtingų vaistų vartojimo ir vaistų suvartojimo per dieną bei skirtingų vaistų vartojimo per dieną ir vaistų šalutinio poveikio, ko pasekoje galima daryti išvadą, kad padidėjus skirtingų vaistų vartojimui, reikšmingai padidėja ir per dieną suvartojamas vaistų kiekis, o padidėjus kasdien suvartojamam vaistų kiekiui - patikimai išauga ir jų sukeltas šalutinis poveikis (žr. 17 lentelę).

17 lentelė.

	1	2	3	4	5
1. Medikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	-				
2. Nemedikamentinis gydymo nurodymų laikymasis	-0,089	-			
3. Skirtingų vaistų vartojimas	-0,313**	0,044	-		
4. Vaistų vartojimas per dieną	-0,129	-0,118	0,510**	-	
5. Vaistų šalutinis poveikis	0,192	-0,197	0,154	0,455**	-

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.4. Nustatyti sergančiųjų hipertenzija gydymo nurodymų – atskirai medikamentinio ir nemedikamentinio - laikymąsi prognozuojančius veiksnius

Vertinant išskirtų veiksnių poveikį medikamentiniam gydymo nurodymų laikymuisi nustatyta, kad daugialypės regresijos modelis buvo sudarytas tinkamai ($R^2 = 0,30$; $p < 0,001$) (žr. 20 lentelę). Atlikta regresinė analizė atskleidė, kad iš visų potencialių medikamentiniam gydymo nurodymų laikymuisi reikšmės turinčių veiksnių tik požiūrio į savo ligą ($\beta_s = -0,36$), šeimyninės padėties ($\beta_s = -0,30$) ir turimų žalingų įpročių ($\beta_s = 0,23$) reikšmė buvo statistiškai reikšminga, tuo tarpu kitų regresijos modelyje taikytų nepriklausomų kintamųjų prognostinė vertė nebuvo reikšminga (visais atvejais $p > 0,05$) (žr. 18 lentelę).

18 lentelė. Medikamentiniam gydymo nurodymų laikymuisi poveikį darančių veiksnių reikšmingumą aiškinantys daugialypės tiesinės regresijos modeliai (n = 78)

Nepriklausomi kintamieji	Medikamentinį gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai		
	β	β_s	p
	$R^2 = 0,30$; $p = 0,002$		
Ciniškas nepsitikėjimas	0,33	0,21	0,07
Požiūris į savo ligą	-0,20	-0,36	0,01**
Lytis	0,71	0,06	0,61
Amžius	-0,12	-0,20	0,19
Išsilavinimas	1,32	0,22	0,07
Darbinė veikla	0,88	0,08	0,60
Šeimyninė padėtis	-3,21	-0,30	0,048*
Hipertenzijos trukmė	-0,02	-0,05	0,66
Lėtinės ligos	-1,49	-0,12	0,45
Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	-0,06	-0,07	0,53
Asmeninės sveikatos būklės vertinimas	-0,12	-0,04	0,75
Turimi žalingi įpročiai	2,83	0,23	0,04*

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Vertinant nepriklausomų kintamųjų prognostinę vertę tyrime dalyvavusių asmenų nemedikamentiniam gydymo nurodymų laikymuisi nustatyta, kad daugialypės regresijos modelis buvo sudarytas tinkamai ($R^2 = 0,29$; $p < 0,001$) (žr. 21 lentelę). Gauti regresinės analizės rezultatai parodė, kad iš visų potencialių nemedikamentiniam gydymo nurodymų laikymuisi reikšmę turinčių veiksnių tik asmeninės sveikatos būklės vertinimo ($\beta_s = 0,26$) vertė buvo statistiškai reikšminga, o kitų daugialypės regresijos modelyje taikytų nepriklausomų kintamųjų vertė nebuvo reikšminga (visais atvejais $p > 0,05$) (žr. 19 lentelę).

19 lentelė. Nemedikamentiniam gydymo nurodymų laikymuisi poveikį darančių veiksnių reikšmingumą aiškinantys daugialypės tiesinės regresijos modeliai ($n = 78$)

Nepriklausomi kintamieji	Nemedikamentinį gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai		
	β	β_s	p
	$R^2 = 0,29$; $p < 0,001$		
Ciniškas nepasitikėjimas	0,34	0,24	0,06
Požiūris į savo ligą	0,08	0,12	0,43
Lytis	-1,64	-0,11	0,38
Amžius	-0,08	-0,11	0,50
Išsilavinimas	0,90	0,12	0,37
Darbinė veikla	-1,43	-0,11	0,52
Šeiminė padėtis	3,13	0,24	0,15
Lėtinės ligos	1,26	0,08	0,63
Medikamentinio gydymo nurodymų laikymasis	-0,11	-0,09	0,53
Asmeninės sveikatos būklės vertinimas	0,94	0,26	0,047*
Turimi žalingi įpročiai	1,61	0,11	0,39

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Analizuojant mokslinius tyrimus Lietuvoje pasigendama išsamesnių tyrimų, kuriuose būtų atskleidžiamos hipertenzija sergančių vyresnio amžiaus asmenų gydytojų nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo bei požiūrio į savo ligą sąsajos, taip pat atsižvelgiant ir į sociodemografinius požymius.

4.1. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos

Šiame tyrime įvertinus gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas, nustatyta, kad žmonės, kurie mažiau laikosi medikamentinio gydymo nurodymų, savo ligą vertina kaip lengviau kontroliuojamą ir keliančią mažesnę riziką. Didėjant netyčiniam vaistų nevartojimo dažniui, reikšmingai padidėja respondentų tyčinis vaistų nevartojimas ir fizinis aktyvumas, tačiau gerėjant savo būklės stebėjimui ir mitybos įpročiams, taip pat didėja žmogaus fizinis aktyvumas. Be to, bendrai medikamentinis gydymo nurodymų laikymasis susijęs su nemedikamentiniu gydymo nurodymų laikymusi. Atsižvelgiant į kitų mokslininkų tyrimus, bendrai kontroliuojant ligą yra labai svarbu laikytis gydymo nurodymų, apimančių ne tik medikamentinį gydymą (pvz., vaistų vartojimas), bet ir nemedikamentinį (pvz., fizinis aktyvumas, mityba, žalingų įpročių atsisakymas) (Collins, Koplan & Marks 2009). Daugelį lėtinių ligų sukelia arba pablogina rizikingo elgesio veiksniai: blogas gydymo nurodymų laikymasis arba bloga savęs priežiūra apskritai. Žmogus pasirinkęs sveikesnę gyvenimo būdą, gali sumažinti ar užkirsti kelią lėtinei ligai atsirasti ar progresuoti (Collins, Koplan & Marks 2009).

Kitame atliktame tyrime (Zhao ir kt., 2015) vertinant hipertenzija sergančių asmenų situaciją buvo nustatyti tik keli gydymo nurodymų laikymąsi lemiantys veiksniai. Ekonominiai veiksniai, turintys neigiamą poveikį pastovumui, didelės vaistų ir gydymo išlaidos, skurdas, žemesnis socialinis ir ekonominis statusas arba nepakankamas medicininis ligos rimtumo suvokimas. Keletas su sveikatos priežiūros sistemomis susijusių veiksnių taip pat turi neigiamą poveikį gydymo nurodymų laikymuisi, pavyzdžiui, trūkumas paslaugų teikėjų / slaugos prieinamumo, prasti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo ir paciento santykiai. Asimptominis ligos pobūdis, kaip klinikinis pagerėjimas, simptomų išnykimas, geresnė savijauta, sumažėjusi pacientų motyvacija gydytis ir didelis vartojamų vaistų (dozių) skaičius, vaisto veiksmingumo suvokimas turi poveikį medikamentinio gydymo nurodymų laikymuisi (Zhao ir kt., 2015).

Ligos suvokimo svarba nustatyta ir daugelio kitų ligų atveju. Kapteinas ir kolegos (cit pgl. Mahmood, Jalal, Hadi, Khan, Haque&Shah, 2021) nustatė, kad Huntingtono liga sergančių pacientų

suvokimas apie ligą reikšmingai paveikė tiek psichosocialinę, tiek fizinę savijautą. Nustatyta, kad tarp diabetu sergančių asmenų vienas ar keli iš šių ligų suvokimo aspektų yra susiję su savęs priežiūra ir rezultatais (Mahmood et al., 2021). Pvz., a) nustatyta, kad diabetu sergantys asmenys, manantys, kad jų diabetas yra labiau kontroliuojamas, naudojami intensyvesne dieta, sportuoja ir tikrina gliukozės kiekį, o tie, kurie mano, kad jų diabetas yra mažiau kontroliuojamas, yra mažiau tikėtina, kad reguliariai gydysis; b) nustatyta, kad diabetu sergančių asmenų, kurių įsitikinimai dėl diabeto yra blogesni, medžiagų apykaita yra prastesnė; ir c) nustatyta, kad diabetu sergantiems žmonėms, turintiems didesnę suvokiamą ligos darną (supratimą apie diabetą), yra geresnė gyvenimo kokybė. Nustatyta, kad ligos suvokimas skiriasi ir diabetu sergančių asmenų pogrupiuose, atsižvelgiant į įvairius Amerikos Diabeto asociacijos nustatytos modifikuojamos ir nemonifikuojamos diabeto rizikos ypatybes (Mahmood, Jalal, Hadi, Khan, Haque&Shah, 2021).

4.2. Gydomo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos su sociodemografiniais veiksniais, lytimi bei amžiumi

Šiame tyrime įvertinus gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą skirtumus pagal tyrimo dalyvių lytį, nustatyta, kad moterys yra linkusios labiau nesilaikyti medikamentinio gydymo nurodymų, pasižymi didesniu cinišku nepasitikėjimu, o savo ligą vertina kaip lengviau kontroliuojamą ir keliančią mažesnę riziką nei vyrai. Tuo tarpu vyrai geriau laikosi medikamentinio gydymo, pasižymi mažesniu cinišku nepasitikėjimu bei savo ligą ir jos eigą suvokia kaip labiau kontroliuojamą, keliančią didesnę riziką sveikatai arba daugiau sunkumų nei moterys. Vertinant nemedikamentinį gydymą, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų nenustatyta. Tyčinio vaistų nevartojimo įverčių vidurkiai tarp vyrų ir moterų nesiskyrė. Panašūs rezultatai buvo gauti ir O. Zamalijevo 2016 metų tyrime, kuomet moterys pasižymėjo prastesniu vaistų vartojimu nei vyrai. Vertinant cinišką nepasitikėjimą, panašūs rezultatai buvo gauti ir Versey & Kaplan (2012) kuomet žemesnes pajamas gaunančių moterų ciniškas nepasitikėjimas buvo didesnis nei vyrų gaunančių panašias pajamas, tačiau tam įtakos turėjo ir pajamų dydis.

Šiame tyrime moterų ciniško nepasitikėjimo įverčiai yra nežymiai aukštesni nei vyrų. Tačiau požiūrio į savo ligą skalės vyrų įverčiai yra didesni nei moterų. Galima daryti prielaidą, kad moterys labiau linkusios nepasitikėti, o vyrų suvokimas apie savo ligą yra geresnis. Keliuose kitų mokslininkų tyrimuose nustatyta, kad geros sveikatos žinios apie hipertenziją siejamos su geru medikamentinio gydymo laikymusi (RamliAhmad & Paraidathathu 2012). Du Turkijoje ir Alžyre atlikti skerspjūvio tyrimai parodė reikšmingą ryšį tarp žinių apie komplikacijas, susijusias su hipertenzija, ir gero antihipertenzinio gydymo laikymosi (Ghembaza, Senoussaoui, Kendouci Tani&Meguenni 2014).

Hipertenzija sergančių pacientų žinios apie ligą ir jos komplikacijas buvo vienas iš pagrindinių veiksnių, turinčių įtakos pacientų gydymui (Algabbani, 2020).

Toliau nustatyta, jog vyresni asmenys nuo 66 iki 75 metų pasižymi geresniu medikamentiniu gydymo nurodymų laikymusi bei geriau stebi savo būklę nei jaunesni 50 - 65 metų amžiaus asmenys. Tyrimai rodo, jog jaunesni nei 60 metų sergantieji kur kas prasčiau vartoja vaistus (Briesacher, Andrade, Fouayzi, & Chan, 2008). Taip pat darbingo amžiaus asmenys dėl didesnio užimtumo yra labiau linkę neatvykti į paskirtą susitikimą su sveikatos priežiūros specialistu (Giunta et al., 2013). Taigi, galime daryti išvadą, kad vyresni kognityvinių sutrikimų neturintys sergantieji kur kas geriau laikysis gydymo nurodymų (Zamalijeva, 2016). Kitame atliktame tyrime Irane gauti rezultatai parodė, kad vyresnio amžiaus pacientai antihipertenzinių vaistų vartojimo laikosi labiau ir geriau žino apie savo ligą nei jaunesni pacientai (Hadi& Rostami 2004). Taip gali būti dėl to, nes vyresnio amžiaus žmonės yra mažiau darbingi ir gali daugiau laiko skirti savęs priežiūrai (Giunta et al., 2013). Atlikus gilesnę analizę darbe su gydymo nurodymų subskalių suminių įverčių pasiskirstymą pagal amžių buvo pastebėta (žr. 7 lentelę), kad 50-65 metų amžiaus grupės respondentai dažniau pasižymi netyčiniu vaistų nevartojimu, taip pat ir tyčiniu vaistų nevartojimu. Tačiau 66-75 metų amžiaus grupės tiriamieji geriau stebi savo sveikatos būklę. Fizinio aktyvumo ir mitybos įpročių įverčiai nebuvo statistiškai reikšmingi lyginant šias dvi amžiaus grupes. Taigi, galima daryti išvadą, kad jaunesni tiriamieji dažniau pamiršta išgerti vaistus, tačiau taip pat jų negeria ir specialiai. Tuo tarpu vyresnio amžiaus tiriamieji yra atsakingesni ir geriau prižiūri savo sveikatą, geriau laikosi gydymo nurodymų.

Mūsų šio tyrimo rezultatais, vieniši asmenys geriau laikėsi medikamentinio gydymo ir nemedikamentinio gydymo, pasižymėjo mažesniu cinišku nepasitikėjimu ir žemesniais ligos suvokimo balais už nevienišus asmenis. Vieniši asmenys mažiau linkę į netyčinį vaistų nevartojimą, geriau stebėjo savo būklę, pasižymėjo geresne mityba, tačiau mažiau fiziškai aktyvūs už nevienišus asmenis. Tokius rezultatus būtų galima paaiškinti, jog vieniši žmonės turi daugiau laisvo laiko, kurį gali skirti sau.

Moksliniuose tyrimuose vertinant medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi, savo ligos suvokimo sąsajas identifikuojami ir tokie veiksniai, kurie lemia hipertenzija sergančių pacientų nuostatas. Prie tokių veiksnių priskiriami socio-ekonominiai veiksniai, t.y. socialinė ir emocinė parama, šeimyninė padėtis. Šeimoje gyvenantys pacientai yra linkę labiau laikytis pateiktų nurodymų bei rūpinasi savo sveikata nei vieniši asmenys. Taip pat nurodymų laikymuisi poveikį turi ir santykis su šeimos gydytoju bei kitais sveikatos priežiūros sistemos specialistais. Nors kai kuriuose kituose tyrimuose tokie demografiniai požymiai kaip paciento

amžius, lytis, pajamų lygis, išsilavinimas statistiškai reikšmingo poveikio nurodymų laikymuisi neturėjo (Kardas, Lewek, 2013).

Palyginus suminių skalių įverčius dirbančių ir nedirbančių asmenų grupėse, rezultatai rodo, kad reikšmingai skiriasi visi lyginami konstruktai: medikamentinis ir nemedikamentinis gydymo nurodymų laikymasis, ciniškas nepasitikėjimas ir požiūris į savo ligą. Dirbantys asmenys geriau laikosi medikamentinio gydymo, prasčiau laikosi nemedikamentinio, pasižymi didesniu cinišku nepasitikėjimu, o savo ligą vertina kaip labiau kontroliuojamą, keliančią didesnę riziką arba daugiau sunkumų nei nedirbantys. Dirbantys asmenys geriau laikosi medikamentinio gydymo nei nedirbantys, tačiau pasižymi prastesniu savo būklės stebėjimu, blogesniais mitybos įpročiais ir mažiau fiziškai yra aktyvūs nei nedirbantys. O. Zamalijeva 2016 metų tyrime reikšmingus skirtumus gavo su netyčinio vaistų nevartojimo ir savo būklės stebėjimo faktorių įverčių vidurkiais. Dirbantys tiriamieji dažniau neapgalvotai ar netyčia neišgerdavo jiems paskirtų vaistų bei ne taip reguliariai stebėjo savo būseną palyginti su nedirbančiais ir pensininkais.

4.3. Gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajos su kitais sveikatos veiksniais

Asmenys, kurie turi gretutinių lėtinių ligų, geriau laikosi medikamentinio gydymo, tačiau prasčiau nemedikamentinio, pasižymi mažesniu cinišku nepasitikėjimu, o savo ligą suvokia kaip labiau kontroliuojamą, keliančią didesnę riziką ar sunkumų. Gretutinių lėtinių ligų neturintys asmenys pasižymi prastesniu medikamentinio gydymo nurodymų laikymusi, geriau laikosi nemedikamentinio gydymo, turi didesnę cinišką nepasitikėjimą, o savo ligą suvokia kaip keliančią mažiau sunkumų ar prasčiau kontroliuojamą nei asmenys turintys gretutinių lėtinių ligų. Gretutinių lėtinių ligų neturintys asmenys labiau linkę tyčia neišgerti vaistų nei gretutinių lėtinių ligų turintys, tačiau geriau stebi savo būklę yra labiau fiziškai aktyvūs ir pasižymi geresniais mitybos įpročiais. Algabbani, 2020 tyrime buvo nustatyta, jog, pacientams, sergantiems gretutinėmis ligomis ir vartojantiems kelis vaistus, buvo didesnė nesilaikymo rizika (Algabbani, 2020). Reikia skatinti pacientus, vartojančius kelis vaistus, naudoti pagalbines priemones.

Didėjant per dieną suvartojamam vaistų kiekiui, reikšmingai padidėja šalutinis vaistų poveikis, skirtingų vaistų suvartojimas bei didėja ligos suvokimo balai. Didėjant vaistų šalutiniam poveikiui ir skirtingų vaistų vartojimui, stiprėja ir žmogaus požiūris į savo ligą ir jos eigą. Ją suvokia kaip labiau kontroliuojamą arba keliančią didesnę riziką ir sunkumų.

Asmenys, sąžiningai besilaikantys medikamentinio gydymo nurodymų patikimai rečiau vartoja skirtingus vaistus. Padidėjus skirtingų vaistų vartojimui, reikšmingai padidėjo ir per dieną

suvartojamas vaistų kiekis, o padidėjus kasdien suvartojamam vaistų kiekiui - išauga ir jų sukeliamas šalutinis poveikis.

4.4. Medikamentinį gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai

Atlikta regresinė analizė atskleidė, kad medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ryšiai su požiūriu į savo ligą, šeimynine padėtimi ir turimais žalingais įpročiais buvo statistiškai reikšmingi, tuo tarpu su kitais daugialypės regresijos modelyje nepriklausomais kintamaisiais ryšiai nebuvo reikšmingi. Pasak O. Zamalijevos medikamentinio gydymo nurodymų laikymąsi geriausiai paaikškina kognityviniai veiksniai. Požiūris į savo ligą, kuriuo kalbama apie ligos suvokimą, apima tris pagrindinius veiksnius: ligos rizika sveikatai, ligos keliami sunkumai bei ligos kontrolė.

Pagrindiniai veiksniai lemiantys nesilaikymą yra dviejų rūšių: priklausantys nuo paciento ir priklausantys nuo gydymo. Pacientas turi didesnę polinkį nesilaikyti gydymo nurodymų dėl lėtinio proceso, besimptomės būsenos, žinių apie ligą trūkumo, nepasitikėjimo gydymo nauda, trūksta gydytojų vizitų, psichologinių problemų, kognityvinių sutrikimų ar socialinės izoliacijos (Kaplan et al. 2016). Kiti veiksniai atsiranda dėl gydymo proceso, t.y. gydymo sudėtingumo arba ilgos trukmės, neigiamo vaistų poveikio, neadekvačių gydytojo ir paciento santykių, planuotų periodinių susitikimų nebuvimo, tinkamos gydymo krypties trūkumo bei vaistų kainos (Villalva, Alvarez-Muiño, Mondelo, Fachado&Fernández, 2016). Įdomu tai, kad medikamentinio gydymo laikymasis nesisieja su gyvenimo stiliumi, t.y. sprendimas mesti rūkyti, nesusijęs su tinkamu medikamentų vartojimu. Dažnai sunku laikytis sveikatos specialistų rekomendacijų, kuomet liga yra lėtinė ir besimptomė. Tuomet tampa sunku suvokti, kad reikalingas ilgalaikis gydymas. Hipertenzijos diagnozė sulaukus keturiasdešimties gali reikšti pacientų jėgų ir gyvybingumo praradimą. (Fuster 2012).

4.5. Nemedikamentinį gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai

Gauti regresinės analizės rezultatai parodė, kad nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ryšys su sveikatos būkle buvo statistiškai reikšmingas, o su kitais daugialypės regresijos modelyje nepriklausomais kintamaisiais ryšiai nebuvo reikšmingi. B. Jankowska – Polanska (2016) atliktame tyrime nustatė, jog šešiasdešimt trys procentai pacientų turėjo žemą žinių apie AH lygį, o mažiausia teisingų atsakymų dalis pateikta klausimams, susijusiems su nemedikamentiniu gydymu, dieta, hipertenzijos apibrėžimu ir vaistų laikymusi. Daugiafaktorinė analizė parodė, kad statistiškai reikšmingi nepriklausomi gero gydymo nurodymų laikymosi determinantai yra aukštas žinių lygis, nemedikamentinis gydymas ir dažni kraujospūdžio matavimai. Svarbiausias veiksnys buvo žinios apie „vaistų vartojimo principą“. Taigi, galime daryti išvadą, jog pacientų žinios apie hipertenziją yra reikšmingas nepriklausomas gero gydytojų nurodymų laikymosi veiksnys. Kiti nepriklausomi veiksniai yra gydymas be vaistų ir reguliarūs kraujospūdžio matavimai. Žinių trūkumo, kaip veiksnio,

prisidedančio prie nesilaikymo ir prastos hipertenzijos kontrolės, nustatymas išlieka pagrindiniu iššūkiu komandai, besirūpinančiai hipertenzija sergančiais pacientais.

IŠVADOS

1. Įvertinus gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas, nustatyta, kad tik medikamentinis gydymo nurodymų laikymasis siejasi su požiūriu į savo ligą. Su cinišku nepasitikėjimu nei medikamentinis, nei nemedikamentinis gydymo nurodymų laikymasis nesusijęs.
2. Didėjant netyčiniam vaistų neįvertinymui dažniui, reikšmingai didėja respondentų tyčinis vaistų neįvertinimas ir fizinis aktyvumas, o gerėjant savo būklės stebėjimui ir mitybos įpročiams, taip pat didėja žmogaus fizinis aktyvumas. Didesnis fizinis aktyvumas taip pat susijęs su mažesniu medikamentinio gydymo nurodymų laikymusi.
3. Įvertinus gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas su demografiniais rodikliais, nustatyta:
 - a. Moterys yra linkusios labiau nesilaikyti medikamentinio gydymo nurodymų, pasižymi didesniu cinišku nepasitikėjimu bei savo ligą vertina kaip lengviau kontroliuojamą ir keliančią mažesnę riziką nei vyrai.
 - b. Vyresni asmenys pasižymi geresniu medikamentiniu gydymo nurodymų laikymusi bei geriau stebi savo būklę nei jaunesni asmenys.
 - c. Vieniši asmenys geriau laikosi medikamentinio gydymo ir nemedikamentinio gydymo, pasižymi mažesniu cinišku nepasitikėjimu ir savo ligą vertina kaip lengviau kontroliuojamą ir keliančią mažesnę riziką arba mažiau sunkumų už nevienišus asmenis. Vieniši asmenys mažiau linkę į netyčinį vaistų neįvertinimą, geriau stebi savo būklę, pasižymi geresne mityba, tačiau yra mažiau aktyvūs už nevienišus asmenis.
 - d. Dirbantys asmenys geriau laikosi medikamentinio gydymo, prasčiau laikosi nemedikamentinio, pasižymi didesniu cinišku nepasitikėjimu, o savo ligą vertina kaip labiau kontroliuojamą, keliančią didesnę riziką arba daugiau sunkumų nei nedirbantys. Dirbantys asmenys geriau laikosi medikamentinio gydymo nei nedirbantys, tačiau pasižymi prastesniu savo būklės stebėjimu, blogesniais mitybos įpročiais ir mažiau fizikai yra aktyvūs nei nedirbantys.
4. Įvertinus gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas su kitais sveikatos veiksniais, nustatyta:
 - a. Asmenys, kurie turi gretutinių lėtinių ligų, geriau laikosi medikamentinio gydymo, prasčiau nemedikamentinio, pasižymi mažesniu cinišku nepasitikėjimu, o savo ligą suvokia kaip labiau kontroliuojamą, keliančią didesnę riziką ar sunkumų. Gretutinių

lėtinių ligų neturintys asmenys labiau linkę tyčia neišgerti vaistų nei gretutinių lėtinių ligų turintys, tačiau geriau stebi savo būklę yra labiau fiziškai aktyvūs ir pasižymi geresniais mitybos įpročiais.

- b. Didėjant per dieną suvartojamam vaistų kiekiui, reikšmingai padidėja šalutinis vaistų poveikis, skirtingų vaistų suvartojimas bei didėja požiūris į savo ligą įverčiai. Didėjant vaistų šalutiniam poveikiui ir skirtingų vaistų vartojimui, didėja ir žmogaus požiūris į savo ligą ir jos eigą. Ją suvokia kaip labiau kontroliuojamą arba keliančią didesnę riziką ir sunkumą.
- c. Asmenys, rečiau vartojantys skirtingus vaistus, labiau laikosi medikamentinio gydymo nurodymų. Padidėjus skirtingų vaistų vartojimui, reikšmingai padidėja ir per dieną suvartojamas vaistų kiekis, o padidėjus kasdien suvartojamam vaistų kiekiui - patikimai išauga ir jų sukeliamas šalutinis poveikis.

5. Įvertinus sergančiųjų hipertenzija gydymo nurodymų – atskirai medikamentinio ir nemedikamentinio - laikymąsi prognozuojančius veiksnius, nustatyta:

- a. Atlikta regresinė analizė atskleidė, kad medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ryšiai su požiūriu į savo ligą, šeimynine padėtimi ir turimais žalingais įpročiais buvo statistiškai reikšmingi, tuo tarpu su kitais daugialypės regresijos modelyje nepriklausomais kintamaisiais ryšiai nebuvo reikšmingi.
- b. Gauti regresinės analizės rezultatai parodė, kad nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi ryšys su sveikatos būkle buvo statistiškai reikšmingas, o su kitais daugialypės regresijos modelyje nepriklausomais kintamaisiais ryšiai nebuvo reikšmingi.

REKOMENDACIJOS

1. Pacientams reikia sveikatos specialistų patarimų, palaikymo ir informacijos, kad jie suprastų, kaip prižiūrėti savo sveikatą. Tam reikalingi išsamesni tyrimai, kurie būtų orientuoti ne tik į klinikinį kontekstą, bet ir į asmeninius žmogaus bruožus, kurie gali daryti įtaką gydymo procesui. Dalintis šia atsakomybe su sveikatos priežiūros specialistais yra būtina. Tiesiogiai reikia atlikti tyrimus, kad būtų užpildytos žinių spragos. Apibendrinant galima teigti, kad supratimas apie psichologinius veiksnius gali būti svarbu pacientams, norintiems kontroliuoti kraujospūdį.
2. Tobulėjant teorijoms, mokslininkai vis labiau konkretizuoja konceptualų konstrukcijų apibrėžimą ir matavimą, kuomet vis labiau domisi elgesio pokyčiais, o ne supratimu, kodėl asmenys elgiasi tam tikru sveikatos požiūriu. Sveikatos specialistai turi žinoti, kaip taikyti pagrindinius socialinių ir elgsenos mokslų principus, teorijas, tyrimų rezultatus ir metodus, siekdami informuoti savo pastangas. Išsamus visuomenės sveikatos teorijų supratimas, kurios daugiausia yra kilusios iš socialinių ir elgsenos mokslų, leidžia praktikams: įvertinti pagrindines visuomenės sveikatos problemas priežastis ir sukurti intervencijas šioms problemoms spręsti.
3. Norint išspręsti vaistų neįvairiosios problemą, į pagalbą pasitelkiamos įvairios intervencijos. Sveikatos priežiūros specialistai pasitelkia šviečiamąsias programas apie vaistų vartojimą, fizinį aktyvumą ir natrio kontrolę. Taikant švietimo, elgsenos ir farmakologines intervencijas, pastebimas hipertenzijos priežiūros ir kontrolės pagerėjimas. Taip pat galima derinti tiekėjų kompetencijų tobulinimą, naujų priežiūros modelių, įkvėptų lėtinių ligų valdymo principų, diegimą ir intervencijas sveikatos priežiūros sistemos lygmeniu.
4. Pacientų, tinkamai nesilaikančių medikamentinio gydymo, rezultatus galima pagerinti tik tuo atveju, jei į gydymo procesą bus įtrauktas ir pats pacientas, t.y. taikomas motyvacinis interviu, leidžiama pacientui dalyvauti sprendimų priėmimo procese. Apibendrinant galima pasakyti, kad supratimas apie hipertenziją gali būti svarbus pacientams, norintiems kontroliuoti kraujospūdį. Tačiau paties sąmoningumo gali nepakakti, kad pacientai būtų motyvuoti keisti savo mitybos ir gyvenimo būdą. Taigi, labai svarbu gerinti pacientų švietimą, siekiant geriau valdyti hipertenziją ir gerinti mitybos bei gyvenimo būdo rekomendacijų laikymąsi intensyviai kraujospūdžio kontrolei, kad būtų išvengta ilgalaikių komplikacijų.

LITERATŪRA

2012. European health for all data base. <http://data.euro.who.int/hfad>. Accessed 15 Dec 2012
<https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-2020/ligu-prevencija>.
- Adefolalu, A. O. (2018). Cognitive-behavioural theories and adherence: Application and relevance in antiretroviral therapy. *Southern African journal of HIV medicine*, 19(1), 1-7.
- Afshin, A., Sur, P. J., Fay, K. A., Cornaby, L., Ferrara, G., Salama, J. S., ... & Murray, C. J. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), 1958-1972.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & health*, 26(9), 1113-1127.
- Al-Banna, H. I., & Mohmed, L. H. (2010). Compliance and knowledge of hypertensive patients attending Shorsh Hospital in Kirkuk Governorate. *The Iraqi postgraduate medical journal*, 9(2), 1-6.
- Algabbani, F. M., & Algabbani, A. M. (2020). Treatment adherence among patients with hypertension: findings from a cross-sectional study. *Clinical Hypertension*, 26(1), 1-9.
- Alosco, M. L., Spitznagel, M. B., van Dulmen, M., Raz, N., Cohen, R., Sweet, L. H., ... & Gunstad, J. (2012). Cognitive function and treatment adherence in older adults with heart failure. *Psychosomatic medicine*, 74(9), 965.
- Alwan, A. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Global status report on noncommunicable diseases 2010.
- American Diabetes Association. (1998). Economic consequences of diabetes mellitus in the US in 1997. *Diabetes care*, 21(2), 296-309.
- Arbisi, P. A., Rusch, L., Polusny, M. A., Thuras, P., & Erbes, C. R. (2013). Does cynicism play a role in failure to obtain needed care? Mental health service utilization among returning US National Guard soldiers. *Psychological assessment*, 25(3), 991.
- Baena, C. P., Olandoski, M., Younge, J. O., Buitrago-Lopez, A., Darweesh, S. K., Campos, N., ... & Franco, O. H. (2014). Effects of lifestyle-related interventions on blood pressure in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Journal of hypertension*, 32(5), 961-973.
- Barefoot, J. C., Dahlstrom, W. G., & Williams, R. B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-yr follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic medicine*.
- Beaney, T., Schutte, A. E., Stergiou, G. S., Borghi, C., Burger, D., Charchar, F., ... & MMM Investigators*. (2020). May Measurement Month 2019: the global blood pressure screening campaign of the International Society of Hypertension. *Hypertension*, 76(2), 333-341.

- Blonde, L., & Karter, A. J. (2005). Current evidence regarding the value of self-monitored blood glucose testing. *The American journal of medicine*, 118(9), 20-26.
- Bocchi, E. A., Marcondes-Braga, F. G., Bacal, F., Ferraz, A. S., Albuquerque, D., & Rodrigues, D. (2012). Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica-2012. *Arquivos brasileiros de Cardiologia*, 98(1), 1-33.
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2015). Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 20(7), 942-953.
- Booth-Kewley, S., & Vickers Jr, R. R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of personality*, 62(3), 281-298.
- Böttcher, H., Eisbrenner, K., Fritz, S., Kindermann, G., Kraxner, F., McCallum, I., & Obersteiner, M. (2009). An assessment of monitoring requirements and costs of 'Reduced Emissions from Deforestation and Degradation'. *Carbon balance and management*, 4(1), 1-14.
- Bramley, T. J., Nightengale, B. S., Frech-Tamas, F., & Gerbino, P. P. (2006). Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 12(3), 239-245.
- Broadbent, D. P., Causer, J., Williams, A. M., & Ford, P. R. (2015). Perceptual-cognitive skill training and its transfer to expert performance in the field: Future research directions. *European journal of sport science*, 15(4), 322-331.
- Broadbent, E., Donkin, L., & Stroh, J. C. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes care*, 34(2), 338-340.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., & Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & health*, 30(11), 1361-1385.
- Brötz, D. (2013). Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *physioscience*, 9(01), 37-37.
- Bruhn, J. G., & Philips, B. U. (1987). A developmental basis for social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(3), 213-229.
- Bruhn, J. G., & Philips, B. U. (1987). A developmental basis for social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(3), 213-229.
- Brummett BH, Boyle SH, Ortel TL, Becker RC, Siegler IC, Williams RB. Associations of depressive symptoms, trait hostility, and gender with C-reactive protein and interleukin-6 response after emotion recall. *Psychosom Med*. 2010;72:333–339
- Buford, T. W. (2016). Hypertension and aging. *Ageing research reviews*, 26, 96-111.

- Bundy, J. D., Mills, K. T., & He, J. (2019). Comparison of the 2017 ACC/AHA hypertension guideline with earlier guidelines on estimated reductions in cardiovascular disease. *Current hypertension reports*, 21(10), 1-9.
- Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circulation research*, 124(7), 1124-1140.
- Chang DM, Kang SH, Kim DH, Kim YM, Suh CJ. Related Factors of Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Korea. *Health and social science* 2008;24:43–66.
- Chin AL, Negash S, Hamilton R. Diversity and disparity in dementia: The impact of ethnoracial differences in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2011;25:187–195
- Cho, M. H., Shin, D. W., Chang, S. A., Lee, J. E., Jeong, S. M., Kim, S. H., ... & Son, K. (2018). Association between cognitive impairment and poor antihypertensive medication adherence in elderly hypertensive patients without dementia. *Scientific reports*, 8(1), 1-7.
- Collins, J. L., Koplan, J. P., & Marks, J. S. (2009). Chronic disease prevention and control: coming of age at the Centers for Disease Control and Prevention. *Preventing Chronic Disease*, 6(3).
- Cook, W. W., & Medley, D. M. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *Journal of applied psychology*, 38(6), 414.
- Crowley, M. J., Grubber, J. M., Olsen, M. K., & Bosworth, H. B. (2013). Factors associated with non-adherence to three hypertension self-management behaviors: preliminary data for a new instrument. *Journal of general internal medicine*, 28(1), 99-106.
- Davies, M. J., Gagliardino, J. J., Gray, L. J., Khunti, K., Mohan, V., & Hughes, R. (2013). Real-world factors affecting adherence to insulin therapy in patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetic Medicine*, 30(5), 512-524.
- De Geest, S., Ruppap, T., Berben, L., Schoenfeld, S., & Hill, M. N. (2014). Medication non-adherence as a critical factor in the management of presumed resistant hypertension: a narrative review. *EuroIntervention: journal of EuroPCR in collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology*, 9(9), 1102-1109.
- De Geest, S., Ruppap, T., Berben, L., Schönfeld, S., & Hill, M. N. (2014). Medication non-adherence as a critical factor in the management of presumed resistant hypertension: a narrative.
- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 79(6), 506-513.
- Duke, D. C., Geffken, G. R., Lewin, A. B., Williams, L. B., Storch, E. A., & Silverstein, J. H. (2008). Glycemic control in youth with type 1 diabetes: Family predictors and mediators. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(7), 719-727.
- Egan, B. M., & Forman, J. P. (2017). Patient adherence and the treatment of hypertension. UpToDate. Retrieved February, 5, 2018.

- Ekberg, H., Kyllonen, L., Madsen, S., Grave, G., Solbu, D., & Holdaas, H. (2007). Clinicians underestimate gastrointestinal symptoms and overestimate quality of life in renal transplant recipients: A multinational survey of nephrologists. *Transplantation*, 84, 1052–1054.
- Elbur, A. I. (2015). Level of adherence to lifestyle changes and medications among male hypertensive patients in two hospitals in Taif; Kingdom of Saudi Arabia. *Int J Pharm Pharm Sci*, 7(4), 168-172.
- Fitzgibbon, M. L., Kong, A. N. G. E. L. A., & Tussing-Humphreys, L. I. S. A. (2014). Understanding population health from multi-level and community-based models. *The Handbook of Health Behavior Change*, 4, 22-41.
- Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *JAMA*. 1959;169:1286–1296.
- Frosthalm, L., Oernboel, E., Christensen, K. S., Toft, T., Olesen, F., Weinman, J., & Fink, P. (2007). Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *Journal of psychosomatic research*, 62(2), 129-138.
- Fuster V (2012) An alarming threat to secondary prevention: low compliance (lifestyle) and poor adherence (drugs). *Rev Esp Cardiol* 65(Supl 2):10–16
- Fuster, V. (2012). An alarming threat to secondary prevention: low compliance (lifestyle) and poor adherence (drugs). *Revista Espanola De Cardiologia (English Ed.)*, 65, 10-16.
- Ghembaza, M. A., Senoussaoui, Y., Kendouci Tani, M., & Meguenni, K. (2014). Impact of patient knowledge of hypertension complications on adherence to antihypertensive therapy. *Current hypertension reviews*, 10(1), 41-48.
- Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual review of public health*, 31, 399-418.
- Glasgow, R. E., Wilson, W., & McCaul, K. D. (1985). Regimen adherence: a problematic construct in diabetes research. *Diabetes Care*, 8(3), 300-301.
- Gray, R. Adherence Therapy.
- Gray, R. et al (2002) Medication management for people with a diagnosis of schizophrenia. *Nursing Times*; 98: 47, p38-40.
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2003). The effect of medication management training on community mental health nurse's clinical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2), 163-169.
- Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Leese, M., & Gournay, K. (2004). Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185(2), 157-162.

- Greenland, P., & Peterson, E. (2017). The new 2017 ACC/AHA guidelines “up the pressure” on diagnosis and treatment of hypertension. *Jama*, 318(21), 2083-2084.
- Guerrero, N., Mendes de Leon, C. F., Evans, D. A., & Jacobs, E. A. (2015). Determinants of trust in health care in an older population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 553-557.
- Hadi, N., & ROSTAMI, G. N. (2004). Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran.
- Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L., & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117.
- Haynes R. B. Montague P. Oliver T. et al (2002). Interventions for helping patients follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, Oxford: Update Software.
- Haynes, R. B., McDonald, H. P., Garg, A., & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
- Hamrahian, S. M. (2020). Medication non-adherence: a major cause of resistant hypertension. *Current Cardiology Reports*, 22(11), 1-7.
- Hamrahian, S. M. (2020). Medication non-adherence: a major cause of resistant hypertension. *Current Cardiology Reports*, 22(11), 1-7.
- Herttua, K., Tabak, A. G., Martikainen, P., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2013). Adherence to antihypertensive therapy prior to the first presentation of stroke in hypertensive adults: population-based study. *European heart journal*, 34(38), 2933-2939.
- Hsu, D. Y., & Gniadecki, R. (2016). Patient adherence to biologic agents in psoriasis. *Dermatology*, 232(3), 326-333.
- James LL, Dimsdale J, Solomon D (2016) Psychological factors affecting other medical conditions: management. www.uptodate.com. UpToDate
- Jankowska – Polanska B. (2016). Relationship between patients’ knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient preference and adherence*, No. 10, p. 2437–2447
- Jennings, J. R., Muldoon, M. F., Allen, B., Ginty, A. T., & Gianaros, P. J. (2021). Cerebrovascular function in hypertension: Does high blood pressure make you old?. *Psychophysiology*, 58(7), e13654.
- Jennings, J. R., Muldoon, M. F., Allen, B., Ginty, A. T., & Gianaros, P. J. (2021). Cerebrovascular function in hypertension: Does high blood pressure make you old?. *Psychophysiology*, 58(7), e13654.
- Jones, D. W., & Hall, J. E. (2004). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure and evidence from new hypertension trials.

- Julkunen, J., Salonen, R., Kaplan, G. A., Chesney, M. A., & Salonen, J. T. (1994). Hostility and the progression of carotid atherosclerosis.
- Kalmar, J. H., Gaudino, E. A., Moore, N. B., Halper, J., & DeLuca, J. (2008). The relationship between cognitive deficits and everyday functional activities in multiple sclerosis. *Neuropsychology*, 22(4), 442.
- Kalsekar, I. D., Madhavan, S. S., Amonkar, M. M., Makela, E. H., Scott, V. G., Douglas, S. M., & Elswick, B. L. M. (2006). Depression in patients with type 2 diabetes: impact on adherence to oral hypoglycemic agents. *Annals of Pharmacotherapy*, 40(4), 605-611.
- Kannel, W. B., & Eaker, E. D. (1986). Psychosocial and other features of coronary heart disease: insights from the Framingham Study. *American Heart Journal*, 112(5), 1066-1073.
- Kaplan N, Bakris G, Forman J (2016) Patient adherence and the treatment of hypertension. www.uptodate.com/UpToDate
- Kardas P., Lewek P. (2013). Determinants of patient adherence: a review of systematic review. *Frontiers in pharmacology*, vol. 4, p. 1-16
- Karter, A. J., Ferrara, A., Darbinian, J. A., Ackerson, L. M., & Selby, J. V. (2000). Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes care*, 23(4), 477-483.
- Kim, J., & Kim, O. (2019). A health behavior prediction model for patients with coronary artery disease. *Clinical nursing research*, 28(2), 217-234.
- Korner, P. (2007). *Essential hypertension and its causes: Neural and non-neural mechanisms*. Oxford, UK: Oxford University Press
- Kumar, R., Woo, M. A., Macey, P. M., Fonarow, G. C., Hamilton, M. A., & Harper, R. M. (2011). Brain axonal and myelin evaluation in heart failure. *Journal of the neurological sciences*, 307(1-2), 106-113.
- Leiker, M., & Hailey, B. J. (1988). A link between hostility and disease: poor health habits?. *Behavioral medicine*, 14(3), 129-133.
- Lionakis N, Mendrinou D, Sanidas E, Favatas G, Georgopoulou M. Hypertension in the elderly. *World J Cardiol*. 2012;4(5):135-147
- Lionakis, N., Mendrinou, D., Sanidas, E., Favatas, G., & Georgopoulou, M. (2012). Hypertension in the elderly. *World journal of cardiology*, 4(5), 135.
- Lukoševičiūtė, J., & Šmigelskas, K. (2018). Ciniško nepasitikėjimo skalės lietuviškoji versija= Lithuanian version of cynical distrust scale. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija= Biological psychiatry and psychopharmacology*. Palanga: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2018, t. 20, Nr. 1.

- Mahmood, S., Jalal, Z., Hadi, M. A., Khan, T. M., Haque, M. S., & Shah, K. U. (2021). Prevalence of non-adherence to antihypertensive medication in Asia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 43(3), 486-501.
- Mahmood, S., Shah, K. U., Khan, T. M., Nawaz, S., Rashid, H., Baqar, S. W. A., & Kamran, S. (2019). Non-pharmacological management of hypertension: in the light of current research. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 188(2), 437-452.
- Mayor, S. (2013). Non-adherence to medication increases stroke risk in patients with high blood pressure.
- Martí n-Marí a, N., Caballero, F. F., Olaya, B., Rodri guez-Artalejo, F., Haro, J. M., Miret, M., et al. (2016). Positive affect is inversely associated with mortality in individuals without depression. *Frontiers in Psychology*, 7, 1040. doi:10.3389/fpsyg.2016.01040
- Martin, B. J., Hauer, T., Arena, R., Austford, L. D., Galbraith, P. D., Lewin, A. M., ... & Aggarwal, S. G. (2012). Cardiac rehabilitation attendance and outcomes in coronary artery disease patients. *Circulation*, 126(6), 677-687.
- Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V et al (2009) Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 120(16):1598–1605. doi:10.1161/ circulationaha.108.830299
- Mazzaglia, G., Ambrosioni, E., Alacqua, M., Filippi, A., Sessa, E., Immordino, V., ... & Mantovani, L. G. (2009). Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation*, 120(16), 1598-1605.
- McCranie, E. W., & Bass, J. D. (1984). Childhood family antecedents of dependency and self-criticism: implications for depression. *Journal of abnormal psychology*, 93(1), 3.
- Medding J, Kerr E, Heisler M, Hofer T (2012) Physician assessments of medication adherence and decisions to intensify medications for patients with uncontrolled blood pressure: still no better than a coin toss. *BMC Health Serv Res* 12:270. doi:10.1186/1472-6963-12- 270
- Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J. E., Kearney, P. M., Reynolds, K., ... & He, J. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*, 134(6), 441-450.
- Morisky, D. E., & Marie, A. A. (2008). Krousel-wood and Harry J. Ward. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Munro S, Lewin S, Swart T, Volmink J. A review of health behavior theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*. 2007; 7 (104): 1-16.

- Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS?. *BMC public health*, 7(1), 1-16.
- Neumann, C. L., Menne, J., Rieken, E. M., Fischer, N., Weber, M. H., Haller, H., et al. (2011). Blood pressure telemonitoring is useful to achieve blood pressure control in inadequately treated patients with arterial hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 25, 732–738. doi:10.1038/jhh.2010.119
- Neuvonen, E., Rusanen, M., Solomon, A., Ngandu, T., Laatikainen, T., Soininen, H., ... & Tolppanen, A. M. (2014). Late-life cynical distrust, risk of incident dementia, and mortality in a population-based cohort. *Neurology*, 82(24), 2205-2212.
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S., & Stewart, T. L. (2013). Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychology*, 32, 921–924. doi:10.1037/a0029413
- Newton, J. T., & Asimakopoulou, K. (2018). Behavioral models for periodontal health and disease. *Periodontology 2000*, 78(1), 201-211.
- Niteesh K, Choudhry M.D. (2022). Medication Adherence and Blood Pressure Control: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, Nr. 79, p. 1–14
- O'Halloran, J., Miller, G. C., & Britt, H. (2004). Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Family practice*, 21(4), 381-386.
- Oliveros, E., Patel, H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N., & Williams, K. A. (2020). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical cardiology*, 43(2), 99-107.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England journal of medicine*, 353(5), 487-497.
- Owen, N., Sugiyama, T., Eakin, E. E., Gardiner, P. A., Tremblay, M. S., & Sallis, J. F. (2011). Adults' sedentary behavior: determinants and interventions. *American journal of preventive medicine*, 41(2), 189-196.
- Park, K., Cho, S., & Bower, J. K. (2016). Changes in adherence to non-pharmacological guidelines for hypertension. *PLoS One*, 11(8), e0161712.
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current opinion in psychiatry*, 20(2), 163-167.
- Pickering, T., Clemow, L., Davidson, K., & Gerin, W. (2003). Behavioral cardiology—has its time finally arrived? *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70, 101–112.
- Pinto E. Blood pressure and aging. *Postgrad Med J*. 2007;83(976): 109-114
- Rafanelli, C., Gostoli, S., Tully, P. J., & Roncuzzi, R. (2016). Hostility and the clinical course of outpatients with congestive heart failure. *Psychology & Health*, 31, 228–238

- Ramli, A., Ahmad, N. S., & Paraidathathu, T. (2012). Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Patient preference and adherence*, 6, 613.
- Rapoff, M. A. (1999). *Adherence to pediatric medical regimens*. New York, NY: Springer
- Raškeliėnė, V., Babarskienė, R. M., Macijauskienė, J., & Šeškevičius, A. (2009). Arterinės hipertenzijos trukmės ir gydymo įtaka su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. *Medicina*, 45(5), 405-411.
- Rejeski, W. J., & Fanning, J. (2019). Models and theories of health behavior and clinical interventions in aging: a contemporary, integrative approach. *Clinical interventions in aging*, 14, 1007.
- Risk, F. N. (2017). Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*, 389(10064), 37.
- Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins D, Friedman M, Straus R, Wurm M. Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. *JAMA*. 1975;233:872–877.
- Rosenman, R. H. (1985). Health consequences of anger and implications for treatment In MA Chesney & RH Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (pp. 103-125). New York: Hemisphere.
- Sabaté, E., & Sabaté, E. (Eds.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
- Saccomann, I. C. R. D. S., Cintra, F. A., & Gallani, M. C. B. J. (2014). Factors associated with beliefs about adherence to non-pharmacological treatment of patients with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 18-24.
- Safiri, S., Kolahi, A. A., Hoy, D., Smith, E., Bettampadi, D., Mansournia, M. A., ... & Cross, M. (2019). Global, regional and national burden of rheumatoid arthritis 1990–2017: a systematic analysis of the Global Burden of Disease study 2017. *Annals of the rheumatic diseases*, 78(11), 1463-1471.
- Sawyer, A. T., Harris, S. L., & Koenig, H. G. (2019). Illness perception and high readmission health outcomes. *Health psychology open*, 6(1), 2055102919844504.
- Scheltens T, Beulens JW, Verschuren WM, Boer JM, Hoes AW, Grobbee DE, et al. Awareness of hypertension: will it bring about a healthy lifestyle? *Journal of human hypertension*. 2010;24(9):561–7. pmid:20393503
- Schmidt, H. (2016). Chronic disease prevention and health promotion. *Public health ethics: Cases spanning the globe*, 137-176.
- Schroeder, S. A. (2007). We can do better—improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine*, 357(12), 1221-1228.

- Schultess, J., Danielewski, O., & Smolenski, A. P. (2005). Rap1GAP2 is a new GTPase-activating protein of Rap1 expressed in human platelets. *Blood*, 105, 3185–3192
- Scollan-Koliopoulos, M., Walker, E. A., & Rapp III, K. J. (2011). Self-regulation theory and the multigenerational legacy of diabetes. *The Diabetes Educator*, 37(5), 669-679.
- Sebaté E. editor. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2003; 198.
- Selçuk, K. T., Çevik, C., Mercan, Y., & Koca, H. (2017). Hypertensive patients adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment methods, in Turkey. *Int J Community Med Public Health*, 4(8), 2648.
- Smith, T. W., & Frohm, K. D. (1985). What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley Ho scale. *Health Psychology*, 4, 503–520.
- Stilley, C. S., Bender, C. M., Dunbar-Jacob, J., Sereika, S., & Ryan, C. M. (2010). The impact of cognitive function on medication management: three studies. *Health Psychology*, 29(1), 50.
- Strauss, S. M., Singh, G., Tuthill, J., Brodsky, A., Rosedale, M., Bytyci, A., ... & Russell, S. (2013). Diabetes-related knowledge and sources of information among periodontal patients: is there a role for dental hygienists?. *American Dental Hygienists' Association*, 87(2), 82-89.
- Šmigelskas, K., Joffè, R., Jonynienė, J., Julkunen, J., & Kauhanen, J. (2017). High levels of cynical distrust partly predict premature mortality in middle-aged to ageing men. *Journal of behavioral medicine*, 40(4), 612-619.
- Trief, P. M., Wade, M. J., Pine, D., & Weinstock, R. S. (2003). A comparison of health-related quality of life of elderly and younger insulin-treated adults with diabetes. *Age and ageing*, 32(6), 613-618.
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., ... & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334-1357.
- Veronesi, M., Cicero, A. F., Prandin, M. G., Dormi, A., Cosentino, E., Strocchi, E., & Borghi, C. (2007). A prospective evaluation of persistence on antihypertensive treatment with different antihypertensive drugs in clinical practice. *Vascular health and risk management*, 3(6), 999.
- Versey, H. S., & Kaplan, G. A. (2012). Mediation and moderation of the association between cynical hostility and systolic blood pressure in low-income women. *Health Education & Behavior*, 39(2), 219-228.
- Villalva, C. M., Alvarez-Muiño, X. L. L., Mondelo, T. G., Fachado, A. A., & Fernández, J. C. (2016). Adherence to treatment in hypertension. *Hypertension: from basic research to clinical practice*, 129-147.

- Wiest, M., Schu"z, B., Webster, N., & Wurm, S. (2011). Subjective well-being and mortality revisited: Differential effects of cognitive and emotional facets of well-being on mortality. *Health Psychology*, 30, 728–735. doi:10.1037/a0023839
- Wileman, V., Farrington, K., Wellsted, D., Almond, M., Davenport, A., & Chilcot, J. (2015). Medication beliefs are associated with phosphate binder non-adherence in hyperphosphatemic haemodialysis patients. *British journal of health psychology*, 20(3), 563-578.
- Williams B. The year in hypertension. *Journal of the American College of Cardiology* 2010; 55(1): 65-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2009.08.037>
- Williams, A., & Manias, E. (2014). Exploring motivation and confidence in taking prescribed medicines in coexisting diseases: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 471-481.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... & Desormais, I. (2018). 2018 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Blood pressure*, 27(6), 314-340.
- Wong, J. M., Na, B., Regan, M. C., & Whooley, M. A. (2013). Hostility, health behaviors, and risk of recurrent events in patients with stable coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Journal of the American Heart Association*, 2(5), e000052.
- World Health Organization (2003) Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO, Geneva.
- World Health Organization (WHO). (2011). World Health Organization Diabetes Fact Sheet. WHO: Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2013). World health statistics 2013: a wealth of information on global public health (No. WHO/HIS/HSI/13.1). World Health Organization.
- Zamalijeva, O. (2016). Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai (Daktaro disertacija, socialiniai mokslai, psichologija, Vilniaus Universitetas).
- Zamalijeva, O., & Jusienė, R. (2013). Gydymo nurodymų laikymasis: socialinės paramos vaidmuo sergant hipertenzija. *Sveikatos mokslai*, 23(6), 10-14.
- Zamalijeva, O., Jusienė, R., & Badarienė, J. (2015). Predicting Non-Adherence To Medication Regimen Among Patients With Hypertension: Taking Steps Toward Ecological Approach. *SVEIKATOS*, 25(6), 73.
- Zhao S, Zhao H, Wang L, Du S, Qin Y. (2015). Education is critical for medication adherence in patients with coronary heart disease. *Acta Cardiol*. No. 70:197–204.

PRIEDAI

1 priedas. Sociodemografinė anketa

Sveiki, esu Arūnė Žigunytė, Vilniaus universiteto Sveikatos psichologijos magistro studijų programos II kurso studentė. Atlieku tyrimą, kurio tikslas yra nustatyti žmonių, turinčių hipertenziją, gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo bei požiūrio į savo ligą sąsajas. Tyrime kviečiami dalyvauti žmonės nuo 50 iki 75 metų amžiaus, turintys hipertenziją. Apklausa yra anoniminė, atsakymai į pateiktus klausimus gali užimti iki 10 - 15 min. Prašome pažymėti jums tinkantį atsakymą arba įrašyti jį į tam skirtą vietą. Duomenys bus naudojami tik apibendrinti ir tik mokslinio darbo tikslais. Kilus klausimams prašome kreiptis elektroniniu paštu: arune.zigunyte@fsf.stud.vu.lt.

Pirmiausia atsakykite keletą klausimų apie save:

1. Jūsų amžius (*įrašykite, kiek jums metų*) _____
2. Jūsų lytis:
 - Vyras
 - Moteris
3. Jūsų išsilavinimas:
 - Pradinis
 - Pagrindinis
 - Vidurinis, profesinis
 - Aukštasis neuniversitetinis, aukštesnysis
 - Aukštasis universitetinis
4. Šiuo metu Jūs:
 - Studijuojate ar mokotės
 - Mokotės ir dirbate
 - Dirbate
 - Nedirbate, nes nerandate darbo
 - Nedirbate dėl neįgalumo
 - Nedirbate, nes esate pensijoje
 - Kita (įrašykite) _____
5. Jūsų šeiminė padėtis:
 - Vedęs/ ištekęjusi
 - Gyvenu su partneriu
 - Išsiskyres (-usi)
 - Nevedęs (netekėjusi)
 - Našlys (-ė)
 - Kita (įrašykite) _____
6. Jūsų finansinė padėtis:
 - Labai gera
 - Geresnė nei daugumos Lietuvos gyventojų
 - Vidutinė, panaši į daugumos Lietuvos gyventojų
 - Prastesnė nei daugumos Lietuvos gyventojų
 - Labai prasta
7. Ar turite vaikų?
 - Taip
 - Ne
 - Kita (įrašykite) _____

2 priedas. Informacija apie sveikatos būklę ir gydymo ypatumus

Informacija apie sveikatos būklę ir gydymo ypatumus	
<p>1. Ar Jūs turite hipertenziją (padidintą kraujospūdį)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne • Taip 	<p>2. Jeigu turite hipertenziją, prieš kiek metų ji buvo Jums diagnozuota (įrašykite metus skaičiais)? _____</p>
<p>3. Ar turite kitokių (nei hipertenzija) lėtinių ligų arba sveikatos problemų?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne • Taip (įrašykite, kokių) _____ 	
<p>4. Ar laikotės gydymo rekomendacijų ir nurodymų?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nesilaikau • Laikausi tik iš dalies • Laikausi visų 	<p>5. Nurodykite, kiek kartų per dieną turite išgerti nurodytus vaistus?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2-3 • 4-5 • 6 ir daugiau
<p>6. Kaip dažnai jaučiate jūsų vartojamų vaistų šalutinį poveikį?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niekada • Kartais • Dažnai • Visada 	<p>7. Nurodykite, kiek skirtingų vaistų rūšių vartojate kasdien? (pvz., jei vartojate tik NEBILET, pažymėkite „1“; jei naudojate NEBILET, BETALOC ir DIAPREL, pažymėkite „2-3“)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2-3 • 4-5 • 6 ir daugiau
<p>8. Įvertinkite savo sveikatos būklę skalėje nuo 1 (labai prasta) iki 10 (puiki).</p> <p style="text-align: center;"> Labai prasta Puiki </p> <p style="text-align: center;"> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </p>	
<p>9. Kokių turite žalingų įpročių?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rūkau • Vartoju alkoholį • Mažai miegu • Daug laiko praleidžiu socialiniuose tinkluose • Žaidžiu azartinius žaidimus • Vartoju narkotikus • Nesveikai/nereguliariai maitinuosi • Mažai judu, retai būnu lauke • Neturiu žalingų įpročių • Kita (įrašykite) _____ 	

3 priedas. Gydyimo nurodymų laikymosi klausimynas (medikamentinis gydymas 1 – 11 klausimai; nemedikamentinis gydymas 12 – 17 klausimai)

1.	Kiek kartų per pastarąją savaitę pamiršote arba dėl kitų priežasčių neišgėrėte Jums išrašytų (gliukozės kiekį mažinančių / kraujospūdį mažinančių / kitų) vaistų? (įrašykite)					
	<i>Įvertinkite, kaip dažnai pasireiškia žemiau nurodytos situacijos, kai: 1 – niekada; 2 – kartais ; 3 – dažnai; 4 – nuolat. Apibraukite jums labiausiai tinkamo atsakymo numerį.</i>					
2.	Pasitaiko, kad pamirštu laiku išgerti vaistus	1	2	3	4	
3.	Pasitaiko, kad būnu taip užsiėmęs, kad neišgeriu vaistų numatytu laiku	1	2	3	4	
4.	Kuomet pasijuntu geriau, nutraukiu vaistų vartojimą	1	2	3	4	
5.	Kuomet pavartojęs (-usi) vaistų jaučiuosi prasčiau, nustoju juos gerti (arba geriu mažesnę dozę)	1	2	3	4	
6.	Prisimenu, kad reiktų apsilankyti pas gydytoją dėl recepto vaistams tik tuomet, kai vaistai pasibaigia	1	2	3	4	
7.	Pasitaiko, kad neišgeriu vaistų ne dėl to, kad pamiršau, o dėl kitų priežasčių	1	2	3	4	
8.	Išvažiuojant arba išeinant iš namų ilgesniam laikui pamirštu pasiimti vaistus su savimi	1	2	3	4	
9.	Kuomet pasijuntu geriau, geriu mažiau vaistų, nei buvo paskirta	1	2	3	4	
10.	Pasitaiko, kad tiesiog nenoriu gerti vaistų	1	2	3	4	
11.	Pasitaiko, kad vartojime padarau ilgesnė pertrauką	1	2	3	4	
	<i>Įvertinkite žemiau pateiktus teiginius skalėje nuo 1 iki 5, kai: 1- tikrai ne; 2- dažniau ne; 3 – kartais taip, kartais ne; 4 – dažniau taip; 5 – tikrai taip</i>					
12.	Nuolatos stebiu savo būseną matuodama (-s) gliukozės kiekį kraujyje/kraujospūdį	1	2	3	4	5
13.	Reguliariai apsilankau pas gydytoją specialistą (pvz., endokrinologą, kardiologą, oftalmologą ir pan.)	1	2	3	4	5
14.	Reguliariai sportuoju / atlieku fizinio aktyvumo pratimus (pvz., darau mankštą, atlieku tempimo pratimus, plaukiuju baseine, atlieku raumenis stiprinančius pratimus, važinėju dviračiu ir pan.)	1	2	3	4	5
15. Kiek vidutiniškai kartų per savaitę atliekate įvairius fizinio aktyvumo pratimus?	16. Kiek vidutiniškai laiko skiriate fizinio aktyvumo pratimams?					
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Niekada <input type="radio"/> Rečiau nei kartą per savaitę <input type="radio"/> 1-2 kartus per savaitę <input type="radio"/> 3-4 kartus per savaitę <input type="radio"/> 5 ir daugiau kartų per savaitę 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Iki 10 min. <input type="radio"/> Nuo 10 iki 20 min. <input type="radio"/> Nuo 20 iki 30 min. <input type="radio"/> Nuo 30 iki 60 min. <input type="radio"/> Daugiau nei 60 min. 					
17. Kiek kartų per savaitę einate pasivaikčioti ne mažiau kaip 20 min. ?						
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Niekada <input type="radio"/> Rečiau nei kartą per savaitę <input type="radio"/> 1-2 kartus per savaitę <input type="radio"/> 3-4 kartus per savaitę <input type="radio"/> 5 ir daugiau kartų per savaitę 						

4 priedas. Gydomo nurodymų laikymosi klausimynas (nemedikamentinis gydymas, tęsinys)

Įvertinkite žemiau pateiktus teiginius skalėje nuo 1 iki 5, kai: 1 – tikrai ne; 2 – dažniau ne; 3 – kartais taip, kartais ne; 4 – dažniau taip; 5 – tikrai taip						
1.	Skaičiuoju kalorijas bei kitų medžiagų kieki maiste	1	2	3	4	5
2.	Renkuosi tokius maisto paruošimo būdus, kad maiste būtų kuo mažiau riebalų (pvz., virimą, troškinimą)	1	2	3	4	5
3.	Nuolatos stebiu, kad mano valgomo maisto sudėtyje būtų kuo mažiau druskos	1	2	3	4	5
4.	Stebiu, kad su maistu gaučiau pakankamai kalio	1	2	3	4	5
5.	Vartoju liesus maisto produktus	1	2	3	4	5
6.	Vengiu rafinuoto cukraus, saldžių gėrimų, saldumynų	1	2	3	4	5
7.	Valgau daugiau augalinės nei gyvulinės kilmės maisto	1	2	3	4	5
8.	Renkuosi maisto produktus, kuriuose yra mažiau cukraus	1	2	3	4	5

5 priedas. Ciniško nepasitikėjimo skalė

		visiškai nesutinku	iš dalies nesutinku	iš dalies sutinku	visiškai sutinku
1.	Manau, dauguma žmonių griebiasi melo, kad pasiektų savo tikslą.	0	1	2	3
2.	Dauguma žmonių nesivargina padėti kitiems	0	1	2	3
3.	Dauguma žmonių išigyja draugų todėl, kad draugai jiems gali būti naudingi.	0	1	2	3
4.	Saugiau niekuo nepasitikėti.	0	1	2	3
5.	Niekam per daug nerūpi, kas man atsitiks.	0	1	2	3
6.	Dauguma žmonių yra sąžiningi tik todėl, kad bijo būti sučiupti.	0	1	2	3
7.	Kai kas nors padaro man gera, svarstau, kas už to slypi	0	1	2	3
8.	Dauguma žmonių greičiau mėgins nesąžiningai įgyti naudos ar pranašumą nei praleis tokią progą	0	1	2	3

6 priedas. Ligos suvokimo klausimynas (požiūris į savo ligą)

Įvertinkite žemiau pateiktus teiginius skalėje nuo 1 iki 5, kai 1 – Visiškai nesutinku, 2 – Labiau nesutinku, nei sutinku; 3 – Nei sutinku, nei nesutinku, 4 – Labiau sutinku, nei nesutinku, 5 – Visiškai sutinku.						
Apibraukite jums labiausiai tinkamo atsakymo numeris						
1.	Mano liga yra rimtas sveikatos sutrikimas	1	2	3	4	5
2.	Mano liga gali sukelti pavojingas komplikacijas	1	2	3	4	5
3.	Nuo mano ligos galima mirti	1	2	3	4	5
4.	Net su geriausia įmanoma priežiūra nepavyktų išvengti mano ligos komplikacijų ar progresavimo	1	2	3	4	5
5.	Mano liga neigiamai veikia mano artimųjų gyvenimą	1	2	3	4	5
6.	Mano liga trukdo man daryti tai, ką mėgstu	1	2	3	4	5
7.	Dėl savo ligos patiriu finansinių sunkumų	1	2	3	4	5
8.	Mano liga riboja mano galimybes	1	2	3	4	5
9.	Sergant mano liga tinkamas gydymas gali padėti išvengti neigiamų ligos padarinių	1	2	3	4	5
10.	Mano ligos simptomai gali būti kontroliuojami	1	2	3	4	5
11.	Gerai suprantu savo ligą ir kaip ji veikia mano kūną	1	2	3	4	5

12. Įvertinkite, kiek ilgai, Jūsų nuomone, tęsis Jūsų liga skalėje nuo 1 (labai trumpai) iki 10 (visą likusį gyvenimą). Apibraukite vieną labiausiai tinkantį atsakymą.

Labai trumpai

Visą gyvenimą

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 priedas. Metodikos aprašymas.

Darbe naudojami 3 klausimynai (Ligos suvokimas, Gydomo nuordymų laikymasis, Ciniškas nepasitikėjimas), sociodemografiniai klausimai ir pavieniai klausimai apie sveikatos būklę.

Pagrindinis akcentas šiame darbe yra **Gydymo nurodymų laikymasis**.

- Aukštesni medikamentinio GNL įverčiai rodo, kad žmogus prasčiau laikosi medikamentinio gydymo;
- Aukštesni nemedikamentinio GNL įverčiai rodo, kad žmogus geriau laikosi nemedikamentinio gydymo;
- Aukštesnis ciniško nepasitikėjimo įvertis rodo, kad žmogus linkęs labiau nepasitikėti;
- Aukštesni ligos suvokimo įverčiai rodo, kad žmogus ligą suvokia kaip labiau kontroliuojamą, keliančią didesnę riziką sveikatai arba daugiau sunkumų.

Tyrimo tikslas: nustatyti 50-75 metų amžiaus sergančiųjų hipertenzija gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas.

Tyrimo keliami uždaviniai:

1. Įvertinti sergančiųjų hipertenzija gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas.
2. Įvertinti gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas su sociodemografija, lytimi bei amžiumi.
3. Įvertinti gydymo nurodymų laikymosi, ciniško nepasitikėjimo ir požiūrio į savo ligą sąsajas su kitais sveikatos veiksniais.
4. Nustatyti sergančiųjų hipertenzija gydymo nurodymų – atskirai medikamentinio ir nemedikamentinio - laikymąsi prognozuojančius veiksnius.

METODIKOS

I. Ligos suvokimo klausimyno, kuris matuoja Požiūrį į savo ligą, sudaro 3 skalės:

Ligos rizikos sveikatai skalę sudaro teiginiai:

1. Mano liga yra rimtas sveikatos sutrikimas
2. Mano liga gali sukelti pavojingas komplikacijas
3. Nuo mano ligos galima mirti
4. Net su geriausia įmanoma priežiūra nepavyktų išvengti mano ligos komplikacijų ar progresavimo

Ligos keliamų sunkumų skalę sudaro teiginiai:

1. Mano liga neigiamai veikia mano artimųjų gyvenimą
2. Mano liga trukdo man daryti tai, ką mėgstu
3. Dėl savo ligos patiriu finansinių sunkumų
4. Mano liga riboja mano galimybes

Ligos kontrolės skalę sudaro teiginiai:

1. Sergant mano liga tinkamas gydymas gali padėti išvengti neigiamų ligos padarinių
2. Mano ligos simptomai gali būti kontroliuojami
3. Gerai suprantu savo ligą ir kaip ji veikia mano kūną

II. Gydomo nurodymų laikymosi klausimynas (GNL), kuris matuoja medikamentinį ir nemedikamentinį gydymo nurodymų laikymąsi. Svarbu atkreipti dėmesį, jog GNL sudaro 5 subskalės, o iš jų sudaromos medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi skalės.

Skalės, sudaromos iš GNL:

a) Medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi skalė:

- Netyčinis vaistų neįvertinimas
- Tyčinis vaistų neįvertinimas

b) Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi skalė:

- Savo būklės stebėjimas
- Fizinis aktyvumas
- Mitybos įpročiai.

Netyčinis vaistų neįvertinimas

1. Kiek kartų per pastarąją savaitę pamiršote arba dėl kitų priežasčių neišgėrėte Jums išrašytų (gliukozės kiekį mažinančių / kraujospūdį mažinančių / kitų) vaistų? (įrašykite)
2. Pasitaiko, kad pamirštu laiku išgerti vaistus
3. Pasitaiko, kad būnu taip užsiėmęs, kad neišgeriu vaistų numatytu laiku
4. Prisimenu, kad reikėtų apsilankyti pas gydytoją dėl recepto vaistams tik tuomet, kai vaistai pasibaigia
5. Pasitaiko, kad neišgeriu vaistų ne dėl to, kad pamiršau, o dėl kitų priežasčių
6. Išvažiuojant arba išeinant iš namų ilgiam laikui pamirštu pasiimti vaistus su savimi

Tyčinis vaistų neįvertinimas

1. Kuomet pasijuntu geriau, nutraukiu vaistų vartojimą
2. Kuomet pavartojęs (-usi) vaistų jaučiuosi prasčiau, nustoju juos gerti (arba geriu mažesnę dozę)
3. Kuomet pasijuntu geriau, geriu mažiau vaistų, nei buvo paskirta
4. Pasitaiko, kad tiesiog nenoriu gerti vaistų
5. Pasitaiko, kad vaistų vartojime padarau ilgesnę pertrauką

Savo būklės stebėjimas

1. Nuolatos stebiu savo būseną matuodama (-s) gliukozės kiekį kraujyje / kraujospūdį
2. Reguliariai apsilankau pas gydytoją specialistą (pvz., endokrinologą, kardiologą, oftalmologą ir pan.)

Fizinis aktyvumas

1. Reguliariai sportuoju / atlieku fizinio aktyvumo pratimus (pvz., darau mankštą, atlieku tempimo pratimus, plaukiuju baseine, atlieku raumenis stiprinančius pratimus, važinėju dviračiu ir pan.)
2. Kiek vidutiniškai kartų per savaitę atliekate įvairius fizinio aktyvumo pratimus?
3. Kiek vidutiniškai laiko skiriate fizinio aktyvumo pratimams?
4. Kiek kartų per savaitę einate pasivaikščioti ne mažiau kaip 20 min.?

Mitybos įpročiai

1. Skaičiuoju kalorijas bei kitų medžiagų kiekį maiste
2. Renkuosi tokius maisto paruošimo būdus, kad maiste būtų kuo mažiau riebalų (pvz., virimą, troškinimą)
3. Nuolatos stebiu, kad mano valgomo maisto sudėtyje būtų kuo mažiau druskos
4. Stebiu, kad su maistu gautčiau pakankamai kalio
5. Vartoju liesus maisto produktus
6. Vengiu rafinuoto cukraus, saldžių gėrimų, saldumynų
7. Valgau daugiau augalinės nei gyvulinės kilmės maisto
8. Renkuosi maisto produktus, kuriuose yra mažiau cukraus

III. Ciniško nepasitikėjimo skalė (klausimynas):

1. Manau, dauguma žmonių griebiasi melo, kad pasiektų savo tikslą.
2. Dauguma žmonių nesivargina padėti kitiems.
3. Dauguma žmonių įsigyja draugų todėl, kad draugai jiems gali būti naudingi.
4. Saugiau niekuo nepasitikėti.
5. Niekam per daug nerūpi, kas man atsitiks.
6. Dauguma žmonių yra sąžiningi tik todėl, kad bijo būti sučiupti.
7. Kai kas nors padaro man gera, svarstau, kas už to slypi
8. Dauguma žmonių greičiau mėgins nesąžiningai įgyti naudą ar pranašumą nei praleis tokią progą

Siociodemografiniai klausimai

8. Jūsų amžius (*įrašykite, kiek jums metų*)
9. Jūsų lytis
10. Jūsų išsilavinimas
11. Šiuo metu Jūs:
12. Jūsų šeiminė padėtis
13. Jūsų finansinė padėtis:
14. Ar turite vaikų?

Informacija apie sveikatos būklę ir gydymo ypatumus (Šitiems klausimams patikimumo skaičiuoti nereikia)

1. Ar Jūs turite hipertenziją (padidintą kraujospūdį)?
2. Jeigu turite hipertenziją, prieš kiek metų ji buvo Jums diagnozuota (*įrašykite metus skaičiais*)?
3. Ar turite kitokių (nei hipertenzija) lėtinių ligų arba sveikatos problemų?
4. Ar laikotės gydymo rekomendacijų ir nurodymų?
5. Nurodykite, kiek kartų per dieną turite išgerti nurodytus vaistus?
6. Kaip dažnai jaučiate jūsų vartojamų vaistų šalutinį poveikį?
7. Nurodykite, kiek skirtingų vaistų rūšių vartojate kasdien?
8. Įvertinkite savo sveikatos būklę skalėje nuo 1 (labai prasta) iki 10 (puiki).
9. Kokių turite žalingų įpročių?

8 priedas. Statistinės lentelės

Medikamentinio gydymo nurodymų laikymosi daugialypės regresijos modelio rezultatai:

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,634 ^a	,402	,257	4,70557	,402	2,773	15	62	,002

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	33,375	13,909		2,400	,019
	Ciniškas_nepasitikėjimas	,236	,129	,205	1,833	,072
	Požiūris_j_savo_ligą	-,199	,075	-,360	-2,669	,010
	Lytis	,709	1,397	,058	,508	,614
	Amžius	-,119	,089	-,201	-1,342	,185
	Išsilavinimas	1,316	,725	,223	1,814	,074
	Darbinė_veikla	,878	1,644	,081	,534	,595
	Šeimyninė_padėtis	-3,206	1,591	-,295	-2,015	,048
	Finansinė_padėtis	-,372	,685	-,066	-,544	,589
	Vaikų_turėjimas	-1,477	1,173	-,193	-1,259	,213
	Hipertenzija	-1,016	2,145	-,072	-,474	,637
	Hipertenzijos_trukmė	-,021	,046	-,049	-,449	,655
	Lėtinės_ligos_ar_sveikatos_problemos	-1,486	1,944	-,122	-,764	,448
	Nemedikamentinis_gydymo_nurodymų_laikymasis	-,060	,095	-,074	-,636	,527
	Asmeninės_sveikatos_būklės_vertinimas	-,127	,387	-,043	-,327	,745
	Žalingi_įpročiai	2,827	1,337	,228	2,114	,039

a. Dependent Variable: Medikamentinis_gydymo_nurodymų_laikymasis

Nemedikamentinio gydymo nurodymų laikymosi daugialypės regresijos modelio rezultatai:

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,536 ^a	,287	,114	6,29694	,287	1,663	15	62	,000

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	13,966	19,376		,721	,474
	Ciniškas_nepasitikėjimas	,335	,172	,237	1,950	,056
	Požiūris_j_savo_ligą	,084	,105	,124	,800	,427
	Lytis	-1,643	1,862	-,110	-,882	,381
	Amžius	-,081	,120	-,112	-,677	,501
	Išsilavinimas	,899	,989	,124	,908	,367
	Darbinė_veikla	-1,434	2,197	-,108	-,653	,516
	Šeimyninė_padėtis	3,134	2,161	,235	1,450	,152
	Finansinė_padėtis	,711	,914	,103	,777	,440
	Vaikų_turėjimas	1,943	1,571	,207	1,237	,221
	Hipertenzija	-3,589	2,839	-,207	-1,264	,211
	Hipertenzijos_trukmė	-,043	,061	-,082	-,696	,489
	Lėtinės_ligos_ar_sveikatos_problemos	1,262	2,609	,084	,484	,630
	Medikamentinis_gydymo_nurodymų_laikymasis	-,108	,169	-,088	-,636	,527
	Asmeninės_sveikatos_būklės_vertinimas	,940	,504	,262	1,864	,047
	Žalingi_jpročiai	1,608	1,842	,106	,873	,386

a. Dependent Variable: Nemedikamentinis_gydymo_nurodymų_laikymasis

		MGNL	NGNL	CNP	PSVL	Hipertenzijos trukmė
MGNL	Pearson Correlation	1	-,089	,189	-,366**	-,035
	Sig. (2-tailed)		,440	,098	<,001	,758
	N	78	78	78	78	78
NGNL	Pearson Correlation	-,089	1	,073	-,081	,204
	Sig. (2-tailed)	,440		,527	,483	,074
	N	78	78	78	78	78
CNP	Pearson Correlation	,189	,073	1	,060	-,147
	Sig. (2-tailed)	,098	,527		,600	,200
	N	78	78	78	78	78
PSVL	Pearson Correlation	-,366**	-,081	,060	1	-,055
	Sig. (2-tailed)	<,001	,483	,600		,633
	N	78	78	78	78	78
Hipertenzijos trukmė	Pearson Correlation	-,035	,204	-,147	-,055	1
	Sig. (2-tailed)	,758	,074	,200	,633	
	N	78	78	78	78	78

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Koreliacijos						
		Med. GNL	Nemed. GNL	CNP	Požiūris	Subj.sv. vertinimas
Medik GNL	Pearson Correlation	1	-,089	,189	-,366**	-,359**
	Sig. (2-tailed)		,440	,098	<,001	,002
	N	78	78	78	78	78
Nemed GNL	Pearson Correlation	-,089	1	,073	-,081	-,077
	Sig. (2-tailed)	,440		,527	,483	,525
	N	78	78	78	78	78
CNP	Pearson Correlation	,189	,073	1	,060	,073
	Sig. (2-tailed)	,098	,527		,600	,551
	N	78	78	78	78	78
Požiūris į ligą	Pearson Correlation	-,366**	-,081	,060	1	1,000**
	Sig. (2-tailed)	<,001	,483	,600		,000
	N	78	78	78	78	78
Subj. Sveikatos vertinimas	Pearson Correlation	-,359**	-,077	,073	1,000**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	,525	,551	,000	
	N	78	78	78	78	78

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Koreliacijos							
		MGNL	NGNL	CP	PSL	Lytis	Amžius
MGNL	Pearson Correlation	1	-,089	,189	-,366**	,118	-,198
	Sig. (2-tailed)		,440	,098	<,001	,305	,130
	N	78	78	78	78	78	78
NGNL	Pearson Correlation	-,089	1	,073	-,081	-,141	,172
	Sig. (2-tailed)	,440		,527	,483	,219	,188
	N	78	78	78	78	78	78
CNP	Pearson Correlation	,189	,073	1	,060	,055	,110
	Sig. (2-tailed)	,098	,527		,600	,635	,405
	N	78	78	78	78	78	78
PSVL	Pearson Correlation	-,366**	-,081	,060	1	-,080	,249
	Sig. (2-tailed)	<,001	,483	,600		,489	,055
	N	78	78	78	78	78	78
Lytis	Pearson Correlation	,118	-,141	,055	-,080	1	-,142
	Sig. (2-tailed)	,305	,219	,635	,489		,279
	N	78	78	78	78	78	78
Amžius	Pearson Correlation	-,198	,172	,110	,249	-,142	1
	Sig. (2-tailed)	,130	,188	,405	,055	,279	
	N	78	78	78	78	78	78

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Koreliacijos								
		NVN	TVN	SBS	FA	MITB	Lytis	Amžius
NVN	Pearson Correlation	1	,792**	,219	,560**	-,166	,133	-,278*
	Sig. (2-tailed)		<,001	,054	<,001	,147	,245	,032
	N	78	78	78	78	78	78	60
TVN	Pearson Correlation	,792**	1	,030	,349**	-,106	,006	-,111
	Sig. (2-tailed)	<,001		,792	,002	,356	,958	,399
	N	78	78	78	78	78	78	60
SBS	Pearson Correlation	,219	,030	1	,590**	,377**	-,030	,082
	Sig. (2-tailed)	,054	,792		<,001	<,001	,793	,534
	N	78	78	78	78	78	78	60
FA	Pearson Correlation	,560**	,349**	,590**	1	,271*	-,151	,007
	Sig. (2-tailed)	<,001	,002	<,001		,016	,187	,958
	N	78	78	78	78	78	78	60
MITB	Pearson Correlation	-,166	-,106	,377**	,271*	1	-,158	,151
	Sig. (2-tailed)	,147	,356	<,001	,016		,168	,249
	N	78	78	78	78	78	78	60

Lytis	Pearson Correlation	,133	,006	-,030	-,151	-,158	1	-,142
	Sig. (2-tailed)	,245	,958	,793	,187	,168		,279
	N	78	78	78	78	78	78	60
Amzius	Pearson Correlation	-,278*	-,111	,082	,007	,151	-,142	1
	Sig. (2-tailed)	,032	,399	,534	,958	,249	,279	
	N	60	60	60	60	60	60	60
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								

		Vaistų vartojimas per dieną	Vaistų šalutinis poveikis	Skirtingų vaistų vartojimas	CNP	PSVL
Vaistų vartojimas per dieną	Pearson Correlation	1	,455**	,510**	,018	,439**
	Sig. (2-tailed)		<.001	<.001	,875	<.001
	N	78	78	78	78	78
Vaistų šalutinis poveikis	Pearson Correlation	,455**	1	,154	,025	,234*
	Sig. (2-tailed)	<.001		,177	,831	,039
	N	78	78	78	78	78
Skirtingų vaistų vartojimas	Pearson Correlation	,510**	,154	1	,050	,304**
	Sig. (2-tailed)	<.001	,177		,662	,007
	N	78	78	78	78	78
CNP	Pearson Correlation	,018	,025	,050	1	,060
	Sig. (2-tailed)	,875	,831	,662		,600
	N	78	78	78	78	78
PSVL	Pearson Correlation	,439**	,234*	,304**	,060	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	,039	,007	,600	
	N	78	78	78	78	78
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).						

		MGNL	NGNL	Skirtingų vaistų vartojimas	Vaistų vartojimas per dieną	Šalutinis poveikis
Med. GNL	Pearson Correlation	1	-,089	-,313**	-,129	,192
	Sig. (2-tailed)		,440	,005	,261	,092
	N	78	78	78	78	78
Nemed. GNL	Pearson Correlation	-,089	1	,044	-,118	-,197
	Sig. (2-tailed)	,440		,701	,303	,083
	N	78	78	78	78	78
Skirtingų vaistų vartojimas	Pearson Correlation	-,313**	,044	1	,510**	,154

	Sig. (2-tailed)	,005	,701		<,001	,177
	N	78	78	78	78	78
Vaistų vartojimas per dieną	Pearson Correlation	-,129	-,118	,510**	1	,455**
	Sig. (2-tailed)	,261	,303	<,001		<,001
	N	78	78	78	78	78
Vaistų šalutinis poveikis	Pearson Correlation	,192	-,197	,154	,455**	1
	Sig. (2-tailed)	,092	,083	,177	<,001	
	N	78	78	78	78	78
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						